

2022 - 2025 PLAN DE SALUD COMUNAL



ÍNDICE

Presentación	1
Capítulo 1. Líneas generales institucionales	5
1. Definiciones estratégicas	5
2. Aspectos conceptuales del Modelo de Atención Integral de Salud.....	8
3. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en Huechuraba	12
4. Metodología de la planificación de acciones en salud en Huechuraba	15
5. Dimensiones de las Personas o Individuo	20
6. Estructura organizacional: unidades y funciones	39
7. Coordinación con el nivel secundario de atención en salud.....	51
Capítulo 2. Diagnóstico de situación comunal.....	57
1. Índices Demográficos.....	57
2. Indicadores de salud	58
3. Evaluación por curso de vida.....	70
4. Participación.....	91
5. Intersectorialidad y participación comunitaria.....	100
6. Servicios transversales y dispositivos de apoyo	101
7. Plan de mejoramiento continuo de la calidad y seguridad asistencial.	123
8. Contexto de Pandemia en el marco del Modelo de Atención Integral.....	126
Capítulo 3. Factores condicionantes de la salud	143
1. Contexto histórico	143
2. Implicaciones geomorfológicas	143
3. Medio ambiente e impacto del cambio climático	144
4. Infraestructura	145
5. Transporte Público y otras condicionantes del territorio	147
6. Equipamiento comunitario y redes de servicios básicos.....	149
7. Análisis territorial de acuerdo con nivel de desarrollo y acceso a servicios	150
8. Análisis demográfico	150
9. Índices demográficos de Unidades Homogéneas.....	152
10. Contexto Socioeconómico	153
11. Situación de la pobreza a nivel comunal.	154
12. Grupos sociales prioritarios	157

13.	Vivienda	164
14.	Educación	165
15.	Trabajo u ocupación	168
16.	Alimentación	170
Capítulo 4. Plan de cuidados de la población		175
1.	Antecedentes y contexto	175
2.	Objetivos del diagnóstico participativo	176
3.	Orientaciones metodológicas	176
4.	Resultados del diagnóstico participativo	178
5.	Caracterización comunal	178
6.	Resultados de la matriz de diagnósticos participativos por centros de salud	183
7.	Planes de cuidado por dimensiones	184
8.	Gestión de la demanda y Resolutividad local	266
9.	Plan de acción COVID	277
10.	Plan de acción de servicios transversales y dispositivos de apoyo.	282
11.	Plan de Promoción de la Salud	288
12.	Intersectorialidad.	291
13.	Plan de Salud Migrante	295
14.	Plan de mejoramiento continuo de la calidad y seguridad asistencial.	299
Capítulo 5. Gestión de recursos de salud		305
1.	Gestión Financiera	305
2.	Gestión de las personas	310
3.	Convenios docentes asistenciales	325
4.	Infraestructura	327
5.	Plan de acción de mejoramiento de la gestión	330
6.	Proyectos	331
Anexos		333

SIGLAS UTILIZADAS

ACV o AVE	– Accidente Cerebro Vascular, Accidente Vascular Encefálico
APS	– Atención Primaria en Salud
CCR	– Centro comunitario de rehabilitación
CECOSF	– Centro comunitario de Salud Familiar
CESFAM	– Centro de Salud Familiar
ChCC	– Chile Crece Contigo
COSAM	– Centro Comunal de Salud Mental
CSSR	– Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva
DEIS	– Departamento de estadística e información de salud
DIDECO	– Dirección de Desarrollo Comunitario
DLP	– Dislipidemia
DSM	– Desarrollo psicomotor
ECV	– Evento Cardiovascular
ELEAM	– Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores
EMPA	– Examen Médico Preventivo del Adulto
EMPAM	– Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor
ENS	– Estrategia Nacional de Salud
ERA	– Enfermedad Respiratoria del Adulto
GES	– Garantía Explícita de Salud
HTA	– Hipertensión Arterial
IAM	– Infarto Agudo al Miocardio
IRA	– Infección Respiratoria Aguda
IVADEC	– Instrumento de valoración de desempeño en comunidad
MAIS	– Modelo de Atención Integral de Salud
OIRS	– Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
OMIL	– Oficina Municipal de Información Laboral
OMS	– Organización Mundial de la Salud
PLADECO	– Plan de Desarrollo Comunal
PNI	– Plan Nacional de Inmunizaciones
PSCV	– Programa de Salud Cardiovascular
RdU	– Red de Urgencias
RBC	– Rehabilitación basada en la comunidad
SAPU	– Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SAR	– Servicio de Alta Resolutividad.
SBO	– Síndrome Bronquial Obstructivo
SBOR	– Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente
SEREMI	– Secretaría Regional Ministerial
SIC	– Solicitud de Inter Consulta
SOME	– Servicio de Orientación Médico Estadístico
SSMN	– Servicio de Salud Metropolitano Norte
TDAH	– Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
UAPO	– Unidad de atención primaria oftalmológica
UAPORRINO	– Unidad de atención primaria de otorrinolaringología
UGRL	– Unidad de gestión de redes local

Presentación

Durante los últimos años la crisis sanitaria por pandemia COVID-19 nos ha obligado a desplegar los recursos técnicos, financieros y humanos necesarios para cumplir con el cuidado de nuestras vecinas y vecinos, asumiendo además el desafío de mantener las atenciones comprometidos ya sea en sus formatos tradicionales o avanzando en estrategias de atención domiciliaria, teleconsulta y/o telemedicina, utilización de plataformas digitales para el desarrollo de intervenciones grupales, entre otros. Al mismo tiempo, nos hemos enfrentado a nuevos desafíos de mejoras en equipamiento e infraestructura, fortalecimiento de estrategias de participación social, educación comunitaria y trabajo intersectorial.

Si bien es cierto, han sido innumerables las acciones, avances y resultados obtenidos durante el año 2021 en el sector salud de nuestra comuna (y de los cuales detalla en extenso el presente Plan de Salud), los equipos de nuestra comuna hemos iniciado un proceso de reflexión, autoevaluación, rediseño y fortalecimiento del Modelo de Atención, proceso que busca recoger buenas experiencias y potenciarlas, corregir elementos propios del Modelo de Atención Integral desde su implementación y elaborar un plan de acción que avance en rigurosidad y consecuencia con el mismo. En este sentido, creemos necesario seguir avanzando en un trabajo coordinado e intersectorial y que, a través de la participación social y trabajo comunitario, fortalezca el desarrollo de una oferta de salud con mayor cobertura, mejor acceso, calidad y resolutivez para todas/os y con todas/os.

El Plan de Salud 2022-2025 da cuenta de los resultados de un proceso de reflexión y construcción colectiva que pretende avanzar en el robustecimiento de acciones y/o estrategias en desarrollo y la puesta en marcha de un modelo metodológico que sea capaz de dar cuenta de la realidad sanitaria de nuestra comuna a corto, mediano y largo plazo, ahondando en procesos de control de la gestión e innovación. Al mismo tiempo, explicita y realza los valores institucionales impulsados por nuestro Alcalde, el Sr. Carlos Cuadrado Prats, que sustenta el quehacer de los equipos de salud y pone en valor los requerimientos de cuidados, desarrollo y fortalecimiento del recurso humano. La pandemia ha exigido al máximo el trabajo de la Atención Primaria de Salud, lo que obliga al desarrollo de políticas y estrategias que garanticen un espacio de trabajo adecuado, digno, con los elementos, insumos y equipamientos necesarios, y los apoyos técnicos suficientes.

En Huechuraba, con mejor salud, vivir mejor es posible.

Sergio A. Flores Vásquez
Director de Salud de Huechuraba

Capítulo 1

Líneas generales institucionales

Capítulo 1. Líneas generales institucionales

Los lineamientos de este plan de salud están definidos por el plan de desarrollo de la comuna (PLADECO) y los requerimientos Ministeriales para disponer los servicios de salud que son entregados por la Municipalidad de Huechuraba los cuales se adaptan a las necesidades de su población según su territorio y demografía. De esta forma, se establecen tanto el propósito, la misión y la visión con el fin de prestar servicios de salud a los habitantes de Huechuraba, perfilando su estructura organizacional y en base al modelo de atención integral que permitirá alcanzar los objetivos y metas planteadas.

Este Plan de Salud 2022-2025 se plantea con el objetivo de tener una mirada de mediano plazo que permita observar cambios en la salud de la población, mediante estrategias que impacten de manera positiva en ellos, a través de las distintas herramientas disponibles, como son la prevención, participación, la promoción, el tratamiento y rehabilitación, teniendo siempre como base la calidad y mejora continua, estas estrategias se enfocan en base a los resultados obtenidos en los diagnósticos participativos con la comunidad y sanitarios con los equipos técnicos de los centros de salud.

1. Definiciones estratégicas

Los objetivos más amplios y generales del Departamento de Salud, en conjunto con establecimientos de entrega de servicios de salud, se plasman en la misión y visión de la organización, objetivos desde los cuales surgen los énfasis estratégicos y la construcción de todos los objetivos y metas sanitarias comunales.

1.1. Misión

“Promover la confluencia e integración con el intersector, en el territorio de Huechuraba, para brindar a las personas, desde un enfoque preventivo y promocional salud digna y de calidad contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida, implementando el modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario”.

1.2. Visión

“Con Salud, Vivir mejor es posible”

Ser un sistema de salud accesible, oportuno, de calidad técnica, centrado en las personas y generador de dinámicas de participación e integración social.

1.3. Valores Institucionales

Aquellos que forman parte de los equipos de atención de salud en la comuna de Huechuraba, tienen el imperativo ético de estar constantemente mejorando las prácticas, sustentando su quehacer en los valores institucionales que se tornan irrenunciables a la hora de trabajar desde un enfoque de equidad y determinantes sociales de salud, en pro de la justicia social y de una mejor calidad de vida para las vecinas y los vecinos de la comuna.

Valores asociados a la atención directa:

- Empatía
- Respeto
- Solidaridad

Valores asociados al desempeño de las funciones:

- Honestidad
- Compromiso
- Responsabilidad

1.4. Objetivos estratégicos de salud en el PLADECO

A nivel comunal, el principal instrumento es el Plan de Salud Comunal (PLADECO), documento de carácter estratégico que desarrolla una mirada transversal a los territorios, a sus habitantes, y a las problemáticas de salud que enfrentan, entre otros. Los objetivos estratégicos definidos en el área de Salud son los siguientes:

- Fomentar la participación de la comunidad para el mejoramiento de la calidad de vida de los vecinos.
- Contribuir en la reducción de las inequidades a partir del trabajo intersectorial en la promoción de entornos saludables.
- Asegurar la calidad de la atención de la salud y seguridad del paciente, en pos del mejoramiento de la satisfacción usuaria.
- Disminuir los factores de riesgo que determinan la incidencia de enfermedades en la comunidad.

Estos objetivos se trabajan desde el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario, el cual refleja la relación de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro, otorgándole mayor participación en la toma de decisiones y responsabilidades compartidas. Además, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde cada miembro de la familia es protagonista en el cuidado de su salud y donde el sistema de salud se organiza en función de las necesidades, articulándose con la red en los distintos niveles de salud y con el intersector, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través, de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive.

1.5. Enfoques Orientadores

Para cumplir a cabalidad estas funciones, cada instancia tanto de las redes asistenciales como de la autoridad sanitaria debe desarrollar procesos sistemáticos, planificados, integrados, integrales y participativos de gestión de los servicios de acuerdo a su ámbito y nivel de competencia los que a su vez se basan en enfoques prioritarios en la planificación en la Red de Atención de Salud Pública

1.5.1. Derechos Humanos y Protección Social

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso para todos.

1.5.2. Determinantes Sociales

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida 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 estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial, el género, la clase social y la migración son determinantes sociales estructurales que influyen en el resultado en salud. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

1.5.3. Enfoque de curso de vida

La salud con enfoque de curso de la vida, se considera como un proceso dinámico que comienza antes de la concepción y continúa durante toda la existencia.

La salud con enfoque de curso de la vida, significa abordar la salud en sus dimensiones individual, familiar y comunitario, ya que se concibe como el resultado de la interacción dinámica entre las exposiciones y eventos a lo largo de la vida condicionados por factores protectores o críticos de su salud que integran condicionantes o influencias positivas o negativas que inciden en la trayectoria del ser humano, su familia, comunidad y en el desarrollo social. Según este marco conceptual, la salud es una dimensión fundamental del desarrollo humano y no solo un fin en sí misma.

La perspectiva del curso de la vida sirve como base para predecir escenarios futuros en la salud, o incluso trascender a futuras generaciones. Las trayectorias, la temporalidad, las transiciones, los períodos críticos, la interconexión de vidas y los efectos acumulativos conforman la plataforma conceptual para que, como parte de la evidencia científica disponible, se contribuya a modelar los escenarios de la salud (OMS/OPS)

En respuesta al llamado a la acción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible para la movilización de esfuerzos para proteger y mejorar las vidas de todos, en todas partes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha comprometido a desarrollar e incorporar el enfoque del curso de vida tanto en sus modelos conceptuales como en sus estrategias de cooperación técnica para asegurar el establecimiento de un conocimiento actualizado sobre la práctica de la salud pública.

El concepto del curso de la vida incorpora la influencia de los determinantes de la salud en los individuos y las poblaciones. Según este enfoque, estos determinantes no solo son capaces de llevar a la enfermedad y a la muerte, sino que son decisivos para construir la salud; entender esto puede aportar mayor claridad acerca de la influencia de la salud en el modelo de las trayectorias de vida y en el desarrollo humano, y del impacto real de las inversiones en la salud a corto, mediano y largo plazos. Además, demuestra que en la salud hay un impacto no solo del hacer sino también del no hacer. Esta visión de la salud pública brinda una perspectiva más real de los problemas y mejora la capacidad para enfocarse en las prioridades y las necesidades de la población.

ILUSTRACIÓN 1-1 MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA



Fuente: Matriz de cuidados a lo largo del curso de vida 2019, MINSAL.

1.5.4. Enfoque de equidad

Según la OMS, 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”. Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

2. Aspectos conceptuales del Modelo de Atención Integral de Salud

El Modelo de Atención Integral en Salud, es un sistema basado en Atención Primaria, de carácter familiar y comunitario y entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud (MINSAL, 2017)

Además, el Modelo de Atención, da cuenta de un conjunto de acciones que contribuyen a la atención eficiente, eficaz y oportuna, cuyo centro son las personas y sus necesidades en salud, que son consideradas en su integralidad física y mental como miembros pertenecientes a familias y comunidades en constante adaptación e integración a medios físicos, sociales y culturales.

En los últimos años, Huechuraba ha demostrado que sus resultados son sistemáticamente sobresalientes, ubicándola como una de las comunas con mejor desempeño en el del área Norte en la Región Metropolitana en el Modelo de Atención Integral de Salud, lo que se ve reflejado directamente en la conducción del trabajo de los equipos de salud, para la correcta implementación de las acciones sanitarias, necesarias para el desarrollo de éste, desde los enfoques de derechos humanos, determinantes sociales, curso de vida, interculturalidad y género.

Este progreso en el trabajo de los equipos de salud ha sido dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social; asimismo, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria han facilitado el desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas en los equipos.

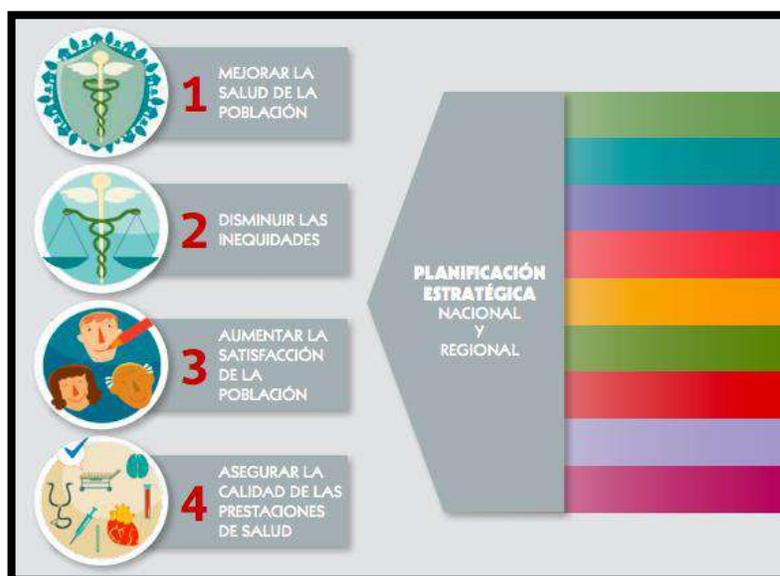
En este contexto y sumando esta nueva visión de cambio en términos del rediseño de atención, en el trabajo con las personas en todas sus dimensiones, es que en el año 2020, el Ministerio de Salud, publica el marco conceptual de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, basada en los tres principios irrenunciables del MAIS (integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas). Dicho documento, aborda los fundamentos y conceptos estratégicos de los cuidados integrales centrados en las personas, para que los equipos de salud tengan un marco referencial sobre el cual comprender esta reconfiguración en la entrega de cuidados a las personas con excesivo énfasis en mejorar parámetros clínicos y proveer cuidado integral, continuo y centrado en las personas que logre ser también una herramienta de acompañamiento para la misma, su familia y/o cuidadores, haciéndoles activos en sus procesos de salud, fortaleciendo las decisiones y responsabilidades compartidas, estratificación según riesgo, continuidad del cuidado, apoyo al automanejo y gestión de caso, mirando a la población objetivo, desde la heterogeneidad de sus patologías.

2.1. Objetivos sanitarios de la década 2011-2020

El Plan Nacional de Salud es la carta de navegación del sector y la referencia de nuestro amplio quehacer. En él están expuestos los principales desafíos que tiene el país en materia de Salud y plantea alternativas que permitan asumir estos retos para mejorar la calidad de vida de la población. Este plan y su fuerza radica en el compromiso y la vocación de miles de mujeres y de hombres, trabajadores y trabajadoras de la Salud, que sostienen los avances sanitarios de nuestro país reconocidos en todo el mundo. Entre sus principales características, el Plan Nacional de Salud tiene un acento ciudadano, y su mirada puesta en la construcción de un país más equitativo, respetuoso y que promueve la cohesión social (Plan Nacional de Salud, 2016).

Cabe señalar que este plan enfatiza en el desafío permanente que representan las desigualdades injustas y evitables en salud, para responder a ello, se requiere abordar los determinantes sociales de la salud, mediante el trabajo con otros sectores de manera coordinada, colocando la salud como preocupación de todas las políticas. Es de esta manera, que releva la equidad y la salud en todas las políticas (eje 5) como marco para disminuir las arbitrariedades que aún persisten y afectan la salud de todas las personas que viven en nuestro país. Otro punto importante que considera el desarrollo del Plan Nacional de Salud, para avanzar y fortalecerlo, es la participación ciudadana, siendo ésta un valor transversal para el empoderamiento de la ciudadanía en todos sus niveles, apuntando a dejar en manos de toda la ciudadanía la información relevante para lograr un país más saludable. Para ello, se establece una priorización de temas y líneas de trabajo, en un plano de mediano y largo plazo, apuntando específicamente a la planificación estratégica. Mientras que el ámbito de corto plazo, planificación operativa, que se desprende del Plan y que se realiza anualmente por los equipos técnicos nacionales.

ILUSTRACIÓN 1-2 OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA (2011 – 2020)



Fuente: Plan Nacional de Salud, 2016.

ILUSTRACIÓN 1-3 EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD 2016



Fuente: Plan Nacional de Salud 2016

En Huechuraba se trabaja bajo la orientación de esta carta de navegación, a través de los pilares fundamentales como los son: el derecho a la salud, como el camino hacia la equidad y poniendo el acento en las relaciones intersectoriales y participativas como factores protectores que abordan a las determinantes sociales en salud.

2.2. Estrategia Nacional de Salud

El componente central de la Estrategia Nacional corresponde al análisis y elaboración de propuestas consensuadas en los diferentes ámbitos relacionados a la salud, agrupados en nueve áreas temáticas. Cada área está constituida por temas específicos seleccionados. Para cada tema se analiza el estado actual de la situación a nivel nacional, los esfuerzos realizados en el último tiempo para su abordaje, la identificación de actores relevantes, y por último la presentación de las estrategias seleccionadas, todo lo anterior para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

ILUSTRACIÓN 1-4 ESQUEMA GENERAL DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA



Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020

En los últimos años se ha producido una transición epidemiológica en el país. En este contexto y a nivel sanitario, específicamente en el año 2020, se ha tenido como reto enfrentar la otra epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que en Chile alcanzan cifras preocupantes (MINSAL, 2017). En la comuna de Huechuraba se ha relevado fuertemente la carga de enfermedad que afecta a la población como son las patologías crónicas, a través, del rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación, al cuidado integral centrado en las personas.

Los conceptos de cronicidad y multimorbilidad representan un desafío de gran envergadura en el rediseño del Plan de Salud, ya que, desde una atención fragmentada se apunta hacia el cuidado integral centrado en la persona. Esto ha implicado un proceso de visión de cambio, desde las voluntades políticas, equipos de salud y comunidad, por lo que se ha ido trabajando desde mayo 2021, abordando la pre-implementación e implementación de esta estrategia, desde la eficiencia y el respeto en la reconfiguración de recursos, sensibilizando a todos los actores anteriormente mencionados. Además, se ha estratificado a la población según riesgo (alto), debido a que esta población es la de mayor complejidad, en términos de complicaciones y hospitalizaciones; asimismo, se ha capacitado a los equipos de salud, reorganizando los procesos administrativos (agendamiento, registro clínico) y clínicos (ingreso y control integral, planes de cuidado consensuados, gestión del cuidado, seguimiento a distancia, automanejo), favoreciendo y acompañando el liderazgo en cada uno de los centro de salud de la comuna.

2.3. Objetivos de desarrollo sostenible

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, también conocidos como Objetivos Mundiales, se adoptaron por todos los Estados Miembros en 2015 como un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030.

Los 17 ODS están integrados, ya que, reconocen que las intervenciones en un área afectarán los resultados de otras y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad medioambiental, económica y social.

ILUSTRACIÓN 1-5 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



Fuente: Organización Naciones Unidas
 Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

A nivel local estos 17 objetivos se relevan a través de diversas estrategias que pretenden poner el acento en el trabajo conjunto y colaborativo por el bien común, el cual produce resultados sostenibles mayores a la suma de esfuerzos individuales, para ello se existen medidas comunales, éstas son:

- Establecer estrategias sanitarias que cuenten con el apoyo de la autoridad comunal y con el intersector para proteger y apoyar áreas que necesitan una atención colectiva urgente, permitiendo un abordaje integral de dichos factores, coordinando sinergias, planes y metas conjuntas, y coberturas de atención y promoción que generen impactos sustantivos en la población comunal, considerando a las personas en todo el curso de vida como eje central.
- Fortalecer alianzas socio-comunitarias que permitan responder a las privaciones arraigadas, los conflictos violentos y la vulnerabilidad a los desastres naturales, movilizand o a las personas de la comuna, en todas sus dimensiones (individual, familiar y comunitaria), como agentes activos en la toma de decisiones, en el cuidado de su salud.
- Trabajar fuertemente en las áreas que pueden empujar hacia el progreso en todos los 17 ODS, a partir de los recursos de la comuna, ya sea: en gestión financiera, la resiliencia de la población, los recursos sostenibles e inclusivos, vínculos intersectoriales mayormente articulados, aumento de medidas locales, que movilicen acciones de carácter preventivo y promocionales para la comunidad; un mejor uso de los datos, y un aprovechamiento de la ciencia, la tecnología y la innovación con mayor enfoque en la transformación digital, con el fin de generar la transformación social y económica necesaria para aportar desde los resultados locales a los objetivos de desarrollo sostenible para el año 2030 a nivel mundial.

3. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en Huechuraba

Durante los últimos años, el municipio ha impulsado una política integral de mejoramiento del sector público de salud del nivel primario, a través de la implementación de un modelo basado en el enfoque familiar y promocional de la salud. Los resultados del conjunto de iniciativas desarrolladas se evidencian en los parámetros observados en cada uno de los indicadores relevantes para medir la salud de la población.

En base a las alianzas realizadas con los distintos departamentos municipales, es que se logra trabajar conjuntamente en base a los compromisos asumidos por cada uno de los actores involucrados, para gestionar acciones sanitarias que impacten de manera integral a las personas, familias y comunidad. Para lo cual, se incorpora en el Plan de Desarrollo Comunal-PLADECO (2019-2024), objetivos relacionados al sector Salud. Lo anterior, se desarrolla, en primera instancia, gracias al apoyo de las autoridades comunales, los cuales, cuentan como eje fundamental, para la ejecución de dichos procesos; asimismo, los participantes de cada sector, manifiestan una visión amplia, pero símil, lo que favorece la formulación de objetivos compartidos y responsabilidades definidas. Conjuntamente y de manera sustancial, la comunicación juega un rol activo en los equipos intersectoriales, los cuales, establecen credibilidad y confianza, lo que permite concretar acciones colaborativas, con carácter compartido, potenciando la toma de decisiones conjuntas, planificando y haciendo seguimiento de las acciones que se desarrollan en favor de la comunidad.

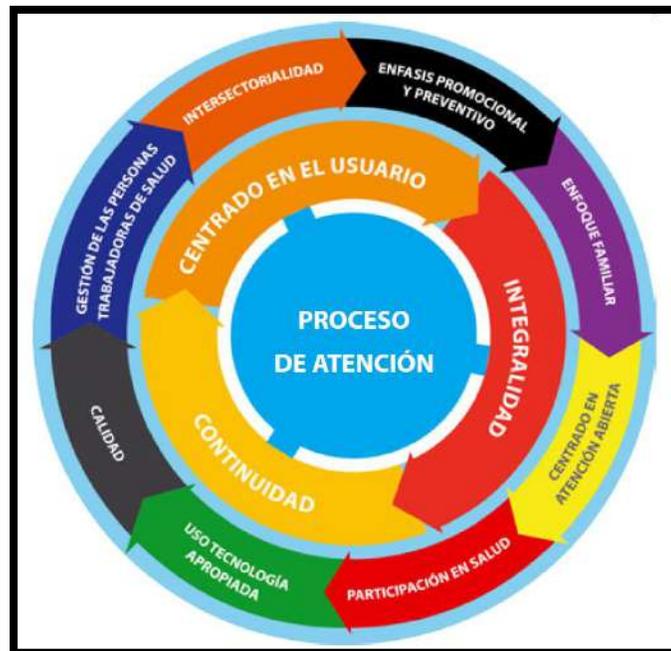
El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud, como las condiciones laborales, el desempleo, el apoyo social, la calidad de la vivienda, la buena alimentación y política de transporte, que actúan

fuertemente sobre las personas desde la primera infancia. (Orientaciones para la planificación y la programación en red, 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL).

3.1. Principios del Modelo

Bajo el modelo, se vuelve inevitable entonces, integrar varios sistemas y miradas, que se deben sustentar en los principios básicos que se despliegan de éste. Se habla en efecto, de tres principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, que son los siguientes: centrado en las personas, integralidad de la atención y la continuidad del cuidado.

ILUSTRACIÓN 1-6 PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO



Fuente: Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, MINSAL 2012

Muchos de los Principios pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria: “Centrado en las personas, Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado”.

Ciertamente que la operacionalización de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación, se revisan su conceptualización:

Centrado en las personas

Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios.

Integralidad

El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación,

rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

La continuidad de la atención

Se puede definir desde distintas perspectivas: Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, destacamos tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS "Redes Integradas de Servicios de Salud":

- Continuidad Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.
- Funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).
- Profesional: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red. su cuidado. (Orientaciones técnicas Modelo de Salud, Minsal, 2018)

3.2. Políticas de salud y ámbitos estratégicos de acción

Teniendo lo anterior como base, es que los equipos de salud tienen el desafío de encontrar las estrategias, las metodologías, los planteamientos y la planificación adecuada para dar forma y fondo a nivel local a dicho modelo acoplándose a lo planteado a nivel nacional.

Para ello es necesario, dentro de otros puntos, crear estrategias que permitan en su conjunto dar cuenta de los principios del sistema, como al mismo tiempo el logro de los objetivos declarados por MINSAL. Las miradas nacional y local deben converger hacia un criterio común, buscando alcanzar una congruencia y sincronía entre los procesos independientes que se desarrollan. Esto con la finalidad que se cumpla con los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 propuestos, buscando optimizar el rendimiento y mantener las metas en el largo plazo.

Para el logro de los cuatro objetivos sanitarios, existen nueve ejes estratégicos, desde los cuales se establecen metas de impacto y resultados esperados, las que se miden a través de indicadores, correspondiendo a su vez la selección de actividades, intervenciones clínicas o procesos organizacionales.

En la misión de acoplarse a los principios del sistema y hacer que los equipos de salud aporten en el cumplimiento de los objetivos sanitarios, es que se necesita alinear las estrategias, las visiones e integrar los procesos comunales, teniendo como marco los procesos estratégicos, que apuntan hacia los principales objetivos sanitarios, a partir de los cuales se construyen las estrategias, para dar cumplimiento a la misión y visión de la organización.

Participación social

Proceso habilitante de las personas para decidir e incidir en una determinada realidad, o la posibilidad de influir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos.

Promoción de salud

Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, fortaleciendo habilidades y capacidades, incentivando cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles.

Prevención

Aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, enfocadas a que la población, como individuos y familias, para mejorar las condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable.

Tratamiento

Conjunto planificado de acciones y/o medios que se requieren para como plan terapéutico para curar o aliviar un problema de salud físico y/o mental.

Rehabilitación

Conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno.

Calidad

Proceso estratégico transversal, fundamental en los sistemas sanitarios modernos, que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional, tanto para el ámbito público como para el privado.

Resolutividad

Proceso estratégico transversal, que busca mejorar la capacidad resolutiva de la atención primaria hacia el sector secundario, dando solución o manejo de las necesidades de salud a la población a la que presta servicios, utilizando la estructura y procesos para mejorar el desempeño de las redes integradas de servicios.

En este contexto (sustentarse en los principios, orientarse al logro de objetivos y metas sanitarias), es que para el 2022 se espera como base, aunar el enfoque de determinantes sociales en salud y el enfoque de curso vida, además, de integrar la visión nacional con la local como se ha mencionado. Con dicho planteamiento, tenemos la convicción, que seguiremos en la línea de lo trabajado en años anteriores, aportando y desarrollando en la gestión de salud comunal, que tiene como prioridad, mejorar la calidad de la atención en salud.

4. Metodología de la planificación de acciones en salud en Huechuraba

La metodología para el Plan de Salud 2022-2025, está enfocada en los cambios relevantes para la salud de los vecinos y vecinas de Huechuraba, los que serán medidos a mediano plazo en donde se evidenciarán en los efectos de las acciones de salud en las personas, de esta manera el Plan de Salud se estructura en una temporalidad de cuatro años, poniendo en valor a los usuarios y usuarias de las prestaciones de salud que se dan en la comuna, tanto en forma individual y en los cursos de vida en los cuales se desarrollan, a las familias y comunidad. Es en esta estructura en donde las personas se vinculan, desarrollan y configuran las relaciones generando las instancias para el cuidado, la prevención y el tratamiento de su salud. Estas dimensiones y su evolución en el tiempo permiten estructurar la oferta de servicios de salud desde los Centros de Salud y estrategias de salud que se han implementado.

La planificación considera dos ámbitos de trabajo, el primero de ellos relacionado con la Gestión Sanitaria, entiendo por ello todas las acciones que se diseñan y se ponen a disposición para la salud de las personas, que pueden ser medidos mediante los resultados en los indicadores de manera individual, familiar y colectivo. El

segundo de ello corresponde a la Gestión Clínica, que corresponde a las herramientas sanitarias que influyen en el resultado de la salud de las personas, lo que considera también, las acciones de soporte administrativa y organizacional y los recursos que conlleva la gestión clínica, en una temporalidad de un año.

4.1. Diagnóstico

Para poder objetivar las necesidades de salud de la población de Huechuraba, se han elaborado los diagnósticos de cada Centro de Salud con los referentes de curso de vida y de las temáticas relevantes, para dar curso a la priorización de las variables más importantes de acuerdo a cada caso, siendo el resultado de éstos un diagnóstico participativo del estado de salud de los usuarias y usuarios de la comuna de Huechuraba en el contexto individual, familiar y comunitario.

La estrategia está definida en función de poner en el centro de atención los efectos deseados en las personas de las acciones de salud implementados en la comuna, entendiendo que en ellos influyen los factores protectores, los riesgos propios de cada curso de vida, y la carga de enfermedad acumulada en cada etapa, como también la interacción que cada individuo tiene en su entorno familiar y comunitario.

Por esta razón, es que se ha dado énfasis en visibilizar todos los espacios de interacción de las personas, priorizando de acuerdo con el ciclo de curso de vida en que encuentre para poder hacer un diseño desde las necesidades específicas en cada uno de ellos. Consideración especial se da a la etapa de gestación, que no siendo un ciclo y curso de vida propiamente tal, se realiza para dar significado a la importancia que esta etapa y las consecuencias futuras que repercuten en la vida un adecuado cuidado.

4.2. Procesos estratégicos

Teniendo claro los diagnósticos por Centro y Dispositivos de Salud, junto con las principales necesidades por cada dimensión de las personas (curso de vida), familia y comunidad, se plantean los desafíos para este periodo de cuatro años, en cual se definen como objetivos sanitarios, las metas que rigen en todo este periodo, que están enfocadas en los cambios positivos de los estados de salud de los vecinos y vecinas usuarios de la oferta de servicios de salud.

La caracterización de usuarios y usuarias permite identificar las brechas y las necesidades prioritarias de las personas y sus dimensiones y desde ahí poder construir cuál es el aporte a la salud en el mediano plazo y definir las acciones de corto plazo que se deben priorizar tendientes al cumplimiento de los requerimientos sanitarios y clínicos respectivamente. En base a los procesos estratégicos se definirán las estrategias para enfrentar los desafíos y el marco en donde se desarrollará la planificación de acciones de salud, los que son: la promoción, participación, prevención, tratamiento y rehabilitación, y transversalmente calidad y resolutivez.

4.3. Estrategia de Cuidados Integrales Centrado en las Personas (ECICEP)

La Organización Panamericana de la Salud, define que la constitución de un equipo de salud no se logra mediante la mera yuxtaposición física de sus componentes y actividades; es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical.

El trabajo en equipo es un proceso dinámico, abierto y participativo en la construcción técnica, política y social del cambio del trabajo en salud para la aplicación de un nuevo modelo de atención, el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitan la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciendo una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos de salud.

De esta forma y dando respuesta a esta definición, se destaca que la Atención Primaria de Salud cuenta con un reconocido y definido recurso humano, el cual consta de proveedores de servicios, funcionarios internos

(profesionales y administrativos), gestores comunitarios y las personas (en todas sus dimensiones, individual, familiar y comunitario); la constitución de los equipos de APS, se explicita como concepto importante entendiendo que éstos, representan la puerta de entrada al sistema de salud, posicionándose en la primera línea de atención (sobre todo en éstos dos últimos años en contexto de Pandemia), lo que nos ha permitido ver siempre y con claridad la definición de su composición.

En este contexto y a principios del año 2020, el Ministerio de Salud, publica el marco conceptual de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, basada en los tres principios irrenunciables del MAIS (integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas). Dicho documento, aborda los fundamentos y conceptos estratégicos de los cuidados integrales centrados en las personas, para que los equipos de salud tengan un marco referencial sobre el cual comprender esta reconfiguración en la entrega de cuidados a las personas.

La ECICEP entonces viene a reorganizar los servicios de salud, hacia un cuidado centrado en las personas las cuales son estratificadas según complejidad, es decir, con enfoque de riesgo, además, se orienta a otorgar un cuidado integral y continuo, logrando ser también una herramienta de acompañamiento para la persona, su familia y/o cuidadores.

Es así como esta reconfiguración de la entrega de cuidados se orienta a:

1. Las personas sin patologías diagnosticadas, que participarán en la prevención de la cronicidad y la promoción de su propia salud, evitando el desarrollo de nuevas condiciones crónicas o al menos reduciendo su impacto en su salud y calidad de vida.
2. Las personas en situación de cronicidad, pasando de un sistema reactivo a un sistema proactivo para ofrecer una atención más integrada, continua y más adaptada a sus necesidades, con un rol y una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud.
3. El equipo de salud, con una mayor optimización del tiempo dedicándolo a las labores de mayor valor añadido.

Por tanto, lo anterior, conlleva a un cambio de paradigma, es decir, se pasa de un sistema organizado por programas y por diagnósticos, donde el usuario debe deambular por múltiples equipos de salud para obtener información y poder abordar sus patologías, a un cambio significativo, en donde la ECICEP plantea sus pilares base, éstos son: las decisiones y responsabilidades compartidas, estratificación según riesgo, continuidad del cuidado, apoyo al automanejo y gestión de caso, mirando a la población objetivo, desde la heterogeneidad de sus patologías (o no las tenga, abordándolo del énfasis estratégico de la promoción).

Asimismo, esta visión de cambio, evidencia que los usuarios transitan desde una atención de salud por programas, a una de equipo de cabecera, en donde, el control crónico tiene como base el modelo de salud familiar, estableciendo un plan individual consensuado, según las necesidades del usuario-persona, realizando seguimiento clínico, con fuertes estrategias de apoyo al automanejo, por consiguiente, la reorganización de ECICEP involucra, movimiento en las agendas de profesionales, en controles (integrales) y en la derivación interna (según pertinencia), sumado a esto, incorpora actividades de apoyo al automanejo, talleres, entrenamiento de líderes en salud (actores claves en la comunidad), seguimiento telefónico y capacitación del equipo de salud.

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), se comprende como cuidados integrales la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad.

Actualmente, el MAIS tiene uno de sus focos en la integralidad, comprendida como uno de los principios transversales de este modelo, desde donde se promueve que las necesidades de las personas con múltiples condiciones crónicas, discapacidades funcionales, y/o alta demanda médica; se abordan mediante planes de cuidados integrales y continuos coordinando las prestaciones de salud.

Es así como, en el año 2020, en la comuna de Huechuraba, se comienza de manera paulatina con la implementación de la Estrategia del Cuidado Integral centrado en las personas, comenzado con el proceso de capacitación para funcionarios internos de salud, los cuales trabajan conjuntamente con el usuario y su familia, haciéndolos co-partícipes en la toma de decisiones de su estado de salud, cumpliendo de esta manera, ambos un rol activo, en el desarrollo de la estrategia.

Por consiguiente, la estrategia de cuidados integrales hace parte a la familia y/o los cuidadores del proceso de cuidados, realizando un acompañamiento por parte del equipo de salud, aproximándose a las personas como un todo, abordando la dolencia la salud y la enfermedad, logrando así, abordar la complejidad de las personas que consultan en los centros de salud, un aspecto que implica romper con el esquema de atención centrada en la enfermedad.

Un elemento esencial en la ECICEP es la estratificación de la población, lo que permite distinguir su distribución en base al nivel de complejidad de su situación de salud. A partir de ello, es posible agrupar a las personas según su complejidad y riesgo, favoreciendo el desarrollo de intervenciones acordes a sus necesidades y características.

TABLA 1-1 OBJETIVOS Y UTILIDADES DE LA ESTRATIFICACIÓN

Descriptor	Estratificación
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud. • Que las personas enfermas se mantengan controlados y no desarrollen complicaciones, incentivando su involucramiento, autonomía para el manejo de sus condiciones crónicas y el apoyo desde los equipos de salud. • Que las personas con multimorbilidad sean atendidas de la manera más adecuada asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento
Utilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Permite anticipar los cuidados sobre aquellos colectivos de personas que son más, susceptibles de que, interviniendo sobre ellos, el curso clínico puede evolucionar positivamente. • Permite una mejor planificación y gestionar de manera eficiente los recursos, así como distribuir mejor los presupuestos o la financiación. • Relacionar el riesgo con los niveles de atención. • Individualizar planes terapéuticos en grupos de mayor riesgo.

Fuente:

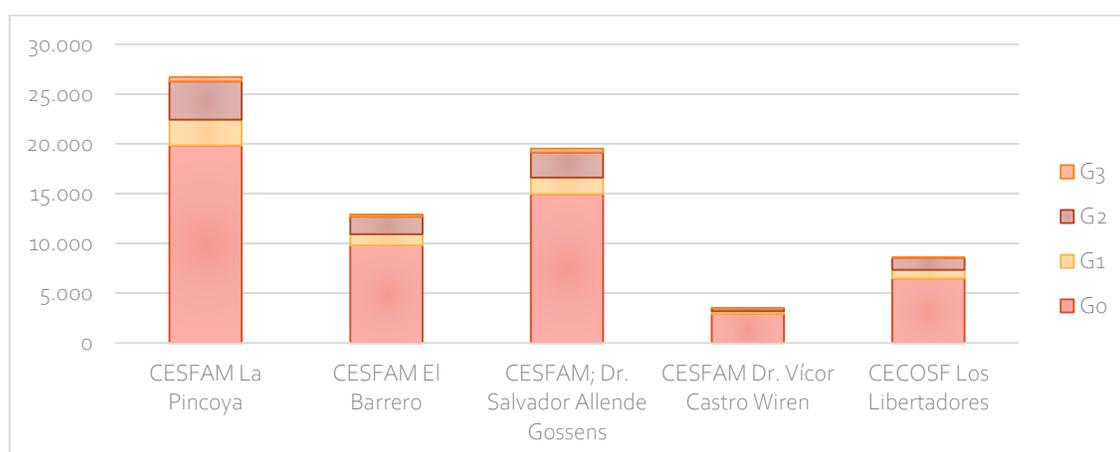
Niveles de complejidad

- G3. Riesgo alto, 5 o más condiciones crónicas.
- G2. Riesgo Moderado, 2 a 4 condiciones crónicas.
- G1. Riesgo Leve, 1 condición crónica.
- Go Sin Riesgo, sin condiciones crónicas identificadas o que estas no conforman parte del listado de condiciones crónicas definidas para la estratificación.

En la comuna de Huechuraba la ECICEP ha escogido realizar un proceso de estratificación segregado por sistemas, comprendiendo que cada patología está clasificada dentro de un sistema, lo que distingue a las personas con niveles de complejidad alto, moderado, leve y sin morbilidad calculada de manera individual y presentada por cada centro de salud.

A continuación, se detalla la estratificación, por centro de salud, de la comuna de Huechuraba:

GRÁFICO 1-1 ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA SEGÚN CLASIFICACIÓN DE RIESGO ECICEP



Fuente: Unidad Control de Gestión e Innovación 2020

Considerando cada segregación (G0-G1-G2-G3) por centro, es que se calcula el porcentaje de usuarios, establecido en el plan comunal, para alcanzar los 284 usuarios en riesgo G3, los cuales deben ingresar a la estrategia distribuyéndose de la siguiente manera, según su población definida:

TABLA 1-2 CLASIFICACIÓN POR ESTABLECIMIENTO COMUNAL DE USUARIOS G3

Establecimiento	Usuarios
Cesfam La Pincoya	106
Cesfam Dr. Salvador Allende G.	78
Cesfam El Barrero	51
Cesfam Dr. Víctor Castro W.	14
Cesfos Los Libertadores	34

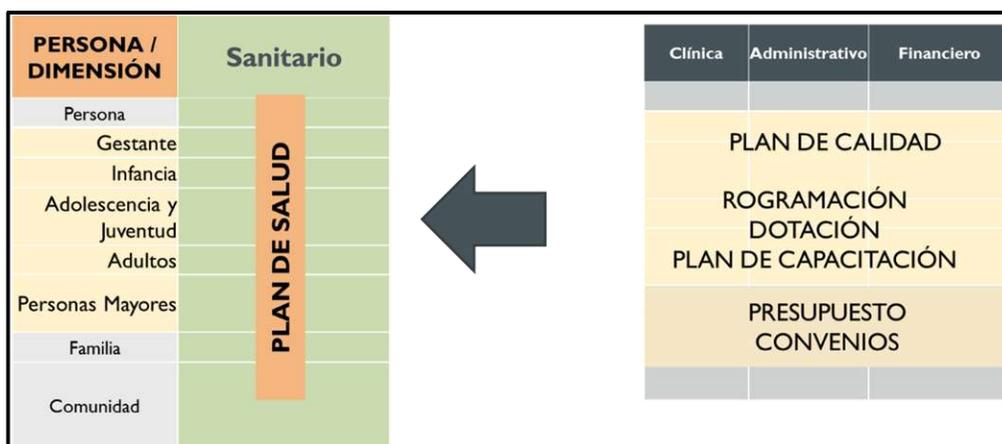
Fuente: Unidad Modelo

4.4. Gestión sanitaria y clínica

Para el logro de estos objetivos sanitarios, se plantean los objetivos de gestión clínica, los cuales son desafíos anuales en la reorganización de los recursos e innovaciones que permiten alcanzar los objetivos sanitarios. La consecución de los objetivos sanitarios se entiende que son múltiples factores los que influyen, por esos las estrategias están guiadas desde el individuo mismo, pero también desde los condicionantes familiares y comunitarias que puede reforzar el éxito de la estrategia.

Con lo anterior se ha definido la carta de navegación para el Departamento de Salud y para cada uno de los Centros de Salud y dispositivos de atención para los próximos cuatro años, con revisiones anuales de la efectividad en el desarrollo de las acciones clínicas de salud, en el cual se han considerado cambios en la sustentabilidad del modelo de atención primaria, fortaleciendo el modelo de salud familiar para el período 2022-2025, y en donde los equipos se convocan en torno a una visión de corto y mediano plazo, poniendo en valor a las personas, la familia y la comunidad, lo que implicará avanzar coherentemente con los instrumentos que dan soporte a la oferta de servicios de salud para los próximos cuatro años.

ILUSTRACIÓN 1-7 PLANIFICACIÓN DE ACCIONES DE SALUD



Fuente: Dirección DEPSA

5. Dimensiones de las Personas o Individuo

Huechuraba con este plan pretende influir en todos los aspectos de la persona en su contexto individual, familiar y comunitarios entendiendo que en todos estos niveles interactúa y desarrolla aspectos biopsicosociales que influyen en su salud. Es por esto que el foco se ha ampliado a todos estos niveles para responder en forma efectiva a la realidad de cada individuo. Para esto, además se incorpora el curso de vida por el cual atraviesan para el diagnóstico diferencial donde de estas personas como factor condicionante de su estado de salud y la oferta de servicios que estos requieren.

A continuación, se describen las distintas dimensiones:

5.1. Persona

El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo de un individuo en salud se inicia en la gestación y continúa a lo largo del curso de vida; a través, de atenciones periódicas para evaluar el estado de salud. Estas atenciones tienen un enfoque promocional, preventivo o de tratamiento dependiendo de las necesidades de la persona –usaria/o, entendiéndose ésta, desde un enfoque biopsicosocial, enmarcado en un entorno familiar y comunitario.

5.1.1. Diferencias de los enfoques curso de vida y ciclo de vida

El enfoque de curso de vida, constituye un salto cualitativo, respecto al ciclo vital, pues abarca la totalidad del ciclo vital, y además “reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la vida, en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida” (Barker, 1998; citado por Schutz), impactando en las trayectorias de vida de los sujetos. Mientras que el ciclo vital, se refiere al desarrollo por etapas que da una idea lineal del proceso, en contraste con la visión del enfoque de curso de vida que asume el desarrollo como un proceso vital que se construye a lo largo de la vida e incide tanto en la vida de los sujetos como de las familias.

Las transiciones demográficas, sociales y epidemiológicas actuales, el rápido aumento de la esperanza de vida, el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de superar el concepto de salud basado únicamente en la ausencia de enfermedad, han servido para crear un intrincado conjunto de escenarios sanitarios y sociales.

El enfoque del curso de vida nos permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud, y cómo se pueden mitigar o aliviar a lo largo de las generaciones.

Un enfoque de curso de vida proporciona estrategias de alto impacto basadas en evidencia y derechos que aplican la perspectiva que comprende la salud en el contexto actual y prioriza la salud de aquellos que alguna vez se quedaron atrás.

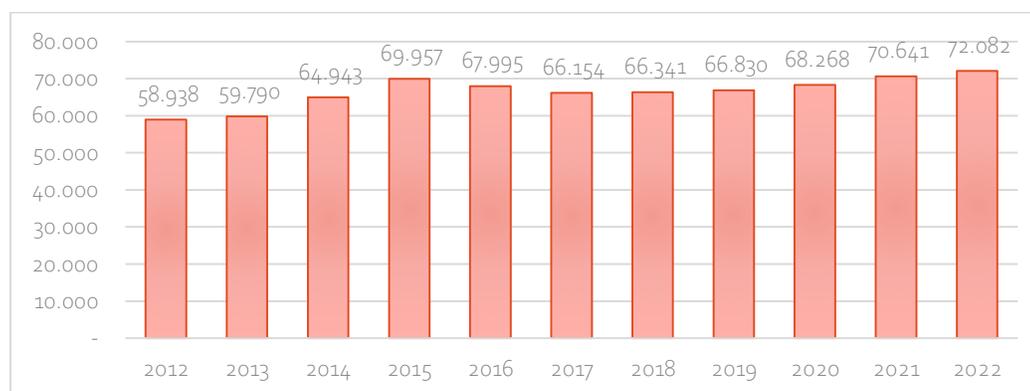
- El enfoque del curso de vida considera a la salud como una capacidad en evolución que se desarrolla dinámicamente a lo largo del tiempo y a través de las generaciones.
- La salud es un componente y un recurso clave para el desarrollo humano. Se desarrolla y cambia a lo largo del curso de la vida.
- Una perspectiva del curso de la vida ayuda a explicar los patrones de salud y enfermedad. Si bien enfatiza un comienzo saludable en la vida, también explica que nunca es demasiado tarde para mejorar la salud.
- Estamos viendo un nuevo escenario de salud pública. El enfoque del curso de vida para la salud pública proporciona la evidencia, estrategias basadas en los derechos humanos para entender la salud en el contexto actual, y priorizar a aquellos que se están quedando atrás.
- Los profesionales de la salud pública pueden aplicar el enfoque del curso de vida para brindar una perspectiva integral a las políticas, los programas y las intervenciones. OPS/OMS

En Huechuraba, por medio de su plan de trabajo (2022 – 2025) y en el Marco del Modelo de salud familiar y comunitario, decide dar este salto entre los enfoques de ciclo de vida al enfoque de curso de vida, sobre todo considerando el impacto del contexto sanitario a nivel mundial, nacional y cómo repercute a nivel comunal. Implementar este nuevo modelo con enfoque de curso de vida es fundamental, ya que considerará tan sólo al individuo, sino también, se centrará en sus dimensiones de familia y comunidad, desde la gestación, infancia, adultez y persona mayor, incorporando como proceso estratégico la promoción de la salud, participación social, prevención, tratamiento y rehabilitación (OPS).

5.1.2. Descripción de la población inscrita autorizada por FONASA de Huechuraba

La comuna de Huechuraba durante los últimos seis años ha experimentado un alza sostenida en su población inscrita validada que puede ser evidenciada en el siguiente gráfico:

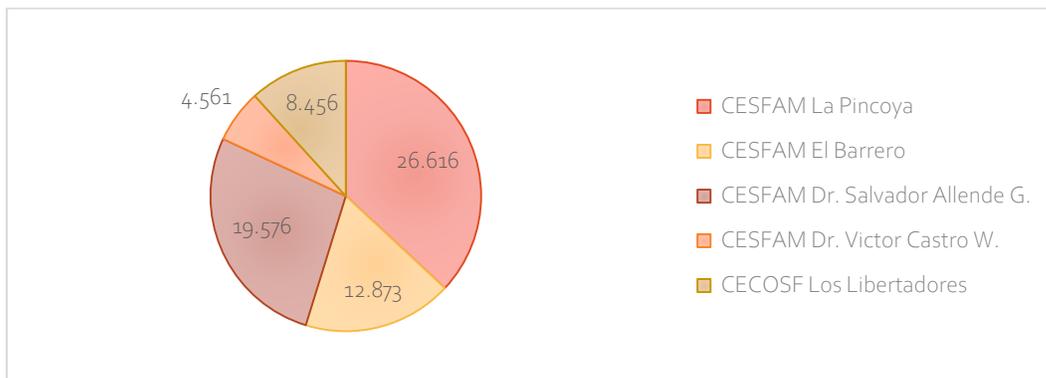
GRÁFICO 1-2 EVOLUCIÓN POBLACIONAL PER CÁPITA HUECHURABA



Fuente: FONASA

El estimado para el año 2022 es de 72.082 personas inscritas en la comuna de Huechuraba, según el cálculo del corte agosto 2021, basado en esta misma información se muestra a continuación la distribución porcentual por centro.

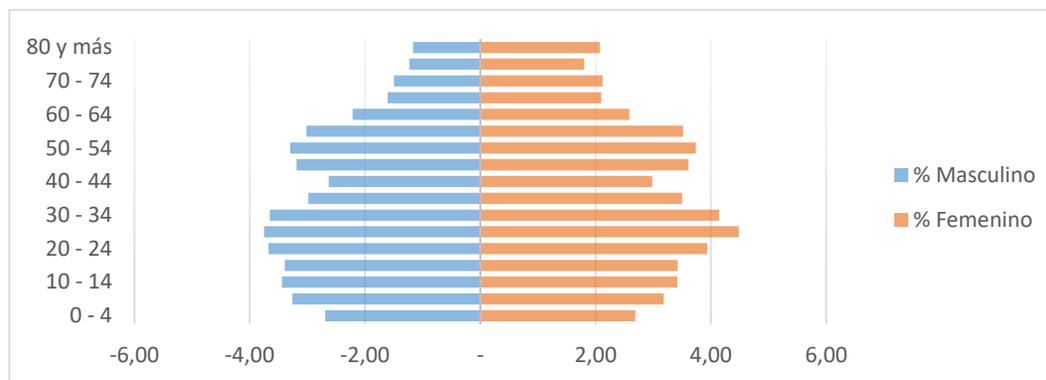
GRÁFICO 1-3 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE APS DE HUECHURABA



Fuente: FONASA

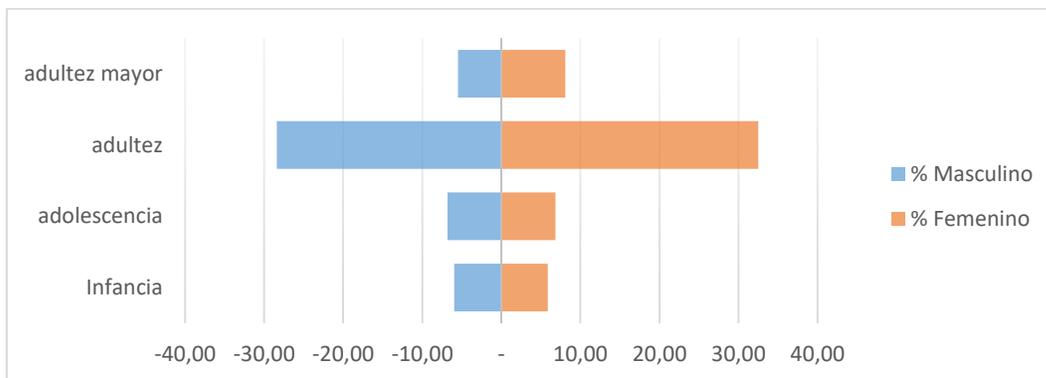
La población total está conformada en un 53% por mujeres y que se encuentran principalmente entre los 20 y 54 años, al igual que los hombres representan el 47%.

GRÁFICO 1-4 PIRÁMIDE POBLACIONAL: INSCRITOS AUTORIZADOS POR FONASA A HUECHURABA, POR GRUPOS ETARIOS



Fuente: UCGI, en base a datos de FOANSA

GRÁFICO 1-5 PIRÁMIDE POBLACIONAL: INSCRITOS AUTORIZADOS POR FONASA A HUECHURABA, POR ETAPAS DEL CURSO DE VIDA



Fuente: UCGI, en base a datos de FOANSA

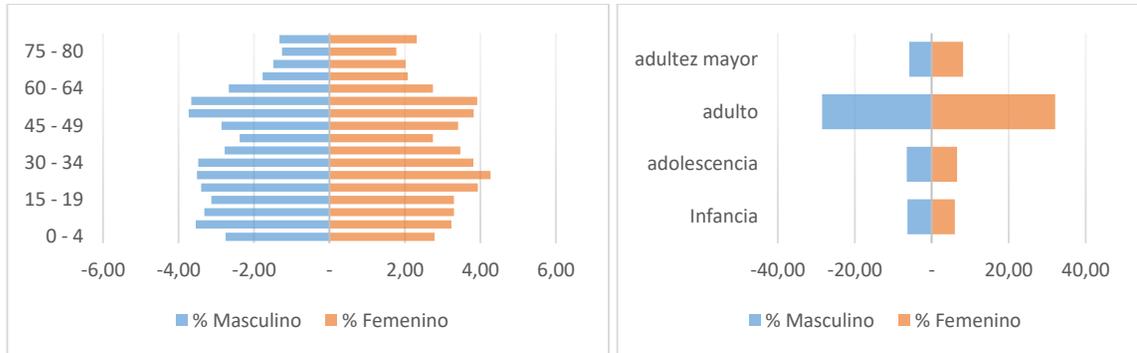
5.1.3. Caracterización por establecimiento

Con el objetivo de planificar acciones sanitarias específicas dirigidas a la población, es necesario reconocer los perfiles demográficos por territorios, los cuales pueden obtenerse mediante la construcción de pirámides poblacionales para cada establecimiento de salud de la comuna.

CESFAM La Pincoya

Este centro representa el 37% del total de la comuna, con 26.616 inscritos, la población femenina representa un 53% mientras que la masculina un 47% al igual que el resultado global comunal.

GRÁFICO 1-6 PIRÁMIDE POBLACIONAL: INSCRITOS AUTORIZADOS POR FONASA AL CESFAM LA PINCOYA

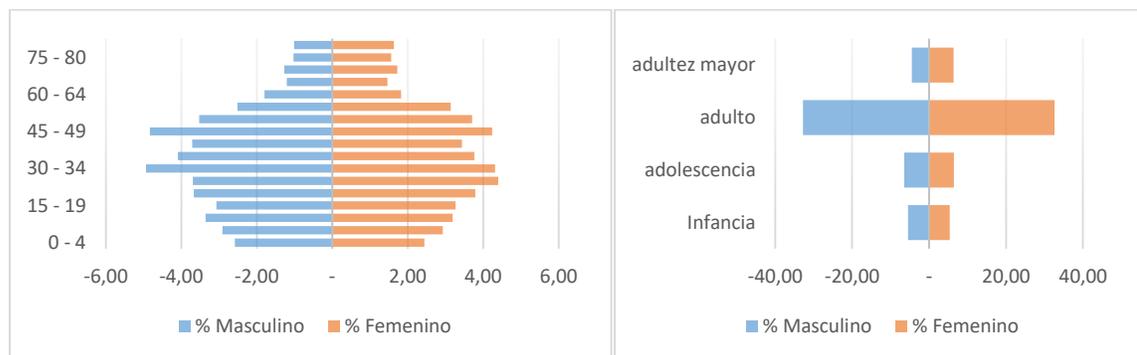


Fuente: UCIGI, en base a datos de FOANSA

CESFAM El Barrero

Este centro representa el 18% del total de la comuna, con 12.873 inscritos, la población femenina representa un 51% mientras que la masculina un 49% este último un poco mayor que el comunal.

GRÁFICO 1-7 PIRÁMIDE POBLACIONAL: INSCRITOS AUTORIZADOS POR FONASA AL CESFAM EL BARRERO

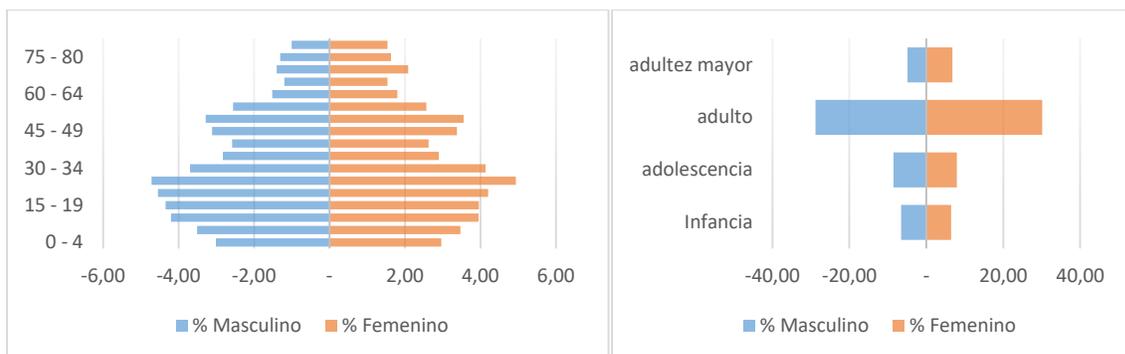


Fuente: UCIGI, en base a datos de FOANSA

CESFAM Dr. Salvador Allende G.

Este centro representa el 27 % del total de la comuna siendo el segundo más grande, con 19.576 inscritos, la población femenina representa un 51% mientras que la masculina un 49%.

GRÁFICO 1-8 PIRÁMIDE POBLACIONAL: INSCRITOS AUTORIZADOS POR FONASA AL CESFAM DR. SALVADOR ALLENDE GOSSENS

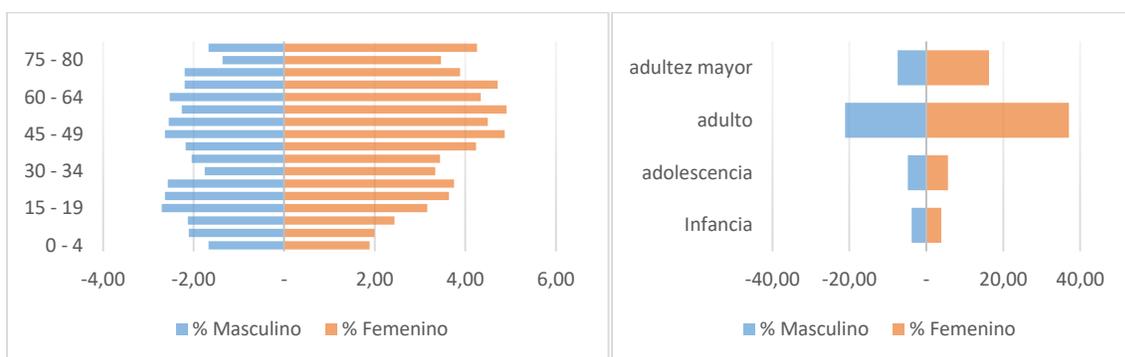


Fuente: UCGI, en base a datos de FOANSA

CESFAM Dr. Víctor Castro W.

El 2022 será el primer año que este centro cuenta con población inscrita validada, debido a que su inicio de funcionamiento fue posterior al corte del año 2021. representa el 6 % del total de la comuna, con 4.561 inscritos, una parte importante proviene de la población inscrita el año anterior del CECOSF Los Libertadores. La población femenina representa un 63% mientras que la masculina un 37%, concentrados en su mayoría en los grupos de más edad a diferencia de los otros establecimientos.

GRÁFICO 1-9 PIRÁMIDE POBLACIONAL: INSCRITOS AUTORIZADOS POR FONASA AL CESFAM DR. VÍCTOR CASTRO WIRÉN

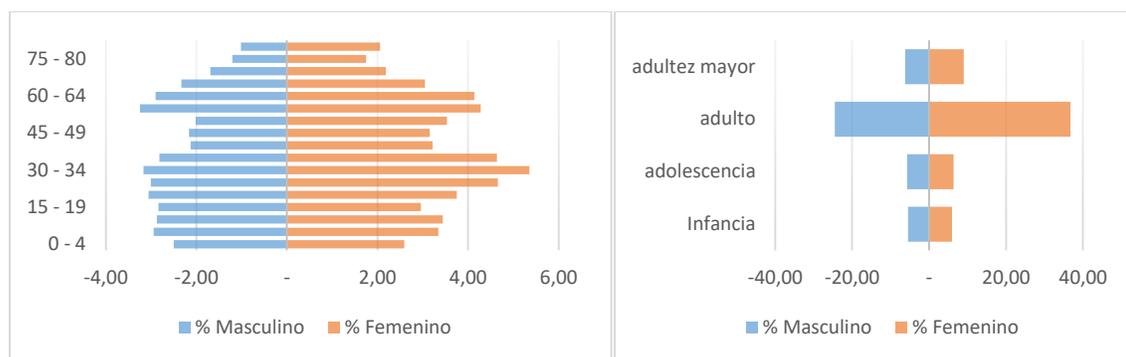


Fuente: UCGI, en base a datos de FOANSA

CECOSF Los Libertadores.

El 2022 este centro presenta una disminución de su población inscrita al ser redistribuida con el nuevo CESFAM. Actualmente representa el 12 % del total de la comuna, con 8.456 usuarios validados, una parte importante se traslada al nuevo CESFAM Dr. Víctor Castro W. La población femenina representa un 58% mientras que la masculina un 42%.

GRÁFICO 1-10 PIRÁMIDE POBLACIONAL: INSCRITOS AUTORIZADOS POR FONASA AL CECOSF LOS LIBERTADORES



Fuente: UCGI, en base a datos de FOANSA

5.2. Familia

La familia es el componente social primario para la promoción de salud y el tratamiento de la enfermedad, por lo que el éxito de las intervenciones depende en gran medida de cómo la familia adopte y experimente acciones orientadas a estilos de vida más saludables. La familia que se compromete y cumple adecuadamente las funciones de protección y cuidado, fomenta el desarrollo de sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las diversas problemáticas de salud (Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria).

5.2.1. Perfil de familia de la comuna

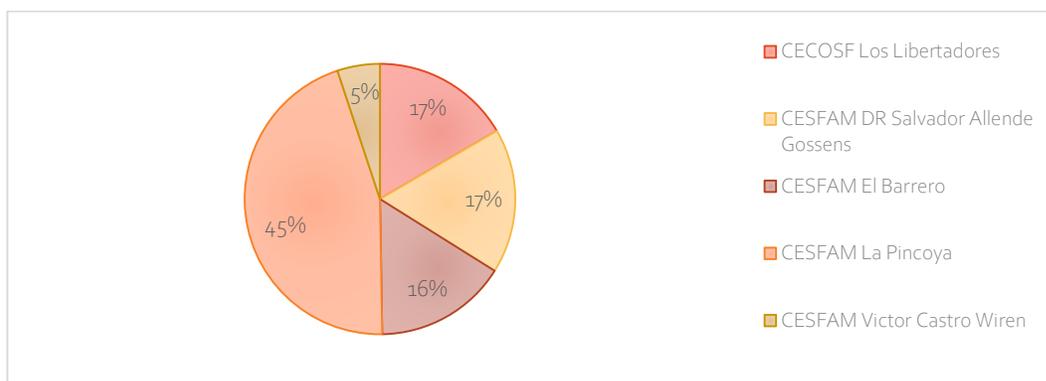
La familia es un componente relevante que puede influir de manera positiva o negativa en el desarrollo de la persona y en los factores de salud, por lo que es necesario evaluar diversos aspectos de esta red social primaria que podemos agrupar en la evaluación de riesgo familiar, el cual es una condición o característica que posibilitan un proceso patológico en un grupo familiar o uno de sus miembros, afectando su relación entre ellos y con la comunidad, siendo un proceso dinámico multifactorial que puede afectar a un integrante y de ahí a todo el sistema familiar y su funcionamiento minimizando este riesgo al contar con factores protectores.

Para ello, se elabora un perfil de familias de la comuna de Huechuraba que permite representar un resumen de la evaluación de riesgo familiar y otros componentes que son relevantes para los equipos.

Los siguientes datos presentados son realizados al corte de agosto de 2021 con respecto a las evaluaciones de riesgo familiar realizados en los centros de salud de la comuna:

Se realizan un total comunal de 3.575 evaluaciones de riesgo familiar, siendo el CESFAM La Pincoya el que concentra el mayor número de evaluaciones de riesgo familiar seguido por el CESFAM Dr. Salvador Allende, CECOSF Los libertadores, El Barrero y finalmente CESFAM Dr. Víctor Castro W.

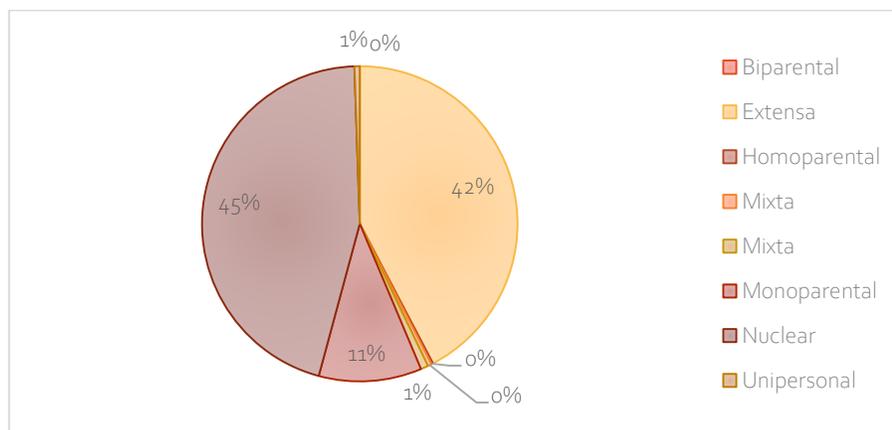
GRÁFICO 1-11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FAMILIAS CON EVALUACIÓN DE RIESGO FAMILIAR



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En el siguiente gráfico se puede observar que, del total de familias con evaluación de riesgo familiar, el mayor tipo de familia que presenta la comuna de Huechuraba es nuclear (45%), seguido por la familia de tipo extensa (42%) y luego la monoparental (11%).

GRÁFICO 1-12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FAMILIAS SEGÚN TIPO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

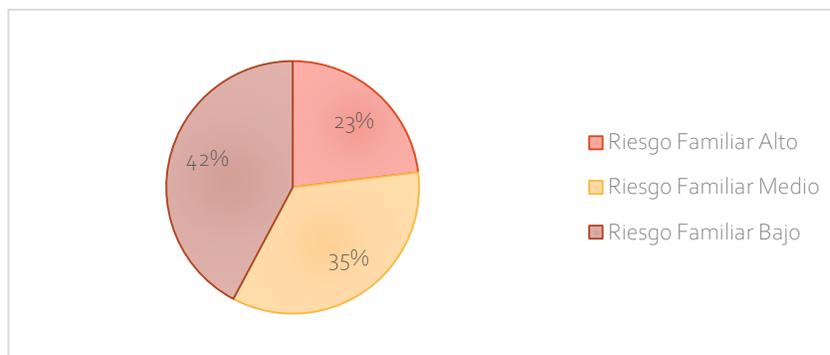
TABLA 1-3 CANTIDAD DE FAMILIAS POR ESTABLECIMIENTO DE APS CLASIFICADAS POR TIPO

Establecimiento	Extensa	Homoparental	Mixta	Monoparental	Nuclear	Unipersonal	Sin información
CEFAM La Pincoya	701	0	17	102	746	19	30
CEFAM El Barrero	260	0	1	50	212	0	43
CEFAM Dr. Salvador Allende Gossens	309	2	15	71	222	0	
CEFAM Dr. Víctor Castro Wiren	71	1	6	32	71	0	1
CECOSF Los Libertadores	136	3	2	113	331	0	8
Total general	1477	6	41	368	1582	19	82

Fuente: Unidad Modelo, en base a evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En relación a la evaluación del riesgo familiar la comuna de Huechuraba presenta más familias con riesgo bajo con 42%, seguido por las familias de riesgo medio con 35% y luego las familias con riesgo alto concentrando el 23%

GRÁFICO 1-13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FAMILIAS SEGÚN RIESGO FAMILIAR



Fuente: Unidad Modelo, en base a evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

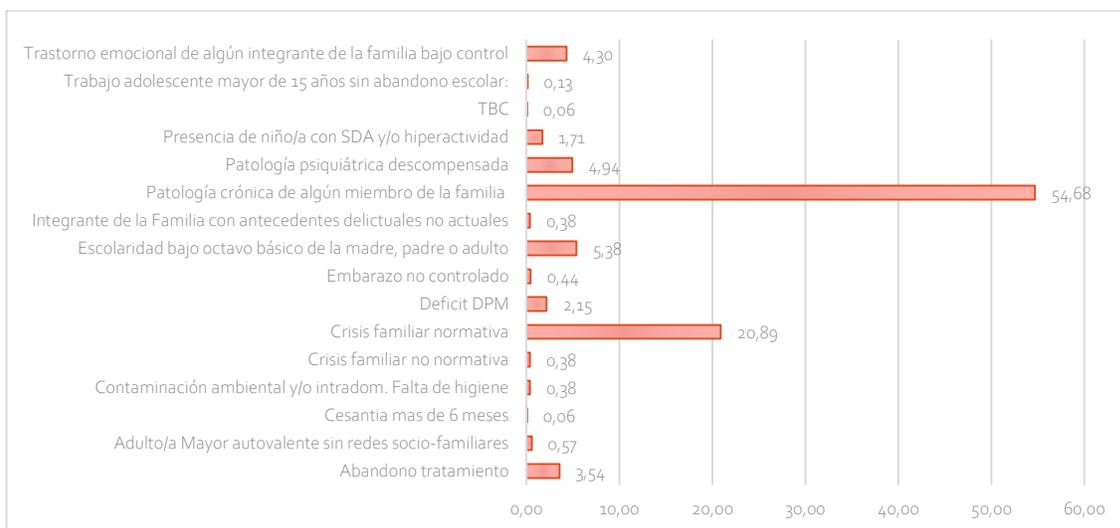
TABLA 1-4 CANTIDAD DE FAMILIAS POR ESTABLECIMIENTO DE APS CLASIFICADAS SEGÚN RIESGO

Establecimiento	Riesgo Familiar Bajo	Riesgo Familiar Medio	Riesgo Familiar Alto
CESFAM La Pincoya	664	570	491
CESFAM El Barrero	244	207	97
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	235	280	119
CESFAM Víctor Castro Wiren	129	73	42
CECOSF Los Libertadores	308	168	115

Fuente: Unidad Modelo, en base a evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

A continuación, se especifican los tipos de riesgos familiares detectados en las evaluaciones realizadas:

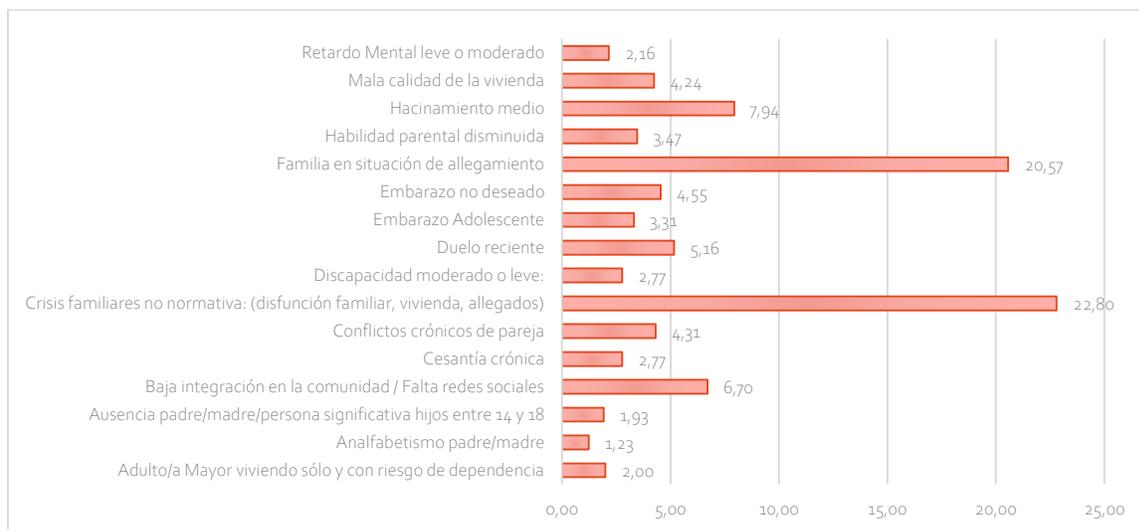
GRÁFICO 1-14 PORCENTAJE DE FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO BAJO PRESENTES



Fuente: Unidad Modelo, en base a evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021.

En el gráfico se aprecia que dentro de los 3 primeros riesgos familiares bajo, el que presenta mayor número es el que algún miembro de la familia presenta patología crónica (HTA, DM, EPI, SBO, EPOC, otra), luego la crisis familia normativa y escolaridad bajo octavo básico de la madre, padre o adulto.

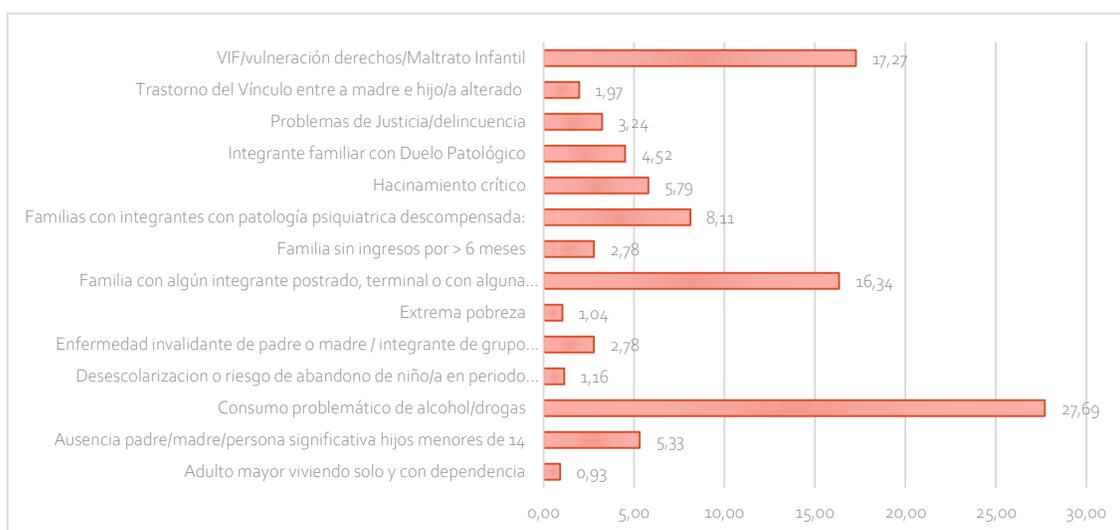
GRÁFICO 1-15 PORCENTAJE DE FACTORES DE RIESGO MEDIO PRESENTES EN LAS FAMILIAS DE HUECHURABA



Fuente: Unidad Modelo, en base a evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021.

En relación al riesgo familiar medio el que presenta mayor porcentaje es la crisis no normativa, seguido por la familia en situación de allegamiento y hacinamiento medio, siendo estos tres, los principales riesgos en esta categoría.

GRÁFICO 1-16 PORCENTAJE DE FACTORES DE RIESGO ALTO PRESENTES EN LAS FAMILIAS DE HUECHURABA



Fuente: Unidad Modelo, en base a evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

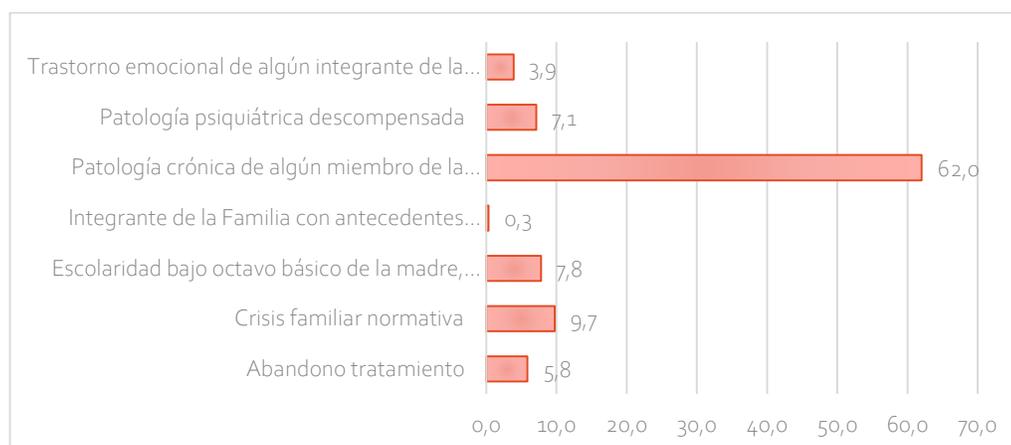
Con respecto al riesgo familiar alto, el que presenta mayor porcentaje es el consumo problemático de alcohol/drogas, seguido por luego VIF/vulneración derechos/maltrato infantil y la familia con algún integrante postrado, terminal o con alguna enfermedad grave.

Los datos arrojados permiten establecer las directrices para los años 2020-2021 con respecto a las acciones en las cuales se deben orientar las acciones con las familias dentro de los equipos de salud, con el fin de trabajar y aminorar los riesgos que presentan las familias de la comuna de Huechuraba.

A continuación, se detalla cada uno de los tipos de riesgos familiares, según las tres principales características o condiciones de riesgo por categoría, valorada porcentualmente, según tarjetón familiar, para ello, se ha extraído la información de los cinco Centros de Salud de la comuna, los cuales se analizan detalladamente.

CECOSF Los Libertadores

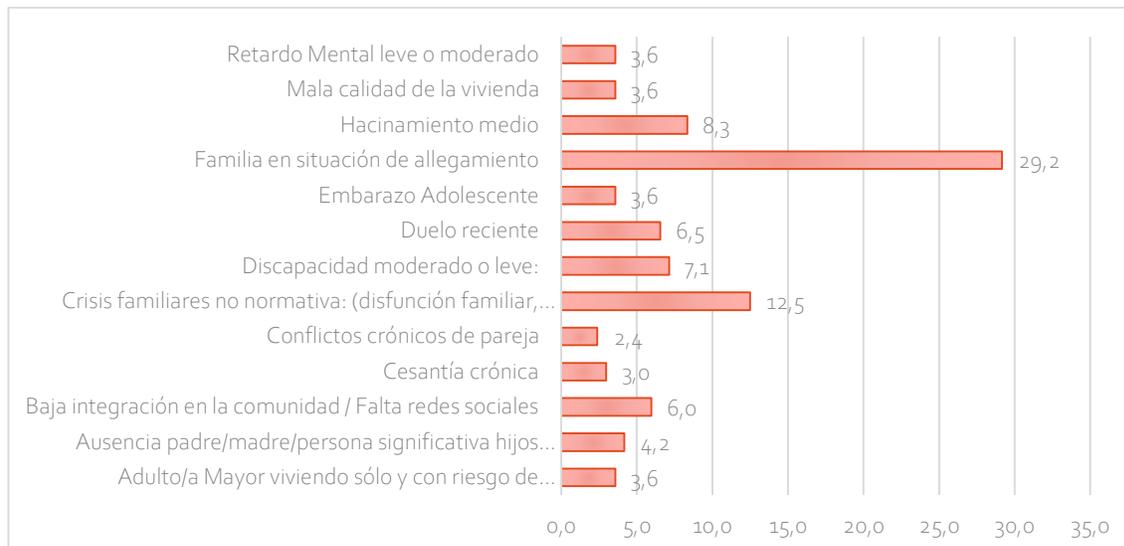
GRÁFICO 1-17 RIESGO FAMILIAR BAJO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En el gráfico se aprecia que el riesgo familiar bajo, que presenta mayor porcentaje es el que algún miembro de la familia presenta patología crónica (HTA, DM, EPI, SBO, EPOC, otra), luego crisis familiar normativa y escolaridad baja.

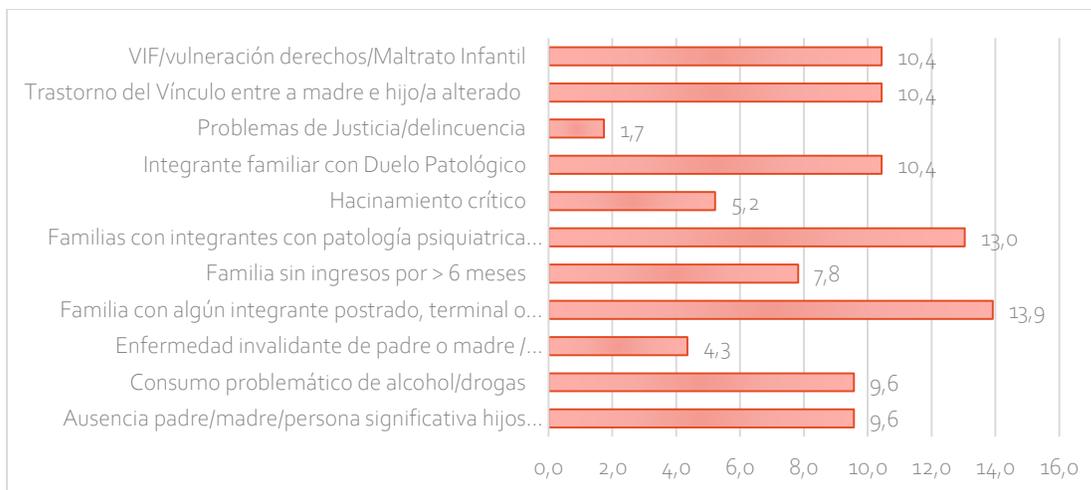
GRÁFICO 1-18 RIESGO FAMILIAR MEDIO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En relación al riesgo familiar medio, el que presenta mayor porcentaje familia en situación de allegamiento, seguido de crisis no normativa y finalmente por hacinamiento medio, siendo estos 3 los principales riesgos en esta categoría.

GRÁFICO 1-19 RIESGO FAMILIAR ALTO



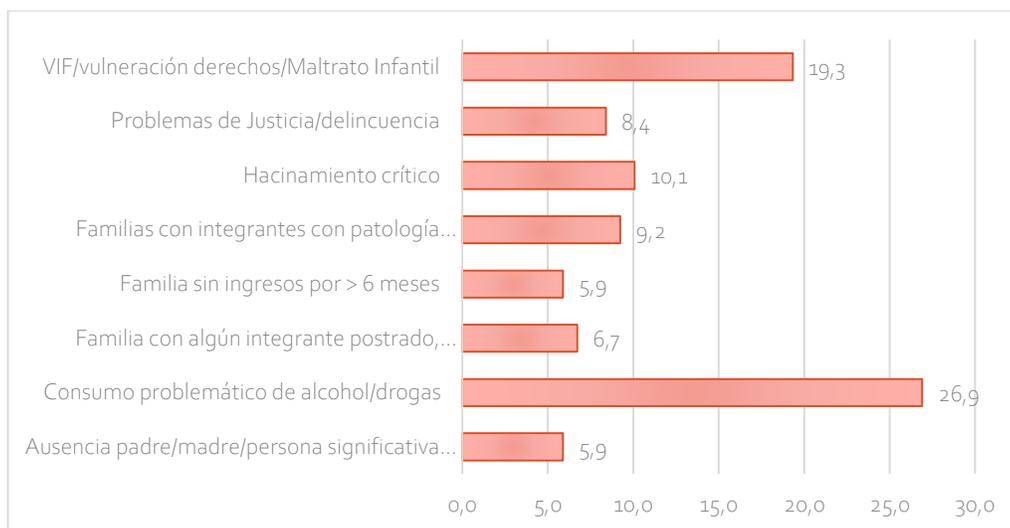
Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

Con respecto al riesgo familiar alto, el que presenta mayor porcentaje es la familia con algún integrante postrado, terminal o con alguna enfermedad grave, familias con integrantes con patología psiquiátrica

descompensada y VIF/vulneración derechos/maltrato Infantil, trastorno del vínculo entre a madre e hijo/a alterado junto con Integrante familiar con Duelo Patológico concentran las tres el último porcentaje de 10,4 respecto de las variables.

CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens

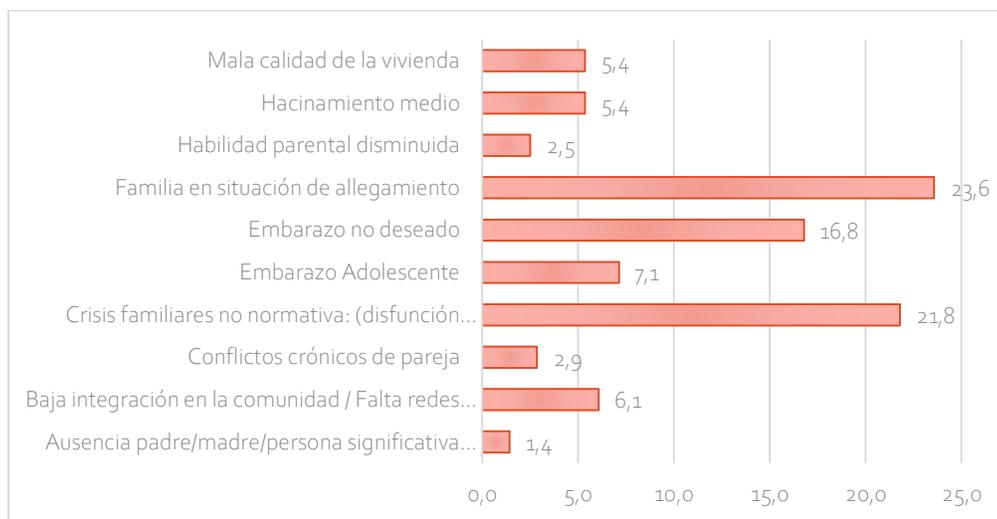
GRÁFICO 1-20 RIESGO FAMILIAR BAJO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En el gráfico se aprecia que el riesgo familiar bajo, que presenta mayor porcentaje es consumo problemático de alcohol y drogas, VIF/vulneración derechos/maltrato Infantil y hacinaamiento crítico.

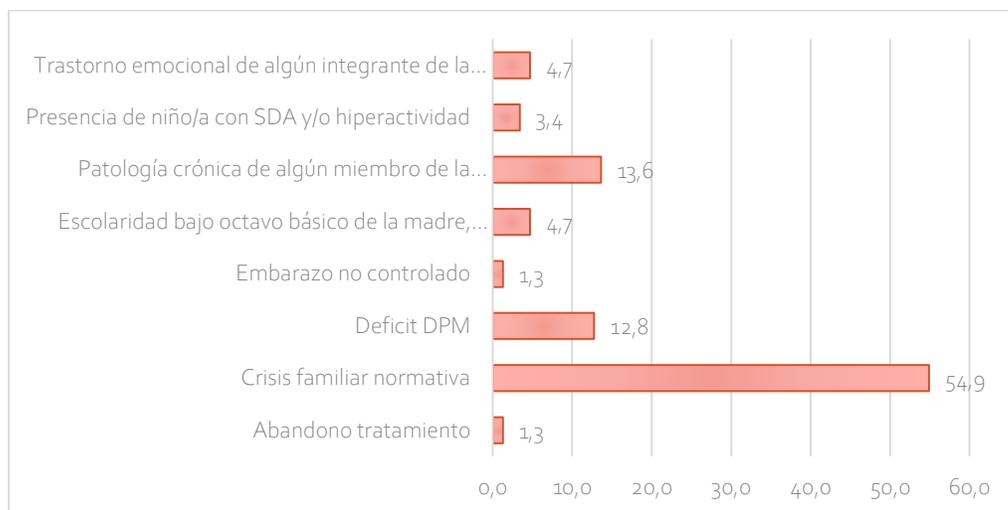
GRÁFICO 1-21 RIESGO FAMILIAR MEDIO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En relación al riesgo familiar medio, el que presenta mayor porcentaje familia en situación de allegamiento, seguido de crisis no normativa y finalmente embarazo no deseado.

GRÁFICO 1-22 RIESGO FAMILIAR ALTO

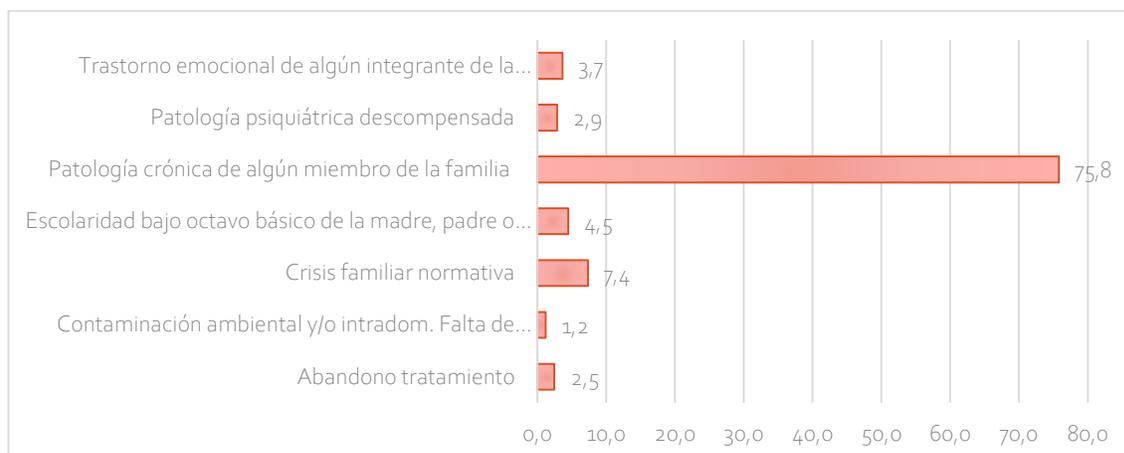


Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

Con respecto al riesgo familiar alto, el que presenta mayor porcentaje es la crisis familiar normativa, patología crónica de algún miembro de la familia y déficit DPM.

CESFAM El Barrero

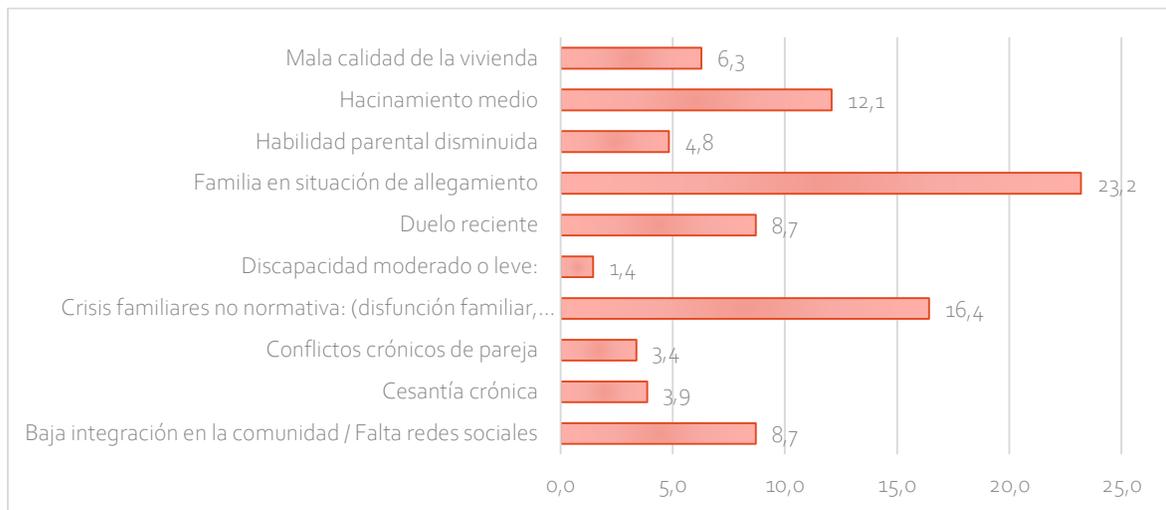
GRÁFICO 1-23 RIESGO FAMILIAR BAJO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

El gráfico muestra que el riesgo familiar bajo, que presenta mayor porcentaje es el que algún miembro de la familia presenta patología crónica (HTA, DM, EPI, SBO, EPOC, otra), luego crisis familiar normativa, y por último baja escolaridad de los padres.

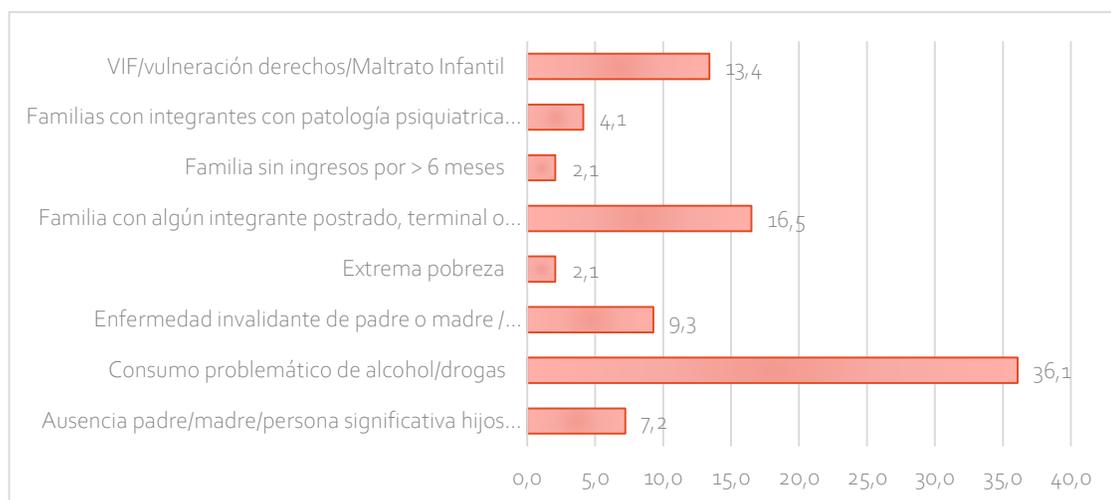
GRÁFICO 1-24 RIESGO FAMILIAR MEDIO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En cuanto al riesgo familiar medio, el que presenta mayor porcentaje es de familia en situación de allegamiento, crisis no normativa, y finalmente hacinamiento medio.

GRÁFICO 1-25 RIESGO FAMILIAR ALTO

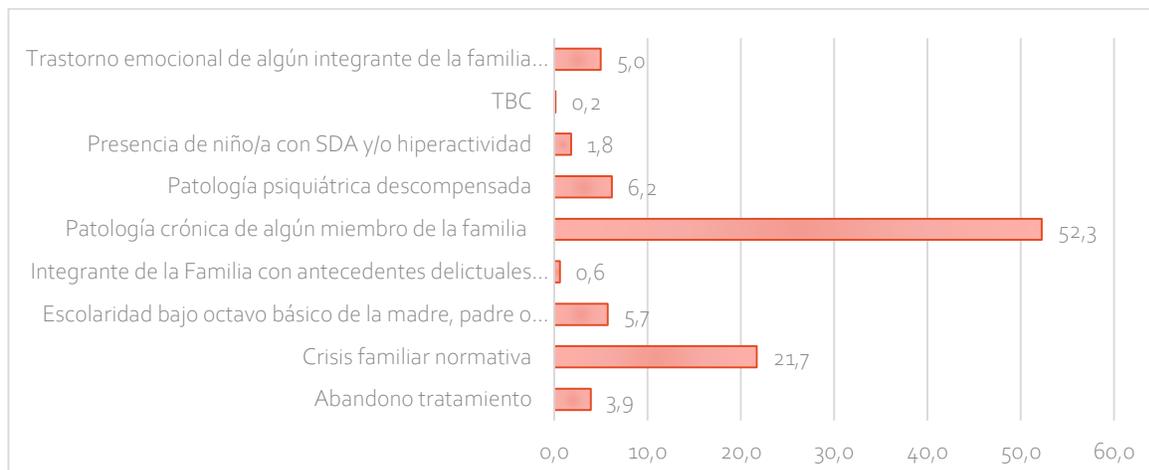


Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

Con respecto al riesgo familiar alto, el que presenta mayor porcentaje es la familia que presenta consumo problemático de alcohol/drogas, luego familia con integrante postrado y finalmente temas de VIF/vulneración derechos/maltrato infantil.

CESFAM La Pincoya

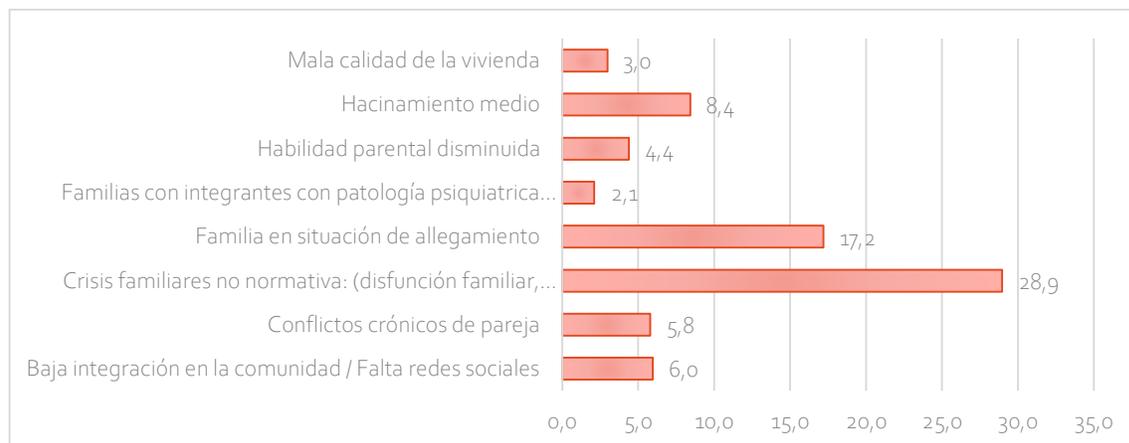
GRÁFICO 1-26 RIESGO FAMILIAR BAJO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En el gráfico se observa que el riesgo familiar bajo, que presenta mayor porcentaje es patología crónica (HTA, DM, EPI, SBO, EPOC, otra), crisis familiar normativa, finalmente miembro de la familia que presenta Patología psiquiátrica descompensada.

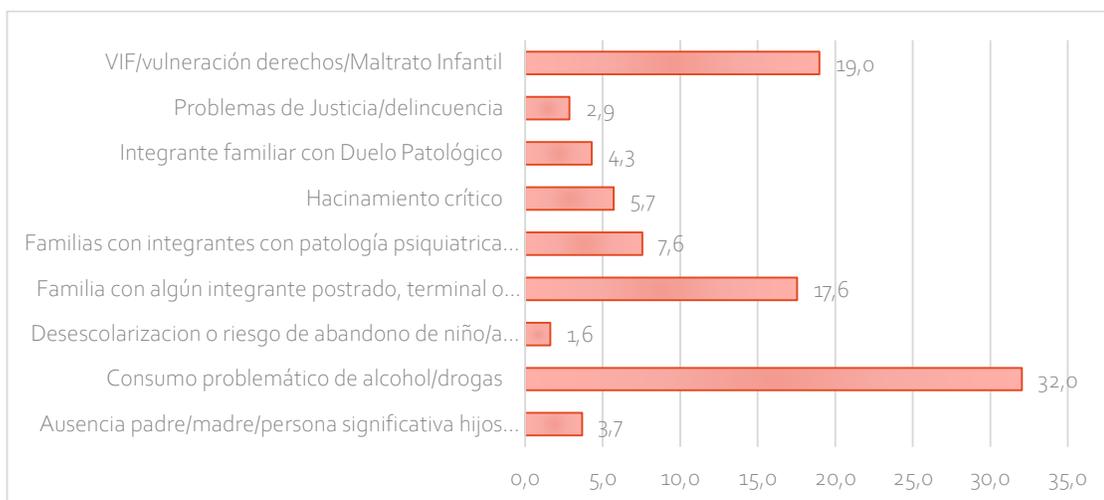
GRÁFICO 1-27 RIESGO FAMILIAR MEDIO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

Respecto al riesgo familiar medio, el que presenta mayor porcentaje son las crisis no normativas, las familias con allegamiento y finalmente hacinamiento crónico.

GRÁFICO 1-28 RIESGO FAMILIAR ALTO

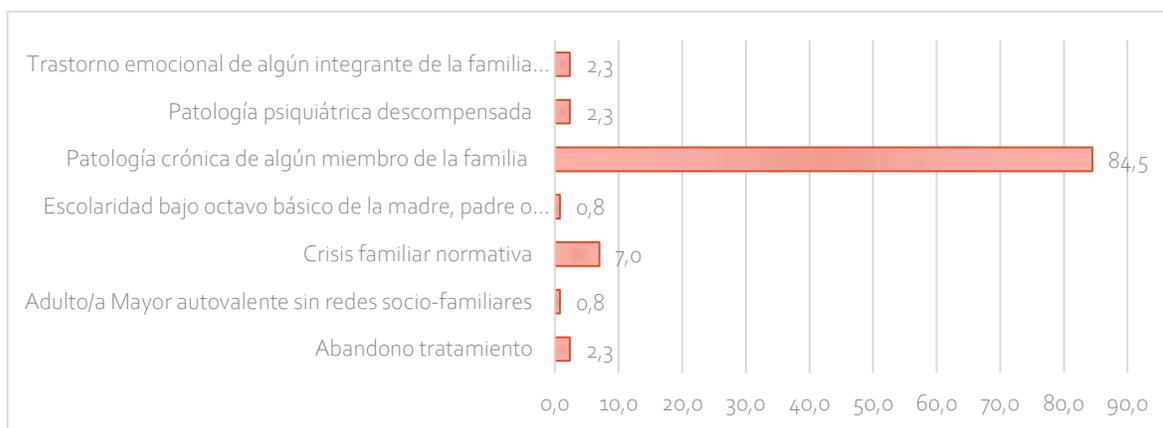


Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En relación al riesgo familiar alto, el que presenta mayor porcentaje es el consumo problemático de alcohol/drogas, VIF/vulneración derechos/maltrato infantil y luego familia con integrante postrado o terminal.

CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren

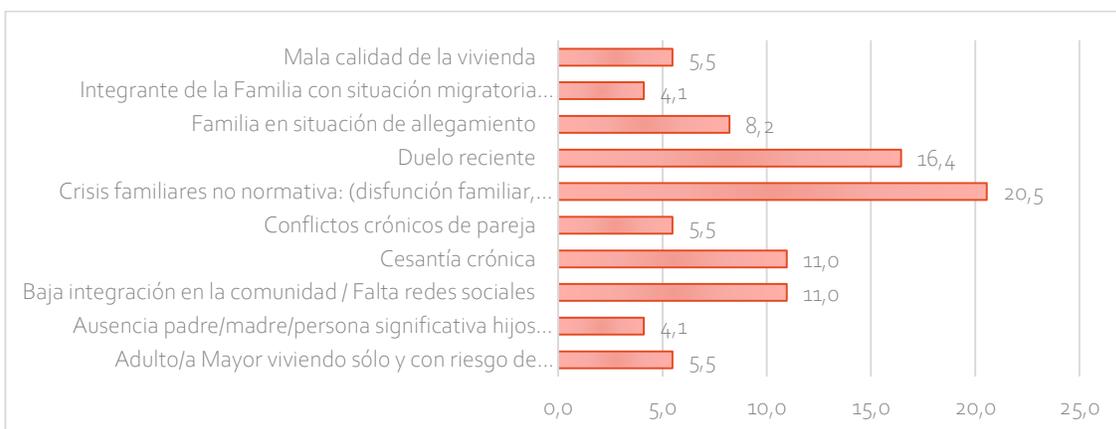
GRÁFICO 1-29 RIESGO FAMILIAR BAJO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En el gráfico se observa que el riesgo familiar bajo, que presenta mayor porcentaje es patología crónica (HTA, DM, EPI, SBO, EPOC, otra), las crisis familiares normativas y finalmente las variables de trastorno emocional, patologías psiquiátricas y abandono de tratamiento aparecen como tercer lugar.

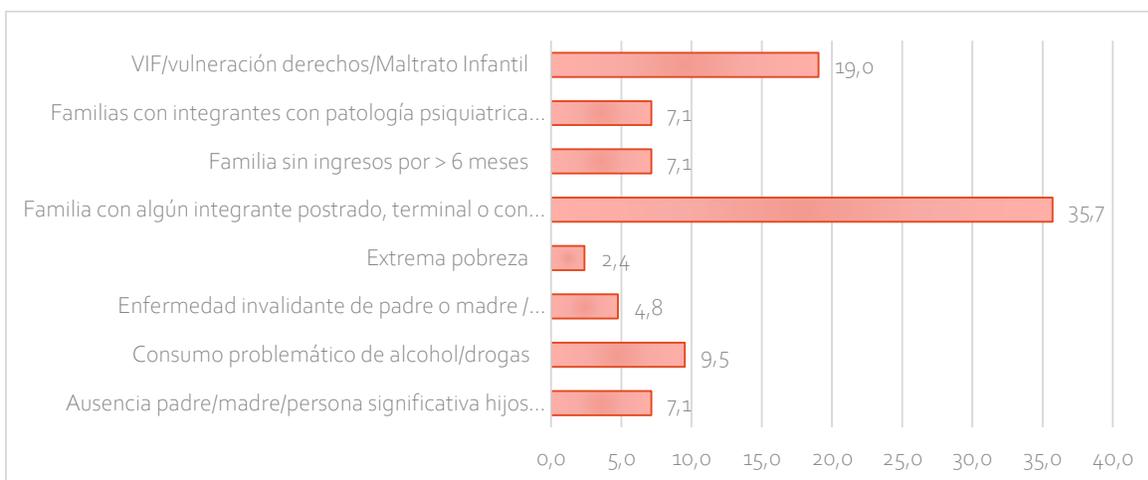
GRÁFICO 1-30 RIESGO FAMILIAR MEDIO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, fuente: evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

Respecto al riesgo familiar medio, el que presenta mayor porcentaje son las crisis familiares no normativas, duelo reciente y finalmente cesantía crónica y baja integración en la comunidad.

GRÁFICO 1-31 RIESGO FAMILIAR ALTO



Fuente: Evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, fuente: evaluaciones de riesgo familiar, tarjetón familiar, centros de salud comuna de Huechuraba, en el período de septiembre 2019 hasta el corte agosto 2021

En relación al riesgo familiar alto, el que presenta mayor porcentaje es la familia con integrante postrado o terminal, seguido por temas de VIF/vulneración derechos/maltrato infantil y finalmente consumo problemático de alcohol y drogas.

Cabe destacar, que el análisis de la información nos permite visibilizar las problemáticas existentes en cada uno de los centros de salud de la comuna, lo que favorece la mirada de los equipos de salud, en términos del planteamiento de estrategias sanitarias, enfocadas al trabajo con las familias de la comuna de Huechuraba, apuntando al bienestar de nuestra población, por consiguiente, disminuyendo el riesgo familiar.

5.2.2. Instrumentos de valoración en familiar

Comprendiendo que la familia es un fenómeno dinámico, es que se requiere contar con instrumentos que permitan graficar las dinámicas familiares y actualizarlas de acuerdo con los acontecimientos significativos, buscando facilitar las labores de los miembros del equipo y evitando el agotamiento de las familias ante preguntas repetitivas.

Los instrumentos de abordaje familiar, útiles en los cuidados primarios son:

- Genograma
- Ecomapa o mapa ecológico de la familia
- Línea de vida familiar
- APGAR Familiar
- Círculo Familiar
- Mapa de Redes

5.3. Comunidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define la comunidad como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

El Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario proporciona una visión integradora de los procesos sociales y psicológicos implicados en la salud del grupo familiar lo cual favorece la comprensión de la relación familia-salud al tiempo que consolida la expresión práctica del paradigma bio-psico-social y además permite identificar los hábitos saludables y abordar el tipo de enfermedades que provienen del grupo familiar y comunitario.

La Organización Panamericana de la Salud, define la participación comunitaria como todas aquellas acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

En este sentido el trabajo comunitario se entenderá como una acción estratégica racional, dialogante y comunicativa donde el aporte y rol de lo público, del Estado, de los gobiernos locales resulta fundamental en el momento de propiciar y conducir fases de desarrollo endógeno desde los requerimientos de la nueva gestión moderna y gobernanza local.

La nueva gestión pública en Salud propone avanzar en escala de participación hasta los niveles máximos deseables de deliberación y empoderamiento o autorrealización del individuo. En este contexto, en el ámbito local se debe exigir en todos los niveles el desafío de avanzar en dicha senda deliberativa, propositiva, incidente y comunitaria, se tiene que reconocer la importancia de la visión local, sus actores sobre dicha realidad, como una visión y racionalidad sustantiva, más que una relación determinada por medio a fines.

En el ejercicio y praxis de la participación en el ámbito local de Huechuraba, las Mesas Barriales, la Estrategia Comunitaria en contexto de Pandemia, la estrategia Vecinas sanas y solidarias, la escuela de saberes en salud comunitaria, el vínculo y cohesión entre los equipos de salud y la comunidad, se han consolidado como una muy buena práctica social, acierto metodológico para ordenar el trabajo por sector y profundizar los niveles de toma de decisiones e información respecto a los avances de Salud, con, en y entre la comunidad.

La experiencia del año anterior en plena crisis sanitaria, puso en nuevo y movilizó muchos de estos conceptos que pueden parecer algo abstractos. Pero se debe recordar, en el período entre estallido social y pandemia, emergieron momentos excepcionales de movilización social, acciones solidarias mecánicas u orgánicas.

Hoy en día, se están iniciando los primeros pasos para avanzar en la senda constructora de los activos comunitarios. La estrategia de ligar recíprocamente en las diversas acciones que conlleva el área de salud y cultura específicamente, es de alguna forma, dar cuenta de la interdependencia que, en el trabajo mancomunado se va integrando, generando soportes y tejidos sociales que promueven el arte como factor principal en la salud integral de las personas.

De esta forma, el área de salud establece una mirada holística en donde los saberes de la comunidad son de suma importancia ya sea para su vinculación e intercambio de experiencias y para los beneficios de salud que conlleva la experiencia del arte en las vidas de las personas, facilitando de esta manera un sostén comunitario basado en las expresiones y reacciones que genera el ser parte de manifestaciones artísticas convocadas por las y los profesionales del departamento de cultura de Huechuraba.

Herramientas para el trabajo comunitario

En este escenario iniciado hace años, resulta estratégicamente plausible avanzar en una nueva configuración, que cumple este rol más abierto, general y universal, e instalar y desarrollar en profundidad instancias que abran el espectro de actores en las denominadas Mesas Barriales o Vecinales.

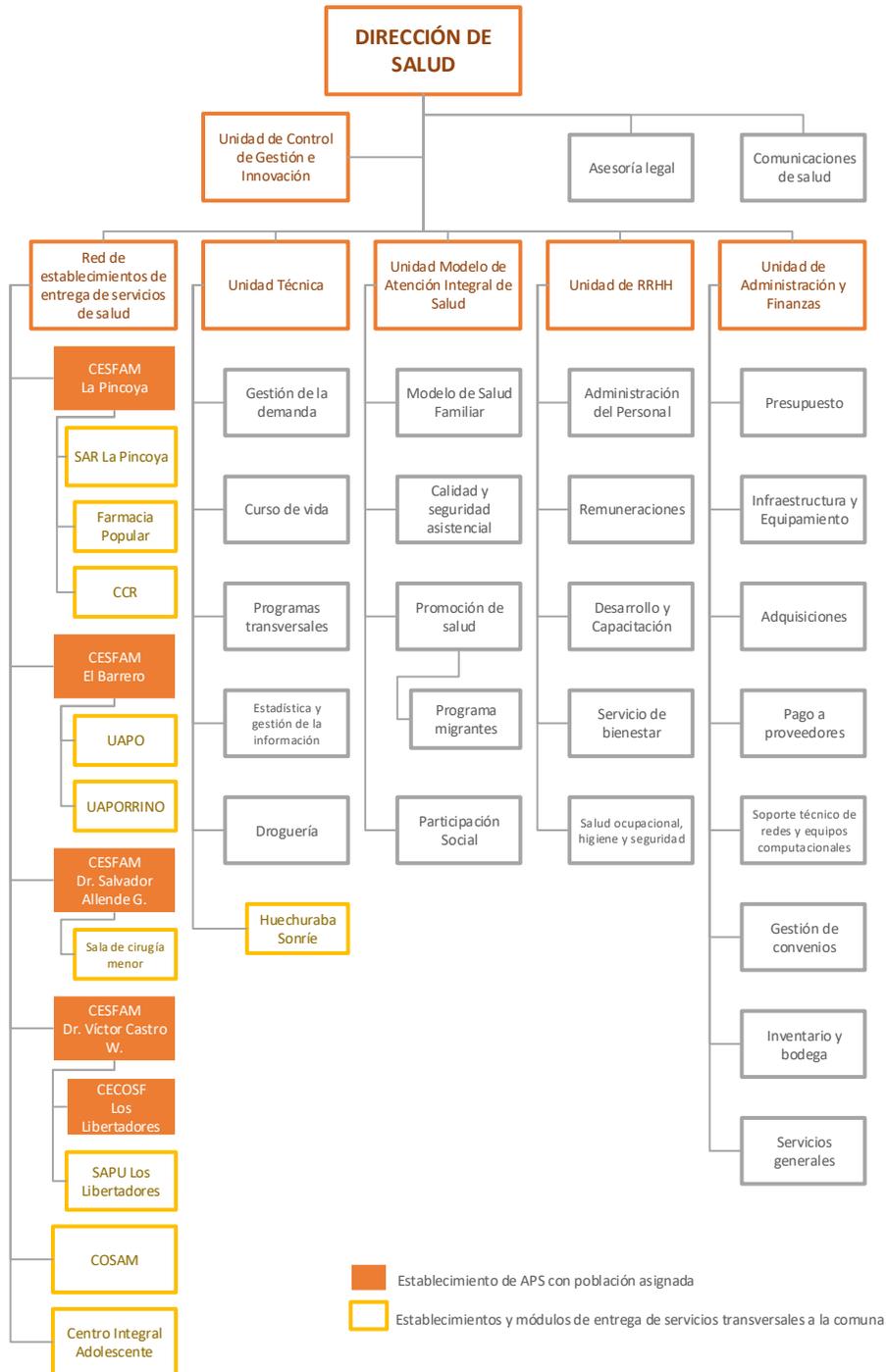
Las Mesas Barriales se entiende, como una de las nuevas formas de institucionalizar las formas de deliberación, avanzado en la construcción republicana nunca acabada. Validando este espacio de articulación como la bisagra clave entre las necesidades de la comunidad y la respuesta articulada del gobierno local, incrementando con ello los niveles de intersectorialidad necesarios para el cumplimiento de los objetivos estratégicos comunal.

6. Estructura organizacional: unidades y funciones

La estructura del departamento de salud se ha constituido con el fin de responder en forma más efectiva a los énfasis estratégicos definidos para la comuna, lo que se refleja en el organigrama del departamento.

6.1. Departamento de salud

ILUSTRACIÓN 1-8 ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD



Fuente: Dirección DEPSA

6.2. Unidad Técnica

Esta unidad es la encargada de coordinar, facilitar, monitorear y gestionar, el desarrollo de las acciones y prestaciones de atención primaria, acorde a las estrategias de salud pública, lineamientos técnicos ministeriales e indicaciones de la autoridad local. Generando propuestas y estrategias en beneficio directo de la población, desarrollando una labor de acompañamiento, integración y trabajo en red, considerando como prioritario el cumplimiento de estándares de calidad y planes de mejora continua.

Gestión de la demanda

Tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de la atención en la red comunal como estrategia para equilibrar la oferta y demanda en salud, orientándose a calidad en la atención y satisfacción usuaria.

Curso de vida

Se define como el área responsable de la organización, regulación, consolidación y evaluación de todas las acciones, metas y planes asociados al curso de vida correspondiente, velando por la correcta implementación de los programas de salud en cada uno, como lo son el curso de vida gestante, Infantil, adolescente, adulto y personas mayores.

Programas de salud

Se define como el área que tiene como objetivo el liderazgo, coordinación, monitoreo y la correcta ejecución de los programas al interior de Centros de Salud de la comuna, gestionando articulación de acciones con las diferentes entidades intra e intersectoriales.

Estadística y gestión de la información

Tiene como objetivo resguardar la calidad y consistencia de los diversos registros que realiza la red de salud con el objetivo de disponer información para la toma de decisiones.

Droguería

La Droguería comunal, es un centro de distribución de medicamentos e insumos que permite abastecer a todos los centros de salud de la comuna, se vincula directamente con proveedores y botiquines, para brindar un servicio efectivo y eficiente, resguardando el stock tanto de medicamentos como de insumos.

Programa odontológico Huechuraba Sonríe

Corresponde al programa de atención odontológica en los establecimientos de educación municipal. Su misión es implementar, ejecutar y mantener un programa de manejo integral; educativo, preventivo y reparativo, de los problemas de salud bucal de la población escolar.

El objetivo de este programa de salud oral es mejorar el acceso a la salud dental para los alumnos matriculados y para la comunidad escolar dependientes de la Municipalidad de Huechuraba, construyendo e implementando box de atención odontológica en los siete establecimientos de educación.

6.3. Unidad Modelo de Atención Integral de Salud

Esta unidad gestiona y organiza la red asistencial comunal, conduciendo a los equipos para la correcta implementación de las acciones sanitarias, fundadas en el desarrollo de un modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario con el que debe fortalecerse a partir de la incorporación de los enfoques de derechos humanos, determinantes sociales, ciclo vital, intercultural y género.

Modelo de Salud Familiar

Este ámbito se sustenta en el enfoque de salud familiar y comunitaria, siendo la piedra angular que establece los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud, en la cual se pone al usuario y su salud al centro del quehacer con énfasis en los principios irrenunciables que son:

- Modelo Centrado en las personas
- Modelo que asegura la Integralidad de la atención
- Modelo que procura la Continuidad del cuidado

Calidad y Seguridad Asistencial

Tiene por objetivos resguardar la calidad y seguridad asistencial permitiendo garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en los centros de salud de la comuna. Además, realiza actividades relacionadas con la gestión clínica en los ciclos vitales, viéndose reflejada a través de auditorías tanto médicas como en los procesos clínicos.

Promoción de la Salud

Se encarga de cumplir con estrategias relacionadas con los principios de la promoción de la salud en base a las normativas nacionales e internacionales que está centrada en el usuario, sus familias y el contexto a través de ciclo vital.

Participación social

Encargada de la articulación entre los centros de salud y las comunidades en las que están insertas, a través del empoderamiento de las personas como entes individuales y colectivos, levantando las necesidades y trabajándolas en conjunto con los actores involucrados, centrándose en la participación ciudadana.

6.4. Unidad de Control de Gestión e Innovación

La Unidad de Control de Gestión e Innovación tiene como principal objetivo proveer herramientas de apoyo al equipo directivo para favorecer la elaboración, seguimiento y el cumplimiento del plan de gestión de salud comunal. Para esto, dentro de sus principales acciones están el monitoreo de las actividades que permiten dar cumplimiento de los compromisos adquiridos por la comuna (Metas Sanitarias, Índice de Actividad de Atención Primaria, Programas de Reforzamiento de Atención Primaria, entre otros), colaborando con la implementación de mejoras que impulsen que las acciones programadas estén en el PLADECO, Plan de Salud, entre otros, informando de manera oportuna a los equipos técnicos sobre el estado de sus cumplimientos. Estas acciones se dividen en dos ejes principales en los cuales se trabajan en forma colaborativa por todo el equipo de acuerdo con las prioridades definidas por el área directiva.

Control estratégico

En esta línea de trabajo se realiza el monitoreo y seguimiento de objetivos y metas, las que en conjunto con la Unidad Técnica y Modelo, ya que son éstas áreas las que velan por la correcta aplicación de los conceptos y normativas con el objeto de asegurar que las actividades se registren de la manera más adecuada, estableciendo mecanismos de registro de datos, procesamiento de la información y control de los resultados, que favorezcan la gestión interna y la toma de decisiones en torno a los recursos y su focalización de acuerdo a los desafíos sanitarios comunales y a las demandas de prestaciones de salud de la comunidad

Innovación y mejoramiento de procesos

En esta se trabaja en el desarrollo y en poner a disposición sistemas de información que posibiliten la evaluación de la gestión sanitaria y clínica de manera oportuna, permitiendo la anticipación de acciones en resultado que se escapan de lo esperado. Por otra parte, se está en una constante de búsqueda de tecnologías aplicadas a colaborar en la evaluación y diagnóstico de los procesos, con el fin de encontrar oportunidades de mejoras de manera sistemática que permitan rediseñar en términos de eficiencia la mejora continua.

6.5. Unidad de Recursos Humanos

La Unidad de Recursos humanos tiene como misión, gestionar el talento humano de quienes integran nuestros Centros de Salud Comunal, y los diversos dispositivos, Fortaleciendo la gestión y el desarrollo del mismo, fomentando el buen desempeño, el compromiso, la responsabilidad, la excelencia y la mejora continua, manteniendo una relación cercana con nuestros usuarios, todo esto con una gestión de procesos, eficiente, oportuna, cordial y comprometida con la calidad de vida.

Para la consecución de nuestra misión, la Unidad de Recursos Humanos se encuentra estructurada de la siguiente manera:

Administración del personal

Encargada de organizar, dirigir y controlar el manejo administrativo de las diversas labores, tales como: Licencias Médicas, Caja de Compensación, Contratación y Desvinculación, Asistencia, Sala Cuna, Permisos Administrativos y Feriados Legales; que se desarrollan en la unidad, cumpliendo las normativas internas y disposiciones legales que las regulan.

Remuneraciones

Gestionar adecuada y oportunamente el pago de Remuneraciones a los funcionarios y prestadores de servicios a honorarios del Área de salud Municipal.

Desarrollo y capacitación

Encargada de gestionar el desarrollo continuo de los funcionarios de la dotación de salud, de la Municipalidad de Huechuraba, la cual garantiza la igualdad de oportunidades para el ingreso y el acceso de la capacitación, la actualización de la carrera funcionaria, las calificaciones, el mérito funcionario, reclutamiento y selección, inducción y calidad, todos tendientes a desarrollar una actitud positiva en el recurso humano.

Servicio de bienestar

Su finalidad es propender al mejoramiento de las condiciones de vida de los afiliados y sus cargas familiares reconocidas, y al desarrollo y perfeccionamiento social, económico y humano de los mismos, para lo cual podrá proporcionarles, en medida que sus recursos lo permitan, beneficios y prestaciones de salud, educación, asistencia social, económica, cultural y de recreación, entre otros.

Salud Ocupacional, Higiene y seguridad

Tiene por objetivo la prevención y disminución de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, mediante el estudio, evaluación y control de los diversos factores de riesgo propios de un ambiente de trabajo. Al mismo tiempo, diseña e implementa estrategias de autocuidado de los equipos y acciones de apoyo al bienestar de los trabajadores.

6.6. Unidad de Administración y Finanzas

Sus funciones abarcan la elaboración, uso y control del presupuesto del área, así como también, realiza el control de activos del Departamento de Salud.

Presupuesto

Sus funciones principales son diseñar el presupuesto del Departamento de Salud, realizar obligaciones de compras de bienes y servicios, controlar la ejecución presupuestaria, registrar y controlar la ejecución financiera de los convenios y realizar modificaciones presupuestarias según las necesidades que surjan durante el año.

Infraestructura y equipamiento

Sus funciones principales son diseñar especificaciones técnicas para la contratación de servicios de mantención y/o mejoramiento de las dependencias de Salud, realizar especificaciones del mobiliario o equipamiento que se requiera para la implementación de cada uno de los recintos habilitados y ser inspector técnico de las obras que se contraten.

Adquisiciones

Sus funciones principales son elaborar y ejecutar el Plan Anual de Compras del Departamento de Salud Municipal, liderando los procesos de licitación para la compra de bienes o contratación de servicios, gestionando las solicitudes de compra, elaborando órdenes de compra para finalmente coordinar y supervisar los bienes y servicios contratados.

Pago a proveedores

Gestión y tramitación de documentación de respaldo para pago, mediante la verificación del contenido y respaldos de los pagos y su ruta para lograr un adecuado seguimiento a los egresos que permita una adecuada relación con los proveedores respecto al estado de avance de sus pagos

Soporte técnico de redes y equipos computacionales

Sus funciones principales son la mantención de redes y equipos computacionales, dar soporte informático a usuarios. Realizar Integración de nuevas tecnologías, configuración de Servidores. Y asesoría técnica respecto a compras y contrataciones de servicios.

Gestión de convenios

Tiene por objetivo ajustar el uso de los recursos de acuerdo al presupuesto disponible y las orientaciones técnicas de los convenios que se firman con otras entidades de salud para satisfacer a las demandas sanitarias de nuestra población, su pilar fundamental está basado en el trabajo colaborativo interno (unidades técnica y financiera) y externo con el SSMN y otras entidades financiadoras a quienes finalmente se da cuenta de los resultados de las acciones sanitarias y de utilización de los recursos mediante rendiciones financieras mensuales.

Inventario y bodega

Esta Subunidad está a cargo de planear, organizar, dirigir y controlar las actividades encaminadas a identificar, registrar y actualizar los bienes muebles del Departamento de Salud Municipal, para lo cual propone, diseña y confecciona las planillas de altas y bajas de las especies, que son recibidas de acuerdo a las órdenes de compra emitidas para luego mantener el catastro del estado y tenencia efectiva de los bienes entregados a los establecimientos, llevando a su vez un registro actualizado de bienes por cada unidad.

Servicios generales

Se encarga de licitar, coordinar, gestionar y controlar los contratos de servicios que requieren los establecimientos de salud, tales como aseo, retiro de residuos especiales, mantención equipos médicos dentales, calderas bombas de agua, vehículos, ascensores, entre otros.

6.7. Red de establecimientos de entrega de servicios de salud

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

De esta forma y dando respuesta a esta definición, la comuna de Huechuraba cuenta con 5 establecimientos de atención primaria, de los cuales 4 son Centros de Salud Familiar (CESFAM) y uno es un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF). Estos establecimientos son el CESFAM La Pincoya, el CESFAM El Barrero, el CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens, el CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren y el CECOSF Los Libertadores. Cada uno de ellos cuenta con una población asignada de acuerdo con una extensión de territorio con límites definidos.

Además de los establecimientos de APS, la comuna cuenta con un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) y 2 servicios de atención primaria de urgencia (SAPU): El SAR La Pincoya y el SAPU Los Libertadores.

6.7.1. CESFAM La Pincoya

Centro de salud familiar ubicado en Avenida Recoleta N° 5680, en el centro histórico de la comuna, físicamente en la unidad vecinal N° 10, frente a la plaza cívica. Entrega servicios de atención primaria a una población inscrita de aproximadamente 26.800 beneficiarios. En dicha locación funciona desde el año 2012 tras su reposición. Cuenta con establecimientos complementarios: SAR La Pincoya, La Farmacia Popular y el Centro Comunitario de Rehabilitación.

TABLA 1-5 UNIDADES VECINALES CORRESPONDIENTES AL CESFAM LA PINCOYA Y SUS DELIMITACIONES

Unidad vecinal	Sector	Delimitación geográfica
N° 1 Villa Futuro	Azul	Av. Recoleta Santa Clara Juan Cristóbal J.J Aguirre Luco
N°2 Santa Victoria	Azul	Guillermo Subiabre Pedro Aguirre Cerda El Pincoy Sector siete canchas
N°3 Pincoya 1	Rojo	Guillermo Subiabre Pedro Aguirre Cerda El Pincoy Av. Recoleta
N°8 Pincoya 3	Verde	Del Pincoy Av. Recoleta Premio Nobel Canal El Carmen
N°16 El Rosal	Azul	Américo Vespucio Juan Cristóbal Av. Recoleta Canal El Carmen Camino Punta Mocha

Fuente: Delimitación territorial de unidades vecinales de Huechuraba

Dispositivos de atención de urgencia

SAR La Pincoya

El Servicio de Alta Resolutividad La Pincoya está ubicada en Av. Recoleta N° 5690 y tiene como objetivo entregar atención médica de urgencia, oportuna, resolutiva y de calidad, en todo el horario inhábil a todos los usuarios del área de influencia (complementario al funcionamiento de los CESFAM comunales), mejorando la continuidad de la atención a los niveles secundarios en el caso de las patologías de urgencia de alta complejidad y asegurando la continuidad de los cuidados en caso de las patologías de baja y mediana complejidad en coordinación directa con los equipos sectoriales de cada CESFAM.

Al igual el SAPU Los Libertadores, el horario de funcionamiento de este establecimiento es de lunes a viernes, desde las 17:00 hasta las 24:00 horas (7 horas); y los días sábados, domingos y festivos, desde las 8:00 a las 24:00 horas (16 horas).

La cartera de servicios considera:

- Consultas de urgencia a todo grupo etario y procedimientos médicos. Para las urgencias obstétricas, se deberá aplicar protocolo derivación local vigente, de acuerdo a orientaciones MINSAL.
- Procedimientos terapéuticos y de apoyo diagnóstico.
- Imagenología (radiografía osteopulmonar)
- Exámenes (kit rápido)
- Telemedicina: tele-electrocardiografía para sospecha de IAM (GES)
- Observación en camillas.
- Atención a víctimas, Toma de muestra de alcoholemias, Certificados de lesiones y Certificado de defunción.
- Radiografías osteopulmonares, con o sin teleinformes.
- Teleconsultas (consulta de médico tratante vía telemedicina a médico especialista).

SAPU Los Libertadores

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Los Libertadores, ubicado en el mismo emplazamiento que el CECOSF Los Libertadores, tiene como objetivo entregar atención médica de urgencia, que sea oportuna, resolutive y de calidad, en horario inhábil a todos los usuarios del área de influencia (complementario al funcionamiento del CECOSF y los CESFAM de la comuna), mejorando la continuidad de la atención a los niveles secundarios en el caso de las patologías de urgencia de alta complejidad y asegurando la continuidad de los cuidados en caso de las patologías de baja y mediana complejidad.

El horario de funcionamiento es de lunes a viernes, desde las 17:00 hasta las 24:00 horas (7 horas); y los sábados, domingos y festivos, desde las 8:00 a las 24:00 horas (16 horas).

La cartera de servicios considera:

- Consultas de urgencia a todos los grupos etarios y procedimientos médicos.
- Procedimientos terapéuticos y de apoyo diagnóstico.
- Imagenología con coordinación y derivación a SAR La Pincoya.
- Telemedicina: Tele-electrocardiografía
- Atención a víctimas: Constatación de lesiones, Certificados de Defunción.

Centro Comunitario De Rehabilitación La Pincoya

Según la definición entregada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas.

En la actualidad nuestra comuna cuenta con una sala RBC ubicada en CESFAM La Pincoya que funciona desde el año 2012 y cuya función principal es la de cubrir la demanda por rehabilitación de aquellos beneficiarios que se atienden en el mismo CESFAM. Sin embargo, habiendo sido esta la única unidad de rehabilitación de la comuna integrada a la red de salud (al menos hasta el año 2017), además de entregar prestaciones a la población inscrita del CESFAM, esta sala entrega servicios a los demás establecimientos de APS de la comuna, funcionando como un centro comunitario de rehabilitación (CCR).

Las principales funciones del CCR son:

- Dar cobertura a la gran demanda existente para rehabilitación física en la comuna.
- Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud.
- Entregar servicios de atención integral de las personas en situación de discapacidad transitoria, apoyando su reincorporación a las actividades laborales y/o actividades de la vida diaria.
- Apoyar el proceso de certificación de personas con discapacidad, facilitando las gestiones para obtener el carnet de discapacidad y los beneficios asociados a la tenencia de este.

6.7.2. CESFAM El Barrero

El CESFAM El Barrero fue inaugurado el día 3 de abril de 1996 como Consultorio General Urbano y a partir del día 13 de marzo de año 2006 se transformó en CESFAM. Se encuentra ubicado en Avenida Las Petunias N° 305 y cuenta con una población a cargo de aproximadamente 12.871 usuarios inscritos.

Este establecimiento cuenta con 2 dispositivos de entrega de servicios de salud transversales a la población de toda la comuna: La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) y la recientemente implementada Unidad de Atención Primaria de Otorrinolaringología.

TABLA 1-6 UNIDADES VECINALES CORRESPONDIENTES AL CESFAM EL BARRERO Y SUS DELIMITACIONES

Unidad vecinal	Sector	Delimitación geográfica
N° 9 Villa Conchalí	Verde	Premio Nobel Canal El Carmen República de Yugoslavia Av. El Bosque Santiago
N°10 Población El Bosque 1	Verde	Av. El Bosque Pdte. Salvador Allende Av. Recoleta
N° 11 Población El Bosque 2	Azul	República de Yugoslavia Canal el Carmen Las Petunias Las encinas Av. El Bosque
N° 12 Población El Barrero	Azul	Las Encinas Las Petunias Av. El Salto Norte
N° 13 Condominio Los Almendros	Azul	Camino La Pirámide La Rinconada El Almendral Radial Nor - Oriente

Fuente: Delimitación territorial de unidades vecinales de Huechuraba

UAPO

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica está ubicada en dependencias del CESFAM El Barrero y funciona con un equipo de profesionales compuesto por un médico Oftalmólogo, dos Tecnólogas Médicas mención en Oftalmología y una TENS, financiados con recursos ministeriales mediante el convenio de Resolutividad.

Esta Unidad Especializada brinda atención oftalmológica siendo sus principales prestaciones la resolución de Vicios de Refracción en personas entre 15 y 64 años de edad, screening de Retinopatía Diabética mediante la evaluación de Fondo de Ojo por telemedicina y controles de patologías oftalmológicas crónicas con el médico especialista entre otras prestaciones menos frecuentes. Al igual que en el caso del COSAM los pacientes son derivados a través de interconsulta desde los Establecimientos de APS.

Su cartera de servicios está compuesta por:

- Resolución de Vicio de Refracción y posterior entrega de lentes gratuitos a personas entre 15 y 64 años de edad.
- Evaluación del Fondo de ojo a usuarios diabéticos a través de telemedicina.
- Detección, inicio de tratamiento y seguimiento de patologías crónicas según corresponda, como el Glaucoma.
- Manejo de patologías oftalmológicas de baja complejidad (conjuntivitis, blefaritis, pterigión no quirúrgico, xeroftalmia, entre otros)
- Educación, promoción y prevención de patologías oculares crónicas, así como también operativos oftalmológicos preventivos junto a la comunidad.
- Entrega de lentes de presbicia pura.
- Calificación de urgencia oftalmológica.
- Derivación secundaria de patologías GES oftalmológicas (Cirugía de catarata, Retinopatía Diabética, Trauma ocular grave, Desprendimiento de retina, Retinopatía del prematuro, Estrabismo en menores de 9 años y Vicios de refracción en mayores 65 años).
- Realización de una batería de exámenes oftalmológicos que estudian las principales patologías que no califican como GES y que pueden ser atendidas en la Atención Primaria.

UAPORRINO

La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO) corresponde a una estrategia que busca aumentar y potenciar la capacidad resolutive de la red comunal de salud, brindando un mayor acceso y oportunidad en la atención a los Usuarios y Usuarías de 15 a 64 años, potenciando a la atención primaria en sus aspectos, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcado en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

- Los principales objetivos de la UAPORRINO son:
- Disminuir los tiempos de espera de consulta nueva de especialidad de Otorrino.
- Mejorar la oportunidad de acceso a la especialidad de Otorrinolaringología.
- Mejorar la pertinencia en la referencia a la especialidad de Otorrinolaringología.
- Definir la capacidad resolutive de cada uno de los componentes de la Red Asistencial.
- Mejorar la adherencia de uso de audífonos a través de rehabilitación auditiva.
- Garantizar continuidad de atención, definiendo cartera de servicios, componentes de la red, reglas de relación, lenguaje común y formas de registro, monitoreo y seguimiento de las actividades realizadas.

La Cartera de Servicios de este dispositivo de referencia comunal, comprende la atención integral de personas, entre 15 y 64 años, en las siguientes patologías y procedimientos:

- Extracción de tapón de cerumen y cuerpo extraño
- Detección, diagnóstico y tratamiento de síndromes vertiginosos periféricos
- Detección, diagnóstico y tratamiento de patología nasal
- Detección, diagnóstico y tratamiento de Rinitis, sinusitis
- Detección, diagnóstico y derivación a nivel secundario de casos que requieran continuidad de atención.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de Hipoacusia, considerando entrega de audífonos, educación sobre su uso, calibración, toma de molde y prueba.

La Unidad funciona con un equipo de profesionales compuesto por un médico Otorrino, Tecnólogo Médico mención en Otorrino, Fonoaudióloga y TENS, financiados con recursos Ministeriales mediante el Convenio Resolutividad.

Centro Comunitario De Rehabilitación El Barrero

Ubicada en el CESFAM El Barrero, al igual que en el CCR de La Pincoya la sala busca, dar cobertura a la demanda existente para rehabilitación física en el territorio, desarrollar estrategias de rehabilitación integradas, entregar servicios de atención integral de las personas en situación de discapacidad transitoria, apoyar su reincorporación a las actividades laborales y/o actividades de la vida diaria y desarrollar el proceso de certificación de personas con discapacidad, facilitando las gestiones para obtener el carnet de discapacidad y los beneficios asociados a la tenencia de este.

6.7.3. CESFAM Dr. Salvador Allende G.

Establecimiento de atención primaria que, inaugurado el 14 de febrero del año 2011, certificado como centro de salud familiar por el equipo territorial del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN). Cuenta con dos territorios que geográficamente, están divididos por avenida recoleta. Vereda poniente sector rojo y vereda oriente sector verde. Está ubicado en avenida Recoleta N° 6160 y tiene una cantidad aproximada de 19.472 personas inscritas.

Este CESFAM, cuenta con una sala de cirugía menor que entrega prestaciones de forma transversal a todos los beneficiarios de la comuna.

TABLA 1-7 UNIDADES VECINALES CORRESPONDIENTES AL CESFAM DR. SALVADOR ALLENDE Y SUS DELIMITACIONES

Unidad vecinal	Sector	Delimitación geográfica
N°4 Pincoya 2	Rojo	El Pincoy Av. Recoleta Canal El Carmen Los Paltos
N°5 Pincoya 2-A	Rojo	Los Paltos Av. Recoleta Canal El Carmen
N°6 Pincoya 4-A	Verde	Canal El Carmen Av. Recoleta Jacarandá Jorge Inostroza
N°7 Pincoya 4	Verde	Av. Recoleta Los Arrayanes Del Pincoy Sector Cerro (Vista Hermosa)

Fuente: Delimitación territorial de unidades vecinales de Huechuraba

Sala De Cirugía Menor

Inserta dentro del CESFAM, la Sala de procedimiento de Cirugía Menor resuelve interconsultas de todos los establecimientos de la comuna. Funciona con equipo médico y técnicos capacitados y certificados.

6.7.4. CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren

El CESFAM se encuentra ubicado en Av. El Guanaco Norte 1597 y tendrá una capacidad para atender a 10 mil personas. El proceso de inscripción se inició en agosto de este año y se espera la apertura de sus atenciones desde el mes de noviembre. Además de las atenciones habituales de un CESFAM contará con atenciones asociadas a los programas de Resolutividad en las áreas de oftalmología, otorrinolaringología, cirugía menor y contará también con una sala de rehabilitación integrar para las necesidades del territorio.

Cuenta con los dispositivos complementarios de CECOSF Los Libertadores, junto al SAPU Los Libertadores. Tanto el CECOSF como el SAPU Los Libertadores se encuentran situados en la zona poniente de la comuna, permitiendo así acercar la atención de salud a la comunidad.

TABLA 1-8 UNIDADES VECINALES CORRESPONDIENTES AL CESFAM VÍCTOR CASTRO WIREN

Unidad vecinal	Sector	Delimitación geográfica
N°17 Punta Nogales	-	Guanaco Norte Américo Vespucio Pedro Fontova El Sauce
N°18 Santa Rosa de Huechuraba	-	Pedro Fontova Av. El Guanaco Norte Guanaco Norte El Sauce
N°19 El Carmen de Huechuraba	-	Pedro Fontova Canal El Carmen Av. El Guanaco Norte Av. El Carmen
N°20 Altos del Carmen	-	Av. El Carmen Canal El Carmen Sector Carretera San Martín Pedro Fontova Av. El Guanaco Norte
N°21 Villa Esperanza	-	Av. El Guanaco Norte Pedro Fontova Santa Marta de Huechuraba Santa Elena Sur

Fuente: Delimitación territorial de unidades vecinales de Huechuraba

6.7.5. CECOSF Los Libertadores

Centro comunitario de salud familiar que comienza a funcionar en el mes de octubre del año 2004. Está ubicado en el sector poniente de la comuna de Huechuraba, en la calle San Pedro de Atacama N° 1925. Actualmente mantiene una población inscrita de aproximadamente 11.450 habitantes.

Por la lejanía de esta población con centros de salud de atención de urgencia, como estrategia en este mismo recinto funciona el SAPU Los Libertadores.

TABLA 1-9 UNIDADES VECINALES CORRESPONDIENTES AL CECOSF LOS LIBERTADORES* Y SUS DELIMITACIONES

Unidad vecinal	Sector	Delimitación geográfica
N°22 El Parroquial	-	Santa Elena Sur Américo Vespucio Los Libertadores El Sauce
N°23 Valle Verde	-	El Sauce Santa Marta Av. El Guanaco Norte Los Libertadores
N°24 Las Bandurrias	-	Los Libertadores Av. El Guanaco Norte Carretera San Martín Flamencos
N°25 Los Libertadores	-	Flamencos Los Libertadores Américo Vespucio Carretera San Martín
N°17 Punta Nogales	-	Guanaco Norte Américo Vespucio Pedro Fontova El Sauce

N°18 Santa Rosa de Huechuraba	-	Pedro Fontova Av. El Guanaco Norte Guanaco Norte El Sauce
N°19 El Carmen de Huechuraba	-	Pedro Fontova Canal El Carmen Av. El Guanaco Norte Av. El Carmen
N°20 Altos del Carmen	-	Av. El Carmen Canal El Carmen Sector Carretera San Martín Pedro Fontova Av. El Guanaco Norte
N°21 Villa Esperanza	-	Av. El Guanaco Norte Pedro Fontova Santa Marta de Huechuraba Santa Elena Sur

Fuente: Delimitación territorial de unidades vecinales de Huechuraba

*A partir de la puesta en marcha del CESFAM Víctor Castro Wiren las UV 17,18,19,20 y 21 serán asignadas al nuevo establecimiento.

6.7.6. SAPU los Libertadores

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Los Libertadores, ubicado en el mismo emplazamiento que el CECOSF Los Libertadores, tiene como objetivo entregar atención médica de urgencia, que sea oportuna, resolutiva y de calidad, en horario inhábil a todos los usuarios del área de influencia (complementario al funcionamiento del CECOSF y los CESFAM de la comuna), mejorando la continuidad de la atención a los niveles secundarios en el caso de las patologías de urgencia de alta complejidad y asegurando la continuidad de los cuidados en caso de las patologías de baja y mediana complejidad.

El horario de funcionamiento es de lunes a viernes, desde las 17:00 hasta las 24:00 horas (7 horas); y los sábados, domingos y festivos, desde las 8:00 a las 24:00 horas (16 horas).

La cartera de servicios considera:

- Consultas de urgencia a todos los grupos etarios y procedimientos médicos.
- Procedimientos terapéuticos y de apoyo diagnóstico.
- Imagenología con coordinación y derivación a SAR La Pincoya.
- Telemedicina: Tele-electrocardiografía
- Atención a víctimas: Constatación de lesiones, Certificados de Defunción.

6.7.7. Farmacias Populares

Iniciativa puesta en marcha durante el año 2016 como un Programa Social dependiente de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), la que durante el año 2017 fue traspasada al Departamento de Salud, el que asume la responsabilidad administrativa y técnica de su funcionamiento. Hacia el año 2019, en conformidad con lo prometido por el alcalde de la comuna don Carlos Cuadrado, se inaugura una segunda farmacia popular en el sector de Pedro Fontova, facilitando el acceso a los servicios de nuestra farmacia a la comunidad de los sectores de Los Libertadores y de Pedro Fontova.

6.7.8. COSAM

El Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM) de Huechuraba, forma parte de la red de salud comunal, y busca fortalecer la atención ambulatoria de especialidad en el territorio de vida de los usuarios y usuarias. Está conformado por un equipo transdisciplinario, que se articula permanentemente con la Atención Primaria, el intersector y los demás niveles y dispositivos sanitarios.

Ubicado en la Unidad Vecinal número tres, atiende población inscrita validada en cualquiera de los centros de salud de la comuna, referidos por estos, por instancias judiciales o por dispositivos del nivel terciario (Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak, Hospital San José, Hospital Roberto del Río e Instituto Nacional del Cáncer), para el abordaje de temáticas psicosociales de mediana y alta complejidad, según los protocolos de referencia y contrareferencia del SSMN.

La división de la atención según ciclo vital y/o problemáticas de salud, genera 4 sub equipos, que conforman los programas:

- Infanto-Juvenil
- Adulto y Buen Trato
- Trastornos Psiquiátricos Severos
- Dependencia de Alcohol y Drogas Adulto

El programa de atención de adicciones en adolescentes funciona hace casi 2 años en el Centro de Salud Integral del Adolescente, manteniendo dependencia y supervisión técnica de COSAM.

Además, se ha incorporado arteterapia Individual y grupal y un grupo permanente de biodanza.

6.7.9. Centro Integral del Adolescente

El Centro de Salud Integral Adolescente (CSIA), es una apuesta municipal que considera dar respuestas a las brechas de acceso a los servicios sanitarios mencionados en el ciclo vital y ampliamente evidenciado por la literatura, como las experiencias más exitosas en cuanto al acercamiento de las prestaciones sanitarias de las cuales los individuos son sujetos. Tiene énfasis en salud sexual y reproductiva como uno de los ejes centrales, debido a la incidencia de estos factores mencionados en el apartado del programa adolescente y se encuentra emplazado en la calle República de Sierra Leona 5601, Villa Conchalí, la cual corresponde al territorio de cobertura del CESFAM El Barrero, pero con proyección comunal.

Tiene la modalidad amigable, diferenciada, de mediana complejidad (primaria y secundaria), enfoque de derechos, diversidad sexual, y confidencialidad. Las autoridades locales, considerando recomendaciones del MINSAL e internacionales de instituciones globales en respuesta a la necesidad latente de esta población la cual históricamente excluida del sistema sanitario, por las barreras de acceso que ampliamente describe la literatura, se implementa de forma paulatina el funcionamiento de este centro y de manera incipiente en agosto de 2018.

7. Coordinación con el nivel secundario de atención en salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha hecho un llamado a disminuir el alto grado de fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, por ello, nuestra comuna colabora activamente en diversas instancias que propenden lograr un acceso más equitativo de nuestros usuarios a la atención en Salud mediante la integración de Redes. Dentro de las actividades de coordinación con la red, destacan:

7.1. Unidades de gestión de redes locales

Las Unidades de Gestión de Redes Locales (UGRL) son una instancia de coordinación donde participan frecuentemente referentes de los diversos Establecimientos de la red de Salud Norte con el objetivo de definir estrategias, consensuar protocolos, entre otras acciones, con el objetivo de mejorar el proceso de referencia y contra-referencia.

7.1.1. UGRL infantil

La UGRL del Programa Infantil, perteneciente al SSMN realizada en el Hospital pediátrico Roberto del Río con la finalidad de optimizar la atención de los usuarios infanto-juveniles y lograr mejoras en los procesos de referencia y contrarreferencia, establece reuniones trimestrales con los referentes de los equipos del Programa Infantil y los Médicos Triadores de todos los establecimientos de la red de salud norte. En este espacio de reunión

se realiza el análisis de cumplimiento de pertinencia de las contra-referencias emitidas por la APS a nivel Secundario, desde las comunas se realiza una presentación de avances e implementación de los protocolos y se revisan las propuestas de los protocolos de derivación a trabajar, tanto en su actualización, creación de nuevos y sancionar su implementación. El período 2021, las reuniones trimestrales, tuvieron un objetivo enfocado también en la pandemia y de cómo las comunas, a través de presentaciones, sortearon los desafíos propios del programa, sus cumplimientos y las brechas que se presentaron.

7.1.2. UGRL adulto

La Unidad de Gestión de Red Local (UGRL) del adulto es una estrategia de coordinación interniveles (nivel primario, secundario y terciario), que permite poder establecer acuerdos respecto a protocolos de atención de las diferentes especialidades médicas, de manera de asegurar la continuidad del cuidado de los usuarios. Además, se aprovecha la instancia para abordar otros temas de interés, transversales a los diferentes niveles de atención.

La metodología es reunirse una vez por mes liderados por el Hospital San José, siendo convocados los médicos triadores de cada centro de salud, según corresponda a la temática a abordar. Además, participan, Jefes/as de SOME, Referentes de Programa, Referentes del Servicio de Salud y también del Hospital San José en los ámbitos GES y NO GES. La comuna de Huechuraba participa activamente en las UGRL del adulto, con representantes de cada centro y del departamento de salud por considerarla una oportunidad para poder mejorar la resolución de los problemas de los usuarios de nuestra comuna.

7.1.3. UGRL Salud Mental infanto-juvenil

Es una instancia de coordinación de Gestión de la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental que convoca el Hospital Roberto del Río y SSMN, donde participa la red APS y COSAM con el objetivo de abordar temas específicos y sancionar protocolos de referencia y contra-referencia.

7.1.4. UGRL Salud Mental Adulto

Es una instancia de coordinación de Gestión de la Red Adulta de Salud Mental. Reuniones que convoca el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak y en ella participa la red APS, COSAM, Hospitales y Referente en Salud Mental del SSMN con el objetivo de abordar protocolos y temáticas de salud mental. Además, se existe el Consejo Técnico de Salud Mental que trata temáticas de manera transversal a ambas UGRL donde se convoca además a los agentes comunitarios.

7.2. Videoconferencias

Esta estrategia, constituye una instancia de coordinación, y permiten la comunicación entre médicos y los equipos de los diferentes niveles de atención. La actividad consiste en la presentación virtual de temas que han sido consensuados previamente. La APS participa con la presentación de casos relacionados al tema abordado, intercambiando mediante una plataforma virtual sus inquietudes y visiones, debatiéndose en cada oportunidad aspectos de la coordinación de la gestión clínica entre niveles.

7.3. Consultorías Virtuales

Esta metodología que conecta al equipo de distintas especialidades con la APS, tiene como objetivo la resolución de dudas y/o casos específicos. Actualmente, se realizan consultorías con el Hospital San José, Hospital Roberto del Río y el Instituto Nacional del Cáncer.

7.4. Telemedicina Especialidades

Con la intención de mitigar la alta demanda por atenciones médicas de especialidad surgidas durante la pandemia, se estableció un trabajo colaborativo con el Hospital San José para la atención de usuarios que permanecían en espera por Consultas o Controles de Cirugía Vasculor y Urología, mediante Telemedicina Sincrónica en puntos habilitados en cada uno de los centros de salud de la comuna. La estrategia ha permitido disminuir las listas de espera ya que el usuario, derivado previamente con una interconsulta al Hospital, es citado a su CESFAM de referencia, accediendo a la atención con el médico especialista mediante videocámara.

En el mes de octubre se incorporan además atenciones en Endocrinología y Diabetes, permitiendo dar respuesta oportuna a este problema estructural del sistema de Salud.

TABLA 1-10 IMPACTO EN LA LISTA DE ESPERA EXCESIVAMENTE PROLONGADA

Etiquetas de fila	2012	2013	2014	2015	2016
Lista de Espera Línea Base Cirugía Vascular	8	28	28	35	46
Evolución Lista de Espera implementación Estrategia	5	14	19	20	45
Diferencia Línea Base	-3	-14	-9	-15	-1

Fuente: SIDRA Módulo RCR

Capítulo 2

Diagnóstico de situación comunal

Capítulo 2. Diagnóstico de situación comunal

1. Índices Demográficos

Los indicadores demográficos nos permiten conocer aspectos del desarrollo, comportamiento, dimensiones, ubicación o evolución de una población, entre los que se encuentran el índice de dependencia, masculinidad y vejez. En la tabla se observan estos índices y permite realizar una comparación entre la comuna de Huechuraba, la región metropolitana y el país en el 2017.

Con respecto al índice de masculinidad, nos permite establecer la relación entre el número de hombres y el número de mujeres que conforman una población. Se expresa como el número de hombres por cada 100 mujeres de todas las edades en el año estudiado. En la comuna de Huechuraba, Región Metropolitana y el país esta relación bastante similar cercana a 95 hombre por cada 100 mujeres.

En lo referente al índice de vejez corresponde a la relación entre la población mayor de 65 (adultos mayores) y la población menor de 15 (niños y jóvenes), siendo una medida demográfica del envejecimiento y ella, representando el número de adultos mayores (65 años y más) por cada 100 niños (0-14 años). Estos datos dan cuenta de un proceso de envejecimiento de la población que deriva de la transición demográfica avanzada en la que se encuentra el país, proceso que se agudizará en las próximas décadas tal como puede apreciarse en las pirámides de población (fuente: Datos censo 2017). La comuna de Huechuraba presenta 40,94 adultos mayores por cada 100 niños, situando a ésta por debajo del nivel regional y país y así teniendo aproximadamente la mitad de la población de personas mayores de 65 y más años que con respecto a los niveles analizados.

En relación con el índice de dependencia corresponde a la relación entre dependiente o que no genera actividad como las personas menores de 15 años y mayores de 64 versus aquella que posiblemente de mayor productividad que son las personas de entre 15 y 64 años, también conocido como relación de dependencia (demográfica). Se expresa como la carga de la parte productiva de la población para mantener a la parte económicamente dependiente. Según los datos recopilados se presentan datos similares con los niveles analizados presentando Huechuraba un índice de dependencia de 48,8.

TABLA 2-1 ÍNDICE DE DEPENDENCIA, ÍNDICE DE MASCULINIDAD E ÍNDICE DE VEJEZ DE LA COMUNA DE HUECHURABA, REGIÓN METROPOLITANA Y CHILE. AÑO 2017

Indicador	Comuna	Región	Chile
Índice de Dependencia	48,8	43,3	45,9
Índice de Masculinidad	95,2	94,8	95,9
Índice de Vejez	40,94	55,8	59,9

Fuente: obtenido con datos censo 2017.

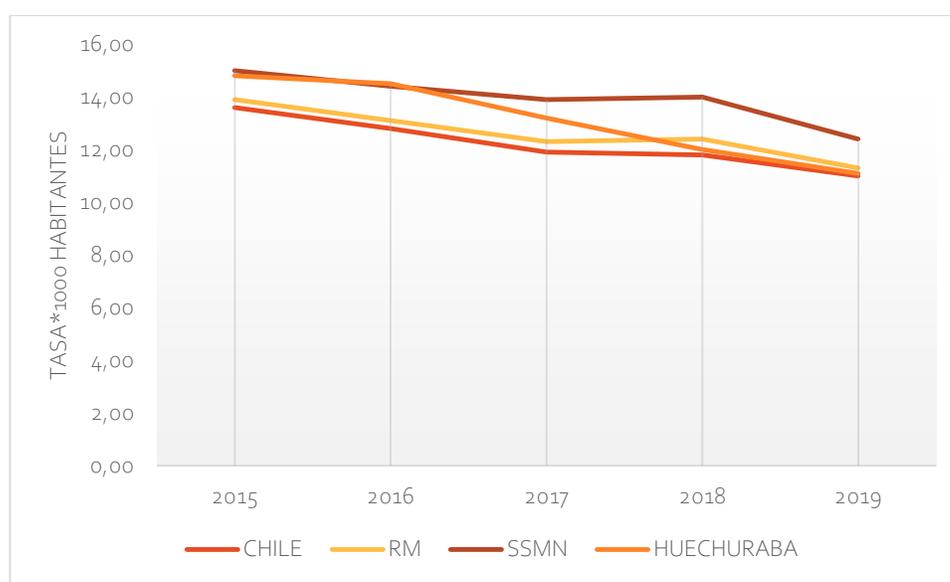
2. Indicadores de salud

Los indicadores básicos de salud incluyen los índices de natalidad, mortalidad, morbilidad, años de vida potenciales perdidos, egresos hospitalarios. A continuación, se describen de acuerdo a la realidad en la que se encuentra la comuna.

2.1. Tasa Natalidad

En la siguiente tabla y gráfico se muestra la tasa de natalidad comunal obtenida según datos de nacimientos del DEIS. En este gráfico se puede ver una baja considerable de la natalidad, destaca además que esta baja ha sido más pronunciado que la Región Metropolitana, el Servicio de Salud Norte y en los últimos años. Datos en relación a la edad de la madre, fecundidad y embarazos adolescentes se encuentran en el curso de vida gestante y adolescente respectivamente.

GRÁFICO 2-1 TASA DE NATALIDAD DE LA COMUNA DE HUECHURABA. AÑOS 2015- 2019



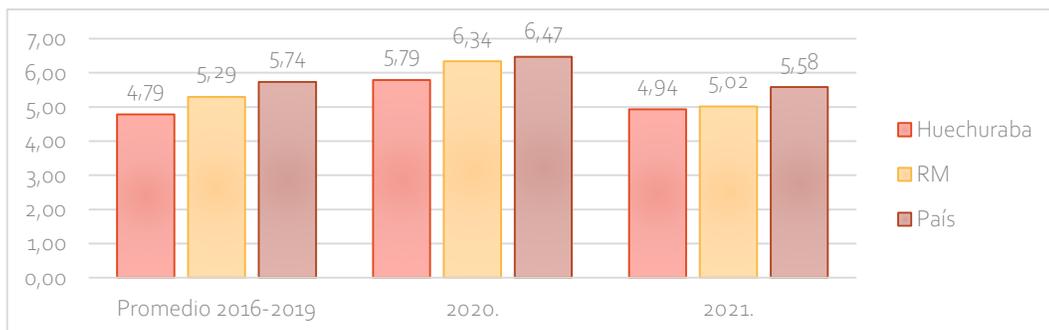
Fuente: Fuente: DEIS, MINSAL. (Año 2019 en proceso de validación)

2.2. Tasa de mortalidad general, Índice de Swaroop y esperanza de vida al nacer.

La tasa de mortalidad general es un indicador que determina la proporción de defunciones de una población por una causa en un período determinado por cada mil habitantes. Mientras que el índice de Swaroop expresa el porcentaje de muertes ocurridas en mayores de 50 años, sobre el total de defunciones. Las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, se encuentran en los capítulos del plan de cuidados del curso de vida respectivos.

En la tabla a continuación, se observa la comparación de la tasa mortalidad promedio 2016-2019 en relación a la mortalidad 2020 y mortalidad 2021, según mes de defunción (todas las causas) de la comuna la Región Metropolitana (RM) y el país. En ésta podemos ver como las tasas han aumentado en el 2020 estuvo fuertemente influenciado por la pandemia en comparación con el promedio del 2016 al 2019, en relación al 2021 los datos son los disponibles al mes de octubre, obtenidos el 19 de octubre del DEIS. Esta tendencia al alza se ve a nivel país, región y comuna, aunque ésta está bajo el de la región y el país. Se complementa la información con las defunciones según causa durante el 2020 en la comuna donde se evidencia que la primera causa es por código de propósitos especiales que se relaciona con diagnósticos de COVID 19.

GRÁFICO 2-2 COMPARACIÓN DE MORTALIDAD PROMEDIO 2016-2019 EN RELACIÓN A LA MORTALIDAD 2020 Y MORTALIDAD 2021, (DEFUNCIÓN POR TODAS LAS CAUSAS) HUECHURABA, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS.



Fuente: DEIS, Tasa observada por mil habitantes. Población INE, censo 2017.datos 2021 al 19 de octubre

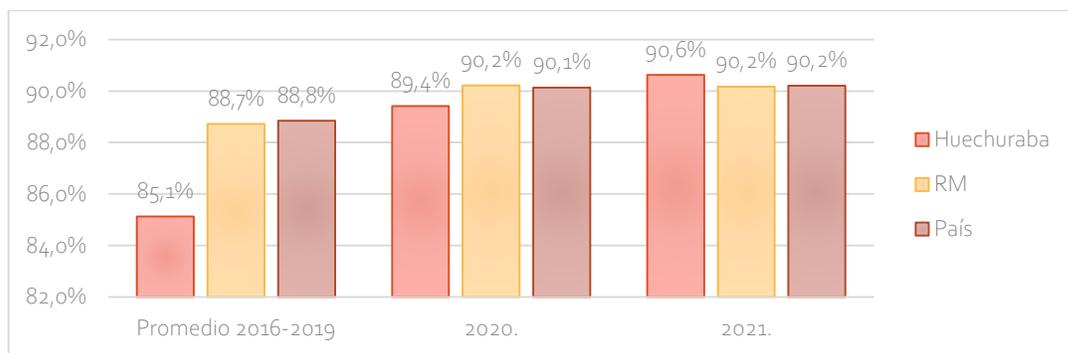
TABLA 2-2 DEFUNCIÓNES DURANTE EL 2020 SEGÚN CAUSA EN LA COMUNA DE HUECHURABA

Defunciones durante el 2020 según causa	Cantidad	Porcentaje
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2	0%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8	1%
Códigos para propósitos especiales	215	33%
Embarazo, parto y puerperio	1	0%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	5	1%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	2	0%
Enfermedades del sistema circulatorio	105	16%
Enfermedades del sistema digestivo	34	5%
Enfermedades del sistema genitourinario	12	2%
Enfermedades del sistema nervioso central	15	2%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2	0%
Enfermedades del sistema respiratorio	53	8%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	13	2%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	0%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	24	4%
Trastornos mentales y del comportamiento	7	1%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	40	6%
Tumores [Neoplasias]	111	17%
Total general	652	100%

Fuente: DEIS Defunciones durante el 2020 según causa en la comuna de Huechuraba

Con respecto al índice de Swaroop en la comuna de Huechuraba, la tabla nos muestra que ha aumentado en el 2020, ya que la pandemia tenía una mayor letalidad en los adultos mayores. Esta diferencia es muy pronunciada entre el promedio 2016-2019 y el 2020 en Huechuraba, en comparación a la RM y el país. En relación a la esperanza de vida al nacer con datos del INE al 2016, nos muestra una EVN de 74,85 para hombre y de 80,79 para las mujeres, lo cual es más bajo con la RM y el nacional.

GRÁFICO 2-3 COMPARACIÓN DE ÍNDICE DE SWAROOP PROMEDIO 2016-2019 EN RELACIÓN AL ÍNDICE 2020 Y 2021, HUECHURABA, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS.



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

TABLA 2-3 ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EVN) ESTIMADA, POR SEXO Y DIFERENCIA

	Hombres	Mujeres	Diferencia
Huechuraba	74,85	80,79	5,94
RM	77,75	82,8	5,63
País	76,4	81,6	5,63

Fuente: INE. Elaborado a partir de la aplicación del patrón de mortalidad regional a las comunas de 10.000 habitantes o más, a 2016, de la región

2.3. Índice años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Los AVPP, presentan su última estadística por comuna es del 2014, la cual se muestra a continuación. Al observar la tendencia de las tasas de AVPP de ambos sexos entre los años 2012 y 2014, es posible observar que tanto a nivel país, de la región como comunal la tendencia es a la disminución; sin embargo, en comparación con los niveles analizados, la comuna presenta mayor tasa de ambos sexos en los años estudiados. En cuanto a los AVPP por sexo se evidencia que es mayor en hombres que en mujeres en todos los niveles estudiados. En el caso de los hombres de Huechuraba, en 2012 el índice llegaba a 101,9 a diferencia del año 2014 que llegó a 90,7 y en el caso de las mujeres de la comuna el año 2012 correspondió a 51,9 y en 2014 a 51,5, es decir el aumento de los AVPP se debe a la mortalidad en varones. Se espera contar con datos más actuales ya que ha habido importantes acontecimientos a nivel nacional que pueden afectar de forma relevante estas estadísticas como la contingencia social en el 2019 y la pandemia en el 2020.

TABLA 2-4 TASA DE AVPP POR CADA 1.000 HABITANTES DE AMBOS SEXOS, COMUNA DE HUECHURABA, REGIÓN METROPOLITANA Y CHILE, 2012 A 2014

Nivel territorial	2012			2013			2014		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Huechuraba	76,3	101,9	51,9	77,6	111,3	44,5	70,9	90,7	51,5
Región Metropolitana	66,0	83,5	49,2	64,2	81,8	47,1	64,7	83,5	46,6
Chile	71,6	90,6	52,7	70,0	89,8	50,4	69,8	89,5	50,3

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

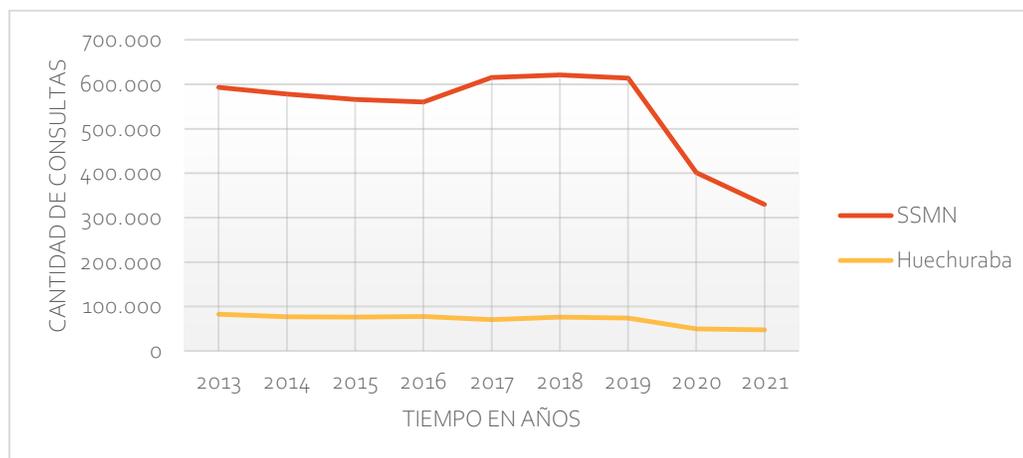
2.4. Morbilidad

A continuación, se describe la morbilidad en el contexto socio-sanitario de Huechuraba.

2.4.1. Tasa de consulta por morbilidad

Con relación a las morbilidades, la tendencia de la tasa de consulta por beneficiario de FONASA inscrito, en el SSMN y en la comuna de Huechuraba es a un descenso producto de la contingencia social en los últimos meses del año 2019 y la pandemia durante el 2020 y 2021.

GRÁFICO 2-4 EVOLUCIÓN CONSULTAS MÉDICAS NIVEL PRIMARIO SSMN Y HUECHURABA



Fuente: Reporte FONASA Data DEIS SSMN 2021

Caracterización de las consultas de morbilidad

Con relación a tablas y gráficos siguientes, se visualiza que se mantiene la prevalencia de que el mayor porcentaje de consultas es de mujeres por sobre hombres y con relación al tipo de consulta podemos observar que la mayor parte se concentran en otras morbilidades, luego aquellas relacionadas con el sistema respiratorio (IRA alta, síndrome bronquial obstructivo, neumonía, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, otras respiratorias), le siguen las del sistema cardiovascular y salud mental, no se encuentran según esta clasificación variaciones importantes entre el 2020 y el 2021. Al comparar los años 2019 y 2018 y lo obtenido el 2020 y el 2021, las consultas relacionadas con el sistema respiratorio disminuyeron de más de 15 mil a menos de 5 mil, especialmente IRA alta que tuvieron más de 8 mil casos en esos años 2018 y, 2019, 2020 y 2021 menos de 2 mil, lo cual puede relacionarse en parte con la menor exposición de la población durante la cuarentena en los meses de invierno. Las tablas a continuación describen el Servicio de Salud Norte y la comuna para los años 2020 y 2021.

TABLA 2-5 CONSULTAS DE MORBILIDAD 2020

Tipo de consulta	SSMN 2020			Huechuraba 2020		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
IRA alta	22.104	8.597	13.507	1.634	667	967
Síndrome bronquial obstructivo	1.424	786	638	104	63	41
Neumonía	1.327	549	778	166	62	104
Asma	2.250	797	1.453	186	68	118
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1.154	543	611	108	54	54
Otras respiratorias	22.422	9.480	12.942	2.225	991	1.234
Obstétrica	365	0	365	5	0	5
Ginecológica	2.397	0	2.397	227	0	227
Ginecológica por infertilidad	12	0	12	0	0	0
Infección transmisión sexual	81	34	47	1	1	0
VIH-sida	10	4	6	2	2	0
Salud mental	8.955	2.580	6.375	1.089	357	732
Cardiovascular	13.351	5.511	7.840	2.395	969	1.426
Otras morbilidades	325.311	121.215	204.096	41.328	16.188	25.140
Totales	401.163	150.096	251.067	49.470	19.422	30.048

Fuente: Registro Estadístico Mensual a diciembre 2020. DEIS SSMN

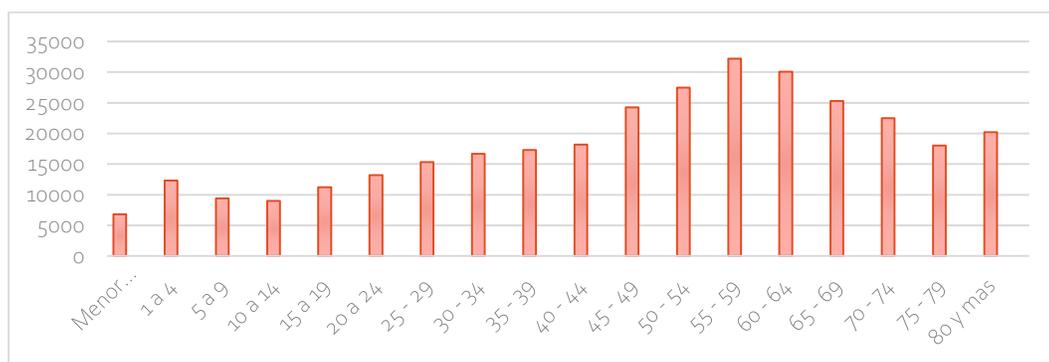
TABLA 2-6 CONSULTAS DE MORBILIDAD 2021

Tipo de consulta	SSMN agosto 2021			Huechuraba agosto 2021		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
IRA alta	12.912	4.950	7.962	717	321	396
Síndrome bronquial obstructivo	621	323	298	17	8	9
Neumonía	867	345	522	78	26	52
Asma	1.532	545	987	43	14	29
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	754	360	394	37	21	16
Otras respiratorias	22.280	8.911	13.369	2.793	1.187	1.606
Obstétrica	359	0	359	3	0	3
Ginecológica	2858	0	2858	151	0	151
Ginecológica por infertilidad	16	0	16	0	0	0
Infección transmisión sexual	77	30	47	1	1	0
VIH-sida	16	13	3	2	2	0
Salud mental	7917	2253	5664	832	265	567
Cardiovascular	15.097	6.000	9.097	2.813	1.039	1.774
Otras morbilidades	264.126	97.202	166.924	40.420	15.270	25.150
Totales	329.432	120.932	208.500	47.907	18.154	29.753

Fuente: Registro Estadístico Mensual corte agosto 2021

Ahora bien, si se desagregan las consultas médicas por rango etario, la mayor población consultante es aquella entre los 55 y 59 años, con diferencias en relación con la estadística similar del 2020, donde el rango etario predominante fue entre 50 y 54 años. También destaca un aumento de atenciones en el rango de 80 años y más donde supera las 2.000 atenciones y que en el 2020 fue del orden de las 1.700 atenciones.

GRÁFICO 2-5 CONSULTAS MÉDICAS AGRUPADAS POR EDAD



Fuente: Registro Estadístico Mensual a agosto 2021

2.4.2. Atenciones de morbilidad en establecimientos de APS

Se observa en la tabla siguiente que, las consultas de morbilidad van en directa relación con población de usuarios validados por FONASA. En relación a los establecimientos todos muestran la tendencia a la baja en las consultas de morbilidad por las mismas razones descritas a nivel comunal, las cuales han persistido durante el 2020, pero que debería subir durante el 2021, ya que este último está reflejado a agosto del presente y quedan aún cuatro meses.

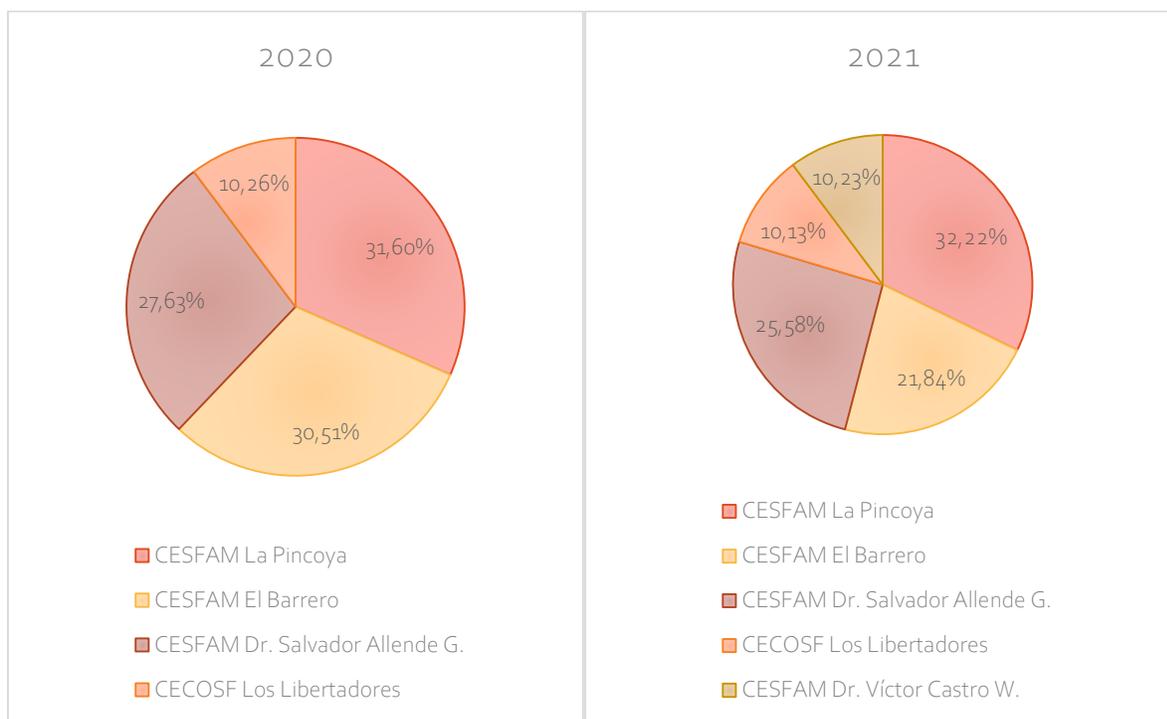
GRÁFICO 2-6 EVOLUCIÓN CONSULTAS MÉDICAS POR CENTRO DE SALUD



Fuente: Registro Estadístico Mensual corte agosto 2021

En el gráfico siguiente, se observa la distribución de las atenciones de morbilidad del año 2020 y 2021 correlacionada con usuarios inscritos validados. El 2021 se incorpora el CEFAM Dr. Víctor Castro W.; el fortalecimiento sistemático de los programas de prevención y promoción irá en directa relación con mejorar estilos de vida saludable que permita la detección precoz de enfermedades, por lo tanto, se trabaja en una planificación socio sanitaria de acuerdo a los recursos disponibles.

GRÁFICO 2-7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ATENCIONES EN CENTROS DE SALUD HUECHURABA 2020-2021



2.5. Egresos Hospitalarios

En relación con los egresos hospitalarios según datos obtenidos del DEIS para el 2020, que tenían residencia en la comuna de Huechuraba son de 7.172 casos, en establecimientos tanto públicos como privados. De estos el 50% son población FONASA y un 57% son mujeres. En la tabla se describen las causas de diagnóstico de hospitalización y los días de promedios de hospitalización.

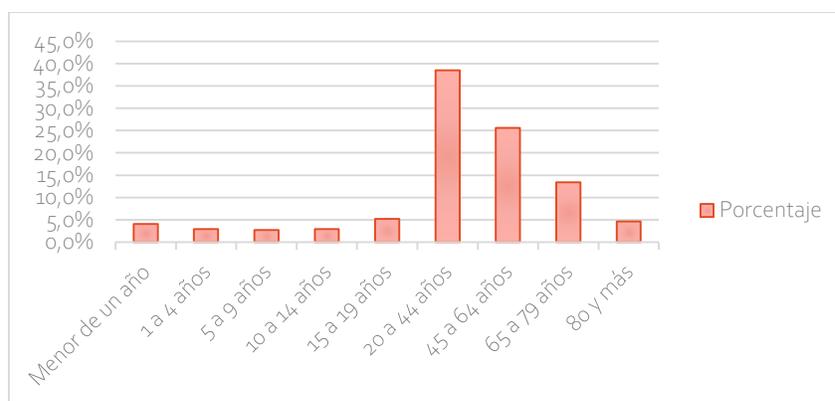
TABLA 2-7 NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES SEGÚN DIAGNÓSTICO, DÍAS PROMEDIO DE ESTADÍA EN PACIENTES CON RESIDENCIA EN LA COMUNA DE HUECHURABA 2020

Gran causa de diagnóstico de hospitalización	Total	Porcentaje	Promedio días de estada
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	140	2,0%	8,5
Tumores [neoplasias]	669	9,3%	5,7
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	44	0,6%	12,0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	242	3,4%	4,1
Trastornos mentales y del comportamiento	141	2,0%	25,5
Enfermedades del sistema nervioso central	13	1,9%	5,6
Enfermedades del ojo y sus anexos	55	0,8%	2,4
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	16	0,2%	1,1
Enfermedades del sistema circulatorio	505	7,0%	8,7
Enfermedades del sistema respiratorio	396	5,5%	6,6

Enfermedades del sistema digestivo	865	12,1%	4,2
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	95	1,3%	5,
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	343	4,8%	3,3
Enfermedades del sistema genitourinario	553	7,7%	4,0
Embarazo, parto y puerperio	1.069	14,9%	2,7
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	168	2,3%	10,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	77	1,1%	9,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	151	2,1%	3,1
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	662	9,2%	5,6
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	404	5,6%	1,5
Códigos para propósitos especiales	441	6,1%	13,8
Total	7.172	100%	6,8

Fuente: Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

GRÁFICO 2-8 PORCENTAJE DE HOSPITALIZACIONES SEGÚN RANGO ETARIO



Fuente: Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

2.6. Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS)

El Índice de Actividad de la Atención Primaria (IAAPS) son un conjunto de 20 indicadores que se agrupan en cuatro estrategias; integración de redes de servicios de salud (RISS), producción de acciones preventivas, cobertura efectiva e indicadores de impacto, mediante las cuales se observa el cumplimiento de algunas garantías más relevantes en términos sanitarios de oportunidad, accesibilidad y equidad de atención, las actividades medidas propenden un trabajo multidisciplinario con enfoque en salud familiar que se logra a través de la continuidad de las atenciones. Éstas evalúan el progreso y funcionamiento integral de los centros de salud y de no cumplirse implica una rebaja en los recursos presupuestarios. Durante este año debido a la pandemia no fue posible el cumplimiento de varios de estos indicadores, debido a que hubo priorización de algunas prestaciones sobre otras, algunas que definitivamente no se realizaron por los períodos de cuarentena y las directrices técnicas del MINSAL, todo con la finalidad de poder responder de forma adecuada a las demandas emanadas de la pandemia en lo clínico y administrativo.

TABLA 2-8 ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, COMUNA DE HUECHURABA 2020

Nº	Meta	Meta comunal	Corte diciembre	Resultado2020
01.	Mantener vigente el número de centros de salud auto-evaluados	4	4	100%
02.1	Mantener los establecimientos funcionando de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 y sábados de 9:00 a 13:00	100%	100%	No evaluado
02.2	Mantener el 100% de los fármacos trazadores con disponibilidad	100%	100%	100%
03.	Alcanzar una tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año igual o mayor a 1,2	1,2	62.014	0,91
04.	Alcanzar niveles Resolutividad igual o mayor a 90,09%	>90,09%	2.168	96,50%
05.	Alcanzar una tasa de visita domiciliaria integral igual o mayor a 0,22	0,22	3.271	0,16
06.1	Alcanzar al menos un 16,43 % de cobertura del examen de medicina preventiva aplicado a hombres y mujeres de 20 a 64 años	16,43%	1.655	4,05%
06.2	Alcanzar al menos un 47,37 % de cobertura en el examen de medicina preventiva aplicado a adultos mayores de 65 y más años	47,37%	665	7,4%
07.	Conseguir un 95,09 % de cobertura en la evaluación del desarrollo psicomotor en niños bajo control de 12 a 23 meses	95,09%	357	43,9%
08.	Alcanzar al menos un 18% de cobertura en el control de salud integral de adolescentes de 10 a 14 años	18,00%	217	4,6%
09.	Conseguir que al menos un 21,01 % de la población de 7 a 19 años obtenga un alta odontológica total	21,01%	563	4,6%
10.	Mantener al 17 % la cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años	17%	2530	17,95%
11.	Cumplir el 100 % de las garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en atención primaria	100%	100%	100%
12.	Alcanzar al menos un 80,1 % de cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso	80,1%	40.152	97,6 %
13.	Conseguir que al menos el 90,11 % de las mujeres embarazadas realice un ingreso precoz	90,11%	605	90,43%
14.	Mantener al menos al 19,98 % de la población adolescente de 15 a 19 años con regulación de la fertilidad mediante métodos anticonceptivos	19,98%	905	18,72%
15.	Conseguir una cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años con diabetes mellitus 2, igual o mayor al 30,01%	30,01%	1.280	18,77%
16.	Conseguir una cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años con hipertensión arterial, igual o mayor al 53,68%	53,68%	4.993	38,52%
17.	Conseguir que al menos el 54,26 % de la población de niños menores de 3 años se encuentre libre de caries	54,26%	327	13,79%
18.	Conseguir que al menos el 53,38 % de la población de niños menores de 6 años se encuentre con estado nutricional normal	55,55%	2.319	45,41%

Fuente: Informe de seguimiento de metas IAAPS diciembre 2020, Unidad de Control de Gestión e Innovación. Datos del DEIS MINSAL

TABLA 2-9 ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, COMUNA DE HUECHURABA CORTE 31 DE AGOSTO 2021

Nº	Meta	Meta Nacional	% Meta comunal	Total, Meta comunal	logrado	Cumplimiento
01.	Centros de salud autoevaluados	100%	5	5	5	5
02.1	Mantener los establecimientos funcionando de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 y sábados de 9:00 a 13:00	100%	100%	100%	0%	0
02.2	Mantener el 100% de los fármacos trazadores con disponibilidad	100%	100%	100%	0%	0
03.	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año	1,2	1,06	74.527	59.639	0,84
04.	Resolutividad	90%	90,20%	7.300	3.569	94,02%
05.	Tasa de visita domiciliaria integral	0,22	0,19	3.961	4.484	0,21
06.1	Cobertura del examen de medicina preventiva aplicado a hombres y mujeres de 20 a 64 años	25%	14,91%	5.393	1.497	4,11%
06.2	Cobertura en el examen de medicina preventiva aplicado a adultos mayores de 65 y más años	55%	31,20%	2.937	1.122	11,92%
07.	Cobertura en la evaluación del desarrollo psicomotor en niños bajo control de 12 a 23 meses	95%	73,65%	503	368	66,07%
08.	Cobertura en el control de salud integral de adolescentes de 10 a 14 años	18%	11,32%	553	601	12,30%
09.	Tasa de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años	0,23	0,1703	3.140	3.187	0,17
10.1	Cobertura de atención integral de trastornos mentales	17%	17,00%	2.642	3.115	20,04%
10.2	Tasa de controles realizados a personas con trastornos mentales	5	5,00	15.575	12.282	4,08
11.	Cumplir el 100 % de las garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en atención primaria	100%	100%	100%	100%	100%
12.	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso	80%	80%	37.034	34.718	75,00%
13.	Ingreso precoz de las mujeres a control de embarazo	90%	90,43%	364	375	93,28%
14.	Cobertura de población adolescente de 15 a 19 años con regulación de la fertilidad mediante métodos anticonceptivos	25%	21,88%	1.059	844	17,43%
15.	Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años con diabetes mellitus 2	0,28	22,92%	1.727	1.412	18,74%
16.	Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años con hipertensión arterial.	43%	36,95%	6.277	4.637	27,29%
17.	Población de niños menores de 3 años libre de caries	60%	38,01%	873	587	25,56%
18.	Población de niños menores de 6 años se encuentre con estado nutricional normal	60%	52,70%	2.621	2.046	41,13%

Fuente: Informe de seguimiento de metas IAAPS corte agosto 2021, Unidad de Control de Gestión e Innovación

2.7. Metas sanitarias

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile, los equipos multidisciplinares que se desempeñan en los centros de salud deben brindar los servicios de forma integral, continua y equitativa para satisfacer expectativas de servicio para la creciente demanda por salud, utilizar eficientemente los recursos y reducir la demanda de otros niveles mediante estrategias de prevención y promoción de salud. Las Metas Sanitarias están orientadas a la necesidad de promover el incremento de la calidad y oportunidad de la atención de salud en los establecimientos de nivel primario y dar cumplimiento a estas y dar mejoramiento a la atención de salud.

TABLA 2-10 METAS 2020

Metas Sanitarias		CESFAM La Pincoya				CESFAM El Barrero				CESFAM Dr. Salvador Allende G.			
Nº	Metas Sanitarias	Meta	Resultado	Esperado	Cumplimiento	Meta	Resultado	Esperado	Cumplimiento	Meta	Resultado	Esperado	Cumplimiento
1	Recuperación del desarrollo psicomotor	90,00%	69,23%	90%	9,62%	90,00%	75,00%	90%	10,42%	90,00%	62,50%	90%	8,68%
2	Detección precoz del cáncer de cuello uterino	67,26%	55,73%	67,3%	10,36%	65,46%	53,89%	65,46%	10,29%	63,63%	53,95%	63,63%	10,60%
3a	Cobertura de alta odontológica total en adolescentes de 12 años	75,06%	13,86%	75,1%	0,77%	75,00%	16,46%	75,00%	0,91%	74,86%	28,76%	74,86%	1,60%
3b	Cobertura de alta odontológica total en embarazadas	68,00%	16,01%	68,00%	0,98%	68,00%	21,64%	68,00%	1,33%	68,00%	25,14%	68,00%	1,54%
3c	Cobertura alta odontológica total en niños y niñas de 6 años	79,00%	16,42%	79,00%	0,87%	79,00%	23,42%	79,00%	1,24%	79,02%	16,61%	79,02%	0,88%
4a	Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 en personas de 15 años y más	30,00%	20,25%	30,00%	8,44%	30,00%	15,52%	30,00%	6,47%	30,00%	17,99%	30,00%	7,50%
4b	Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años	90,00%	22,82%	90,00%	3,17%	90,00%	56,98%	90,00%	7,91%	90,00%	32,29%	90,00%	4,49%
5	Cobertura efectiva de hipertensión arterial en personas de 15 años y más	54,00%	36,31%	54,00%	8,41%	48,86%	27,71%	48,86%	7,09%	50,35%	50,33%	50,35%	12,50%
6	Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de vida	53,00%	55,88%	53,00%	12,50%	60,00%	59,38%	60,00%	12,50%	60,00%	62,37%	60,00%	12,50%
7	Establecimientos con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	100,00%	100,00%	100,00%	12,50%	18,00%	100,00%	18,00%	12,50%	100,00%	100,00%	100,00%	12,50%
Cumplimiento		67,60%				70,65%				72,77%			

Fuente: Informe de seguimiento de metas sanitarias corte de junio, Unidad de Control de Gestión e Innovación

En la siguiente tabla se muestra un esquema resumido de los resultados comunales, por meta y CESFAM al corte de agosto 2021:

TABLA 2-11 RESULTADOS DE METAS SANITARIAS AL CORTE 31 DE AGOSTO DE 2021

Nº	Meta	Meta CO-MUNAL	Numera-dor	Denomi-nador	Indicador ala fecha COMUNAL	Logrado	Porcen-taje de cumpli-miento
1	Recuperación del desarrollopsicomotor	90,00%	15	39	38,46%	43%	5,34%
2	Detección precoz del cáncerde cuello uterino	59,29%	10.485	20.085	52,20%	88,04%	11,01%
3a	Control odontológico en población de o a 9 años	26,00%	1.917	8.712	22,00%	84,63%	5,29%
3b	niños y niñas de 6 años libresde caries	LB	115	953	12,07%	n/a	6,25%
4a	Cobertura efectiva de diabetestipo 2 (dm2) en personas de 15 años y más	22,92%	1.443	7.535	19,15%	83,55%	10,44%
4b	Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años	81,00%	2.099	5.014	41,86%	51,68%	6,46%
5	Cobertura efectiva de hiper- tensión arterial (HTA) en per-sonas de 15 años y más	6,95%	4.637	16.989	27,29%	73,87%	9,23%
6	Lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	57,00%	178	291	61,17%	107,31%	12,50%
7	Establecimientos con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	100,00%	59	140	42,14%	42,14%	5,27%
							71,8%

Fuente: Informe de seguimiento de metas sanitarias corte de junio, Unidad de Control de Gestión e Innovación

A continuación, se mostrará el nivel de cumplimiento de intervenciones planificadas para el 2021, que fueron definidas como estratégicas dentro del Plan de Salud 2021. Cabe mencionar que producto de la pandemia, la ejecución completa de esta planificación no fue posible, ya que la magnitud del impacto en términos de la reasignación de recursos tanto físicos como humanos para las atenciones de pacientes COVID, los procesos de cuarentena y la vacunación COVID, género que no se pudiera realizar el volumen de acciones que se programaron. Sin embargo, la comuna hizo lo posible con sostener muchas de las acciones en todos los ámbitos: tanto curativas, como de rehabilitación e incluso preventivas y promocionales por medio de distintas estrategias en redes sociales y atenciones no presenciales. Esto es reconocible en términos de que la comuna fue la que tuvo la mayor cartera de atenciones del área norte durante la pandemia.

3. Evaluación por curso de vida

En este apartado se detallan y analizan los compromisos del plan de salud anterior y metas Nacionales segmentados por el curso de vida en el cual están enfocados.

3.1. Mujer Gestante

La siguiente matriz muestra la evaluación del Plan de Salud 2021 del curso de vida de la mujer gestante, el cual se trabajó a través de los énfasis estratégicos: Salud familiar, Promoción, Prevención, Participación y Calidad. En esta matriz se pueden observar las metas y estados de cumplimiento con corte al 31 de agosto de 2021.

TABLA 2-12 CUMPLIMIENTO METAS PLAN DE SALUD 2021 GESTANTES

Énfasis Estratégico	Objetivo	Numerador	Denominador	Indicador	Meta 2021	Cumplimiento Agosto 2021
1. Participación	Avanzar en el nivel de participación de la población gestante desde el informativo hacia el consultivo	Nº de centros con oferta programática rediseñada acorde al diagnóstico elaborado a través del proceso consultivo a la población gestante	Nº total de establecimientos	Nº de centros con oferta programática rediseñada acorde al diagnóstico elaborado a través del proceso consultivo a la población gestante / Nº total de establecimientos	100%	100%
2. Promoción	Contribuir en el fortalecimiento de temáticas de salud gestantes, lactancia materna, cuidados de su salud mental, sexual y reproductiva			1 Comité comunal de lactancia materna y crianza	100%	100%
3. Prevención	Prevenir que las mujeres gestantes mejoren su condición nutricional durante el embarazo	Número de mujeres que cursan embarazo con incremento de peso adecuado al control diada	Número total de mujeres púérperas.	Número de mujeres que cursan embarazo con incremento de peso adecuado al control diada/ Número total de mujeres púérperas.	50%	56,4%
4. Salud Familiar	Abordar de manera integral a gestantes con derivación por riesgo psicosocial	Número total de embarazadas con riesgo psicosocial intervenidas con abordaje integral	Número total de embarazadas con riesgo psicosocial pesquiasadas	Número total de embarazadas con riesgo psicosocial intervenidas con abordaje integral/Número total de embarazadas con riesgo psicosocial pesquiasadas	100%	81,9%
5. Calidad	Asegurar la continuidad del cuidado de acuerdo al plan de intervención	Número de auditorías a planes consensuados gestantes con riesgo psicosocial que cumplen con el estándar	Número total de embarazadas con riesgo psicosocial seleccionadas de forma aleatoria para auditar	Número de auditorías a planes consensuados gestantes con riesgo psicosocial que cumplen con el estándar/Número total de embarazadas con riesgo psicosocial seleccionadas de forma aleatoria para auditar	80%	72%

Fuente: REM – Registros locales

Participación

En función de los resultados de las encuestas realizadas el año 2019, se rediseñó la oferta de los talleres CHCC, en cuanto a horarios, contenidos readecuados y formato de talleres online (ajustado a la realidad local de cada centro), por lo cual se logra el 100% de la meta. Y se encuentra pendiente construir en un documento oficial de la oferta educativa rediseñada para población gestante.

Promoción

El año 2021 se evalúa esta nueva intervención dentro del eje estratégico, a propósito de la detección de necesidades en cuanto al fomento y la protección en temáticas de salud sexual y reproductiva, y se plantea la conformación de un comité comunal de lactancia materna y crianza, el cual sesiona en forma mensual por un equipo multidisciplinario de los centros y el Departamento de Salud.

Prevención

Para el año 2021, se propuso prevenir que las mujeres gestantes empeoren su condición nutricional, en términos de obtener un incremento de peso adecuado durante la gestación, con el fin de prevenir enfermedades crónicas como la Diabetes gestacional o la Hipertensión del embarazo, entre otras. Dado que es la primera vez que se evalúa este indicador, se planteó como meta el logro de al menos el 50%, el cual fue superado y llegó al 63,9% a agosto de 2021, con cifras desde un 52,9% en el CESFAM La Pincoya, hasta un 83,3% en el CESFAM Dr. Víctor Castro.

Salud Familiar

En el año 2021 los planes consensuados a mujeres gestantes con riesgo psicosocial fueron retomados en forma progresiva en contexto de pandemia en comparación al año 2020. Se observa un incremento muy importante en el avance de este indicador, dado que en el año 2020 se realizó solo un 13,8% de planes consensuados a nivel comunal. El cumplimiento comunal fue de un 81,9% al corte de agosto 2021, donde cabe destacar que el CESFAM La Pincoya y el CECOSF Los Libertadores alcanzaron el 100% de cumplimiento, mientras que el CESFAM Dr. Salvador Allende cumplió con el 95,9%. Los centros que tuvieron un cumplimiento más bajo de lo esperado corresponden al CESFAM El Barrero y Dr. Víctor Castro.

Calidad

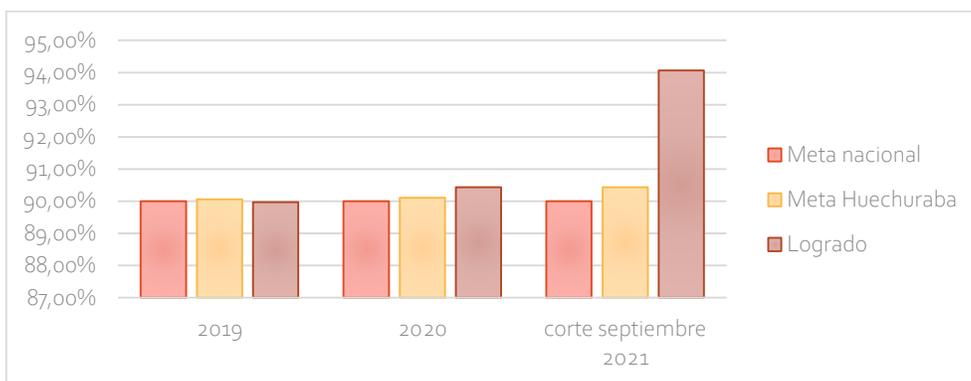
Se realizaron 25 auditorías a planes consensuados de mujeres gestantes en el CESFAM La Pincoya en la evaluación del primer corte, logrando un 90% de cumplimiento de la meta. Se planificaron las auditorías del resto de los CESFAM y del CECOSF para el segundo semestre. De los 25 planes auditados, se logra visualizar un avance importante en términos de la calidad del registro, sin embargo, se pesquiza que existen algunas falencias en el manejo del riesgo psicosocial de las gestantes, en aspectos como: la oportunidad de la realización, el trabajo multidisciplinario, la evaluación del equipo psicosocial y el real consenso del plan con la gestante, en cuanto a la incorporación en la toma de decisiones de acciones y acuerdos. Es por esto que se percibe un cambio de nivel en la evaluación de este eje estratégico, en el cual es necesario abordar la evaluación de aspectos más profundos de la gestión y seguimiento del riesgo en las mujeres gestantes, para el logro de objetivos sanitarios y poner un mayor énfasis en los principios del modelo de salud familiar. Finalmente, como la calidad en la ejecución de los planes consensuados está sujeta a la preparación de nuestro plan de auditoría interna, elaborado por el referente responsable del curso de vida, se llevarán a cabo reuniones con el encargado comunal y los asesores de ciclo de cada centro, para extender el proceso a los establecimientos que se encuentran pendientes durante el año 2022.

Índice de Actividad de Atención Primaria - IAAPS

13. Ingreso precoz de las mujeres a control de embarazo

Este indicador muestra un alto porcentaje de cumplimiento destacándose como comuna, lo cual se refleja en un 94,07% de cobertura de ingreso precoz de embarazo, superando la Meta Nacional de 90%. Es importante mencionar que desde el año 2018 se lleva un registro comunal de las causas de ingreso tardío a control prenatal y se ha logrado evidenciar que la principal causa de ingreso tardío corresponde al desconocimiento del estado de embarazo por parte de las mujeres.

GRÁFICO 2-9 INGRESO PRECOZ DE MUJERES A CONTROL DE EMBARAZO



Fuente: Datos REM

Gestantes y GES

66. Salud oral integral de la Embarazada

En relación al GES Salud Oral de la Embarazada (SOE), se puede mencionar que ha presentado un aumento en cuanto al número de casos, reflejado en los ingresos durante el año 2021 y que se encuentra con un cumplimiento de un 100% de las garantías asociadas. El proceso consiste en que posterior al ingreso de la mujer al control prenatal, se deriva para el ingreso con el profesional del programa odontológico, para la realización de un examen de salud oral y según este se lleva a cabo el tratamiento integral, que posteriormente culmina con el alta integral de la embarazada y un acompañamiento de 15 meses desde el ingreso.

TABLA 2-13 INGRESOS GES SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA

Año	Ingresos GES Salud oral integral embarazada en SIGGES
2020	746
2021	811 (corte agosto)

Fuente: SIGGES

Indicadores CHCC

Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en APS.

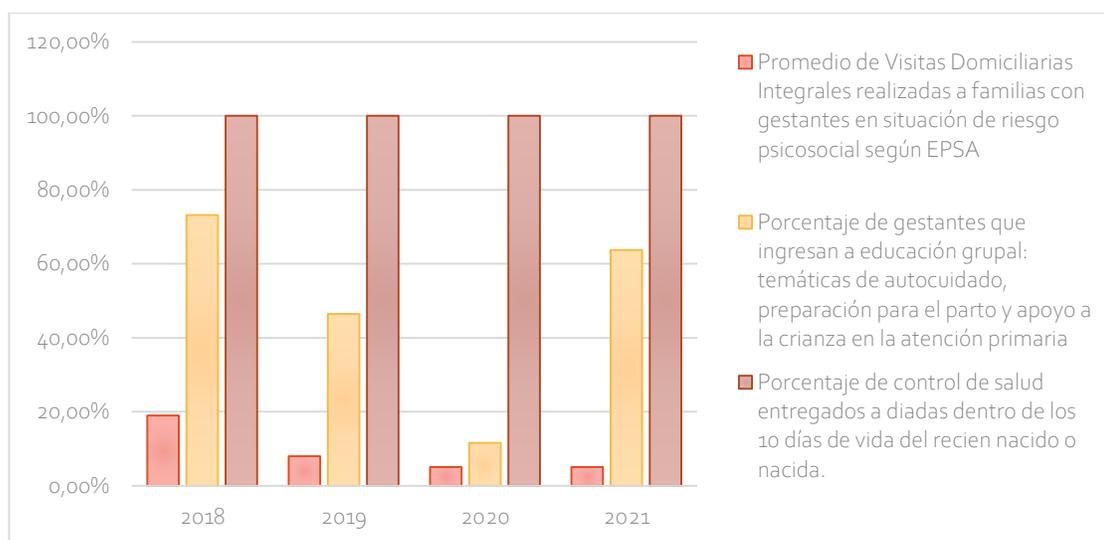
El indicador de visitas domiciliarias integrales (VDI) realizadas a gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA aplicada en el primer control prenatal con al menos 3 riesgos, se observa un cumplimiento de 5% al corte de agosto del año 2021, que fue la misma cifra lograda a diciembre de 2020. En general, este indicador ha presentado dificultades para su cumplimiento debido a la falta de registro en la plataforma de sistema de derivación, registro y monitoreo, en donde se presenta un número menor a lo realizado, y por otro lado, existe un porcentaje de visitas realizadas que no logran ser efectivas, porque hay usuarias que no se encuentran en el domicilio el día agendado. Por lo cual, los desafíos del plan de salud 2022-2025, son mejorar la calidad del registro y el consenso con la usuaria para lograr la efectividad de las visitas.

El porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal en el año 2021, logró un cumplimiento al corte de agosto de un 63,7%, porcentaje mayor a lo logrado en los años 2019 y 2020, debido a que la situación de la pandemia logró convertir actividades presenciales en actividades remotas, las cuales han generado mayor adherencia con las usuarias. Gracias a los buenos resultados, la estrategia remota de talleres educativos se considera mantener dentro de la cartera de prestaciones locales independiente de la mejora de la situación de la

pandemia por SARS-COV2. Falta aunar estrategias que han dado resultados en algunos centros, para que el beneficio llegue a toda la comuna. Los centros que se destacan son el CESFAM La Pincoya y el CECOSF Los Libertadores.

Para finalizar, el indicador de porcentaje de control de salud entregados a diadas dentro de los 10 días de vida del recién nacido/a, logra en general un cumplimiento a nivel comunal del 100% respecto a las metas anuales. Las estrategias locales como el agendamiento telefónico de la prestación, el seguimiento de la gestante y el rescate de recién nacidos por el equipo de matronas/es, son las que han permitido este destacado nivel de cumplimiento, las cuales se han mantenido a pesar de la situación sanitaria asociada a la pandemia.

GRÁFICO 2-10 INDICADORES PABD – CHCC GESTANTES



Fuente: Elaboración con datos extraídos de REM 2018 – 2019- 2020 y 2021

Evaluación general del curso de vida - Gestantes

En términos generales, se observa un avance importante en las estrategias que apuntan a que las gestantes de la comuna de Huechuraba tengan un embarazo sano y en las mejores condiciones para prevenir patologías que pueden influir en su salud y la de sus recién nacidos/as. Es así como se observa que el contexto de la pandemia repercutió en la disminución de algunas de las prestaciones, pero que en el año 2021 se fortalecieron los esfuerzos en retomar todas aquellas prestaciones que son consideradas prioritarias en este curso de vida.

Se concluye que el ingreso precoz a controles prenatales, la realización de planes consensuados a gestantes con riesgo psicosocial, la cobertura de ingreso a sesiones educativas en temáticas de embarazo, parto y cuidados del RN y los ingresos integrales de salud oral, mejoraron el año 2021, respecto del 2020. En relación al énfasis estratégico de prevención, es necesario poder analizar el incremento adecuado de peso en el tiempo, para determinar el avance. En términos de la promoción y participación, estos ejes seguirán fortaleciéndose con el fin de potenciar los logros obtenidos y situar a las gestantes como protagonistas de su salud.

3.2. Infancia

El ciclo vital infantil corresponde a los niños de 0 a 9 años. Para este curso de vida, el plan de salud 2021 de la Comuna de Huechuraba definió ejes estratégicos que se muestran en la siguiente matriz, además del grado de cumplimiento con corte agosto 2021.

TABLA 2-14 CUMPLIMIENTO METAS PLAN DE SALUD 2021 INFANCIA

Énfasis Estratégico	Objetivo	Numerador	Denominador	Indicador	Actividades	Meta 2021	Cumplimiento 2021
1. Participación Social	Avanzar desde el nivel informativo a el nivel consultivo del ciclo infantil mediante la articulación con el intersector	Números de establecimientos con proceso consultivo realizado	Número de establecimientos educacionales de la comuna.	Números de establecimientos con proceso consultivo realizado/Número de establecimientos educacionales de la comuna	Consultas infantiles a niños de centros educacionales Municipales de la Comuna.	35%	0%
2. Promoción	Favorecer la salud mental infantil y los hábitos de vida saludable en niños	Número de establecimientos intervenidos	Número de establecimientos educacionales Públicos de la Comuna	Número de establecimientos intervenidos/Número de establecimientos educacionales Públicos de la Comuna	Generar instancias promocionales en donde se fomenten la salud mental infantil y los hábitos de vida saludable en establecimientos educacionales públicos de Huechuraba	53%	81,8%
3. Prevención	Mantener la condición nutricional eutrófica en niños y niñas entre 5 a 9 años.	Número de niños eutróficos menores de 5 a 9 años.	Población inscrita validada de niños de 5 a 9 años	Número de niños eutróficos menores de 5 a 9 años/Población inscrita validada de niños de 5 a 9 años	Control de niños sano a niños de 5 a 9 años.	40%	19%
	Aumentar la aplicación de pauta de DSM TEPSI en niños y niñas menores de 5 años	Numero de evaluaciones de DSM de 2447 meses	(Número de controles de niño sano de 24 a 47 meses – Pautas breve de 18 a 24 meses)	Numero de evaluaciones de DSM de 2447 meses/ (Número de controles de niño sano de 24 a 47 meses – Pautas breve de 18 a 24 meses)	Evaluaciones del DSM a niños de 24 a 59 meses	80% control de 24 a 47 meses	38,5%
		Número de evaluaciones de DSM de 48 a 59 meses	(Número de controles de niño sano de 48 a 59 meses)	Número de evaluaciones de DSM de 48 a 59 meses / (Número de controles de niño sano de 48 a 59 meses)		50% control de 48 a 59 meses	12%
4. Salud Familiar	Aumentar la cobertura de control de niño sano de 5 a 9 años.	Número de niños controlados de 5 a 9 años	Población inscrita validada de niños de 5 a 9 años.	Número de niños controlados de 5 a 9 años/ Población inscrita validada de niños de 5 a 9 años	Control de niños sano a niños de 5 a 9 años	40%	38%
5. Calidad	Mejorar la Calidad de respuesta de los equipos de atención primaria ante las problemáticas más prevalentes de salud mental infantil	Números de niños ingresados con Plan de tratamiento integral (PTI) en salud mental	Total de niños ingresados por problemas de salud mental	Números de niños ingresados con Plan de tratamiento integral (PTI) en salud mental/Total de niños ingresados por problemas de salud mental	Ingresos con Plan de tratamiento Integral (PTI) de niños en Salud Mental	100%	100%

Fuente: REM -Datos población FONASA- Registros locales

Participación

El proceso de consulta llevado a cabo en los 4 jardines infantiles VTF de nuestra comuna en el año 2020, con un trabajo de diseño y planificación entre los equipos de salud y educación, que se ejecuta entre el 4 de junio y el 11 de julio, con la participación de 247 niños y niñas entre 1 y 5 años de edad. Este proceso concluyó con una riqueza en aprendizajes colectivos, donde los niños y niñas nos enseñan con su vivencia expresiva, sin distorsiones, llenos de vida a realizar la necesaria reflexión para fortalecer el valor y significado de nuestra función pública, técnica, política y social. Desde el 2020 a la fecha se pretende profundizar y dar continuidad al proceso instalado, pero el contexto socio-sanitario ha limitado estos esfuerzos y hoy estamos en proceso de re-definir la decisión y método de actuación.

Promoción

Debido al contexto sociosanitario y la mantención prolongada de las restricciones de movilidad y asistencia a jardines infantiles y escuelas que limitan la interacción de niñas y niños con otros pares y con la comunidad, es que durante el año 2021 se ha trabajado en favorecer la salud mental infantil, muchas veces no considerada dentro del eje de promoción, y en promover los hábitos de vida saludable (en niñas y niños y sus familias), de forma de entregar una amplia gama de actividades comunitarias dentro de sus establecimientos educacionales, que favorezcan tanto la interacción social a través de diferentes medios digitales y presenciales, como también el aprendizaje comunitario de las infancias en Huechuraba.

Prevención

En este eje se estableció trabajar con dos objetivos, el primero es mantener la condición nutricional eutrófica en niños y niñas de 5 a 9 años, cuya meta es de un 40% para el año 2021, esto en línea de continuidad a lo monitoreado por la meta IAAPS que evalúa la condición nutricional, este objetivo es para dar una mirada de continuidad sanitaria a la problemática de malnutrición. En este año a la fecha, el cumplimiento de este indicador es de un 19%, no logrando cumplirse proporcionalmente a la fecha.

El segundo objetivo es aumentar la aplicación de pauta de DSM TEPSI en niños y niñas de 24 a 59 meses para el año 2021 para evaluar los avances en el DSM de niños y niñas preescolares. El porcentaje de cumplimiento de evaluaciones de DSM de 24 a 47 meses es de un 38,5%, no logrando cumplirlo a la fecha, siendo que la meta anual es de un 80%. El porcentaje de cumplimiento de evaluaciones de DSM de 48 a 59 meses fue de un 12%, siendo que la meta es de un 50%. Se concluye que el cumplimiento general de este indicador está por bajo lo esperado, generado por la priorización de las coberturas de los menores de 1 año, y de los controles por sobre la aplicación del test de DSM.

Salud Familiar

El periodo sanitario más fuerte en tiempos de pandemia, fue el año 2020, lo que generó un impacto desfavorable en términos del cumplimiento de las metas; en cuanto a la cobertura de control de niño sano de 5 a 9 años, se alcanzó un 17% del 40% definido.

Con motivo de la planificación sanitaria comunal y el paso a paso, se debió priorizar la atención de pacientes COVID, lo cual tuvo impacto en disminución de los controles entre 5 a 9 años. Con las condiciones actuales se encuentran en desarrollo distintas iniciativas para el aumento en los controles en este rango etario. La reactivación de atenciones de salud, según plan paso a paso lo que favorece el aumento en la cobertura, alcanzando al corte de agosto, según datos estadísticos, un 38 % de cumplimiento.

Calidad

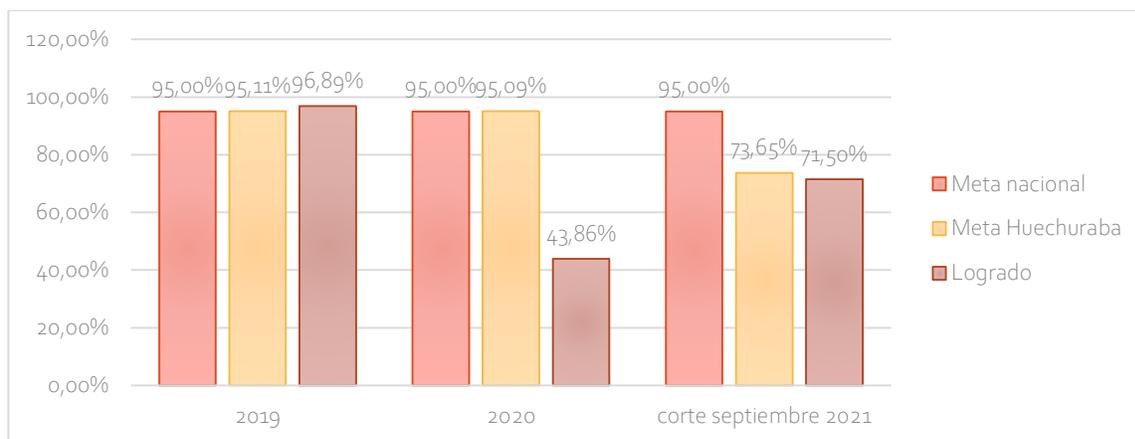
El aseguramiento de la calidad, o garantía de calidad, es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias, para proporcionar la confianza adecuada a nuestros usuarios en su sistema de salud. En el caso del ciclo infantil, se resguardó la construcción de estos planes de tratamiento al ingreso, siendo este procedimiento monitoreado por las encargadas de salud mental de los centros de APS de manera cruzada, observándose una evidente mejora en la calidad de respuesta de los equipos de atención primaria, ante las problemáticas más

prevalentes de salud mental infantil, logrando que un 100% de los niños ingresados cuenten con un plan de intervención integral. Esto, garantiza la calidad en este proceso dinámico, el cual evoluciona acorde a las necesidades y contexto sanitario.

Índice de Actividad de Atención Primaria - IAAPS

7. Cobertura en la evaluación del desarrollo psicomotor en niños bajo control de 12 a 23 meses.

GRÁFICO 2-11 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO IAAPS NÚMERO 7 EN LA COMUNA DE HUECHURABA

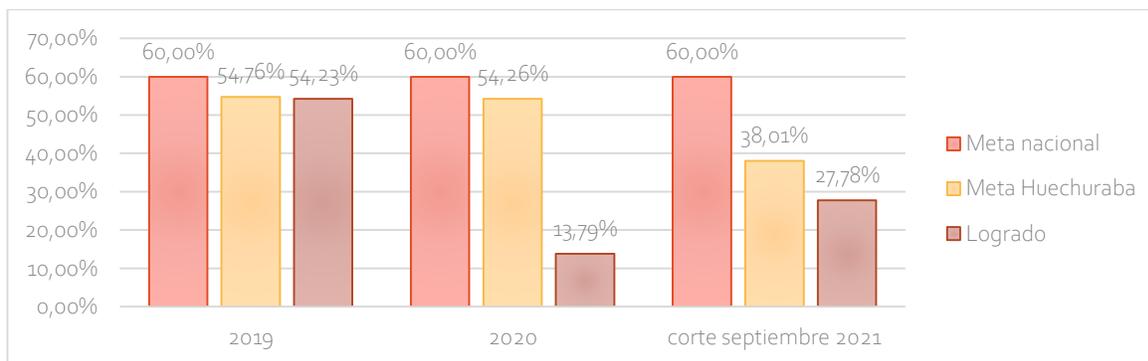


Fuente: REM

Respecto a la meta IAAPS N°7, que tiene relación a la evaluación del desarrollo psicomotor en los niños bajo control de 12 a 23 meses, se observa en el gráfico superior que la meta fijada a nivel nacional es de un 95%, a la comuna se le asigna una meta para el 2021 de un 73,65%, a pesar de la situación sanitaria que vive el país, al mes de septiembre del presente año se logra una cobertura de un 71,05%, es decir se han realizado 409 evaluaciones de un total de 503 niños bajo control de 12 a 23 meses al corte de junio. Se espera que para el mes de diciembre se alcance la meta asignada. En el año 2020 solo se logró un 43,86% de la meta que estaba asignada en un 95,09%.

17. Población de niños menores de 3 años libre de caries

GRÁFICO 2-12 CUMPLIMIENTO METAS IAAPS NÚMERO 17 EN LA COMUNA DE HUECHURABA

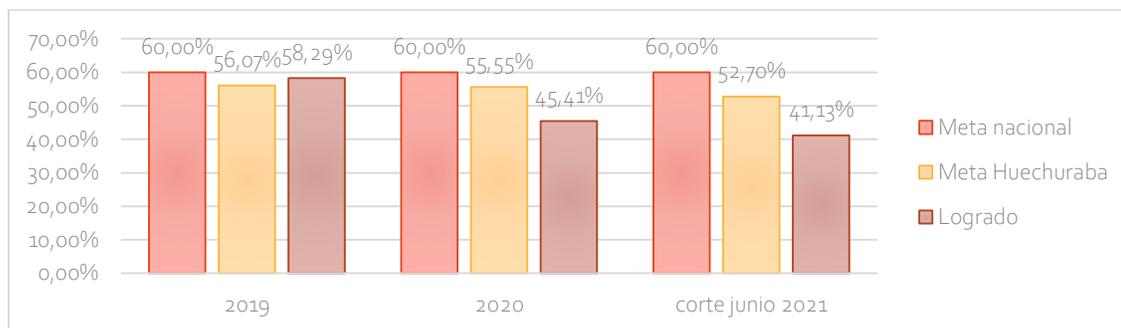


Fuente: REM

En el gráfico anterior se observa el porcentaje de cumplimiento de la meta IAAPS N°17, la que evalúa el porcentaje de la población de niños menores de 3 años libres de caries, donde la comuna al mes de septiembre lleva una cobertura de un 27,78%, la meta comunal es de un 38,1%, faltando un total de 235 niños libre de caries menores de 3 años, lo cual se proyecta que a diciembre se estaría dando el cumplimiento asignado.

18. Población de niños menores de 6 años se encuentre con estado nutricional normal.

GRÁFICO 2-13 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO METAS IAAPS NÚMERO 18 EN LA COMUNA DE HUECHURABA



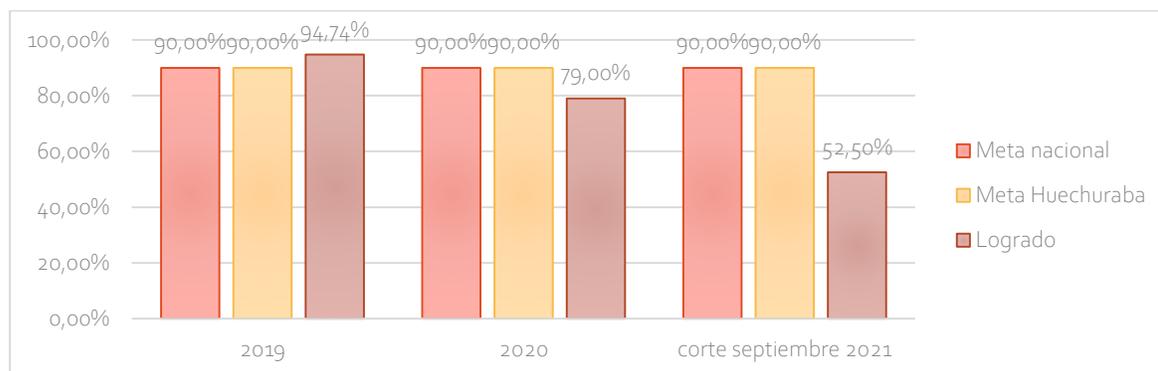
Fuente: REM

Se observa en el gráfico superior la meta IAAPS N° 18, donde la meta comunal es de un 52,70%, estos registros son semestrales por lo que la comuna al mes de junio logra un cumplimiento de un 41,13%, para lograr llegar a la meta a diciembre faltan que 575 niños menores de 6 años logren su estado nutricional normal, debido a la situación sanitaria, la suspensión de actividades en los colegios, al confinamiento de la comunidad y la poca movilidad que existió durante el año, esta meta se hace difícil de cumplir, sin embargo para mejorar esta situación se está trabajando en coordinación con el programa infantil para favorecer el rescate de los menores de 4 años que se encuentran inasistentes a sus controles, además de un trabajo intersectorial con educación municipal realizando estrategias preventivas y promocionales desde el programa vida sana y promoción de la Salud.

Metas Sanitarias

Meta N°1 Recuperación del Desarrollo Psicomotor

GRÁFICO 2-14 CUMPLIMIENTO META SANITARIA NÚMERO 1 EN LA COMUNA DE HUECHURABA



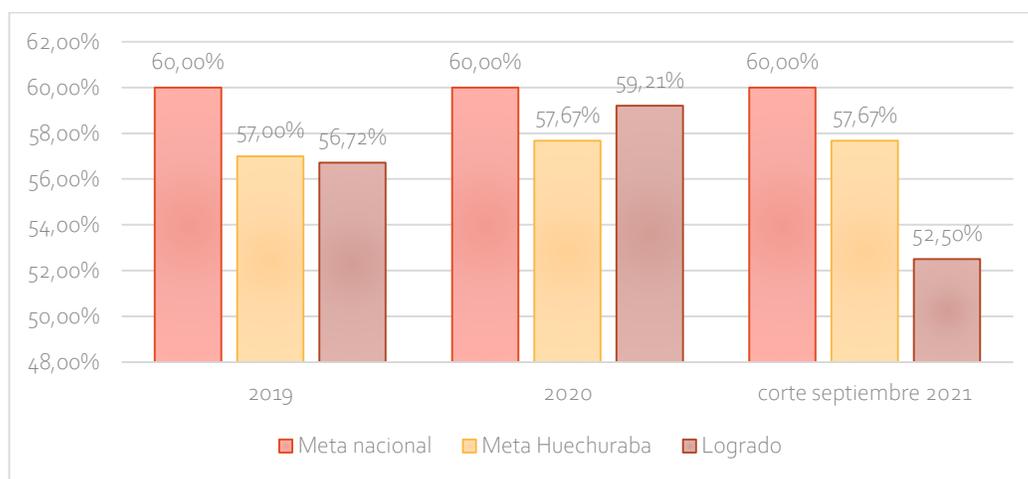
Fuente: REM

Respecto a la meta Sanitaria N°1 que tiene relación con la Recuperación del Desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses con Riesgo del Desarrollo Psicomotor pesquisados en CNS. La meta fijada a nivel nacional para los años 2019, 2020 y 2021 es de un 90%, a la comuna se le asigna una meta para ambos años el mismo valor que la meta nacional.

En el gráfico superior se observa que el cumplimiento logrado para el año 2020 fue de un 79%, realizándose posteriormente una apelación, ésta logró un cumplimiento del 100% de los niños recuperados. Debido a la continuidad de la situación sanitaria que vive el país, al mes de septiembre del presente año se logra un cumplimiento de un 52,5%, es decir se han recuperado 21 niños de 40 niños y niñas con riesgo del DSM de 12 a 23 meses. Se espera que para el mes de diciembre se alcance la meta asignada a nuestra comuna.

Meta N°7 Lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida

GRÁFICO 2-15 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO METAS SANITARIA NÚMERO 6 LM EXCLUSIVA AL SEXTO MES DE VIDA



Fuente: REM

Una de las ventajas de la pandemia, ha sido que las madres laboralmente activas, han podido permanecer junto a sus hijos por más tiempo en sus hogares, lo que ha permitido extender la LM en altos porcentajes de coberturas en beneficio directo de sus hijo/as. Cabe destacar que la meta y cumplimiento comunal del año 2020, es un promedio, ya que ese año cada centro de salud tenía metas individuales

Evaluación general del curso de vida

Debido a la pandemia y con motivo de la planificación sanitaria comunal y el paso a paso, los rendimientos y atenciones se tuvieron que modificar priorizando la atención de pacientes COVID, lo cual tuvo un impacto en la disminución de los controles del curso de vida infantil, influyendo negativamente en el cumplimiento de las distintas metas que involucran a este ciclo.

Con la situación sanitaria actual, donde se ha visto una disminución de los casos COVID, existiendo menos restricciones, se encuentran en desarrollo distintas estrategias para aumentar la cobertura de control de este grupo etario.

3.3. Adolescencia

El ciclo vital adolescente es definido por la Organización Mundial de la Salud, como la edad comprendida entre los 10 a 19 años. Para esta etapa de la vida, el Plan de Salud 2021 de la comuna de Huechuraba, definió los Ejes Estratégicos que se muestran en la siguiente matriz, además del grado de cumplimiento que se puede apreciar en la última columna del lado derecho.

TABLA 2-15 CUMPLIMIENTO METAS PLAN DE SALUD 2021 ADOLESCENCIA

Énfasis Estratégico	Objetivo	Numerador	Denominador	Indicador	Meta 2021	Cumplimiento 2021
1. Participación Social	Establecer Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) para adolescentes en centro de salud diferenciado	Nº de OIRS en centro de salud diferenciado en el año 2021	Nº de OIRS en centro de salud	(Nº de OIRS en centro de salud diferenciado en el año 2021/ Nº de OIRS en centro de salud)*100	100%	100%
2. Calidad	Asegurar calidad en el registro de datos en ficha CLAP	Nº de Controles de Salud Integral (Fichas CLAP) auditadas y que cumplen con el estándar de calidad establecido en 2021	Nº de Controles de Salud Integral(Fichas CLAP) auditadas en 2021	(Nº de Controles de Salud Integral (Fichas CLAP) auditadas y que cumplen con el estándar de calidad establecido en 2021/ Nº de Controles de Salud Integral(Fichas CLAP) auditadas en 2021)*100	100%	50,6%
3. Promoción	Aumentar número de actividades en temáticas de promoción de salud para el ciclo adolescente, mediante Educación para la Salud	Nº de talleres realizados para población para población entre 10-19 años de la comuna de Huechuraba en el año 2021	Nº de talleres realizados para población entre 10-19 años de la comuna de Huechuraba en el año 2020	(Nº de talleres realizados para población para población entre 10-19 años de la comuna de Huechuraba en el año 2021/ Nº de talleres realizados para población entre 20-19 años de la comuna de Huechuraba en el año 2020)*100	Aumento de un 50%	75%
4. Salud Familiar	Potenciar la entrega de información en cuanto a los cambios de salud que surgen en el ciclo vital	Nº de guías anticipatorias entregadas a población de entre 10-19 años, mediante Control de Salud Integral en el año 2021	Nº de guías anticipatorias entregadas a población de entre 10-19 años, mediante Control de Salud Integral en el año 2020	(Nº de guías anticipatorias entregadas a población de entre 10-19 años, mediante Control de Salud Integral en el año 2021/ Nº de guías anticipatorias entregadas a población de entre 10-19 años, mediante Control de Salud Integral en el año 2020)*100	Aumento de un 50%	100%

Fuente: REM-población FONASA- Registros locales

Participación

Se realiza capacitación del personal administrativo en enero de 2021, asimismo sensibilización al resto del equipo, en el Centro de Salud Integral Adolescente; durante el mes de febrero se adquieren talonarios respectivos y en el mes de marzo se da pie al comienzo de la OIRS local. Al observar que el modelo adultocéntrico del formato OIRS entregado por el Ministerio de Salud, no es bienvenido por el grupo objetivo del establecimiento, se realiza plataforma virtual para realización de consultas ciudadanas, mediante código QR que permite a los adolescentes dejar sus consultas en el correo del centro y que ha permitido, hasta el momento dar respuesta a las inquietudes de los y las usuarias. El grado de cumplimiento del eje, es de un 100%.

Promoción

En este, se planificó la realización de 4 sesiones en temáticas de Salud Mental (grooming, sexting y cyberbullying), Derechos en Salud, Salud Sexual y Reproductiva y Alimentación Especial (Veganismo, Vegetarianismo) como una estrategia intersectorial con el Departamento de Educación Municipal. Los talleres se realizaron por vías de plataformas virtuales, dado el contexto sanitario. Al cierre de ellas, se realizaron encuestas para evaluar la calidad pedagógica y la propuesta de temáticas en salud para próximos talleres. El 48% de los encuestados prefirieron el desarrollo de "Lugares donde obtener información y participar en salud". Por otro lado, y en conjunto con los establecimientos de salud, se realizaron talleres de alimentación saludable, salud mental, derechos en salud, educativas, y taller de Podcast.

Salud Familiar

Debido al contexto sanitario, este año se potencia la entrega de información de las guías anticipatorias, mediante la realización de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, a continuación del Control de Salud Integral, mediante acciones presenciales, contactos telefónicos y plataformas digitales/virtuales. Las actividades que se desarrollaron según el plan paso a paso, en 2020, se concentraron en el Centro de Salud Integral Adolescente y el número de guías entregadas fue de 165. Para 2021, esta actividad se extrapola a los otros establecimientos. Desde el Modelo de Salud Familiar en conjunto con la referente de ciclo, se desarrolla un flujograma estandarizado, en el cual se define la etapa del control y consejería, donde se debe hacer entrega de la Guía Anticipatoria; se rediseña esta herramienta educativa, considerando las etapas: temprana, media y tardía, llegando 672 guías al corte de agosto del presente. El cumplimiento fue de un 406% y se considera un éxito, ya que lo planificado en el indicador fue aumentar en un 50%.

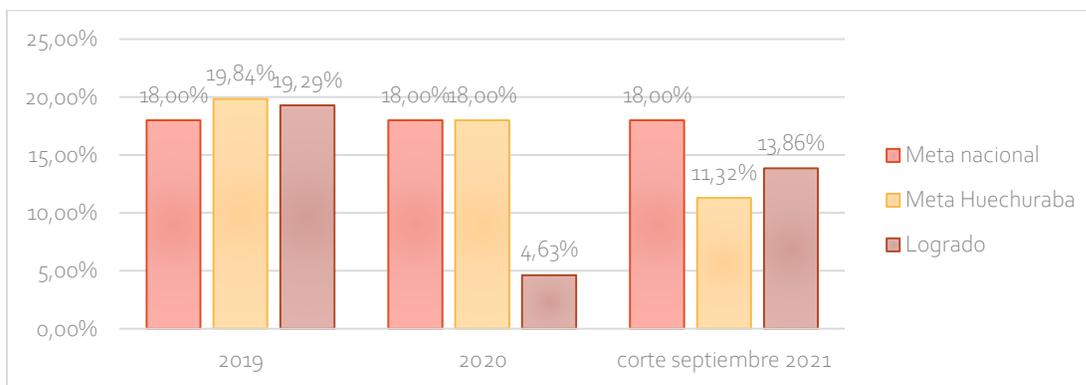
Calidad

En el proceso de mejora continua, es posible atribuir las omisiones relacionadas con el registro, a la situación de contingencia en curso, que permite sólo la realización de controles vía telemática, omitiendo el examen físico. La pesquisa de los riesgos detectados y evaluados en la inspección, no cumplen con lo esperado, ya que podrían estar sujetos a disponibilidad de horas profesionales, ausencia de un sistema que permita el seguimiento, disposición y reconversión de recurso humano, a propósito de la situación pandémica. Se sugiere diseñar e implementar protocolos, en cuanto a plazos de riesgo, categorizando de acuerdo a la prioridad.

Índice de Actividad de Prestaciones de Salud - IAAPS

8. Cobertura en el Control de Salud Integral de adolescentes de 10 a 14 años.

GRÁFICO 2-16 COMPARACIÓN DE CUMPLIMIENTO IAAPS NÚMERO 8 HASTA AGOSTO DEL 2021 EN LA COMUNA DE HUECHURABA

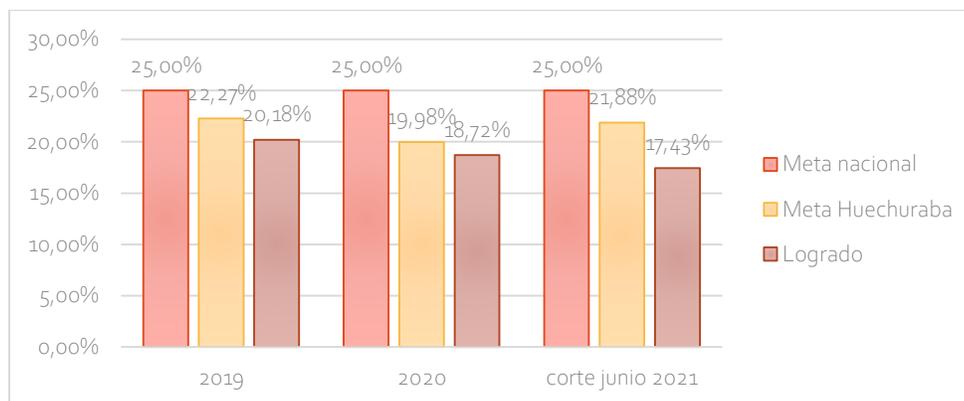


Fuente: REM

Respecto al gráfico superior, se observa la meta fijada a nivel nacional en porcentaje, en la primera columna con un 18%. Para este año, a la comuna se le asigna un 11,32% y hasta agosto de 2021, el cumplimiento es de un 12,30%, lo que equivale a 601 Controles de Salud Integral o Fichas CLAP aplicadas a adolescentes entre 10 a 14 años y se proyecta superar con creces lo solicitado por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, a pesar de la situación sanitaria. Se atribuye la continuidad de las atenciones, que no se han visto interrumpidas, a pesar de las reasignaciones de recurso humano que existieron en algún momento.

14. Cobertura de población adolescente de 15 a 19 años con regulación de la fertilidad mediante métodos anticonceptivos.

GRÁFICO 2-17 COMPARACIÓN DE CUMPLIMIENTO IAAPS NÚMERO 14 HASTA AGOSTO DEL 2021 EN LA COMUNA DE HUECHURABA



Fuente: REM

La meta nacional durante estos años y como se muestra en el gráfico es de un 25%, a nivel local el 2021 la meta es de un 21,88% y a junio con los datos semestrales que registra esta meta si bien es cierto, se ha acercado al cumplimiento con un 17,43%, lo cual hace presumir que en los meses restantes de 2021 y debido a la incorporación de población bajo control desde el Centro de Salud Integral Adolescente, esta cobertura aumentaría; asimismo la estrategia ha contribuido con población masculina bajo control.

Convenio Espacios Amigables:

El modelo de atención integral de salud familiar, entrega una respuesta para la salud adolescente, mediante el convenio Espacios Amigables, cuyo propósito es evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, fortaleciendo factores y conductas protectoras, de manera de brindar una atención oportuna y pertinente, que promueva el acercamiento de los y las adolescentes a la atención sanitaria.

TABLA 2-16

INDICADOR	META	PESO RELATIVO	CUMPLIMIENTO AGOSTO (RESPECTO A PESO RELATIVO)
Porcentaje de Talleres Grupales según Temática por Espacio Amigable	Al menos 3 talleres (de 4 sesiones) anuales	20%	20%
Porcentaje de actividades comunitarias realizadas con Consejos Consultivos de Adolescentes	Al menos dos actividades anuales	5%	5%
Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años con Control de Salud Integral (CSI)	100%	35%	6,9%
Porcentaje de Consejerías en SSR realizadas a adolescentes de 10 a 19 años en Espacio Amigable	20%	20%	20%
Porcentaje de Actividades e promoción en alimentación realizadas a adolescentes entre 10 a 19 años	Al menos 4 actividades anuales	10%	10%
Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años con aplicación de CRAFFT en CSI	100%	10%	10%

Fuente REM-Registros locales

1. Porcentaje de Talleres Grupales según Temática por Espacio Amigable: el Centro de Salud Integral Adolescente, donde se ejecutan las actividades del Convenio Espacio Amigable, ha realizado más de 10 talleres virtuales de 4 sesiones cada uno, en establecimientos educacionales, los cuales han sido acogidos de manera positiva por la comunidad escolar y se han llevado a otros formatos, como el podcast preparado para adolescentes que no son estudiantes de colegios del territorios, sin embargo, viven en Huechuraba y utilizan medios digitales. De esta manera, se da cumplimiento a lo comprometido en este ítem y se proyecta su aumento.
2. Porcentaje de actividades comunitarias realizadas con Consejos Consultivos de Adolescentes: respecto a las actividades que se indican en este segmento, se han coordinado directamente con organizaciones que se relacionan con la Asamblea Consultiva de OPD y hasta el momento se han realizado 15 de distintas temáticas. Se da por cumplido este ítem y se proyecta su aumento.
3. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años con Control de Salud Integral (CSI): hasta agosto de 2021, se habían ejecutado 220 CSI, lo cual se atribuye a la dificultad para la realización de controles en establecimientos educacionales, por contingencia sanitaria y porque en la comuna existe sólo 1 colegio con nivel secundario de educación. A pesar de ello, existe un aumento respecto al período, en relación a 2021 y se proyecta su aumento para diciembre de 2021.
4. Porcentaje de Consejerías en SSR realizadas a adolescentes de 10 a 19 años en Espacio Amigable: se han realizado 157 Consejerías hasta agosto de 2021, de las 347 programadas. Se cumple un 45% de lo esperado, lo cual se evalúa positivamente, respecto al año anterior y se espera un aumento en el porcentaje a diciembre del presente, al aumentar el número de CSI, ya que la estrategia ha sido realizarlas inmediatamente después de éste.
5. Porcentaje de Actividades de promoción en alimentación realizadas a adolescentes entre 10 a 19 años: se ha coordinado con el Departamento de Cultura, debido al interés creciente en la temática de alimentación diferenciada como Veganismo y Vegetarianismo de la población adolescente, eventos masivos, donde mujeres y hombres han participados de talleres de esta temática, se espera ejecutar las actividades programadas en el cuatrimestre restante.
6. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años con aplicación de CRAFFT en CSI: como se puede observar en el recuadro superior, existe cumplimiento en este ítem, todas las CLAP realizadas, llevan aplicadas el debido instrumento CRAFFT y se coordina con el programa DIR. Se realiza, asimismo, la Intervención Breve, con positivos resultados, inclusive siendo referencia a nivel regional por esta experiencia, solicitando orientación a la comuna desde SEREMI.

Evaluación general del curso de vida

Al evaluar el cumplimiento del PRAPS Espacios Amigables a agosto de 2021, se observa que existe un 71,9% de cumplimiento y se espera a diciembre aumentar el valor, a pesar de la presencia de la contingencia sanitaria y favoreciendo la presencia de la estrategia del Centro de Salud Integral Adolescente, lo cual ha permitido dar continuidad a las atenciones de las personas adolescentes del territorio.

A pesar de las dificultades que han existido en la contingencia de salud a nivel mundial, se evalúan positivamente la participación y cobertura de los y las adolescentes en la comuna de Huechuraba. Se ha puesto énfasis en el desarrollo de actividades telemáticas, las cuales tienen amplia llegada a este segmento de la población, debido a la digitalización de sus vidas y asimismo, no se han detenido las atenciones, a pesar que en el área se priorizaron otros rangos etarios. Se observa en el año 2021 que los porcentajes de actividades se elevan en comparación al mismo intervalo de 2021, proyectándose en aumento a diciembre y se espera dar amplio cumplimiento en 2022.

3.4. Adultez

Se puede definir este curso de vida como todas aquellas personas comprendidas entre las edades de 20 a 64 años. Para este curso de vida, el Plan de Salud 2021 de la comuna de Huechuraba definió los Ejes Estratégicos que se muestran en la matriz siguiente, además del grado de cumplimiento que se puede apreciar en la última columna del lado derecho.

TABLA 2-17 CUMPLIMIENTO METAS PLAN DE SALUD 2021 ADULTEZ

Énfasis estratégico	Objetivo	Numerador	Denominador	Indicador	Actividades	Meta 2021	Cumplimiento 2021
1.Participación	Avanzar en el nivel de participación de la población adulto desde el informativo hacia el consultivo mediante el aumento de la participación en las mesas barriales.	Número de personas adultas que participan en las mesas barriales	Número de personas adultas que participan en las mesas barriales año anterior	Número de personas adultas que participan en las mesas barriales / Número de personas adultas que participan en las mesas barriales año anterior	Mesas barriales	50%	0
2.Promoción	Crear instancias de promoción en horario vespertino lideradas por equipo de cabecera	Número de actividades realizadas	Número de actividades comprometidas	Número de actividades realizadas / Número de actividades comprometidas	Actividades de promoción en horario vespertino lideradas por equipo de cabecera	6%	20
3.Prevenición	Aumentar la cobertura del autocontrol de usuarios mellitus tipo II insulino requirientes	Número de usuarios con DM2 insulino requirientes incorporadas al autocontrol de la glicemia	Número de usuarios con DM2 insulino requirientes bajo control	Número de usuarios con DM2 insulino requirientes incorporadas al autocontrol de la glicemia / Número de usuarios con DM2 insulino requirientes bajo control	Autocontrol de usuarios con DM2 insulino requirientes	16.8%	16.9%
4.Salud Familiar	Avanzar en la integralidad de la atención de los adultos de 20 a 64 años con múltiples patologías crónicas, para mejorar la atención al usuario	Nº de personas que participan en actividades que promueven el envejecimiento activo con participación el equipo de salud/Total de adultos mayores inscritos en los centros de salud	Número de adultos de 20 a 64 años con multimorbilidad	Número de adultos de 20 a 64 años con controles de multimorbilidad / Número de adultos de 20 a 64 años con multimorbilidad	Controles multimorbilidad en adultos	7%	1.1%
5.Calidad	Asegurar la calidad del EMPA	Número de auditorías que cumplen con el estándar del 75%	Número total de EMPA auditados	Número de auditorías que cumplen con el estándar del 75% / Número total del EMPA auditados	Auditorías a EMPA realizados	100%	43%

Fuente: REM-población FONASA- Registros locales

Participación

Desde el énfasis estratégico de participación social se ha apostado por acciones que asuman un abordaje integral de las condiciones de salud de nuestros vecinos y vecinas. Todo esto en el marco de un trabajo conjunto y de continuidad a partir de los Diagnósticos Participativos entre la comunidad, el intersector y los respectivos equipos de salud, que apuntan precisamente a generar la corresponsabilidad y codecisión necesaria para dar cuenta de un Plan de Salud con identidad propia construido al calor del diálogo social.

Hoy en contexto de pandemia cobra mayor relevancia el aporte de la comunidad y tal como quedó reflejado en el levantamiento y evaluación de los POAs, como insumo básico para la actualización diagnóstica, no debemos renunciar al sentido de esta acción y hoy más que nunca es importante mirar cómo se ha gestado este proceso, revisar, evaluar y seguir definiendo acciones dotadas de sentido.

En este contexto, el trabajo iniciado con las Mesas Barriales debería ser la guía para la definición de las acciones en salud para el 2021. Existiendo un consenso generalizado en toda la institucionalidad pública que la Salud en Huechuraba no se puede entender sin el aporte de sus habitantes. Hoy en este contexto sanitario se ha mantenido el sentido de las Mesas Barriales como espacio para la participación del ciclo adulto, pero a la fecha no se ha logrado concretar espacios presenciales por lo tanto, no se puede cuantificar el número de asistentes, si el significado que tiene dicha estrategia que redefinió el modelo de salud local.

Promoción

Por el contexto sanitario ha sido complejo responder a acciones en horario vespertino y con la participación del equipo de cabecera; sin embargo, se ha adaptado la estrategia de manera online y sólo algunas de manera presencial (acorde a indicaciones ministeriales). La importancia de esta adaptación, es que se ha tenido adherencia por el interés a las temáticas de salud mental en tiempos de pandemia, manejo de estrés, salud sexual y reproductiva. El próximo desafío y según Pandemia, se pretende reforzar la realización de estas acciones vinculado a operativos de salud que incluyan realización de EMPA, vacunaciones y otros por unidades vecinales.

Prevención

El ingreso de usuarios al programa de automonitoreo de glicemia se ha visto dificultado por varios factores relacionados al contexto de alerta sanitaria. La dificultad radica principalmente en el aumento de los rendimientos y la redistribución de funciones del estamento de enfermería hacia labores de vacunación de la población, este estamento es el que entrega la educación de inicio de insulina, prestación fundamental para el ingreso al programa. De todas formas, numéricamente se han ingresado más personas que en el año 2021, pero la población bajo control usuaria de insulina también ha aumentado, por lo cual no se alcanza a reflejar a nivel de porcentajes.

Salud familiar

El contexto sanitario, año 2020, ha tenido como reto el enfrentar la otra "epidemia" de enfermedades crónicas no transmisibles que en Chile alcanzan cifras preocupantes (MINSAL, 2017), es por ello, que en este período, el avance en la integralidad de la atención de adultos de 20 a 64 años con múltiples patologías crónicas, fue complejo en cuanto a su abordaje, viéndose entorpecido el cumplimiento de la meta de un 5%, por tanto el año 2021 (abril) se implementan acciones sanitarias que relevan los principios del Modelo de Salud, tales como la integralidad, el que está centrado en las personas y la continuidad del cuidado, basándose en un modelo de gestión desde la perspectiva del riesgo de salud, bajo la estrategias de cuidados integrales, lo que impacta positivamente en la calidad de vida de las personas en condiciones crónicas, favoreciendo la gestión y la toma de responsabilidad de su propia salud. Al corte de agosto, se cumple con el 1.1 % de la meta establecida.

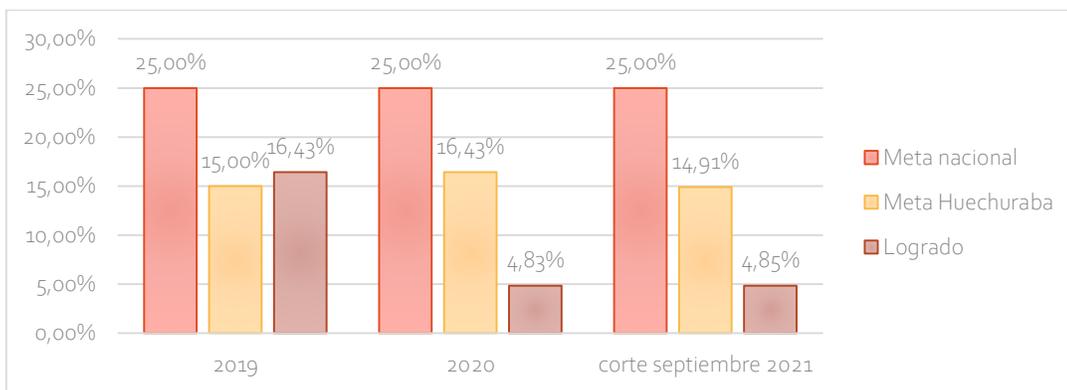
Calidad

La auditoría interna en calidad y seguridad asistencial, en términos de la correcta realización del examen de medicina preventiva del adulto, se lleva a cabo con la finalidad de apoyar procesos de mejora continua en procedimientos clínicos, registros y satisfacción usuaria. La ejecución de este procedimiento, dada la contingencia, se mantiene en etapa de planificación y desarrollo, dispuesta a ser implementada dentro del año en curso, en un trabajo conjunto con los referentes de cada área.

Índice de Actividad de Atención Primaria - IAAPS

6.1 Cobertura del Examen de Medicina Preventiva aplicado a hombres y mujeres de 20 a 64 años

GRÁFICO 2-18 COBERTURA DEL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA APLICADO A HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 64 AÑOS

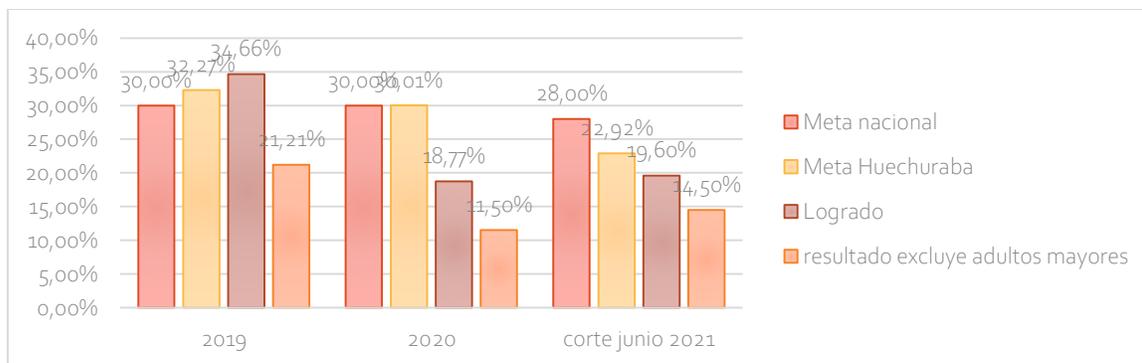


Fuente: REM

Respecto al gráfico superior, se observa las metas fijadas a nivel nacional es 25%. Siendo las metas comunales fijadas menores a éstas. En las últimas columnas se determina el cumplimiento de la meta en cada año, equivalentes en número a 5.500 y 1.655 en el 2019 y 2020 respectivamente, el cumplimiento a septiembre es de un 4,85%, lo que equivale a 1.768 exámenes de medicina preventiva en hombres y mujeres de 20 a 64 años, los cuales se espera mejora en el transcurso de año.

15. Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más

GRÁFICO 2-19 COBERTURA EFECTIVA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS.

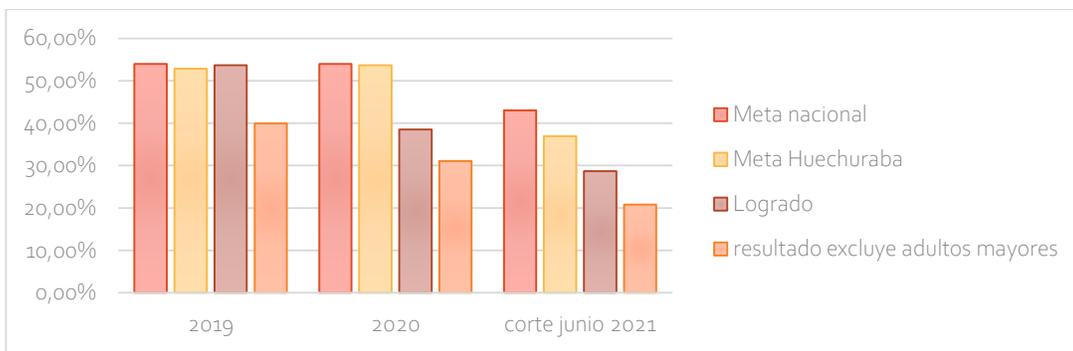


Fuente: REM

En este gráfico se muestran los resultados de la cobertura efectiva de diabetes mellitus, las prevalencias por rango etario con las que se trabaja el indicador fueron modificadas por lo que la Meta Nacional cambia el 2021, la evaluación en este indicador incluye parte de población adolescente y adultos mayores por lo que se consideró para estos efectos dentro del ciclo adulto. Igualmente vale la pena mencionar que se está bastante alejados de alcanzar lo comprometido tanto para esta meta, como para la de cobertura efectiva de hipertensión arterial, ya que en el contexto de pandemia los rendimientos se han visto disminuidos. Además, existe una redistribución de las funciones de los equipos de salud, lo que ha significado una pérdida importante de la población bajo control. Por último, se evidencia en todos los años que la compensación de la población de 15 a 64 años (excluye adultos mayores) es considerablemente menor a los resultados generales, lo cual se debe en gran parte a las barreras de acceso que presenta la población adulta laboralmente activa.

16. Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más

GRÁFICO 2-20 COBERTURA EFECTIVA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS.



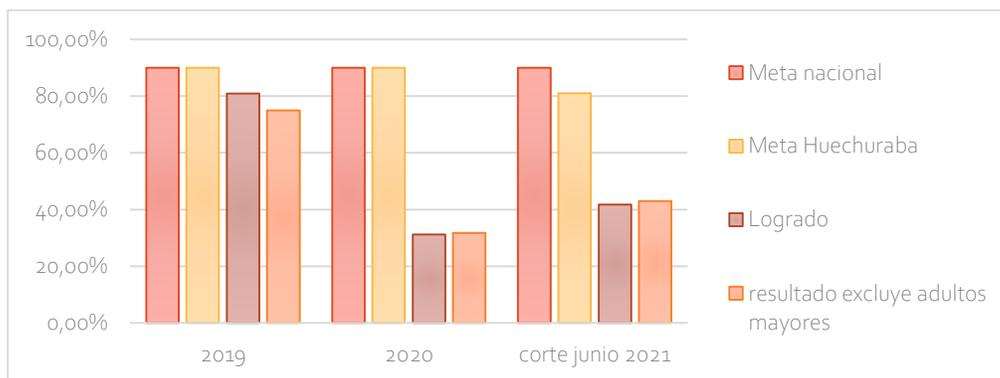
Fuente: REM

El gráfico correspondiente a la cobertura efectiva de hipertensión arterial, la tendencia es similar a la mostrada en diabetes mellitus, puesto que pertenecen al mismo programa. Es importante destacar que actualmente estas atenciones se encuentran priorizadas para recuperar la mayor parte posible de los usuarios sin controles vigentes.

Meta Sanitaria

Meta Sanitaria 4b: Cobertura Evaluación de Pie Diabético

GRÁFICO 2-21 COBERTURA DE EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO EN POBLACIÓN DIABÉTICA BAJO CONTROL DE 15 Y MÁS AÑOS.



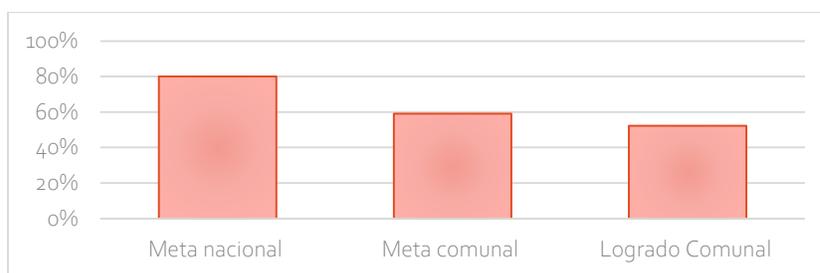
Fuente: REM

La meta nacional para este indicador es 90% y para la comuna es 81% en el 2021. El resultado a corte junio del presente alcanza un 41,8%, en el ciclo adulto la meta llega al 43%. Este indicador se ha discutido en ocasiones anteriores, puesto que, se está trabajando con el equipo del Programa de Salud Cardiovascular para instaurar la revisión de los pies en cada control realizado por médico y enfermera. Es importante mencionar que pese al contexto de pandemia el indicador ha estado mejorando.

Meta Sanitaria 2 Detección precoz del cáncer de cuello uterino

La meta nacional es del 80% nacional, y un 59,29% a nivel comunal y logrado a agosto un 52,2%.

GRÁFICO 2-22 META SANITARIA N°2 DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO



Fuente: Citoexpert corte Agosto 2021.

Es importante destacar que la prevención y detección precoz de esta patología es un desafío prioritario en la Atención Primaria, y el papanicolaou es la prueba que se usa con mayor frecuencia para detectar cambios prematuros en las células que pueden derivar en un cáncer de cuello uterino.

Evaluación general del ciclo

Producto de la pandemia y las restricciones, los rendimientos y las atenciones se tuvieron que modificar, además de que la concurrencia de pacientes a sus controles en salud se vio disminuido producto de esto mismo. Esto se ve reflejado tanto en las actividades propuestas por énfasis estratégico, como también en las Metas IAAPS y Metas Sanitarias.

3.5. Personas Mayores

Se puede definir este curso de vida como todas aquellas personas de 65 años y más. Para este curso de vida, el Plan de Salud 2021 de la comuna de Huechuraba definió los Ejes Estratégicos que se muestran en la matriz siguiente, además del grado de cumplimiento que se puede apreciar en la última columna del lado derecho.

TABLA 2-18 CUMPLIMIENTO METAS PLAN DE SALUD 2021 PERSONAS MAYORES

Énfasis estratégico	Objetivo	Numerador	Denominador	Indicador	Actividades	Meta 2021	Cumplimiento 2021
1 participación	Avanzar en el nivel de participación de la población adulto mayor desde el consultivo hacia la habilidad social	Número de AMs con capacitación	Número de AMs que participan en alguna organización según la encuesta CASEN	Número de AMs con capacitación / Número de AMs que participan en alguna organización según la encuesta CASEN	Capacitaciones a AMs	5%	0

2 Promoción	Promover el envejecimiento activo en Adultos mayores	Número de personas que participan en actividades que promueven el envejecimiento activo con participación del equipo	Total de AMs inscritos en cada centro de salud	Número de personas que participan en actividades que promueven el envejecimiento activo con participación del equipo de salud / Total de AMs inscritos en cada centro de salud	Actividades que promuevan el envejecimiento activo	15%	10%
3 Prevención	Aumentar la cobertura de talleres farmacológicos	Número de personas que asisten a taller	Total población 65 años inscritos en los centros de salud	Número de personas que asisten a taller / Total población 65 años inscritos en los centros de salud	Talleres de fármacos a personas AMs	3%	0
4 Salud Familiar	Avanzar en la integralidad de la atención de AMs con múltiples patologías crónicas para mejorar la atención al usuario	Número de AMs con controles de multimorbilidad en AMs con ECNT	Número de AMs con multimorbilidad	Número de AMs con controles de multimorbilidad en AMs con ECNT / Número de AMs con multimorbilidad	Controles multimorbilidad en adultos mayores con ECNT	10%	8.9%
5 Calidad	Asegurar la calidad del EMPAM	Número de auditorías que cumplen con el estándar del 75%	Número total de EMPAM auditadas	Número de auditorías que cumplen con el estándar del 75% / Número total de EMPAM auditadas	Auditorías a EMPAM realizados	50%	58%

Fuente: REM-población FONASA- Registros locales

Participación

En el ejercicio y praxis de la participación en Huechuraba y la dinámica propia de las Mesas Barriales, este proceso está determinado por una dinámica habilitante potenciando las capacidades locales de los territorios, con una demanda y resonancia embrionaria que se inicia a fines del 2017, pero que en junio del 2018 se consolida como una buena práctica social. Y a pesar de las condiciones estructurales del despertar social de octubre del 2019 y el contexto de aislamiento social, el sentido y valor de las Mesas Barriales ha logrado mantenerse en el último tiempo y es lo que ha permitido generar respuestas efectivas en esta crisis sanitaria. Las metas asociadas al ciclo de la Persona Mayor, definió potenciar las capacidades de ellos en este espacio de mesas y todas las acciones formativas que de esta se desprendiera. Como es lógico el avance en dichos espacios de formación y/o capacitación ha sido más lento de lo esperado y en este sentido se tiene planificada realizar una segunda capacitación en el contexto del mismo programa con 2 a 3 Personas Mayores de cada centro para llegar a 10 o 15 personas.

Queda pendiente para las Personas Mayores capacitadas en marzo 2021 y para aquellos a capacitar el segundo semestre del 2021 se deberá realizar posterior a la ejecución de la capacitación.

Promoción

En contexto de Pandemia, una de las mayores complejidades ha sido el manejo de uso de plataformas digitales para poder ampliar la cobertura de usuarias y usuarios que participen en las actividades, aun así por parte de los establecimientos de salud, participaron 120 personas en diferentes acciones y se suman las realizadas con énfasis promocional del Programa Más adultos mayores. Para los próximos años se deberá incorporar educación en el uso de plataformas con otras áreas municipales para avanzar en la comunicación digital y contribuir en las educaciones de promoción de la salud, como también relevar acciones vinculadas a operativos de salud para la realización de EMPAM.

Prevención

Teniendo en cuenta el alto número de pacientes adultos mayores con polifarmacia, es necesario contar con instancias de educación a la población en torno a los medicamentos que utilizan. En el contexto actual de la Pandemia se ha evaluado la manera adecuada de incorporar la mayor cantidad de usuarios para participar en talleres educativos, respetando las condiciones sanitarias actuales. Es por esto que se realizarán cápsulas educativas realizadas por los Químicos Farmacéuticos de la comuna, las cuales serán realizadas de manera telemática. Así, se espera, a lo menos, poder realizar estas actividades al 3 % de Adultos mayores de la comuna.

Salud familiar

La pandemia ha puesto presiones enormes en los sistemas de salud, no sólo con relación al tratamiento y la gestión del virus, sino que además afecta la capacidad de atenciones en salud, aumentando el riesgo de complicaciones en poblaciones con estados de salud comprometidos y más vulnerables como lo son las personas mayores; por ello, el año 2020 no se logra avanzar en el 5% de la meta establecida, respecto a la integralidad de la atención de personas mayores con múltiples patologías crónicas. El modelo de salud integral, considera la especial situación de riesgo de pérdida de salud en que se encuentran las personas mayores, por tanto en el año 2021 se compromete una nueva meta, aumentando porcentualmente el doble de ella (10%), de la cual al corte de agosto presenta un cumplimiento del 8.9%, poniendo énfasis en centrar la atención de salud en un sistema integral, que cuente con equipos competentes, multidisciplinarios, coordinados para la atención de este grupo etario, favoreciendo de esta forma la continuidad de los cuidados y la calidad de la atención, a través de la estrategia de cuidados integrales para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de la multimorbilidad.

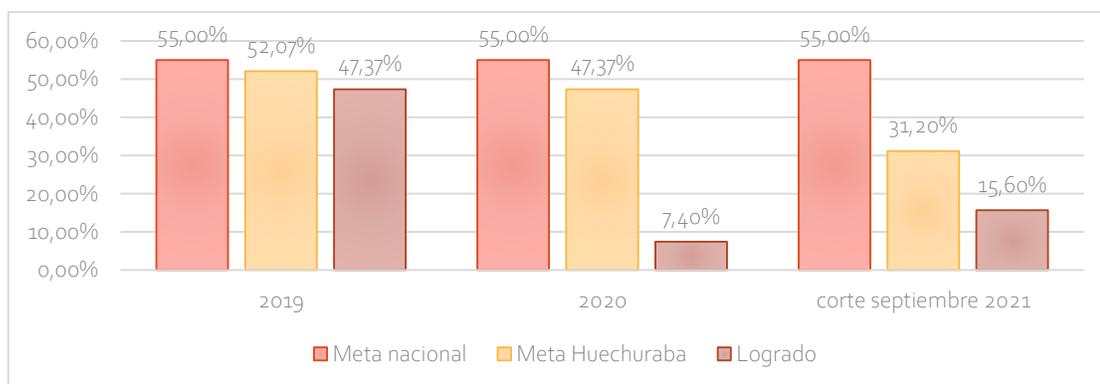
Calidad

La auditoría en el examen de medicina preventiva del adulto mayor, es un proceso de calidad que aspira a mejorar el cuidado de la persona y sus resultados, mediante una revisión sistemática de los criterios aplicados durante el procedimiento. Este proceso, tiene por objetivo, incorporar herramientas técnicas que permitan mejorar la calidad de atención en salud de las personas mayores, según su condición de funcionalidad, favoreciendo el diagnóstico oportuno, implementando planes de atención acorde a los hallazgos detectados, resguardando la continuidad de los cuidados. La estrategia, debido a la contingencia relacionada con la pandemia, se encuentra en etapa de planificación, pronta a ser implementada.

Índice de Actividad de Atención Primaria - IAAPS

6.2 Cobertura en el Examen de Medicina Preventiva aplicado a adultos mayores de 65 y más años

GRÁFICO 2-23 COBERTURA DEL EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA APLICADO A ADULTOS MAYORES DE 65 Y MÁS AÑOS



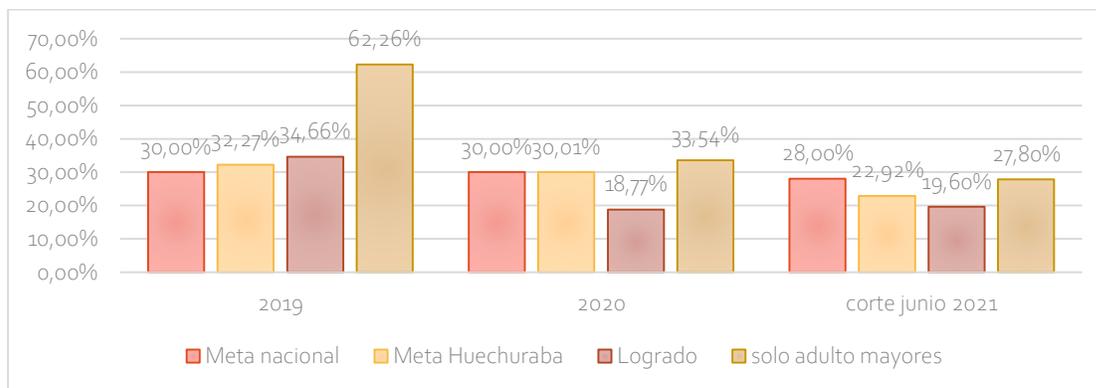
Fuente: REM

Respecto al gráfico superior, se observa la meta fijada a nivel nacional con un 55%. Las metas comunales han sido inferiores a las nacionales y los cumplimientos corresponden a 4136, 665 y 1.469 Exámenes de Medicina

Preventiva aplicado a Adultos Mayores de 65 y más años, para los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente. La comuna se encuentra muy por debajo de la meta, y por este motivo se articularon estrategias para aumentar la cobertura, capacitando a kinesiólogos en la realización de dicha prestación, y a su vez el programa respiratorio facilitó a kinesiólogos de apoyo COVID y rehabilitación pulmonar para dedicar horas de su jornada laboral en la realización de éstos.

15. Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más

GRÁFICO 2-24 COBERTURA EFECTIVA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS.

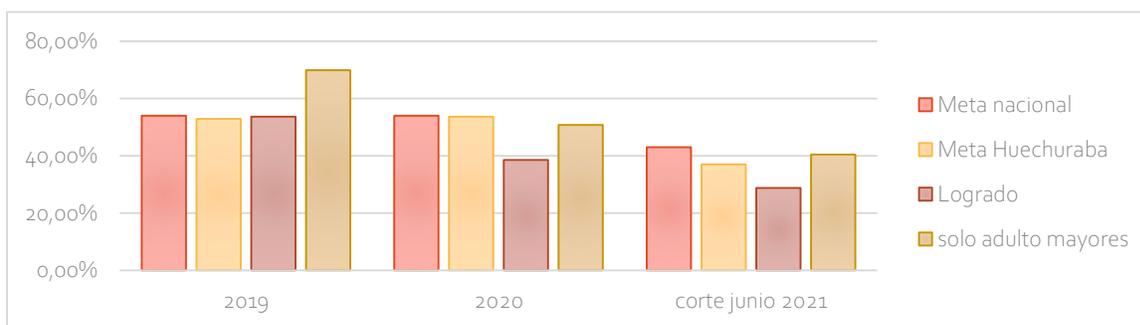


Fuente:>REM

En estos gráficos podemos ver lo mencionado anteriormente, la compensación del curso de vida de personas mayores es considerablemente superior a la del curso de vida adulto, alcanzando incluso valores superiores a la meta comunal. Esto se debe a que las personas mayores presentan una mayor adherencia a controles puesto que disponen, en general, de una mejor compatibilidad horaria con la oferta de los centros de salud.

16. Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más

GRÁFICO 2-25 COBERTURA EFECTIVA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.



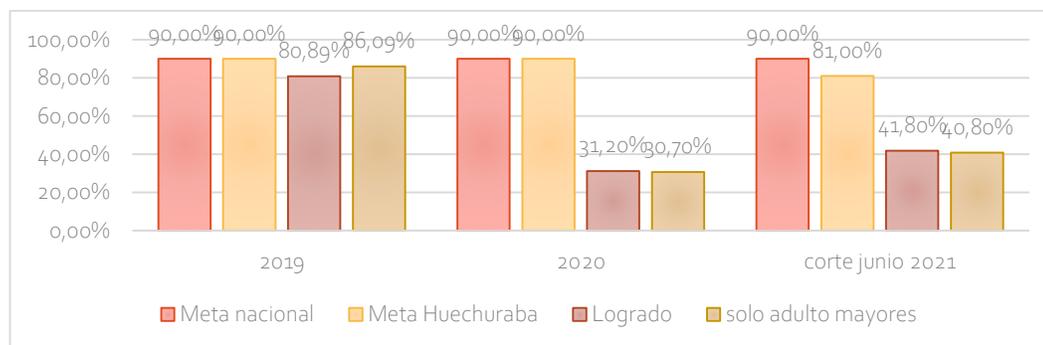
Fuente: REM

Al igual que el anterior, la compensación del curso de vida de personas mayores es superior, o muy cercana a la meta fijada para la comuna. No está de más mencionar que la brecha de población bajo control según las prevalencias esperadas es mucho menor en el curso de vida de personas mayores, lo cual coincide con los datos graficados.

Meta Sanitaria

Meta Sanitaria 4b: Cobertura Evaluación de Pie Diabético

GRÁFICO 2-26 COBERTURA EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO EN POBLACIÓN DIABÉTICA BAJO CONTROL DE 15 Y MÁS AÑOS.



Fuente: REM

La meta nacional para este indicador es 90% y para la comuna es 81% en el 2021. El resultado a corte junio 2021 a nivel comunal alcanza un 41,8%, en el curso de vida de Personas Mayores la meta llega al 40,80%. Este indicador ha generado discusión en reiteradas ocasiones, ya que depende exclusivamente del profesional de Enfermería y Médico de su realización. Por ende, al usuario se le debería asegurar una correcta evaluación de pies al asistir a su control cardiovascular, y de esta manera cumplir con el indicador.

Evaluación general del curso de vida

Las restricciones en relación con rendimientos y atenciones para las personas mayores, sobre todo porque durante la pandemia se encontraban dentro de la población de riesgo. Por ende, la baja cobertura de atenciones en salud dificultó que las actividades propuestas por énfasis estratégico, como también en las Metas IAAPS y Metas Sanitarias se vieran cumplidas.

4. Participación

De acuerdo a las definiciones estratégicas del Plan de Salud del año 2021, el énfasis en la participación social juega un rol fundamental y se reconoce como un eslabón central para potenciar procesos de desarrollo local y endógeno.

Según los resultados de la Encuesta CASEN 2017 se constata el diagnóstico nacional respecto de la crisis de participación que, en el mejor de los casos, esta participación de la población general no logra superar el 30% a nivel país.

TABLA 2-19 PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES

PARTICIPACION	SI	NO
HUECHURABA	17%	83%
RM	22%	78%
NACIONAL	27%	73%

Fuente: Elaboración a partir de BBDD casen 2017.

Entendiendo la participación como incidencia en la toma de decisiones respecto a temas que para la comunidad resultan relevantes, es importante considerar la importancia que juegan las Organizaciones sociales en este sentido, ya que, es en éstas donde se construyen los procesos de opinión, decisiones y asociatividad.

A partir de los datos que nos arroja CASEN 2017, en la comuna, podemos constatar que solo el 17% de la población comunal declaró haber participado en algún tipo de organización el año 2017. Este dato recoge las opiniones de personas de 10 años hacia adelante.

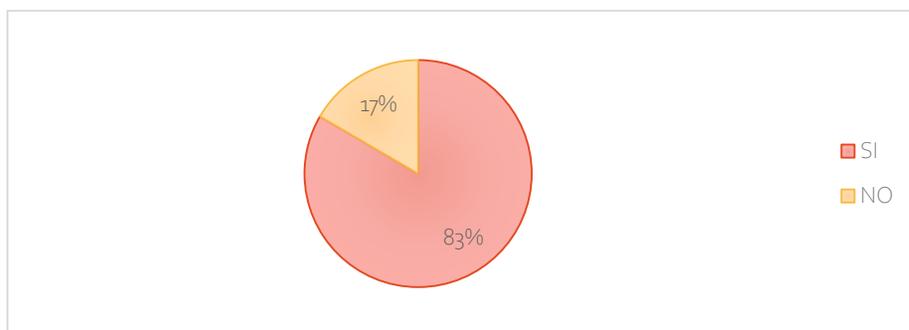
La importancia de este dato radica precisamente la importancia que se otorga a las organizaciones como espacio de participación social, dado que “aquí se relacionan personas diversas con un interés común por realizar una acción determinada”. Son entidades asociativas donde se reúnen personas para tratar de resolver sus problemas comunes.

Por su parte la asociatividad se entenderá, siguiendo al PNUD, como la “pertenencia a todo tipo de organizaciones autónomas y constituidas voluntariamente”, es decir, como una “organización voluntaria y no remunerada de individuos o grupos que establecen un vínculo explícito con el fin de conseguir un objetivo común”

La asociatividad, entendida de esta manera, abarca un universo más amplio que la participación en organizaciones sin fines de lucro. Incluye, de esta manera, también organizaciones no gubernamentales de promoción y desarrollo, como también asociaciones preocupadas del bienestar de sus miembros, desde agrupaciones culturales hasta clubes deportivos.

Con estas definiciones ampliamente consensuadas en el ámbito internacional cobra relevancia los abordajes del Nivel de participación como una determinante social básica, donde la población comunal se sitúa bajo los niveles regionales y nacionales.

GRÁFICO 2-27 PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES COMUNA DE HUECHURABA.



Fuente: Elaboración a partir de BBDD casen 2017.

Este dato es de suma relevancia cuando se entiende la participación social en la toma de decisiones e incidencia. Efectiva, a partir de la experiencia de la persona.

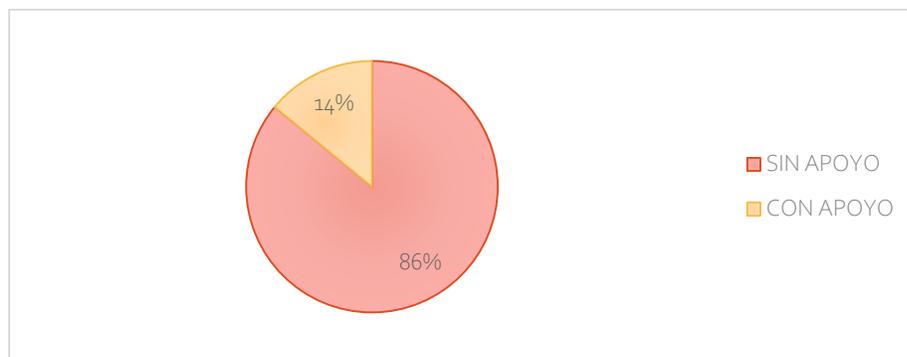
Como lo declara la norma creada para tal efecto que define participación como:

"... la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos"

Con este dato, la realidad comunal en el ámbito de la decisión y los niveles óptimos dista mucho de medir "participación" de acuerdo con la cantidad de Personalidades Jurídicas existentes.

En esta misma lógica, si analizamos el Indicador de Carencia de Participación, resulta no menos asombroso que un gran porcentaje de la población comunal declare CARECER DE REDES DE APOYO Y PARTICIPACION.

GRÁFICO 2-28 INDICADOR HOGAR CON CARENCIA DE APOYO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

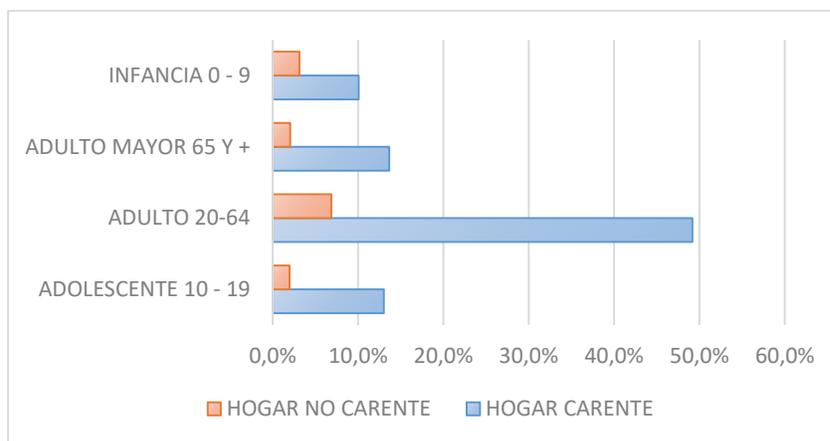


Fuente: Elaboración a partir de BBDD casen 2017.

Estos Hogares carentes de apoyo y participación social alcanzan el 86% en la comuna. Este indicador incorpora las variables de falta de redes de apoyo, contactos y vínculos sociales en ORGANIZACIONES SOCIALES, ORGANIZACIONES DEL TRABAJO, REDES DE APOYO DEL HOGAR. Apunta directamente al desarrollo de capital social. Según la encuesta estos hogares no cuentan con ninguna persona que pueda ayudar (fuera de los miembros del hogar) en 8 situaciones relevantes de apoyo o cuidado; tampoco tienen miembros de 14 o más años que hayan participado en los últimos 12 meses en alguna organización social o grupo y tampoco tienen miembros de 18 o más años que se encuentren ocupados y que pertenezcan a alguna organización relacionada con su trabajo.

Si esto se contrasta por ciclo vital obtenemos que la mayor cantidad de hogares carentes se concentran en el ciclo Adulto.

GRÁFICO 2-29 HOGAR CON CARENCIA DE APOYO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL SEGÚN CICLO DE VIDA.



Fuente: Elaboración a partir de BBDD casen 2017

4.1. Participación según tipo de organizaciones

De acuerdo al tipo de organizaciones donde participa este 17% se constata que, el 5,7 participa en organizaciones religiosas, seguido de los clubes deportivos y las JJVV. Artísticas y Adultos Mayores en segundo grupo de interés.

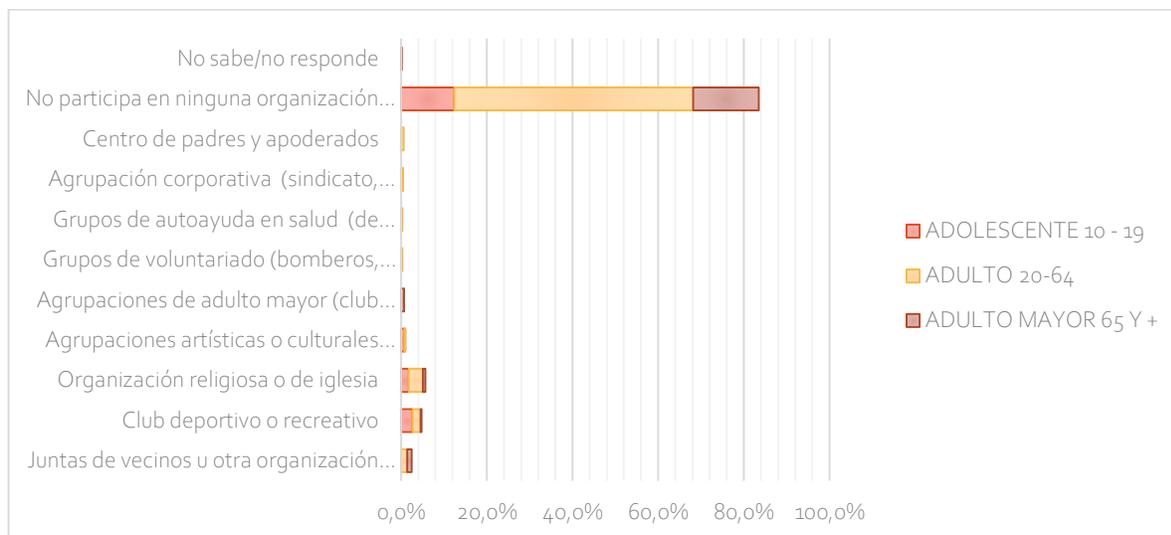
TABLA 2-20 PARTICIPACIÓN SEGÚN ORGANIZACIÓN A NIVEL COMUNAL

	Adolescente 10 - 19	Adulto 20-64	Adulto mayor 65 y +	Total
Juntas de vecinos u otra organización territorial (comité d	0,0%	1,5%	1,1%	2,5%
Club deportivo o recreativo	2,7%	1,9%	,3%	4,8%
Organización religiosa o de iglesia	1,8%	3,3%	,6%	5,7%
Agrupaciones artísticas o culturales (grupo folclórico, de	,8%	,3%	0,0%	1,1%
Agrupaciones de adulto mayor (club de adulto mayor, asistent	0,0%	0,0%	,7%	,7%
Grupos de voluntariado (bomberos, damas de colores, cruz roj	0,0%	,3%	0,0%	,3%
Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, hipertensos, o	0,0%	,3%	0,0%	,3%
Agrupación corporativa (sindicato, asociación gremial, cole	0,0%	,4%	0,0%	,4%
Centro de padres y apoderados	0,0%	,6%	0,0%	,6%
No participa en ninguna organización o grupo	12,4%	55,8%	15,3%	83,4%
No sabe/no responde	,2%	0,0%	0,0%	,2%

Fuente: Elaboración a partir de datos casen 2017.

Ahora de ese 83% que según la CASEN el año 2017 declaró no participar en ningún tipo de organización, este se concentra en la población Adulta, preferentemente.

GRÁFICO 2-30 PARTICIPACIÓN SEGÚN ORGANIZACIÓN EN CADA CICLO DE VIDA.



Fuente: Elaboración a partir de datos casen 2017.

A pesar de los datos poco alentadores que dan cuenta de la realidad nacional como problema estructural y la proyección comunal desprendida de los datos actuales, desde el ámbito de la Salud dicha información fortalece el sentido de nuestra acción, desde un abordaje de las determinantes sociales.

4.2. Evaluación 2021

Un elemento fundamental del Modelo de Atención en Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario es la Participación Ciudadana, componente que en la comuna se desarrolla fundamentalmente a partir de la Meta Sanitaria 7 con el trabajo conjunto con los Consejos de Desarrollo Local (CDL) y a partir del plan bianual 2019 – 2020 incorporando el eje estratégico de Participación Social en todas las acciones de cada ciclo de vida.

En la implementación de este modelo y del trabajo comunitario, resulta relevante el involucramiento de todos los funcionarios de la salud pertenecientes a la atención primaria, como parte de su rol en el quehacer diario de la red pública de la atención, en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El rol de este Modelo de salud es lo que nos destaca y diferencia principalmente de la atención privada en salud y que en nuestra comuna se instala como una buena práctica social, desde un enfoque territorial y ampliamente validada por la comunidad.

En este sentido, y más allá del cumplimiento de metas y compromisos, al calor del trabajo desarrollado en el presente año, es que podemos constatar un avance significativo en la maduración del debate respecto a las temáticas de salud.

En este contexto las acciones ejecutadas en el periodo 2021 apuntaron a fortalecer dos dimensiones definidas en conjunto con los CDL. Una dimensión sanitaria y otra socio-territorial.

Sobre esta lógica se plantearon los objetivos generales como:

Fortalecer y ampliar la base social comunitaria, mediante el trabajo articulado en red que permita disminuir las barreras de acceso a la salud y generar respuestas comunitarias efectivas en contexto de pandemia con nuestros vecinos y vecinas.

A nivel específico:

Fortalecer el trabajo colaborativo entre los equipos de salud y la comunidad para dar respuesta efectiva ante la contingencia sanitaria.

Promover el desarrollo del liderazgo ciudadano en el ámbito de la salud y la autonomía de las organizaciones sociales

Validar OIRS como espacio de participación social

Obviamente el contexto nacional mundial de pandemia que afecta y profundiza el debilitamiento de la cohesión social en los territorios (prejuicios, estereotipos, etc) fue un componente altamente preocupante el cual logramos ordenar-nos para generar canales de comunicación crítica para mantener un dialogo horizontal y disminuir la incertidumbre acrecentada por decisiones estructurales.

Respecto al cumplimiento de la meta para el periodo 2021 a nivel comunal podemos constatar:

100% de los CESFAM cuentan con plan de participación elaborado y validado por la comunidad, representado por el respaldo de sus respectivos CDL más organizaciones territoriales y funcionales que validan dicho plan. Plan con retroalimentación y recepción del SSMN.

En este proceso de implementación las acciones se enfocan en:

- Potenciar estrategias de comunicación y canal informativo con OOSS: su propósito es mantener la estrategia acordada con los CDL en contexto COVID, con informes trimestrales de la gestión de esta herramienta.
- Fortalecimiento de los CDL y experiencias de apoyo en contexto pandemia; se propone desarrollar acciones comunales en los distintos territorios, y continuidad de apoyo a las acciones solidarias en el marco de la estrategia "vecin@s san@s y solidari@s". SE SUMAN REUNIONES CON CDL PARA EVALUACION DE ACADEMIA DE SABERES
- Continuidad de las Mesas Barriales; se propone mantener y fortalecer el SENTIDO de las mesas barriales como eje articulador entre las necesidades de la población y la respuesta efectiva de salud. Se espera mantener encuentros bimensuales, supeditado al contexto de pandemia. A septiembre se reduce la frecuencia de las mesas y se define mantener el desafío de realizar solamente 2 encuentros de acuerdo a lo que queda del año.
- Actualización diagnóstica; acción central de participación para la actualización de diagnóstico de salud 2021-2024 así como la actualización del diagnóstico migrante comunal. Contempla las fases de levantamiento de información, discusión de resultados por territorios, priorización, plan de acción.
- Formación y educación continua. Escuela popular de salud comunitaria: Continuidad de academia de saberes en formato de escuela popular itinerante por territorio, con al menos 3 encuentros con temáticas levantadas desde la propia comunidad.
- Apoyo en diseño y gestión de iniciativas y/o proyectos comunitarios: continuidad de la estrategia iniciada en 2017, al menos dos proyectos presentados a fondos concursables por territorio y/o de carácter comunal.
- Diseño de estrategia de Activos comunitarios: estrategia de mapeo de activos elaborada y consensuada con al menos un actor del intersector.
- Fortalecimiento del Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas; desarrollo de las acciones comprometidas para fortalecer los dispositivos OIRS con informes trimestrales por centro de salud. Resultado a la fecha: 3 informes
- Monitoreo APP Mejor Municipio: 3 informe trimestral comunal realizado.

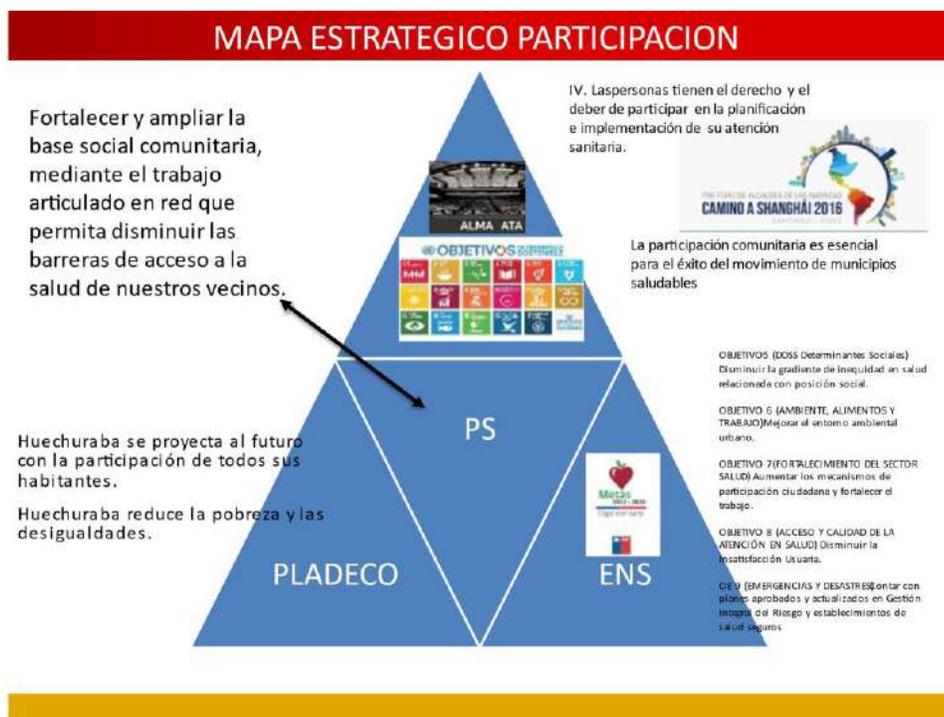
Dichos resultados se relacionan obviamente con el hecho patente, que si no contáramos con organizaciones sociales dialogantes difícilmente pudiéramos lograr los objetivos propuestos. Es por ello que, al calor de este trabajo mancomunado con diversos actores, es de vital importancia resaltar la visión de territorialidad que ha dado un sello a la política de salud comunal, ampliando el espectro de oportunidades a las organizaciones para la instalación de sus legítimas demandas.

En el período ha quedado de manifiesto el compromiso del equipo de salud con el trabajo comunitario y la importancia de ampliar y fortalecer los niveles de cohesión con las organizaciones presentes en el territorio. Es este vínculo el que ha posibilitado mantener en pie el sentido de las mesas barriales, nos ha permitido responder satisfactoriamente a la crisis sanitaria con una relación de trabajo sustentado en la confianza construida en esta lógica de participativa.

Plan de participación 2022

Las fuentes principales que sostienen el concepto de Participación en la comuna de Huechuraba se definen a partir de los lineamientos estructurales que provienen desde Alma Ata hasta la Declaración de Shangai (2016), además de los objetivos de Desarrollo Sostenible, la Estrategia Nacional de Salud y por supuesto nuestro PLADECOS el cual define imágenes y objetivos estratégicos con los cuales orientamos toda nuestra acción.

ILUSTRACIÓN 2-1 MAPA ESTRATÉGICO DE PARTICIPACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de énfasis estratégicos de participación

En nuestra comuna, se entiende la participación social como proceso colectivo, organizado, libre e incluyente en el cual converge una multiplicidad de actores, cada uno con sus intereses, nivel de compromiso y determinados por objetivos y valores socialmente compartidos, en cuyo devenir se espera producir las transformaciones necesarias en el ámbito individual y colectivo.

Aunque muy amplia la definición, en ella están contenidos algunos elementos que dan sentido a las acciones emprendidas a nivel comunal, toda vez que en se desprenden del párrafo dimensiones como: actividades, intereses, valores, inclusión, transformación. Es decir, la participación social incorpora la posibilidad de orientación a la transformación, la inclusión de miembros, el ejercicio de actividades y la organización realizada a través de valores.

Pero a esto se suma también la territorialidad, dada las diferencias socio-espaciales de la comuna en un marco de creciente globalización, el territorio es un hecho objetivo que determina el devenir de la comunidad, toda vez que el territorio se entiende como un espacio de dinámico, en permanente construcción que necesita del esfuerzo local para impulsar los procesos de desarrollo.

Con la experiencia acumulada de procesos anteriores, el nivel de maduración de lo que significa la participación social, ha cobrado una relevancia fundamental en nuestro territorio. Ha contribuido a tal desarrollo, la relación histórica de los CDL con sus respectivos centros de salud en una historia colectiva de cooperación mutua y un sentido de pertenencia en el territorio altamente valorado por la comunidad. Lo que significa enfrentarse a una población altamente demandante y exigente en el ejercicio de sus demandas.

Hemos declarado, que el contexto local, nacional e internacional siempre puede presentarse en un contexto de incertidumbre y/o amenazas para la ejecución de acciones puntuales. Entiéndase “ejecución de acciones” que pueden estar determinadas por variables de horarios, traslados de los equipos de salud y la propia comunidad, etc. que debemos prever.

Pero a partir del trabajo desarrollado por la propia comunidad el año anterior y a partir del aprendizaje adquirido en este proceso, entendemos que el actual contexto se presenta, además, como una oportunidad para avanzar y madurar en los niveles de incidencia, relaciones dialógicas que plasmen los pilares fundamentales de una nueva gobernanza de las sociedades modernas. Definidas como dispersión del poder, dispersión de recursos, elevado nivel y compromiso cívico, además de una efectiva participación ciudadana. Entendiendo la acción participativa como una acción deliberativa, incidente y transformadora.

Hoy frente a la Pandemia mundial, claramente las acciones comunitarias masivas se verán mermadas. No obstante, se está trabajando en establecer y potenciar las redes comunitarias por territorio para colaborar con las indicaciones de aislamiento social, la entrega de información pertinente de las medidas sanitarias que se están adoptando en el ámbito nacional y local y seguir potenciando y fortaleciendo las capacidades de las personas.

De ahí que el objetivo de este plan para el periodo se modifica atendiendo al rediseño estratégico de nuestro plan de salud, que define objetivos sanitarios a largo plazo y objetivos de gestión clínica anual por centros de salud.

En este sentido los objetivos sanitarios se definen en el ámbito específico y los de gestión clínica en el nivel de meta a lograr.

Objetivo general

Fortalecer y ampliar la base social comunitaria, mediante el trabajo articulado en red que permita disminuir las barreras de acceso a la salud.

Objetivos específicos (sanitarios):

- Poner en valor la red de activos comunitarios y la oferta multisectorial, como recursos colectivos para la promoción de la salud.
- Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud.
- Asegurar la calidad de la atención de la salud, la seguridad y vigilancia epidemiológica, en post del mejoramiento de la satisfacción usuaria, la gestión clínica y la acreditación

TABLA 2-21 PLAN DE ACCIÓN PARTICIPACIÓN

OBJETIVO SANITARIO	OBJETIVOS GESTION CLINICA	INDICADOR
Poner en valor la red de activos comunitarios y la oferta multisectorial, como recursos colectivos para la promoción de la salud.	Diseñar una estrategia de identificación y sensibilización de activos	Recopilación de activos comunitarios en cada unidad vecinal/Nº de unidades vecinales
Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud.	Avanzar hacia los niveles consultivos de la participación ciudadana en todos los cursos de vida	Nº de actores que participan/ Nº de conversatorios por curso de vida infancia
Asegurar la calidad de la atención de la salud, la seguridad y vigilancia epidemiológica, en post del mejoramiento de la satisfacción usuaria, la gestión clínica y la acreditación	Asegurar condiciones adecuadas y estandarizadas para la calidad de los planes consensuados	Nº total de auditorias que cumplen con el estandar en la población G3/Nº total de auditorías realizadas
Asegurar la calidad de la atención de la salud, la seguridad y vigilancia epidemiológica, en post del mejoramiento de la satisfacción usuaria, la gestión clínica y la acreditación	Abordar la satisfacción usuaria desde una mirada integral	Validación de instrumento de satisfacción usuaria
Aumentar la proporción de embarazos planificados en la comuna de Huechuraba	Promover la participación de gestantes en conversatorios	Gestantes que participan en conversatorios/Gestantes Ingresadas
Disminuir Riesgos en la salud Integral del adolescente	Mejorar cobertura de talleres en establecimientos educacionales en temáticas relacionadas en SSR de la comuna de Huechuraba	Nº de adolescentes que reciben talleres en temáticas de SSR en establecimientos educacionales de la comuna de Huechuraba/ nº de personas adolescentes matriculados en la comuna de Huechuraba
Disminuir Riesgos en la salud Integral del adolescente	Mejorar cobertura de talleres en establecimientos educacionales en temáticas relacionadas en SSR de la comuna de Huechuraba	Nº de adolescentes que reciben talleres en temáticas de VIH-ITS en establecimientos de la comuna de Huechuraba/ nº de personas adolescentes matriculados en la comuna de Huechuraba

Fuente: Dirección de Salud

5. Intersectorialidad y participación comunitaria

Para este año se destacan los ámbitos de intersectorialidad y participación social, en que las actividades implementadas este año han contado con equipos multidisciplinarios provenientes de mundo público, privado y comunitario que han permitido presentar la diversidad y complejidad de las temáticas ambientales y aportar desde ahí con los propios saberes y miradas, respecto a la interdependencia e impacto (positivo o negativo) sobre la vida humana, porque es en el entorno donde se encuentran los principales determinantes de salud.

La intersectorialidad ha permitido implementar proyectos de manera conjunta, que de manera independiente no se podrían haber realizado. Ejemplos de esto ha sido la unión virtuosa en el trabajo mancomunado y multidisciplinario del Departamento de Salud, Medio Ambiente, Organización Huerto Esperanza del Fénix y Grupo de Salud Esperanza de Vida durante la ejecución el Taller de Huerto terapéutico sostenido por 6 meses. Lo mismo ocurre, con la implementación de talleres de medio ambiente por parte del CAC con actores de la empresa privada (Parque del Recuerdo y Ciudad empresarial), instituciones públicas (Parque Bosque Santiago, Escuela Santa Victoria y Departamento de Salud) y la comunidad representada a través de alumnos, padres y apoderados del establecimiento educacional.

Por otro lado, la participación comunitaria, ha superado con creces las expectativas de los equipos organizadores-ejecutores, teniendo una respuesta positiva a la convocatoria y una amplia y sostenida participación en los espacios educativos. Es más, la mayor adherencia se logró en los tiempos más duros de confinamiento en el taller de huertos terapéuticos y en la motivación por participar y opinar en los espacios formativos de talleres en la Escuela Santa Victoria por parte de las y los adolescentes.

Estos dos aspectos son fundamentales para evaluar el éxito de las iniciativas implementadas en esta propuesta 2021 y nos hacen confirmar el logro de los objetivos propuestos y a proyectar para los próximos años.

TABLA 2-22 ACCIONES EJECUTADAS

ACTIVIDAD	EJECUTORES	PARTICIPACIÓN/CORTE AGOSTO
1er ciclo Taller huerto (modalidad virtual y presencial)	Depto Salud, Cosam, Medio Ambiente, Organización Huerto Esperanza del Fénix	120 personas de la comunidad entre 11 y 90 años
2° ciclo Taller huerto (modalidad virtual y presencial)	Depto Salud, Cosam, Medio Ambiente, Grupo de Salud Esperanza de Vida, Cesfam El Barrero, Organización Huerto Esperanza del Fénix	70 personas de la comunidad entre 10 y 80 años
Taller "Manos a la tierra" (modalidad virtual)	Comité ambiental comunal	38 adolescentes entre 12 y 15 años
Taller "La energía la cuidamos todos"(modalidad híbrida, virtual y presencial)	Comité ambiental comunal	36 adolescentes entre 12 y 15 años
Taller de eficiencia energética con enfoque en sistemas de climatización en contexto de pandemia.(modalidad híbrida virtual, y presencial)	Comité ambiental comunal	21 funcionarios y funcionarias Escuela Santa Victoria

Fuente: Unidad Modelo

6. Servicios transversales y dispositivos de apoyo

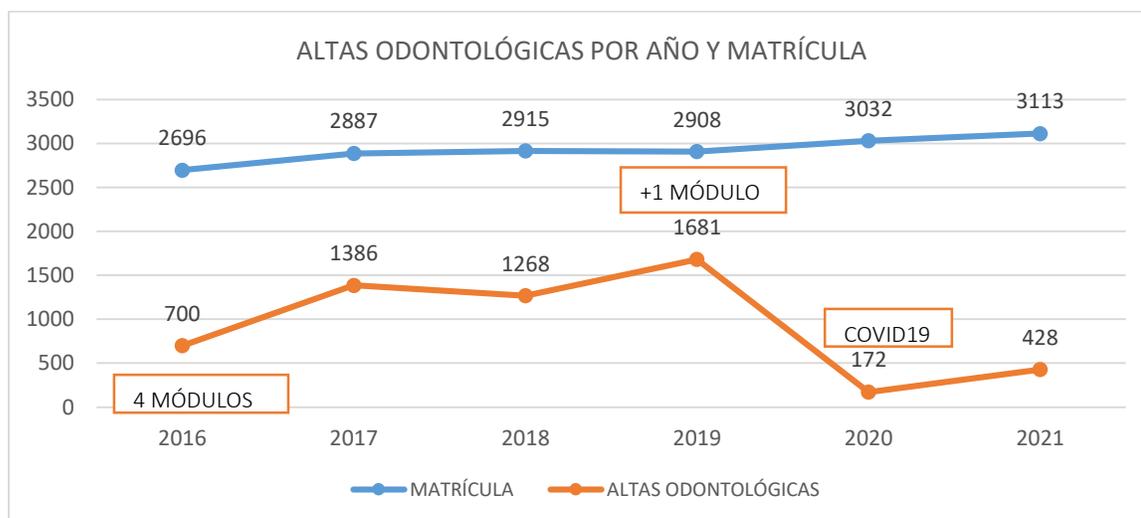
En este apartado se detallan los avances en los proyectos más relevantes de la comuna.

6.1. Huechuraba Sonríe – Atención odontológica en escuelas municipales

6.1.1. Evaluación 2016 - 2021 e impacto de la pandemia COVID-19

Desde su implementación, el año 2016, el avance en la cobertura de salud odontológica ha sido progresiva, y a medida que se han ido implementando más módulos dentales, el porcentaje de cobertura para la matrícula comunal ha ido aumentando, este comportamiento se observa desde el año 2016 al 2019. La suspensión de clases presenciales el año 2020 - 2021 ha afectado el desarrollo del programa Huechuraba Sonríe, sus actividades regulares de atención presencial se han limitado a resolver casos puntuales, retomando solo desde agosto del año 2021.

GRÁFICO 2-31 ALTAS ODONTOLÓGICAS Y MATRÍCULA COMUNAL AÑOS 2016 AL 2021. REGISTRO LOCAL



Fuente: Registro local

Evaluación 2021

Al 31 de agosto, el programa odontológico Huechuraba Sonríe ha realizado 428 altas odontológicas a alumnos matriculados en las escuelas municipales, lo que equivale al 13.7% de la matrícula.

6.2. Farmacia Popular

Las farmacias populares son dispositivos de salud que consideran al medicamento como un bien social y esencial, que buscan garantizar el acceso a tratamientos farmacológicos de calidad a bajo costo, y que permiten a los vecinos de la comuna compensar sus patologías crónicas, y así mejorar su bienestar y calidad de vida. Las funciones más importantes de Farmacia Popular son adquirir, almacenar, dispensar medicamentos y aportar al uso racional de medicamentos. Además de lo anterior, las farmacias tienen el rol potencial de mejorar la integración entre la comunidad y los CESFAM de la comuna. Hasta la fecha el número total de inscritos está por sobre los 50.000 usuarios, de los cuales más de 16.000 se han beneficiado con acceso a medicamentos de Farmacia Popular.

Actualmente, se cuenta con 2 farmacias populares completamente operativas, cada una bajo la supervisión de un Químico Farmacéutico con el rol de Director Técnico, quienes realizan sus funciones bajo la coordinación de un Referente dependiente de la Unidad Técnica del Departamento de Salud de Huechuraba.

6.2.1. Cartera de productos

Nuestras farmacias disponen de un arsenal de medicamentos de uso crónico conformado por aproximadamente 98 principios activos, lo que se traduce en más de 300 productos de distintas dosificaciones, marcas y asociaciones, orientados principalmente al cuidado de la salud cardiovascular, salud mental, cuidado paliativo del dolor, salud sexual y reproductiva, entre otras, convirtiéndose en un complemento a las prestaciones otorgadas por la Atención Primaria de Salud de la comuna, sin dejar de mencionar que el ahorro promedio alcanzado por la población el 60% en nuestros productos. Junto con lo anterior, nuestras farmacias cuentan con equipos técnicos y profesionales altamente capacitados para entregar una atención de calidad a los usuarios que requieran sus servicios.

6.2.2. Indicadores de actividad

De acuerdo con los datos dispuestos por la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), uno de los principales proveedores de productos farmacéuticos de nuestras farmacias, en relación a la cantidad de productos programados hasta septiembre 2021, el índice de cumplimiento ha sido de un 93%. Cabe señalar que, anticipándose a este índice y evitar quiebres de stock, se trabaja constantemente la adquisición de productos a través de otros proveedores.

En relación a la actividad de las farmacias, la siguiente tabla resume las ventas realizadas entre los años 2017 y 2021 (septiembre).

TABLA 2-23 VENTAS Y BOLETAS FARMACIA POPULAR, PERIODO 2017-2021

Ítem	2017	2018	2019	2020	2021 (hasta sept)
Ventas Total	9.099	14.082	20.350	34.463	35.373
Montos Total	\$105.852.140	\$143.460.156	\$160.069.67	\$301.643.427	\$327.811.697
Ventas Promedio Mensual	758	1.174	1.599	3.872	3.930
Montos Promedio Mensual	\$8.821.012	\$11.801.178	\$13.506.296	\$25.136.952	\$36.423.522

Fuente: Sistema contable CAS Chile

La tabla anterior presenta las ventas anuales de las farmacias populares, siendo las ventas total el número total de tickets y el monto total la cantidad total de ingresos. Por otro lado, las ventas promedio mensual corresponden a la venta total dividida por los meses correspondientes (12 durante los años anteriores, 9 para el año 2021), los montos promedio corresponden a la misma operación descrita anteriormente.

6.2.3. Evaluación planificación 2020-2021

El año 2020 las farmacias fueron capaces de aumentar al doble este beneficio social con respecto al año 2019, mientras que el 2021 se proyecta un aumento 3 veces mayor que el 2019. Estos datos representan el impacto que estos dispositivos están teniendo en la población, especialmente durante los años de pandemia, en que sabemos que la economía de las familias se ha visto afectada gravemente por la disminución del trabajo y la recesión económica. Todo lo anterior nos permite inferir que el trabajo de la farmacia se enfocó principalmente en lograr un abastecimiento estable frente al crecimiento constante que mostraba la población inscrita mientras que la limitación de movimiento de las personas impidió el trabajo que se venía realizando los años anteriores como talleres a adultos mayores y visitas domiciliarias.

6.3. Droguería

La Droguería Comunal es un establecimiento que abastece y distribuye medicamentos, insumos clínicos e insumos odontológicos a todos los centros de salud de la comuna. Se vincula directamente con proveedores, farmacias y botiquines para brindar un servicio efectivo y eficiente, resguardando la conservación, la calidad y la disponibilidad de los productos farmacéuticos. También, funciona como apoyo logístico al abastecimiento de los programas y unidades de atención odontológica ubicadas en establecimientos de salud y educacionales de la comuna.

Su importancia radica en su labor fundamental de garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos de calidad a utilizarse en toda atención y en los tratamientos farmacológicos de los pacientes que se atienden en los centros de salud de Huechuraba. Su transversalidad comprende la comunicación continua que se debe mantener la Droguería con todos los establecimientos y dispositivos de salud, el Servicio de Salud Metropolitano Norte y también las unidades administrativas involucradas en los procesos de adquisición.

6.3.1. Labor y funciones

Planificación y abastecimiento

Desde la Droguería se recibe y se organiza la demanda comunal de productos farmacéuticos y se planifica su adquisición, permitiendo anticipar las compras y disponibilidad oportuna de éstos. El abastecimiento se asegura y resguarda a través de múltiples mecanismos:

1. Coordinación con referentes del Servicio de Salud Metropolitano Norte respecto a Programas Ministeriales.
2. Intermediación con CENABAST a través de programación anual.
3. Contratos de suministro con proveedores.
4. Licitaciones.
5. Convenio Marco.
6. Compra Ágil.
7. Otros.

Almacenamiento y conservación

A modo de garantizar la buena calidad de los productos farmacéuticos utilizados en las diferentes unidades de salud de la comuna, en la Droguería se almacenan estos productos en condiciones establecidas por la autoridad sanitaria, permitiendo no sólo la conservación de éstos sino también su completa trazabilidad.

Distribución

Para garantizar la disponibilidad de los productos farmacéuticos en todos los dispositivos de salud de la comuna, desde la Droguería se planifica y coordina la entrega de éstos según calendarización y solicitudes. Este servicio se realiza hacia los siguientes grupos de unidades:

- Centros de Salud: CESFAM y CECOSF.
- Centros de Urgencia SAR y SAPU.
- Unidades odontológicas de centros educacionales.
- Unidades especiales y administrativas dependientes del Departamento de Salud.

6.3.2. Indicadores de actividad

Cumplimiento de abastecimiento de medicamentos e insumos clínicos, año 2021:

La intermediación de productos farmacéuticos con CENABAST tiene un importante impacto a nivel presupuestario y de abastecimiento considerando que su canasta de productos se estima que abarca un 90% de los requerimientos a nivel comunal, sin considerar unidades especializadas (UAPO, UAPOrrino y Cirugía Menor).

Para este año se realizó una programación de 230 productos diferentes entre fármacos, insumos y sueros, los cuales han sido abastecidos mensualmente con un cumplimiento promedio del 91,2%.

Respecto a los Programas Ministeriales, cuya programación es coordinada en conjunto con los profesionales referentes del SSMN, para este año se programaron 60 productos farmacéuticos correspondientes a 8 programas. El cumplimiento de abastecimiento mensual promedio ha sido de un 94,4%.

Considerando que CENABAST no ofrece la totalidad de los productos farmacéuticos requeridos en su canasta y que además sus cumplimientos de abastecimiento no llegan al 100%, se utilizan contratos de suministro y otros mecanismos de compra que permiten incrementar nuestro cumplimiento comunal logrando un promedio del 97%, siendo el 3% faltante producto de quiebres de stock de los proveedores como principal causa.

Finalmente, cabe destacar que para abastecer ciertas unidades especializadas de la comuna (UAPO, UAPOrrino y Cirugía Menor) se gestionaron licitaciones que han permitido abastecer de aproximadamente 100 productos farmacéuticos diferentes a los correspondientes al arsenal comunal de los establecimientos de salud.

Entregas de pedidos, año 2021

A continuación, se informa en la siguiente tabla la cantidad de despachos de pedidos de medicamentos, insumos clínicos e insumos odontológicos realizados por mes durante el presente año a todos los establecimientos y dispositivos de salud de la comuna, los cuales son preparados y gestionados a medida que se reciben las solicitudes de cada establecimiento o unidad.

TABLA 2-24 ENTREGAS TOTALES REALIZADAS POR MES Y EL PROMEDIO SEMANAL DE PEDIDOS SOLICITADOS POR ESTABLECIMIENTOS Y UNIDADES DE SALUD DE LA COMUNA.

Mes	Entregas totales	Promedio semanal
Enero	106	27
Febrero	107	27
Marzo	155	39
Abril	139	35
Mayo	132	33
Junio	139	35
Julio	128	32
Agosto	123	31
Septiembre	124	31

Fuente: SISTEMA DE FARMACIA (SISFAR)

6.3.3. Evaluación planificación 2020-2021

A continuación, se analizarán diferentes ámbitos de la gestión de la Droguería Comunal durante el período actual:

Implementación de mejoras para gestionar la Resolución Sanitaria de Funcionamiento de Droguería

A modo de dar cumplimiento con las exigencias para solicitar al Instituto de Salud Pública (ISP) la resolución de funcionamiento de Droguería se ha avanzado en varios aspectos que son evaluados por la autoridad sanitaria: confección de procedimientos operativos de todos los procesos, contratación de un servicio de mapeo térmico, detección y subsanación de brechas estructurales, entre otros.

Además, se realizó un cambio del vehículo utilizado para la distribución de los productos farmacéuticos el cual cuenta con mayor espacio y seguridad para la carga de los despachos, cierres más seguros y firmes que permiten un traslado sin exposición del ambiente externo y una mejor mantención de la temperatura interna del vehículo.

Abastecimiento y logística de distribución

Durante el periodo 2020-2021, el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos se garantizó principalmente a través de intermediación con CENABAST y el uso de contratos de suministro en el caso de productos farmacéuticos con incumplimiento de despacho.

Por otra parte, se instauró una importante coordinación con variados actores relacionados con la adquisición y la distribución de Elementos de Protección Personal, insumos que han sido de vital importancia durante el desarrollo de la pandemia de coronavirus. A la fecha se ha logrado satisfacer exitosamente la demanda de estos insumos, lo que ha permitido seguir garantizando las atenciones de salud desde el punto de vista de la seguridad de los usuarios y de los funcionarios de los establecimientos de salud.

6.4. Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM)

En las últimas tres décadas, ha existido un fortalecimiento de la Red Temática de Salud Mental, teniendo un rol preponderante en la articulación de ésta, los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM). El objetivo central de ellos es "otorgar una atención de calidad en salud mental ambulatoria especializada, a las personas que presenten una condición de gravedad, complejidad y vulnerabilidad, sus familias y comunidades". Dicha atención,

se da en forma articulada e integrada con la Atención Primaria y otros puntos de la red, para mejorar y recuperar la salud mental de las personas, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Uno de los grandes desafíos del último tiempo, tanto a nivel nacional como local en Huechuraba, ha sido profundizar en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en el cual se considera a las personas, familias y comunidades como sujetos activos de su proceso de recuperación, en un marco de ejercicio de derechos y determinantes sociales.

En la comuna, se encuentra actualmente implementando el Modelo de Gestión emanado por MINSAL para los COSAM, siendo pionera en la zona norte de la región metropolitana, en la ejecución de acciones de fortalecimiento del organigrama del centro, reorganización de la atención, incorporación del concepto de mejora continua y calidad de la atención. Para esto ha sido necesario, redistribuir el recurso humano y capacitar progresivamente tanto a profesionales, como al personal completo del Centro, buscando dar difusión e involucrar a cada persona en la instalación de dicho Modelo de Atención.

Entre los principales ejes que se han considerado en esta implementación, destaca el aseguramiento de que la calidad de la atención mejore en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Para ello se considera fundamental el monitoreo permanente de los procesos clínicos de las personas, por lo que se ha acordado la puesta en marcha de la figura del gestor terapéutico, profesional encargado de velar por la continuidad de los tratamientos, la pertinencia, calidad y oportunidad de éstos. Por otra parte, y en concordancia con el referido modelo de gestión, es menester la formalización del Consejo de Participación Ciudadana (CPC), instancia que permitirá aumentar el trabajo conjunto con la comunidad, en consideración a la distinción de los intereses y necesidades expresadas por ésta, así como las propuestas de abordaje del cuidado de la salud mental por ella propuesta.

El año 2021 trajo reformas importantes en el quehacer de nuestro COSAM, incluyendo en su estructura organizacional la Subdirección Clínica y Comunitaria, e incorporando también roles que hoy consideramos necesarios como un Encargado de Calidad y Modelo de Atención. Estos cambios han traído como consecuencia el poder desarrollar e implementar progresivamente mejoras prácticas tanto en procesos clínicos como en la planificación de nuestra Institución.

Múltiples son los desafíos que el COSAM está proponiendo; sin embargo, los equipos transdisciplinarios que lo componen, cuentan con el convencimiento de que todos los cambios que se están produciendo tendrán un impacto positivo tanto en la salud de nuestra población como en el quehacer diario de cada integrante del centro. El desafío más importante en la actualidad, es el poder involucrar progresivamente a las personas usuarias en este proceso, intentando estimular la participación activa y el ejercicio de derechos en este proceso.

Indicadores de actividad

En el año 2021, la población bajo control de COSAM corresponde a un 42% de hombres y a un 58% de mujeres. De este universo, el 5% corresponde al ciclo vital infantil, el 24% al adolescente, el 63% al adulto y el 8% al ciclo de personas mayores.

En la siguiente tabla se presenta la distribución general por diagnósticos:

TABLA 2-25 POBLACIÓN BAJO CONTROL SEGÚN DIAGNÓSTICOS 2021

Diagnóstico	TOTAL	Porcentaje
Violencia intrafamiliar y maltrato	160	12%
Trastornos del ánimo	157	14%
Trastornos por consumo de sustancias	323	28%
Trastorno por déficit atencional	58	5%
Trastornos emocionales y del comportamiento	140	12%
Trastornos ansiosos	121	10%
Demencia	68	6%
Trastornos de personalidad	140	12%

Fuente: REM P6 JUNIO 2021

Respecto a los diagnósticos según curso de vida, los más significativos en el infantil corresponden a un 46% de niños y niñas que sufren maltrato y un 41% que presenta diagnóstico de Trastorno Por déficit Atencional. En el ciclo vital adolescente, un 47% corresponde a diagnóstico de Trastorno Emocional y del Comportamiento, y un 22% a víctimas de Maltrato.

En el ciclo vital adulto, un 37% presenta alguna problemática de Consumo de Sustancias y un 17% diagnóstico de Trastorno del Ánimo. Respecto a las personas mayores, un 39% está bajo control por el diagnóstico de Demencia y un 19% por Trastorno de la Personalidad.

En cuanto a la producción referida a atenciones en modalidad presencial y remota, cabe destacar que dada la estructuración local que se ha logrado respecto a la oferta de salud mental, al mes de agosto del año en curso, se cuenta con un 30% más de prestaciones otorgadas a la población bajo control, respecto del 2020. En las siguientes tablas se observa un comparativo de los 2 últimos años:

TABLA 2-26 PRODUCCIÓN COSAM

Ítem	2020	2021
Población bajo control	1.301	1366
Ingresos	475	365
Egresos	683	404
Atenciones biopsicosociales presenciales	8.508	8.839
Atenciones biopsicosociales remotas	11.903	8.863

Fuente: REM A05 y A06 2021

Finalmente, cabe destacar que, dada la implementación de la estrategia de confirmación de horas, el porcentaje de horas agendadas no efectivas (pacientes que no se presentan a su cita), alcanza actualmente un porcentaje del 27%, versus el 40% de años precedentes.

Respecto del cumplimiento del 40% de las personas que participan de actividades comunitarias guiadas por COSAM, es dable mencionar que, dada la situación sanitaria de pandemia, y las consecuentes medidas de confinamiento y desconfinamiento definidas por las autoridades, muchas de las actividades planificadas debieron suspenderse; todas ellas cuentan con un agendamiento definido para los meses que restan del año en curso, con lo que se espera cumplir la meta comprometida.

TABLA 2-27 CUMPLIMIENTO METAS PLAN DE SALUD 2021

Objetivo Sanitario	Nombre Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	% Cumplimiento
Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental a la comunidad, usuarios, usuarias e intersector mediante estrategias grupales	Número de personas que participan en las actividades	Nº de personas que participan en las actividades/nº de participantes comprometidos/as en la meta *100	550	39,6%
	Número de actividades por ciclo	Nº de actividades realizadas en cada ciclo	Una actividad por ciclo vital	4 actividades
Brindar atención integral y oportuna a usuarios y usuarias de todo el ciclo vital, con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos y condicionantes de la salud mental	Nº de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente)/ Nº de personas bajo control en COSAM (año vigente)	Alcanzar un 15%	12,15%
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en todos los ciclos	Cantidad de intervenciones grupales realizadas para la población bajo control en COSAM	Nº de intervenciones grupales (taller, autoayuda, psicoterapia) realizadas por ciclo vital	3 actividades grupales por ciclo, de 6 sesiones como mínimo	14 actividades
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en todos los ciclos	Porcentaje de personas de todos los ciclos vitales, ingresadas a tratamiento con PCI	(Nº de personas de personas ingresadas a tratamiento con PCI/Nº de personas ingresadas a tratamiento*100)	90%	78,36%

Fuente: Registro local

6.5. Centro de Salud Integral Adolescente

El Centro de Salud Integral Adolescente de Huechuraba, ubicado en Sierra Leona 5601, surge como respuesta a la necesidad latente de las personas adolescentes de la comuna de Huechuraba entorno a su salud y las barreras de acceso que existen en el modelo tradicional. Es el único centro con este modelo en el área norte de la Región Metropolitana y es el quinto del país.

Abre sus puertas en agosto de 2018, iniciándose como programas de tratamiento de consumo de sustancias para población adolescente y hoy, como Centro de Salud Integral.

Es un servicio de salud preventivo e integral, especializado de mediana complejidad, que desarrolla un Programa de atención en salud ambulatorio, modalidad amigable, y con enfoque de Determinantes Sociales, de Derechos, Género, Resiliencia, entre otros enfoques integradores.

Los profesionales que laboran en este establecimiento, tienen amplia formación y experiencia en el ámbito de salud del ciclo vital adolescente, consejería en salud, entrevista motivacional, procesos terapéuticos, entre otros. Ello ha permitido la incorporación de dichos conocimientos en las atenciones (al considerar factores protectores y de riesgo), que como consecuencia tienen el diagnóstico integral propio de este modelo de salud. Asimismo, dicha acción es discutida en reuniones clínicas multidisciplinarias que tienen por producto sugerencias de tratamiento; podrían ser aceptados o modificados, según la opinión del usuario y sus familias, permitiendo la toma de decisiones de manera acompañada y consensuada. De esta manera, se valida la autonomía progresiva propia del ciclo de salud y de su círculo más cercano.

El establecimiento articula directamente con distintas oficinas de la red municipal, centros de atención primaria de la comuna de Huechuraba y de otras, Juzgado de Familia, Fiscalía, centros de salud de nivel secundario y terciario del área norte y otras organizaciones relevantes. Estas acciones son realizadas para las derivaciones correspondientes, desde y hacia el centro de salud y para la coordinación de casos para seguimiento de los mismos.

Todas estas consideraciones constituyen una oferta diferenciada para los adolescentes de Huechuraba con un abordaje integral, distinto al tradicional.

El Centro de Salud Integral Adolescente, busca implementar y desarrollar en la comuna de Huechuraba un servicio que mejora las condiciones de salud de la población adolescente y favorezca el proceso de integración social, favorezca el desarrollo de conductas responsables, promueva la participación y un crecimiento desarrollo saludable.

Las estrategias para lograr este objetivo son:

- Desarrollar un Programa Preventivo de Atención Integral de Salud ambulatorio, que incorpore recomendaciones, enfoques integradores y modelos exitosos con el trabajo en el segmento juvenil.
- Desarrollar un Programa de Educación para la Salud y Consejería, que evalúe y apoye aprendizajes para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud, con enfoque de género, de derecho, anticipatorio y desde el modelo de las fortalezas.
- Desarrollar un Programa Comunitario que priorice la educación en salud, la participación y liderazgo de los adolescentes en el desarrollo de su propio bienestar, como agentes de cambio de su entorno.

6.5.1. Indicadores de actividad

A propósito de lo comprometido en el Plan de Salud 2021, se puede observar cumplimiento de los objetivos indicados en él. A continuación, una revisión de cada uno de los puntos:

6.5.2. Convenio Docente- Asistencial como campo para ello, desarrollando vinculación con el medio, capacitación para el ciclo vital, capacitación en profesionales del ciclo y brechas de infraestructura

La Universidad de Chile, mediante el convenio existente, entrega capacitaciones en el mes de octubre de 2021, donde el equipo del Centro de Salud Integral Adolescente, Programa Adolescente comunal y COSAM, reciben en las temáticas de Visita Domiciliaria Integral; permite el desarrollo de ellas, mediante el modelo de salud integral.

Se presentan investigaciones, mediante el recién conformado Comité Científico, que ha permitido, asimismo, el vínculo con la comunidad y Universidad de Las Américas. Se espera ampliar los convenios existentes, con otras casas de estudio, a partir de diciembre.

La Municipalidad ha entregado dependencias existentes en Avenida Pincoy #5899, donde se han podido expandir las atenciones, en específico de Salud Mental. La Universidad Mayor, mediante el vínculo vigente a la fecha, entrega equipamiento para dependencias.

6.5.3. Capacitación a profesionales del ciclo, en centros de la comuna Intervenciones Breves y Consejería

A propósito de lo mencionado en Intervenciones Breves, el equipo del centro realiza capacitaciones comunales y también en aplicación de CLAP, lo cual permite equipar la calidad en forma uniforme a otros establecimientos y permite al Centro de Salud Integral Adolescente, cumplir con uno de sus objetivos, el cual es ser un referente reconocido en el ciclo. En cuanto a Consejerías, se menciona en el punto anterior del apartado.

6.5.4. Promoción y Participación (Talleres en Educación para la salud”)

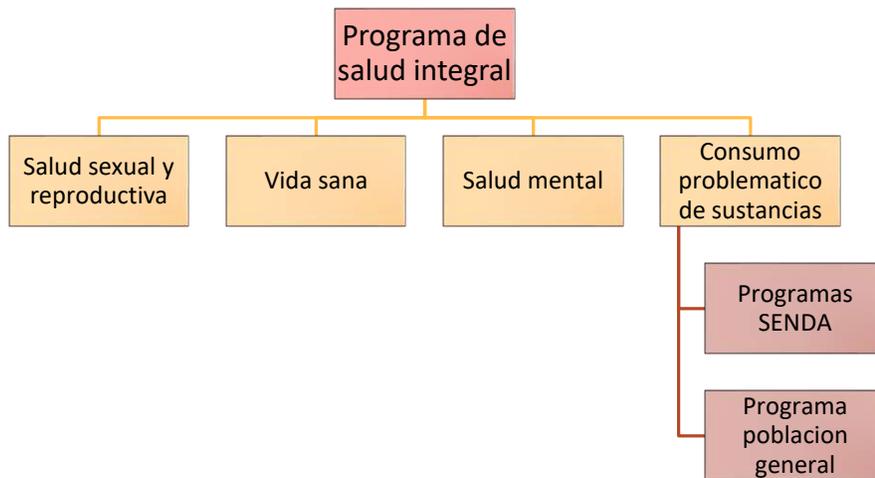
Se han ejecutado acorde a lo comprometido, mediante plataformas digitales, estableciendo vínculo estrecho con Oficina de Infancia, Cultura y establecimiento educacionales de la comuna. Ampliamente reconocido y solicitado por la efectividad de las intervenciones, concentración de actividades y temáticas. Además, se abre la consulta a quienes participan, dando la oportunidad de manifestar sus intereses en las temáticas a abordar en 2022.

TABLA 2-28 DOTACIÓN

Recurso humano	Horas
Médico	22 horas
Psiquiatra	3 horas
Matrona	44 horas
Trabajador/a Social	88 horas
Técnico en Rehabilitación	44 horas
Nutricionista	33 horas
Terapeuta Ocupacional	44 horas
Psicólogo/a	82 horas
Coordinación	44 horas

Fuente: Registro local

ILUSTRACIÓN 2-3 FLUJOGRAMA INTERVENCIÓN



Fuente: Registro local

Respecto a las intervenciones realizadas en el Centro de Salud Integral Adolescente y su programa de salud, es necesario mencionar que existen una serie de subprogramas que se interrelacionan para dar una respuesta oportuna, eficiente y completa, acorde a las necesidades que pueden aparecer en cada una de las intervenciones realizadas. Las vías de ingreso a las atenciones pueden ser mediante demanda espontánea de el o la adolescente, derivación desde el intersector o Fiscalía. Se ha dispuesto un correo electrónico para que las derivaciones, sean realizadas mediante una Ficha de Derivación, que permita calificar la urgencia de la necesidad y dar prioridad a ellas.

Los subprogramas mencionados son:

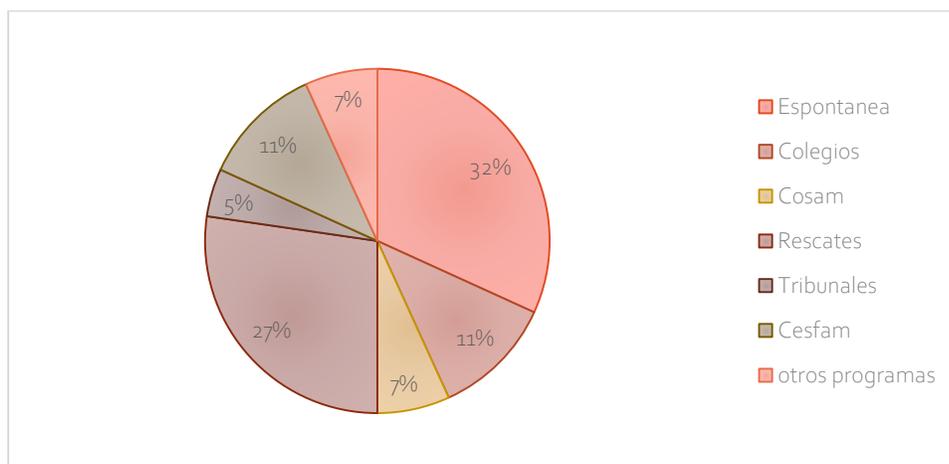
- Programa Salud Sexual y Reproductiva: 44 horas matrona.
- Programa VIDA SANA: 33 horas nutricionista.
- Programas Tratamiento Consumo: 44 horas psicólogo, 44 horas trabajador social, 44 técnico en rehabilitación y 44 horas terapeuta ocupacional.

6.5.5. Producción

A continuación, se exponen los puntos de mayor relevancia, en cuanto a producción en 2020 y 2021.

Vía de Ingresos

GRÁFICO 2-32 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESOS AL CENTRO DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE DESDE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2021



Fuente:

La demanda espontánea y los rescates, son la vía de ingreso con mayor demanda de las personas adolescentes de la comuna de Huechuraba; es necesario relevar que la población adolescente, al acudir de forma espontánea en mayor cantidad, demuestra que se encuentran ante la necesidad de un espacio como este centro, donde acudir para la resolución y ayuda en temáticas de salud. Además, en segundo lugar y respecto al rescate telefónico, la estrategia ha sido ofrecer (mediante inscritos validados) la oferta del establecimiento, el cual a su vez, ha tenido buena acogida.

Cobertura

En el gráfico anterior, se observa que en la totalidad del año 2020, se realizaron 421 controles mediante ficha CLAP (que equivalen a población bajo control de la comuna). En 2021 y hasta agosto, según los datos extraídos desde el REM, la población bajo control es de 606 personas. Se proyecta el aumento de este número proporcional a cuatrimestre en curso y debido a la reapertura de establecimientos educacionales, con quien existe el vínculo para la ejecución intramuro (acorde a Plan Paso a Paso) de dichos controles y para 2022 se proyecta aún más el aumento de dicha cifra.

Programa Salud Sexual y Reproductiva

En el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, se reporta un incremento exponencial desde el presente año. En 2020 la población bajo control era de cero usuarios, sin embargo, durante 2021 y a consecuencia de la disposición de métodos anticonceptivos, se observa que hasta agosto de 2021, existían 93 adolescentes bajo control, lo cual corresponde a un 10% de la meta comunal. Se agrega que la población bajo control de sexo masculino ha ido en aumento en la comuna de Huechuraba, donde el establecimiento tiene un 99% de ella.

Programa Salud Mental

El programa de Salud Mental se inicia en enero de 2021 con 44 horas de trabajadora social y 19 de psicóloga. Durante el año se reasignaron horas médicas para dar una oferta completa y así poder otorgar el tratamiento necesario. Se integra el GES de depresión en menores de 20 años y se entrega la canasta farmacológica. La concentración de atenciones es de 20 por persona, lo cual permite completar el tratamiento en un menor plazo y obtener así altas terapéuticas; de los 48 casos ingresados, 21 han tenido dichos egresos.

6.5.6. Hitos relevantes

- Invitación a participar como centro de referencia en aplicación de instrumento, en nuevas orientaciones técnicas del Programa Nacional de Salud Adolescente.
- Participación en "Mesa de generación de material de prevención consumo alcohol y drogas", Unidad de Salud Mental y Unidad de Género. SEREMI Salud Región Metropolitana.

6.6. Red de Urgencia comunal

La Red de urgencia (RdU) se compone de elementos, componentes y estrategias que se interrelacionan con el objetivo de resolver la necesidad de los usuarios de atención médica inmediata siendo prioritarias e impostergables las condiciones clínicas que impliquen riesgo de muerte o de secuela funcional grave.

El Modelo de Gestión de Red de Urgencia, que consta de dos componentes: los dispositivos de urgencia cualquiera sea su nivel de complejidad desde servicios de urgencia de atención primaria o de nivel hospitalario hasta las Unidades de Paciente Crítico; y el sistema de atención pre hospitalario.

Cada región cuenta con una Red de Urgencia Regional que representa un espacio de coordinación e integración entre los Servicios de Salud que integran la región. Aquí se revisan las propuestas de cambio formuladas en las Red Urgencia Local, se establece el vínculo con SEREMI (autoridad Sanitaria) y se elabora presupuestos de expansión para cada año. Los SAMU regionales informan y se desarrollan desde este espacio.

La Organización por Servicio de Salud cuenta con una Red de Urgencia Local, espacio de coordinación territorial compuesto por la Unidad de Emergencia Hospitalaria y su red de Atención Primaria en Salud; SAR, SAPU, Urgencia rural y Cefsam. Esta unidad es de vital importancia pues es aquí donde se evalúa la respuesta de red a sus usuarios. Los Servicios de Salud, cuentan con la designación de un profesional que coordina las acciones de la Red de Urgencia local de cada servicio de salud.

Así la red de urgencia local en Huechuraba está compuesta por CESFAM La Pincoya, CESFAM El Barrero, CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens, CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren y CECOSF Los Libertadores los que brindan servicios de primera estabilización en emergencias vitales dentro del centro y/o en consulta espontánea dentro de sus horarios de atención sin constituirse como servicios de urgencia por otra parte en horarios de continuidad de la atención los servicios de urgencia comunales SAR La Pincoya y SAPU Los Libertadores prestan servicio, todos estos dispositivos se integran a la red local siendo responsable del prehospitalario SAMU metropolitano, en nivel terciario del Servicio de Salud Metropolitano Norte, Hospital Roberto del Rio, Hospital San José e Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Particularmente, en relación a pandemia COVID 19 se integra a través de ordinario 1885/2020 MINSAL, la figura de Coordinador de enlace de Servicio de Salud como instancia de coordinación local y con la macrored para el traslado de usuarios a dispositivos hospitalarios de la red local o de la macrored según disponibilidad en la RIU (Red Integrada de Urgencia).

En directa relación con la red de urgencia de salud intersectorialmente las principales instituciones en colaboración son atención al vecino de Huechuraba, Carabineros y Bomberos.

Así los servicios de urgencia local dependientes de la atención primaria son componentes de la red urgencia ejecutados por el municipio a través de los centros de salud de los cuales son dependientes, lo cual sumando a que la prestación de urgencia no es parte del financiamiento per capita y por lo tanto acciones más bien incidentales en los centros de salud familiar en lo tradicional los análisis de la atención de urgencia local se basan en modelos de caracterización de la demanda de urgencia, pertinencia y rescate de usuarios según patologías específicas o policonsulta siendo una realidad país la ausencia de análisis de esta acción sanitaria desde la mirada del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, dicotómicamente en herramientas es como la evaluación MAIS o COMGES se plantean acciones o rescates de usuarios desde los servicios de urgencia hacia

centros de salud familiar sin que la consulta de en si misma urgencia sea abordada desde la integralidad del modelo de salud familiar y comunitario.

Evaluación año 2020-2021

A continuación, se presenta la evaluación de las acciones realizadas durante el año 2020-2021, a partir de la oferta de prestaciones de salud, y de la demanda observada.

6.6.1. Oferta

La red local de urgencia cuenta con diferentes modalidades que varían en modalidad de atención, dotación y horarios de funcionamiento.

TABLA 2-29 OFERTA DE PRESTACIONES DE LA RED LOCAL DE URGENCIAS

Centro o componente	Horario	Área de influencia	Cartera de prestaciones	Recurso Médico
CESFAM La Pincoya	44 hrs semanales de 8:00 a 17:00 hrs días hábiles	Unidades vecinal 1,2 (azul),3 (rojo) y 8 (verde)	Emergencias vitales dentro del centro y/o en consulta espontánea. Urgencia odontológica	Médico de llamado
CESFAM Dr. Salvador Allende	44 hrs semanales de 8:00 a 17:00 hrs días hábiles	Unidades vecinal 4,5(rojo), 6 y 7 (verde)	Emergencias vitales dentro del centro y/o en consulta espontánea. Urgencia odontológica	Médico de llamado
CESFAM El Barrero	44 hrs semanales de 8:00 a 17:00 hrs días hábiles	Unidades vecinales 9,10,15 (verde) 11, 12, 13 y 14 (azul)	Emergencias vitales dentro del centro y/o en consulta espontánea. Urgencia odontológica	Médico de llamado
SAR La Pincoya	123 Hrs semanales vespertino y nocturno de 17:00 a 8:00 hrs días hábiles y 24 hrs días sábado, domingos y festivos- Estrategia de SAR 24 horas según requerimientos de pandemia COVID19 y/o campaña de invierno	Sector oriente comuna de Huechuraba	Consultas y procedimientos médicos de urgencia, Radiología Básica, POC de urgencia, telemedicina ECG, Constatación de lesiones y alcoholemias.	289 hrs Médicas distribuidas en horarios de mayor consulta
SAPU Los Libertadores	67 Hrs semanales vespertino y nocturno de 17:00 a 00:00 hrs días hábiles y 8:00 a 00:00 hrs días sábado, domingos y festivos	Sector poniente comuna de Huechuraba	Consultas y procedimientos médicos de urgencia, telemedicina ECG, Constatación de lesiones. Apoyo en SAR pararadiología.	77 hrs médicas distribuidas en horarios de mayor consulta
SAMU Metropolitano	24 Hrs continuado	Región metropolitana	Atención y traslado prehospitalario de emergencia	Médico solo en Ambulancias avanzadas M3, tripulaciones tres personas que siempre contempla al menos 1 profesional de la salud reanimador.
Urgencia Hospital San José	24 Hrs continuado	Comunas del Servicio Salud metropolitano norte	Atención de urgencia adulto	Médicos especialistas área médica, cirugía, urgencia adulto
Urgencia Hospital Roberto del Rio	24 Hrs continuado	Comunas del Servicio Salud metropolitano norte	Atención de urgencia adulto	Médicos especialistas área médica, cirugía, urgencia adulto

Fuente: elaboración en base a programa operativo anual centros de salud Huechuraba y orientaciones técnicas servicio de atención de urgencia de alta resoluntividad

6.6.2. Demanda

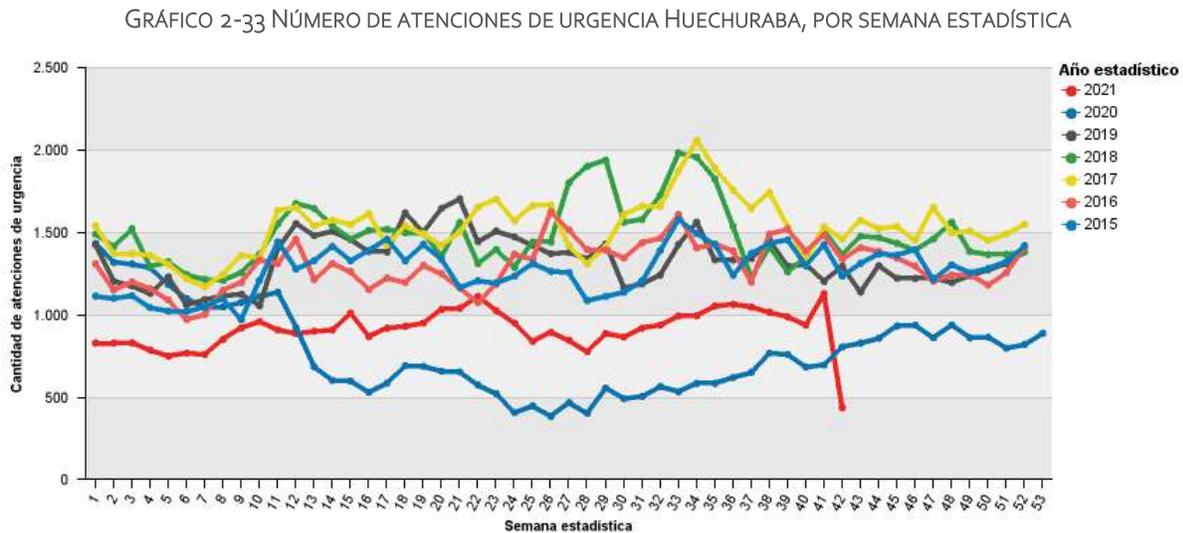
En horario diurno la demanda y responsabilidad de la atención de urgencia local prehospitalaria es absorbida por los dispositivos SAMU, complementariamente las ambulancias de la red APS prestan apoyo y concurren frente al llamado espontaneo de la comunidad con preferencia de dispositivos SAMU en emergencias vitales.

La demanda espontanea de atención de urgencia diurna presencial es distribuida en atenciones de morbilidad y atenciones de urgencia donde a propósito de COVID19 las atenciones de los dispositivos APS tienen la confluencia de las atenciones asociadas a pandemia junto con las asociadas a prestaciones de urgencia no COVID19.

Así la demanda espontanea de atención de urgencia en horario vespertino se realiza a través de dispositivos que dan continuidad de atención que corresponden a los dispositivos SAR La Pincoya en el sector oriente y Sapu Los Libertadores en el sector poniente de nuestra comuna los cuales al igual que los dispositivos diurnos entregan atenciones asociadas a prestaciones de urgencia tanto para usuarios que consultan por cuadros habituales o asociados a pandemia COVID19.

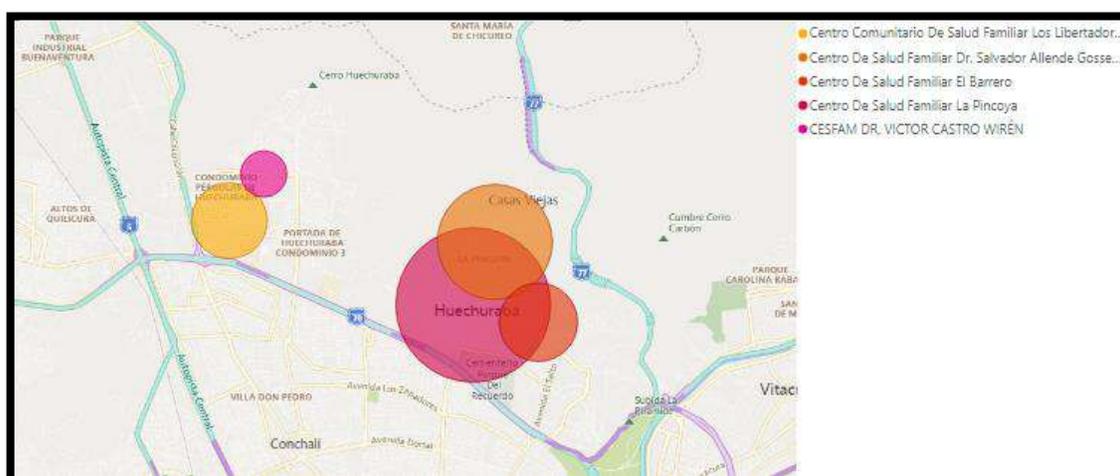
6.6.3. Caracterización de demanda SAPU-SAR

A propósito de los efectos de la pandemia COVID19 durante el año 2020 se produjo una drástica caída en la consulta de urgencia, así durante el año 2021 se observa una recuperación de la consulta sin que ésta aún alcance los niveles habituales de consulta espontanea, probablemente el temor a contraer la enfermedad y la obligatoriedad de medidas de aislamiento han determinado en gran medida este comportamiento.



Fuente: Departamento de estadística SSMN, datos DEIS MINSAL

ILUSTRACIÓN 2-4 MAPA DE ATENCIONES DE URGENCIA, POR ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN DE USUARIOS



Fuente: Red de Urgencias

La demanda de atención de urgencia correspondió a 36.521 atenciones, las cuales se concentraron principalmente en el sector oriente de la comuna dando cuenta de un 84.86% del total de las atenciones de urgencia de la comuna.

TABLA 2-30 ATENCIONES DE URGENCIA, SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN DE POBLACIÓN AUTORIZADA

Etapa del curso de vida	CESFAM La Pincoya	CESFAM El Barrero	CESFAM Dr. Víctor Castro W.	CESFAM Dr. Salvador Allende G.	CECOSF Los Libertadores	Totales
Infantil	4,84%	1,33%	0,13%	3,10%	1,16%	10,55%
Adolescencia	7,74%	2,70%	0,26%	5,86%	2,02%	18,59%
Adulthood	23,53%	8,27%	1,07%	15,28%	7,57%	55,72%
Adulthood mayor	6,83%	1,76%	0,59%	3,88%	2,08%	15,14%
Total	42,94%	14,07%	2,04%	21,12%	12,83%	100,00%

Fuente: Red de Urgencias

Desagregando por centro de salud un 42.94% de las atenciones realizadas a usuarios per capitados se realizaron a usuarios de CESFAM La Pincoya por otra parte destacan las atenciones del ciclo del adulto en la red de urgencia local lo cual es un fenómeno transversal a todos los centros de salud y la diferencias entre centros de salud responden a cada una de sus poblaciones autorizadas.

TABLA 2-31 ATENCIONES DE URGENCIA, SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN DE POBLACIÓN AUTORIZADA Y CICLO VITAL.

CICLO VITAL	CESFAM La Pincoya	CESFAM El Barrero	CESFAM Dr. Víctor Castro W.	CESFAM Dr. Salvador Allende G.	CECOSF Los Libertadores	Totales
Infantil	12,61%	10,40%	6,31%	12,28%	9,68%	11,69%
Adolescencia	53,60%	57,17%	54,63%	53,37%	57,42%	54,56%
Adultez	17,91%	19,40%	13,02%	20,66%	16,20%	18,57%
Adultez mayor	18,88%	13,03%	26,04%	13,69%	16,70%	15,18%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Red de Urgencias

La consulta de los usuarios del ciclo del adulto en todos los centros de salud es una tendencia permanente en los dispositivos de urgencia lo que debe ser tomado en cuenta para el análisis la oferta APS.

TABLA 2-32 PORCENTAJE DE ATENCIONES DE URGENCIA DE USUARIOS MIGRANTES, POR CENTRO DE SALUD

Nacionalidad	Centro Comunitario De Salud Familiar Los Libertadores	Centro De Salud Familiar Dr. Salvador Allende Gossens (Huechuraba)	Centro De Salud Familiar El Barrero	Centro De Salud Familiar La Pincoya	CESFAM DR. VICTOR CASTRO WIRÉN	Total
VENEZUELA	9,86%	1,49%	1,72%	6,54%	8,03%	27,64%
PERU	5,62%	4,47%	3,56%	10,67%	1,38%	25,69%
HAITI	3,78%	5,39%	4,13%	6,77%	0,69%	20,76%
COLOMBIA	1,38%	2,41%	0,69%	3,44%	1,38%	9,29%
BOLIVIA	0,57%	0,80%	0,92%	3,21%	0,11%	5,62%
ECUADOR	0,34%	1,38%	0,46%	1,95%		4,13%
ARGENTINA		0,11%	0,57%	0,80%	0,57%	2,06%
DOMINICA		0,80%	0,69%	0,34%		1,83%
REPUBLICA DOMIN	0,34%	0,57%	0,11%	0,46%		1,49%
Paraguay			0,11%	0,23%		0,34%
CUBA					0,23%	0,23%
ESPAÑA	0,23%					0,23%
REINO UNIDO					0,23%	0,23%
Brasil			0,11%			0,11%
HONDURAS					0,11%	0,11%
México					0,11%	0,11%
Total	22,13%	17,43%	13,07%	34,52%	12,84%	100,00%

Fuente: Red de Urgencias

Si bien la población migrante que consulta en los dispositivos de urgencia corresponde a un 2,96% como subgrupo destaca en el sector poniente la población venezolana, por otra parte, en el sector oriente la población extranjera es de nacionalidad peruana, así mismo de centros de salud destaca la concentración de atenciones de urgencia de población extranjera inscrita en CESFAM La Pincoya, pudiendo ser efecto derivado de la distribución de población autorizada.

TABLA 2-33 PORCENTAJE DE ATENCIONES DE URGENCIA DE USUARIOS MIGRANTES, POR CENTRO DE SALUD

NOMBRE CENTRO	C1	C2	C3	C4	C5	Totales
CESFAM La Pincoya	0,11%	1,73%	4,27%	28,62%	8,24%	42,96%
CESFAM El Barrero	0,03%	0,53%	1,50%	9,46%	2,59%	14,12%
CESFAM Dr. Víctor Castro W.	0,04%	1,20%	2,97%	18,20%	5,70%	28,11%
CESFAM Dr. Salvador Allende G.	0,01%	0,01%	0,03%	0,55%	1,40%	2,00%
CECOSF Los Libertadores	0,01%	0,04%	0,24%	2,75%	9,77%	12,81%
TOTAL	0,20%	3,51%	9,01%	59,57%	27,70%	100,00%

Fuente: Red de Urgencias

De la categorización de urgencia, según sistema ESI de Triage (severity index score), el 87,27% del total de atención fueron realizadas a las categoría C₄-C₅ asimilables a una consulta de morbilidad en dispositivos de salud familiar diurnos, sin perder de vista de que la consulta de la población adulta está particularmente determinada a sus horarios laborales.

TABLA 2-34 LOS 20 DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN ATENCIONES DE URGENCIA, POR CICLO VITAL.

Diagnostico	Ciclo del Adolescente	Ciclo del Adulto	Ciclo del Adulto Mayor	Ciclo del Niño	Total
COVID-19, VIRUS NO IDENTIFICADO	4,22%	10,25%	1,40%	1,94%	17,81%
INFECCION CORONAVIRUS	3,12%	7,61%	1,17%	0,91%	12,81%
ATENCION MEDICA	1,32%	4,47%	1,38%	1,22%	8,39%
GASTROENTERITIS AGUDA	1,98%	3,59%	0,66%	1,17%	7,41%
CONTUSION	1,56%	3,15%	0,97%	1,54%	7,23%
RESFRIO COMUN	1,18%	2,38%	0,27%	1,51%	5,34%
RINOFARINGITIS AGUDA	0,97%	1,95%	0,11%	1,45%	4,47%
FARINGITIS AGUDA	1,10%	2,34%	0,21%	0,72%	4,37%
COLITIS Y GASTROENTERITIS	0,81%	2,07%	0,41%	0,54%	3,84%
COLON IRRITABLE	0,59%	1,99%	0,63%	0,08%	3,29%
CEFALEA	0,52%	2,15%	0,48%	0,05%	3,20%
GASTRITIS AGUDA	0,63%	1,83%	0,27%	0,10%	2,83%
DOLOR ABDOMINAL	0,54%	1,43%	0,40%	0,35%	2,72%
LUMBAGO	0,25%	2,10%	0,34%		2,70%
COLICO BILIAR	0,41%	2,07%	0,15%		2,62%
CRISIS HIPERTENSIVA	0,06%	1,33%	0,93%		2,32%
INFECCION URINARIA	0,31%	1,33%	0,50%	0,17%	2,31%
OB SINDROME COLON IRRITABLE	0,29%	1,40%	0,50%		2,19%
HIPERTENSION ARTERIAL	0,20%	1,34%	0,59%		2,13%
SANO	0,39%	1,28%	0,17%	0,20%	2,03%
Total	20,45%	56,05%	11,55%	11,95%	100,00%

Fuente: Red de Urgencias

Al determinar los 20 primeros diagnósticos más frecuentes en urgencia según estándar CIE-10 da cuenta de la predominantemente de consulta asociadas a COVID19 en un 30.62% del total de consultas.

6.6.4. Policonsulta

Se considera policonsulta el uso del dispositivo por más de 7 veces en un año calendario con un total de 351 en dicha categoría que dan cuenta de 3.523 atenciones con un promedio de 10.3 consultas en un año de ellos 136 superan las 10 consultas en el periodo.

TABLA 2-35 NÚMERO DE ATENCIONES EN UN AÑO CALENDARIO ASOCIADAS A POLICONSULTA.

Centro	Recuento de DAU
Centro Comunitario De Salud Familiar Los Libertadores	423
Centro De Salud Familiar Dr. Salvador Allende Gossens (Huechuraba)	885
Centro De Salud Familiar El Barrero	367
Centro De Salud Familiar La Pincoya	1821
CESFAM DR. VICTOR CASTRO WIRÉN	27
Total	3523

Fuente: Red de Urgencias

TABLA 2-36 NÚMERO DE USUARIOS POLICONSULTANTES EN UN AÑO CALENDARIO

Centro	Recuento de Rut_Paciente
Centro Comunitario De Salud Familiar Los Libertadores	46
Centro De Salud Familiar Dr. Salvador Allende Gossens (Huechuraba)	87
Centro De Salud Familiar El Barrero	41
Centro De Salud Familiar La Pincoya	174
CESFAM DR. VICTOR CASTRO WIRÉN	3
Total	351

Fuente: Red de Urgencias

6.6.5. Usuarios con patología crónica descompensada

En relación a pandemia COVID19 la continuidad de la estrategia COMGES 11.1 que tiene por objetivo el rescate de usuarios con patología crónica descompensada se reactiva para dar continuidad a la derivación de usuarios con patologías crónicas descompensadas durante último trimestre 2021.

6.7. Red Oftalmológica Comunal de Unidades de Atención Primaria (UAPO)

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica, UAPO, tiene como objetivo principal contribuir a mejorar la capacidad resolutive de la Red Asistencial, mejorando el acceso y oportunidad en la atención, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcado en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

La comuna de Huechuraba, desde el período 2021, cuenta con tres Unidades que dan cobertura territorial a los usuarios que permanecen en Lista de Espera conformando una Red Oftalmológica comunal de Unidades de Atención Primaria con dos dispositivos adheridos a los CESFAM El Barrero y Dr. Víctor Castro W., además de una Unidad Móvil de última generación. Su cartera de prestaciones es:

TABLA 2-37 CARTERA DE PRESTACIONES UAPO HUECHURABA

UAPO CESFAM El Barrero y CESFAM Víctor Castro W	UAPO Móvil:
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas Vicios de Refracción • Consulta de Oftalmólogo • Urgencias • Control de Glaucoma (CTA) • Entrega de Lentes • Vicios de Refracción GES • Fondo de Ojo presencial con oftalmólogo • Fondo de Ojo con cámara retinal no midriática (Telemedicina) • Educación, promoción y prevención de patologías oculares crónicas, así como también operativos oftalmológicos preventivos junto a la comunidad. • Derivación secundaria de patologías GES oftalmológicas (Cirugía de catarata, Retinopatía Diabética, Trauma ocular grave, Desprendimiento de retina, Retinopatía del prematuro, Estrabismo en menores de 9 años y Vicios de refracción en mayores 65 años). 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas Vicios de Refracción • Entrega de Lentes • Control de Glaucoma • Urgencias • Vicios de Refracción GES • Educación, promoción y prevención de patologías oculares crónicas, así como también operativos oftalmológicos preventivos junto a la comunidad. • Derivación secundaria de patologías GES oftalmológicas (Cirugía de catarata, Retinopatía Diabética, Trauma ocular grave, Desprendimiento de retina, Retinopatía del prematuro, Estrabismo en menores de 9 años).

Fuente: Registro local

La UAPO gestiona Lista de Espera de consulta nueva de especialidad, que corresponde a las derivaciones por vicios de refracción y consultas oftalmológicas, además de procedimientos diagnósticos, que corresponden a Fondo de Ojo (exploración vitreoretinal). Las derivaciones a esta Unidad corresponden para usuarios de 15 y más años, quienes por protocolo pertenecen a Lista de Espera NO GES hasta los 64 años y GES para los usuarios de 65 y más años. Los usuarios menores de 15 años se derivan al Hospital Roberto del Río.

Las SIC son triadas por el médico contralor de cada centro de salud (establecimiento de origen) y posteriormente validadas por la Tecnóloga Médica en la UAPO (establecimiento de destino), dando prioridad de atención según cada caso. Este último proceso da paso a atenciones prioritarias en las agendas, dependiendo de la gravedad del caso en cuestión, y se valida de acuerdo a colores rojo, amarillo y verde, de menor a mayor tiempo de espera de atención respectivamente. El mapa de derivación comunal asigna una UAPO de referencia según el territorio correspondiente: CESFAM El Barrero deriva a UAPO El Barrero, CESFAM Víctor Castro W. y CECOSF Los Libertadores derivan a UAPO Víctor Castro W., en tanto CESFAM La Pincoya y CESFAM Salvador Allende G. derivan a UAPO Móvil.

Los SOMES y Encargados GES RED de los distintos centros de salud de la comuna trabajan en el agendamiento de horas en base a sus listas de espera interna; por antigüedad, prioridad de atención y tipo de lista de espera (consulta y/o procedimiento) y son los responsables de gestionar contactos. La lista de espera se actualiza de forma diaria, registrando los egresos de las SIC de los usuarios atendidos por las distintas prestaciones de la UAPO y correspondiente Contra-referencia. También permite el monitoreo de lista de espera de casos derivados a la atención secundaria, casos No pertinentes y monitoreo de egresos administrativos.

Los principales indicadores de la UAPO son:

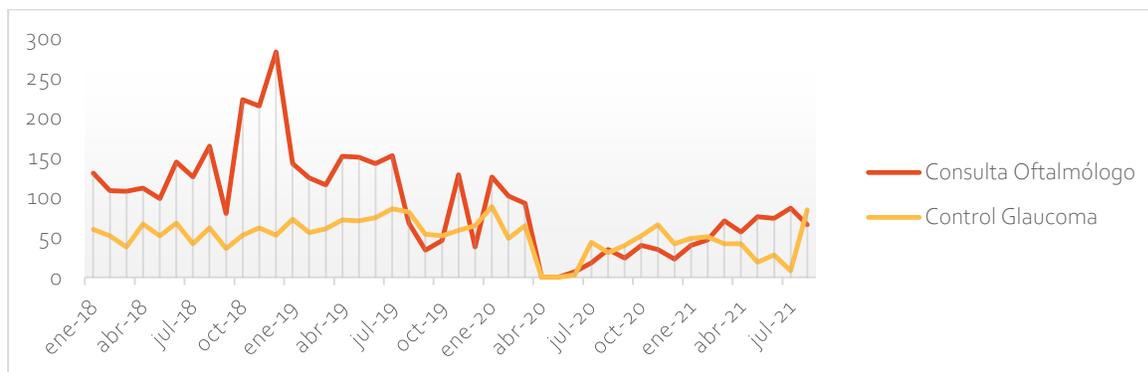
TABLA 2-38

Indicador	Resultado al corte	Porcentaje de cumplimiento
Atenciones Oftalmólogo	895/2.094	42.74
Consulta Vicios de Refracción	1.773/2.300	77.09
Retinografías	1.253/2.200	56.95
Lentes Entregados	1.624/2.208	73.55

Fuente: REM.

Evaluación planificación 2020-2021

GRÁFICO 2-34 CONSULTA NUEVA OFTALMÓLOGO Y CONTROLES DE GLAUCOMA, PERÍODO ENERO 2018-AGOSTO 2021



Fuente: registro estadístico mensual

Tal como muestra el gráfico, durante el periodo evaluado, los controles de glaucoma se mantienen estables en el tiempo, salvo el periodo pandémico entre marzo y junio 2020 donde se monitoreó de forma telefónica los casos de Glaucoma avanzado. Respecto a las consultas nuevas de médico Oftalmólogo, es que éstas han tenido un repunte posterior al periodo más crítico de la Pandemia, alcanzando los 518 durante el período 2021, donde se han ido resolviendo los casos en orden de lista de espera priorizada, superando las 503 atenciones realizadas durante 2020, pero muy por debajo de las 1.298 realizadas el año 2019.

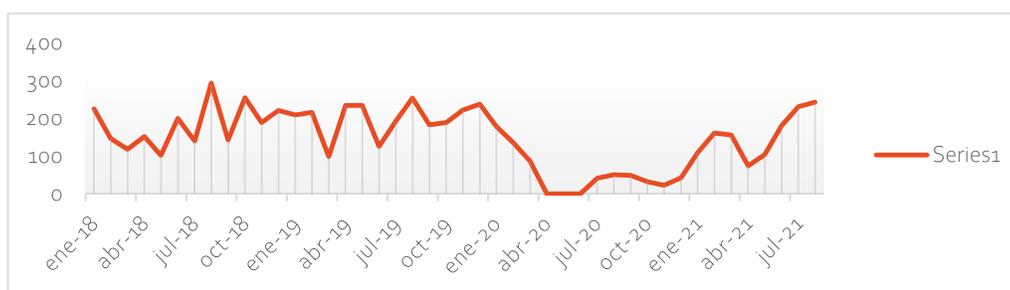
GRÁFICO 2-35 ATENCIONES DE VICIOS DE REFRACCIÓN, PERÍODO ENERO 2018-AGOSTO 2021



Fuente: registro estadístico mensual.

Las atenciones por Vicio de refracción se mantenían en el rango de 150-200 casos mensuales hasta antes del periodo pandémico. Luego, a principios de julio 2020 es donde las atenciones vuelven a ser parte de las prestaciones otorgadas a la población tras el extenso confinamiento, alcanzando únicamente 870 atenciones el año pasado. En marzo 2021 (donde se incorporan las estrategias UAPO Dr. Víctor Castro W. y UAPO móvil) se evidencia un incremento de las atenciones logrando una cobertura a niveles pre pandémicos con 1.772 atenciones al mes de agosto 2021, mejorando considerablemente el acceso a esta prestación en el territorio comunal, se proyecta superar 2.259 atenciones realizadas durante el año 2019. Se precisa una leve disminución en el período mayo – junio 2021 debido a que el equipo UAPO estuvo apoyando la campaña de vacunación contra el COVID-19.

GRÁFICO 2-36 RETINOGRAFÍAS (TELEOFTALMOLOGÍA), PERÍODO ENERO 2018-AGOSTO 2021



Fuente: registro estadístico mensual.

Se evidencia un importante incremento en las atenciones de fondo de ojo por telemedicina (Retinografías) especialmente en los meses de mayo 2021 a la fecha, donde se utiliza una estrategia que dispone agenda exclusiva para esta prestación, alcanzando 1.253 atenciones en lo que ha transcurrido del año, aumentando considerablemente las 633 atenciones que se lograron realizar el período 2020.

6.8. UAPORRINO

Las patologías Otorrinolaringológicas presentan una alta prevalencia en nuestra población y un alto impacto en la calidad de vida futura, por lo que el tratamiento precoz y oportuno permitirá una integración más temprana de estos pacientes al ámbito laboral y familiar. Al ser patologías que están asociadas a nariz, cuello, laringe y oído, la mayoría de ellas afecta al proceso de comunicación, lo que repercute directamente en el desarrollo psicosocial de las personas. Por ello, se hace necesario desarrollar un trabajo en red colaborativo y participativo, integrando el trabajo del especialista otorrinolaringólogo con la actividad de la Atención Primaria de Salud (MINSAL, 2019).

En esa línea, desde el año 2019, la comuna de Huechuraba implementó una Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO) que busca aumentar y potenciar la capacidad resolutoria de la red comunal de salud de Huechuraba, brindando un mayor acceso y oportunidad en la atención a los usuarios y usuarias de 15 a 64 años, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcado en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

La Cartera de Servicios comprende la atención integral de personas mayores de 15 años en las siguientes patologías y procedimientos:

- Extracción de tapón de cerumen y cuerpo extraño.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de síndromes vertiginosos periféricos.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de patología nasal.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de Rinitis, sinusitis.
- Detección, diagnóstico y derivación a nivel secundario de casos que requieran continuidad de atención.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de Hipoacusia, considerando entrega de audífonos, educación sobre su uso, calibración, toma de molde y prueba.

No obstante, esta definición ministerial, eventualmente podría brindarse atención a menores de 15 años y mayores de 64 años, de acuerdo a la patología sospechada y a la disponibilidad de la oferta.

Los principales indicadores de la UAPORRINO son:

TABLA 2-39 INDICADORES UAPORRINO

Indicador	Resultado al corte	%Cumplimiento
Atenciones Otorrino	553/996	55.52%
Consulta Tecnólogo Médico/ Fonoaudióloga	456/2.500	18.24%
Audífonos Entregados	39/260	15%

Fuente: registro estadístico mensual.

Se observa una tendencia a la baja en las atenciones tanto del médico Otorrino como de Tecnólogo Médico, específicamente desde octubre de 2019 intentando regularizarse en los primeros meses del año 2020, las que vuelven a decaer entre abril y julio del mismo año por la situación sanitaria del país, ya que por protocolo UAPORRINO detiene sus consultas en Fase 1. Desde septiembre de 2020 en adelante se observa una tendencia a la normalidad en las atenciones, a pesar de la caída que se muestra en abril del 2021, en donde se vuelven a detener las atenciones del médico y se reducen las del tecnólogo médico producto del confinamiento.

6.9. Salas de Cirugía Menor Ambulatoria

La cirugía menor ambulatoria consiste en procedimientos quirúrgicos hechos bajo anestesia local en la piel, con lo cual pueden ser manejadas ciertas patologías benignas de resolución quirúrgica. Es parte de los objetivos técnicos del MINSAL de que cada comuna pueda dar Resolutividad a estas patologías en APS para así permitir a la atención secundaria poder manejar casos de patologías malignas y/o de alta complejidad. En Huechuraba, esta prestación se realiza en las Salas de Procedimientos Menores, ubicadas en los CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens y Dr. Víctor Castro Wiren.

La Cartera de Servicios comprende la atención integral de personas mayores de 15 años en las siguientes patologías y procedimientos: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma piógeno, Onicectomía, Fibromas.

Los principales indicadores de las Salas de Cirugía Menor son:

TABLA 2-40 INDICADORES CIRUGÍA MENOR

Indicador	Resultado al corte	%Cumplimiento
Procedimientos Quirúrgicos de Baja complejidad realizados	348/1.000	34%

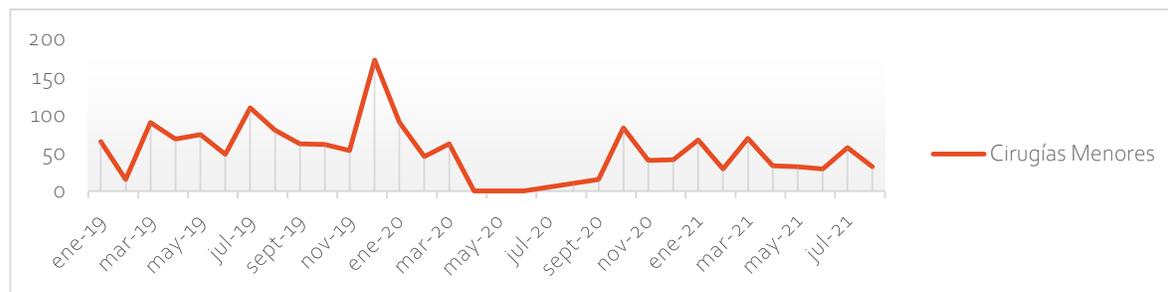
Fuente: REM

Evaluación planificación 2020-2021

Como se indicó en el Plan de Salud del período anterior, actualmente, la derivación a las Salas cuenta con un flujo formalizado a la Lista de Espera mediante el Módulo de Referencia y Contra-referencia, lo que permite un monitoreo de los tiempos de espera y una gestión más fluida en la referencia de usuarios.

Por otra parte, se elaboró un protocolo comunal de Cirugía Menor Ambulatoria con el Objetivo de establecer un abordaje sistemático a los pacientes de la comuna que requieren de intervenciones quirúrgicas de baja complejidad, según los lineamientos del Ministerio de Salud.

GRÁFICO 2-37 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD REALIZADOS, PERÍODO ENERO 2018-AGOSTO 2021



Fuente: REM.

Como se observa, las atenciones de cirugía menor se han visto reducidas debido al contexto sanitario, retomando cierta normalización desde septiembre de 2020. A la fecha, se ha reforzado con dos médicos esta estrategia. Además, la Sala del CESFAM Dr. Víctor Castro W. se encuentra operativa aumentando la oferta disponible.

7. Plan de mejoramiento continuo de la calidad y seguridad asistencial.

Iniciando por la evaluación de las acciones realizadas durante el año 2021, considerando el dictamen de superintendencia de salud, que suspende los procesos de acreditación en el mes de marzo de 2020, con el objetivo de concentrar los esfuerzos del equipo en la emergencia sanitaria, contingencia vinculada a la pandemia ocurrida durante los años 2020 - 2021, y el trabajo conforme al estándar relacionado con el programa de calidad y seguridad de la red asistencial de atención primaria de Huechuraba, es que se continúa con las proyecciones para el 2022, alineadas al área de desarrollo definido en el PLADECO 2022-2025, en donde el énfasis estratégico establece asegurar la calidad de la atención de la salud y seguridad del paciente, en pos del mejoramiento de la satisfacción usuaria, definiendo un programa de mejora continua de calidad de la atención, centrado en los ejes de: Acreditación, Gestión Clínica, Satisfacción Usuaria, Comité Científico y Vigilancia epidemiológica.

Se entiende por acreditación, como el proceso periódico de evaluación, al cual se someten voluntariamente los prestadores institucionales que cuenten con autorización sanitaria vigente, respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad, fijados y normados por el Ministerio de Salud.

En tanto, Gestión Clínica, se define como todas las actuaciones conscientes de mejora, que emprende un equipo clínico, sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes. Se ha encontrado evidencia de que el uso de la auditoría y la retroalimentación, mejoran las prácticas profesionales clínicas, por lo que la principal estrategia para abordar esta línea de trabajo, corresponde a las auditorías vinculadas a la oportunidad de mejorar del equipo y sus miembros.

Otro ámbito a desarrollar, lo constituye la Satisfacción Usuaria, que se ha definido por el Ministerio de Salud como el conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia, de acuerdo a las necesidades y exigencias de los beneficiarios del sistema público de salud. Cabe destacar que la satisfacción usuaria, ha estado asociada a participación social, desde los lineamientos ministeriales, pero en la comuna se decidió incorporarlo como un énfasis estratégico de calidad.

En lo que respecta al desarrollo del Comité Científico, el Ministerio de Salud, en la Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020, determinó "Fortalecer la investigación en salud", lo que releva el aspecto sustantivo como herramienta de apoyo a la institucionalidad del sector salud. En respuesta a lo anteriormente planteado, desde el 2018 se pone en funcionamiento el Comité Científico comunal, que tiene como finalidad, impulsar la investigación científica en Atención Primaria de Salud y resguardar que no sean afectados los derechos de los pacientes,

asesorando a los directivos de los establecimientos donde se quiera realizar una investigación. Este comité, está integrado por representantes de los establecimientos y del departamento de salud municipal.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica, es una red encargada la observación, análisis, distribución y factores que inciden en el control de una enfermedad. Este sistema nace con el objetivo de crear una red de vigilancia comunal para enfermedades transmisibles, que permita la recolección, análisis e interpretación de la información epidemiológica, para de esta manera, poder actuar oportunamente.

A continuación, se presenta la evaluación de los ejes desarrollados durante el año 2021, en relación con Calidad y Acreditación, Gestión Clínica, Satisfacción Usuaría, Comité Científico y vigilancia epidemiológica.

7.1. Calidad y Acreditación

Durante este año, en contexto de pandemia mundial, a partir de abril de 2021, se continuó el proceso de preparación de los centros de salud en forma paulatina, para implementar el programa de calidad y seguridad asistencial, con el objetivo de acreditar cada uno de los establecimientos pertenecientes a la comuna. Es así, que comienza el trabajo en las distintas áreas, poniendo en marcha los procesos específicos del programa en cada centro de salud, relacionados principalmente con los ámbitos de la calidad planteados en la pauta de cotejo, renovando y actualizando cada comité de calidad local, como pilar del desarrollo y funcionamiento de los centros de salud.

Además, se han desarrollado otros procesos en distintas áreas, tales como: recursos humanos, área de finanzas, unidad técnica, para contar con los servicios de apoyo a la gestión en cada centro, vinculado a los programas de calidad.

Entre tanto, es necesario mencionar que, durante septiembre de 2021, se realizó una autoevaluación, con la pauta de cotejo de atención abierta, en el CESFAM La Pincoya, quedando pendientes para noviembre EL CESFAM Víctor Castro W., Salvador Allende G. y EL Barrero. Este procedimiento ha sido ejecutado por el equipo de calidad, compuesto por encargada comunal y encargados de cada CESFAM. Los resultados de dicha evaluación son los siguientes:

TABLA 2-41 TABLA DE CUMPLIMIENTO DE CARACTERÍSTICAS DE PAUTA DE COTEJO DE ATENCIÓN ABIERTA DE ACREDITACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, AÑO 2021.

Establecimiento	Características Obligatorias Cumplidas	Porcentaje Caract. Obligatoria	Características NO Obligatorias Cumplidas	Total	Porcentaje Cumplimiento General
CESFAM LA PINCOYA	9	90%	24	33 (54)	61%
CESFAM VICTOR CASTRO	AUTOEVALUACIÓN A REALIZARSE EL 11 Y 12 DE NOVIEMBRE				
CESFAM DR. SALVADOR ALLENDE G.	AUTOEVALUACIÓN A REALIZARSE EL 9 Y 10 DE NOVIEMBRE				
CESFAM EL BARRERO	AUTOEVALUACIÓN A REALIZARSE EL 29 Y 30 DE NOVIEMBRE				

Fuente: Informe pauta de cotejo de atención abierta, departamento de salud, año 2021

Producto de este resultado, es que se realizó un plan de mejora para el segundo semestre del 2021, en relación a las brechas encontradas en el CESFAM La Pincoya, el cual, se encuentra en desarrollo, con la finalidad de obtener un 100% de cumplimiento de características obligatorias, logrando así el estándar mínimo para la presentación al proceso de acreditación. De acuerdo a la planificación, los resultados obtenidos y al desarrollo de los equipos en los centros de salud, es que el último trimestre se presentará al proceso de acreditación el CESFAM La Pincoya.

7.2. Gestión Clínica

Por lo anterior, durante el año 2021, se llevó a cabo el proceso de auditoría médica del registro clínico, donde se evalúa el registro de las atenciones que realiza cada profesional en nuestros establecimientos, y además, se capacita en auditoría médica, a médicos y odontólogos, de los equipos de salud de los establecimientos. Actualmente está en fase de diseño un Plan Maestro de Auditorías en salud, la cual se espera se pueda iniciar su implementación durante el segundo semestre del 2022.

7.3. Satisfacción Usuaría

En el ámbito de la satisfacción usuaria, se ha desarrollado y validado un protocolo de actuación en el ámbito de calidad y dignidad del paciente, único a nivel local. Este instrumento, se ha estandarizado y aplicado en todos nuestros centros de salud, además ha sido recogido por el SSMN, para difundirlo como buena práctica en otros centros de atención de las comunas del área norte de la RM.

En este mismo sentido, se ha fortalecido nuestro dispositivo OIRS, entendiéndola como un mecanismo de participación ciudadana, mediante el funcionamiento permanente de los Comités de Gestión Usuaría en todos los centros, para avanzar en satisfacción, calidad y humanización de la atención.

Finalmente, y gracias al compromiso de los Consejos de Desarrollo Local en Salud, se ha propuesto realizar un levantamiento de información de la Satisfacción Usuaría, que sea altamente representativo de la realidad comunal, a saber:

TABLA 2-42 MUESTRAS POR CESFAM 2021

SATISFACCION USUARIA	MUESTRA	D&D SATISFACCION USUARIA	MUESTRA
CESFAM La Pincoya	109	CESFAM La Pincoya	109
CESFAM El Barrero	90	CESFAM El Barrero	90
Victor Castro-CESCOF Los Libertadores	84	CESFAM Victor Castro-CESCOF Los Libertadores	84
CESFAM SAG	100	CESFAM SAG	100
TOTAL	383		383

Fuente: Unidad Modelo

7.4. Comité Científico

Hasta octubre del 2021, se han presentado cuatro estudios, y durante 2020, se presentó un estudio, dada la generación de alianzas con investigadores en capacitación y evaluación de impacto de intervenciones, y temas de investigación desde la APS.

7.5. Vigilancia epidemiológica

Durante 2020 y 2021, se ha desarrollado un sistema de vigilancia epidemiológica en relación al Sars-COV 2, en conjunto con los centros de salud, articulando la red comunal, además de implementar y actualizar protocolos vinculados directamente a la contingencia actual, relacionada con la pandemia. En esta materia, se modificó el protocolo traslado seguro de pacientes, agregando un anexo en este contexto; se elaboró un protocolo de atención odontológica durante la pandemia, cautelando las acciones en caso de uso de aerosol, exigiendo el uso de elementos protectores personales adecuándose al caso clínico, se implementó un manual de uso de elementos protectores personales para todo el personal. Se elaboró un protocolo de derivación de exámenes de imagenología para el servicio de alta resolutivez de la comuna (SAR); y durante la fase de inmunización de la población, se elaboraron e implementaron los protocolos de vacunación en terreno y de atención de usuarios con reacciones adversas o coincidentes a inmunización en puntos de vacunación. Se sabe que el sistema de vigilancia epidemiológica comunal se fundamenta en trazabilidad, pero además, cuenta con un sistema propio de estadística,

que pudo permitir llevar el registro de las acciones del equipo en su totalidad, facilitando el proceso de recolección de datos, que fueron analizados e interpretados, para tomar las mejores decisiones sobre las medidas a ejecutar.

8. Contexto de Pandemia en el marco del Modelo de Atención Integral

La disrupción del quehacer cotidiano producto del estallido social vivido en nuestro país (octubre 2019) y la actual pandemia (con el primer caso en marzo del año 2020), junto con las fuentes de estrés psicosocial y económico que la acompañan, han afectado significativamente a las familias chilenas y a sus integrantes.

Durante la pandemia las familias se han visto fuertemente afectadas debido al encierro obligatorio producto de las cuarentenas, la pérdida de contacto con sus redes de apoyo habitual, menoscabo económico, afectación directa por la enfermedad COVID-19 de sus integrantes desde presentar cuadros asintomáticos a graves, con eventual fallecimiento de algún miembro y afectación indirecta de la salud de sus miembros como obesidad, estrés, depresión y ansiedad. Además, está reportado un aumento en los índices de violencia intrafamiliar durante el periodo. Frente a lo anteriormente descrito, se releva a la familia en sus distintas composiciones, ésta sigue siendo una fuente de recursos para sus integrantes y, por lo tanto, es deber de los servicios de Atención Primaria de Salud, circunscritos en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y comunitario, apoyar y fortalecer, para que en los tiempos duros que se viven, se mantenga como un espacio protector para los miembros que la componen.

En este contexto, es que se plantea desde la Atención Primaria de Huechuraba la siguiente propuesta de intervención en familias, generando un protocolo de Familia en contexto de Pandemia para detectar las necesidades en las intervenciones familiares. Para ello, se define diferentes líneas de acción en las familias de la comuna, según: necesidades básicas de sobrevivencia, necesidades en el ámbito de la salud mental, necesidad de compensación de enfermedades crónicas de alto riesgo y necesidad de apoyo producto de afección por COVID y con consecuencias complejas (hospitalización, respirador artificial y fallecimiento), con el fin de dar un mayor alcance a los miembros de la comunidad y sus familias, en uno de los escenarios sanitarios más complejos que se ha vivido a nivel mundial.

A partir del escenario de riesgo e incertidumbre producto de la pandemia y crisis sanitaria del año 2020, la acción en salud dejó claro que no se renunciaría a los principios orientadores, tanto del modelo, como de la definición, política, técnica sanitaria y humana. Es así, que la organización de las prestaciones y los equipos definió un profundo sentido preventivo, promocional y participativo, precisamente para conjugar e instalar una relación integral y horizontal que dice relación con los valores y perspectiva ética de la profesión y el compromiso de asumir al otro, desde una perspectiva de derechos. El objetivo fue potenciar la relación “equipo de salud-persona usuaria”, pero desde una mirada familiar y comunitaria para poder sensibilizar-nos respecto a las determinantes sociales presentes en el territorio, las que explican las brechas de acceso en salud.

Desde esta perspectiva, es que la estrategia de cuidados integrales centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, viene a fortalecer el Modelo de Salud, poniendo al individuo como eje central, teniendo como base los principios irrenunciables del Modelo, pasando de la fragmentación de la atención (enfoque paternalista), al cuidado integral en la entrega del cuidado de la salud.

Cabe señalar que las herramientas en salud familiar han permitido avanzar y fortalecer en mayor medida la implementación del Modelo de Salud Familiar en la comuna en tiempos de Pandemia, tales como: Visitas Domiciliarias y Consejerías en modalidades tecnológicas, han favorecido estrategias terapéuticas, facilitando la toma de decisiones, en los equipos de salud.

Si bien, desde la experiencia local, el trabajo de los equipos de salud se ha enfocado en desarrollar acciones coordinadas y virtuosas que atiendan las necesidades de la población desde un enfoque de equidad y determinación social, esta pretensión ha sido compleja, dinámica y ha necesitado de esfuerzos e involucramiento de todos los actores del sector.

La evidencia nacional e internacional entrega luces, en el sentido de orientar la toma de decisión en todos los niveles. A nivel mundial por ejemplo, las recomendaciones de la OMS indican como principios prioritarios los conceptos de Movilizar, Controlar, Contener, Reducir y Desarrollar. Es decir, movilizar a todos los sectores y comunidades, controlar y contener el contagio con acciones de detección y aislamiento rápido y oportuno y en algunos casos con restricciones de movilidad. Acciones que esperan reducir la mortalidad y esperar el desarrollo de vacunas que puedan ofrecerse a escala planetaria.

Estos principios claramente tienen un desarrollo desigual de acuerdo con los contextos y realidades locales, las medidas de control y aislamiento rápidos son claves en este momento.

Hoy las recomendaciones que han generado mayor impacto positivo se resumen en tres ejes:

- Hacer partícipes a las comunidades y movilizarlas para limitar la exposición.
- Coordinación y planificación de estrategias adaptativas.
- Detectar los casos, someterlos a pruebas, aislarlos y atenderlos, monitorearlos y poner en cuarentena a los contactos para controlar la transmisión.

En el contexto local, como hemos planteado, desde un inicio el desarrollo de la estrategia comunal de participación y promoción se ha sustentado en la identificación de actores claves, establecer canales de información formal a nivel territorial y dar continuidad al componente formativo y de educación.

Hoy más que nunca se requiere diseñar e implementar acciones de solución a largo plazo con enfoque de equidad, donde quede de manifiesto la relación virtuosa entre la coordinación de actores, el trabajo intersectorial, la participación social y el desarrollo, en la amplitud del concepto de toda la sociedad. Así surgió la estrategia "vecinas y vecinos, sanas y solidarias", precisamente en el contexto más crudo de la pandemia donde emergieron expresiones de solidaridad orgánica, que se instaló como un hito que incrementa el vínculo entre la comunidad y la respuesta local frente a la crisis.

Y desde el componente formativo, es posible destacar la realización de la "Academia de Saberes en Salud Comunitaria", lo cual se convirtió en un estanque de oxígeno, necesario para todos y todas.

Para el trabajo de este año se propone fortalecer 6 ejes de acción que responden a los ámbitos socio sanitarios de nuestros territorios.

TABLA 2-43 EJES DE ACCIÓN SOCIOSANITARIOS

En el eje sanitario se propone	En la eje socio territorial
Continuidad de operativos de búsqueda activa (BAC) con énfasis territorial de acuerdo a mapeo epidemiológico.	Continuidad y fortalecimiento de las Mesas Barriales como eje articulador (la bisagra)
Apoyo en difusión e identificación de puntos de vacunación.	Formación y educación continua con base social.
Información, movilización y articulación en la gestión de residencias sanitarias.	Iniciar levantamiento de activos comunitarios

Fuente: Unidad Modelo

En marzo 2020 se presentó el primer caso de COVID-19 a Chile, mismo mes en que se declaró una pandemia por COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pandemia que, a la fecha de

octubre 2021, según la Universidad de Johns Hopkins (JHU) ha reportado 241.864.328 de casos de COVID-19, con más de 4.918.534 fallecidos debido a la enfermedad. A nivel nacional, según último informe epidemiológico emitido a la quincena de octubre, se registran 1.674.226 casos confirmados y un total de 48.454 defunciones por COVID-19 acumuladas (año 2020: 22.218; año 2021: 26.236). Las defunciones acumuladas ocurridas entre marzo 2020 y enero 2021 por COVID-19, Confirmado y Probable o Sospechoso, representan el 20.56% del total de defunciones del país, de acuerdo a las observaciones y recomendaciones de la OMS/OPS para la codificación de las defunciones producto del COVID-19. En Huechuraba, MINSAL y DEIS reportan 10.328 casos confirmados y 311 casos fallecidos a la fecha.

En este contexto, la municipalidad de Huechuraba con la dirección del Departamento de Salud ha implementado diferentes estrategias bajo el marco lineal de las políticas públicas de salud mundiales y nacionales, siempre pensando en las necesidades y el bienestar de su población. Estrategias como "FONOCOVID" y "Televigilancia", las cuales abarcando múltiples prestaciones de manera remota han mantenido la red de cobertura municipal, disminuyendo la velocidad de contagio por COVID-19, evitando la pérdida de vidas, acompañando en secuelas tanto físicas, como emocionales y económicas para las familias, orientando a las pacientes y sus familias frente a la necesidad de una atención de salud por COVID-19 y llevar a cabo la Vigilancia Epidemiológica desde los centros de salud comunales.

La estrategia de FONOCOVID corresponde a dos líneas abiertas al llamado de la población, prestando orientación y educación telefónica de los pacientes contagiados y sus familias en materia de COVID-19 y otros, durante el inicio de la pandemia y por la contingencia se dejó un funcionamiento de 24 horas, servicio que actualmente funciona 12 horas todos los días de la semana por la baja de casos y la efectiva contención de la expansión del COVID-19. FONOCOVID es atendido siempre por profesionales de la salud entrenados en vigilancia epidemiológica y que manejan la información tanto comunal como la entregada a nivel central por MINSAL.

La Vigilancia Epidemiológica de la comuna se instaló en los centros de salud a través de encargados de epidemiología, con equipos de salud entrenados en Televigilancia, estrategia que desde julio 2020 hasta fines de septiembre 2021 se centralizó en el Departamento de Salud, con un equipo entrenado en trazabilidad para dar cumplimiento a la Estrategia de Testeo Trazabilidad y Aislamientos (TTA) cumpliendo por los estándares ministeriales exigidos y dando una mayor cobertura a la situación pandemia en la comuna de manera interna y alineada con la SEREMI de Salud.

Desde el inicio de la pandemia se han desarrollado sistemas informáticos que han permitido el registro y procesamiento de la información epidemiológica que corresponde a la comuna, para un mejor manejo territorial, permitiendo, por ejemplo, la elaboración de mapas comunales de calor tanto de casos acumulados, activos y fallecidos que dio la posibilidad de hacer intervenciones territoriales gracias al trabajo colaborativo entre el Departamento de Salud y SECPLAN. Ha permitido un abordaje más completo de los casos con un registro accesible, lo cual permitió formar una buena red de asistencia para cumplir con la estrategia TTA, entregar mejores reportes comunales y una comunicación expedita con el nivel central, logrando elaborar estadísticas que permiten comparar las realidades conocidas desde fuera de la comuna versus un registro local.

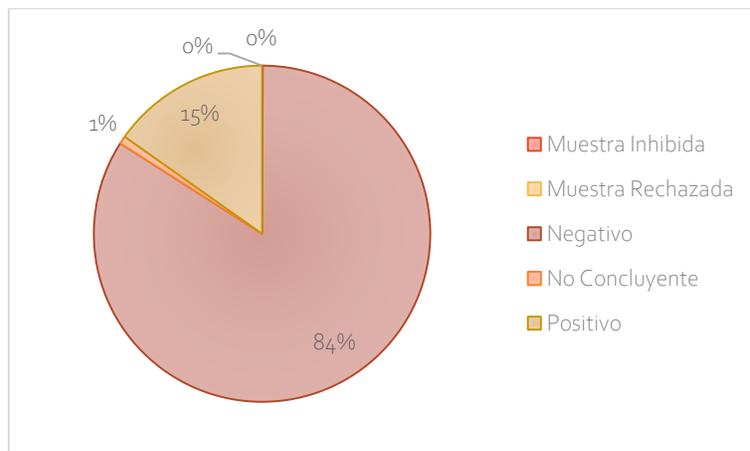
Con motivo de que la pandemia es un problema de salud pública, los residentes de la comuna fueron asignados a los 5 territorios asignados a los centros de salud según su domicilio divididos en unidades vecinales.

A continuación, se presenta la información estadística relacionada con COVID-19 en Huechuraba con corte de octubre 2021:

8.1. Resultados de exámenes PCR y Test de Antígeno realizados a nivel comunal

En el siguiente gráfico se muestra los resultados de los exámenes PCR realizados en operativos y centros de salud de Huechuraba al 21 de octubre del 2021, siendo los exámenes positivos un 18% aproximadamente del total de resultados a la fecha.

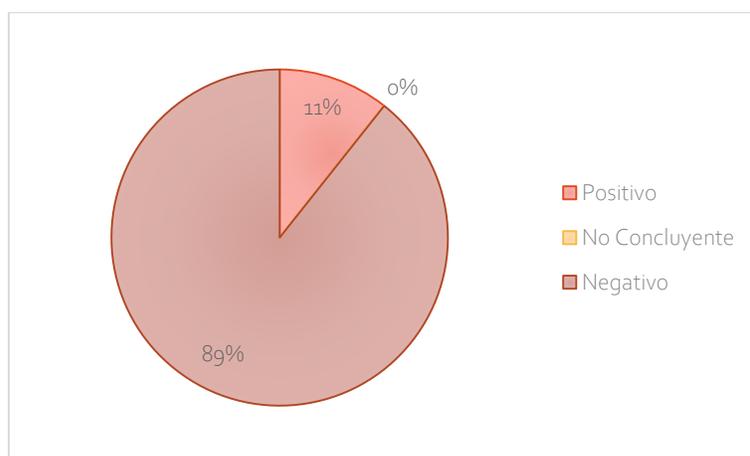
GRÁFICO 2-38 RESULTADOS DE PCR REALIZADOS A NIVEL COMUNAL A OCTUBRE 2021



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

En el año 2021 se empezó a aplicar Test de Antígeno en casos que lo ameritaban según protocolos, en el siguiente gráfico se muestran los resultados a la fecha de los test aplicados, siendo los exámenes positivos un 11% aproximadamente.

GRÁFICO 2-39 RESULTADOS DE TEST DE ANTÍGENO REALIZADOS A NIVEL COMUNAL A OCTUBRE 2021



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

En la siguiente tabla se muestran los resultados de exámenes PCR y Test de Antígeno realizadas en los operativos comunitarios en conjunto con la SEREMI de Salud y centros de salud de Huechuraba al 21 de octubre del 2021, donde destaca el SAR La Pincoya presentando el mayor número de casos positivos por PCR .

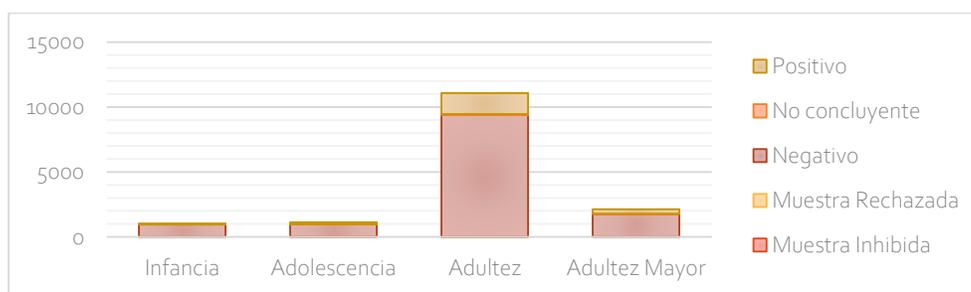
TABLA 2-44 TABLA DE TOMA DE MUESTRAS PCR Y TEST DE ANTÍGENO POR CENTROS DE SALUD Y OPERATIVOS COMUNITARIOS

Lugar de Toma de Muestra	PCR HUECHURABA					Test de Antígeno			Total
	Muestra Inhibida	Muestra Rechazada	Negativo	No Concluyente	Positivo	Negativo	No Concluyente	Positivo	
CECOSF Los Libertadores		1	2048	18	206	366		31	2670
CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren		1	1188	1	103	321		32	1646
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens			802	3	59	1572	1	169	2606
CESFAM El Barrero	1		2838	26	443	613		29	3950
CESFAM La Pincoya		6	4846	39	596	692		87	6266
SAPU Los Libertadores		3	2014	24	495	126		19	2681
SAR La Pincoya	1	2	5550	63	1590	954		185	8345
TOTAL	2	13	19286	174	3492	4644	1	552	28164

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

Los siguientes gráficos muestran los exámenes PCR y Test de Antígeno realizados según el ciclo vital y sexo. Donde el sexo femenino, en el ciclo de adultez presenta mayor realización de PCR y casos positivos, seguidos por el sexo biológico masculino del mismo ciclo.

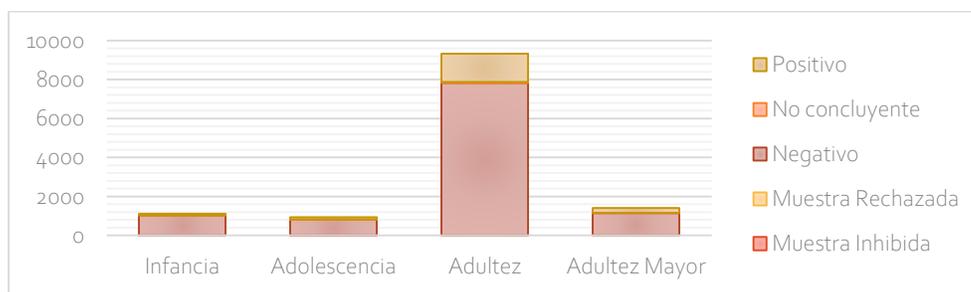
GRÁFICO 2-40 RESULTADOS DE PCR Y TEST DE ANTÍGENO REALIZADOS A NIVEL COMUNAL SEGREGADO POR CICLO VITAL EN EL SEXO FEMENINO.



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

*Infancia de 0 a 9 años, adolescencia 10 a 19 años, adultez 20 a 64 años y adultez mayor de 65 y más años

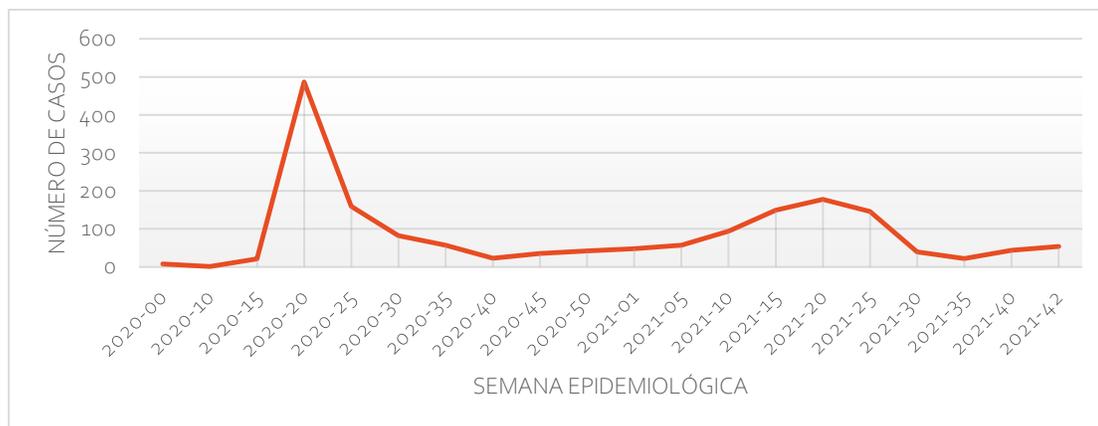
GRÁFICO 2-41 RESULTADOS DE PCR Y TEST DE ANTÍGENO REALIZADOS A NIVEL COMUNAL SEGREGADO POR CICLO VITAL EN EL SEXO MASCULINO.



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

El siguiente gráfico presenta los casos positivos según semana epidemiológica donde se observa el pick de casos comunales entre las semanas 15 y 25 del 2020 y 10 a la 25 del 2021, además de una tendencia al alza en la semana 40 del 2021.

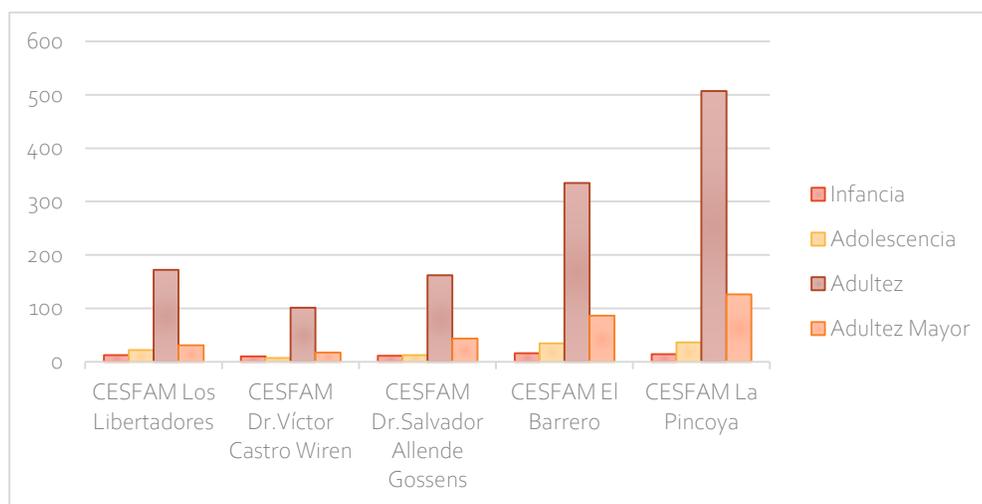
GRÁFICO 2-42 CASOS POSITIVOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 2020 – 2021



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

De los casos positivos presentados en la comuna, se ven distribuidos por centro de salud de Huechuraba y parcelados por grupo de ciclo vital en el siguiente gráfico, donde se observa una concentración de casos en CESFAM La Pincoya a lo largo de la pandemia 2020 – 2021 y en cuanto a ciclo vital, se observa por igual en todos los centros una mayor cantidad de PCR con resultados positivos en el grupo de la Adultez.

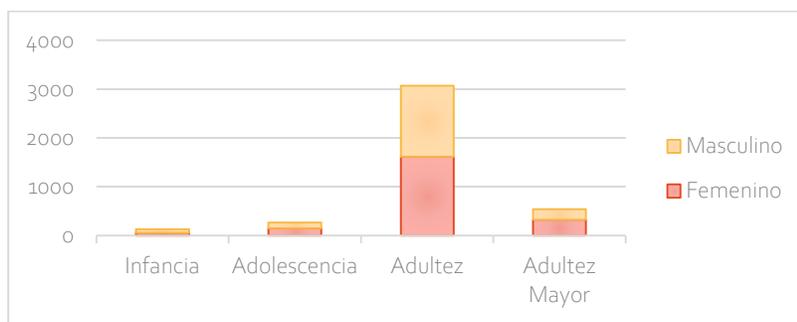
GRÁFICO 2-43 TOTAL DE CASOS POSITIVOS POR CENTRO DE SALUD HUECHURABA Y CICLO VITAL



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

Al graficar los resultados positivos obtenidos en la comuna tanto por toma de exámenes desde los centros de salud, como de los operativos comunitarios, se puede observar una prevalencia de casos positivos de sexo femenino en la mayoría de los grupos del ciclo vital, exceptuando la infancia, donde la mayoría de los resultados 2020-2021 es de toma de PCR a usuarios masculinos.

GRÁFICO 2-44 TOTAL DE CASOS POSITIVOS POR CENTRO DE SALUD HUECHURABA Y CICLO VITAL



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

8.2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada

La tasa actual de incidencia acumulada a la fecha es de 5.091,18, a continuación, se presentan diferentes tablas donde se desglosa la tasa de incidencia por grupo etario y sexo en la comuna, y luego por cada centro de salud de Huechuraba.

TABLA 2-45 TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR SEXO EN LOS GRUPOS DE CICLO VITAL.

Tasa de Incidencia Acumulada	Infancia	Adolescencia	Adultez	Adultez Mayor
Femenino	137,74	223,06	2.011,06	437,22
Masculino	121,75	182,18	1.665,36	311,92

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-46 TASA ACTUAL DE INCIDENCIA PRESENTA POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN CECOSF LOS LIBERTADORES

Tasa de Incidencia Acumulada	Infancia	Adolescencia	Adultez	Adultez Mayor
Femenino	16,00	28,44	200,84	37,32
Masculino	12,44	16,88	159,07	21,33

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-47 TASA ACTUAL DE INCIDENCIA PRESENTA POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN CESFAM VÍCTOR CASTRO WIREN

Tasa de Incidencia Acumulada	Infancia	Adolescencia	Adultez	Adultez Mayor
Femenino	18,66	31,10	250,60	32,88
Masculino	18,66	22,22	190,17	26,66

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-48 TASA ACTUAL DE INCIDENCIA PRESENTA POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN CESFAM EL BARRERO

Tasa de Incidencia Acumulada	Infancia	Adolescencia	Adultez	Adultez Mayor
Femenino	35,55	47,10	487,88	108,42
Masculino	23,99	45,32	403,46	82,65

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-49 TASA ACTUAL DE INCIDENCIA PRESENTA POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN CESFAM DR. SALVADOR ALLENDE GOSSENS

Tasa de Incidencia Acumulada	Infancia	Adolescencia	Adultez	Adultez Mayor
Femenino	40,88	58,65	547,42	135,08
Masculino	35,55	51,54	455,00	87,98

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-50 TASA ACTUAL DE INCIDENCIA PRESENTA POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN CESFAM LA PINCOYA

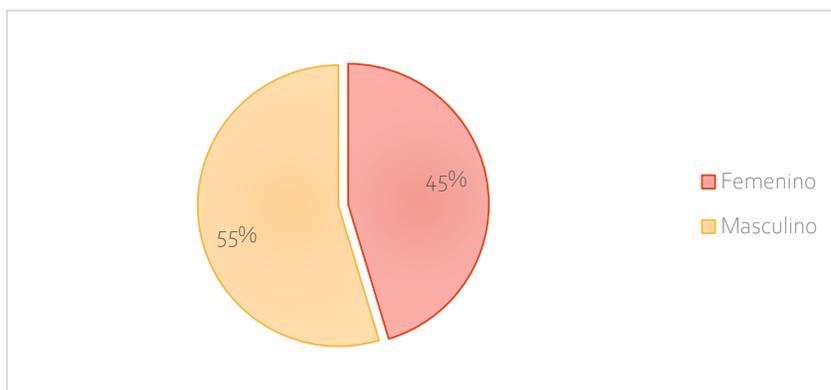
Tasa de Incidencia Acumulada	Infancia	Adolescencia	Adultez	Adultez Mayor
Femenino	26,66	57,76	520,76	123,52
Masculino	31,10	45,32	455,89	87,98

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

8.3. Casos fallecidos y tasas de mortalidad y letalidad

A octubre 2021, Huechuraba presenta 311 casos de defunciones, de los cuales un 45% corresponde a sexo femenino y un 55% de sexo masculino aproximadamente.

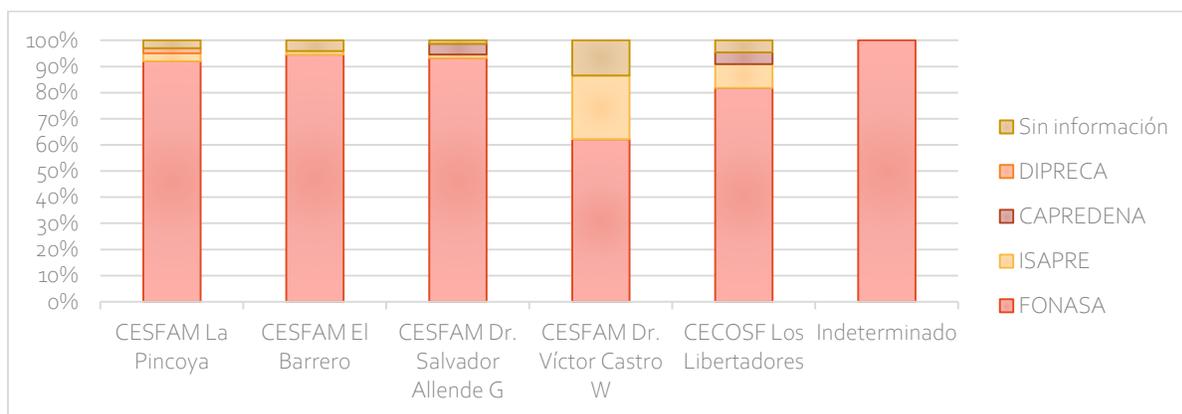
GRÁFICO 2-45 CASOS FALLECIDOS RESIDENTES EN HUECHURABA POR COVID-19 AÑOS 2020-2021



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

Del total de casos fallecidos que se ha recopilado la data conocida, la mayoría se agrupan en el CESFAM La Pincoya, y en todos los centros la mayor cantidad de defunciones tenía previsión FONASA.

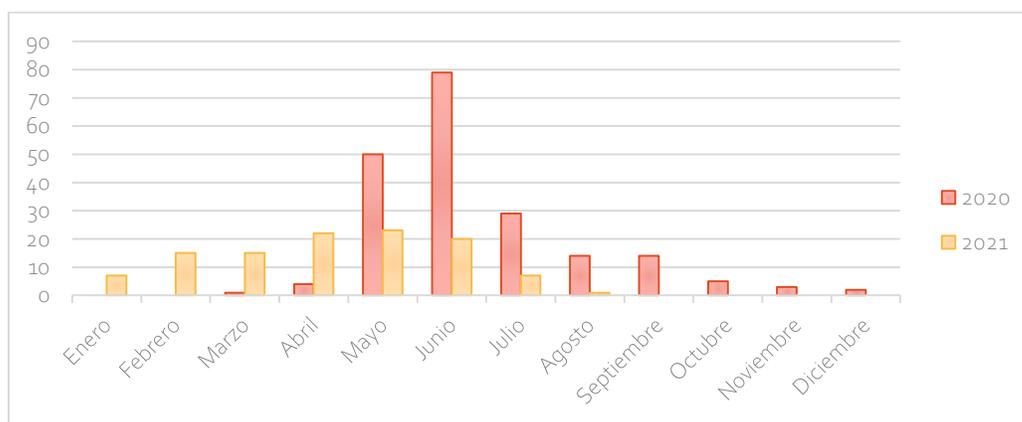
GRÁFICO 2-46 FALLECIDOS POR CENTRO DE SALUD DE HUECHURABA Y PREVISIÓN DE SALUD CONOCIDA



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

Al comparar los casos fallecidos en los meses de evolución de pandemia 2020 versus 2021, se observa en la siguiente gráfica un alza en el periodo de invierno, entre los meses de mayo a agosto, pero significadamente menor en el 2021.

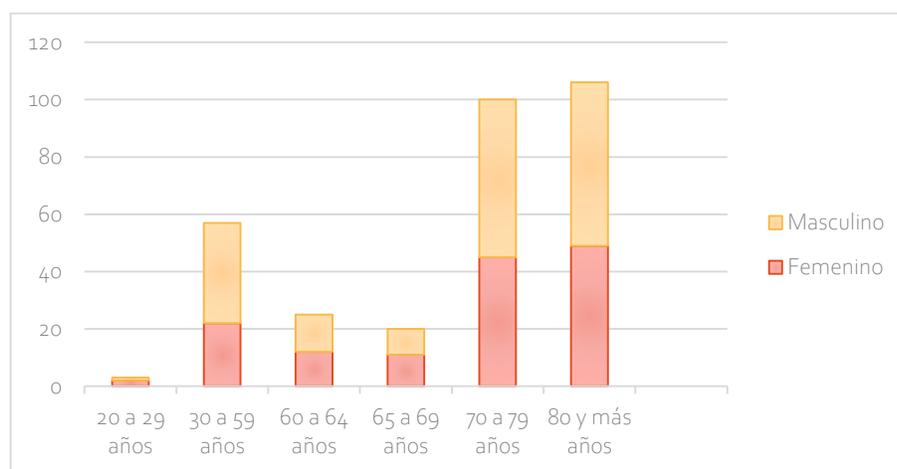
GRÁFICO 2-47 CASOS FALLECIDOS POR COVID-19 COMPARATIVA 2020-2021.



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

La siguiente gráfica muestra la comparación entre casos fallecidos por sexo y por grupo del ciclo vital, evidenciando una mayor cantidad de casos fallecidos de sexo masculino y en ambos sexos mayor cantidad en el grupo de la adultez mayor de 70 años y más.

GRÁFICO 2-48 CASOS FALLECIDOS POR GRUPO DEL CICLO VITAL



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

En las siguientes tablas se muestran los casos confirmados y tasa de incidencia acumulada calcula por 100.000 habitantes, correspondiente a cada centro de salud familiar segregada por ciclo vital y sexo a octubre 2021.

TABLA 2-51 CASOS FALLECIDOS, TASAS DE MORTALIDAD Y LETALIDAD DEL CECOSF LOS LIBERTADORES

Ciclo Vital	Adultez			Adultez Mayor			TOTAL		
Sexo	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad
Femenino				4	13,33	3,55	4	1,61	3,55
Masculino	1	0,84	0,89				1	0,58	0,89
Total General	1	0,84	0,89	4	8,16	3,55	5	1,19	4,44

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-52 CASOS FALLECIDOS, TASAS DE MORTALIDAD Y LETALIDAD DEL CESFAM VÍCTOR CASTRO WIREN

Ciclo Vital	Adultez Mayor			TOTAL		
Sexo	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad
Femenino						
Masculino	1	8,33		1	1,01	0,89
Total General	1	3,70	0,89	1	0,51	0,89

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-53 CASOS FALLECIDOS, TASAS DE MORTALIDAD Y LETALIDAD DEL CESFAM DR. SALVADOR ALLENDE GOSENS

Ciclo Vital	Adultez			Adultez Mayor			TOTAL		
Sexo	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad
Femenino	1	0,54	0,89	2	4,55	1,78	3	1,09	2,67
Masculino				2	9,52	1,78	2	0,97	1,78
Total General	1	0,30	0,89	4	6,15	3,55	5	1,04	4,44

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-54 CASOS FALLECIDOS, TASAS DE MORTALIDAD Y LETALIDAD DEL CESFAM EL BARRERO

Ciclo Vital	Adultez			Adultez Mayor			TOTAL		
Sexo	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad
Femenino				7	10,61	6,22	7	1,83	6,22
Masculino	1	0,50	0,89	8	14,81	7,11	9	2,95	8,00
Total General	1	0,22	0,89	15	12,50	13,33	16	2,33	14,22

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

TABLA 2-55 CASOS FALLECIDOS, TASAS DE MORTALIDAD Y LETALIDAD DEL CESFAM LA PINCOYA

Ciclo Vital	Adultez			Adultez Mayor			TOTAL		
Sexo	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad	Fallecidos	Tasa de Letalidad	Tasa de Mortalidad
Femenino	3	0,78	2,67	12	10,91	10,66	15	2,71	13,33
Masculino	4	1,41	3,55	14	21,21	12,44	18	4,51	16,00
Total General	7	1,05	6,22	26	14,77	23,11	33	3,47	29,33

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

8.4. Gestantes y COVID-19

A continuación, se muestran la población gestante de la comuna que se realizó PCR y los respectivos casos positivos según centro de salud y ciclo vital, presentando el mayor número de casos el CESFAM El Barrero en la adultez seguido por CESFAM Dr. Salvador Allende G. en el mismo grupo del ciclo vital.

TABLA 2-56 GESTANTES Y COVID 19

Centro de Salud	Adolescencia	Adulthood	Total
CECOSF Los Libertadores	0	5	5
CESFAM Dr. Salvador Allende G	1	20	21
CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren	1	10	11
CESFAM El Barrero		24	24
CESFAM La Pincoya	2	16	18
TOTAL	4	75	79

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

8.5. Población Migrante y COVID-19

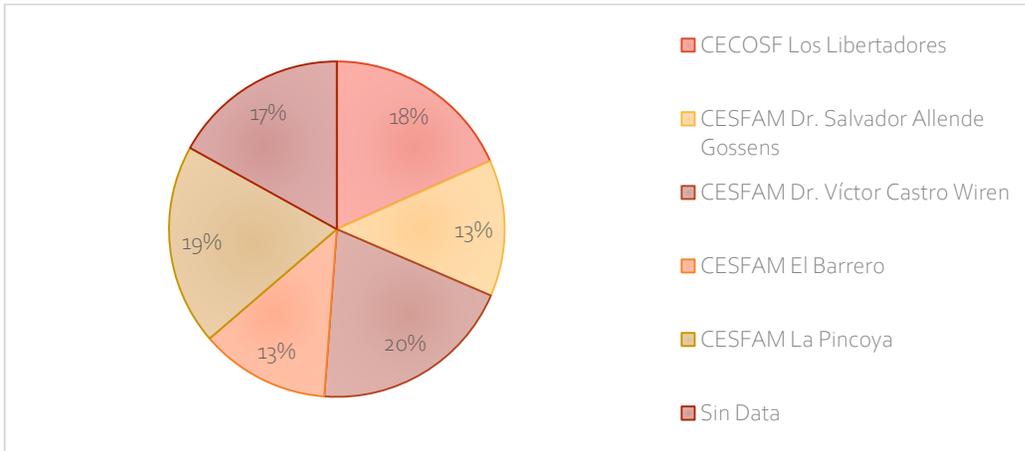
La siguiente tabla y gráfico muestran a la población migrante confirmada por COVID-19 según centro de salud en Huechuraba. Cabe destacar que la población venezolana y peruana presentan una mayor cantidad de casos de confirmados, seguidos por la población colombiana y haitiana. En la tabla, se evidencia que el centro con mayor cantidad de casos de migrantes confirmados es el CECOSF Los Libertadores en el 2020 y CESFAM Dr. Víctor Castro W. en el 2021, concentrando la población en el mismo sector poniente de la comuna.

TABLA 2-57 CASOS MIGRANTES CONFIRMADOS DISTRIBUIDOS POR NACIONALIDAD, CENTRO DE SALUD Y AÑO.

País de origen	CECOSF Los Libertadores		CESFAM Dr. Salvador Allende		CESFAM Dr. Víctor Castro		CESFAM El Barrero		CESFAM La Pincoya		Sin Data		TOTAL
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	
Argentina		2			1	4						3	10
Bolivia	1	1					1		1	1		3	8
Colombia	1	1	3	3		8	4	3		6		5	34
Ecuador		1		1		2		1		3		3	11
Haití	2	2	2	8		1	1	5	3	5		2	31
Perú	3	8	3	9	5		5	5	6	12		6	62
Venezuela	11	19	1	5	3	31	3	4	5	12		19	113
Rep. Dominicana			2	1						1		1	5
Uruguay										1			1
Italia		1						1					2
Brasil						1							1
España						1							1
Irak								2					2
Paraguay								1					1
Sin Data											7		7
TOTAL	18	35	11	27	9	48	14	22	15	41	7	42	289

Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

GRÁFICO 2-49 CASOS MIGRANTES CONFIRMADOS COVID-19 POR CENTRO DE SALUD HUECHURABA

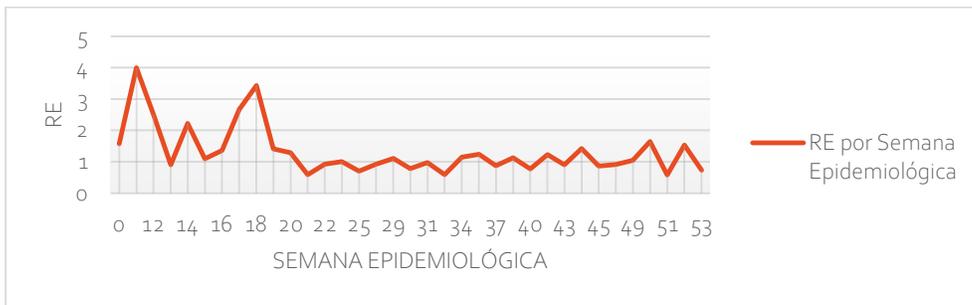


Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

8.6. Número reproductivo efectivo de Huechuraba

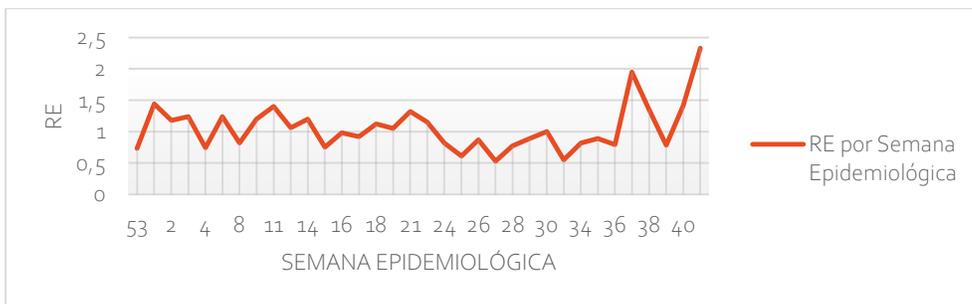
Los siguientes gráficos corresponde al comportamiento del número reproductivo efectivo, en los centros de salud de la comuna según semanas epidemiológicas representativas por año de pandemia, durante las semanas 20 a 43, el RE se mantiene en rangos estables y tendientes a la baja, lo que indica una menor contagiosidad en la población comunal, lo que se ve interrumpido en las semanas finales del 2020 tendientes al alza y un comportamiento poco lineal y tendiente al alza en las semanas del 2021, aumentando exponencialmente en los últimos registros vigentes de las semanas 36 en adelante.

GRÁFICO 2-50 RE COMUNAL POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA REPRESENTATIVA DEL 2020



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

GRÁFICO 2-51 RE COMUNAL POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA REPRESENTATIVA DEL 2021



Fuente: Registro comunal plataforma Alacer de casos COVID, DEPSA

8.7. Vacunación y COVID-19

A fines del 2020 inició la campaña de vacunación y a la fecha hay un total de 6.691.807.681 personas vacunadas en el mundo según la JHU. En Chile se han aplicado un total 136.425 dosis de SINOVAC, seguidas por 45.387 dosis de Pfizer, 13.582 dosis de Astrazeneca y 2.916 de Cansino. En la siguiente tabla se observa la cantidad de usuarios vacunados según los registros del DEIS y MINSAL en cuanto a vacunación en la comuna.

TABLA 2-58 VACUNAS ADMINISTRADAS CAMPAÑA SARS-COV-2

Comuna	1ra Dosis	2da Dosis	Única Dosis	Refuerzo
Huechuraba	84.065	81.783	2.916	29.546

Fuente: DEIS, MINSAL 2021.

TABLA 2-59 VACUNAS ADMINISTRADAS CAMPAÑA SARS-COV-2 POR CENTRO DE SALUD DE LA COMUNA

Establecimiento	1ra Dosis	2da Dosis	Única Dosis	Refuerzo
CESFAM La Pincoya	18.206	17.610	766	5.952
CESFAM El Barrero	6.851	6.718	246	3.085
CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren	22.324	22.944	726	9.436
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	25.557	24.564	886	6.942
CECOSF Los Libertadores	10.127	9.947	292	4.131
TOTAL	84.065	81.783	2.916	29.546

Fuente: DEIS, MINSAL 2021.

8.8. Rehabilitación Post COVID-19.

La rehabilitación post COVID 19 se centra en mejorar la calidad de vida de las personas que quedan con secuelas producto del virus SARS-CoV-2, estudios indican que luego de dos meses del inicio del cuadro clínico, el 87,4% persisten con a lo menos 1 síntomas y un 55% con a lo menos 3, prevaleciendo la fatiga y disnea en la mitad de los casos, el dolor articular y el dolor torácico en 2 de cada 10 usuarios que lo sufren.

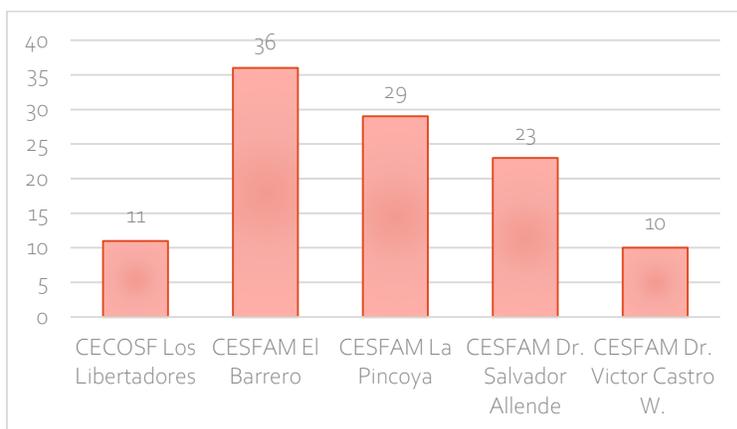
Por otro lado, las secuelas de la enfermedad crítica pueden permanecer hasta 5 años posterior al alta.

En la actualidad nuestra comuna cuenta con una sala de rehabilitación post COVID-19, que comenzó en abril del presente año y funciona con un equipo de profesionales compuesto por dos kinesiólogos y una fonoaudióloga, financiada con recursos ministeriales mediante el convenio Estrategia de refuerzo en APS para enfrentar pandemia COVID-19 en la atención primaria de salud de la red asistencial, cuya función principal es la de cubrir de manera integral la demanda por rehabilitación de aquellos usuarios que quedan con secuelas post COVID 19 como problemas respiratorios, disnea al esfuerzo, debilidad muscular, trastornos neuromusculares, desacondicionamiento físico, trastorno de la deglución leve o moderada, trastorno de la comunicación etc.

Durante el año 2021, 110 usuarios se han visto beneficiarios de esta estrategia, mejorando la sensación de disnea, recuperando su función pulmonar, logrando mejorar su calidad de vida.

En el siguiente gráfico se observan los ingresos a rehabilitación post COVID 19 de cada centro de salud, siendo el CESFAM El Barrero quien a presentado una mayor cantidad de ingresos.

GRÁFICO 2-52 INGRESOS REHABILITACIÓN POST COVID 19



Fuente: Registro comunal, rehabilitación post COVID, DEPSA

8.9. Conclusión

Dado el impredecible avance de la pandemia a lo largo del 2020 y 2021, se puede evidenciar una constante de cambios y adecuaciones a los protocolos para mantener el control de los contagios de COVID-19, manejados comunalmente desde la imagen amplia territorial que permitió abordar desde los determinantes sociales más marcados en la comuna los planes a seguir. Donde se concentró la ayuda y pesquisa de casos territorial en los sectores más vulnerables y prestando atención a los sectores de mejor situación que dan indicio del comportamiento externo a la comuna, logrando mantener la comunicación entre los intersectores de la comunidad de Huechuraba.

Después del largo período de confinamiento, se han podido adaptar los protocolos según ha avanzado la comuna en las fases del Plan Paso a Paso implementado por MINSAL, permitiendo el restablecer atenciones presenciales, reagendando los controles para programas de salud que tratan enfermedades crónicas, muchas de las cuales han sufrido descompensaciones por la imposibilidad de atención o miedo colectivo al contagio, y que han dejado otra clase de secuelas, se ha evidenciado internacionalmente la importancia de la salud mental, lo que ha planteado un desafío para la carta de prestaciones disponibles en la comuna.

La mayor presencialidad de las labores en salud, permitió volver al contacto más cercano con los usuarios, logrando una mejor llegada a cubrir las necesidades que se han ido presentando tras la gran ola de desempleo, un aumento de las necesidades básicas, aumento de la población migrante y aumento de contagios en diferentes focos comunales. Contacto que durante el largo aislamiento físico se logró, de todas formas, mantener gracias a los avances tecnológicos utilizados, con la cartera de prestaciones remotas realizadas en línea, y el esfuerzo de las atenciones presenciales de urgencia. Esfuerzo que destaca en el gran equipo de salud que trabaja desde el nivel central de la comuna canalizado por DEPSA y en los siete centros de atención de salud comunal incluyendo SAR y SAPU, y ahora con el trabajo duro en los vacunatorios establecidos en la comuna, para lograr la inmunización de la mayor cantidad de población de todos los grupos etarios, y así seguir en la línea marcada por el MINSAL en combate a la pandemia de COVID-19.

Capítulo 3

Factores condicionantes de la salud

Capítulo 3. Factores condicionantes de la salud

1. Contexto histórico

La comuna de Huechuraba fue creada en marzo de 1981, como parte de la división de Conchalí, y en 1991 se constituye la Municipalidad de Huechuraba, formando parte de las 32 comunas que hoy componen la provincia de Santiago y de las 37 comunas que conforman la ciudad metropolitana denominada Santiago de Chile o Gran Santiago.

A partir de la década de 1990, se inicia el desarrollo de sus zonas industriales y empresariales, específicamente con los loteos de “Ciudad Empresarial” y “El Rosal”, en las que actualmente predomina una clara vocación empresarial. Del mismo modo, en este período comienza la consolidación del sector de Pedro Fontova, como una alternativa de solución habitacional para estratos sociales de mayores ingresos.

En la historia de Huechuraba se identifican al menos tres tipologías significativas de ocupación del territorio: casco histórico; ciudad empresarial, industrias y comercio; y la consolidación del área habitacional de Pedro Fontova. Cada uno de estos sectores con sus propios procesos e historias de asentamiento, constituyen un desafío para la planificación futura de Huechuraba. Al mismo tiempo, su integración, en todos los ámbitos, es una de las metas de la imagen objetivo comunal que será posible de alcanzar, sólo y sobre la base de la diversidad territorial, sus contrastes y diferencias culturales, sociales e históricas, reconociendo las oportunidades que cada zona ofrece, y la relación del conjunto comunal con la Región Metropolitana.

En el Censo de 2017, la población comunal es de 98.671, con una proyección para este año de 114.453 (variación de 15,99%).

2. Implicaciones geomorfológicas

Huechuraba se localiza al norte de la Provincia de Santiago, limitando al sur con las comunas de Conchalí y Recoleta, al norte con Colina, al oriente con Vitacura y Lo Barnechea, y al poniente con Quilicura. Los límites administrativos de la comuna son al mismo tiempo barreras físicas de carácter natural, como lo es su geomorfología, expresada en el cordón de cerros que la circundan, y de carácter construido, como lo es la infraestructura vial que ofrece la ruta Américo Vespucio Norte y Ruta 57 Los Libertadores, las que marcan su límite con las comunas de Conchalí, Recoleta y Quilicura. En ambos casos, estas barreras actúan como interferencias infranqueables hacia los territorios colindantes, lo que ha sido definido como “singularidades del territorio”, que lo caracterizan y que de alguna manera también lo aíslan.

Huechuraba cuenta con una superficie de 4.480 hectáreas, donde más del 50% corresponde a cerros de mediana altitud y la mayor parte de este porcentaje lo constituyen suelos con potencial de urbanización, es decir, transables en el mercado inmobiliario, alrededor del 52%.

En una escala mayor la comuna de Huechuraba, forma parte de la zona de Chile central, en la que se presentan tres grandes unidades geomorfológicas: Cordillera de la Costa, Depresión Central y Cordillera Principal. Estas unidades se encuentran orientadas en dirección Norte–Sur y van de Oeste a Este, que condicionan al territorio y su desarrollo, especialmente urbano.

Un aspecto singular de Huechuraba tiene que ver con la geomorfología del territorio que ha actuado en dos direcciones distintas, a saber:

- Por un lado, bajo la forma de un cordón de baja montaña que abraza por el norte, ha proporcionado un límite claro a la expansión urbana.
- Las faldas del cordón montañoso, bajo la forma de cuñas que se descuelgan, se ha constituido en la más importante barrera segregadora del área urbana comunal, primeramente, en dos grandes áreas urbanas de la comuna, "oriente" y "poniente".

Debido a esta forma de expansión, el territorio actual de la comuna se encuentra fragmentado física y socialmente, estableciéndose claras diferencias sociodemográficas (Rodríguez, 2008 en Améstica, 2011), donde el valor del suelo ha adquirido precios que han contribuido a la construcción de un espacio socialmente segregado, en base a gestión inmobiliaria que busca marginar altas utilidades, por sobre la integración social.

En este contexto y como mencionan algunos instrumentos sectoriales de planificación comunal, la segregación de la comuna se produciría tanto por factores de su ambiente natural (cerros), como de su ambiente construido (infraestructura vial), estos son elementos que condicionan la integración de la comuna, representa un desafío, la posibilidad de revertir estos procesos de "aislamiento" a procesos de "integración", a partir de los propios territorios y de su planificación.

3. Medio ambiente e impacto del cambio climático

En el contexto nacional, la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos sanitarios de la Década 2011-2021, contempla el Objetivo estratégico N°6 Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos, cuya línea de acción de trabajo intersectorial fortalece los recursos de gestión comunal en salud pública respecto a la recuperación y habilitación del entorno para promover estilos de vida saludable.

En el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) de Huechuraba 2019-2024, el principal instrumento de planificación que contempla la participación ciudadana en el diagnóstico territorial, consigna que los problemas ambientales son: Focos de contaminación (microbasurales), áreas verdes y plazas deterioradas, contaminación acústica, tenencia irresponsable de mascotas e insuficiencia en la promoción y desarrollo del reciclaje en la comuna.

Coincidentemente, este diagnóstico del PLADECO, señala los mismos problemas observados por vecinas y vecinos participantes en las Mesas Barriales implementadas por Salud en todos los sectores de la comuna. En resumen, la comunidad reconoce estos problemas como sus determinantes sociales en salud y crea planes de trabajo para el abordaje conjunto e intersectorial mediante acciones efectivas. De esta manera, el cambio climático incide en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, a saber; un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura, entre otros.

Plan de Trabajo en Medioambiente 2021

En materias medioambientales, durante el presente año el plan de trabajo propuesto y orientado a proteger la salud de la población, estuvo orientado al mejoramiento de las condiciones ambientales que faciliten a la población el desarrollo de hábitos saludables. Este accionar a pesar de que estuvo interferido por el contexto sanitario y acorde al rol que le convoca al Departamento de Salud, pudo ser adaptado a diversos formatos, con el fin de asegurar y proteger la salud de la comunidad en esta materia.

Frente a la Pandemia, el trabajo del Departamento de Salud de Huechuraba, tuvo un vuelco en el trabajo conjunto con la comunidad, hubo que explorar nuevas metodologías de trabajo, aprender el manejo de recursos audiovisuales, plataformas digitales educativas y distintas formas de coordinación de manera intersectorial para la implementación de actividades. Bajo estas consideraciones, las actividades ejecutadas en el primer semestre del

año tales como Talleres “Manos a la tierra” y el primer ciclo del “Huerto terapéutico” fueron adaptadas a la modalidad online. Durante el segundo semestre, se han complementado acciones virtuales con prácticas en terreno y según aforos, con pequeños grupos de la comunidad para las instancias de aprendizaje. De la misma manera, se ha trabajado en modalidad híbrida (presencial y virtual en forma paralela) con alumnos y alumnas, apoderados, apoderadas y personal de la Escuela Santa Victoria en talleres de eficiencia energética “La energía la cuidamos todos”.

Acorde al mismo contexto sanitario, el énfasis de este año ha sido principalmente el abordaje en materias de salud mental y alimentación saludable de bajo costo. El desafío ha sido la utilización de recursos innovadores que concitaran el interés, participación y adherencia de la comunidad en otros espacios terapéuticos y educativos. Es en ese contexto surge el 2º ciclo del Huerto Terapéutico con la continuidad de los contenidos propios del huerto, tales como; alimentación basada en plantas, terapia floral, preparados de plantas medicinales, huerto terapia y salud mental. Esto, es virtud de que las actividades de cultivo ayudan a combatir los pensamientos que subyacen a la depresión, reducen la angustia psicopatológica y además disminuyen el estrés relacionado con el COVID-19 en tiempos de pandemia y aislamiento social. También alivia tensiones, mejoran el estado de ánimo, permiten desconexión total, aumentan la autoestima, nos ayudan a socializar, a asumir responsabilidades para organizar la mente (experiencia destacada en nota publicada en la web municipal realizada por un medio de comunicación).

4. Infraestructura

La delimitación del área urbana de Huechuraba es el resultado de las condiciones topográficas propias de su territorio, y las condiciones de infraestructura y edificación, construidas producto del avance y desarrollo de la comuna y la ciudad de Santiago. En efecto, por un lado, se encuentra el conjunto de cerros existentes que limitan la zona plana por el oriente y norte (sector de menores pendientes hasta el canal El Carmen), así como la prolongación de los mismos hacia el sur por el centro de la comuna, logran separar dicha zona, estableciendo dos sectores urbanos claramente identificables: sector poniente y oriente de la comuna. Por otro lado, se encuentran los contornos que forman las vías y autopistas, que al mismo que conectan a la comuna con el Gran Santiago, configuran barreras que dificultan su accesibilidad, es el caso de Autopista Américo Vespucio Norte y de la carretera Gral. San Martín.

La comuna ha experimentado importantes procesos de transformación a escala urbana desde los últimos cuarenta años del siglo pasado, donde se destacan entre ellos el rápido proceso de cambio de lo agrícola a lo urbano, los asentamientos iniciales masivos asociados a programas de vivienda con apoyo estatal, y la posterior definición de un Plan Metropolitano que establece vías y conectividades, al mismo tiempo que propone áreas de equipamiento para resolver requerimientos a escala metropolitana.

Adicionalmente, forma parte de las transformaciones señaladas, la consolidación de una estructura administrativa; así como la importante demanda de suelo para viviendas de nivel medio y medio-alto, que al no contar con toda la conectividad propuesta en el diseño del Plan Regulador Comunal, ponen al área urbana actual de la comuna en una situación de zonas segregadas, con redes incompletas saturadas de vehículos, generando en la actualidad una disminución del ritmo de crecimiento de viviendas nuevas, a pesar de la disponibilidad de suelo para su construcción.

En efecto, la original vocación agrícola y rural del territorio ha experimentado distintos procesos de cambio asociados a los modos de ocupación y uso del suelo. Una primera gran transformación es el cambio del destino rural a urbano de territorio comunal, proceso que se ha expresado en distintos momentos de poblamiento, siendo los más importantes los asentamientos que se producen desde mediados del siglo pasado en el sector del casco antiguo, a partir de tomas de terrenos, operaciones sitio, autoconstrucción, loteos de 9x18m, poblaciones Serviu y condominios sociales, que configuran el entorno actual de Avenida Recoleta, constituyendo el núcleo más poblado y popular de la comuna.

Se suma a lo anterior, el posterior proceso masivo de poblamiento que se genera durante la década de 1990 en el sector poniente de la comuna, que en un primer momento se expresa a través de la conformación de condominios de parcelas de agrado en suelos rurales, para luego adoptar el concepto de condominios urbanos en lotes de menor tamaño, desvinculados del espacio público, formando macro manzanas amuralladas que despersonalizan las calles, desincentivando su uso peatonal. La suma de estos condominios, en su mayoría de tamaño levemente inferior a las normas restrictivas para evitar impactos urbanos negativos, tiene como consecuencia que el estándar de espacio público, vialidad y áreas verdes, en general, es ampliamente inferior a lo requerido por la población.

La vialidad metropolitana que se configura como límite sur de la comuna, ordena un conjunto variado de equipamiento intercomunal que terminan caracterizando ese frente. En efecto, el trayecto de dicha vialidad muestra en primera instancia, para quienes la transitan en automóvil, zonas definidas por un par de cementerios metropolitanos, un mall y un centro automotriz de igual escala; más adelante, en la misma vía, se emplazan industrias acogidas por el Plan Regulador, muchas de las cuales si bien resultan inofensivas, ocupan terrenos de mayor tamaño y edificaciones similares, lo que contrasta con las tendencias actuales de eficiencia en procesos y tecnologías, y el consiguiente requerimiento de utilización de espacios de menor escala. En definitiva, el conjunto de elementos instalados en estos tramos, así como la publicidad asociada, definen la fachada de la comuna. Con todo, la ubicación de la comuna en la periferia norte de la zona metropolitana, se complementa con un fenómeno de cercanía al centro de la urbe, que si bien en la actualidad se vincula por vías saturadas, explica gran parte de los procesos de desarrollo que se han experimentado en la zona.

Es importante remarcar que la capacidad de acoger servicios de escala metropolitana, excede el mero borde sur, abarcando sectores completos de equipamientos, tales como la Ciudad Empresarial, con múltiples empresas y servicios; Espacio Riesco, centro mayor de convenciones y eventos, el Campus Huechuraba de la Universidad Mayor y los Cementerios.

En el ámbito medioambiental, destaca que, a pesar de la existencia de una zona de protección ecológica metropolitana, que rodea por el norte al área urbana de la comuna, y a la existencia de dos parques cementerios abundantes en vegetación, sumados a parques municipales, las áreas verdes se distribuyen de manera desigual en el territorio, concentrándose mayoritariamente en el sector oriente de la comuna.

Un aspecto relevante de mencionar es el rol que debe cumplir la comuna en el contexto metropolitano en lo relativo a consolidar una periferia metropolitana que cuide, valore y desarrolle una reserva ecológica consistente en los cordones de cerros que la rodean por el norte, configurando un borde natural de efecto ambiental y paisajístico, a la vez que corredor biológico para diversas especies de fauna y recuperación de flora nativa.

En cuanto a la oferta pública de infraestructura cultural y deportiva, el rasgo de concentración territorial en el sector oriente de la comuna se repite. Situación que se atenúa, en parte, al interior de los diversos condominios del sector poniente de la comuna que cuentan con equipamientos exclusivos, pero que no se incorporan a la vida pública de la zona. En efecto, la carencia de suelos de propiedad fiscal o municipal, y la prácticamente nula asignación de espacios públicos y comunitarios por parte de los diseñadores de los proyectos inmobiliarios que conforman el sector, dificulta la acción correctora que el municipio desearía efectuar en este sentido.

En el ámbito de la demanda habitacional, tanto efectiva como potencial, destaca que la comuna es una de las que posee mayores suelos urbanos disponibles en el área metropolitana. Ahora bien, producto de las diversas iniciativas inmobiliarias y los mejoramientos viales de las décadas recientes, el precio del suelo se ha incrementado rápidamente, al punto que en la actualidad los valores de mercado impiden la adquisición de predios por parte del Estado para generar programas masivos de vivienda social o de radicación de situaciones irregulares. Esto afecta principalmente a las nuevas familias que se forman en el área urbana consolidada que, para dejar su condición de allegamiento o hacinamiento, deben optar a subsidios que implican adquirir viviendas en otras comunas, generándose situaciones de desarraigo familiar, territorial, social y laboral.

En definitiva, en la actualidad en el área urbana predomina el uso de suelo residencial, con dos núcleos principales: el más antiguo, en el entorno de Avenida Recoleta (Unidad Homogénea Z4), y el más reciente, en el entorno de Avenida Pedro Fontova (Unidad Homogénea Z2). Ambas pertenecen a formas de ocupación del suelo y estrato social claramente diferenciados: mientras las poblaciones más antiguas en el sector oriente de la comuna corresponden a formas tradicionales de hacer ciudad, con manzanas de tamaño medio a menor y lotes de 9x18m con viviendas unifamiliares de un piso, en agrupaciones masivas organizadas principalmente por entidades estatales, dotadas de áreas verdes públicas y equipamiento vecinal; en el sector poniente los procesos de ocupación con viviendas se organizan por medio de la ocupación de grandes paños en forma de condominios cerrados hacia las calles públicas, dotados en algunos casos de equipamiento exclusivo para los residentes. Esporádicamente han surgido condominios en altura como forma de optimizar el suelo cada vez de mayor valor, donde el municipio ha procedido a limitar su altura a seis pisos a fin de no alterar la imagen urbana actual. Aquí, las áreas verdes generalmente corresponden a calles arboladas con un ancho mayor de bandejones, con muy pocos equipamientos de servicios públicos y con un equipamiento comercial generado por iniciativas privadas a lo largo de las calles principales. Otros emprendimientos residenciales privados recientes ubicados en el extremo oriente de la comuna siguen igual patrón de ocupación.

Es importante señalar que el Plan Regulador Comunal establece una zona de gran tamaño situada entre los sectores habitacionales oriente y poniente, que actualmente se encuentra desocupada y sin demanda aparente de uso, lo que acentúa la separación física entre ambos sectores de la comuna. En efecto, se trata de una zona definida en el Plano Regulador Metropolitano de Santiago como Zona de Equipamiento Intercomunal, que impide, dada su clasificación, la gestación de proyectos inmobiliarios, empresariales o industriales que permitan avanzar en procesos de urbanización y ocupación de ese importante espacio territorial de la comuna.

La industria por su parte, está dotada de una amplia oferta de suelos, que contrasta con la escasa demanda actual y con las disminuciones de superficie que esas actividades actualmente tienden a utilizar en su proceso productivo.

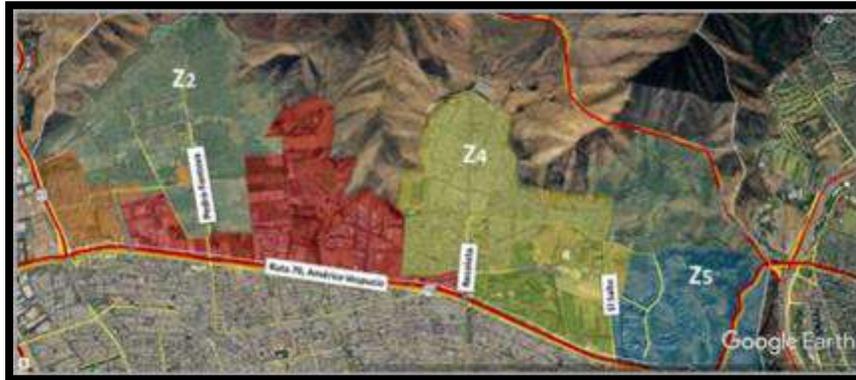
5. Transporte Público y otras condicionantes del territorio

La segregación interna actualmente existente en la comuna, tiene que ver con condiciones geográficas y de desarrollo urbano, marcadas por la presencia de los cerros Punta Mocha y La Región, así como por la falta de conectividad en dirección poniente – oriente de la comuna, que divide a ésta en tres sectores que se organizan en torno a tres ejes principales norte – sur que acceden o cruzan Américo Vespucio:

- El sector poniente, organizado en torno al eje vial Av. Pedro Fontova, de uso mayoritariamente habitacional, que acoge a los sectores de mayor nivel socioeconómico de la comuna. A este eje vial convergen directamente accesos a varios condominios, principalmente a partir de la calle El Sauce hacia el Norte. Este sector, corresponde, principalmente, a la zona homogénea Z2.
- El sector oriente (casco antiguo), organizado en torno al eje vial Av. Recoleta, correspondiente al centro de servicios de la comuna (Municipalidad, Comisaría, Centros de Salud y otros), donde predomina también el uso habitacional, de nivel socio económico bajo y medio-bajo, correspondiente a la zona homogénea Z4. Este sector tiene como génesis de su poblamiento distintas políticas habitacionales de la década de 1960, tomas de terreno, y cooperativas de viviendas, con equipamientos a escala vecinal y sedes de servicios municipales.
- El sector de ciudad empresarial, organizado en torno al eje vial Av. El Salto y Av. Del Parque; donde se ha concentrado el desarrollo de la actividad comercial y de servicios profesionales, zona homogénea Z5, con una población flotante de aproximadamente 25.000 personas diarias.

En la siguiente ilustración se destacan los tres sectores territoriales mencionados, y las respectivas avenidas que las organizan.

ILUSTRACIÓN 3-1 SECTORES Y EJES DE LA COMUNA DE HUECHURABA



Fuente: Unidad Modelo, en base a imágenes Google Earth.

Desde el punto de vista de la estructura vial, el territorio se muestra con una fuerte segregación derivada de la ausencia de infraestructura que conecte internamente los sectores oriente y poniente, constituyendo al eje Américo Vespucio en la única vía conectora para ir de un sector a otro. No obstante, el sector oriente y ciudad empresarial, están conectados internamente a través de Av. Santa Clara y calle Camino El Bosque. Asimismo, las cañerías del eje Américo Vespucio, tanto la norte como la sur, tienen un alto flujo vehicular, que incluye circulación de buses y camiones que reducen su capacidad, generando problemas de congestión, y obligando a los vehículos menores utilizar la autopista para ir de un sector a otro, con el consiguiente pago de peaje.

Movilidad de ciclistas y peatones

Respecto a la infraestructura para el modo bicicleta se pueden considerar los siguientes parámetros relevantes:

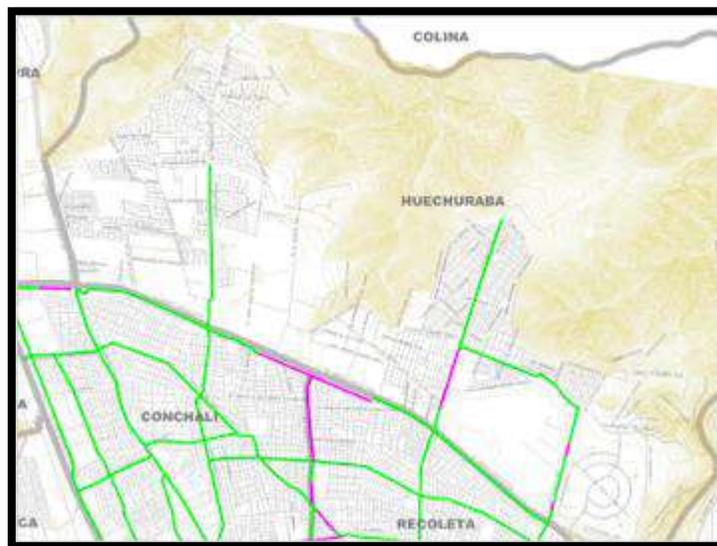
- Calidad de la infraestructura: depende del trazado, ancho, materialidad, segregación con los peatones y automóviles, demarcación, señalización y semaforización, calidad urbana (mejoramiento del entorno), arborización (para generar sombra).
- Seguridad vial y ciudadana: depende del tratamiento de intersecciones, velocidades de diseño, nivel de iluminación, visibilidad y transparencia.
- Integración con el resto del sistema de transporte público: depende fundamentalmente de la existencia de facilidades explícitas que permitan el intercambio modal, por ejemplo: cicletteros, que permitan guardar bicicletas de manera segura durante varias horas del día para combinar con transporte público, etc.

Para el modo caminata, lo relevante desde el punto de vista de la infraestructura, es proveer de veredas de buen ancho (2 metros mínimo) e iluminación de los circuitos peatonales; la incorporación de diseños que faciliten el tránsito a las personas con movilidad reducida, tales como dispositivos de rodados en las esquinas, uso de baldosas con huella táctil, semáforos con indicadores de sonido, etc.

La comuna de Huechuraba dispone de ciclovías unidireccionales en Av. Recoleta de aproximadamente 1,5 m. de ancho, ubicadas tanto en el costado oriente y poniente de la vía, sin conexión con Avda. A. Vespucio, de aproximadamente 2 o 3 cuadras de extensión, deterioradas y con discontinuidad en determinados puntos. También existen cortos tramos de ciclovías en Avda. El Salto.

De acuerdo con estos antecedentes, las ciclovías existentes no tienen ninguna utilidad como red de transporte y uso recreativo.

ILUSTRACIÓN 3-2 CICLOVÍAS EXISTENTES Y PLAN MAESTRO DE CICLOVÍAS, COMUNA DE HUECHURABA



Fuente: PLADECO 2019-2024.

Como se señaló anteriormente, un aporte al uso de la bicicleta lo constituye la habilitación de un ciclero al interior de la estación Vespucio Norte de la Línea 2 de Metro, dado que facilitaría la integración de ambos modos de transporte. No obstante, para que efectivamente cumpla con un buen servicio, deben verificarse varias condiciones:

- Capacidad suficiente, considerando que la demanda futura podría incrementar en la medida que el sistema cumpla con un buen servicio.
- Funcionamiento durante todo el horario de operación del Metro.
- Gratuidad del servicio, o que tenga una tarifa módica, considerando el tipo de usuario que usa la bicicleta.

6. Equipamiento comunitario y redes de servicios básicos

Huechuraba cuenta con redes públicas de agua potable: la cobertura es total en el área urbana y no hay problemas de factibilidad o dotación para futuros proyectos habitacionales e incluso industriales.

Redes públicas de aguas servidas: como en el caso anterior, la cobertura de la red de alcantarillado de aguas servidas es prácticamente total y no hay problemas de factibilidad para nuevos proyectos en extensión o densificación.

Red de electricidad: tampoco existe dificultad de dotar de electricidad a asentamientos nuevos dentro del área urbana y la cobertura es total en las poblaciones existentes.

Alcantarillado de aguas lluvia: este aspecto es sumamente delicado ya que, aun cuando se cuenta, entre otros, con dos importantes canales, "Los Choros" y el "Huechuraba", que son parte integrante del plan maestro de aguas lluvias del área metropolitana, la conformación geográfica del territorio comunal obliga a prestar atención a los eventos pluviales de envergadura y a prever situaciones de emergencia).

7. Análisis territorial de acuerdo con nivel de desarrollo y acceso a servicios

El siguiente mapa consolida la propuesta de unidades homogéneas para la comuna de Huechuraba, en el marco de una proyección que supera el horizonte temporal de la actualización del PLADECO 2019 - 2024

ILUSTRACIÓN 3-3 ZONAS HOMOGÉNEAS COMUNA DE HUECHURABA

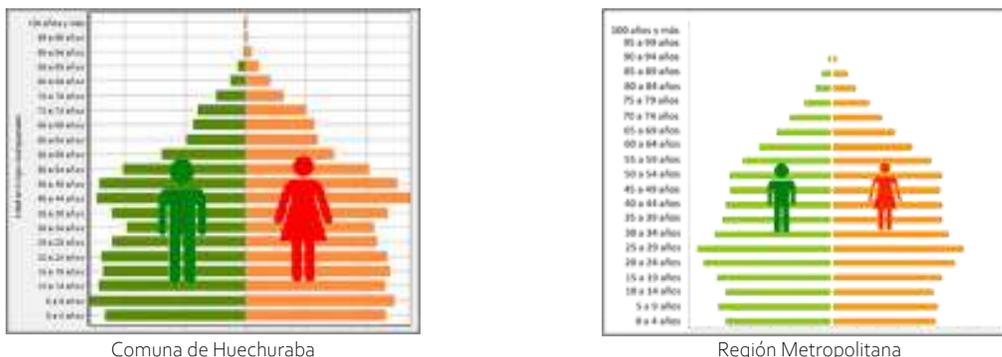


Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a Información Censo 2017 (INE), Cartografía Base Google Earth

8. Análisis demográfico

En la última actualización que se rige por el PLADECO 2019 – 2024, la estructura poblacional de la comuna responde a la conformación de una pirámide que tiende a ser “Estacionaria o Estancada”, con una fuerte proporción de adultos (entre 30 y 64 años), que alcanza a 44.257 personas, lo que representa un 44,8% de la población comunal. Este mismo segmento representaba en el censo 2002 un 39,3% del total comunal. Por otra parte, la suma total de jóvenes y niños (población menor de 30 años) alcanza a 45.001 habitantes, grupo que representa el 45,8% de la población comunal; cifra muy cercana al 44,8% de adultos que residen en la comuna (30 a 64 años). Característica que diferencia a Huechuraba de la pirámide poblacional de la Región Metropolitana, que como se observa en el gráfico a continuación, presenta una distribución con una menor participación relativa de los tramos de edad de niños y jóvenes.

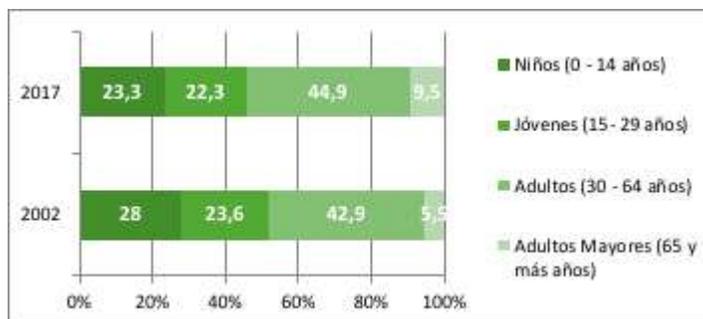
ILUSTRACIÓN 3-4 PIRÁMIDES POBLACIONALES COMUNA DE HUECHURABA Y REGIÓN METROPOLITANA



Fuente: PLADECO 2019-2024.

Las cifras del último censo de población señalan que Chile continúa el proceso de envejecimiento de su población y Huechuraba no es la excepción. En el período intercensal 2002 – 2017 el porcentaje de la población de adultos mayores de la comuna (mayores de 64 años) creció de 5,5% (4.084 personas) a 9,5% (9.413 personas). Este envejecimiento de la población, sin duda, proyecta para las próximas décadas un significativo incremento de la demanda por servicios sociales dirigidos a este grupo de la población.

GRÁFICO 3-1 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE HUECHURABA POR TRAMO ETARIO, PERÍODO 2002 – 2017



Fuente: PLADECO 2019-2024. INE, Censo Nacional 2002, Censo de población y vivienda 2017.

En Huechuraba de cada 100 personas, hay 49 hombres y 51 mujeres, lo que se traduce en un índice de masculinidad de 95,2%. Por otra parte, de cada 100 habitantes de Huechuraba, 23 son niños menores de 15 años, y 22 son jóvenes menores de 30 años. La edad promedio comunal es de 33,8 años. Respecto de índice de paridez media, es decir, el promedio de hijos que las mujeres han tenido a lo largo de su vida fértil (15 a 49 años), se redujo a nivel país de 1,6 en 2002 a 1,3 en 2017.

En el año 2017, este indicador para la comuna de Huechuraba corresponde a 1,4, cifra superior al índice de la Región Metropolitana que es 1,2. Por otro lado, el índice de dependencia total mide la relación de dependencia potencial económica de población en edades teóricamente inactivas respecto a la población en edades teóricamente activas, independientemente de su situación laboral.

En la comuna de Huechuraba, el índice de dependencia es de 48,8%, cifra superior al 43,3% de la Región Metropolitana y al 45,9% a nivel país. Desagregando los datos, se observa un predominio relativo en la dependencia de los menores entre 0 y 14 años, que alcanza a un 34,7%, cifra superior al 27,8% de la Región Metropolitana.

En cuanto al número de hogares se observa un crecimiento sostenido en el tiempo, no obstante, las cifras a nivel nacional muestran que el tamaño medio del hogar ha disminuido de 4,4 personas por hogar en el año 1982 a 3,1 en el año 2017. En Huechuraba, el tamaño medio de los hogares según censo 2017 alcanza a 3,5 personas, con un total de 27.964 hogares.

De acuerdo con las definiciones del Instituto Nacional de Estadísticas, la identificación del tipo de hogar se determina según la relación de parentesco con el jefe o la jefa de hogar, excluyendo al servicio doméstico puertas adentro. En el siguiente gráfico se puede observar el porcentaje que representa cada uno de los tipos de hogares identificados en el censo 2017.

GRÁFICO 3-2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS HOGARES SEGÚN SU TIPOLOGÍA, HUECHURABA Y R.M.



Fuente: Unidad Modelo, en base a información del Censo Nacional 2017, INE.

Los hogares unipersonales, cuyo único integrante es la jefatura del hogar, en la comuna alcanzan un 10,7% (2.992 hogares), cifra inferior al 17,8% que muestra la Región Metropolitana. Con relación a los hogares compuestos, definido como aquellos hogares en cuyo núcleo se incluye a no parientes de la jefatura del hogar, en la comuna representan el 2,6% (727 hogares), cifra similar al 2,5% de la Región Metropolitana. Por su parte el hogar extenso o extendido cuenta con un núcleo y además incluye a otros parientes de la jefatura del hogar, en Huechuraba alcanzan a un 23,1% (6.460 hogares), cifra superior al 19,0% de la Región Metropolitana.

Respecto a los hogares monoparentales, compuestos solo por una jefatura de hogar con sus respectivos hijos, en la comuna constituyen el 12,1% (3.384 hogares) del total de hogares, igual cifra que la observada para la Región Metropolitana. Es significativo destacar que a nivel comunal el 41% de estos hogares (1.387 hogares) son jefatura monoparental femenina.

En cuanto a los hogares de pareja sin hijos, en Huechuraba representan el 10,3% (2.880 hogares), cifra inferior al 12,5% de la Región Metropolitana. Finalmente, y respecto a los hogares de parejas con hijos, en la comuna de Huechuraba alcanzan el 36,3% (10.151 hogares), cifra superior al 28,8% presente en la Región Metropolitana.

Como se ha señalado a lo largo del presente trabajo, la comuna de Huechuraba se compone de 51 mujeres por cada 100 habitantes (51,2% de la población), esto es una población total de 50.549 mujeres, con un índice de masculinidad de 95,2%, es decir que por cada 100 mujeres hay 95,2 hombres, representando, en términos relativos, el grupo mayoritario de la población.

En cuanto a la composición por grupos de edad, mayoritariamente la población femenina se concentra en la etapa de la adultez, entre los 30 y 64 años, con un 45,2% de la población femenina, segmento que comprende un total de 22.868 mujeres. Por otro lado, las niñas y adolescentes constituyen un importante grupo con el 22,3% del total, 11.254 personas; lo mismo que las mujeres jóvenes con 21,7%, esto es 10.952 mujeres. Ambos grupos, tanto niñas y jóvenes, suman un total 22.206, cifra muy cercana a la totalidad de la población de mujeres adultas, representando con ello una situación demográfica similar a la estructura de la población total de la comuna, en la que ambos segmentos forman partes relativamente equivalentes del total comunal.

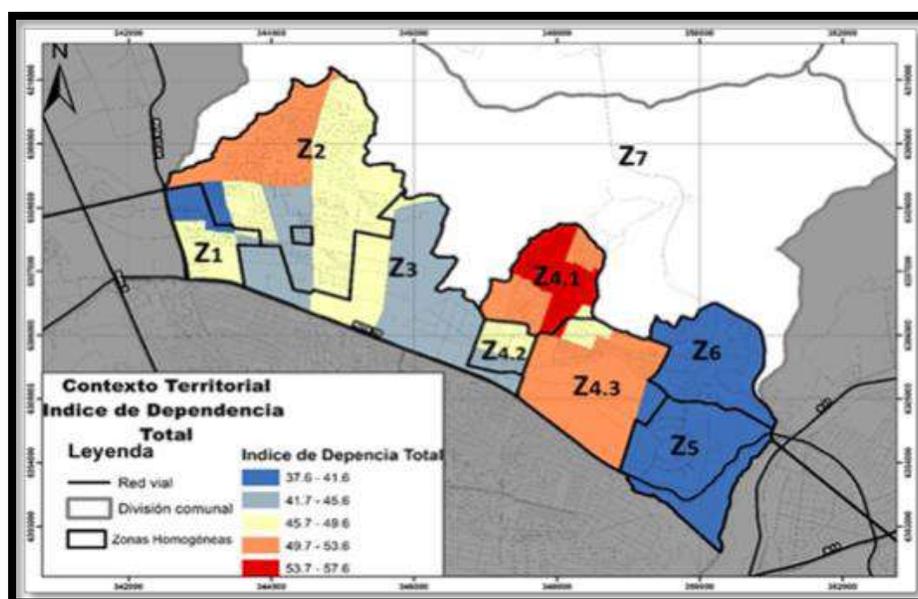
9. Índices demográficos de Unidades Homogéneas

El índice o tasa de dependencia demográfica total expresa la relación entre las personas económicamente dependientes (menores de 15 años y mayores de 64 años) y la población en edad de trabajar (15 a 64 años). La importancia demográfica de este indicador radica en que la población menor de 15 años y mayor de 64 años tienen un índice muy bajo de actividad laboral, por lo que, en su gran mayoría, especialmente la población infantil, dependen de otras personas para subsistir y desenvolverse en la sociedad. Por lo tanto, el índice de dependencia demográfica es un indicador de dependencia económica potencial, dado que relaciona a los grupos de edades

teóricamente inactivos (0 a 14 años y 65 años y más) con la población teóricamente activa, independiente de la situación efectiva de las personas en la fuerza laboral (población económicamente activa). Como se señaló anteriormente, el índice de dependencia comunal es de 48,8%. En el siguiente mapa es posible observar la distribución territorial del índice de dependencia según los datos reportados por el Censo Nacional 2017 para cada una de las zonas censales. Para una correcta visualización del Plano, es importante señalar que el trazado interno de la figura corresponde a las Zonas Homogéneas, y los bloques coloreados corresponden al índice de dependencia para cada una de las zonas censales del Censo Nacional 2017.

Destaca que la mayor concentración de la población en situación de dependencia se concentra en el sector del casco antiguo de la comuna, específicamente en la zona Z4.1, que corresponde principalmente a la población La Pincoya, seguido por la zona 4.3, que comprende las poblaciones El Bosque 1 y 2, Villa Conchalí y El Barrero; y parte de la zona Z2 (en su parte occidental), que corresponde a algunos de los condominios privados ubicados en el sector poniente de la comuna.

ILUSTRACIÓN 3-5 ÍNDICE DE DEPENDENCIA COMUNAL

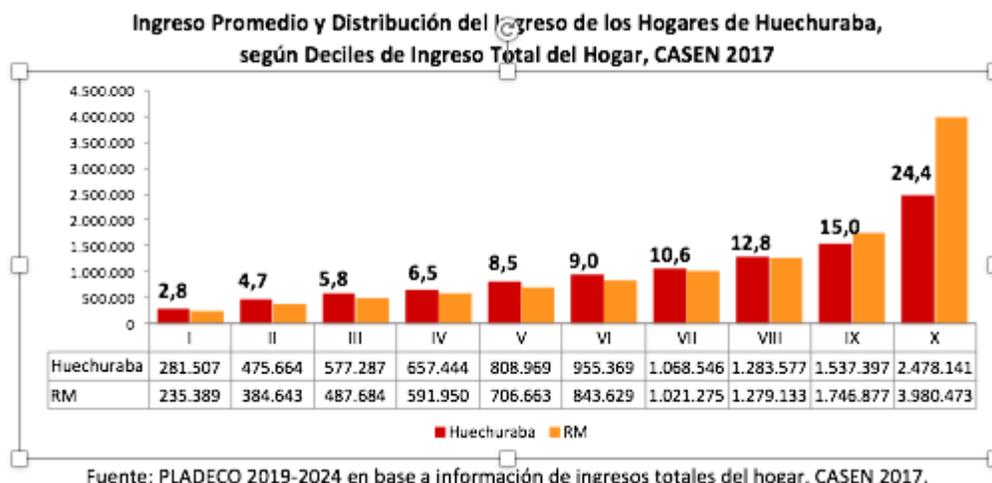


Fuente: PLADECO 2019-2024, base a información de zonas censales del Censo de Población y Vivienda 2017, INE.

10. Contexto Socioeconómico

La configuración socioeconómica comunal comprende una estructura social segmentada por distintos estratos sociales que, agrupados en base a la información de los ingresos de los hogares, da cuenta de la desigualdad social existente en la comuna, así como de la heterogeneidad de sus grupos sociales. Basándonos en la información de ingresos que entrega la encuesta Casen 2017, es posible destacar que la distribución comunal de los ingresos de los hogares presenta una curva con una trayectoria relativamente plana hasta aproximadamente el percentil 50, para desde ahí, empinarse progresivamente hasta el percentil 90, a partir de este punto, al igual que la distribución de ingresos en Chile, asume una inclinación prácticamente en paralelo al eje de ingresos del gráfico, mostrando con ello, la importante desigualdad de ingresos entre 1% más alto de la distribución y el resto de la población comunal. En cuanto a la distribución de los ingresos según deciles de ingreso total del hogar, en el siguiente gráfico se puede observar la participación porcentual de cada decil en el ingreso total de los hogares de la comuna, así como el promedio de ingresos de los hogares de cada grupo.

GRÁFICO 3-3 INGRESO PROMEDIO Y DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO DE LOS HOGARES DE HUECHURABA SEGÚN DECILES DE INGRESO TOTAL DEL HOGAR, CASEN 2017



Fuente: PLADECO 2019-2024, en base a información de ingresos totales del hogar, CASEN 2017

Respecto de la participación porcentual destaca que el décimo decil concentre prácticamente una cuarta parte de todos los ingresos de los hogares de la comuna, situación que contrasta con los hogares del primer decil quienes representan apenas un 2,8% del total comunal, brecha que significa 8,6 veces el ingreso de un grupo respecto del otro. Por otro lado, al examinar el ingreso promedio de los hogares, destaca que junto con aumentar de manera progresiva conforme avanza la distribución por cada decil de ingresos, las brechas entre uno y otro son relativamente acotadas hasta el decil nueve, incrementándose notoriamente en el decil diez en un 61,1% respecto de su precedente. Con todo, es importante relevar que los ingresos promedios de cada decil a nivel comunal son relativamente similares a los registrados a nivel de la región Metropolitana, incluso superiores en varios de ellos, a diferencia del decil diez en el que el promedio regional supera en al menos un 40% el existente en la comuna.

11. Situación de la pobreza a nivel comunal.

11.1. Pobreza comunal por ingresos (línea de la pobreza)

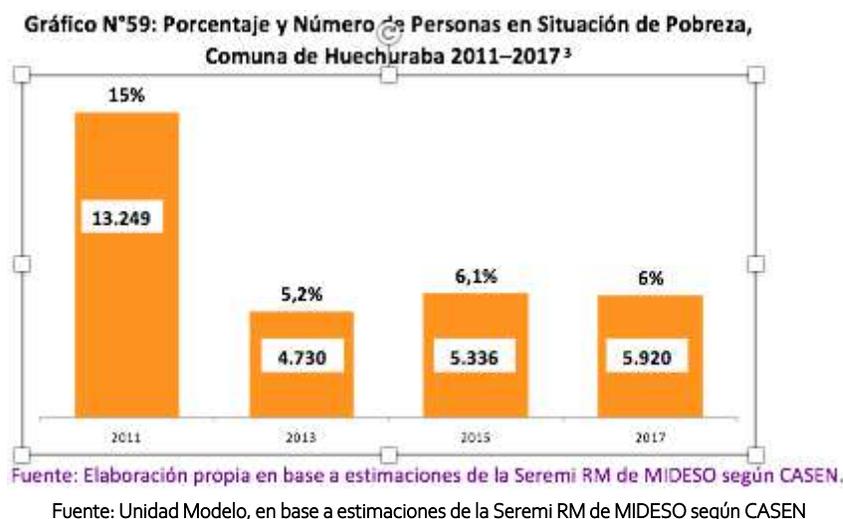
La Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) ha experimentado distintos avances en los últimos años, tres de ellos definen su desarrollo: en primer lugar en el año 2013 se actualiza la metodología de medición por ingresos a las nuevas condiciones del país (nueva metodología); en segundo lugar, el mismo año se incorpora la medición multidimensional de la pobreza de acuerdo con los estándares internacionales; y recientemente, desde su versión 2015 en adelante, incorpora un muestreo comunal tendiente a lograr precisión en la representatividad estadística de los datos comunales, característica ausente en las mediciones previas. Este último aspecto es de gran relevancia para las distintas estimaciones de la situación social y económica del nivel local, lo que constituye, por cierto, una importante herramienta de planificación para los municipios del país.

No obstante lo anterior, este último cambio en la encuesta se realizó a través de una selección de comunas a nivel nacional en la que Huechuraba no fue considerada, dejando a la comuna con datos que permiten una aproximación referencial, no así una representación válida desde el punto de vista estadístico.

En atención a lo anterior es que el MIDESO ha publicado los datos de evolución de la pobreza en las comunas del país, incluyendo una metodología específica de estimación para áreas pequeñas denominada SAE (Small Area Estimation), elaboración que permite aumentar el nivel de precisión de la medición dado que se complementa con otras fuentes de información (registros administrativos).

De acuerdo a los datos reportados por la SEREMI de Desarrollo Social Metropolitana la evolución de la pobreza en la comuna de Huechuraba en el período 2011 – 2017 es la siguiente:

GRÁFICO 3-4 PORCENTAJE Y NÚMERO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA, COMUNA DE HUECHURABA 2011-2017



Como se observa en el gráfico, la pobreza a nivel comunal experimenta una baja importante en el bienio 2011 – 2013 de 9,8 puntos porcentuales, que significaron que en ese período 8.519 personas salieran de la pobreza. A partir de ese año, la tendencia comunal es a la estabilización: en la medición del año 2015 y posteriormente en la del año 2017 se produce un alza de 0,9% y luego una baja de 0,1% respectivamente, ambas no representarían una variación significativa desde el punto de vista estadístico, confirmando que la pobreza por ingresos a nivel comunal se mantiene sin grandes modificaciones desde el año 2013 en adelante.

De acuerdo con estos datos, y considerando los resultados del censo de población y vivienda del año 2017, el 6,0% de pobreza comunal que arroja la CASEN 2017 representa un total de 5.920 personas pobres por ingresos, de las cuales, según la misma fuente, un 0,3% se encuentra bajo la línea de la indigencia, esto es, 296 personas en situación de pobreza extrema.

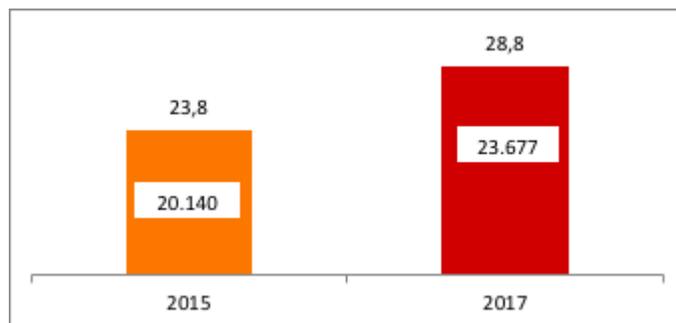
La tendencia decreciente de la pobreza en el período 2011 y 2013 muestra que la comuna fue sensible a las políticas para su reducción impulsadas en el nivel local y nacional, logrando una baja sustantiva de aproximadamente 10 puntos porcentuales. Sin embargo, a partir del año 2013 la comuna muestra un estancamiento en la disminución de la pobreza, resultados indicativos de la presencia de factores que implican una resistencia a su superación, al mismo tiempo que su "cronificación" en grupos específicos de la población comunal, demostrando la necesidad de impulsar políticas, programas y acciones específicas, focalizadas y especializadas en estos grupos. Este aspecto resulta crucial, dado que el desarrollo comunal se encuentra condicionado a seguir avanzando de manera decidida en la reducción significativa del problema.

11.2. Pobreza multidimensional en Huechuraba

Por otro lado, la medición multidimensional de la pobreza iniciada en el país en el año 2013, entrega resultados comunales en sus versiones 2015 y 2017. En ambas versiones, el índice de medición multidimensional de la pobreza contempló 5 dimensiones y un total de 15 indicadores. Las dimensiones consideradas son: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, y Redes y Cohesión Social. Según este índice, se considera en situación de pobreza multidimensional a los hogares que presentan carencias en un 22,5% de los indicadores, es decir, carentes en 3 indicadores, que equivalen a una dimensión completa del índice.

Según las estimaciones que realiza el Ministerio de Desarrollo Social, los resultados de la pobreza multidimensional en Huechuraba para los años 2015 y 2017 fue de 23,8% y 28,8% respectivamente, es decir, 20.140 personas en el primer año y 23.677 personas en el segundo. Produciéndose un alza significativa entre una medición y otra.

GRÁFICO 3-5 POBLACIÓN COMUNAL EN SITUACIÓN DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL (5 DIMENSIONES)



Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por MIDESO y CASEN 2017.

En consecuencia, uno de los grandes desafíos comunales en el ámbito social es abordar la pobreza desde una mirada multidimensional, impulsando iniciativas intersectoriales de manera coordinada, que permitan intervenir las diferentes áreas en las cuales se observan las principales carencias de los hogares de la comuna.

La siguiente tabla muestra el porcentaje de la población comunal en situación de carencia respecto de cada uno de los indicadores del índice de pobreza multidimensional actualmente utilizado en Chile. Los resultados específicos para el año 2017 muestran que en 4 de ellos los hogares presentan los porcentajes más altos de privación: seguridad social, escolaridad, seguridad pública y habitabilidad, demostrando la necesidad de priorizar políticas de intervención que modifiquen en el mediano plazo procesos y aspectos claves de dichas áreas, particularmente de aquellas en las que las políticas locales tengan incidencia directa.

TABLA 3-1 RESULTADOS EN LOS INDICADORES DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL, HUECHURABA, CASEN 2017

Dimensión	Indicador	Hogares con carencia (%)
Educación	Asistencia Escolar	5,7
	Escolaridad	42,5
	Rezago escolar	2,2
Salud	Malnutrición en niños(as)	5,4
	Adscripción a sistema de salud	1,0
	Atención de Salud	7,2
Trabajo y seguridad social	Ocupación	11,2
	Seguridad social	43,8
	Jubilaciones	12,1
Vivienda y entorno	Habitabilidad	28,2
	Servicios básicos	3,6
	Entorno	15,3
Redes y cohesión social	Apoyo y participación social	11,5
	Trato igualitario	20,4
	Seguridad	36

Fuente: Unidad Modelo, en base a CASEN 2017

12. Grupos sociales prioritarios

A continuación, se definen y caracterizan de modo general cada uno de los grupos que han sido establecidos como prioritarios para la política social de Huechuraba. La prioridad hacia estos grupos se establece en orden al conjunto de factores que definen su vulnerabilidad y desventajas respecto de otros grupos de la sociedad, ya sean en el ámbito social, económico, cultural, por la falta de oportunidades sociales, así como por las desigualdades históricas y arraigadas en la sociedad chilena. Los grupos sociales prioritarios son los siguientes:

Mujeres, Infancia y Juventud, Población en Situación de Discapacidad y Población de Pueblos Originarios y Población migrante.

12.1. Mujeres

La comuna de Huechuraba se compone de 51 mujeres por cada 100 habitantes (51,2% de la población), esto es una población total de 50.549 mujeres, con un índice de masculinidad de 95,2%, es decir que por cada 100 mujeres hay 95,2 hombres, representando, en términos relativos, el grupo mayoritario de la población. En cuanto a la composición por grupos de edad, mayoritariamente la población femenina se concentra en la etapa de la adultez, entre los 30 y 64 años, con un 45,2% de la población femenina, segmento que comprende un total de 22.868 mujeres. Por otro lado, las niñas y adolescentes constituyen un importante grupo con el 22,3% del total, 11.254 personas; lo mismo que las mujeres jóvenes con 21,7%, esto es 10.952 mujeres. Ambos grupos, tanto niñas y jóvenes, suman un total 22.206, cifra muy cercana a la totalidad de la población de mujeres adultas, representando con ello una situación demográfica similar a la estructura de la población total de la comuna, en la que ambos segmentos forman partes relativamente equivalentes del total comunal.

12.2. Infancia y Juventud

Los conceptos que categorizan grupos de población según edad, así como múltiples constructos del ámbito social, son construcciones sociales y por tanto históricas, que se van modificando conforme al dinamismo de la sociedad y los rasgos culturales que predominan en distintos momentos históricos de su desarrollo. Desde este punto de vista, prevalece que el período vital de una persona al que se le denomina infante es aquel que transcurre entre los 0 y los 14 años de edad.

En cuanto al concepto de juventud, se puede articular en función de dos dimensiones claves: lo juvenil y lo cotidiano. "Lo juvenil nos remite al proceso psicosocial de construcción de la identidad y lo cotidiano al contexto de relaciones y prácticas sociales en las cuales dicho proceso se realiza, con anclaje en factores ecológicos, culturales y socioeconómicos, y que define la vivencia y experiencia del período juvenil".

Se asume en este documento que la categoría juventud refiere al período vital de las personas entre los 15 y 29 años de edad, período que, por cierto, es el que predomina en las políticas públicas a nivel nacional.

En el ámbito de la salud y estos grupos etarios, acorde a la Organización mundial de la salud, el período de crecimiento y desarrollo humano define la niñez entre los 0 a 9 años y antes de la edad adulta se establece entre los 10 a 19 años.

La comuna de Huechuraba cuenta con dos instrumentos claves que guían su trabajo en el ámbito de la población de niños, niñas y jóvenes: la Política Local de Niñez y Adolescencia, y la Política y Plan de Juventudes.

En el marco de ambos instrumentos, se implementan un conjunto de iniciativas, todas las cuales constituyen intervenciones específicas para la población infantil y juvenil, las que sumadas a aquellas de tipo inespecífico, conforman la red de programas y equipos profesionales dedicados a este importante segmento de la población.

12.3. Identificación de las Personas en Situación de Discapacidad en Huechuraba

Según los resultados que reporta la encuesta CASEN del año 2017, la población con alguna condición de salud permanente o de larga duración, esto es dificultades físicas para desplazarse, sordera, mudez, ceguera, dificultades psiquiátricas y problemas mentales, comprende un 36,35% de la población comunal cifra que, al ser descompuesta, como revisaremos, se encuentra fuertemente determinada por la incidencia de la población mayor de 60 años de edad.

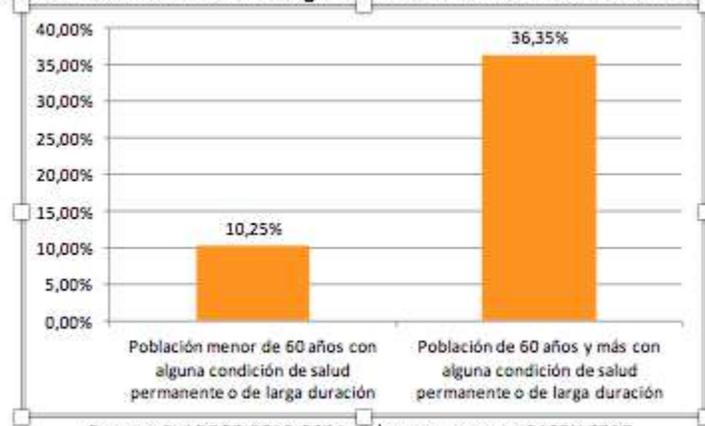
En atención a lo anterior, se presentan los resultados respecto de las situaciones que indican discapacidad en la población separando dos grandes grupos según la edad de las personas: 0 a 59 años, y 60 años y más.

Respecto del primer grupo, población entre los 0 y 59 años de edad, la encuesta CASEN identifica que un 10,25% de la población total de la comuna presenta alguna condición de salud permanente o de larga duración.

Cifra bastante distante del 36,35% de la población total de adultos mayores de 59 años que presenta alguna dificultad o condición de salud de larga duración, como se observa en el gráfico.

GRÁFICO 3-6 POBLACIÓN DE HUECHURABA CON ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD PERMANENTE O DE LARGA DURACIÓN

Gráfico N°73: Población de Huechuraba con alguna Condición de Salud Permanente o de Larga Duración



Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a encuesta CASEN 2017.

Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a encuesta CASEN 2017

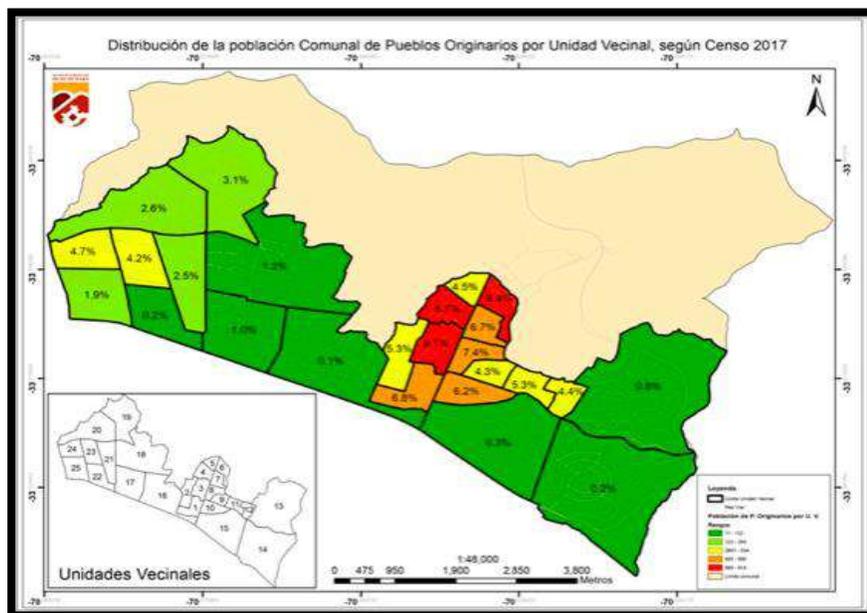
Es importante remarcar que ambos resultados son superiores a los obtenidos para el país y la Región Metropolitana: en la población de 0 a 59 años los resultados a nivel nacional y metropolitano indican que la población en situación de discapacidad alcanza un 7,3% y 7,0% respectivamente. En cuanto al grupo de 60 y más años de edad, los resultados en los niveles señalados, nacional y regional, alcanzan a un 27,9 y 25,9% respectivamente, es decir, al menos 8,4 y 10,4 puntos porcentuales menos que lo observado en la población de Huechuraba, aspecto que merece ser relevado y ponderado en las políticas y acciones a favor de este grupo de la población.

12.4. Pueblos originarios

Población comunal que se declara perteneciente a un pueblo originario

La población comunal de pueblos originarios, según censo de población y vivienda del año 2017, es de 9.559 habitantes, cifra que representa al 9,69% de la población total de la comuna. La distribución territorial de esta población, como se observa en la siguiente imagen, se concentra en el casco antiguo de la comuna, específicamente en las unidades vecinales n° 3, n° 4 y n° 6, que agrupan al 8,1%, 8,7% y 8,4% del total de personas de pueblos originarios residentes en la comuna.

ILUSTRACIÓN 3-6 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACIÓN DE PUEBLOS ORIGINARIOS, COMUNA DE HUECHURABA



Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a censo de población y vivienda 2017, INE.

En la siguiente tabla se detalla la composición de la población perteneciente a pueblos originarios según grupos de pueblos y sexo de las personas. Como se observa, del total de personas que declaran pertenecer o ser descendientes de una etnia en Chile, 8.553 personas se identifican como parte del pueblo mapuche, cifra que representa el 89,4% del total de población indígena residente de Huechuraba, y al 8,67% de la población total censada en el año 2017.

TABLA 3-2 POBLACIÓN DE PUEBLOS ORIGINARIOS, COMUNA DE HUECHURABA

Pueblo Originario	Hombre	Mujer	Total	% respecto Población de P. Originarios	% respecto Población Total de la Comuna
Mapuche	4.227	4.326	8.553	89,48	8,67
Aymara	87	95	182	1,90	0,18
Rapa Nui	12	13	25	0,26	0,03
Lican Antai	3	5	8	0,08	0,01
Quechua	23	20	43	0,45	0,04
Colla	7	11	18	0,19	0,02
Diaguita	67	60	127	1,33	0,13
Kawésqar	6	3	9	0,09	0,01
Yagán o Yamana	3	2	5	0,05	0,01
Otro	307	282	589	6,16	0,60
Total	4.742	4.817	9.559	100	9,69

Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a censo de población y vivienda 2017, INE.

De acuerdo al Catastro de organizaciones de la Oficina de Pueblos Originarios de la Municipalidad de Huechuraba, existen seis grupos u organizaciones en territorio comunal: Huechuraba Ñi Pu Choyun, Dhgeñ Winkul y Peuma Mapu; las tres con personalidad jurídica y actividad vigentes. Además, existen tres organizaciones no formalizadas: Mujeres Indígenas Emprendedoras, Villa El Rodeo y We Kintun.

TABLA 3-3 DESCRIPCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SOCIALES DE PUEBLOS ORIGINARIOS, COMUNA DE HUECHURABA

Agrupación	Descripción
Organización Peuma Mapu	Organización funcional con personalidad jurídica regularizada. Sus principales objetivos son el rescate de la cultura mapuche y su cosmovisión. Desarrolla actividades como orfebrería y comidas típicas.
Organización We Kintun	Organización no formalizada. Sus principales objetivos son el rescate de la cultura mapuche y cosmovisión. Desarrolla actividades como Palín (juego), comidas típicas y participa en iniciativas y proyectos municipales.
Asociación Huechuraba Ñi Pu Choyun	Asociación indígena con personalidad jurídica otorgada por CONADI y regularizada. Sus principales objetivos son el rescate de la cultura mapuche y su Cosmovisión. Desarrolla actividades como We Tripantu, comidas típicas, talleres de idioma y participa con uno de sus integrantes en la Mesa Regional Indígena.
Asociación Dhgeñ-winkul	Asociación indígena con personalidad jurídica otorgada por CONADI y regularizada (64R). Tiene como objetivos el rescate de la cultura mapuche y su cosmovisión. Desarrolla como actividad principal la salud Intercultural a través del Programa PESPI del MINSAL. Organiza el We Tripantu y mantiene una activa participación en iniciativas del gobierno central. Cuenta con un espacio físico (sitio) en donde tiene una Ruka para sus actividades.
Organización Villa El Rodeo	Organización no formalizada. Sus principales objetivos son el rescate de la cultura mapuche y su cosmovisión. Desarrolla actividades deportivas, comidas típicas y participa en iniciativas y proyectos municipales.
Organización Mujeres Indígenas Emprendedoras	Organización no formalizada. Sus principales objetivos son el desarrollo de iniciativas de emprendimiento a través de una oferta de productos típicos y elaboraciones propias que rescatan la cultura ancestral.

Fuente: Ofician de Pueblos Originarios Huechuraba

12.5. Población migrante

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) indica; gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. En la actualidad, y a raíz de los procesos de globalización y contingencia sanitaria a nivel mundial, ha provocado un considerable aumento en el número de personas con el deseo de trasladarse a otros lugares en busca de mejores oportunidades. Esto implica múltiples barreras, incluyendo aquella relacionada con el acceso a la atención de salud, lo que se agudiza en el grupo de mayor vulnerabilidad, particularmente en aquellas personas que se encuentran en situación de irregularidad migratoria, y que cuando logran acceder a la atención, ésta suele ser inadecuada, poco pertinente culturalmente o de peor calidad.

En la última década, Chile se ha convertido en un país de destino para miles de personas que buscan una mejor oportunidad de vida. Hoy, los migrantes internacionales representan aproximadamente el 7,5% de la población total del país, lo que convierte la migración internacional como un elemento importante en distintas esferas de interés nacional como medios de comunicación, empleo, desarrollo, educación y especialmente nuestro sistema de salud.

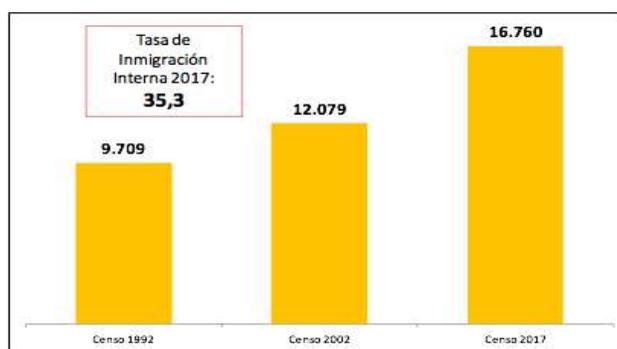
En el marco de la Estrategia Nacional de Salud, surge el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en la Atención Primaria, el que debe orientar sus esfuerzos considerando los cambios demográficos y epidemiológicos registrados en los últimos años, con una alta prevalencia de enfermedades no transmisibles, concentrando esfuerzos en la búsqueda de alternativas en distintos ámbitos de la atención y de la gestión en salud.

En Huechuraba y sobre tendencia de la migración interna para Huechuraba indica un crecimiento constante de la población que se desplaza hacia la comuna. Como se observa en el gráfico, cada período censal implica un aumento significativo de población con una antigüedad de residencia en la comuna inferior a los 5 años.

En efecto, el censo de 1992 señala que llegaron a la comuna un total de 9.709 personas que en 1987 vivían en otra comuna del país; hacia el año 2002 esa cantidad se incrementa a 12.079 personas, y en el último censo del año 2017, la cifra de nuevos vecinos alcanza un total de 16.760, lo que representa una tasa de inmigración en el período 2012 – 2017 (últimos 5 años) de 35,3, es decir, por cada 1.000 habitantes de la comuna 35,3 personas eran nuevos residentes provenientes desde otras comunas.

Estos registros implican que en los últimos 25 años el total de nuevos habitantes que se radicaron en Huechuraba, ya sea temporal o definitivamente, fue de 38.548 personas. Si bien no se dispone de información respecto de la cantidad de población que emigra de la comuna, los resultados intercensales reflejan con claridad que Huechuraba es una comuna que ha incorporado progresivamente a un conjunto significativo de nueva población a su territorio.

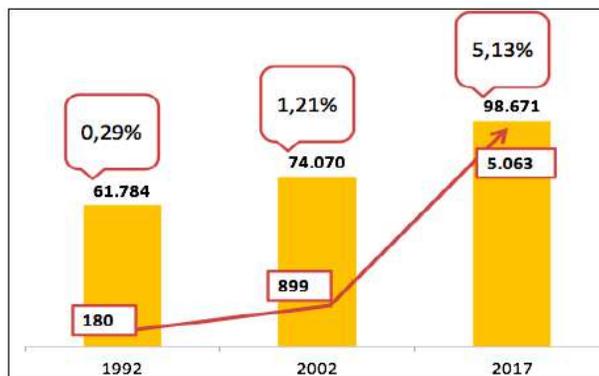
GRÁFICO 3-7 TENDENCIA MIGRACIÓN INTERNA, HUECHURABA PERÍODO 1992 – 2017



Fuente: **PLADECO 2019-2024** en base a censos de población y vivienda 1992, 2002, 2017, INE.
Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a censos de población y vivienda 1992, 2002, 2017, INE.

En cuanto a la inmigración internacional, la tendencia es marcadamente ascendente con una curva que se empina hacia arriba drásticamente en el período 2002 – 2017, en el que la población inmigrante extranjera pasa de 899 personas a 5.063, aumentando en 4.164 nuevos vecinos, lo que representa una variación de 463%. Actualmente, según censo 2017, la población que reside en Huechuraba de nacionalidad extranjera representa el 5,13% del total comunal.

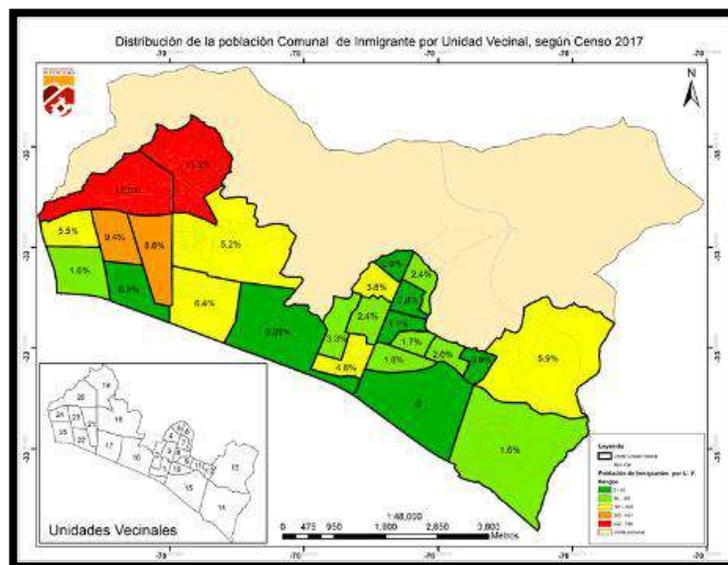
GRÁFICO 3-8 TENDENCIA DE LA INMIGRACIÓN INTERNACIONAL, HUECHURABA PERÍODO 1992 – 2017



Fuente: **PLADECO 2019-2024** en base a censos de población y vivienda 1992, 2002, 2017, INE.
Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a censos de población y vivienda 1992, 2002, 2017, INE.

En la siguiente ilustración es posible notar que la población inmigrante internacional se concentra principalmente en el sector poniente de la comuna, específicamente en las unidades vecinales n° 19, n° 20, n° 21 y n° 23. Como se observa, en el sector del casco antiguo de la comuna, el número de residentes extranjeros respecto al total comunal es una población muy reducida que no supera el 4,0%, con excepción de la U.V. n° 1 que agrupa al 4,8% de los inmigrantes internacionales que viven en Huechuraba.

ILUSTRACIÓN 3-7 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE INTERNACIONAL EN EL TERRITORIO COMUNAL



Fuente: PLADECO 2019-2024 en base a censo de población y vivienda 2017.

En Huechuraba, los residentes nacidos en el extranjero constituyen el 5,13% (5.063 personas) de la población comunal, mayoritariamente personas de procedencia peruana, con un 18,6% (918 personas) del total de inmigrantes residentes en la comuna.

TABLA 3-4 POBLACIÓN INMIGRANTES INTERNACIONALES

	Pais Procedencia	Porcentaje
	Perú	18,6
	Venezuela	14,6
	Colombia	14,5
	Argentina	13,1
	Haití	8,1
	Ecuador	5,0
	Bolivia	2,6
	Otro	23,1
	Ignorado	0,4

Fuente: PLADECO 2019-2024.

En cuanto a las personas migrantes que pertenecen a nuestro sistema de salud pública en Huechuraba, el sistema de Información de redes asistenciales (SIDRA), hasta este mes (04/10/21) se registran 5.399 usuarios migrantes (percapitado en alguna categoría de FONASA). Esto refiere a personas inscritas en los centros de salud de la comuna.

TABLA 3-5 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS MIGRANTES EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE HUECHURABA

Centro de salud	Distribución
CESFAM La Pincoya	1.671
CESFAM Dr. Salvador Allende G	904
CESFAM El Barrero	557
CESFAM Dr. Víctor Castro W	944
CECOSF Los Libertadores	1322

Fuente:SIDRA

13. Vivienda

La vivienda constituye el espacio físico de protección y privacidad en el que se desarrolla la vida cotidiana de las personas y parte importante de sus relaciones más significativas, además es el lugar de cobijo y seguridad de las familias, por lo que representa una necesidad básica esencial y un derecho social de toda la población, que se torna urgente de satisfacer cuando se vive en condiciones de marginalidad, precariedad y/o allegamiento.

El proceso de poblamiento de Huechuraba distingue 2 grandes etapas, que permiten comprender la situación actual en el ámbito de la vivienda.

Etapa 1

Primer Poblamiento casco histórico: Poblamiento realizado a través de compras de sitios mediante cooperativa habitacional, adquisición de terrenos por Programas CORVI, operación sitio, construcción de viviendas sociales y tomas de terreno. Ocurre a partir de los años '50 del siglo XX, hasta mediados de los años '70, dando origen a las poblaciones Santa Victoria, 28 de octubre, Villa Conchalí, El Barrero, El Bosque 1 y 2, Pincoya 1, Pablo Neruda, Última Hora y Villa Wolf, última población de este período. Se suma a lo anterior, la toma de terrenos de Villa El Rodeo, cuyo saneamiento y entrega de títulos de dominio fue realizada por el Municipio de Conchalí a principios de los años 1990.

A continuación, se produce un segundo poblamiento importante, desde fines de los '80 hasta inicio de los '90: viviendas sociales entregadas por SERVIU tales como condominio social Guillermo Subiabre, condominio social Bosque I, construcción de viviendas de subsidios medios como Los Libertadores, René Escauriaza, y programas especiales para trabajadores como Valle Verde, Las Bandurrias y Villa Esperanza (fines de la década de 1980 y principios de 1990).

Etapa 2

Poblamiento a partir de 1990: Con la instalación del nuevo Municipio de Huechuraba, se erradica el campamento Oscar Romero a la actual población Lomas de Huechuraba (se entrega sitio con caseta sanitaria), además, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo construye el condominio social Las Canteras.

Durante esta década, además, la comuna inicia un proceso de transformación acelerado y diverso en el uso de suelo: se construyen viviendas para sectores medios en el eje de Rinconada El Salto, se construye Ciudad Empresarial, los loteos industriales en el eje El Rosal, y el mall Plaza Norte, además se inicia la construcción masiva de viviendas para sectores medio y medio-altos en el eje Pedro Fontova. Se suma a lo anterior, la edificación

residencial del sector de ciudad empresarial conformada por los condominios Bosques de la Pirámide, El Almendral y Los Almendros, todas viviendas para estrato socioeconómico medio-alto.

A partir de los años 2000, en el ámbito de la vivienda social se desarrolla la construcción de viviendas a través del Programa Fondo Solidario: condominio Nuevo Amanecer, Vista Hermosa, Nuestra casa, Nuestro sueño y la Población mapuche.

Estado de Hacinamiento de la población a nivel comunal.

Otro indicador relevante en el ámbito de la vivienda refiere a las condiciones de hacinamiento de los hogares. La medición de este problema habitacional se realiza a través del índice de hacinamiento, instrumento que relaciona el número de personas que alojan en la vivienda con la cantidad de dormitorios o piezas destinadas exclusivamente a dormir.

Según el último censo de población y vivienda 2017, el hacinamiento en la Región Metropolitana es de 7,9%, cifra prácticamente igual al 8% que arrojó dicho estudio para Huechuraba, esto significa que de cada 100 habitantes 8 se encuentran hacinados en la comuna. En la siguiente tabla, se puede observar el porcentaje de hacinamiento en las comunas del bloque norte, y complementariamente, la cantidad total de viviendas desocupadas y totales existentes actualmente en la comuna.

TABLA 3-6 PORCENTAJE DE HACINAMIENTO, COMUNAS BLOQUE NORTE

Comunas Bloque Norte	Porcentaje de Hacinamiento	Viviendas Desocupadas	Viviendas Totales
Quilicura	7%	3%	62.470
Huechuraba	8%	4%	28.945
Recoleta	14%	4%	50.178
Conchalí	11%	2%	37.759
Independencia	14%	8%	62.470

Fuente: Elaboración propia, en base a información del censo 2017, INE.

Junto con lo anterior, es importante destacar que la comuna cuenta con una amplia demanda organizada en los denominados comités de mejoramiento o comités de construcción en sitio propio y regeneración a través de condominios de vivienda social. Esta demanda se explica principalmente porque las viviendas del sector del casco antiguo comunal tienen una data de aproximadamente 40 a 50 años, viviendas básicas de material mixto, madera o tabiques que, al no ser mantenidas se encuentran muy deterioradas. De este modo, el deterioro de las viviendas y la demanda por su mejoramiento, se canaliza a través de la postulación a los subsidios de mejoramiento y al programa de habitabilidad municipal. Por otro lado, los comités de allegados configuran una amplia demanda por el acceso a la vivienda propia, que a nivel comunal alcanza un total de 17 comités vigentes con personalidad jurídica, conformados por un total de 858 postulantes.

14. Educación

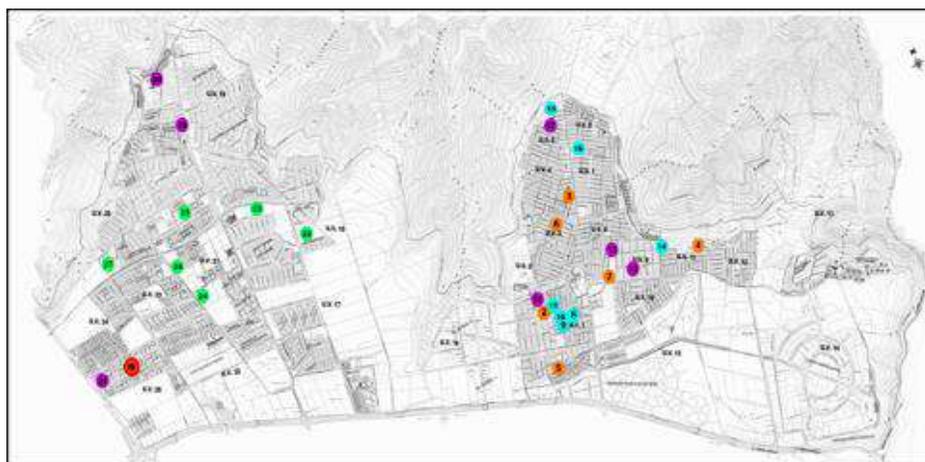
La oferta educativa de la comuna de Huechuraba es de tipo mixto, ya que coexisten establecimientos educacionales de dependencia municipal, particulares subvencionados, y particulares pagados; una red de jardines infantiles y salas cunas administrados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), y otros de administración municipal en convenio vía transferencia con la JUNJI (VTF), Empadronados y de Fundación Integra. Los establecimientos educacionales escolares y pre-escolares, se localizan tanto en el sector poniente de la comuna, como en el sector oriente, específicamente en el casco antiguo de la comuna. En el Sector Poniente, en los lugares aledaños a la Avda. Pedro Fontova, se localizan principalmente establecimientos particulares pagados, existiendo

en este sector sólo un Establecimiento Municipal (Centro Educacional Ernesto Yáñez R.). Por otro lado, en el casco antiguo se emplazan principalmente los establecimientos de educación pública.

La red de educación municipal se conforma de 7 establecimientos, 6 de los cuales entregan educación pre-básica y básica completa, y 1 imparte educación básica y media. Del total de establecimientos, 6 se encuentran emplazados en el sector oriente y 1 en el sector poniente.

Una de las características relevantes de la comuna es su división en dos grandes sectores, oriente y poniente, debido al cordón de cerros Punta Mocha y de la Chacarilla que establecen una línea de segmentación natural que se ha visto potenciada por el tipo de desarrollo social de uno y otro espacio del territorio comunal, así como por la ausencia de conexión vial interna. Estos factores impiden que la oferta educativa de un sector, particularmente la existente en el sector oriente, sea internalizada por las familias del sector poniente como una opción accesible por sobre aquella existente en otras comunas de la zona norte del Gran Santiago (Como Recoleta, Independencia y Conchalí). Es importante destacar que la distribución territorial de los establecimientos educacionales es concordante con las características sociales de los sectores en los cuales se divide la comuna. El sector Oriente, concentra prácticamente la totalidad de los establecimientos públicos y particulares subvencionados; en tanto el sector poniente, agrupa la totalidad de los colegios particulares pagados, siendo una excepción en ese contexto, dos establecimientos particulares subvencionados de educación especial y el establecimiento municipal Centro Educacional Ernesto Yáñez R. La imagen a continuación sintetiza la localización de los establecimientos educacionales de la red educativa comunal:

ILUSTRACIÓN 3-8 LOCALIZACIÓN DE LA RED EDUCATIVA COMUNAL



Fuente: DEM Huechuraba

TABLA 3-7 MATRICULA DE ESTABLECIMIENTOS MUNICIPALES

Establecimientos Educativos	Matricula Cohorte agosto 2021
Centro Educativo Huechuraba	769
Ernesto Yáñez	413
Carlos Prats	511
Adelaida La Fetra	637
Santa Victoria	399
Las Canteras	316
Santiago de Guayaquil	388

Fuente: DEM Huechuraba

TABLA 3-8

Jardín Infantil	Matrícula
Los Libertadores	150
Sol de Huechuraba	39
Jorge Inostroza	86
Rayito de Luna	153

Fuente: DEM Huechuraba

Entre los 18 y 24 años de edad, período en que los jóvenes podrían asistir a la educación superior, ya sea en sus nivel técnico o profesional, destaca el alto porcentaje de no asistencia a la educación. Del total de 10.163 jóvenes en el tramo de edad señalado respecto de los cuales se obtuvo información censal (310 casos "ignorados", con una población total en el tramo de 10.473) el 43,7% no se encuentra estudiando, estos suman un total 4.444 jóvenes.

TABLA 3-9 POBLACIÓN DE 18 A 24 AÑOS QUE ASISTE A LA EDUCACIÓN FORMAL, COMUNA DE HUECHURABA

Población de 18 a 24 años que Asiste a la Educación Formal, Comuna de Huechuraba

Edad	Asiste actualmente a educación formal					Total
	Sí	No asiste actualmente		Nunca asistió		
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
18	1.122	173	196	1	3	1.495
19	950	242	205	3	4	1.404
20	884	283	258	3	2	1.430
21	876	302	283	3	3	1.467
22	804	364	353	12	4	1.537
23	601	407	412	4	3	1.427
24	482	462	445	9	5	1.403
Total	5.719	2.233	2.152	35	24	10.163
		4.444				

Fuente: PLADECOS 2019-2024, en base a censo de población y vivienda 2017, INE

15. Trabajo u ocupación

Según datos del Censo nacional 2017 para la comuna de Huechuraba, la población en edad de trabajar, es decir, la población que según estándares internacionales es considerada como aquella que se puede incorporar total o parcialmente al mercado del trabajo y que en Chile corresponde a la mayor de 14 años (15 años y más), alcanza un total de 75.680, de los cuales, 36.385 hombres (48%) y 39.295 mujeres (51,9%). De este total, según el mismo censo, 45.306 personas se encontraban trabajando en el momento de su aplicación, esto es el 59,8% de la población en edad de trabajar (PET).

Asimismo, del total de personas que se encontraban trabajando en el momento de la aplicación del censo, 19.981 eran mujeres y 25.325 eran hombres, 44,1% y 55,9% respectivamente. Es interesante destacar que la población que declaró encontrarse trabajando en el momento de la aplicación del censo representa apenas el 14,3% de la población contratada por las empresas registradas en Huechuraba. En efecto, los trabajadores declarados por las empresas instaladas en la comuna o con casa matriz en ella en el año 2017, mismo año de aplicación del censo, alcanzó un total de 316.673, y la población comunal que se encontraba trabajando según censo, como se señaló anteriormente, alcanzó los 45.306. En este sentido el volumen de puestos de trabajo que generan las empresas instaladas en la comuna, tanto los ubicados en el territorio comunal como aquellos que se ejecutan en otras comunas de la región y el país, es 7 veces la población ocupada de Huechuraba, según cifras del censo 2017.

En lo referente al sector de la economía en los que trabaja la población ocupada de Huechuraba, según el censo 2017, 34.869 personas se desempeñan en el sector terciario de la economía (sector servicios), cifra que representa el 76,9% del total de ocupados de la comuna. En el sector secundario (sector industrial y manufacturero) trabaja un total de 2.571 personas, esto es el 5,6% de la población ocupada de la comuna. Por último, en el sector primario (sector minero, agrícola o pesquero) trabajan sólo 561 personas, que representan el 1,2% de la población total de ocupados.

Cabe señalar que un total de 7.305 personas, 16,1% de la población ocupada, desconoce el sector económico en el que trabaja. Por otro lado, complementariamente a los datos entregados por el censo, el SII aporta información sobre el número de trabajadores contratados en cada uno de los rubros de actividad económica de las empresas instaladas o registradas en Huechuraba. Como se observa en la tabla que sigue, las áreas de la actividad económica que más trabajadores contrataron en el período 2013 – 2017 fueron la construcción, seguido del comercio al por mayor y menor, ambas con un promedio anual en el período de 63.519 y 62.421 empleos, respectivamente.

Los sectores de la agricultura, pesca y ganadería, la industria manufacturera, las actividades inmobiliarias y el transporte, almacenamiento y comunicaciones se ubican en una escala más abajo en cuanto al volumen de empleos utilizados. El promedio de plazas laborales entregadas por cada una de ellas en el período 2013 – 2017 fue de 35.768 en el sector primario de la agricultura, pesca y ganadería, 32.228 en la industria, 27.778 en las actividades inmobiliarias, y un promedio de 25.051 en el caso del transporte y las comunicaciones.

TABLA 3-10 TRABAJADORES CONTRATADOS SEGÚN RUBRO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA, EMPRESAS INSTALADAS Y/O REGISTRADAS EN HUECHURABA, PERÍODO 2013 – 2017

Nº de Trabajadores dependientes informados	2013	2015	2017	Promedio 2013 - 2017
G - Construcción	66.796	60.393	63.370	63.519,7
H - Comercio al por mayor y menor.	57.634	57.435	72.196	62.421,7
A - Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	30.074	37.959	39.273	35.768,7
E - Industrias manufactureras metálicas	31.356	33.758	31.570	32.228,0
L Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	23.505	29.931	29.900	27.778,7
J Transporte, almacenamiento y comunicaciones	26.563	22.880	25.711	25.051,3
I Hoteles y restaurantes	14.353	16.279	14.970	15.200,7
D Industrias manufactureras no metálicas	10.944	11.021	18.305	13.423,3
K Intermediación financiera	6.710	7.452	12.688	8.950,0
P Otras actividades de servicios comunitarias, sociales y personales	3.164	2.917	3.155	3.078,7
O Servicios sociales y de salud	2.591	2.368	2.312	2.423,7
N Enseñanza	1.137	1.325	1.287	1.249,7
B Pesca	913	1.153	1.106	1.057,3
C Explotación de minas y canteras	526	352	597	491,7
Q Consejo de administración de edificios y condominios	75	82	124	93,7
F Suministro de electricidad, gas y agua	14	54	98	55,3
Sin información	1	1	11	4,3
M Administración pública y defensa, planes de seg. social afiliación obligatoria	0	0	0	0,0
Total Comunal	276.356	285.359	316.662	292.792,3
Bloque Metropolitano Norte	675.851	694.059	714.590	
Región Metropolitana	5.118.369	5.116.790	5.147.150	
Total País	8.819.428	8.953.828	9.139.506	

Fuente: PLADECO 2019-2024, en base a cifras publicadas por el SII año 2018.

Indicadores de Pobreza Multidimensional, Huechuraba, según Ocupación, seguridad social y jubilaciones. CASEN 2017

Ocupación: Uno de los integrantes del hogar mayores de 18 años está desocupado, es decir, actualmente no tiene trabajo y busca trabajo durante el período de referencia. Lo que corresponde al 11,2% de hogares con carencia.

Seguridad Social: Uno de los integrantes del hogar de 15 años o más que se encuentra ocupado no cotiza en el sistema previsional y no es trabajador independiente con educación superior completa lo que implica un 43,8% de hogares con carencia.

Jubilaciones: Uno de los integrantes del hogar en edad de jubilar no percibe una pensión contributiva o no contributiva y no recibe otros ingresos por arriendos, retiro de utilidades, dividendos e intereses, siendo la carencia de hogares el 12,1%.

16. Alimentación

La forma, el tipo de alimentación y la condición nutricional son dimensiones que involucran en bienestar personal y la salud de las personas, estas se relacionan con las determinantes sociales de la salud y tienen a contribuir o generar deterioro en la carga salud- enfermedad.

Es reconocida la mejoría socioeconómica del país en décadas recientes, lo que ha llevado a una mayor disponibilidad de alimentos y a su mejor distribución entre los integrantes de las familias. Los alimentos que la sociedad valora en la actual etapa de desarrollo no son necesariamente los más adecuados desde la perspectiva nutricional. La elevada ingesta energética de productos ricos en grasas y pobres en hidratos de carbono complejos y fibra, junto al sedentarismo, otra consecuencia negativa del desarrollo, ciertamente han generado un círculo vicioso difícil de romper.

La Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA), reveló dentro de sus resultados en el área de hábitos alimentarios, destaca la regularidad del hábito y horario de almuerzo, que es bastante transversal entre los estratos socioeconómicos. Menos frecuente, aunque aún elevado, es el desayuno, pero se observa menor adherencia de los adolescentes. Claramente la cena ha perdido espacio incluso en los niños, de forma que menos del 30% de los escolares y sólo poco más del 50% de los preescolares mantienen este tiempo de comida. Las once y la colación nocturna han pasado a sustituirla, particularmente en las mujeres y en los adultos mayores. En lo que respecta a los resultados objetivos de esta encuesta, es decir, los derivados de las medidas antropométricas permiten afirmar que actualmente la población del país ya no enfrenta un problema de falta de acceso a alimentos en cantidad y calidad, sino más bien parece estar enfrentada a un problema de exceso alimentario.

En lo que respecta a la comuna de Huechuraba, esta no está alejada a los diagnósticos levantados en la ENCA y la Encuesta Nacional de salud del año 2017 sobre la problemática del exceso alimentario que se expresa en prevalencias elevadas de malnutrición por exceso el cual es creciente a lo largo del ciclo vital.

TABLA 3-11 MALNUTRICIÓN POR EXCESO POBLACIÓN BAJO CONTROL HUECHURABA 2021

Rango etario	Porcentaje de malnutrición por exceso
0 a 4 años	36,6%
5 a 9 años	34,8%
10 a 19 años	54,4%
20 a 64 años	80,3%
65 y más años	30,03%

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

En la tabla anterior se puede apreciar que la prevalencia de Malnutrición por exceso es creciente hasta contemplar el ciclo de la adultez, donde destaca la preocupante cifra de un 80,3% de adultos entre 20 y 64 años con este diagnóstico, lo cual favorece el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que padece la población actualmente.

La Malnutrición infantil por su parte es un factor de riesgo que contribuye al posible desarrollo temprano de patologías cardiometabólicas, este también se encuentra monitoreado anualmente mediante al Mapa nutricional de JUNAEB que es una herramienta de reporte estadístico del estado nutricional de la población escolar, que evalúa el peso, talla e IMC a los niveles de pre-kínder, kínder, 1° básico, 5° básico y 1° medio en todas las comunas del País.

TABLA 3-12 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL HUECHURABA JUNAEB 2018-2020

	Desnutrición	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad severa	Malnutrición Exceso
2018	4%	5%	30%	22%	14%	6%	42%
2019	1%	5%	39%	27%	20%	7%	55%
2020	5%	8%	38%	23%	19%	7%	49%

Fuente: Mapa Nutricional JUNAEB 2018-2020 <https://www.junaeb.cl/mapa-nutricional>

Los resultados presentados en la tabla anterior presentan discretas variaciones desde el año 2018 al año 2020; sin embargo, sigue resultando preocupante las cifras de malnutrición por exceso, que al año 2020 su prevalencia es del 49% de los niños y adolescentes matriculados en la comuna presentan esta condición. Por lo cual resulta necesario establecer políticas públicas comunales que se relacionen con la protección y fomento a la alimentación y hábitos de vida saludables que influyen directa o indirectamente en el desarrollo infantil y el rendimiento escolar.

Dentro de las acciones locales que van en fomento y desarrollo de la adquisición de hábitos de vida saludable impulsados por el municipio están el fortalecimiento y apoyo a las Ferias Libres, principal espacio de abastecimiento de frutas y verduras frescas, emplazado en el territorio con precios accesibles y con una disponibilidad de 4 días a la semana para su funcionamiento (martes, miércoles, sábado y domingo). Otras actividades relacionadas con la alimentación saludable, seguridad y soberanía alimentaria son los Huertos, estrategias desarrolladas desde diversos departamentos y programas municipales, como las estrategias del programa de Autoconsumo de DIDECO, Huertos terapéuticos del COSAM, huertos en Jardines Infantiles y Escuelas Municipales además de los Huertos comunitarios emplazados en plazas y otros espacios de la comuna.

Otra de las estrategias realizadas es la liderada por el Departamento de Salud la de la promoción de la Lactancia Materna, con Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) en cada uno de los centros con especialistas invitados y abierta a la comunidad, madres, padres, educadoras entre otras. Existen lineamientos ministeriales, pero como comuna se han realizado iniciativas propias exitosas que seguirán permitiendo apoyar la crianza y lactancia de nuestra comunidad.

También se encuentra en proceso de elaboración La Ordenanza Municipal Saludable se encuentra actualmente como proyecto en el PLADECO y busca aumentar factores protectores y disminuir los factores críticos para la salud por medio de generar entornos saludables tanto al interior como en el exterior del municipio, acceso de alimentos saludables tanto al interior del municipio como en sus acciones con la comunidad en general, creación y mantención de infraestructura de los espacios para el fomento de la actividad física y esparcimiento y un mayor vínculo entre el área de fiscalización y dependencias municipales referidas a esta ordenanza.

Capítulo 4

Plan de cuidados de la población

Capítulo 4. Plan de cuidados de la población

La situación de la salud de la población de la comuna de Huechuraba cuenta con características propias que es necesario describir para poder realizar la planificación de acciones que se adecuen a las necesidades intrínsecas de la misma. Para cumplir dicho fin, se describen los indicadores básicos de salud, el índice de años de vida potencialmente perdidos, la morbilidad y otras características importantes de ser abordadas para conocer el contexto socio-sanitario de los grupos objetivo.

1. Antecedentes y contexto

El diagnóstico participativo permite conocer la situación actual de la población de Huechuraba y comprender los diferentes escenarios y problemas identificados por la comunidad, de manera de poder planificar acciones que permitan prevenir y modificar potenciales situaciones problemáticas de salud.

A partir de los resultados del 2017 que orientan nuestra acción y en la misma dinámica instalada en las Mesas Barriales (MB) se entiende que el diagnóstico participativo se inserta en un proceso más amplio, el que además se ha definido como una acción política, toda vez que busca incrementar la toma de decisiones en el ámbito local y no se hace por propia voluntad o normativa, sino porque se pretende generar las transformaciones necesarias en las brechas, inequidades y determinaciones sociales que son necesarias.

Desde ahí que se entiende el diagnóstico como un instrumento de transformación social que moviliza y pone en juego dos aspectos fundamentales para el desarrollo. Por una parte, instala los “temas necesarios” para debatir respecto a los cambios a realizar y por otro, abre una lógica de dispersión de poder local, ya que dota a los actores del territorio de las condiciones de realizar tales prácticas transformadoras.

Desde una orientación constructivo-transformadora propia de la acción participativa, el diagnóstico iniciado el 2017 produjo un conocimiento sistemático que quedó reflejado en el plan de salud 2018 – 2020 respaldado con un amplio espacio de participación y representativo de la diversidad de actores locales de los territorios. Proceso ampliamente reconocido por la comunidad, generándose la correspondencia necesaria con las acciones en salud y que pone en valor tres aspectos fundamentales que determinan nuestro sello respecto de lo que entendemos como participación. Pues a partir de este último diagnóstico se profundizan tres cuestiones fundamentales:

- a) El Autoaprendizaje sobre la realidad y las formas de aprehenderla, poniendo en práctica el conocimiento y creatividad local.
- b) El Involucramiento progresivo en todas las fases de diseño e implementación de acciones y construcción de responsabilidades compartidas.
- c) Construcción y fortalecimiento de vínculos y relaciones sociales sólidas que permite a los actores locales recrear las redes sociales; es decir, transformarlas desde el autorreflexión sobre las estructuras existentes y, en definitiva, potenciar su nivel y su capacidad de organización.

Hoy en este contexto de crisis sanitaria, riesgo, e incertidumbre los principios del modelo cobran mayor relevancia toda vez que el criterio de realidad obliga a poner en práctica una mirada integral desde lo individual, familiar y comunitario, para el abordaje de las condiciones estructurales que condicionan el bienestar de la población.

El Plan de Salud 2022-2025, el Modelo de Salud integral familiar y comunitaria, es el pilar fundamental para la línea de trabajo de los siguientes años, por lo que desde ahí se sustentarán las bases y estrategias de acciones en salud en los distintos territorios de la comuna.

En la implementación de este modelo y del trabajo comunitario, resulta relevante el involucramiento de todos los funcionarios de la salud pertenecientes a la atención primaria, como parte de su rol en el quehacer diario

de la red pública de la atención, junto a los ámbitos de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, acompañando procesos de empoderamiento en estos tres niveles antes mencionados, lo individual, familiar y comunitario. Mirada y praxis que será el eje rector de la acción.

El rol y aplicación de este Modelo de Salud es lo que destaca y diferencia principalmente de la atención privada en salud y que en la comuna se instala como una buena práctica social, desde un enfoque territorial y ampliamente validada por la comunidad.

Es por ello, la importancia del trabajo articulado con los Consejos de Desarrollo Local (CDL) sostenido en un marco jurídico contenido en la ley 19.813 Meta Sanitaria N° 7 y en la dinámica de las Mesas Barriales, contenida como eje principal del Modelo de Salud Familiar y Comunitario MAIS (2008) que más allá de la importancia de estas normativas sanitarias, cobran relevancia en el sentido de pertenencia y profundización de los niveles de participación y cohesión social entre la comunidad y los equipos de salud.

Desde el énfasis estratégico de Participación Social se ha apostado por acciones que asuman un abordaje integral de las condiciones de salud de los vecinos y vecinas. Todo esto en el marco de un trabajo conjunto y de continuidad a partir de los Diagnósticos Participativos entre la comunidad, el intersector y los respectivos equipos de salud, que apuntan precisamente a generar la corresponsabilidad y codecisión necesaria para dar cuenta de un Plan de Salud con identidad propia construido al calor del diálogo social.

Hoy en contexto de pandemia cobra mayor relevancia el aporte de la comunidad y tal como quedó reflejado en el levantamiento de los POAs, como insumo básico para la actualización diagnóstica que orienta, no se debe renunciar al sentido de esta acción y hoy más que nunca es importante mirar cómo se ha gestado este proceso, revisar, evaluar y seguir definiendo acciones dotadas de sentido.

Desde ahí la importancia de este diagnóstico comunal que determinarán los factores protectores – riesgos y carga de enfermedad de cada curso de vida y sus dimensiones. En este contexto el diagnóstico comunal, será la línea de base para este nuevo Plan de Salud 2022.

2. Objetivos del diagnóstico participativo.

Levantar información de carácter socio-sanitario mediante encuentros territoriales dialogados entre los equipos de salud y los actores relevantes con el fin de actualizar planes de acción consensuados en salud.

En el ámbito específico se espera:

- a) Validar y sancionar la imagen local de cada territorio a partir del análisis de las encuestas de caracterización levantadas por la comunidad (CDL – OPS – FLACSO)
- b) Cerrar el proceso de validación, evaluación de los POAS y rediseño del diagnóstico iniciado con los CDL.

3. Orientaciones metodológicas

Para el ejercicio en el ámbito de la participación en las acciones, es importante dar continuidad al trabajo desarrollado el año anterior en contexto de pandemia, donde se mantuvo en piel el sentido de las Mesas Barriales y sobre todo la valoración y alcances de las acciones contenidas en los POAs. Por lo tanto, este año se sugiere iniciar el debate desde los avances en lo que las mismas personas definen como lo "CONCRETO". En el ideario comunitario siempre está la presunción de avances de acuerdo a "cuestiones concretas" y muchas veces la necesidad limita la necesaria reflexión.

El sistema de participación estructural en Chile, así como en el mundo, ha dado cuenta de procesos de individuación, degradación de las prácticas democráticas, baja participación política y abstencionismo en procesos decisorios relevantes, donde en "concreto" los ciudadanos se consideran cada vez menos representados,

minimizando o reduciendo el sentido de la participación a los niveles informativos y/o evaluación de ciertos servicios en su calidad de consumidores y usuarios.

Por ello, desde el quehacer de los equipos de salud, es importante instalar el debate y reflexión sobre lo que se entenderá como "CONCRETO", pues en el contexto descrito, el sentarse a dialogar e intentar acuerdos, levantar información, ya es un avance en la reconstrucción de los niveles de participación democrática. La invitación es no perder de vista el sentido de esta acción.

Claramente la demanda de la comunidad está vinculada a este precepto, de lo tangible. Por ello, la importancia de la reflexión, no como prerrogativa autocomplaciente sino como sentido orientador de la acción.

Para el trabajo del diagnóstico se cuenta con instrumentos desarrollados con la comunidad a partir de la evaluación de los POAs de cada centro, la encuesta de caracterización socio-sanitaria levantada con los CDL, apoyada por FLACSO-OPS y comunidad en general, de manera virtual y presencial en algunos territorios, las encuestas de satisfacción y la caracterización de las familias por territorio contenida en el plan 2020 - 2021.

Con esta información los equipos de cada centro deberán presentar una síntesis de estos insumos con el fin de generar una imagen NARRATIVA DEL TERRITORIO. Para CON ESTA INFORMACION como carta de navegación. INTENCIONAR, CONDUCIR Y LIDERAR la discusión con la comunidad, para desarrollar el ejercicio de la matriz detallada a continuación.

TABLA 4-1 MATRIZ DE TRABAJO COMUNITARIO

Curso de vida	Diagnostico participativo			
	Factores protectores	Factores de riesgo	Problema de salud identificado	Acciones propuestas
Gestantes				
Infancia				
Adolescencia				
Adulto				
Personas mayores				
Familia				
Comunidad				

Fuente: Elaboración Unidad Modelo

El equipo (P&P-MAIS-CALIDAD) deberá exponer en una PPT en no más de 4-5 láminas esta imagen NARRATIVA del territorio, sugiriendo por lo demás, que no supere los 20 minutos para asegurar el tiempo suficiente a la discusión y completar la matriz.

Ahora quién define cuales son las variables que se presentan será el propio equipo (Participación, Promoción, Calidad, MAIS) ya que las prioridades, énfasis etc., responden a cada dinámica particular de sus territorios. (por ejemplo, a partir de las encuestas sociosanitarias el tema del porcentaje de población que vive en condición de "allegados" es relevante en CESFAM Dr. Salvador Allende G. (24,5%) PERO QUIZÁS NO sea tan relevante en CESFAM Dr. Víctor Castro W. (8,4%)

La pregunta para el equipo es: ¿Qué es importante...qué se destaca...cómo se motiva la discusión?

Con esta presentación realizada, conversada y sancionada con la comunidad, se avanza al ejercicio de identificar los factores mencionados en la matriz.

Por lo anterior y con la información antes señalada, en esta etapa diagnóstica se desarrollará con los equipos de salud y representantes de la comunidad por medio de los CDL.

1. Identificación de los principales problemas socio sanitarios de las herramientas diagnósticas.
2. Priorización de problemas a desarrollar.
3. Modelo de Planificación Estratégica – Factores Protectores, Riesgos y Problemas de Salud, según cada curso de vida.

4. Resultados del diagnóstico participativo

A continuación, se presentan los resultados del DP realizado en el mes de septiembre del 2021.

En estas jornadas de diagnósticos participaron los equipos de cabecera de cada centro de salud, y representantes de la comunidad mediante las directivas de los CDL y JJVV, además de directoras de centros educacionales entendiendo el ejercicio dialogado con actores claves del territorio. Toda vez que estos diagnósticos cierran el proceso iniciado el año anterior, donde las evaluaciones de los POAs, el trabajo de levantamiento de información socio sanitaria se entendió como insumos y como proceso diagnóstico en permanente construcción.

En la comuna de Huechuraba se ha puesto como eje central el valor social en la mirada y el quehacer en salud, junto a la participación social considerando que ésta puede provocar un cambio real en el bienestar de los vecinos y vecinas residentes de la comuna.

Bajo este contexto se considera un desafío el avance temáticas de participación para la toma de decisiones técnicas en el Departamento de Salud de la comuna. Ejemplo de ello, es la consolidación de la estrategia de Mesas Barriales, lideradas por dirigentes de organizaciones sociales, con un foco territorial y acompañados por los respectivos encargados comunitarios de cada CESFAM.

El año 2020, con la llegada del COVID-19 plantea un nuevo escenario con un contexto distinto a lo ya conocido y aún más, cada vez más complejo. Es por esto que la comuna requiere un avance importante en la caracterización socio sanitaria de la comunidad y el levantamiento de determinantes sociales y las brechas existentes en salud.

El contexto actual de pandemia exige agudizar la mirada y poner en valor las diversas realidades de nuestros vecinos y vecinas, conocer cómo han sobrellevado los efectos de dicha pandemia y cómo han logrado superar algunas barreras estructurales que determinan la calidad de vida de la población.

5. Caracterización comunal.

La primera fase y/o etapas del diagnóstico consistieron en el análisis de las encuestas de caracterización comunal y luego desagregada por cada CESFAM.

La población objetivo de la Encuesta Salud Huechuraba corresponde a la “población validada en los centros de Salud de la comuna de Huechuraba”. Los estratos se definen como grupos de observaciones homogéneas internamente y heterogéneas entre los distintos grupos definidos. Para el caso del presente estudio los estratos fueron definidos según los centros de salud existentes en la comuna.

La muestra corresponde al tamaño calculado a partir de un Muestreo Aleatorio Simple con una afijación proporcional al ciclo de vida y fijo por centro. Para el cálculo se utilizó un estadístico de varianza máxima, con un 95% de confiabilidad y 5% de error. El ciclo de vida se define según grupos etarios considerando al grupo “Adolescentes” entre los 10 y 19 años, al grupo “Adultos” entre 20 y 64 años, y “Adultos Mayores” a quienes tengan 65 años o más.

Se eliminaron casos que no son correspondientes a los centros de salud de la muestra, de 1.108 respuestas se obtiene un total de 1.091 casos para el análisis.

TABLA 4-2 ¿A QUÉ CENTRO DE SALUD PERTENECE? (DÓNDE ESTÁ INSCRITO/A)

	Freq	% Valid	% Valid Cum.	% Total	% Total Cum.
CECOSF Los Libertadores	193	17.7	17.7	17.7	17.7
CESFAM Dr Salvador Allende Gossens	253	23.2	40.9	23.2	40.9
CESFAM El Barrero	133	12.2	53.1	12.2	53.1
CESFAM La Pincoya	192	17.6	70.7	17.6	70.7
CESFAM Víctor Castro Wiren	320	29.3	100.0	29.3	100.0
	0	NA	NA	0.0	100.0
Total	1091	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

La edad promedio de las personas que responden la encuesta es de 44 años, encontrándose desde adolescentes de 11 años (valor mínimo) a adultos mayores de 89 años (valor máximo). Los datos de caracterización indican que cerca de un 65,9% de los participantes son mujeres y que sólo un 33,8% del total son hombres. Solo veintidós personas pertenecen a alguna etnia, dos de ellos Diaguitas. Un 42% es soltero, mientras que un 36% de las personas se encuentran casadas y un 9% se encuentra en pareja o convive. Respecto a la educación, cerca de un 30% tiene educación media completa, y sólo un 10,9% tiene educación superior completa.

Respecto a las viviendas de los encuestados, el número promedio de personas que viven en el hogar es de 4,5 desde hogares unipersonales hasta 16 personas viviendo en un solo hogar.

Respecto del tipo de propiedad de la vivienda donde viven los encuestados. Un 35% posee casa propia, ya sea pagada o con endeudamiento, un 18% arrienda, y un porcentaje no menor de personas se encuentra allegado/a (15%).

Respecto a la materialidad de la vivienda, donde residen, la mayoría de las personas señalan tener planchas metálicas en techo (55%), cerámico, porcelanato, flexit o similar en el piso (50%), y los muros principalmente son de albañilería (52%). En resumen, se observa que no hay una percepción positiva respecto al estado de la vivienda donde residen los encuestados, ya que un 36% de ellos dice que su vivienda se encuentra en estado regular o malo.

Respecto a las ayudas entregadas por el estado en contexto de pandemia, un 63,4% de los encuestados recibió cajas de mercadería, un 37,1% se adjudicó el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), un 9,6% el Bono de Clase Media y solo un 7% participó del programa de protección social, cabe mencionar que las categorías no necesariamente son excluyentes.

Respecto al contexto de pandemia por COVID-19, el grupo de riesgo que se observa con mayor frecuencia en los grupos familiares de los encuestados corresponde a quienes presentan patologías crónicas que agravan un cuadro de COVID-19 (59%), seguido por niños menores de 10 años (33,9%) y personas mayores (41%). Sólo un 5,2% tiene familiares en periodo embarazo, gestante o recién nacidos.

TABLA 4-3 GESTANTES, EMBARAZADAS O RECIÉN NACIDOS

	Freq	% Valid	% Valid Cum.	% Total	% Total Cum.
No	1012	94.8	94.8	92.8	92.8
Si	55	5.2	100.0	5.0	97.8
	24	NA	NA	2.2	100.0
Total	1091	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

TABLA 4-4 NIÑOS Y NIÑAS (0 A 9 AÑOS)

	Freq	% Valid	% Valid Cum.	% Total	% Total Cum.
No	709	66.1	66.1	65.0	65.0
Si	363	33.9	100.0	33.3	98.3
	19	NA	NA	1.7	100.0
Total	1091	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

TABLA 4-5 PERSONAS MAYORES (SOBRE 65 AÑOS)

	Freq	% Valid	% Valid Cum.	% Total	% Total Cum.
No	631	58.9	58.9	57.8	57.8
Si	441	41.1	100.0	40.4	98.3
	19	NA	NA	1.7	100.0
Total	1091	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

TABLA 4-6 PERSONAS CON PATOLOGÍA CRÓNICA (DIABETES, HIPERTENSIÓN, ETC)

	Freq	% Valid	% Valid Cum.	% Total	% Total Cum.
No	447	41.2	41.2	41.0	41.0
Si	639	58.8	100.0	58.6	99.5
	5	NA	NA	0.5	100.0
Total	1091	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

Un 75,9% (192) de las personas declaran haber requerido atención de salud en el periodo de marzo a noviembre. De ellas, el problema más frecuente al que se vieron enfrentados fue "problemas para ser atendidos en el establecimiento" y "Problemas para conseguir cita/atención" con un 32% y 29%, respectivamente.

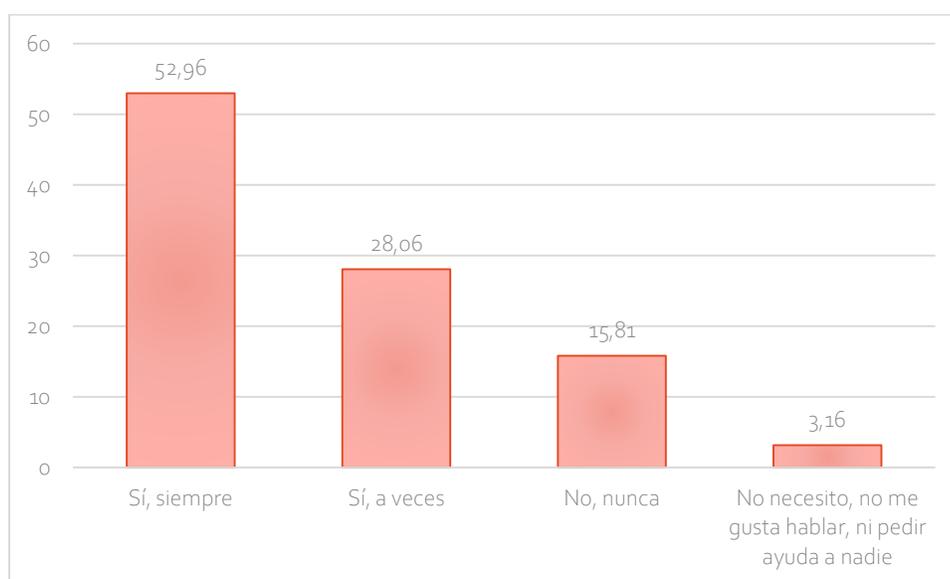
Finalmente, respecto a la sensación frente a pandemia, un 62% de los encuestados señala que tienen miedo e incertidumbre, y al contrario casi un 30% tranquilidad y seguridad.

Para finalizar, la última dimensión de la encuesta refiere al bienestar de la comunidad. Sobre los problemas del barrio o localidad que más preocupan se encuentra la seguridad pública (63%), el alcoholismo y drogadicción (61%), la limpieza de las calles y veredas (38%), y la presencia de perros vagos, ratones, moscas y otros (39%).

La participación en organizaciones es baja en la comuna, un 74% de los encuestados no pertenece a ninguna organización. Solo un 8% pertenece a alguna organización religiosa, un 3% a juntas de vecinos, clubes deportivos y Consejo de Desarrollo Local CDL.

En general, más de la mitad de los encuestados cuenta con algún grado de apoyo cuando tiene un problema, un 16% declara no tener dicho apoyo, algo que en el contexto de pandemia en el que nos encontramos es preocupante.

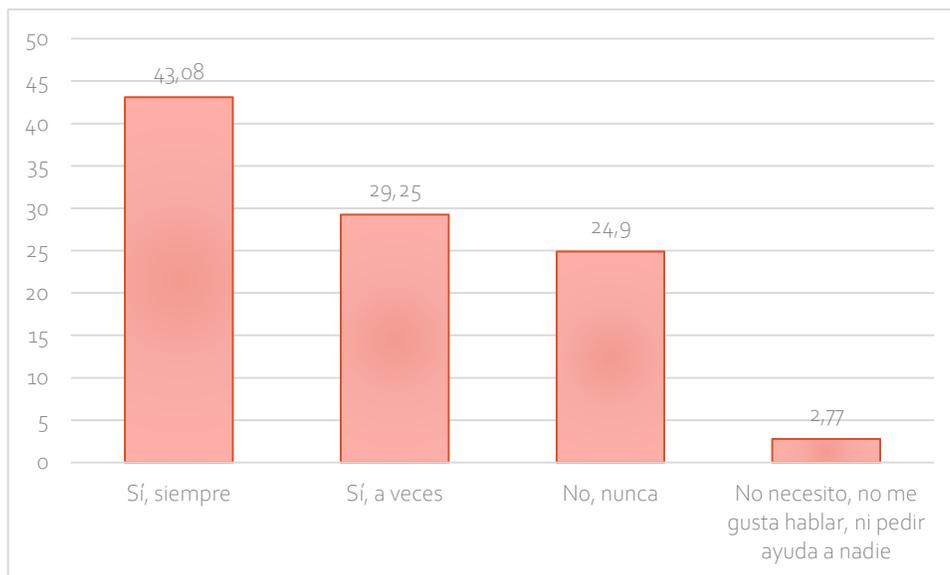
GRÁFICO 4-1 CUANDO TIENE UN PROBLEMA ¿TIENE USTED ALGUNA PERSONA EN QUIEN CONFIAR, PEDIR AYUDA, CONSEJEROS?



Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

Respecto a soporte por problemas económicos, el 53% declara que siempre tiene en quien confiar, un 29% a veces y 25% nunca.

GRÁFICO 4-2 CUANDO TIENE UN GASTO IMPREVISTO, EMERGENCIA ECONÓMICA U OTRA SITUACIÓN CATASTRÓFICA ¿PUEDE RECURRIR CONFIADAMENTE EN ALGUIEN?

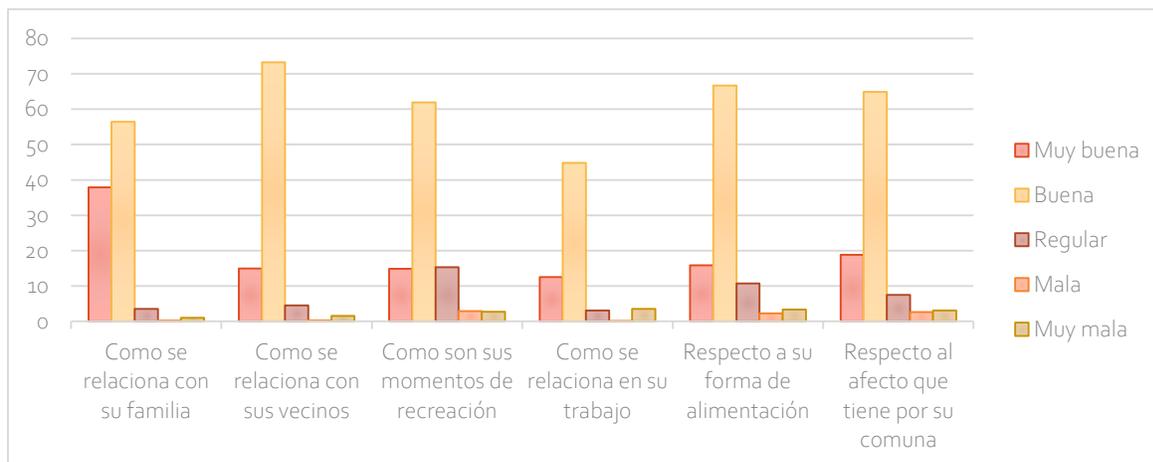


Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

Sobre la evaluación del estilo de vida de los encuestados, las peores evaluaciones se encuentran en relación a cómo son los momentos de recreación y sobre cómo se alimentan.

La calificación sobre aspectos de la vida es positiva, excepto con respecto a la cantidad de dinero y el trabajo.

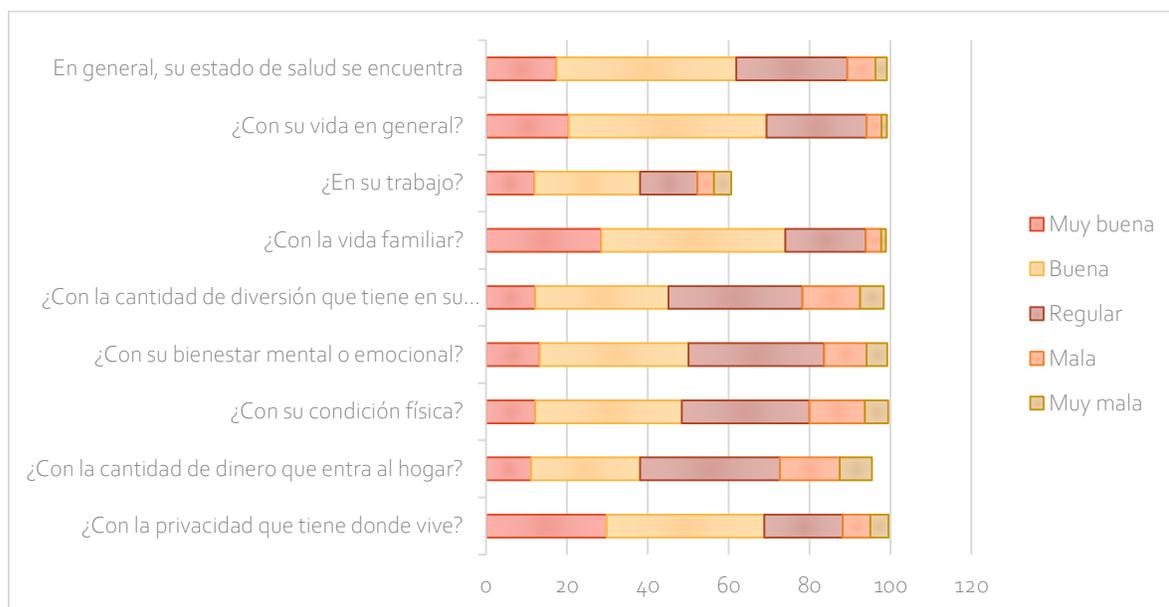
GRÁFICO 4-3 CALIFICACIÓN SOBRE ASPECTOS DE LA VIDA



Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

Finalmente, en cuanto a la percepción de salud, la mayoría dice que su estado se encuentra en los tres niveles mayores de la escala.

GRÁFICO 4-4 PERCEPCIÓN DE SALUD



Fuente: Encuesta de caracterización socio-sanitaria. DEPSA Huechuraba 2020

6. Resultados de la matriz de diagnósticos participativos por centros de salud

Cabe mencionar que este mismo detalle socio sanitario esta descrito y sintetizado en cada uno de los centros de salud. En este apartado solo se detallarán las conclusiones que se realizaron a partir del análisis, presentación de estos resultados y validación de la comunidad respecto al trabajo realizado.



7. Planes de cuidado por dimensiones

7.1. Plan de cuidados individuo

Según la OMS el enfoque del curso de la vida, la salud, tanto individual como poblacional, se concibe como el resultado de la interacción dinámica entre las exposiciones y eventos a lo largo de la vida condicionados por mecanismos que integran las influencias positivas o negativas que dan forma a las trayectorias de las personas y al desarrollo social. Según este marco conceptual, la salud es una dimensión fundamental del desarrollo humano y no solo un fin en sí misma. El Departamento de Salud de la municipalidad de Huechuraba ha tomado las directrices del MINSAL y la opinión de las y los vecinas y vecinos y las y los funcionarios y funcionarias de la comuna por medio de los diagnósticos participativos, ha elaborado un plan de servicios sanitarios por curso de vida que busca impactar de forma positiva en la salud de la población.

Se describe a continuación cada curso de vida primero con la mujer gestante, luego infantil y adolescente para terminar con las y los adultas y adultos y las personas mayores.

7.1.1. Curso de vida de la persona gestante

La perspectiva del curso de vida en la persona gestante es aquella etapa que considera a todas las personas que están cursando una gestación en su periodo de edad fértil y se aborda considerando la vida de manera dinámica, lo cual requiere que la salud sea vista como un continuo de cuidados, que se inicia en la gestación de futuros hijos e hijas que iniciarán posteriormente los ciclos de vida infantil, adolescencia y juventud, adultez y el ciclo de las de personas mayores.

El abordaje del curso de vida de la mujer gestante también se enmarca dentro de los derechos sexuales y reproductivos (DSSRR), los cuales forman parte de los derechos humanos y son reconocidos internacionalmente y se refieren a tomar decisiones informadas con respecto al cuerpo y disfrutar de una vida sexual libre, sana y segura. Estas decisiones -desde la perspectiva de los DSSRR- se basan en la libertad de elegir si tener o no tener hijos/as, el número, el espaciamiento de éstos y el momento adecuado para ello. Además, todas las personas tienen derecho a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces y accesibles.

El curso de vida de la mujer gestante ha sido considerado dentro del Plan de Salud de manera estratégica, en términos de realzar, evaluar y observar los procesos y resultados dentro de éste, asumiendo el desafío de visibilizar a través del diagnóstico comunal, los principales factores protectores y de riesgo, para abordar de manera integral la salud de las mujeres en la etapa de la gestación.

Es necesario relevar esta etapa crucial del curso de vida, dado que el período reproductivo presenta como objetivo central permitir que padres saludables puedan tener hijos/as sanos/as, fruto de una decisión responsable y compartida, sin comprometer su propio estado de salud. Las acciones son concentradas en la atención primaria de salud y deben orientarse a lograr un embarazo deseado.

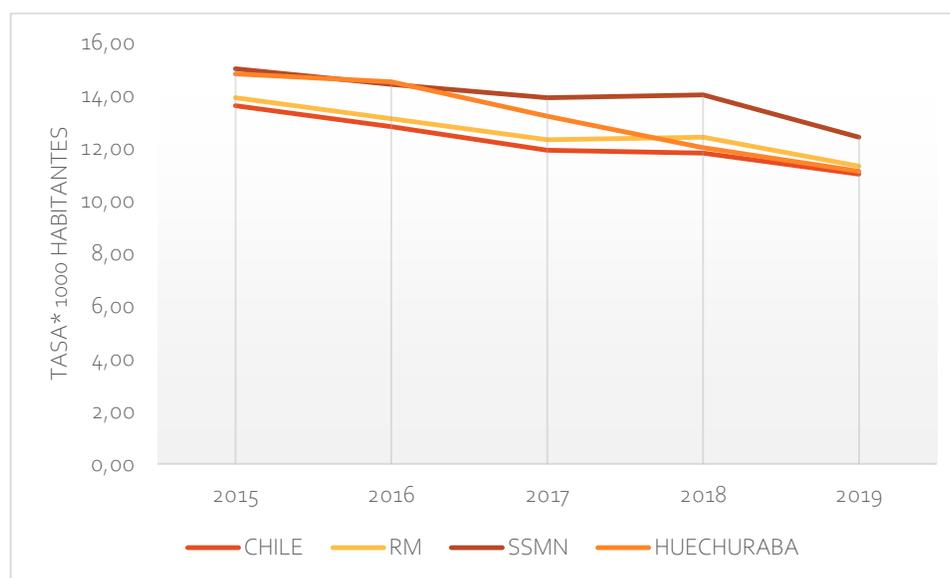
En este sentido, existen muchos factores biopsicosociales que pueden influir en el resultado de la gestación y postparto, que al ser abordados de manera sistemática, con visión estratégica, con perspectiva preventiva y promocional, será posible lograr mejores resultados.

Aspectos demográficos de la gestación

Tasa de Natalidad

En relación con la tasa de natalidad por 1000 habitantes, se observa que la comuna de Huechuraba tiene una tendencia a la baja de la natalidad en los años observados más marcada que el país, la RM y el SSMN. El SSMN tiene la tasa más alta respecto del país, la RM y Huechuraba y con una disminución más lenta a lo largo del tiempo. El año 2018, la tasa de natalidad en la comuna de Huechuraba fue de 12,0 por 1000 habitantes, similar al país y la RM y más baja que el SSMN.

GRÁFICO 4-5 TENDENCIA TASA DE NATALIDAD 2015-2019



Fuente: DEIS, MINSAL. (año 2019 en proceso de validación)

Tasa global de fecundidad

La tasa global de fecundidad (TGF) se ha mantenido estable en Chile y la Región Metropolitana en los años observados 2016 al 2018; sin embargo, se observa que, tanto en la comuna de Huechuraba como en el SSMN, ésta ha ido disminuyendo en el tiempo. De acuerdo al dato más reciente proporcionado por el DEIS, la TGF en la comuna es de 1,63. Cabe destacar que la tasa global de fecundidad se encuentra bajo el nivel de reemplazo de la población.

TABLA 4-7 EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) 2016 – 2018, SEGÚN NIVEL

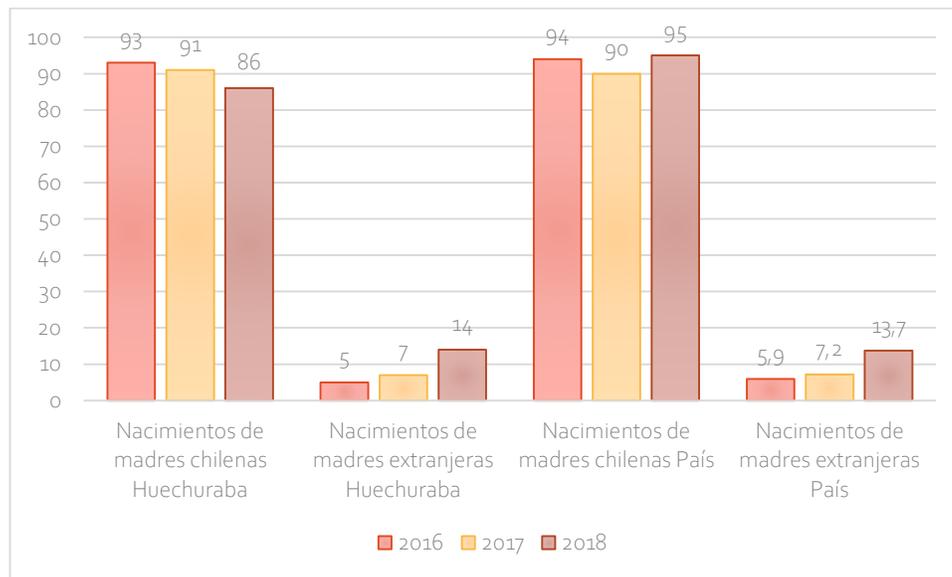
Nivel	2016	2017	2018
País	1,62	1,65	1,62
Región Metropolitana	1,67	1,59	1,56
SSMN	2,10	2,04	1,73
Huechuraba	1,89	1,74	1,63

Fuente: DEIS, MINSAL.

Nacimientos según nacionalidad de la madre

En el siguiente gráfico se observa el porcentaje de nacimientos según nacionalidad de la madre, y se puede mencionar que en la comuna de Huechuraba existe una proporción de nacimientos de madres extranjeras muy similar a la proporción del país, destacándose que en el año 2018 hubo un alza importante, llegando al 13,7%, versus un 14,7% en el país.

GRÁFICO 4-6 PORCENTAJE DE NACIMIENTOS SEGÚN NACIONALIDAD DE LA MADRE

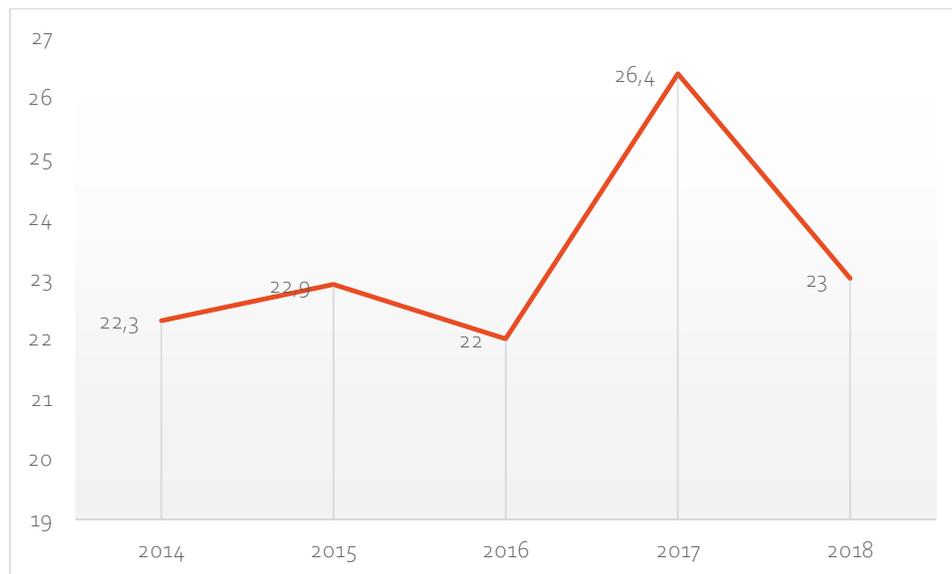


Fuente: DEIS, MINSAL

Mortalidad materna en Chile

Los datos de mortalidad materna indican que anualmente en el país, mueren aproximadamente 50 mujeres a causa del embarazo, parto o puerperio, con una tasa de 23,0 por 100.000 nacidos vivos, en el año 2018. A continuación, se muestra la evolución de la RM en el tiempo (2014-2018). La principal causa de muerte es por: Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio.

GRÁFICO 4-7 MORTALIDAD MATERNA EN CHILE

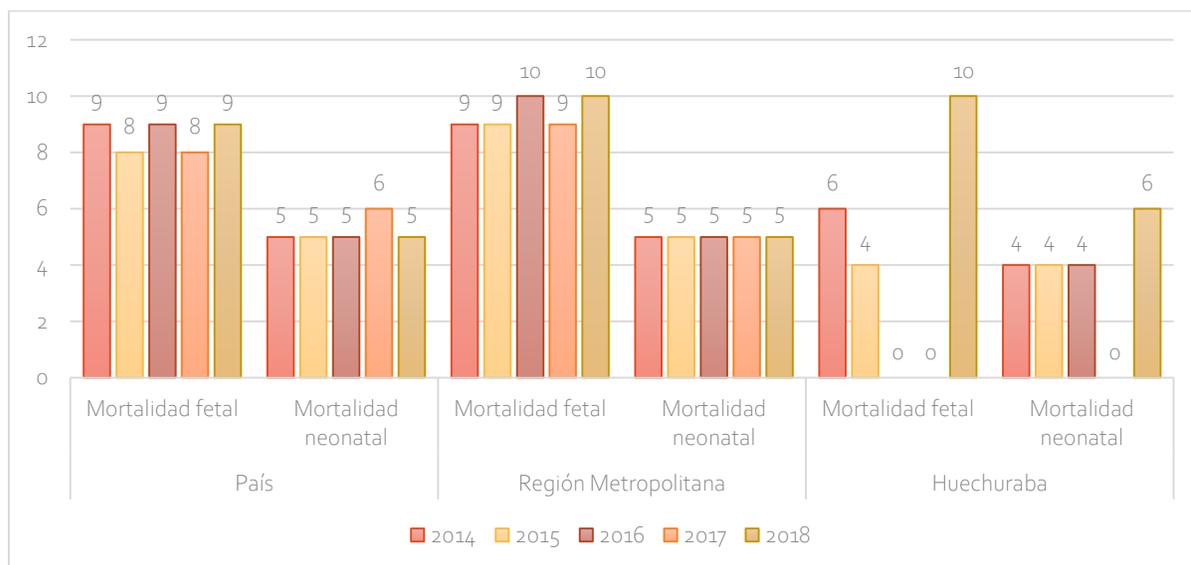


Fuente: DEIS, MINSAL. (Tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos corregidos)

Mortalidad perinatal

A continuación, se describe la mortalidad perinatal, clasificada en mortalidad fetal, que corresponde a la muerte in-útero y neonatal, correspondiente a la muerte en menores de 28 días de nacidos/as. La mortalidad fetal es mayor a la neonatal en los 3 niveles. Y en general se mantienen estables a lo largo del tiempo. Cabe señalar que en el año 2016 no se registran muertes fetales ni neonatales.

GRÁFICO 4-8 MORTALIDAD PERINATAL



Fuente: DEIS, MINSAL (Tasas por 1000 nacidos vivos)

La siguiente tabla muestra los aspectos demográficos y epidemiológicos de la población de mujeres gestantes en la comuna de Huechuraba.

Caracterización de la población en el curso de vida

TABLA 4-8 MUJER GESTANTES

Área	Aspecto	Datos estadísticos	Observaciones
Demografía	Población mujeres edad fértil 15-49 años	INE: 27.668	La proporción de mujeres en edad fértil respecto de la población total de mujeres es: Chile: 50,4% (Chile)
Demografía	Población mujeres edad fértil 15-49 años	Inscritas validadas por FONASA Huechuraba: 18.566 (67,1% de la población INE)	La proporción de mujeres en edad fértil de la población total de mujeres es: Huechuraba: 49,3%
Demografía	Tasa global de fecundidad	Chile: 1,62RM: 1,56SSMN: 1,73Huechuraba: 1,63	Fuente: DEIS, 2018.
Demografía	Tasa de natalidad	Chile: 11,8RM: 12,4SSMN: 14,0Huechuraba: 12,0	Fuente: DEIS, 2018.
Demografía	Nacimientos según nacionalidad de la madre	País: Nacidos/as de madres chilenas: 85,7%Nacidos de madres extranjeras: 14,1%Huechuraba: Nacidos/as de madres chilenas: 85,9%Nacidos de madres extranjeras: 13,7%	Fuente: DEIS, 2018.
Demografía	Tasa de mortalidad fetal	Chile: 9,0RM: 10,0Huechuraba: 10,1	Tasa por 1.000 nacidos vivosFuente: INE, 2018

Demografía	Tasa de mortalidad neonatal	Chile: 5,0RM: 4,5Huechuraba: 6,2	Tasa por 1.000 nacidos vivosFuente: INE, 2018												
Demografía	Ingresos gestantes Huechuraba	2019: 7382020: 6692021: 402	2021 (corte agosto)Proyección ingresos gestantes 2021: 600												
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Prevalencia de parto prematuro	Chile: 8,7%RM: 9,1%Huechuraba: 10,6%	Fuente: DEIS, 2018												
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Malnutrición por exceso gestantes	Huechuraba73,5% <table border="1"> <thead> <tr> <th>Centro</th> <th>% malnutrición</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La Pincoya</td> <td>69,1%</td> </tr> <tr> <td>El Barrero</td> <td>77,5%</td> </tr> <tr> <td>SAG</td> <td>75,3%</td> </tr> <tr> <td>Los Libertadores</td> <td>81,8%</td> </tr> <tr> <td>Dr. Víctor Castro</td> <td>56,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Centro	% malnutrición	La Pincoya	69,1%	El Barrero	77,5%	SAG	75,3%	Los Libertadores	81,8%	Dr. Víctor Castro	56,0%	Fuente: REM P, 2021
Centro	% malnutrición														
La Pincoya	69,1%														
El Barrero	77,5%														
SAG	75,3%														
Los Libertadores	81,8%														
Dr. Víctor Castro	56,0%														
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Diabetes gestacional	Huechuraba: 10,6%(Chile: 5,1%)	Fuente: Datos locales por centro												
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Enfermedad periodontal	Huechuraba: 90% aprox.	Incluye: leve, moderado y severo												
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Trastornos de salud mental en gestantes	Huechuraba15,9%	Fuente: REM (en base a Pauta Edimburgo), 2021												
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades.	Cobertura de controles preconcepcionales	Huechuraba1,3%	Estándar MINSAL: 5%												
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Embarazo no planificado	Huechuraba54%	Los Libertadores: 67,7%SAG: 62,6%El Barrero: 59,7%La Pincoya: 40,3%												
Epidemiología	Gestantes con diagnóstico COVID	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>53 casos</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>34 casos</td> </tr> </tbody> </table>	Año	Total	2020	53 casos	2021	34 casos	Fuente: EpivigilaCorte 2020: agosto.						
Año	Total														
2020	53 casos														
2021	34 casos														
Epidemiología	Interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales	<table border="1"> <thead> <tr> <th>País</th> <th>RM</th> <th>Huechuraba</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Causal 1: 30,05%</td> <td>Causal 1: 30,24%</td> <td>Causal 1: 0%</td> </tr> <tr> <td>Causal 2: 53,92%</td> <td>Causal 2: 57,07%</td> <td>Causal 2: 50,00%</td> </tr> <tr> <td>Causal 3: 16,03%</td> <td>Causal 3: 12,68%</td> <td>Causal 3: 50,00%</td> </tr> </tbody> </table>	País	RM	Huechuraba	Causal 1: 30,05%	Causal 1: 30,24%	Causal 1: 0%	Causal 2: 53,92%	Causal 2: 57,07%	Causal 2: 50,00%	Causal 3: 16,03%	Causal 3: 12,68%	Causal 3: 50,00%	Fuente: DEIS, 2021
País	RM	Huechuraba													
Causal 1: 30,05%	Causal 1: 30,24%	Causal 1: 0%													
Causal 2: 53,92%	Causal 2: 57,07%	Causal 2: 50,00%													
Causal 3: 16,03%	Causal 3: 12,68%	Causal 3: 50,00%													
Metas relevantes actuales	Ingreso precoz de embarazo (antes de las 14 semanas)	Huechuraba: 94%	IAAPS Corte agosto 2021(Meta MINSAL: 90%)												
Metas relevantes actuales	% de gestantes que ingresan a educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	Huechuraba: 50,7%	La Pincoya: 88,5%El Barrero: 22,7%SAG: 21,3%VCW: 10%LL: 100%Indicador meta CHCC (agosto2021)												

Fuente: registro local

Diagnóstico según curso de vida

Para una mejor evaluación de la salud del curso de vida, a continuación, se describen tanto los factores protectores, los factores de riesgo y el problema de salud consecuente que condicionan este grupo específico, lo cual fue construido por los referentes de los establecimientos, DEPSA y usuarios, dejando aquellos que son priorizados y que después se relacionan con los objetivos sanitarios y clínicos del curso de vida. A esta evaluación y análisis le denominamos diagnóstico por curso de vida.

El curso de vida de mujeres gestantes, es evaluado desde los distintos enfoques y con la integración de la perspectiva individual, familiar y comunitaria, a través del aporte de los antecedentes demográficos, epidemiológicos, de determinantes sociales y las mesas territoriales con los vecinos y vecinas.

Posteriormente, se priorizaron los problemas de salud que se detallan y se generaron objetivos sanitarios y clínicos, con medición de cumplimiento a corto y mediano plazo.

TABLA 4-9 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA EN MUJERES GESTANTES

Factor de riesgo	Factor protector	Problema de salud/carga de enfermedad
Sedentarismo Malos hábitos alimentarios Bajo nivel SE Desconocimiento de la oferta de actividad física en la municipalidad Malos hábitos de sueño Baja adherencia a controles con nutricionista Embarazo no planificado Desinformación de alimentación saludable	Oferta controles salud actividad física promocional VIDA SANA	Malnutrición por exceso en gestantes
Desinformación de la oferta de cartera de prestaciones del programa de la mujer	Mujeres empoderadas con su salud, desde la perspectiva biopsicosocial	Baja cobertura de controles preconceptionales
VIF Falta de educación sexual Falta de corresponsabilidad parental Preservativos no disponibles en dispensadores Insuficiente trabajo intersectorial	Red de apoyo Educación sexual desde la primera infancia	Embarazo no planificado
Violencia de género VIF Falta de corresponsabilidad en la crianza y labores domésticas Antecedentes familiares de trastornos de salud mental Insuficiente red de apoyo	Existencia de equipos de salud mental competentes en los centros Acompañamiento a través del programa CHCC y GALM Presencia de red de apoyo familiar u otros	Trastornos de salud mental en gestantes con baja cobertura de ingreso al programa de salud mental

Fuente: Unidad Técnica

Estrategia sanitaria 2022-2025

La estrategia sanitaria cuenta de 2 componentes la gestión sanitaria y la clínica. Las cuales se traducen en objetivos sanitarios y clínicos. Los objetivos clínicos son aquellos que apuntan a la mejora de indicadores de resultado de largo plazo, en nuestro caso 2025 y los objetivos clínicos buscan la ejecución de acciones en salud medidos de forma anual que apoyan la obtener de los resultados a largo plazo de los sanitarios.

TABLA 4-10 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO MUJER GESTANTE

Objetivo sanitario	Indicador	Meta	Objetivo clínico	Indicador	Meta
Fortalecer un incremento adecuado de peso en mujeres gestantes, de acuerdo a su estado nutricional	Nº de mujeres que cursaron un incremento adecuado de peso durante el embarazo/Nº total de mujeres puérperas	60%	Fomentar la cobertura del acceso a sesión educativa en "Alimentación saludable y vida sana en gestantes"	Nº de gestantes que asisten a la sesión Nº 2/ Total mujeres gestantes	50%
Aumentar la proporción de embarazos planificados en la comuna de Huechuraba	Nº gestantes con embarazo planificado/Nº total de gestantes	50%	Mejorar cobertura de ingreso al Programa de Regulación de Fertilidad en población adolescente 10 a 19 años	Nº de personas adolescentes que están en programa de regulación de fertilidad/ Nº inscritos validados entre 10-19 años	11%
Promover la recuperación de gestantes que cursan con trastornos de salud mental	Nº de mujeres en periodo de embarazo en tratamiento de salud mental/Nº de mujeres en periodo de embarazo con trastornos de salud mental según prevalencia del 25%	17%	Aumentar la cobertura de acceso al programa de Salud Mental en gestantes con pauta de Edimburgo alterado	Nº de gestantes con pauta de Edimburgo alterado evaluadas en programa de salud mental/Total de gestantes con pauta de Edimburgo alterado	50%
			Aumentar el nivel de competencia de los equipos de matronas/es en temáticas de pesquisa de trastornos de salud mental en gestantes	Matronas/es capacitadas/os en temáticas de pesquisa de trastornos de salud mental/Total de matronas/es comuna	80%

Fuente: Dirección de Salud

Principales temáticas y programas de salud del curso de vida

A continuación, se presentan la caracterización de las principales temáticas de salud para el curso de vida.

Programa Nacional de Salud de la Mujer

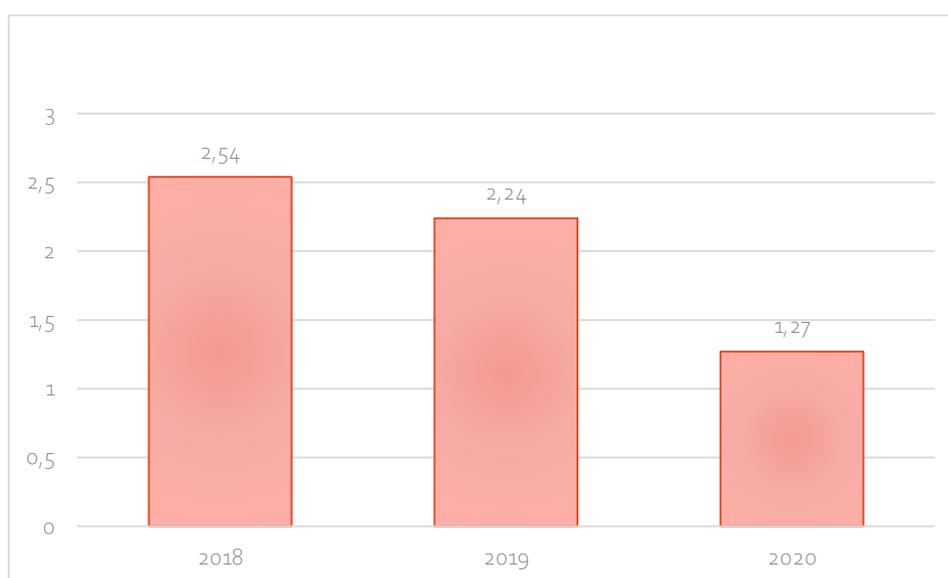
El programa Nacional de Salud de la Mujer instaurado a contar del año 1994, apunta a proteger la salud de la mujer tanto en el proceso reproductivo, como en el ámbito de la salud sexual en el contexto de los derechos SSRR, incorporando el enfoque de género en todas las acciones programáticas.

A continuación, se describen las prestaciones de salud emblemáticas del programa y que contribuyen al logro de los objetivos nacionales y del Plan de Salud comunal.

Controles preconceptionales

En relación a los controles preconceptionales en las mujeres, estos son considerados muy necesarios para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal y el estándar establecido por el MINSAL es de un 5%. El gráfico siguiente muestra el porcentaje de controles preconceptionales en la comuna de Huechuraba en los años 2018 al 2020, donde se observa a nivel comunal un bajo porcentaje de estos y es posible dar cuenta de una disminución en el tiempo, lo cual se explica, entre otras cosas, por los años que se encuentran dentro del contexto del post estallido social y periodo pandémico (2019 y 2020). En este sentido, se tomarán las medidas necesarias para mejorar este indicador a nivel comunal, a través del trabajo en conjunto con promoción de la salud y el apoyo del Departamento de Comunicaciones.

GRÁFICO 4-9 PORCENTAJE DE CONTROLES PRECONCEPCIONALES



Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos de REM serie A: 2018, 2019 y 2020. Denominador: Población mujeres en edad fértil 15-49 años.

Gestantes ingresadas a control prenatal Huechuraba

La siguiente tabla muestra el total de ingresos a control prenatal de la comuna de Huechuraba, entre los años 2019 y 2021 (corte 31 de agosto) y diferenciado por centro de salud.

TABLA 4-11 GESTANTES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL POR ESTABLECIMIENTO

Establecimiento	2019	2020	2021
CESFAM La Pincoya	285	263	148
CESFAM El Barrero	118	134	75
CESFAM Los Libertadores	90	93	27
CECOSF Dr. Salvador Allende	245	179	122
CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren	-----	----	30
Total Huechuraba	738	669	402

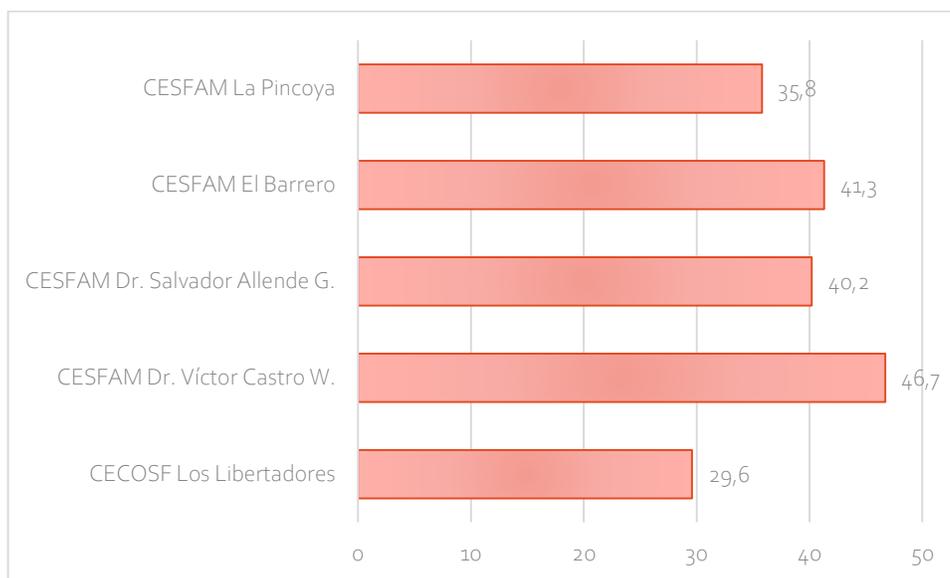
Fuente: Elaboración a partir de datos extraídos de REM 2019, 2020 y 2021.

Gestantes según condición de ingreso (planificado versus no planificado)

El último reporte publicado del año 2020 en el DEIS MINSAL, reporta que a nivel país la proporción de embarazos planificados corresponde a un 48,6%, a un 45,7% en la RM y a un 44,3% en el SSMN.

El siguiente gráfico da cuenta del porcentaje de embarazo planificado respecto del total de ingresos de gestantes en la comuna de Huechuraba, diferenciado por establecimiento de salud. Estos datos corresponden al año 2021 con corte a agosto. Para mejorar este indicador, se plantean estrategias tanto comunicacionales como de intervención con la comunidad, a través de la incorporación de conversatorios con la población de gestantes, para contribuir al reconocimiento de los aspectos que pueden influir y a través de los cuales se podrá intervenir, considerando el aporte desde el conocimiento de la perspectiva cualitativa

GRÁFICO 4-10 EMBARAZO PLANIFICADO EN HUECHURABA, DISTRIBUIDO POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.



Fuente: REM 2020.

Nutrición y estilos de vida saludable

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

El PNAC es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuye un alimento destinado a la población gestante. El PNAC cumple con el propósito de mantener y mejorar el acceso a alimentos sanos y seguros, así como de mejorar el estado nutricional de gestantes, dentro de sus objetivos destacan:

- Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.
- Prevenir y corregir el déficit nutricional en las gestantes.

Beneficiarias: Gestantes y madres que amamantan hasta el sexto mes posparto, independientemente de su ubicación territorial, nacionalidad, condición socioeconómica y situación previsional o migratoria, que cumplan con los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Programas Alimentarios 2016.

TABLA 4-12

	Año 2019	Año 2020	Año 2021
CEFAM La Pincoya	1560	1657	707
CEFAM El Barrero	832	910	366
CEFAM Dr. Salvador Allende G.	1883	1517	512
CECOSF Los Libertadores	709	707	197
CEFAM Víctor Castro W.	-	-	47
Huechuraba	4984	4791	1829

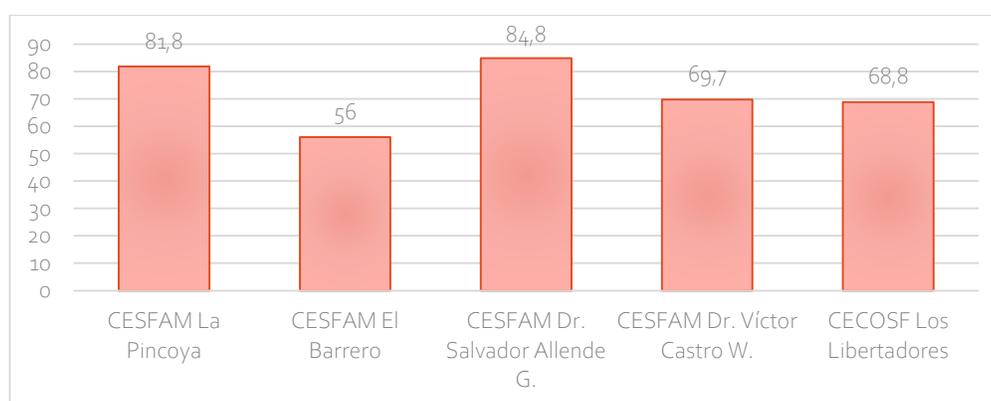
Fuente: REM D15 Enero-Dic 2019; Enero-Dic 2020 y Enero-Junio 2021

En la tabla anterior, se puede evidenciar que el retiro del alimento LPM no estuvo muy afectado por el contexto sanitario nacional al comparar los años 2019 y 2020, ahora bien, si extrapolamos el retiro del año 2021 vemos que si hubo una disminución importante que se acercaría al 23%.

Nutrición y embarazo

Respecto del estado nutricional de las gestantes por establecimiento de salud, se puede mencionar que el centro con mayor porcentaje de malnutrición por exceso corresponde al CESFAM Dr. Salvador Allende con un 84,8% (sobrepeso + obesidad), luego sigue el CECOSF Los Libertadores con un 81,8%. Estos porcentajes son muy similares a los evaluados en el año 2020 en la misma fecha de corte. De acuerdo al último reporte del país del año 2019, la malnutrición por exceso revela un 67,6% de malnutrición por exceso. Esta situación da cuenta de una gran problemática existente en la comuna, con cifras mayores al país, lo cual nos insta a implementar un abordaje integral y enfocado en las gestantes, para prevenir riesgos asociados a la aparición de patologías y repercusiones en el recién nacido/a, así como en patologías cardiovasculares después del parto. El gráfico siguiente muestra los porcentajes de malnutrición por exceso, por centro de salud. Se continuará fortaleciendo la estrategia de derivación al programa Elige Vida sana en gestantes, y para contribuir a fortalecer un incremento adecuado de peso, se mejorarán los mecanismos de derivación, educación y recordatorios de asistencia a la sesión educativa del CHCC, en donde se imparten los contenidos del ámbito de la vida sana en gestantes, incluyendo la alimentación. El gráfico siguiente muestra los porcentajes de malnutrición por exceso, por centro de salud.

GRÁFICO 4-11 MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN GESTANTES COMUNA HUECHURABA



Fuente: REM P Corte Junio 2021

Programa VIDA SANA Gestantes

El propósito del programa es reducir la malnutrición por exceso en la población, mejorando la condición nutricional y física de la persona. Dentro de los ciclos vitales beneficiarios del programa, se encuentran las embarazadas y mujeres post-parto hasta el 8vo mes.

Los objetivos para el grupo de gestantes y post-parto son:

- Modificar favorablemente al menos un hábito alimentario
- Aumentar el nivel de actividad física
- En mujeres embarazadas, lograr un incremento de peso adecuado durante su embarazo de acuerdo a su estado nutricional, según Guía Perinatal MINSAL. Y lograr asistencia a sesiones mínimas de actividad física.
- En mujeres en etapa de post-parto, los objetivos son: reducir al 5% o más del peso inicial de ingreso, mejorar la condición física.

Actualmente para el año 2021, en la comuna se realiza la intervención de gestantes de manera grupal y en línea, debido a la pandemia por el virus SARS-COV2, con la finalidad de no exponerlas a un probable contagio.

Durante el año 2020 no hubo ingreso de gestantes ni mujeres en periodo postparto al programa, a raíz de las dificultades ocasionadas por la pandemia. Hasta agosto de 2021 han ingresado 10 gestantes al programa, correspondiente al 50% de la cobertura, desde la derivación del primer control de embarazo realizado por las matronas/es de los centros de salud. Sin embargo, a pesar del alza de ingresos y las posibilidades de realización en formato online, los talleres de actividad física en horario extendido aún presentan una baja adherencia, por barreras mencionadas por ellas, como ser cuidadoras de más de un niño/a, ser asesora de hogar, horario laboral, complicaciones propias del embarazo y otras. Dado lo anterior, se presenta como un desafío fortalecer la intervención de dicho curso de vida, para dar resguardo a su participación y mejorar su estado de salud durante la gestación.

Programa Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PABD)- Chile Crece Contigo (CHCC)

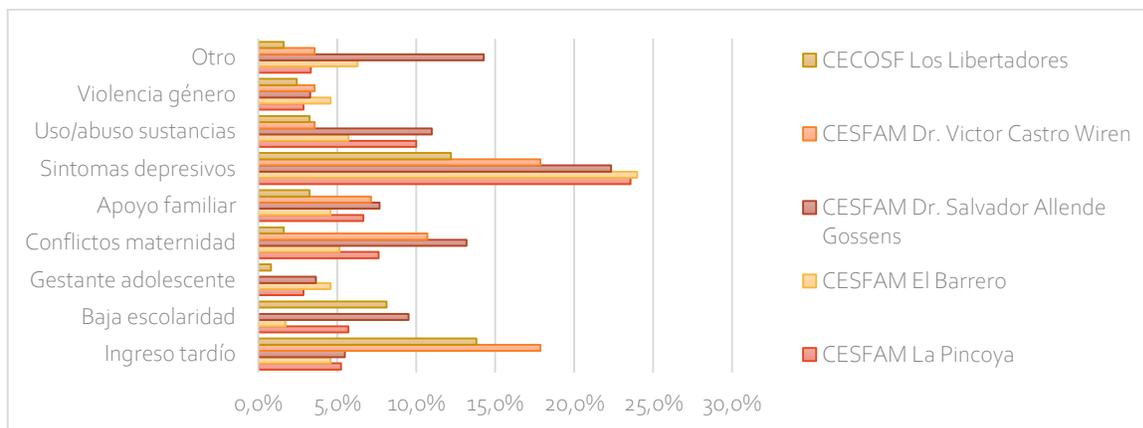
El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PABD) es un programa que permite el acompañamiento a la trayectoria de salud y desarrollo integral infantil de los niños y niñas desde la gestación, hasta los 9 años de edad. En lo que respecta al curso de vida de la mujer gestante se enfoca en la atención integral, sistemática y periódica con un enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa.

Respecto a los indicadores del curso de vida de la mujer gestante evaluables por el convenio son los siguientes:

- Promedio de visitas domiciliarias integrales VDI, realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA aplicada en el primer control prenatal con al menos 3 riesgos.
- Porcentaje de gestantes que ingresan a Educación grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en APS.
- Porcentaje de controles de salud entregados a diada dentro de los 10 días de vida del recién nacido/a.

A continuación, se presenta un gráfico con la distribución porcentual de los riesgos psicosociales, de acuerdo a la Escala Psicosocial Abreviada (EPSA), donde se puede observar que los tres riesgos más prevalentes corresponden a síntomas depresivos, seguido por uso y abuso de sustancias y conflictos con la maternidad, todas ellas relacionadas con el ámbito de la salud mental, por lo cual en este plan se priorizará las acciones sanitarias en esa dirección.

GRÁFICO 4-12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE RIESGOS PRESENTADOS EN PAUTA EPSA



Fuente: elaboración con datos extraídos de SDRM-chile crece contigo 2020-2021

Salud mental en gestantes

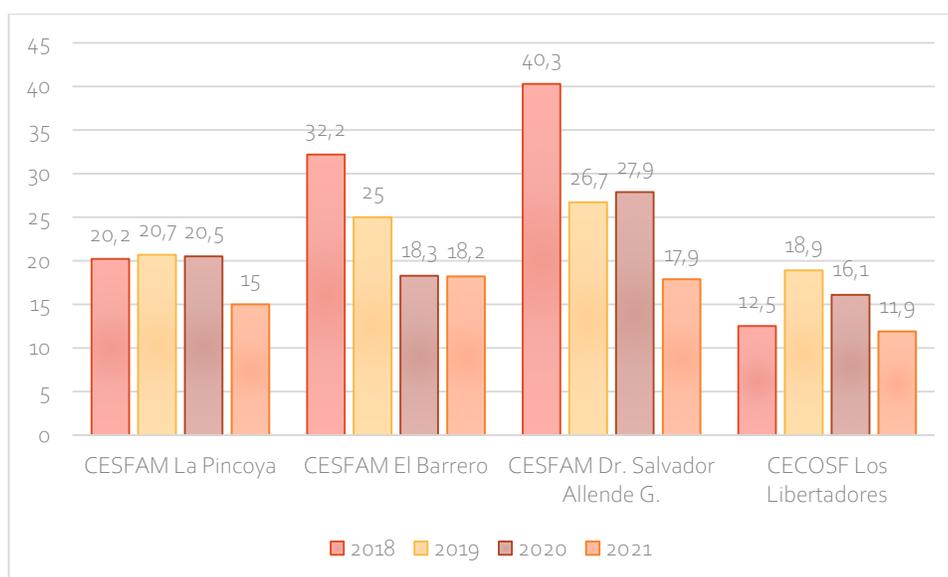
La salud mental es una condición particularmente importante durante el embarazo, en tanto las problemáticas sociales, económicas, físicas o mentales pueden impactar significativamente al feto, y posteriormente al recién nacido. Es así que, por ejemplo, los hijos de madres deprimidas tienen mayor riesgo de presentar bajo peso, retraso en el crecimiento, problemas vinculares, de conducta y cognitivos (MINSAL, 2018). Los trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, ITS, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro. Por otro lado, están en mayor riesgo, por causas del ámbito cultural como tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar, tener más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, estar más expuestas a ser víctimas de violencia y tener menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas.

Dado el escenario actual de los cambios en la sociedad y la diferencia que existe en los perfiles de morbilidad en el ámbito de la salud mental, por cuanto las mujeres se deprimen más, sufren más trastornos de ansiedad y desarrollan en forma más frecuente trastornos de la conducta alimentaria, es primordial incorporar el enfoque de género en la atención de salud y particularmente en la atención de los problemas y trastornos mentales.

En Huechuraba, la población gestante bajo control, presenta una importante brecha en la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de psicopatologías. En este contexto, a pesar de que la literatura señala que se espera entre un 16% y un 35% de ellas padezca trastornos ansiosos, la realidad local da cuenta de prevalencias que oscilan entre un 0% y un 2% en los últimos años. El desafío de mejorar las brechas de cobertura en salud mental para las mujeres gestantes, se torna ineludible. El siguiente gráfico muestra la proporción de gestantes con problemas de salud mental, de acuerdo a la aplicación de la pauta de Edimburgo.

Dado los antecedentes presentados, para el plan de salud 2022-2025 se ha definido un nuevo indicador que busca mejorar el acceso y tratamiento a gestantes con problemas de salud mental en la comuna, y en este sentido se buscará mejorar la pertinencia a través de la capacitación del recurso humano de matronas y matrones, para que las mujeres derivadas sean las que efectivamente requieren ser evaluadas y manejadas por el programa de salud mental.

GRÁFICO 4-13 ALTERACIÓN EDIMBURGO EN GESTANTES, POR CENTRO, AÑOS 2018-2021



Fuente: elaboración con datos extraídos de REM A03

Programa PNI en Gestantes

El programa de inmunización en la población de mujeres en etapa de embarazo, tiene como objetivo potenciar los niveles de anticuerpos contra algunas infecciones particulares. Las vacunas indicadas en este periodo son contra la influenza y contra el grupo de enfermedades difteria, tétanos y tos convulsiva (dTpa). Esto es para evitar que las gestantes enfermen gravemente o propiciando un nivel más alto de inmunoglobulinas específicas, para que sean traspasadas al feto. O en el caso de la vacuna dTpa, para evitar que puedan causar alguna enfermedad grave los primeros meses de vida, como la tos convulsiva o el tétanos.

Actualmente, en el contexto de la pandemia, también se priorizó a las mujeres embarazadas, quienes pueden acceder a las vacunas COVID-19 que protege contra Sars –cov 2. Las vacunas autorizadas para la prevención de esta enfermedad son Sinovac y Pfizer.

El cumplimiento actual es el siguiente:

TABLA 4-13 COBERTURA VACUNACIÓN MUJERES GESTANTES

Vacuna 2021	Pobl objetivo	vacunadas	Cumplimiento
influenza	1335	631	47,3%
dTpa	1335	535	40 %

Fuente: Registro RNI

Dentro de las limitantes están pandemia que limita el número de salidas a la calle y con esto reduce las visitas a los centros de salud y puntos de vacunación, el evitar aglomeraciones, el rango de días entre una vacuna y otra, la baja respuesta de las embarazadas a recibir las inmunizaciones dirigidas a ellas y a la protección de sus bebés

Por lo que se debe incentivar la inmunización por todo el equipo de salud que atiende a las embarazadas, a través de los controles, charlas, educaciones entre otros.

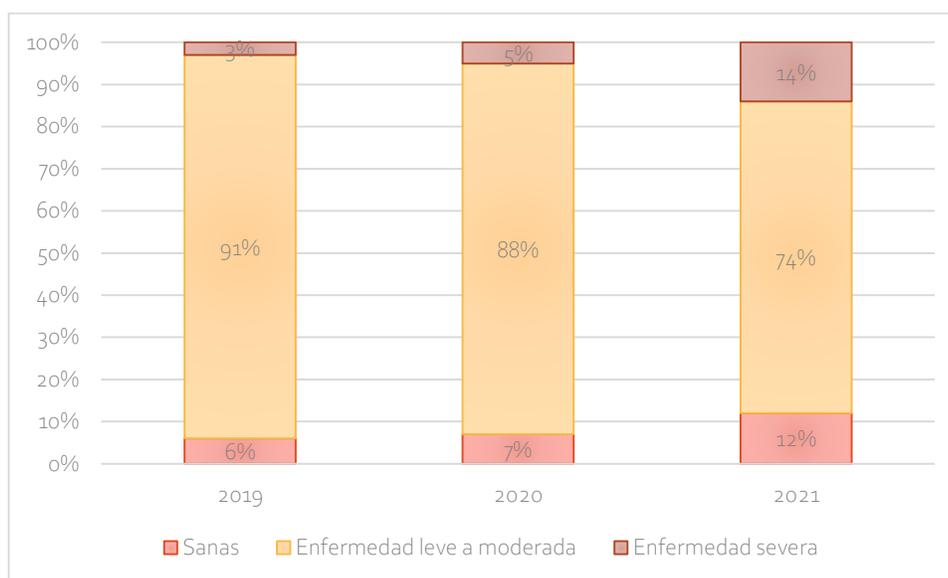
Salud Oral en gestantes

El objetivo de las estrategias del programa odontológico en el ámbito de salud sexual y reproductiva es abordar las temáticas de salud desde un eje promocional preventivo y reparativo para aquellas patologías bucales más prevalentes observadas durante el periodo de gestación. La evidencia ha demostrado que las patologías periodontales inciden en el parto prematuro y el bajo peso al nacer[1], por otra parte, las caries dentales y el desdentamiento generan dificultades en la alimentación y nutrición de la gestante.

Contexto Sanitario – Diagnóstico de Salud Oral comunal en gestante

En los años observados, se observa una migración de la población gestante desde una enfermedad periodontal leve a moderada hacia estadios más severos de la enfermedad. En este contexto, es fundamental potenciar las intervenciones de educación y prevención en materia de hábitos saludables, higiene oral y control sistémico de morbilidades, entendiendo la enfermedad periodontal como una patología multifactorial, cuyo factor etiológico es el biofilm.

GRÁFICO 4-14 SALUD PERIODONTAL EN GESTANTES



Fuente: REM.

Riesgo cariogénico y daño por caries

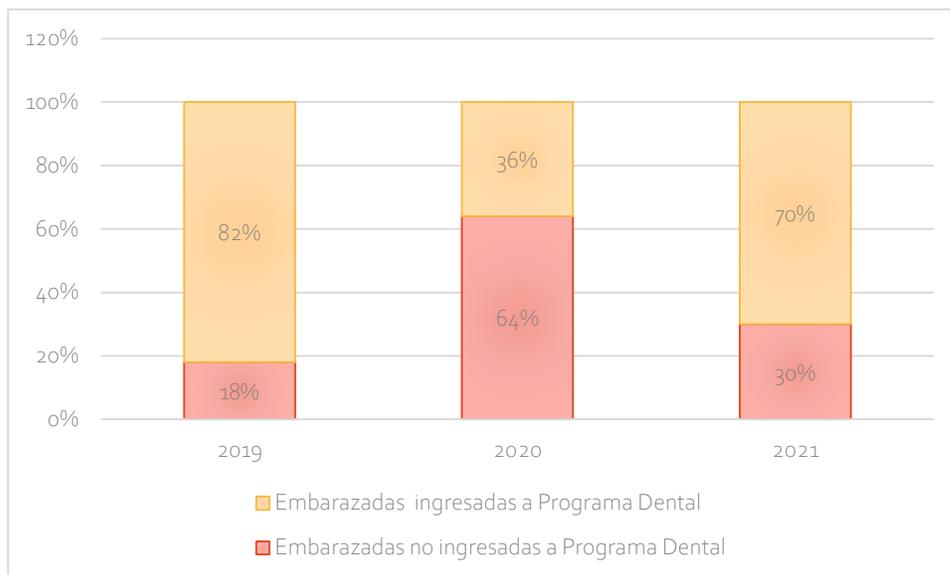
A mayor índice COPD en la población evaluada, mayor es el daño por caries y más alto es el riesgo cariogénico, donde o es libre de caries y el daño aumenta a medida que aumenta el índice. Aunque se observa una mejoría en los índices al comparar el año 2019 con el año 2020, la proporción de mujeres embarazadas con el mayor daño por caries registrable según el índice, aumenta en el año 2021 al 42% en relación al año anterior. Subyace a esta situación el aumento del número de sesiones necesarias para tratar y rehabilitar a las usuarias.

La estrategia para abordar estas problemáticas, es ingresar al programa odontológico al 100% de las embarazadas que inicien su control de embarazo en el centro de salud.

Cobertura odontológica en la población gestante

Cobertura del tratamiento para la población gestante: Se observa una disminución en los ingresos de mujeres al programa dental, durante su control prenatal, al comparar los años 2019 y 2021.

GRÁFICO 4-15 COMPARACIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS INGRESADAS AL PROGRAMA DE SALUD DENTAL PARA GESTANTES, EN LOS AÑOS 2019, 2020 Y 2021, SEGÚN INGRESO A PROGRAMA PRENATAL.



Fuente: REM

7.1.2. Curso de vida infantil

La OMS define al ciclo infantil como los primeros años de vida más cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital. Hoy en día, los estudios revelan que muchos de los desafíos afrontados por la población adulta (problemas de salud mental, obesidad/retardo en el desarrollo, enfermedades cardíacas, criminalidad, habilidad numérica y de lecto-escritura) tienen sus raíces en la primera infancia.

Es por esto que el Programa Nacional de Salud de la infancia, tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas entre 0 a 9 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención recuperación de la salud y rehabilitación, basándose en el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y derechos humanos.

Al tratar temáticas de la infancia es importante recalcar el concepto de epigenética. La epigenética nos muestra que la salud y el desarrollo infantil dependen de una interacción dinámica entre la carga genética y el ambiente; siendo particularmente relevante en el ambiente: la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares (factores psicosociales) y las características del medioambiente (libre de estrés tóxico). Por lo tanto, las estrategias que se desarrollen en atención primaria deben apuntar a desarrollar acciones de fomento y protección a niños y niñas.

Por excelencia es en el control de salud infantil donde mayor acercamiento y visualización hay del crecimiento y desarrollo que va experimentando cada niño (a), es así como este control en la Comuna tiene como principal objetivo, supervisar de forma integral la salud de los niños (as), además de acompañar en el proceso de crecimiento y desarrollo a sus padres y/o familia.

Perfil demográfico del curso de vida infantil de Huechuraba.

La población infantil de Huechuraba, es decir aquellos niños y niñas entre 0 y 9 años según el último CENSO del año 2017 asciende a la cifra de 15.448 en donde la población de sexo masculino es levemente superior con 7.853 correspondiente al 50,83% de la población en este rango etario. La población infantil es la segunda más grande según el último CENSO correspondiendo al 15,65% del total.

En lo que respecta a la población inscrita y validada por FONASA en el curso de vida infantil alcanzan los 8.712 niños y niñas. La relación entre los inscritos validados por FONASA y la población infantil según el último CENSO, corresponde al 56,4% de los niños y niñas que viven en el territorio de Huechuraba. La mortalidad infantil en menores de 1 año tiene una tasa de 5,1 a nivel comunal, de 1 a 4 años es de 3,2 y la mortalidad comunal en niños(as) de 5 a 9 años es de 0, según datos extraídos del DEIS 2014.

A continuación, en la siguiente tabla se detalla la situación de salud del curso de vida infantil de la comuna de Huechuraba, mostrando el perfil demográfico, característica de los distintos temas y programas en salud involucrados.

Caracterización de la población en el curso de vida

TABLA 4-14 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CURSO DE VIDA INFANTIL.

Área	Aspecto	Datos estadísticos	Fuente									
Demografía	Cantidad de personas por curso de vida	Nacional: 2.376.335 Regional: 937.437 Comunal: 15.448	Dato INE, 2017									
Demografía	Cantidad de población infantil inscrita en nuestros establecimientos	8.712 (56,4% de la población INE)	Inscritos validados FONASA									
Demografía	Mortalidad Infantil < 1 año	Nacional: 7,2 Regional: 7,2 Comunal: 5,1	DEIS, 2014									
Demografía	Mortalidad de 1 a 4 años	Nacional: 2,9 Regional: 2,3 Comunal: 3,2	DEIS, 2014									
Demografía	Mortalidad de 5 a 9	Nacional: 1,4 Regional: 1,2 Comunal: 0	DEIS, 2014									
Determinantes sociales relevantes	Escolaridad infantil Comunal	0 a 4 años: 7.389= 24,2% 5 a 9 años: 8.059= 26,4%	Censo 2017									
Determinantes sociales relevantes	Escolaridad comunal	Promedio de 9,6 años de escolaridad	Censo 2017									
Determinantes sociales relevantes	Deserción escolar	Comuna 11.381 (9.069 de Educación Básica y 2.312 de Educación Media)	Censo 2017									
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Riesgo y bajo peso	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0 a 4 años</th> <th>5 a 9 años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Riesgo DN</td> <td>2,93%</td> <td>4,03%</td> </tr> <tr> <td>Desnutrido</td> <td>0,50%</td> <td>0,57%</td> </tr> </tbody> </table>		0 a 4 años	5 a 9 años	Riesgo DN	2,93%	4,03%	Desnutrido	0,50%	0,57%	REM P2 junio 2021
	0 a 4 años	5 a 9 años										
Riesgo DN	2,93%	4,03%										
Desnutrido	0,50%	0,57%										
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Malnutrición (Obesidad y SP)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0 a 4 años</th> <th>5 a 9 años</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sobrepeso</td> <td>23,76%</td> <td>21,84%</td> </tr> <tr> <td>Obeso</td> <td>12,93%</td> <td>13,03%</td> </tr> </tbody> </table>		0 a 4 años	5 a 9 años	Sobrepeso	23,76%	21,84%	Obeso	12,93%	13,03%	REM P2 junio 2021
	0 a 4 años	5 a 9 años										
Sobrepeso	23,76%	21,84%										
Obeso	12,93%	13,03%										

Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Caries	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>Población libre de caries</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menor 1</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>95%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>57%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>37%</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>8 y 9</td> <td>33%</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	Población libre de caries	Menor 1	100%	1	95%	2	80%	3	57%	4	43%	5	50%	6	37%	7	31%	8 y 9	33%	REM 09 Agosto 2021
		Edad	Población libre de caries																				
		Menor 1	100%																				
		1	95%																				
		2	80%																				
		3	57%																				
		4	43%																				
		5	50%																				
		6	37%																				
		7	31%																				
8 y 9	33%																						
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Trastorno del espectro autista (TEA)	La prevalencia 1,96% (1 en 51 niños).	2019Chile																				
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Trastorno psiquiátrico	27,8% de prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico en niños de cuatro a once años. Principalmente de ansiedad y disruptivos.																					
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Trastornos atendidos por COSAM	PBC 1.366 en el año 2021, hubo 76 niños menores de 9 años, que corresponden sólo al 5%. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnóstico</th> <th>Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VIF</td> <td>35</td> </tr> <tr> <td>Trastorno por déficit atencional TDA</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Trastorno Emocional</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>TEA</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnóstico	Cantidad	VIF	35	Trastorno por déficit atencional TDA	17	Trastorno Emocional	16	TEA	8	Datos COSAM 2021										
Diagnóstico	Cantidad																						
VIF	35																						
Trastorno por déficit atencional TDA	17																						
Trastorno Emocional	16																						
TEA	8																						
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Alteración DSM	<p>Año 2015: País: 11,25% RM: 11,15% SSMN: 8,46% Huechuraba: 10,34%</p> <p>Comuna de Huechuraba</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th>Agosto 2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal</td> <td>69%</td> <td>65%</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>Rezago</td> <td>8%</td> <td>8%</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Riesgo</td> <td>6%</td> <td>7%</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>Retraso</td> <td>4%</td> <td>6%</td> <td>7%</td> </tr> </tbody> </table>		2019	2020	Agosto 2021	Normal	69%	65%	64%	Rezago	8%	8%	8%	Riesgo	6%	7%	9%	Retraso	4%	6%	7%	REM 03. Agosto 2021
	2019	2020	Agosto 2021																				
Normal	69%	65%	64%																				
Rezago	8%	8%	8%																				
Riesgo	6%	7%	9%																				
Retraso	4%	6%	7%																				
Metas relevantes actuales: IAAPS	Cobertura en la evaluación del desarrollo psicomotor en niños bajo control de 12 a 23 meses	324/503 = 61,35% Meta comunal: 73,65% Meta nacional: 95%	REM A03 Agosto 2021																				
Metas relevantes actuales: IAAPS	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso	Meta nacional y comunal: 80% 35.084/46.292 = 75,8%	RNI Agosto 2021																				
Metas relevantes actuales: IAAPS	Población de niños menores de 3 años libre de caries	Meta nacional: 60% Meta comunal: 38,01% 608 /873= 26,47%	REM 09 Agosto 2021																				

Metas relevantes actuales: IAAPS	Población de niños menores de 6 años se encuentre con estado nutricional normal	Meta nacional: 60% Meta comunal: 52,70% 1.975/ 2.621 =39,71%	REM junio 2021
Metas relevantes actuales: Metas sanitarias a agosto 2021	Recuperación del desarrollo psicomotor en niños de 18 meses	Meta comunal: 90,00% 21 / 40= 52,5%	REM agosto 2021
Metas relevantes actuales: Metas sanitarias a agosto 2021	Niños y niñas de 6 años libres de caries	Meta comunal: Línea base 115/953 = 11,07%	REM 09 Agosto 2021
Metas relevantes actuales: Metas sanitarias a agosto 2021	Lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	Meta comunal: 57% 178/291= 61,17%	REM 03 Agosto 2021

Fuente: Registros locales

Diagnóstico según curso de vida

Para una mejor evaluación de la salud del curso de vida, a continuación, se describen tanto los factores protectores, los factores de riesgo y el problema de salud consecuente que condicionan este grupo específico, lo cual fue construido por los referentes de los establecimientos, DEPSA y usuarios, dejando aquellos que son priorizados y que después se relacionan con los objetivos sanitarios y clínicos del curso de vida. A esta evaluación y análisis le denominamos diagnóstico por curso de vida.

TABLA 4-15 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA EN INFANCIA

Factor de riesgo	Factor protector	Problema de salud/curso de enfermedad
Inasistencia a controles Habilidades parentales insuficientes No hay coordinación intersectorial para intervención en jardines y colegios	Lactancia materna Red de apoyo familiar Ambiente estimulante de acuerdo a la edad Habilidades parentales Red de apoyo institucional Apego seguro	Alteración en el desarrollo psicomotor
Lactancia materna exclusiva menor de 4 meses Sedentarismo Uso de pantallas	Lactancia materna exclusiva 6º mes Acceso a espacios para realizar actividad física Acceso y adherencia a oferta de controles a salud Acceso a información adecuada Oferta de activos comunitarios	Malnutrición por exceso y déficit
Depresión post parto Entorno sociocultural adverso Acceso a pantallas Acceso a alcohol, tabaco, drogas Violencia intrafamiliar Falta habilidades parentales Situación estresante del Niño (a) y familia Pandemia y cuarentena Falta apoyo intersectorial Caries	Red de apoyo familiar y social Afectividad Corresponsabilidad Acceso a áreas verdes Apoyo escolar Activos comunitarios Atención oportuna Detección precoz Habilidades parentales Adhesión a controles Acceso a tratamiento Pertinencia a grupos de apoyo Apoyo intersectorial	Trastorno del desarrollo en ciclo infantil y enfermedades crónicas

Fuente: Dirección de Salud

Las acciones priorizadas para abordar el 2022 serán, principalmente, del área del desarrollo psicomotor infantil ya que es la base del ciclo completo de la persona y los factores de riesgo y protectores influyen en la salud de ésta, por lo tanto, ser capaz de detectar los problemas de salud que afectan este pilar es de vital importancia para tener una salud óptima. Se ha estudiado largamente que el desarrollo psicomotor en la primera infancia es el

reflejo de un desarrollo intelectual, integral, que permite a niños y niñas ser capaces de desarrollarse en todas sus áreas, el Estado de Chile ha invertido por el efecto que esto genera en las familias, para ello existen herramientas y prestaciones que nos permiten no solo detectar las alteraciones sino que también tratarlas tempranamente, es por eso que invertir nuestros recursos en este problema nos permitirá enfocarnos en el crecimiento de estos niños.

Por otra parte la mal nutrición ya sea por déficit o por exceso es un problema de salud mundial que solo ha ido empeorando con el pasar de los años y en la infancia se ha detectado como un problema grave, teniendo en conocimiento cuales son los factores de riesgo y protectores que pueden influir directamente en este problema de salud y logrando intervenirlos adecuadamente podremos al menos aportar desde las políticas públicas comunales a mitigar este problema de salud logrando recuperar el estado nutricional de nuestros niños y niñas.

Y por último, el tener una visión integral de los niños y niñas de nuestra comuna requiere ser capaz de poder detectar tempranamente los múltiples factores de riesgo en los que somos capaces de intervenir, y que generan problemas de salud que no necesariamente se van reflejados en estadísticas nacionales o comunales por la baja cobertura que existe en la ésta población, por ejemplo los problemas de salud mental que la pandemia ha dejado en los niños y niñas, que no es medible actualmente pero que es inevitable de evidenciar en un corto o mediano plazo, las caries productos de entre otros factores, de la alimentación y hábitos no saludable, entre múltiples otros factores.

Estrategia sanitaria 2022-2025

La estrategia sanitaria cuenta de 2 componentes la gestión sanitaria y la clínica. Las cuales se traducen en objetivos sanitarios y clínicos. Los objetivos clínicos son aquellos que apuntan a la mejora de indicadores de resultado de largo plazo, en nuestro caso 2025 y los objetivos clínicos buscan la ejecución de acciones en salud medidas de forma anual que apoyan la obtener de los resultados a largo plazo de los sanitarios.

TABLA 4-16 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO INFANCIA

Objetivo Sanitario	Indicador	Meta	Objetivo Clínico	Indicador	Meta
Disminuir alteraciones del DSM tardías en niños de 2 a 5 años	Niños de 2 a 5 años con DMS normal/total de controlados de 2 a 5 años	80%	Aumentar la pesquisa de riesgo y retraso de DSM a los niños (as) de 12 a 23 meses	Niños controlados de 12 a 23 meses /niños inscritos 12 a 23 meses	73%
			Aumentar la aplicación de pautas de evaluación del DSM a los niños (as) de 2 a 5 años	Niños de 2 a menor de 5 años con pauta aplicado/niños inscritos de 2 menor de 5 años	20%
Mejorar el estado nutricional de la población de niños de 6 a 9 años	Población de infantil validada por FONASA con estado nutricional normal/Población de infantil validada por FONASA	42,5%	Mejorar tratamiento de niños (as) de población bajo control con diagnóstico nutricional de malnutrición por exceso.	Implementación plan de tratamiento.	Protocolo
Promover la salud libre de riesgo en niños mayores de 6 años	Niños mayores de 5 años detectados sin riesgos/ niños mayores de 5 años inscritos.	25%	Mejorar la detección y abordaje de riesgos en niños de 6 años.	Implementación de pauta de evaluación de riesgo en niños de 5 y más	Protocolo

Fuente: Dirección de Salud

Principales temáticas y programas de salud del curso de vida

A continuación, se presentan la caracterización de las principales temáticas de salud para el curso de vida.

Control salud infantil integral

El control de salud infantil es una actividad dirigida a promover la salud del niño y la niña en forma integral y detectar precoz u oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse. A través de la supervisión de salud integral, se espera además acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo integral de la población infantil; que incluye las áreas físicas, emocional, social, cognitiva y del lenguaje.

En la siguiente tabla se aprecia la cobertura de los controles de salud infantil integral en la Comuna de Huechuraba entre los años 2019 al 2021.

TABLA 4-17 COBERTURA DE NIÑOS CONTROLADOS 2019-2020-2021.

Edad	2019	2020	2021
<1	120%	127%	90%
1	109%	90%	74%
2	92%	71%	63%
3	90%	67%	73%
4	82%	60%	57%
5	70%	56%	52%
6	30%	25%	30%
7			
8			
9			

Fuente DEIS-SSMN REM P DIC 2019-2020
REMP JUNIO 2021/Población FONASA.

Como se observa en la tabla anterior, la cobertura en control del ciclo infantil ha disminuido desde el 2019 a la fecha, esto se debió principalmente a la pandemia que ha vivido el país, donde los controles en este rango etario se sugieren suspender como medida sanitaria, priorizando la atención de pacientes COVID-19. Es importante mencionar que nuestra comuna no cuenta con el convenio de apoyo para la aplicación de controles de niño sano en los centros educacionales y los controles se realizan solamente en los centros de atención de salud primaria.

El control infantil permite detectar alteraciones en el desarrollo psicomotor del niño (a), existiendo dentro de los mismos controles instrumentos para evaluarlo llamado EEDP, TEPSI y pauta breve, el que busca medir el desarrollo integral evaluando las áreas de lenguaje, social, de coordinación y motricidad.

En la comuna durante el año 2020 existieron 134 niños con alteración del desarrollo psicomotor, correspondiente al 14% de los niños (as) con aplicación del test, a junio del 2021 se tiene un total de 17% de niños con alteración del desarrollo psicomotor de un total de 868 niños evaluados. Para el año 2022 se hace necesario buscar estrategias para aumentar la cobertura de los controles de salud dando especial énfasis en los menores de 2 años, que involucra más de una prestación como por ejemplo la evaluación de su desarrollo psicomotor y la inmunización, y que son los que se han visto especialmente afectados durante la pandemia. La otra actividad que se priorizara será que los niños entre 2 a 5 años cuenten con al menos un control de salud y su evaluación de desarrollo psicomotor acorde a su edad (TEPSI), ya que es la última instancia donde se puede aplicar este instrumento y donde se le puede realizar la intervención de estimulación en la atención primaria.

Esto permitirá potenciar y detectar actores protectores y de riesgo respectivamente como la nutrición, la salud mental y oral entre otros.

Nutrición y estilos de vida saludable

Lactancia materna

Según el Ministerio de Salud, la lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. La lactancia materna trae múltiples beneficios para el recién nacido, algunos de ellos son:

Apego: El contacto físico del niño/a con la madre durante el amamantamiento es una instancia privilegiada, que permite organizar armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños y niñas amamantados/as presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula. Este espacio de mayor interacción entre madre e hijo/a influye en su desarrollo psicomotor e impacta significativamente en su desarrollo emocional. Un niño/a amamantado/a tiene mayor oportunidad de sentir confianza y cariño de su cuidador principal, elementos muy relevantes para aprender a querer y confiar en los demás.

Mejor nutrición: La lactancia materna es la mejor opción para alimentar al niño/a durante el primer año de vida. La leche materna es infinitamente superior a las fórmulas derivadas de la leche de vaca y de otras fuentes, ya que los nutrientes que contiene, tales como proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y agua, están en cantidad y proporción adecuadas para la absorción de cada lactante. La proporción de aminoácidos es única y esencial para los primeros meses de vida. La lactosa, el hidrato de carbono más abundante en la leche materna, contribuye a una buena absorción de calcio, fierro, magnesio y oligoelementos en el niño.

Mejor digestión: La presencia de proteínas del suero, así como el contenido en enzimas digestivas y de factores moduladores de crecimiento de la leche materna, favorecen su mejor digestión

Aporte inmunológico: El recién nacido produce inmunoglobulinas lentamente en los primeros meses. Por esta razón es dependiente de la inmunidad que recibe de la madre a través de la leche materna. A través de este alimento, el/la niño/a obtiene un óptimo apoyo inmunológico, fortaleciendo el crecimiento y previniendo enfermedades. Por tanto un niño o niña amamantado/a con leche materna tiene menores probabilidades de enfermar en sus primeros meses de vida.

Es por esto que se recomienda que niños y niñas reciban leche materna en forma exclusiva al menos durante los primeros seis meses de vida.

La cobertura de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de vida en la comuna durante el año 2020 fue de 72%, para el año 2021 la meta comprometida a nivel comunal es de un 57% al mes de Julio se tiene una cobertura de un 61% superando lo comprometido.

Las estrategias que se han realizado durante este año han sido principalmente promover la lactancia materna como factor protector en la salud integral de los niños, las acciones que se han realizado son establecer un comité comunal interdisciplinario e interdepartamental mediante resolución alcaldía, invitando a actores relevantes en su participación, se resuelven estrategias de capacitación, se realizan jornadas abiertas al público y distintas acciones a seguir en los distintos centros de Salud, apoyando esta idea es que se realizaron Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) en cada uno de los centros con especialistas invitados y abierta a la comunidad, madres, padres, educadoras entre otras.

Existen lineamientos ministeriales, pero como comuna se han realizado iniciativas propias exitosas que seguirán permitiendo apoyar la crianza y lactancia de nuestra comunidad.

Programa nacional de alimentación complementaria

El programa de alimentación complementaria es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años. El PNAC cumple con el propósito de mantener y mejorar el acceso a alimentos sanos y seguros, así como de mejorar el estado nutricional de beneficiarios/as.

Los beneficiarios a este programa es la población infantil desde el nacimiento hasta 5 años 11 meses 29 días, independientemente de su ubicación territorial, nacionalidad, condición socioeconómica y situación previsional o migratoria, que cumplan con los requisitos establecidos por la Norma Técnica de Programa Alimentarios 2016.

A contar del año 2019, se integró al PNAC el sub-programa PNAC APLV dirigido a menores que presentan Alergia a la Proteína de Leche de Vaca. En la tabla siguiente, se muestran los beneficiarios mensuales promedio que retiran en la comuna hasta la fecha.

TABLA 4-18 PROMEDIO DE USUARIOS CON RETIRO MENSUAL

Establecimiento	Año 2019		Año 2020		Año 2021	
	INT	EXT	INT	EXT	INT	EXT
CESFAM La Pincoya	3,08	2,67	3,58	2,42	2,83	0,5
CESFAM El Barrero	1,08	1	1,5	0,25	1,83	1
CESFAM Dr. Salvador Allende G.	1,5	0,17	2,25	2,58	1,5	2,83
CECOSF Los Libertadores	1,42	13,67	4,17	12,08	7,17	9,83
CESFAM Víctor Castro W.	-	-	-	-	3,2	4,8
Huechuraba	7,08	17,51	11,5	17,33	16,53	18,96

Fuente DEIS-SSMN REM B15 2019-2020
REM B JUNIO 2021

En la tabla podemos ver que los beneficiarios intrasistema han aumentado considerablemente desde el inicio de este sub-programa, mientras que, los usuarios extrasistema muestran un alza mucho más pequeña. Al comparar entre los distintos centros de la comuna vemos que los establecimientos del sector poniente abarcan la mayor parte del retiro, aun cuando su población es mucho menor que los establecimientos del casco antiguo. Esto podría deberse a que en el sector poniente existe un mayor acceso a atención particular lo cual facilita el diagnóstico de estas condiciones.

Además, es importante mencionar que el PNAC sufrirá una modificación a contar de enero 2022, ésta es la incorporación de la fórmula de inicio (FI) para niños y niñas menores a doce meses, beneficiarios/as del PNAC, la cual surge en respuesta a la evidencia científica que plantea que este grupo de la población y, en especial, los menores a seis meses que no pueden acceder a leche materna deben consumir FI que, a diferencia de la Leche Purita Fortificada, es el producto alimenticio más adecuado a sus requerimientos y características fisiológicas.

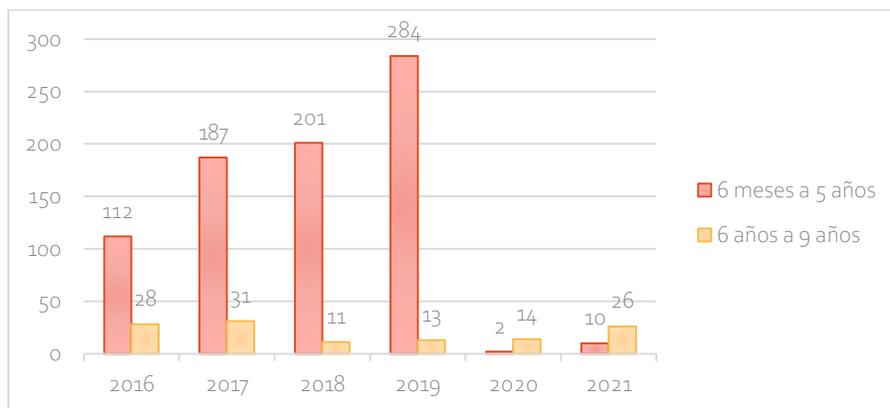
Programa vida sana

El Programa Vida Sana es una estrategia de intervención que busca reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, a través de la modificación de los estilos de vida en el ámbito nutricional y de actividad física en la población a nivel comunal, la cual interviene actualmente a niños y niñas entre los 6 meses y 9 años de edad con malnutrición por exceso, en donde se ha dado un énfasis en la intervención de primera infancia en niños menores de 5 años.

En lo que respecta a los ingresos al Programa Elige Vida Sana desde el año 2016 al año 2019 se ha observado un aumento en los ingresos en el rango etario de 6 meses a 5 años, esto gracias a la implementación de la estrategia realizada en el territorio en conjunto con el inter-sector educación denominada "Jardines Infantiles Activos y Saludables de Huechuraba", llegando tener 284 ingresos de niños y niñas de 6 meses a 5 años el año 2019, sin embargo y como muestra el siguiente gráfico, los ingresos en el ciclo infantil del año 2020 y 2021 sufren una disminución en este grupo etario, esto debido a que la mayoría de los ingresos se realizan en los jardines infantiles

y producto de la pandemia estos no estaban funcionando Sin embargo, el programa no ha dejado de atender, para el año 2020 se estableció una estrategia de atención remota a los usuarios y usuarias, y para el año 2021 se volvió a realizar las prestaciones de manera presencial a nivel comunal en las dependencias del Polideportivo Marichiweu, como estrategia para cumplir con los protocolos sanitarios, de ventilación al aire libre y distanciamiento para realizar los talleres de ejercicio físico.

GRÁFICO 4-16 NIÑOS (AS) INGRESADOS AL PROGRAMA ELIGE VIDA SANA. 2021

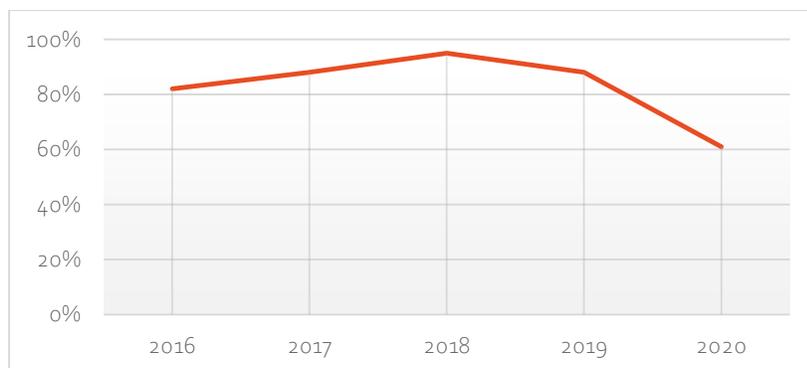


Fuente: PLATAFORMA WEB ESTRATEGIAS DE APS [HTTP://VIDASANA-MINSAL.CL](http://VIDASANA-MINSAL.CL) y Planilla de monitoreo local del Programa EVS.

Sin embargo, el programa no ha dejado de atender, para el año 2020 se estableció una estrategia de atención remota a los usuarios, y para el año 2021 se volvió a realizar las prestaciones de manera presencial a nivel comunal en las dependencias del Polideportivo Marichiweu, como estrategia para cumplir con los protocolos sanitarios, de ventilación al aire libre y distanciamiento para realizar los talleres de ejercicio físico.

En cuanto al cumplimiento global del convenio, y tal como lo muestra el siguiente gráfico, cabe mencionar un aumento desde el año 2016 con un 82% al año 2018 95%, sin embargo, para el año 2019 sufre una baja a un 88%, debido la gran cantidad de abandonos de usuarios y a la modificación de horarios de intervención debido al estallido social sufrido en octubre del año 2019. Y para el año 2020 hay un declive del 61% debido al contexto sanitario por COVID-19, esto por la suspensión de actividades presenciales en jardines infantiles y por la prioridad sanitaria de atención en salud.

GRÁFICO 4-17 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO VIDA SANA.



Fuente: PLATAFORMA WEB ESTRATEGIAS DE APS [HTTP://VIDASANA-MINSAL.CL](http://VIDASANA-MINSAL.CL) y Planilla de monitoreo local del Programa EVS.

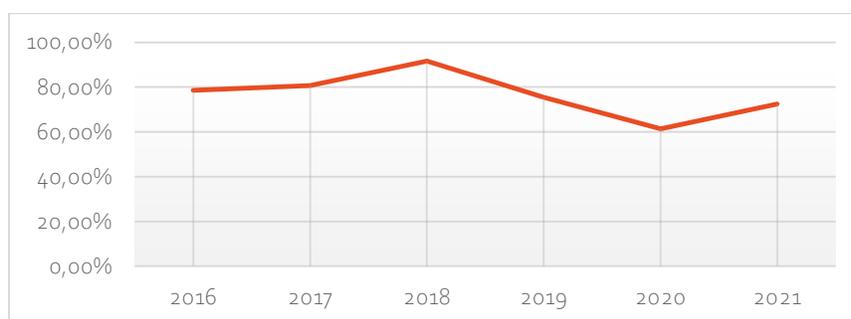
Como nuevos desafíos, es retomar la estrategia “Jardines infantiles activos y saludables de Huechuraba”, la cual tiene el objetivo de abordar la malnutrición por exceso infantil en un espacio protegido en donde el niño y niña pueda acceder más fácilmente a la intervención ya que se realiza en el contexto escolar.

Programa apoyo al desarrollo biopsicosocial en la red asistencial (PADB) Chile crece contigo.

Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo en el sector de salud se incorpora mediante el convenio “Programa Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial”, en el ciclo vital infantil entrega sus prestaciones desde los controles de salud de niño sano, iniciándose en el control de la diada hasta el control de salud de los 9 años, en conjunto con las atenciones de la sala de estimulación, talleres de promoción del desarrollo psicomotor y del lenguaje y los talleres de habilidades parentales Nadie es Perfecto (NEP).

En lo que respecta al cumplimiento del convenio PADB se puede analizar sus mejoras en porcentaje de cumplimiento desde el año 2016 al año 2018 avanzando desde un 78,5% a un 91,7% respectivamente, el año 2019 se presenta una leve baja en el cumplimiento llegando al 75,4% esto se debe principalmente al bajo cumplimiento en lo que respecta a las actividades de educación grupal de gestantes y de los talleres NEP debido a las movilizaciones sociales que se presentaron en el país en el mes de octubre. El corte a diciembre del año 2020 muestra una baja significativa en el cumplimiento llegando a un 61,3%, la merma en el cumplimiento se debe a la situación de la pandemia por Coronavirus y la suspensión de las actividades grupales como los talleres promocionales, nadie es perfecto y las atenciones presenciales en sala de estimulación. En lo que respecta lo logrado en el transcurso del año 2021 en el corte respectivo al mes de agosto es de un 72,5%, lo cual refleja un aumento caracterizado por la reestructuración de las atenciones del programa a formatos remotos y presenciales, sin dejar de atender a los usuarios a pesar de los cambios ejecutados en el plan paso a paso y sus respectivas limitaciones de desplazamiento.

GRÁFICO 4-18 CUMPLIMIENTO HISTÓRICO CONVENIO PADB 2016-2021



Fuente Información DEIS-SSMN Septiembre 2021

Este Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud consta de indicadores que corresponden al ciclo de gestación y al ciclo vital infantil. En lo que respecta a los cumplimientos de los indicadores infantiles, en el año 2021 se puede establecer que se mantiene el cumplimiento de los ingresos a la sala de estimulación de los niños y niñas pesquados con resultado de déficit del desarrollo psicomotor con un cumplimiento al mes de agosto del año 2021 de un 100%, cumplimiento que se respalda en la estrategia de ingreso y atención a sala de estimulación por vía remota (video llamada) y atención presencial de casos complejos, la cual se ha mantenido durante todo el periodo de la pandemia para dar continuidad de la atención a niños y niñas.

En lo que respecta a la recuperación de niño y niñas con alteraciones del DSM entre 7 y 11 meses el porcentaje de cumplimiento es de un 68,5 %, si bien la atención de las sesiones de salas de estimulación se han completado en la mayoría de los caso atendidos, se ha generado una situación con respecto a la reevaluación, la cual se ha visto retrasada debido a que las profesionales Enfermeras se encuentran realizando labores en la atención de usuarios y usuarias en la pandemia de COVID-19, como son el proceso de vacunación COVID e Influenza, Triage

y toma de PCR, en donde se ha reorganizado la agenda de atención y donde las reevaluaciones del DSM han quedado como actividades no priorizadas en un primer momento de la emergencia sanitaria, sin embargo a medida que el plan paso a paso se ha puesto en marcha, estas actividades se han retomado, esperando cumplir a diciembre con un mayor porcentaje de recuperación.

El indicador infantil que se ha visto con un menor cumplimiento en el año 2020 fue el de los talleres nadie es perfecto, dado que las indicaciones ministeriales desde el primer momento de la pandemia fueron suspender las actividades de tipo grupal para evitar la propagación de la enfermedad de COVID-19; sin embargo, para el año 2021 se replantea la estrategia para realizarlos en formato remoto y su cumplimiento al mes de agosto fue de 40,5% similar a lo logrado en años previos a la pandemia. Es importante relevar la labor preventiva y promocional de los talleres de apoyo al desarrollo de habilidades parentales ya que estas logran entregar herramientas para el cuidado respetuoso de la primera infancia.

TABLA 4-19 CUMPLIMIENTO HISTÓRICO CONVENIO PADB

Indicador	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de niños (as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores (as) ingresan a talleres "Nadie es Perfecto"	53,2%	44,7%	100%	40%	7,5%	40,5%
Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación	100%	100%	100%	99,0%	98,3%	100%
Porcentaje de niños de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados	100%	78,6%	88,5%	88,9%	44%	68,5%

Fuente Información DEIS-SSMN Septiembre 2021

Si bien la caída en el cumplimiento del convenio en el año 2020 es la más baja desde el año 2016 como se puede apreciar en el gráfico, se debe entender el contexto socio sanitario mundial actual, los esfuerzos de los equipos de salud se ha abocado a luchar contra la pandemia del Coronavirus, sin embargo el cumplimiento global del convenio hasta el mes de agosto del año 2021 es de 72,5% superior al 50% exigido para no sufrir reliquidación y superior al año anterior, lo cual demuestra que a pesar de la situación se ha podido reformular la forma de entrega de las prestaciones a los niños y niñas que van en pro de la protección de su desarrollo.

Salud mental infantil

Por lo menos 1 de cada 7 niños, es decir, 332 millones en todo el mundo, ha vivido bajo políticas de confinamiento obligatorias o recomendadas a nivel nacional durante al menos nueve meses desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, lo que supone un riesgo para su salud mental y su bienestar. La mayoría de los niños y adolescentes con diagnóstico no reciben atención y hay una brecha asistencial de 66,6% para cualquier tipo de trastorno que sube al 85% cuando se considera sólo el sistema sanitario formal.

En la comuna, y en concordancia con los protocolos que rigen a la red de salud mental del SSMN, el tratamiento de las patologías de carácter leve, se lleva a cabo desde un enfoque integral y multidisciplinario en el Programa de Salud Mental instalado en cada uno de los centros de salud de la comuna. Por su parte, la psicopatología infantil de severidad moderada y severa, es abordada por el equipo de especialistas del Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM). A junio del 2021, de los usuarios bajo control en el programa de salud mental en los centros de salud de la comuna, un 4% corresponde a población infantil, presentando las mayores prevalencias en Otros trastornos emocionales de inicio de la infancia y diagnósticos de Trastornos Hipercinéticos.

En la comuna existe el Programa de Acompañamiento Psicosocial, dando cobertura a 47 niños y niñas entre 0 a 9 años. Desde este programa se intenciona fortalecer la adherencia a los tratamientos de salud mental de estos niños, reforzar la articulación con el intersector y resguardar el cumplimiento de todas las prestaciones de salud en este ciclo.

Salud oral infantil

Los procesos de cuidados en la vida de la persona en materia de salud oral son abordados de forma integral e intersectorial, desde el primer año de vida en adelante, considerando así los programas de salud; CERO (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico) y GES Salud oral 6 años en los centros de salud y los programas Sembrando Sonrisas y Huechuraba Sonríe en los centros de educación parvularia y básica, respectivamente.

Contexto Sanitario – Diagnóstico de salud oral comunal del ciclo infantil

El daño por caries en la población de la comuna es un problema sanitario que requiere atención, siendo esta la patología oral más prevalente. En la comuna de Huechuraba, el daño oral por caries aumenta junto con la edad de la persona. Los datos estadísticos de la población infantil (0 a 9 años) muestran la siguiente variación en el índice de caries (ceod/COPD) según rango etario.

GRÁFICO 4-19 POBLACIÓN LIBRE DE CARIES POR EDAD EVALUADA DURANTE EL AÑO 2021



Fuente Registro estadístico mensual acumulado año 2021.

A mayor edad, mayor es el daño por caries en la población, siguiendo la tendencia nacional que, según la información de los últimos estudios epidemiológicos nacionales disponibles, a los 2 años hay un 82,5% de niños y niñas libres de caries, 49,6% a los 4 años y 29,6% a los 6 años. En este contexto, el aumento progresivo del daño por caries en la población y los problemas de salud asociados deben ser abordados en base a controles cuya frecuencia está determinada por el riesgo que presenta cada usuario.

Salud Oral Integral: Control con enfoque de riesgo odontológico (CERO) y GES salud oral 6 años

El seguimiento realizado a través de controles odontológicos a los usuarios menores de 10 años, con o sin patologías oral, tiene como fin mantener población sana, de compensar y detectar en forma temprana éstas mismas. En el año 2021, esta población objetivo (0 a 9 años) corresponde a 8.712 usuarios, de aquellos, se programó mantener en control y libre de caries al 26%, 2.265.

Para el año 2022, entendiendo la naturaleza de las patologías bucales crónicas y multicausales, se aumenta la cobertura a 32% de la población inscrita validada.

Salud Oral Intersectorial: Programas Sembrando Sonrisas y Huechuraba Sonríe

Los problemas de salud oral provocan ausentismo escolar, esto debido a la necesidad del estudiante de asistir al centro de salud para resolver una patología oral.

Para fomentar los hábitos de higiene y de cuidados en salud bucal desde las primeras fases educativas, el programa Sembrando Sonrisas interviene en los establecimientos educacionales de párvulos para potenciar los factores protectores con la aplicación de flúor barniz (2 veces al año), la realización de un examen de salud oral a cada niño o niña y considera la entrega de un set de higiene oral que corresponde a 4 cepillos y una pasta dental para cada alumno matriculado. También se entrega promoción de la salud a través de sesiones educativas al

personal de educación parvularia. En Huechuraba, la población parvularia (2 a 5 años) corresponde a 3.382 usuarios inscritos validados por FONASA. Para esto, el programa considera intervenir 33 establecimientos de educación parvularia, con la finalidad de otorgar cobertura a 2.250 usuarios, correspondiente a 66% de la población objetivo.

El programa Huechuraba Sonríe, atención odontológica en los centros de educación municipal, ha implementado módulos dentales en los establecimientos educacionales para brindar atención odontológica a la comunidad escolar. Su ejecución y planificación se aborda en la sección 4.6.6 del presente documento

Productos esperados en promoción, prevención y recuperación de la salud oral

Las funciones del equipo odontológico ejecutan actividades de promoción, prevención en salud y de rehabilitación oral para alcanzar el alta preventiva o integral de la población objetivo y mantenerlas bajo control.

TABLA 4-20 CARTA DE PRESTACIONES PARA EL CICLO INFANTIL.

Consultas	Prestaciones
Educación y promoción	Educación en técnica de cepillado Consejería breve anti-tabaco para cuidadores Orientación en hábitos saludables y de autocuidado
Prevención	Examen de Salud Oral – Fluoración - Sellantes de fotocurado - Pulido Coronario y profilaxis
Rehabilitación	Restauraciones – Exodoncias según indicación

Fuente: Registro local

Indicadores y Metas 2022

- Pautas cero a 9 años: Realizar control con enfoque de riesgo odontológico (CERO) al 32.2% de la población infantil.
- Población 6 años libres de caries: 17.7% de la población con índice ceod/COPD = 0.

Programa nacional de inmunización

Dentro de las políticas públicas más efectivas para mantener a los niños y niñas sanos es a través de las vacunas, ya que su función es prevenir enfermedades que pueden llegar a ser peligrosas. Y lo más importante es que no solo se protege a ellos sino a todos, efecto rebaño.

El Ministerio de Salud desarrolla el Plan Nacional de Inmunizaciones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Estas vacunas están a disposición gratuitamente, son un bien público y se administran a todo niño independiente de su condición social, previsión de salud o nacionalidad.

TABLA 4-21 PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES Y CUMPLIMIENTO DE VACUNAS DEL CICLO INFANTIL 2021

Vacuna	Edad	Porcentaje de cumplimiento	Vacunados	Población Objetivo.
Hexavalente	2 meses	91.3%	409	448
Hexavalente	4 meses	92.4%	427	462
Hexavalente	6 meses	89.9%	463	515
Hexavalente	18 meses	72.6%	422	581
SRP	12 meses	88.3%	482	546
Meningococica conj	12 meses	88.3%	482	546
Hepatitis A	18 meses	72.8%	423	581
Neumo 13	2 meses	90%	403	448
Neumo 13	4 meses	92%	425	462
Neumo 13	12 meses	87.2%	476	546
Varicela	18 meses	72.8%	423	581
Influenza	6 meses a 5 años	72.3%	6513	9.010
Influenza	1° a 5° básico	65.6%	5845	8.908
COVID	6 a 17 años	73%	14.883	20.387

Fuente: Registro Nacional de Inmunizaciones corte agosto

El porcentaje de vacunación en este grupo etario es alto, y esto se debe a las distintas estrategias que se han realizado en la comuna, como, por ejemplo, acudir a los centros educacionales públicos y privados, habilitar puntos de vacunación en distintos sectores de la comuna incluyendo los sábados.

Este programa es el comienzo del programa de salud infantil integral y actualmente han surgido nuevos desafíos que se han sorteado favorablemente hasta el momento, dentro de estos están el estancamiento de los porcentajes de cobertura que se mantienen en su mayoría dentro del 80%, apariciones de enfermedades inmunoprevenibles y surgimiento de nuevas enfermedades con sus respectivas vacunas aumentando las funciones de este programa, como por ejemplo el COVID.

Salud respiratoria

El asma es la enfermedad crónica más común de la infancia; representa la primera causa de ausentismo escolar, consultas al servicio de urgencia y hospitalizaciones. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2016 el asma afectaba a más de 399 millones de personas en el mundo.

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, la cual produce un incremento en la reactividad de la vía aérea, episodios de sibilancias, dificultad respiratoria, disnea, opresión torácica y tos, especialmente en la noche y en la mañana.

El diagnóstico del asma es principalmente clínico y en la actualidad esta subdiagnosticada sobretudo en preescolares, quienes no pueden colaborar con pruebas de función pulmonar. En relación a los menores de 2 años el diagnóstico de asma es difícil de confirmar por lo que suele utilizarse el concepto de Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR)

En la comuna hubo una disminución del 20,5% en la cobertura de SBOR entre el 2019 y 2020, al igual que la disminución del 3,84% en la cobertura de asma en la población infantil.

Para el 2021 existe un aumento en la cobertura del SBOR y para el asma se mantiene la tendencia de la disminución de cobertura.

TABLA 4-22 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL POR SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE Y ASMA. 2019 A 2021.

Problema de salud	Gravedad	2019	2020	2021
SBOR	Leve	71	55	80
	Moderado	388	311	378
	Severo	5	3	6
	TOTAL	464	369	464
ASMA	Leve	155	149	151
	Moderado	518	488	480
	Severo	4	14	6
	TOTAL	677	651	637

Fuente: DEIS-SSMN REM P DIC 2019-2020
REMP JUNIO 2021

Durante el 2021, se retomaron de forma presencial la mayoría de las prestaciones que estaban suspendidas producto de la pandemia, solo los talleres grupales programados continuaron sin realizarse.

A diferencia del año pasado, donde prácticamente no circuló ningún virus respiratorio, excepto el COVID-19, este año producto de la vuelta a clases, reactivación de los jardines infantiles y sala cuna existió tardíamente un aumento de otros virus respiratorios (Adenovirus, parainfluenza, VRS entre otros), aumentando la kinesioterapia respiratoria de cuadros respiratorios agudos y hospitalizaciones principalmente en menores de 5 años.

Programa dependencia severa curso de vida infantil

El programa de dependencia severa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador/a

En el caso del ciclo vital infantil hasta junio de 2021 se encuentran 9 usuarios ingresados a este programa, los cuales 5 usuarios pertenecen al CESFAM La Pincoya, 1 de CESFAM El Barrero, 1 del CESCOSF y 2 del CESFAM Dr. Salvador Allende G., esta cifra representa un 19% de la población bajo control del programa.

La principal estrategia para entregar una atención completa a las personas que pertenecen a este programa, son las visitas domiciliarias integrales, las cuales son realizadas por todos los profesionales de los centros de salud, además de dar cumplimiento al plan de cuidados individuales para los usuarios y cuidadores se realizan las capacitaciones.

Rehabilitación infantil

Según el II estudio nacional de la discapacidad del año 2015, un 16,7% de la población mayor de 2 años presenta alguna situación de discapacidad, en donde aproximadamente un 5,8% de ellos corresponden a personas entre los 2 a 17 años.

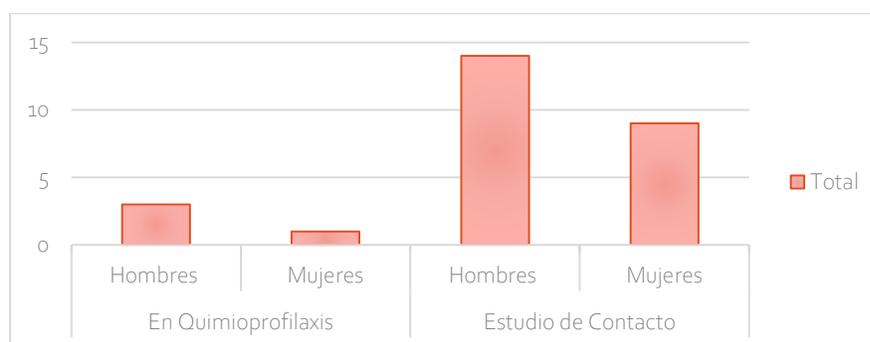
Actualmente en nuestra comuna, no existen dispositivos orientados a entregar estas prestaciones a niños y niñas, por lo cual es una brecha importante a mejorar a futuro.

Existe rehabilitación infantil en el hospital Roberto del Río que está enfocado en pacientes con patologías muy puntuales como los NANEAS de alto riesgo, los prematuros severos, pero dejando fuera todas las otras patologías traumatológicas y ortopédicas, de salud mental, neurológicas, entre otros. El otro dispositivo que existe es la Teletón que tienen un criterio de inclusión muy específico pero que no logra cubrir las necesidades de nuestra población.

Programa de tuberculosis curso de vida infantil

En Chile, cada año se producen alrededor de 51 casos de TBC en menores de 15 años. En la comuna no contamos con casos activos de tuberculosis en menores en el curso de vida infantil; sin embargo, tenemos 3 casos en quimioprofilaxis que reciben tratamiento preventivo. Además, existen un gran porcentaje de estudios de contacto en menores de 9 años que fueron contactos estrechos con enfermos de tuberculosis, con 23 casos, 14 niños y 9 niñas, en seguimiento para la pesquisa oportuna dentro del ciclo infantil.

GRÁFICO 4-20 POBLACIÓN INFANTIL EN QUIMIOPROFILAXIS Y ESTUDIO DE CONTACTO.



Fuente: Servicio de Salud Metropolitano Norte Subdepartamento de Informática DataDEIS 2.0 – REM 2021.

Las estrategias que se han realizado son una serie de actividades en la red asistencial con el fin de vacunar preventivamente contra la forma más grave de tuberculosis a todos los recién nacidos. Además, es clave hacer la pesquisa temprana de los pacientes bacilífero y estudiar oportunamente a sus contactos, es decir, quienes hayan estado expuesto a contagio con un enfermo de tuberculosis pulmonar o laríngea con bacteriología positiva.

7.1.3. Curso de vida adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al ciclo vital adolescente como el período comprendido entre los 10 y los 19 años. La adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psicológica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad.

El inicio de la adolescencia se define biológicamente con el comienzo de la pubertad, la cual, se inicia en momentos distintos para las niñas y los niños, y entre personas del mismo género. Por otro lado, el término de la adolescencia también es variable de un individuo a otro y está determinada principalmente por factores sociales como es la adquisición de la independencia económica y el asumir las funciones reconocidas como propias del mundo del adulto, por lo cual algunos autores han estado en discusión de lo delimitado de la edad, en definir los 19 años e integrar los conceptos anteriores, como el término de la misma.

En los últimos dos años, al igual que en los otros ciclos vitales, se ha visto un cambio epidemiológico en la salud de las personas adolescentes y no se encuentran exentos de las consecuencias de la pandemia. Necesitan protección para enfermedades transmisibles y no transmisibles, poniendo el desafío de asegurar políticas públicas como: vacunación, salud mental, salud sexual, nutrición saludable y control de salud, entre otras.

En la comuna de Huechuraba, se han puesto los esfuerzos para dar continuidad en las atenciones de adolescentes a pesar de las dificultades existentes ante el contexto sanitario, relevando mediante distintas estrategias, como controles vía telemática y telefónica, en coordinación con establecimientos educacionales, con el Centro de Salud Integral Adolescente, y visitas domiciliarias con el cumplimiento de los estándares requeridos. Ello, con el objetivo de seguir las recomendaciones entregadas por la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y la evidencia científica, respecto a la postergación que podría existir en esta situación, ante la salud sexual y reproductiva, y la salud mental

Caracterización de la población en el curso de vida

TABLA 4-23 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CURSO DE VIDA ADOLESCENTE

Área	Aspecto	Datos estadísticos	Fuente
Demografía	Población total	Nacional: 2.392.12	INE, 2017
		Región Metropolitana: 933.218	
		Huechuraba: 15.085	
	Mortalidad adolescente	Tasa: 0,1% Causas de muerte: Externas (Incluye suicidio): 57,3% Neoplasia maligna: 12,7% Enfermedades sistema circulatorio: 4,7%	Registro civil, 2021
Fecundidad específica:	Tasa: Menores de 15 años: 0.8 15 años y más: 1,2	INE, 2017	
Determinantes sociales relevantes	Escolarización adolescentes controlados Huechuraba	Escolarizado: 98%	Planilla local
		No Escolarizado: 0,7%	
	Ocupación padres de adolescentes controlados Huechuraba	Madre, en mayor proporción ocupada con un 59,2%, le sigue inactiva con un 23,5% y cesante con un 16,3% En cuanto a los padres, un 86,7% se encuentra ocupado y en segundo lugar, con 10,2% cesante.	Planilla local
	Escolarización padres de adolescentes controlados Huechuraba	Madre: mayor porcentaje con media completa con un 56,9%, seguida de media incompleta con 13,8%. Padre: en mayor porcentaje con 53,3%, seguido de media incompleta con 13,8%.	Planilla local
	Tipo de familia adolescentes controlados Huechuraba	Monoparental: 13,3%	Planilla local
Extensa: 32,3%			
Compuesta: 11,8%			
Nuclear: 35,8%			
Otra: 3,1%			
Epidemiología	Estado nutricional adolescentes controlados Huechuraba	Déficit ponderal o bajo peso: 5,7% Riesgo obesidad: 25,3%	REM junio 2021
		Normal o eutrofia: 37,0%	
		Obeso: 21,2%	
		Obeso severo: 7,9%	
		Desnutrición secundaria: 0,1%	
		Desnutrición: 1,8%	

	Conducta sexual adolescentes controlados Huechuraba	Postergadora: 74.1%				Planilla local																								
		Anticipadora: 3.3%																												
		Activa: 22.6%																												
	Población bajo control adolescente métodos anticonceptivos	<table border="1"> <tr> <td>Solo preservativos</td> <td>10-14 años</td> <td>15-19 años</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>0</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>0</td> <td>12</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Todos los métodos</td> <td>10-14 años</td> <td>15-19 años</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>47</td> <td>863</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Solo preservativos	10-14 años	15-19 años			Mujeres	0	9			Hombres	0	12			Todos los métodos	10-14 años	15-19 años				47	863		
Solo preservativos	10-14 años	15-19 años																												
Mujeres	0	9																												
Hombres	0	12																												
Todos los métodos	10-14 años	15-19 años																												
	47	863																												
Embarazo adolescente	<table border="1"> <tr> <td>Lugar</td> <td>10-14</td> <td>15-19</td> <td>% embarazo adolescente</td> <td>Reincidencia embarazo adolescente</td> </tr> <tr> <td>Huechuraba</td> <td>1</td> <td>75</td> <td>11,4%</td> <td>1,05%</td> </tr> <tr> <td>SSMN</td> <td>21</td> <td>596</td> <td>7,4%</td> <td>S/D</td> </tr> <tr> <td>Nacional</td> <td>454</td> <td>10406</td> <td>7,6%</td> <td>S/D</td> </tr> </table>				Lugar	10-14	15-19	% embarazo adolescente	Reincidencia embarazo adolescente	Huechuraba	1	75	11,4%	1,05%	SSMN	21	596	7,4%	S/D	Nacional	454	10406	7,6%	S/D	REM A05, 2020					
Lugar	10-14	15-19	% embarazo adolescente	Reincidencia embarazo adolescente																										
Huechuraba	1	75	11,4%	1,05%																										
SSMN	21	596	7,4%	S/D																										
Nacional	454	10406	7,6%	S/D																										
Consumo sustancias adolescentes controlados Huechuraba	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">SI</td> <td>Hombres: 5%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres: 1.9%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">No</td> <td>Hombres: 33.7%</td> </tr> <tr> <td>Mujeres: 59%</td> </tr> </table>				SI	Hombres: 5%	Mujeres: 1.9%	No	Hombres: 33.7%	Mujeres: 59%	Planilla local																			
SI	Hombres: 5%																													
	Mujeres: 1.9%																													
No	Hombres: 33.7%																													
	Mujeres: 59%																													

Fuente: Fuente: Registros locales

Diagnóstico según curso de vida

Para una mejor evaluación de la salud del curso de vida, a continuación, se describen tanto los factores protectores, los factores de riesgo y el problema de salud consecuente que condicionan este grupo específico, lo cual fue construido por los referentes de los establecimientos, DEPSA y usuarios, dejando aquellos que son priorizados y que después se relacionan con los objetivos sanitarios y clínicos del curso de vida. A esta evaluación y análisis le denominamos diagnóstico por curso de vida.

TABLA 4-24 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA EN ADOLESCENCIA.

Factor de riesgo	Factor protector	Problema de salud/Carga enfermedad
Baja detección de consumo de sustancias	GES disponible	Drogadicción y alcoholismo
Protocolo de ideación suicida no activado	Existencia de protocolo comunal	Suicidio adolescente
Bajo porcentaje de actividad física en adolescentes	Oferta VIDA SANA	Obesidad
Hábitos alimenticios negativos	Oferta dietoterapia en programación	Malnutrición
Aumento embarazo adolescente y presencia VIH-ITS	MAC y preservativos en oferta comunal	Embarazo adolescente y contagio VIH-ITS

Fuente: Dirección de Salud

Al relacionar la caracterización y la tabla superior, se observa que existen dos categorías relevantes de agrupar. La primera de ellas se asocia a factores de riesgo relacionadas con salud mental (intento suicida y consumo de sustancias), salud sexual y reproductiva (VIH e ITS) y cobertura de métodos anticonceptivos y preservativos; a pesar de existir la oferta, no se ha visto aumento en la población bajo control y la carga enfermedad repercute en embarazo adolescente no deseado (el cual es un determinante social y perpetúa la pobreza) e infecciones de transmisión sexual y VIH.

En segundo lugar, existe un aumento significativo en la malnutrición por exceso a nivel mundial y local en comparación al año anterior, la cual se podría asociar al sedentarismo que se vio aumentada posiblemente a nuevos hábitos adquiridos en pandemia (al igual que en los otros ciclos) y al aumento del consumo de comida rápida.

Los puntos anteriores y en colaboración de referentes por establecimientos del ciclo, Unidad Técnica, Unidad Modelo, Unidad de Control y la comunidad local, fueron relevados en la Estrategia Sanitaria 2022-2025 que se muestra a continuación.

Estrategia sanitaria 2022-2025

La estrategia sanitaria cuenta de 2 componentes la gestión sanitaria y la clínica. Las cuales se traducen en objetivos sanitarios y clínicos. Los objetivos clínicos son aquellos que apuntan a la mejora de indicadores de resultado de largo plazo, en nuestro caso 2025 y los objetivos clínicos buscan la ejecución de acciones en salud medidas de forma anual que apoyan la obtener de los resultados a largo plazo de los sanitarios.

TABLA 4-25 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO ADOLESCENCIA

OBJETIVO SANITARIO	INDICADOR SANITARIO	META	OBJETIVO CLÍNICO	INDICADOR CLÍNICO	META
Disminuir Riesgos en la salud Integral del adolescente	Adolescentes con riesgos detectados en Control de Salud Integral/Nº de adolescentes con Control de Salud Integral realizado	65%	Mejorar cobertura Control de Salud Integral en Adolescentes 10 A 19 años	Nº adolescentes con control de 10 a 19 años/Nº de adolescentes inscritos de 10 a 19 años	9,52%
			Prevención de embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual	Nº de adolescentes bajo control con protección dual/Nº de adolescentes bajo control en Programa de Regulación de fecundidad.	12,34%
			Generar Protocolo de intervención ante conducta sexual de riesgo en adolescentes	Creación de Protocolo	Realización
	Asegurar calidad de planes de intervención en adolescentes con alto riesgo		Nº de casos de adolescentes con intento de suicida que cumplen protocolo/Nº de casos de adolescentes detectados con intento de suicidio	Programación/ Protocolo	100%
			Adolescentes con detección de abuso sexual con Plan de Intervención/ Adolescentes con detección de abuso sexual	Programación/ Protocolo	100%
			Mejorar cobertura de tratamiento de adolescentes detectados con consumo problemáticos de alcohol y drogas	Nº de adolescentes ingresados a tratamiento en COSAM/ nº de adolescentes detectados en CLAP con problemas de consumo	50%

Mejorar el estado nutricional de adolescentes de Huechuraba	Nº de adolescentes con estado nutricional normal/Nº de adolescentes controlados	50%	Mejorar cobertura de tratamiento mediante Programa VIDA SANA	Nº personas ingresadas por derivación desde ficha CLAP a VIDA SANA/Nº personas derivadas a VIDA SANA según Planilla de Riesgos en CLAP	15%
			Mejorar la intervención nutricional de adolescentes de Huechuraba	Creación de Protocolo de atención según estado nutricional	Realización

Fuente: Dirección de Salud

Principales temáticas y programas de salud del curso de vida

A continuación, se presentan la caracterización de las principales temáticas de salud para el curso de vida.

Control integral del adolescente:

Se considera el eje de este programa. El Control de Salud Integral, el cual es un examen preventivo anual y es de suma importancia relevar que basándose en el Modelo de Salud Integral vigente, respecto a las recomendaciones internacionales y evidencia científica, el control aborda una mirada holística de la salud adolescente y recoge algunos aspectos mínimos que debe considerar todas las interacciones en salud que realice el equipo sanitario con el o la usuario/a. Una consulta (que puede ser la única que tiene el sistema sanitario con un o una adolescente) y mediante la Ficha CLAP, la cual es el instrumento a utilizar para ello, incluye varios antecedentes, factores protectores (fomentando la resiliencia) y factores de riesgo, con el fin de entregar un diagnóstico y hacer derivaciones oportunas en el sistema de atención primario, secundario u otro que sea pertinente. La duración de la prestación es de una hora e incluye la Consejería, la cual propicia un cambio de conducta en mutuo acuerdo con el o la usuaria y de ser pertinente, con su familia.

Los ítems incluidos son: antecedentes administrativos, antecedentes familiares, familia, vivienda, educación, vida social, historial de hábitos y consumo, antecedentes gineco-urológico, sexualidad, situación emocional, examen físico, riesgos y diagnóstico integral. Cada uno de éstos, con subítems.

Nutrición y estilos de vida saludable

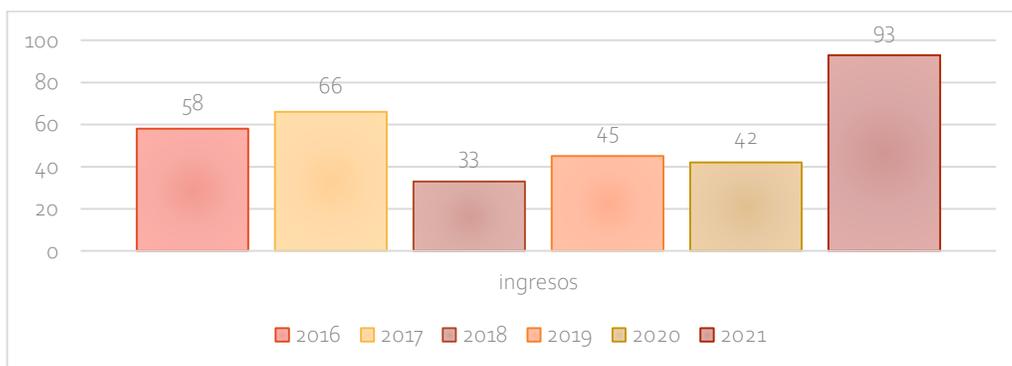
Programa Vida Sana

El Programa Vida Sana es una estrategia de intervención que reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, a través de la modificación de los estilos de vida en el ámbito nutricional y de actividad física en la población adolescente.

En el ciclo vital adolescente se interviene a jóvenes derivados de los centros de salud de la comuna, a través de la ficha CLAP u otro control de salud, donde se pesquise malnutrición por exceso. Actualmente el programa se desarrolla a nivel comunal en las dependencias del Polideportivo "Marichiweu", como estrategia para cumplir con los protocolos sanitarios actuales.

En lo que respecta a los ingresos del programa en este rango etario hay que mencionar que se ha observado un alza en los ingresos del año 2016 al 2021. En relación al año 2020, se presenta una baja de ingresos considerable debido al contexto de confinamiento por la pandemia. Como estrategia para el 2021 se decide generar una alianza con el Centro de Salud Integral Adolescente de la comuna, llevando a cabo de manera directa la derivación del programa a través de la atención nutricional en el mismo centro, y el fortalecimiento de las derivaciones a través de ficha CLAP de los centros de salud, lo cual llevó a un aumento considerable solo de ingresos al mes de agosto de 2021.

GRÁFICO 4-21 NÚMERO DE INGRESOS DE ADOLESCENTES AL PROGRAMA ELIGE VIDA SANA



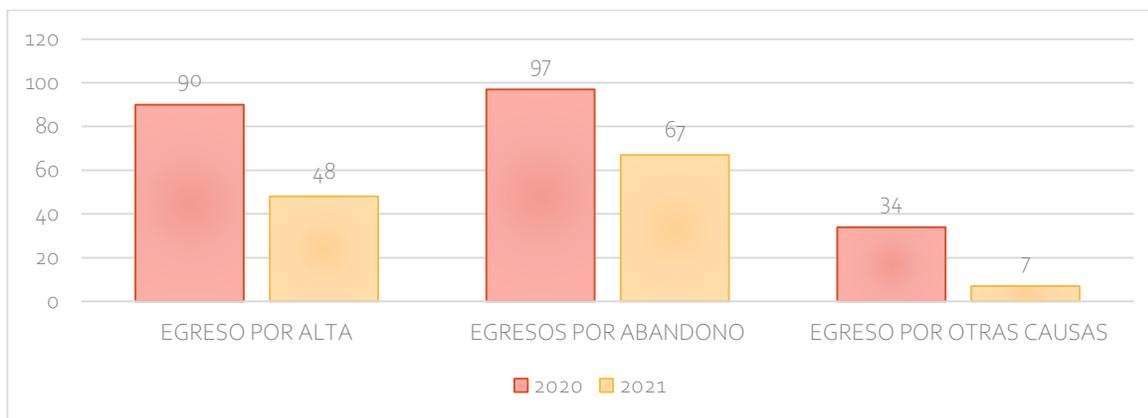
Fuente: Datos extraídos de Plataforma WEB Estrategias de APS <http://vidasana-minsal.cl> y Planilla Local de Monitoreo del Programa Vida Sana

Dentro de los desafíos del programa, se encuentra fortalecer y potenciar la estrategia de derivación directa desde el espacio amigable y de ficha CLAP en los centros de salud. Además, fortalecer la intervención en la población adolescente para evitar la falta de asistencia a controles, abandonos y ver indicadores de impacto en el estado nutricional.

Salud Mental

El programa de Salud Mental nacional, del MINSAL, busca contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

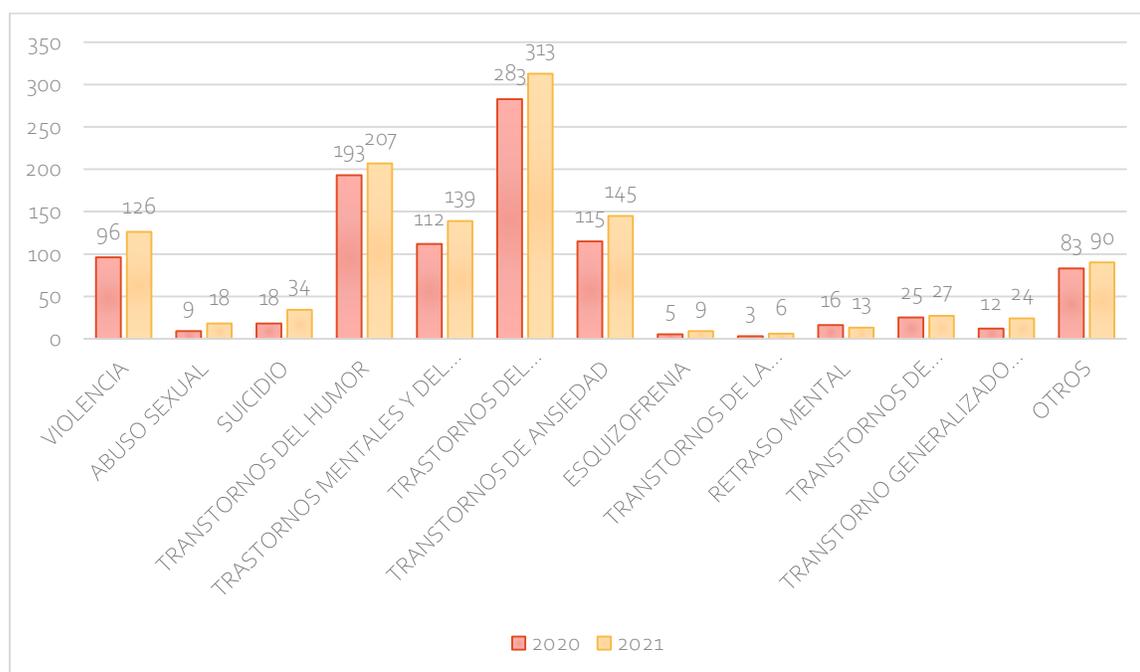
GRÁFICO 4-22 NÚMERO DE EGRESOS SEGÚN MOTIVO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE BAJO CONTROL EN COSAM



Fuente: DATADEIS-SSMN. REM Pg JUNIO 2021

En el año 2020 hubo 6100 atenciones, mientras a la fecha del año en curso hay 5878. Se proyecta el aumento de dichas cifras, en proporción al trimestre pendiente. Se calcula que cada uno de los usuarios, ha recibido 4 atenciones. En el gráfico superior se observa que los egresos en mayor cantidad, se deben al abandono, pero existe una tendencia a la baja. Si bien es cierto, el abandono perjudica la adherencia al tratamiento, se podría relacionar con la dificultad que ha existido durante la contingencia sanitaria para mantenerla.

GRÁFICO 4-23 NÚMERO DE ADOLESCENTES CLASIFICADOS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL



Fuente: REMP

Respecto al gráfico superior (que incluye las patologías de salud mental con mayor prevalencia en el ciclo vital), se observa un aumento al comparar entre los años 2020 y 2021, en los trastornos del comportamiento, seguidos en número por los trastornos del humor. Destaca un aumento en todos los componentes del eje x, donde en 2021 se ha visto un aumento de la incidencia en todas las patologías, a excepción del retraso mental. Lo anterior, se relaciona directamente con lo esperado y ampliamente evidenciado en cuanto a salud mental, adolescencia y pandemia.

Programa acompañamiento:

El Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes, se encuentra instalado en todos los establecimientos de atención primaria de la comuna de Huechuraba. Se compone de una dupla profesional de trabajador/a social y técnico/a social. Su función es mejorar la adherencia de adolescentes a las atenciones de salud, articulando la colaboración intersectorial y comunitaria. En la actualidad existen 59 adolescentes en este programa, acorde a las plazas entregadas por el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

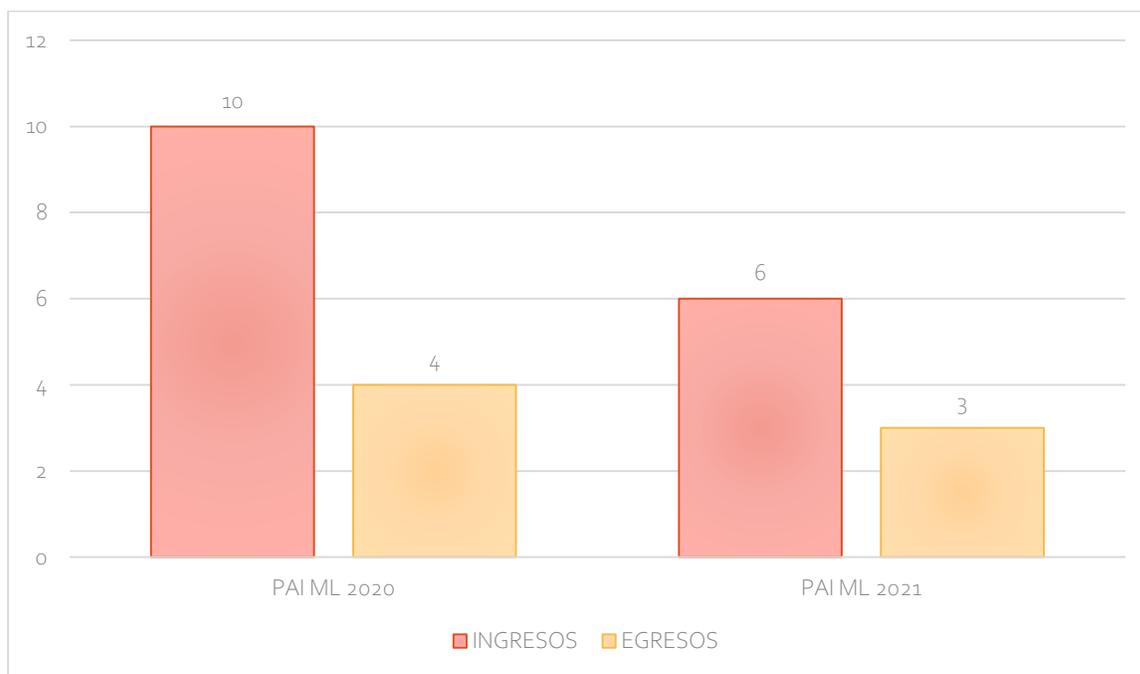
Programas Tratamiento de Consumo

El programa de tratamiento de consumo de sustancias para población adolescente está conformado por un equipo interdisciplinario compuesto por Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, Técnico en Rehabilitación y Psiquiatra. El programa es parte de las atenciones otorgadas por el Centro de Salud Integral Adolescente, manteniendo dependencia técnica de COSAM, por ser un programa de atención especializada en Salud Mental. El dispositivo de tratamiento de consumo de sustancias para población adolescente cuenta con tres modalidades de trabajo, las cuales se diferencian de acuerdo a las características de los y las jóvenes consultantes. Estas diferencias están dadas por las características del consumo de sustancias y tipo de complejidad Biopsicosocial. A continuación se describen las tres modalidades (programas) con que cuenta el dispositivo de tratamiento.

Programa Ambulatorio Intensivo-Medio Libre (PAI ML):

Jóvenes menores de 18 años que presentan un consumo perjudicial y/o dependiente a una o más sustancias psicoactivas, con un compromiso biopsicosocial de Moderado a Severo y que fueron sancionados por la Ley 20.084, manteniendo cumplimiento de sanción en medio libre o centro semicerrado.

GRÁFICO 4-24 INGRESOS Y EGRESOS PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO MEDIO LIBRE



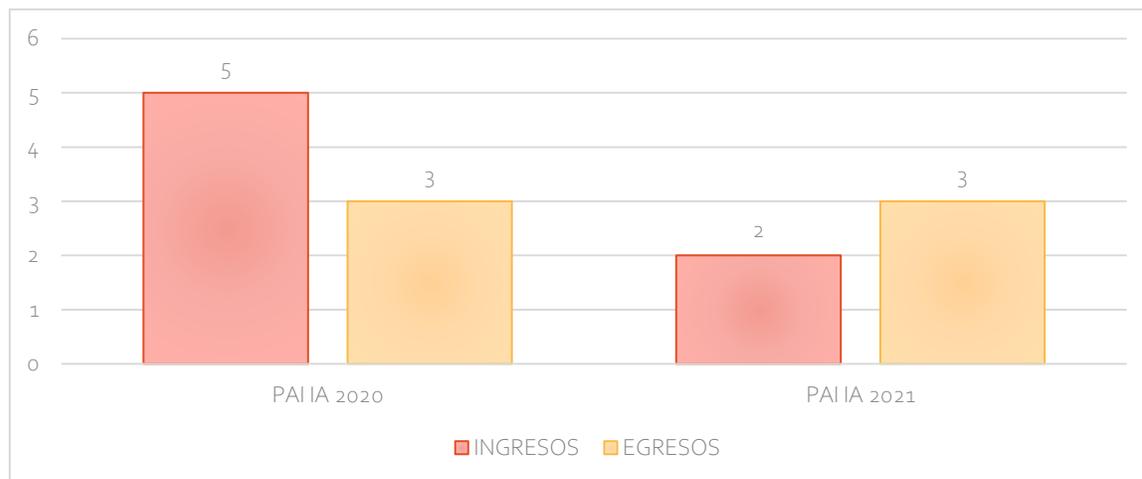
Fuente: SISTRAT-DATADEIS-SSMN. Acumulado enero-agosto REM A 05

El programa PAI ML cuenta actualmente con 11 plazas y si bien están se encuentran cubiertas, durante el presente 2021 disminuyen las derivaciones realizadas por programas de sanción en el marco de la Ley 20.084, situación que ha sido discutida a nivel nacional y que se comprende como parte de las dificultades del equipo de derivadores de realizar evaluaciones de perfil de consumo que permitan identificar la necesidad de tratamiento en el área. Se espera que para el año 2022 esta situación se resuelva, volviendo al flujo anterior de jóvenes de la comuna derivados al programa intensivo medio libre.

Programa Ambulatorio Intensivo Infanto-adolescente (PAI IA)

Jóvenes menores de 18 años que presentan consumo perjudicial y/o dependiente a una o más sustancias con un compromiso Biopsicosocial de moderado a severo, derivados de APS y nivel Terciario de Salud.

GRÁFICO 4-25 INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA INTENSIVO AMBULATORIO INFANTO ADOLESCENTE (POBLACIÓN GENERAL)



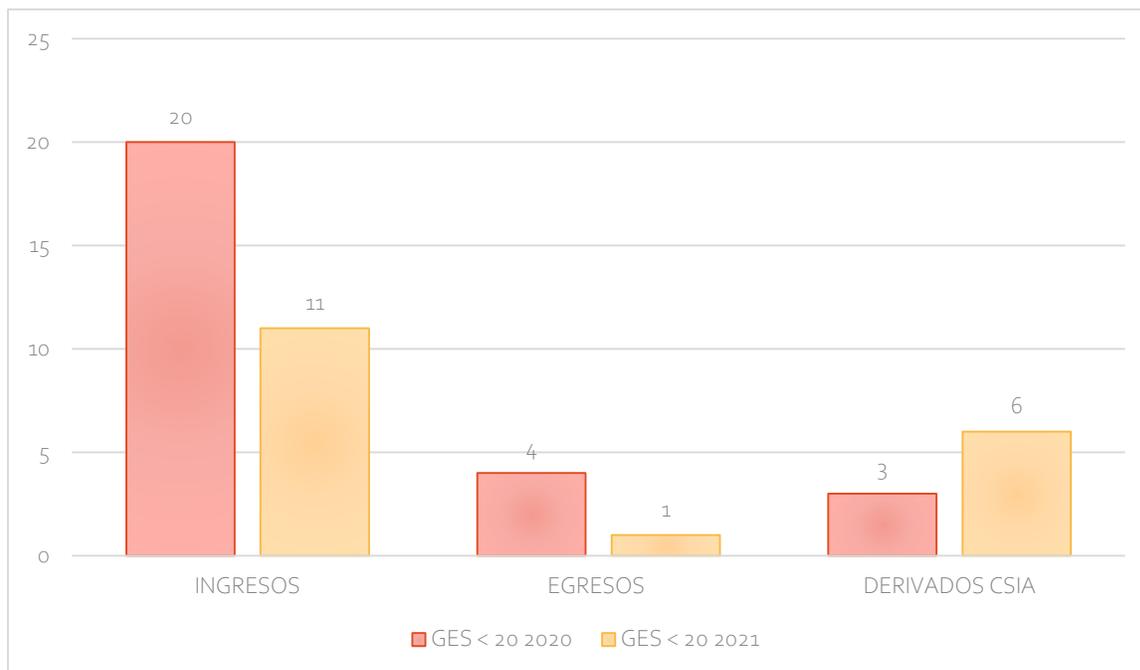
Fuente: SISTRAT-DATADEIS-SSMN. Acumulado enero-agosto REM A 05

El programa PAIIA cuenta con 5 plazas y al igual que el año anterior, se reasignan dos plazas anuales más, reconociendo de esta forma el funcionamiento del equipo de tratamiento por el cumplimiento de las plazas asignadas. Respecto a las derivaciones recibidas el año en curso, se observa una disminución en relación al año anterior, lo que se deriva de la baja en las atenciones por parte de la red SENAME y la modalidad Virtual de los establecimientos educacionales, dificultando la detección de necesidad de tratamiento.

GES Consumo de perjudicial y/o dependiente en personas menores de 20 años con compromiso Biopsicosocial de leve a moderado:

Jóvenes que presentan consumo de sustancias de tipo perjudicial o dependiente de una o más sustancias, derivados de APS, Juzgados de familia y atención terciaria.

GRÁFICO 4-26 INGRESOS Y EGRESOS AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE CONSUMO POBLACIÓN MAYOR A 20 AÑOS GES



Fuente: DATADEIS-SSMN. Acumulado enero-agosto REM A 05.

Respecto al programa GES menores de 20 años y al igual que en los programas PAI ML y PAI IA, las derivaciones recibidas disminuyen, situación que junto a la señalada en el caso del PAI IA, se presenta la disminución de ingresos en población adolescente a los CESFAM de la comuna producto de contexto de emergencia sanitaria, situación que implicó destinar los esfuerzos a la superación de este complejo escenario país. Finalmente, importa señalar que contrario a lo antes señalado, las derivaciones internas desde el CSIA aumentan durante el año en curso, situación que se desprende de la aplicación de la ficha CLAP y de la relevancia de contar con un espacio diferenciado para la población adolescente de la comuna, favoreciendo una mayor especialización en la detección del consumo de sustancias por parte del equipo que realiza los ingresos al centro de Salud Integral del Adolescente.

Desde lo expresado en el punto anterior, al revisar la prevalencia local y compararla con la nacional, se detecta que esta dista mucho entre cifras, siendo menor en Huechuraba. Para visualizar la oferta y, en consecuencia, las posibles terapéuticas, se considera este punto para la construcción de uno de los indicadores del objetivo sanitario de factores de riesgo, como uno clínico. Se espera el aumento de la cobertura, la cual sería evaluada en el próximo Plan Comunal.

Programa Salud Cardiovascular

En este programa se trabaja principalmente con la población que padece DM2 y HTA, el curso de vida adolescente se incorpora dentro del rango de prevalencia esperada de 15 a 24 años, que corresponde a un 1,8% en el caso de la DM2 y a un 0,7% en caso de la HTA.

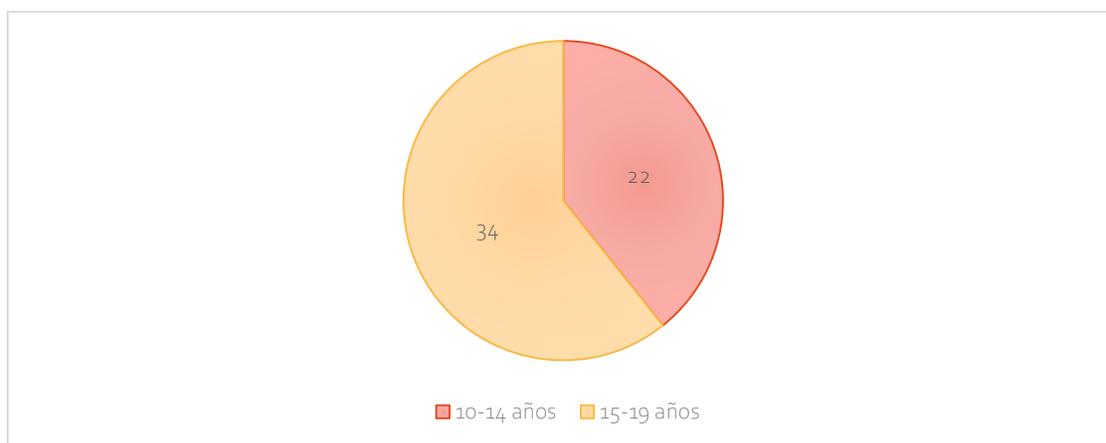
Actualmente en la comuna no existen usuarios diagnosticados con DM2; y hay 7 usuarios con HTA, de los cuales 4 se encuentran compensados. Por otro lado, existen 6 usuarios con diagnóstico de Dislipidemia (DLP). Debido a esto, los usuarios adolescentes del PSCV se distribuyen en según su nivel de riesgo en: 69,2% RCV bajo; 23,1% RCV moderado y 7,7% RCV alto (9, 3 y 1 usuarios, respectivamente). El desafío actual es la constante actualización de los profesionales en el uso de las Tablas de HTA ajustadas a esta población, de forma de pesquisar alteraciones de forma temprana y no sub diagnosticar esta condición.

Salud Oral

Durante la adolescencia, los procesos de cuidados de la salud oral abordados de forma integral e intersectorial, dando continuidad al programa "CERO" (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico) en los centros de salud, ampliando su cobertura hasta los 19 años y los programas; "Huechuraba Sonríe" y "Atención para alumnos de enseñanza media" en los centros de educación de la comuna.

Los datos estadísticos de la población infanto-adolescente (0 a 19 años) muestran la siguiente variación en el índice de riesgo cariogénico (ceod/COPD) según rango etario.

GRÁFICO 4-27 POBLACIÓN LIBRE DE CARIES POR EDAD EVALUADA DURANTE EL AÑO 2021.



Fuente : DATADEIS-SSMN. REM acumulado agosto 2021

A mayor edad, mayor es el daño por caries en la población, siguiendo la tendencia nacional que, según la información de los últimos estudios epidemiológicos nacionales disponibles, a los 2 años hay un 82,5% de niños y niñas libres de caries, 49,6% a los 4 años, 29,6% a los 6 años y un 29,6% a los 12 años.

Salud Oral Integral

Control con enfoque de riesgo odontológico (CERO): A través de controles odontológicos a los adolescentes se busca mantener población sana, compensar y detectar en forma temprana las enfermedades bucodentarias y tratar de forma precoz el daño oral, así contribuir a la salud y procesos de desarrollo normal del individuo. En el año 2021, esta población objetivo (10 a 19 años) corresponde a 9.726 usuarios. Debido a la naturaleza de las patologías bucales crónicas y multicausales, que se presentan desde la infancia y que tienden a aumentar su prevalencia y severidad con la edad, los controles odontológicos del programa CERO aumentan su cobertura hasta los 19 años, siguiendo así con los cuidados en el ciclo de salud adolescente. Con el fin de establecer hábitos saludables de alimentación e higiene bucal, las estrategias están orientadas a generar también espacios de promoción y prevención en la salud, indicando técnicas de higiene oral e información a los cuidadores sobre estos factores protectores.

Salud Oral Intersectorial

Huechuraba Sonríe y Atención para alumnos de enseñanza media. El programa odontológico Huechuraba Sonríe ha sido desarrollado para el manejo integral (educativo, preventivo y reparativo) de los problemas de salud oral de la comunidad escolar pertenecientes a los establecimientos de educación municipal de Huechuraba.

TABLA 4-26 CARTERA DE PRESTACIONES

Consultas	Prestaciones
Educación y promoción	Educación en técnica de cepillado Consejería breve anti-tabaco Orientación en hábitos saludables y de autocuidado Talleres de educación en materia de; salud sexual con implicancias en salud oral, uso de sustancias.
Prevención	Examen de Salud Oral Fluoración Sellantes de fotocurado Pulido Coronario y profilaxis
Rehabilitación	Restauraciones Exodoncias según indicación Tratamiento periodoncial

Fuente: Registros locales

Además del importante componente educativo, promover hábitos saludables; factores protectores para la población en cuanto a dieta, higiene, uso de fluoruros; y controlar los factores de riesgo asociados a la salud; uso de sustancia, condiciones que alteren el flujo salival, dieta cariogénica.

Tasa de consultas de morbilidad para usuarios adolescentes proyectada para el 2022

0,21. con 2.114 consultas sobre una población de 9.726. (Indicador contenido en IAAP N°9: Morbilidad odontológica en población 0 a 19 años)

Altas odontológicas en centros de educación municipal:

- Alumnos de enseñanza media: 96 altas
- Alumnos Matriculados en escuelas municipales (Estrategia Huechuraba Sonríe): 48% de la matrícula.

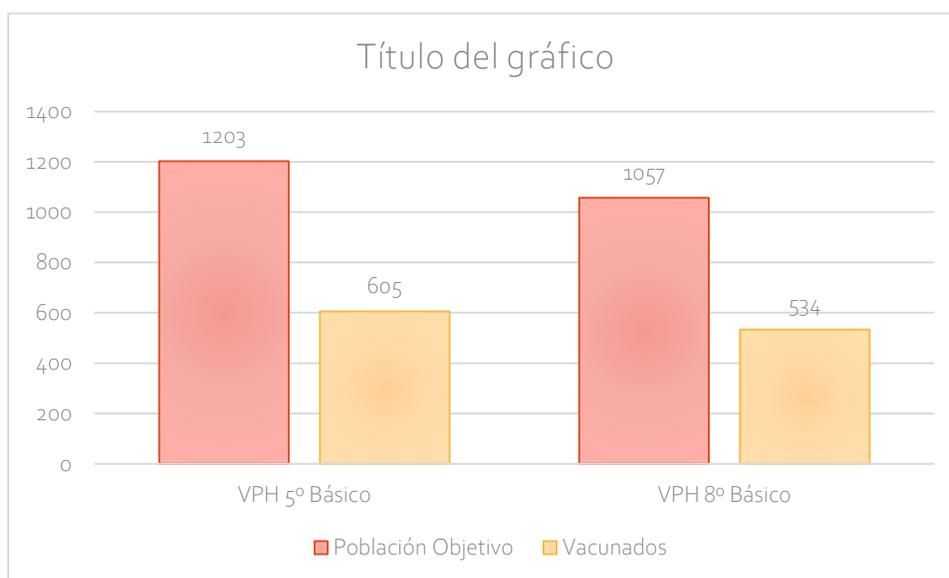
Programa PNI

Las vacunas en adolescentes se centran mayoritariamente en la estrategia de inmunización escolar. En Huechuraba se realiza durante el segundo semestre del año, donde se incluye a los establecimientos educacionales públicos y privados, a través de la coordinación con los centros de salud según territorio.

El Ministerio de Salud, a través del Plan Nacional de Inmunizaciones, implementó las vacunas VPH en 2014 en niñas y desde el año 2019, los grupos objetivos en 4º y 5º básico. La vacuna VPH protege a las niñas del cáncer de útero. En tanto que en niños su objetivo será proteger contra enfermedades como cáncer de ano y pene entre otras. Además, protegerá a ambos sexos contra enfermedades causadas por el VPH tales como las verrugas genitales; la vacuna dTPa está dirigida a niños de 8º básico que protege contra enfermedades como difteria, tétanos y tos convulsiva.

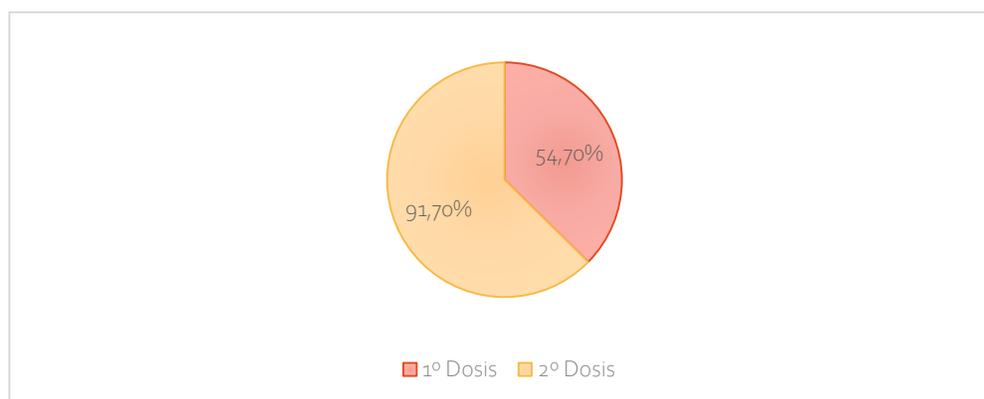
El año 2020, no fue posible llegar a coberturas deseadas, a causa de la pandemia, los niños, niñas y adolescentes no concurrieron a recibir sus vacunas ni a los colegios ni a los vacunatorios de la comuna como se esperaba por el contexto de la pandemia.

GRÁFICO 4-28 COBERTURA ALCANZADA EN POBLACIÓN OBJETIVO SEGÚN VACUNACIÓN ESCOLAR



Para el año 2021, en los meses de septiembre y octubre se acude nuevamente a los establecimientos escolares a inmunizar a los adolescentes con VPH y dTPa. Sin embargo, aún se presentan dificultades, la pandemia sigue siendo el mayor desafío, las clases online, la respuesta sigue lenta al igual que el año pasado y se están realizando rescates para mejorar las coberturas.

GRÁFICO 4-29 PORCENTAJE DE ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS VACUNADOS CONTRA EL COVID-19 A OCTUBRE DEL 2021



En relación al programa de vacunación contra el COVID en adolescentes de 12 a 17 años, ha existido buena respuesta de la comunidad, pese a que es una vacuna voluntaria. La comuna cuenta con puntos habilitados donde según calendario ministerial acuden a recibir dosis. Para octubre de 2021 se encuentra en aproximadamente el 91.7% de la población objetivo entre 12 a 17 años, vacunada con la primera dosis, que equivalen a 8876 de un total de 9680 adolescentes. Las vacunas autorizadas para los adolescentes son Sinovac o Pfizer según indicaciones del nivel central.

Salud Respiratoria

Al igual que en la infancia, el asma es la patología respiratoria más común en la adolescencia. La prevalencia del asma en este grupo etario es de un 18%.

TABLA 4-27 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL POR ASMA. 2019 A 2021

Problema de salud	Gravedad	2019	2020	2021
ASMA	Leve	155	171	200
	Moderado	279	312	288
	Severo	13	9	11
	TOTAL	447	492	499

Fuente DEIS-SSMN REM P DIC 2019-2020
REM P JUNIO 2021

TABLA 4-28 NIVEL DE CONTROL EN POBLACIÓN BAJO CONTROL POR ASMA. 2019 A 2021

	Nivel de control	2019	2020	2021
ASMA BRONQUIAL	Controlado	344	393	391
	Parcialmente controlado	51	54	73
	No controlado	45	45	33
	No evaluada	5	1	2

Fuente DEIS-SSMN REM P DIC 2019-2020
REM P JUNIO 2021

Al observar la evolución del asma en los años que se muestran en la tabla, existe un aumento del 10% entre 2019 y 2020, manteniendo la tendencia de aumento de cobertura durante el 2021. Por otro lado, el asma controlada se ve abultado en un 14% durante el año 2020 respecto al 2019. Durante el 2021 el 78% de la población adolescente bajo control se encuentra con un asma controlado y solamente un 7% se encuentra no controlado.

Salud Sexual y Reproductiva

A continuación, se presenta el bajo control de adolescentes con métodos anticonceptivos, donde se muestran el detalle por cada uno de estos. Se destaca que el mayor uso corresponde a los métodos anticonceptivos hormonales, y entre estos, el más frecuente es el Implante anticonceptivo (Implanon), con 252 adolescentes bajo control.

Llama la atención el bajo uso de preservativos, tanto como método anticonceptivo, como por práctica sexual segura. Sólo 9 mujeres están en control de preservativos como método de regulación de la fertilidad, versus 12 hombres. Ningún/a adolescente se encuentra bajo control de preservativos por práctica sexual segura.

TABLA 4-29 ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

		Adolescentes 10-14 años	Adolescentes 15-19 años
D . I . U T con Cobre		0	8
D . I . U con Levonorgestrel		0	4
HORMONAL	Oral Combinado	20	212
	Oral Progestágeno	0	6
	Inyectable Combinado	10	223
	Inyectable Progestágeno	2	101
	Implante Etonogestrel (3 años)	12	240
	Implante Levonorgestrel (5 años)	3	44
SÓLO PRESERVATIVO MAC	Mujer	0	9
	Hombres	0	12
TOTAL		47	863
Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo		12	96
PRESERVATIVO/PRACTICA SEXUAL SEGURA	Mujer	0	0
	Hombres	0	0
CONDON FEMENINO		0	3

Fuente REM P Junio 2021

De acuerdo a los antecedentes señalados, es necesario promover el uso de preservativos, para incrementar la conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes, con el fin de prevenir VIH e ITS y el embarazo adolescente no planificado. Dado que el % de ingresos de embarazo adolescente en la comuna es mayor que en el SSMN y el país, es urgente generar estrategias de promoción, participación en coordinación con los programas de la mujer (Salud sexual y reproductiva).

Programa Rehabilitación física ciclo vital adolescente:

De acuerdo con la definición entregada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las organizaciones, las comunidades y los servicios gubernamentales y no gubernamentales pertinentes en materia sanitaria, social, educativa y formativa, entre otras esferas.

Actualmente en la comuna existen tres salas de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), las cuales según lo establecido por las bases del programa atienden a usuarios desde los 15 años. De esta forma de los 952 ingresos realizados durante el año 2021 un 2% corresponde a adolescentes de la comuna, en donde en su mayoría corresponden a usuarios de Sala RBC de CESFAM La Pincoya.

Como desafío del equipo de rehabilitación es lograr la vinculación con adolescentes, mediante un trabajo con el Centro Integral de Salud Adolescente de Huechuraba.

Programa Dependencia Severa

En relación con el porcentaje de personas con dependencia severa según su curso de vida, para los ciclos de vida en menores de 25 años (corte agosto 2021), existe un 3% para el ciclo del Adolescente y Juventud con 6 personas en el bajo control. Para la distribución por centro de salud de los 10 a 19 años se encuentra a 1 persona del CESFAM El Barrero y 1 persona del CESFAM Dr. Salvador Allende G., mostrando a la fecha de agosto una disminución respecto al año 2020, donde se registran 3 personas.

La principal estrategia para entregar una atención completa a las personas que pertenecen a este programa, es ofrecer prestaciones de salud coherentes a la realidad de los/as usuarios/as donde se encuentran las visitas domiciliarias integrales, las cuales son realizadas por todos los profesionales de los centros de salud, en estas además de dar cumplimiento al plan de cuidados individual para los usuarios y cuidadores/as se realizan consejerías individuales y grupales, solicitud de ayuda técnica, procedimientos y traslado en ambulancia.

Tuberculosis en el Ciclo del Adolescente y Jóvenes

Para eliminar la tuberculosis como problema de salud pública es necesario fortalecer el Programa de Control de la Tuberculosis, e interrumpir la cadena epidemiológica, a través de la detección y curación de los enfermos. Los Adolescentes constituyen un grupo de riesgo mayor para esta enfermedad, debido a 2 factores principales: 1) Existe un diagnóstico tardío de la enfermedad en este grupo etario y 2) Los jóvenes presentan una mala adherencia a los tratamientos, lo que implica mayor riesgo de contagio en el entorno del paciente. Estadística comunal: Actualmente a nivel comunal, existe solo un caso activo de Tuberculosis en adolescentes (1 mujer), 7 jóvenes (1 hombre y 6 mujeres) en estudio de contacto debido a que han estado expuestos al contagio con un enfermo de Tuberculosis y ningún adolescente en quimioprofilaxis. Se observan bajos porcentaje de pesquisa con baciloscopia en los menores de 25 años, con solo 7 exámenes procesados en el ciclo del adolescente (1%) hasta el 31 de agosto del año 2021 de un total de 510 baciloscopia procesados a nivel comunal.

Las estrategias en este ciclo vital, están enfocadas principalmente en lograr aumentar los índices de pesquisa (baciloscopia) mediante el control de salud integral adolescente, hacer un diagnóstico anticipado de la enfermedad y evitar el abandono al tratamiento de los casos activos. También se debe realizar intervenciones comunitarias para evitar el contagio de la Tuberculosis del adolescente.

7.1.4. Curso de vida adultez

Curso de vida que contempla a las personas entre 20 a 64 años, orientado en un modelo de atención de salud enfocado en la entrega de una atención integral para mujeres y hombres de dicha edad que responda a sus necesidades específicas mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cuenten con la mejor evidencia disponible y de forma oportuna, expedita y de calidad, considerando el principio de equidad a lo largo del curso de vida.

Situación demográfica y epidemiológica

El fenómeno demográfico en Chile, caracterizado por una disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad ha contribuido al cambio en la estructura poblacional con un consiguiente aumento de la población adulta y adulta mayor. Este nuevo panorama demográfico y epidemiológico obliga a buscar estrategias diferentes para satisfacer las necesidades de salud de las personas adultas, justificando el desarrollo de acciones que permitan disminuir en el tiempo las inequidades, brechas y barreras asociadas a la mayor morbilidad y mortalidad de este grupo. La mortalidad prematura trae consecuencias significativas no sólo por la muerte y pérdida de un individuo, sino porque la población adulta, es la población laboralmente activa del país, la que potencia la economía, tiene un rol fundamental en el cuidado, crianza y participación en el desarrollo de los niños a cargo y contribuyen también a la autonomía, bienestar y funcionalidad de las personas mayores.

La realidad nacional, muestra que el 74,6% de la población tiene 2 o más patologías y el 16,5% (más de 2 millones de personas), tiene 5 o más patologías. De ahí la relevancia de optimizar los contactos del equipo de salud

con las personas que presentan condiciones crónicas desde una perspectiva más integral, evitando la fragmentación por patologías o programas. Se recomienda realizar controles integrales con su correspondiente plan de cuidados y darles continuidad a dichos controles, fomentando el seguimiento a distancia, con un abordaje de atención centrada en la persona.

En las personas adultas, la sexualidad y la reproducción tienen una gran relevancia. Es por ello que, en las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su curso de vida. Al mismo tiempo, se favorezca el derecho de hombres y mujeres de estar informados, que tengan la capacidad de tener hijos, cuándo y con qué frecuencia, accediendo a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles, confidenciales y aceptables, fomentando que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura. La atención integral de la salud sexual considera el estado de bienestar relacionado con la sexualidad y requiere de un acercamiento positivo, a través de experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Debido al aumento de la esperanza de vida, ha provocado un aumento cada vez mayor de mujeres en edad mediana y vejez. Entre las circunstancias y problemas que afectan la salud, están: la menopausia, o cambios en la función ovárica que marcan el fin de la etapa reproductiva y conllevan un importante impacto en la salud, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, tumores malignos, problemas de salud mental, entre otros.

TABLA 4-30 PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS DE 20 A 64 AÑOS, INSCRITAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE HUECHURABA, RESPECTO A LA POBLACIÓN ADULTA TOTAL DE INSCRITOS LOS AÑOS 2019, 2020 Y 2021

Centros de Salud	2019	2020	2021
CESFAM La Pincoya	59,60%	59,50%	60,40%
CESFAM Salvador Allende G.	55,60%	56,80%	58,90%
CESFAM El Barrero	66,10%	65,40%	65,60%
CESFAM Victor Castro	-	-	58,50%
CECOSF Los Libertadores	50,30%	59,60%	61,50%
Huechuraba	59,70%	59,90%	60,60%

Fuente: FONASA (resultado proceso per-cápita, corte Agosto para el año 2019 y 2020, corte Julio para el año 2021)

Se puede observar de la tabla anterior que más de la mitad de la población del total de inscritos corresponde a población adulta de 20 a 64 años. Por otro lado, el año 2021 el centro de salud que concentra la mayor cantidad de población adulta es el CESFAM El Barrero (65,6%), seguida del CECOSF Los Libertadores (61,5%) y CESFAM La Pincoya (60,4%) como tercer lugar. Según los datos poblacionales del CENSO del año 2017, la comuna de Huechuraba tenía para ese mismo año un total de 58.725 personas entre 20 a 64 años, de las cuales, 43.829 se encuentran inscritas para el año 2021 en los centros de salud de la comuna, representando un 74,6% de la población inscrita.

A continuación, en la siguiente tabla se detalla la situación de salud del curso de vida de la adultez de la comuna de Huechuraba, mostrando el perfil demográfico, característica de los distintos temas y programas en salud involucrados.

Caracterización de la población en el curso de vida.

TABLA 4-31 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CURSO DE VIDA ADULTEZ

Área	Aspecto	Datos estadísticos	Fuente																		
Demografía	Cantidad de personas por curso de vida en la comuna	58725	INE																		
Demografía	Cantidad de personas inscritas en nuestros establecimientos	43.531 (74% de la población INE)	Inscritos validados FONASA																		
Demografía	Tasa de mortalidad de 20 a 44 años	9,8	DEIS 2014																		
Demografía	Tasa de mortalidad de 45 a 64 años	42	DEIS 2014																		
Determinantes sociales relevantes	Tasa de pobreza multidimensional	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>Tasa de pobreza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19 a 29</td> <td>21,8</td> </tr> <tr> <td>30 a 44</td> <td>18,2</td> </tr> <tr> <td>45 a 59 años</td> <td>17,9</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	Tasa de pobreza	19 a 29	21,8	30 a 44	18,2	45 a 59 años	17,9	CASEN 2017										
Edad	Tasa de pobreza																				
19 a 29	21,8																				
30 a 44	18,2																				
45 a 59 años	17,9																				
Determinantes sociales relevantes	Vivienda	<p>Estimación calidad de la vivienda RM</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2013</th> <th>2015</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aceptable</td> <td>99,4</td> <td>99,4</td> <td>99,1</td> </tr> <tr> <td>Irrecuperable</td> <td>0,6</td> <td>0,6</td> <td>0,9</td> </tr> </tbody> </table>		2013	2015	2017	Aceptable	99,4	99,4	99,1	Irrecuperable	0,6	0,6	0,9	CASEN 2017						
	2013	2015	2017																		
Aceptable	99,4	99,4	99,1																		
Irrecuperable	0,6	0,6	0,9																		
Determinantes sociales relevantes	Trabajo	<p>Tasa de participación laboral por tramo de edad.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2015</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20 - 24a</td> <td>54,0</td> <td>54,2</td> </tr> <tr> <td>25 - 34a</td> <td>79,1</td> <td>81,2</td> </tr> <tr> <td>35 - 44a</td> <td>81,0</td> <td>82,2</td> </tr> <tr> <td>45 - 54a</td> <td>79,6</td> <td>77,4</td> </tr> <tr> <td>55 - 64a</td> <td>63,8</td> <td>65,3</td> </tr> </tbody> </table>		2015	2017	20 - 24a	54,0	54,2	25 - 34a	79,1	81,2	35 - 44a	81,0	82,2	45 - 54a	79,6	77,4	55 - 64a	63,8	65,3	CASEN 2017
	2015	2017																			
20 - 24a	54,0	54,2																			
25 - 34a	79,1	81,2																			
35 - 44a	81,0	82,2																			
45 - 54a	79,6	77,4																			
55 - 64a	63,8	65,3																			
Determinantes sociales relevantes	Sistema Previsional de Salud	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2015</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FONASA</td> <td>71,1</td> <td>71,0</td> </tr> <tr> <td>ISAPRE</td> <td>21,5</td> <td>21,3</td> </tr> <tr> <td>FFAA, del orden, otras</td> <td>2,5</td> <td>2,8</td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td>3,6</td> <td>3,3</td> </tr> <tr> <td>No Sabe</td> <td>1,3</td> <td>1,6</td> </tr> </tbody> </table>		2015	2017	FONASA	71,1	71,0	ISAPRE	21,5	21,3	FFAA, del orden, otras	2,5	2,8	Ninguno	3,6	3,3	No Sabe	1,3	1,6	CASEN 2017
	2015	2017																			
FONASA	71,1	71,0																			
ISAPRE	21,5	21,3																			
FFAA, del orden, otras	2,5	2,8																			
Ninguno	3,6	3,3																			
No Sabe	1,3	1,6																			
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Malnutrición por exceso	<p>Sobrepeso: 292 Obesidad: 337 Total de EMPA Enero a Junio: 1034 %malnutrición por exceso: 60%</p>	EMPA A02 Corte Junio 2021																		

Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Patologías de Salud Mental	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VIF</td> <td>1</td> <td>44</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>Tro ánimo</td> <td>23</td> <td>107</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>Consumo</td> <td>170</td> <td>111</td> <td>281</td> </tr> <tr> <td>Tro Ansioso</td> <td>13</td> <td>85</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>TDP</td> <td>24</td> <td>92</td> <td>116</td> </tr> </tbody> </table>		Hombres	Mujeres	Total	VIF	1	44	45	Tro ánimo	23	107	130	Consumo	170	111	281	Tro Ansioso	13	85	98	TDP	24	92	116	REM Po6
	Hombres	Mujeres	Total																								
VIF	1	44	45																								
Tro ánimo	23	107	130																								
Consumo	170	111	281																								
Tro Ansioso	13	85	98																								
TDP	24	92	116																								
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Especialidades y Procedimientos Oftalmológicos	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Exploración vitreorretinal de ambos ojos</td> <td>192</td> </tr> <tr> <td>Exploración vitreorretinal de ambos ojos (telemedicina)</td> <td>691</td> </tr> <tr> <td>Oftalmología (Médico)</td> <td>326</td> </tr> <tr> <td>Otorrinolaringología</td> <td>106</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1315</td> </tr> </tbody> </table>		2021	Exploración vitreorretinal de ambos ojos	192	Exploración vitreorretinal de ambos ojos (telemedicina)	691	Oftalmología (Médico)	326	Otorrinolaringología	106	Total	1315	SIDRA												
	2021																										
Exploración vitreorretinal de ambos ojos	192																										
Exploración vitreorretinal de ambos ojos (telemedicina)	691																										
Oftalmología (Médico)	326																										
Otorrinolaringología	106																										
Total	1315																										
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Climaterio	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Huechuraba</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ingresos</td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>PBC Junio</td> <td>385</td> </tr> <tr> <td>MRS elevado</td> <td>251</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>65,19</td> </tr> <tr> <td>TRH</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>15,06</td> </tr> <tr> <td>Talleres educativos</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Huechuraba	Ingresos	83	PBC Junio	385	MRS elevado	251	%	65,19	TRH	58	%	15,06	Talleres educativos	5	REM P1 Sección F								
	Huechuraba																										
Ingresos	83																										
PBC Junio	385																										
MRS elevado	251																										
%	65,19																										
TRH	58																										
%	15,06																										
Talleres educativos	5																										
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades.	Tratamientos restaurativos odontológicos	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tratamientos restaurativos odontológicos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20-24</td> <td>286</td> </tr> <tr> <td>25-34</td> <td>686</td> </tr> <tr> <td>35-44</td> <td>441</td> </tr> <tr> <td>45-55</td> <td>976</td> </tr> <tr> <td>55-64</td> <td>223</td> </tr> </tbody> </table>		Tratamientos restaurativos odontológicos	20-24	286	25-34	686	35-44	441	45-55	976	55-64	223	REM A09												
	Tratamientos restaurativos odontológicos																										
20-24	286																										
25-34	686																										
35-44	441																										
45-55	976																										
55-64	223																										
Metas relevantes actuales	Cobertura efectiva de DM	19,5%	REM corte a Agosto 2021																								
Metas relevantes actuales	Cobertura efectiva de HTA	27,29%	REM corte a Agosto 2021																								
Metas relevantes actuales	Cobertura EMPA	4,1% (1497)	Corte Agosto 2021																								

Metas relevantes actuales	Evaluación pie DM	Evaluaciones de pie DM		REM P Sección C
		Pincoya	477	
		Barrero	276	
		Victor Castro	34	
		Salvador Allende	213	
		Libertadores	48	
		Huechuraba	1048	

Fuente: Registros Locales

Diagnóstico según curso de vida.

Para una mejor evaluación de la salud del curso de vida, a continuación, se describen tanto los factores protectores, los factores de riesgo y el problema de salud consecuente que condicionan este grupo específico, lo cual fue construido por los referentes de los establecimientos, DEPSA y usuarios, dejando aquellos que son priorizados y que después se relacionan con los objetivos sanitarios y clínicos del curso de vida. A esta evaluación y análisis le denominamos diagnóstico por curso de vida.

TABLA 4-32 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA EN ADULTEZ

Factor de riesgo	Factor protector	Problema de salud/carga de enfermedad
Falta de adherencia a controles de salud cardiovasculares	Oferta de diferentes profesionales (Médico - Nutricionista - Enfermera) con controles periódicos	Patologías Crónicas Cardiovasculares (Hipertensión Arterial - Diabetes Mellitus - Dislipidemia)
Malnutrición por exceso	Realización de preventivos (EMPA)	Obesidad
Tardío diagnóstico y tratamiento de patologías de Salud Mental (Depresión)	Atenciones por profesionales, especialistas y derivaciones a atenciones a nivel secundario.	Depresión y Trastorno Adaptativo
Baja cobertura de EMPA, implicando baja pesquisa de enfermedades	Prestación presente de preventivos en centro de salud	Diagnóstico tardío de enfermedades crónicas.

Fuente: Dirección de Salud

Estrategia sanitaria 2022-2025

La estrategia sanitaria cuenta de 2 componentes la gestión sanitaria y la clínica. Las cuales se traducen en objetivos sanitarios y clínicos. Los objetivos clínicos son aquellos que apuntan a la mejora de indicadores de resultado de largo plazo, en nuestro caso 2025 y los objetivos clínicos buscan la ejecución de acciones en salud medidas de forma anual que apoyan la obtener de los resultados a largo plazo de los sanitarios.

TABLA 4-33 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO ADULTEZ

Objetivo Sanitario	Indicador Sanitario	Meta	Objetivo Gestión Clínica	Indicador Objetivo Gestión Clínica	Meta
Disminuir las consecuencias de un diagnóstico tardío de una enfermedad crónica cardiovascular	Egresos hospitalarios de origen cardiovascular en población adulta de 20 a 64 años inscritos validados / Población de la comuna de Huechuraba 20 a 64 años inscritos validados	0.06%	Aumentar la cobertura de EMPA	Personas adultas inscritas con EMPA vigente / Personas adultas inscritas susceptibles de realizar el EMPA.	16%
			Actuar oportunamente ante factores de riesgos prevenibles	Personas adultas con alteraciones glicémicas con seguimiento / Personas adultas con alteraciones glicémicas con EMPA vigente	20%
				Personas adultas con tabaquismo positivo con seguimiento / Personas adultas con tabaquismo positivo con EMPA	20%
Mejorar el estado de salud mental de las personas adultas y personas mayores	Egreso por alta clínica de personas adultas y mayores con patologías de Salud Mental / Población adultos y adultos mayores bajo control en Salud Mental	15%	Entregar capacitación al personal de Salud Mental respecto a estrategia TBCS en todos los establecimientos de salud (Genere un impacto la capacitación)	Número de profesionales capacitados en TBCS / Número de profesionales que participen en Salud Mental	50%
			Entregar oportunamente tratamientos resolutivos en población adulta con trastornos mentales	Implementación de TBCS	Protocolo/ Programación 2022

Fuente: Dirección de Salud

Principales temáticas y programas de salud del curso de vida

A continuación, se presentan la caracterización de las principales temáticas de salud para el curso de vida.

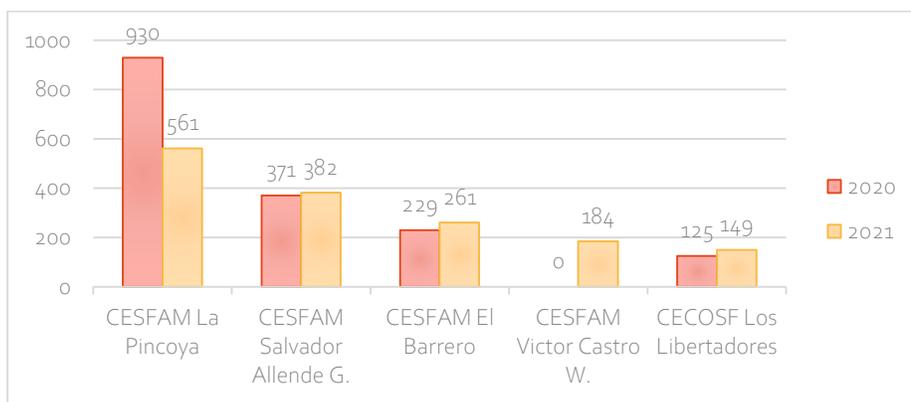
Con el fin de fomentar nuevas estrategias en salud enfocadas en las necesidades de la población y sus determinantes sociales, se despliegan antecedentes en salud que permiten evaluar a la población de 20 a 64 años de diferentes ángulos y tomar medidas respecto a estas necesidades. Es por esto por lo que a continuación se entregarán antecedentes de salud de las personas adultas que son atendidas en los centros de salud de la comuna de Huechuraba.

Examen de medicina preventiva (EMPA)

El examen de medicina preventiva (EMPA), es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del curso de vida con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la comunidad. El objetivo de la prevención primaria es evitar la ocurrencia de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo, modificando conductas. El EMPA acota los procedimientos a detección a aquellos en que la evidencia demuestra que el tamizaje es beneficioso.

A raíz de la contingencia sociosanitaria por COVID-19 la prestación de preventivos sufrió una baja considerable en su realización, en el gráfico siguiente se muestra la producción de EMPA del año 2020 y 2021 (corte agosto 2021) de la comuna de Huechuraba, subdividido en los centros de salud de la comuna:

GRÁFICO 4-30 GRÁFICO COMPARATIVO DE EMPA REALIZADOS DURANTE EL 2020 Y 2021



Fuente: DEIS SSMN, REM A02 2020 (de enero a diciembre 2020) y 2021 (corte agosto 2021)

Nutrición y estilos de vida saludable

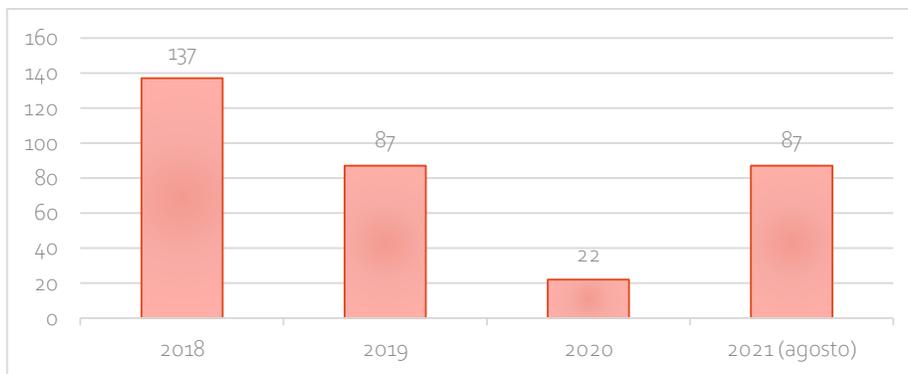
Programa Vida Sana

El Programa Vida Sana es una estrategia de intervención que busca reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, a través de la modificación de los estilos de vida en el ámbito nutricional y de actividad física en la población adulta entre los 20 y 64 años sin patología crónica asociada.

En el ciclo vital adulto se interviene a personas derivadas de los centros de salud de la comuna, a través del control de salud preventivo EMPA u otro control de salud, donde se pesquise malnutrición por exceso. Actualmente el programa se desarrolla a nivel comunal en las dependencias del Polideportivo Marichiweu, como estrategia para cumplir con los protocolos sanitarios actuales

En lo que respecta a los ingresos del programa en este rango etario hay que mencionar que se ha observado un alza en los ingresos del año 2016 al 2021. Con relación al año 2020, se presenta una baja de ingresos considerable debido al contexto de confinamiento por la pandemia. Como estrategia para el 2021 se decide generar una alianza con el Centro Integral Adolescente de la comuna, llevando a cabo de manera directa la derivación del programa a través de la atención nutricional en el mismo Centro, y el fortalecimiento de las derivaciones a través de ficha CLAP de los Centros de Salud, lo cual llevo a un aumento considerable solo de ingresos al mes de agosto de 2021.

GRÁFICO 4-31 INGRESOS PROGRAMA ELIGE VIDA SANA ADULTOS



Fuente: Datos extraídos de Plataforma WEB Estrategias de APS <http://vidasana-minsal.cl> y Planilla Local de Monitoreo del Programa Vida Sana

Dentro de los desafíos del programa, se encuentra fortalecer y potenciar la estrategia de derivación desde el equipo de los centros de salud, desde todos los profesionales y no solo aquellos que realizan controles preventivos, también se plantea realizar acciones en conjunto con el COSAM, para la derivación asistida de casos desde y hacia el programa. Junto a esto otro desafío es mantener la vinculación con el intersector deportes para que la oferta de actividades siga siendo atractiva y genere la adherencia esperada.

Programa de salud mental

El programa tiene como propósito fortalecer y elevar el nivel de salud mental y calidad de vida de las personas, familias y comunidades a través de la promoción de la salud mental positiva, mejorar la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y entregar la atención integral de salud, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, a través de todo el curso de vida y en coordinación con cada punto de la red.

Respecto a los usuarios bajo control en el programa de salud mental de los centros de APS de la comuna de Huechuraba (CESFAM y CECOSF), un 64% corresponde a población adulta, siendo los diagnósticos más prevalentes la depresión con un 38,3%, seguido de los trastornos de ansiedad con un 26,1% y como tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo y sustancias psicotrópicas que representa el 10,2%.

Durante el año 2021, la cantidad de usuarios ingresados al programa de salud mental fue de 556, con una concentración de 4 atenciones por usuario al año, las cuales fueron realizadas por Médico, Psicólogo, Trabajador Social y Terapeuta Ocupacional. Por otro lado, las altas clínicas corresponden a 212 usuarios.

Producto de la contingencia sociosanitaria por COVID-19 se sumaron nuevas estrategias para cubrir las necesidades de los usuarios manteniendo las normas establecidas por el Ministerio de Salud, por lo que se realizaron controles remotos de salud mental por parte de Psicólogos (69,3%), Trabajadores sociales (29,2%) y Médicos (1,4%).

Por último, es importante resaltar que los equipos de salud mental han sido capacitados de manera paulatina en la estrategia de Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS), con el fin de resolver de mejor manera aspectos de resolutivez en la población bajo control, esto se ha podido visualizar ya que casi un 50% de los casos atendidos con TBCS han sido dados alta, reflejando la efectividad que se buscaba y por esto mismo, se quiere continuar en esta misma dirección fomentando la capacitación constante al equipo de salud mental para el plan de salud 2022-2025.

Programa salud cardiovascular

Los problemas cardiovasculares ocupan parte importante de los recursos de salud dirigidos a la atención de las personas adultas. Dentro de ellas la Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus 2 (DM2) son las más prevalentes alcanzando un 27,6% y 12,3% respectivamente en las personas de 15 y más años a nivel nacional (ENS, 2016-2017).

Por otro lado, el riesgo cardiovascular (RCV) es la probabilidad que tiene un individuo de presentar una enfermedad cardiovascular (ECV) en un plazo definido, en general de 10 años. Está determinado por el efecto multiplicativo que tienen los factores de riesgo cardiovasculares, que son características, exposiciones o enfermedades que aumentan la probabilidad de sufrir una ECV, promoviendo el desarrollo y la progresión de la aterosclerosis (MINSAL, 2017).

En la tabla a continuación, se muestra la distribución de la población bajo control en el PSCV según su clasificación de riesgo.

TABLA 4-34 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA DEL PSCV SEGÚN RCV

Centro de Salud	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
CESFAM La Pincoya	16,2%	39,4%	44,4%
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	35,7%	12,6%	51,7%
CESFAM El Barrero	15,6%	40%	44,4%
CECOSF Los Libertadores	26,2%	33,4%	40,4%
CESFAM Víctor Castro Wiren	31,5%	36,9%	31,5%
Comunal	22,4%	32,6%	45%

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

Al analizar la tabla anterior, vemos que, a nivel comunal, el RCV bajo presenta la menor prevalencia, seguido del RCV moderado, y luego, del RCV alto que duplica su valor. No existe igual comportamiento en todos los centros de la comuna, el CESFAM La Pincoya, CESFAM El Barrero y CECOSF Los Libertadores tiene una distribución del RCV más similar a la comunal, mientras que, por un lado, el CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens presenta la prevalencia más alta de RCV bajo y alto, debido a la más baja prevalencia de RCV moderado, y por el otro lado, el CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren muestra una distribución mucho más homogénea entre los RCV. También, se destaca que la población adulta representa al 43,5% de la población bajo control del PSCV.

El impacto producido por la presencia de las ECV radica fundamentalmente en las consecuencias que pueden asociarse al mal control de ellas, lo que fundamentalmente se relaciona a inadecuados estilos de vida, la posibilidad de un control profesional periódico, y la adherencia de la terapia farmacológica indicada. De no presentarse estas condiciones, es muy probable que el individuo pueda manifestar tarde o temprano consecuencias tan graves como accidente cerebrovascular e infartos en el caso de la Hipertensión Arterial, y problemas de tipo renal, ceguera y pie diabético en el caso de las DM2. Cuando una persona logra controlar estos factores se produce la “compensación” de la condición crónica, la que disminuye los riesgos descritos anteriormente. Para las personas adultas la compensación de las HTA se alcanza con cifras tensionales inferiores a 140/90 mmHg, por otro lado, la DM se considera compensada con el resultado de la Hemoglobina Glicosilada (examen sanguíneo), inferior a 7% (Minsal, 2017).

En las tablas a continuación, se muestran los datos de compensación de las personas adultas con HTA y DM2 de los centros de salud de la comuna.

TABLA 4-35 COBERTURA EFECTIVA Y COMPENSACIÓN SEGÚN POBLACIÓN BAJO CONTROL DE DM2 EN PERSONAS DE 15 A 64 AÑOS

Centro de Salud	Cobertura efectiva de DM2 en personas de 15 a 64 años	Compensación según Población de 15 a 64 años con DM2 bajo control	Brecha de Población para alcanzar prevalencia esperada de DM2 en población de 15 a 64 años.
CESFAM La Pincoya	14,7%	22,7%	639
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	12,5%	24,9%	578
CESFAM El Barrero	17,6%	36,1%	455
CECOSF Los Libertadores	18%	37,3%	416
CESFAM Víctor Castro Wiren		44,4%	
Comunal	15,3%	27,7%	2088

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

TABLA 4-36 COBERTURA EFECTIVA Y COMPENSACIÓN SEGÚN POBLACIÓN BAJO CONTROL DE HTA EN PERSONAS DE 15 A 64 AÑOS

Centro de Salud	Cobertura efectiva de HTA en personas de 15 a 64 años	Compensación según Población de 15 a 64 años con HTA bajo control	Brecha de Población para alcanzar prevalencia esperada de HTA en población de 15 a 64 años.
CESFAM La Pincoya	12,5%	35,8%	2608
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	17,8%	45,8%	1508
CESFAM El Barrero	10,6%	26,8%	1156
CECOSF Los Libertadores	30,1%	70,5%	966
CESFAM Víctor Castro Wiren		61,4%	
Comunal	16,4%	42,9%	6238

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

Para las dos tablas anteriores, es importante precisar que los datos de compensación relacionados a la prevalencia esperada se entienden como la cantidad de personas que presentan la patología compensada, en relación a la cantidad de personas que se esperaría que tengan la patología según las prevalencias nacionales para las mismas, estas prevalencias fueron modificadas para el año 2021, y se muestran a continuación:

TABLA 4-37 PREVALENCIAS ESPERADAS

Rango Etario	DM	HTA
15 a 24 años	1,8%	0,7%
25 a 44 años	6,3%	10,6%
45 a 64 años	18,3%	45,1%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2016-2017

Como se puede ver, no es posible subdividir a la población adolescente de 15 a 18 años perteneciente al PSCV, por lo que se consideró como adulta. Por otra parte, la compensación respecto al bajo control da cuenta de la cantidad de personas que se encuentran compensadas en relación con el total de personas que presentan la patología y que se encuentran siendo atendidas en los respectivos centros de salud. Finalmente, gracias a las últimas columnas de las tablas anteriormente expuestas, podemos ver que en este curso de vida se debe trabajar a la par, tanto en la pesquisa de nuevos casos que disminuyan la brecha respecto a la prevalencia esperada, como en mejorar la compensación de la población bajo control.

Como se mencionó anteriormente, el inadecuado control de las patologías crónicas condiciona el riesgo de presentar condiciones de salud graves e irreversibles. En el caso de la DM2, una de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia es el "Pie Diabético", lo que se define según la OMS como la ulceración infección y/o gangrena del pie asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica, siendo el resultado de la interacción de diferentes factores metabólicos. Esta condición de salud genera grandes consecuencias a nivel personal, familiar y social, considerando que en muchos de los casos de no ser pesquisada a tiempo termina con la amputación del miembro afectado.

TABLA 4-38 EVALUACIÓN ANUAL DE PIE DIABÉTICO EN PERSONAS CON DM2 DE 15 A 64 AÑOS 2019-2021

Centro de Salud	2019	2020	2021
CESFAM La Pincoya	61,4%	28,2%	41,5%
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	83,9%	26,7%	61,7%
CESFAM El Barrero	90,1%	57,9%	36,5%
CECOSF Los Libertadores	84,8%	14,6%	24,5%
CESFAM Víctor Castro Wiren	-	-	53,9%
Comunal	75,2%	31,2%	54%

Fuente: DEIS SSMN, REM P diciembre 2019 y 2020, REM P junio 2021

Gracias a la tabla anterior, podemos evidenciar el impacto de la pandemia en las atenciones presenciales de la población cardiovascular, aun cuando, las personas diabéticas se priorizaban como riesgo alto. De todas formas, se destaca que durante el 2021 ha existido una recuperación de las atenciones lo cual se refleja en todos los centros, a excepción, del CECOSF Los Libertadores que presenta una leve baja.

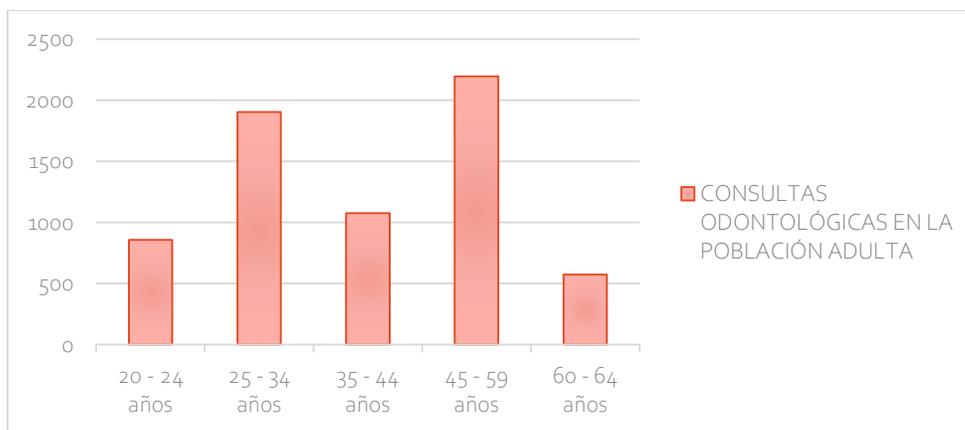
Programa odontológico

Las enfermedades bucales provocan un impacto negativo en la calidad de vida de nuestros usuarios, y el desarrollo, avance y progresión de las enfermedades de origen dentario, si no son tratadas a tiempo, terminan en la exodoncia del diente, provocando así un avance en el desdentamiento. Este daño requiere de un enfoque terapéutico reparativo dirigida a la rehabilitación oral.

Consultas Odontológicas a la población Adulta

La población adulta de Huechuraba, correspondiente a 42.789 usuarios, consultantes por atenciones odontológicas muestran una tasa de consulta del 0.17. Habiendo entregado 6.604 atenciones odontológicas entre los meses de enero y agosto del año 2021, distribuidos por edad según el siguiente gráfico.

GRÁFICO 4-32 CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA



Fuente: Consultas odontológicas, considera controles, morbilidades y urgencias, durante el año 2021 entre enero y agosto.

El daño oral en la población será entonces abordado desde la atención primaria, resolviendo las consultas odontológicas que se presenten realizando procedimientos restaurativos, teniendo vigente una oferta en la cartera de prestaciones que resuelva los problemas de salud de los usuarios.

Cobertura odontológica 2022

El programa odontológico de Huechuraba mantendrá una oferta disponible que de cobertura a la población adulta según la tasa de consulta: 0.17. Los programas de resolutivez aumentan la oferta odontológica con prestaciones de nivel secundario, de carácter eminentemente rehabilitador, altamente resolutivos en la red local.

Estos programas tienen como objetivo mejorar el acceso a la atención de consultas de especialidad odontológica en el nivel primario, en las especialidades de cirugía bucal, endodoncia y prótesis removible, con enfoque de rehabilitación oral.

- Cirugía bucal: Para el 2022 se programan 180 cirugías bucales. Equivalente al 60% de las interconsultas emitidas a la especialidad
- Endodoncia: Para el año 2022, la estrategia local de endodoncia ejecutará 110 tratamientos. Equivalente al 30% de las interconsultas emitidas

TABLA 4-39 INDICADORES DE ESTRATEGIAS: PROGRAMAS DE RESOLUTIVIDAD DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN APS

Área priorizada	Objetivos específicos	Actividades	Indicadores	Metas
Cirugía bucal y endodoncia en APS	Mejorar el acceso a la atención de consultas de especialidad odontológica en el nivel primario	Cirugía bucal intervención	$((\text{NÚMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS EN EL AÑO}) / (\text{NÚMERO DE INTERCONSULTAS A CIRUGÍA BUCAL EN EL AÑO})) * 100$	60%
		Endodoncias a dientes uni y bi radiculares	$((\text{NÚMERO DE ENDODONCIAS REALIZADAS EN EL AÑO}) / (\text{NÚMERO DE INTERCONSULTAS A ENDODONCIA EN EL AÑO})) * 100$	30%

Fuente: Registro estadístico mensual acumulado enero a agosto 2021

Programa de inmunización

El objetivo del programa nacional de inmunizaciones es la "Protección de la población que reside en nuestro país, frente a enfermedades inmuno-prevenibles relevantes para la salud pública, con calidad, seguridad y eficiencia, acorde al desarrollo biotecnológico y la evidencia científica, el que ha demostrado logros indiscutibles asegurando el acceso gratuito a las vacunas de toda la población objetivo, ha impactado en los distintos estratos de la población independientemente de su condición social, reduciendo así las inequidades sociales y finalmente, ha demostrado ser una herramienta de salud pública costo-efectiva.

En nuestra comuna el compromiso desde hace años es lograr mantener buenas coberturas de vacunas en los adultos y adultos mayores que viven en Huechuraba y lograr mejorar su inmunidad, frente a las distintas enfermedades presentes en el territorio nacional.

TABLA 4-40 INMUNIZACIONES DISPONIBLES 2021

Influenza	Grupos objetivos	Todos los ciclos vitales
Hepatitis B	Enfermos Renales y funcionarios de salud	Adultos
Antirrábica	Personas en riesgo	Todos los ciclos vitales
Difteria, tétano	Personas en riesgo	Adultos
Sinovac	Desde los 6 años	Niños y adultos
Pfizer	Desde los 12 años	Niños y adultos
Astrazeneca	Hombres mayores de 45 años y mujeres mayores de 55 años	Adultos y personas mayores
Cansino	De 18 a 60 años	Adultos

Fuente: Registros locales

TABLA 4-41 COBERTURA INFLUENZA

	Meta	Vacunados	Cumplimiento
Crónicos	12477	10577	84.8%
Personal de Salud Público	784	902	115%
Trabajadores Avícolas	22	24	109%

Fuente: SSMN, RNI corte al 30 septiembre 2021

TABLA 4-42 COBERTURA COVID PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS

1° Dosis	2° Dosis	Dosis colocadas	Meta	% Cobertura
86.661	84.153	170.814	84.242	99.9%

Fuente: SSMN, RNI corte al 30 septiembre 2021

Dentro de los logros, están la buena respuesta de la población adulta, en acudir a los puntos de vacunación en busca de vacunas COVID e influenza, ambos con coberturas sobre el 80 %. En relación a la campaña de vacunación influenza con una cobertura actual del 74.2%, se espera llegar al 80 %.

Programa respiratorio

El Asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), son las principales enfermedades crónicas respiratorias que afectan a este grupo etario, en Chile son responsable de una elevada carga de enfermedad por muerte prematura o discapacidad.

Las patologías respiratorias crónicas determinan un importante deterioro en la calidad de vida, limitando la autovalencia y requiriendo de apoyo interdisciplinario permanente, por lo que se hace necesario un diagnóstico oportuno para mantenerlas bajo control y compensadas. Los principales factores de riesgo para este tipo de enfermedades son el consumo de tabaco y la contaminación del aire.

En la comuna hay 693 usuarios adultos bajo control con patologías respiratorias, 522 son asmáticos y 106 son usuarios con diagnóstico de EPOC. La cobertura del asma entre el año 2019 a la fecha ha aumentado en un 9,1%, a diferencia de la cobertura en pacientes con EPOC que esta disminuyó en un 9,2% desde el 2019 a junio 2021.

TABLA 4-43 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL POR SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE Y ASMA, 2019 A 2021

Problema de salud	Gravedad	2019	2020	2021
EPOC	Tipo A	171	171	160
	Tipo B	35	33	27
	TOTAL	206	204	187
ASMA	Leve	258	250	311
	Moderado	345	357	355
	Severo	30	29	25
	TOTAL	633	636	691

Fuente: DEIS SSMN, REM P diciembre 2019 y 2020, REM P junio 2021

TABLA 4-44 NIVEL DE CONTROL DE LA POBLACIÓN DE EPOC Y ASMA, 2019 A 2020

Problema de salud	Gravedad	2019	2020	2021
EPOC	Tipo A	171	171	160
	Tipo B	35	33	27
	TOTAL	206	204	187
ASMA	Leve	258	250	311
	Moderado	345	357	355
	Severo	30	29	25
	TOTAL	633	636	691

Fuente: DEIS SSMN, REM P diciembre 2019 y 2020, REM P junio 2021

Respecto a los niveles de control tanto en el asma como en el EPOC existió una disminución a partir del año 2019 a la fecha, esto debido a que durante la pandemia se priorizó el control de los usuarios descompensados y a los adultos mayores.

Programa salud sexual y reproductiva

En Chile el Cáncer Cervicouterino (CaCU) continúa siendo un importante problema de salud pública como en la mayoría de los países en desarrollo. Casi el 100% de los carcinomas están relacionados con el virus papiloma humano (VPH) de alto riesgo oncológico (sobre todo el VPH 16 y 18). A nivel mundial el cáncer del cuello uterino es el cuarto tipo de cáncer más común en las mujeres. Es importante destacar que la prevención y detección precoz de esta patología debe continuar siendo un desafío prioritario en la Atención Primaria, y el papanicolaou es la prueba que se usa con mayor frecuencia para detectar cambios prematuros en las células que pueden derivar en un cáncer de cuello uterino.

Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud OMS considera el Cáncer de mama uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, el más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo. Es la primera causa de muerte de mujeres en edad reproductiva. Por lo que se han enfocado las políticas de salud pública en anticiparse y prevenir este gran problema, estableciendo que todas las mujeres, entre 50 a 69 años, tienen derecho a una mamografía gratis cada 3 años para detectar el cáncer de mama. Es muy importante recalcar que cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y para realizar intervenciones preventivas.

Las mamografías informadas se detallan a continuación, señalando grupo etáreo:

TABLA 4-45 MAMOGRAFÍAS INFORMADAS

	< 35 años	35 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años
Mamografías informadas	1	90	135	113	73

DEIS SSMN, REM A29 corte 31 de Agosto 2021

El Ministerio de Salud ha asumido, para la definición de sus políticas de regulación de la fertilidad, el concepto de Salud Sexual y Reproductiva. Esto implica reconocer que, para lograr un óptimo estado de salud, las personas y parejas deben tener la posibilidad de reproducirse con riesgos mínimos, pudiendo regular su fertilidad, decidir libremente si tener o no hijos/as., cuantos y cuando, y de disfrutar de una sexualidad placentera y segura.

En la tabla siguiente se muestra los diferentes métodos anticonceptivos que disponen los centros de salud y cuál es la frecuencia de utilización de acuerdo con los diferentes rangos etarios establecidos.

TABLA 4-46 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

		Adultas 20-34 años	Adultas 35-49 años	Adultas 50 años y más
D. I. U T con Cobre		431	373	62
D. I. U con Levonorgestrel		51	34	0
Hormonal	Oral combinado	772	190	1
	Oral Progestágeno	210	338	66
	Inyectable Combinado	756	139	0
	Inyectable Progestágeno	839	524	78
	Implante Etonogestrel (3 años)	1093	376	7
	Implante Levonorgestrel (5 años)	141	56	0
Sólo preservativo MAC	Mujer	75	41	1
	Hombres	16	2	0
Esterilización quirúrgica	Mujer	43	60	2
	Hombres	0	0	0
Total		4436	2136	218

Fuente: DEIS SSMN, REM P diciembre 2020

En síntesis, los servicios de Regulación de la Fertilidad son esenciales para que las personas tengan la posibilidad de alcanzar un nivel óptimo de salud sexual y reproductiva y ejercer sus derechos, y deben tener, como marco orientador de sus acciones, los imperativos éticos y los derechos de las personas, la perspectiva de género y la calidad de atención.

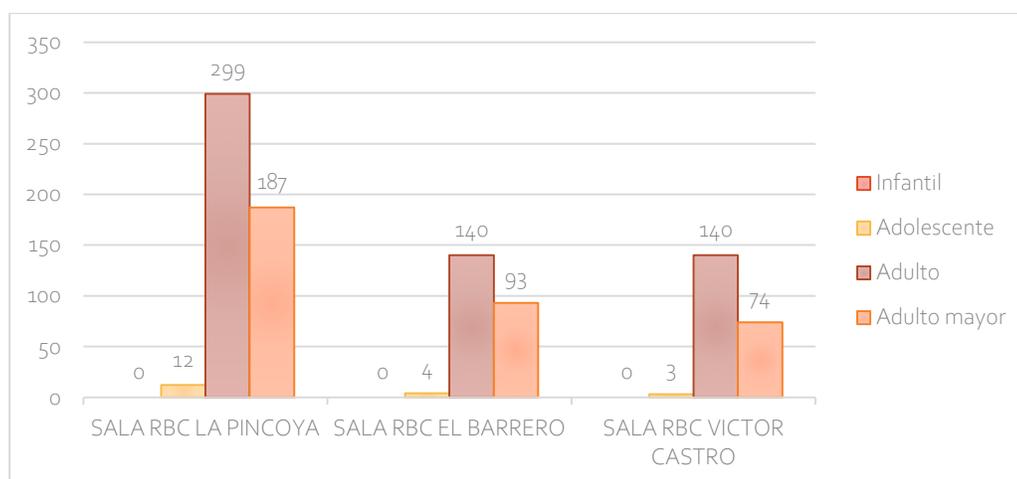
Programa de rehabilitación física

En la actualidad nuestra comuna cuenta con tres salas RBC, ubicadas en CESFAM La Pincoya, CESFAM El Barrero y CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren. De esta forma se cubre la necesidad de rehabilitación física en personas mayores de 15 años, según lo establecido por el flujograma de atención del Programa.

Las principales funciones de los dispositivos de rehabilitación es desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, entregar servicios de atención integral a las personas en situación de discapacidad transitoria, apoyando su reincorporación a las actividades labores y/o actividades de la vida diaria y además apoyar en el proceso de certificación de personas en situación de discapacidad, facilitando las gestiones para obtener la Credencial de Discapacidad y los beneficios asociados a ella.

Durante el año 2021 se han realizado 952 ingresos a las tres salas de rehabilitación en donde 579 usuarios tienen un rango etario de 20 a 64 años representando un 61% del total de ingresos.

GRÁFICO 4-33 INGRESOS A REHABILITACIÓN SEGÚN CICLO VITAL



Fuente: DEIS SSMN, REM A28 Acumulado Enero- agosto 2021.

En el gráfico anterior se muestra el número de ingresos según ciclo vital de cada Sala RBC de la comuna durante año 2021, siendo los usuarios adultos como el principal ciclo de atención en la actualidad.

El objetivo de trabajo de los próximos años es potenciar el trabajo con el intersector, apoyando la reincorporación de los usuarios a actividades cotidianas como el trabajo, la comunidad, el deporte entre otras. Además de continuar con estrategias actuales como talleres, extensión horaria en CCR La Pincoya y el desafío constante de disminuir los tiempos de espera de los usuarios.

Programa dependencia severa

El propósito del Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa es mejorar la calidad de vida de éstas, sus familias y cuidadoras/es. Para acceder a este programa las personas deben ser beneficiarios del sistema público de salud y estar inscritos en los establecimientos de Atención Primaria. Su objetivo es realizar acciones de salud integral, centradas en las personas dependientes y sus familias, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollada en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.

A continuación, se detalla la cantidad de personas bajo control en este programa por establecimiento y la proporción de personas de 20 a 64 años respecto al total.

TABLA 4-47 POBLACIÓN BAJO CONTROL PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA DE 20 A 64 AÑOS (2021)

Centro de salud	Cantidad de usuarios en programa de Dependencia Severa	Población de 20 a 64 años con Dependencia Severa	% de Población de 20 a 64 años con Dependencia Severa
	Nº	Nº	%
Los Libertadores	18	3	17%
La Pincoya	89	22	25%
Dr. Salvador Allende	47	14	30%
El Barrero	26	5	19%
Víctor Castro	25	1	4%
Total comunal	205	45	22%

Fuente: DEIS SSMN, REM P3 junio 2021

Es posible observar que el ciclo de adulto es el segundo con mayor cantidad de usuarios bajo control en la comuna con 45 usuarios, lo que representa el 22% respecto al total comunal. Además del total de los casos, el 8,9% necesitan tratamientos especiales por presentar lesiones por presión (escaras).

TABLA 4-48 POBLACIÓN BAJO CONTROL PROGRAMA DEPENDENCIA SEVERA DE 20 A 64 AÑOS (2021)

Dependencia severa	Población de 20 a 64 años con Dependencia Severa	Lesiones por Presión	%
Total	45	4	8,9

Fuente: DEIS SSMN, REM P3 junio 2021

Con respecto a la cantidad de visitas domiciliarias que se han realizado hasta el 31 de agosto del año 2021 en las personas de 20 a 64 años con dependencia severa, se puede observar que en total se han realizado 45 visitas domiciliarias, 27 fueron atenciones a usuarios hombres y 18 a mujeres, cifra similar de todos los usuarios que se encuentran en el bajo control del programa en este rango etario y su distribución por sexo.

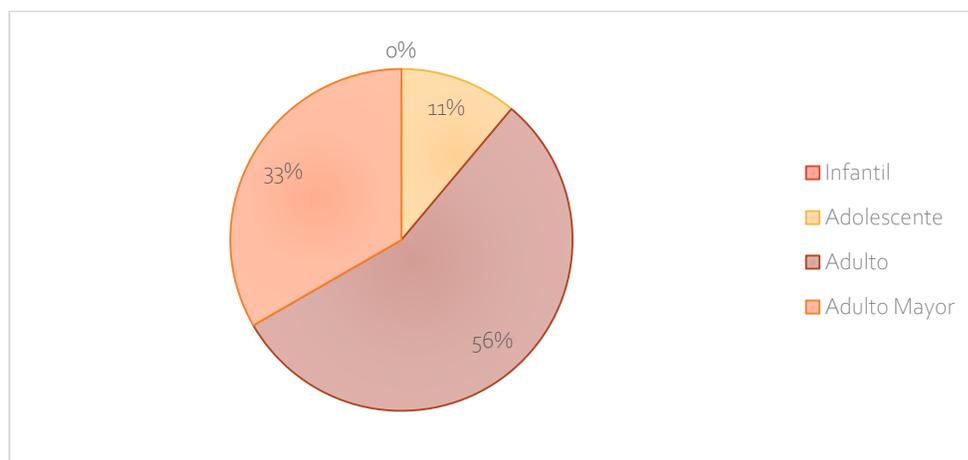
La principal intervención de este programa son las visitas domiciliarias integrales, además de visitas se debe dar acceso al proceso del apoyo monetario estipendio. Para ello, se desarrollan atenciones de salud integrales proporcionadas por equipos de salud en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerando su estado de salud; y por otra parte se reconoce mediante la entrega de una asignación monetaria el trabajo de quienes realizan la función de "cuidador" de estas personas con dependencia severa.

Programa de tuberculosis

Si bien Chile continúa siendo un país con una incidencia de tuberculosis relativamente baja en comparación con otros países latinoamericanos, la tendencia en los últimos años no ha sido a la baja. Según muestra la curva epidemiológica histórica, la menor tasa se produjo el 2013 (13,4 casos por 100.000 habitantes) y a partir del 2014 la tendencia ha sido al alza. Esto se hace especialmente relevante en los años 2016 y 2018, cuando se produjo un aumento de casi 200 casos por año llegando a una tasa de incidencia de 15,7 casos por 100.000 habitantes. Además, en los últimos años, la edad de comienzo de la enfermedad se ha ido desplazando lentamente hacia los ciclos de vida del Adulto y Adulto Mayor, con predominio en el sexo masculino en todas las edades.

Al observar, los datos de los pacientes con Tuberculosis activa a nivel comunal (ver gráfico), se aprecia que el mayor porcentaje de población bajo control, están en las edades del ciclo de vida del Adulto con un 56% del total de los casos que representan la cantidad 5 pacientes activos a nivel comunal.

GRÁFICO 4-34 PORCENTAJE DE USUARIOS CON TUBERCULOSIS, SEGÚN SU CURSO DE VIDA



Fuente: DEIS SSMN, REM A04 corte 31 de agosto 2021

De los 5 casos activos de Tuberculosis que se encuentran en el ciclo del Adulto, 4 de ellos son hombres y 1 caso es mujer, coincidiendo con la estadística nacional donde existe mayor proporción de incidencia en los hombres. Además, la gráfica muestra que existen 2 casos en quimioprofilaxis, un hombre y una mujer que actualmente reciben tratamiento preventivo (ver gráfico 2).

GRÁFICO 4-35 USUARIOS BAJO CONTROL - TUBERCULOSIS CICLO DEL ADULTO

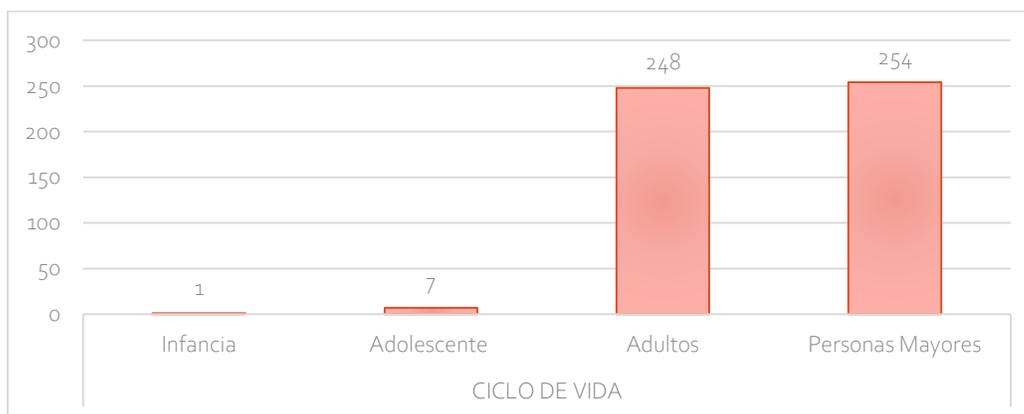


Fuente: DEIS SSMN, REM A04 corte 31 de agosto 2021

Con relación al Estudio de Contacto en los grupos de edades que corresponden al ciclo del Adulto, existen actualmente 14 mujeres y 9 hombres que se encuentran en seguimiento, debido a que han estado expuestos al contagio con un enfermo de Tuberculosis. Este estudio, busca pesquisar de manera oportuna nuevos casos, como también evitar la propagación de la enfermedad.

Respecto a los exámenes bacteriológicos procesados hasta el 31 de agosto del año 2021, se puede apreciar que la gran cantidad de baciloscopia que se solicitan en los centros de salud de la comuna de Huechuraba, se realizan en mayor proporción en los grupos etarios de mayor edad, con 248 baciloscopias procesadas en la población del ciclo del Adulto evidenciando el gran esfuerzo de pesquisa de TBC en los grupos que presentan mayores tasas de incidencia (ver gráfica 4).

GRÁFICO 4-36 TOTAL EXÁMENES BACTERIOLOGICOS PROCESADOS AÑO 2021



Fuente: DEIS SSMN, REM A04 corte 31 de agosto 2021

Las estrategias en este ciclo vital están enfocadas eminentemente a lograr diagnosticar en el menor tiempo posible a las personas enfermas, realizar un tratamiento oportuno de los casos índices y en quimioprofilaxis, como también disminuir la propagación de la enfermedad.

7.1.5. Curso de vida personas mayores

El abordaje de la salud de las personas mayores, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, la mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, esto último considerado como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Lo anterior, sin perder de vista el acompañamiento familiar e individual de personas con limitación de su funcionalidad o dependencia.

La atención de salud en personas mayores debe promover la autonomía de las personas mayores, facilitando la toma de decisiones sobre su vida y estado de salud. Debe procurar acompañar a las familias en cada una de las etapas o situaciones enfrentadas, incluyendo aquellas asociadas a discapacidad o dependencia y procurando a la vez, el buen morir y el trato digno para todas las personas mayores. El propósito de las acciones es el alcance de una mejor calidad de vida para la población de personas mayores, considerando sus roles, intereses y voluntades.

Es así, que se ha definido la funcionalidad como el mejor indicador de salud de la población adulto mayor, promoviendo la autovalencia, la participación de las personas mayores en sus comunidades según sus intereses, el autocuidado o corresponsabilidad en salud y el abordaje del proceso de envejecimiento desde etapas anteriores, promoviendo estilos de vida saludable durante el curso de vida.

Resulta un desafío el logro de un diseño diferenciado de atenciones en salud para la población de personas mayores, que incluya la evaluación integral y el seguimiento por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta las características comunes de este grupo y al mismo tiempo, la heterogeneidad presente en la vejez.

La situación demográfica actual y la proyectada, sumada a la situación epidemiológica de las personas mayores, son factores relevantes para el cumplimiento de los principios de atención centrada en la persona, integral y continua en esta etapa del curso de vida. De igual forma, teniendo como unidad de intervención la familia, se recomienda relevar el rol de las personas mayores en su funcionamiento y poner especial atención a situaciones de dependencia o cuidadores, considerando el impacto que conlleva a nivel de salud familiar.

Para el análisis de las atenciones, se sugiere favorecer la atención centrada en la persona, mediante las atenciones de salud integradas para el abordaje conjunto de las distintas dimensiones sanitarias que influyen en el

bienestar de la persona. De igual forma, desarrollar planes de atención consensuados con el usuario, que mejoren la actual resolutiveidad y pretendan la satisfacción usuaria. Se deben optimizar los contactos del equipo de salud con este grupo, desde una perspectiva más integral y como una oportunidad para resolver la mayor cantidad de problemas de salud que presenten, evitando la fragmentación por morbilidad o programas.

Situación demográfica y epidemiológica

Las mejoras en las condiciones de salud y disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad han desencadenado un cambio sociodemográfico global, donde, por primera vez, las personas pueden aspirar a vivir más allá de los 60 años. Chile no está ajeno a esta realidad, al ser el único país latinoamericano que proyecta para el 2050 tener más del 30% de su población con 60 años o más, estimándose que entre los años 2015 y 2050, el incremento de las personas mayores será de 109,5%; superando el 74,7% proyectado para la población mundial. El aumento en 11,4 años en el promedio de edad de la población implicará que Chile será el único país de la región de las Américas que tendrá una esperanza de vida media que superará los 80 años.

Las personas mayores han ido en incremento debido a diferentes factores tales como el aumento en la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad y las mejores condiciones de vida.

En la siguiente tabla se puede visualizar el porcentaje de personas mayores inscritas en los centros de salud de la comuna de Huechuraba, respecto al total de inscritos.

TABLA 4-49 PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES, INSCRITAS EN LOS CENTROS DE SALUD DE HUECHURABA, RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL DE INSCRITOS DE LOS AÑOS 2019, 2020 Y 2021

Centros de Salud	2019	2020	2021
CESFAM La Pincoya	14,4%	16,5%	14,3%
CESFAM Salvador Allende G.	11,7%	11,7%	11,7%
CESFAM El Barrero	10,1%	10,6%	10,7%
CESFAM Víctor Castro W.	-	-	23,6%
CECOSF Los Libertadores	16,1%	14,3%	15,5%
Huechuraba	13,1%	13,1%	13,7%

Fuente: FONASA (resultado per-cápita, corte Agosto para el año 2019 y 2020, corte Julio para el año 2021)

Se observa en la tabla anterior que ha habido un leve incremento en CECOSF Los Libertadores (15,5%) y CESFAM El Barrero (10,7%). Por otro lado, el CESFAM La Pincoya tuvo una disminución de su porcentaje de personas mayores inscritas (14,3%). Y por último con la apertura del CESFAM Víctor Castro W. sin duda hubo un gran porcentaje de personas mayores inscritas en este centro de salud, respecto al total de inscritos a dicho centro (23,6%).

Según el CENSO 2017 la población de personas mayores de 65 años para la comuna de Huechuraba era de 9.413 personas de las cuales 9.834 se encuentran inscritas (per-cápita Julio 2021). Por ende, se puede concluir que posterior al CENSO 2017 hubo un incremento de las personas mayores, los cuales se radicaron en la comuna de Huechuraba.

A continuación, en la siguiente tabla se detalla la situación de salud del curso de vida de las personas mayores de la comuna de Huechuraba, mostrando el perfil demográfico, característica de los distintos temas y programas en salud involucrados.

TABLA 4-50 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN EN EL CURSO DE VIDA PERSONAS MAYORES.

Área	Aspecto	Datos estadísticos	Fuente												
Demografía	Cantidad de personas por curso de vida en la comuna	9413.(INE 2017) 11.566 (Proyecciones de Población, INE)	INE CENSO 2017 Proyecciones de Población, INE 2021												
Demografía	Cantidad de personas inscritas en nuestros establecimientos	9519 (82,3% de la población INE proyectada 2021)	Inscritos validados FONASA												
Demografía	Tasa de mortalidad 65 a 79 años	32,2	DEIS 2014												
Demografía	Tasa de mortalidad 80 y más años	132,2	DEIS 2014												
Demografía	Índice de Adultos Mayores	45,21	Proyecciones de Población, INE 2021												
Determinantes sociales relevantes	Tasa de pobreza multidimensional	22.1	CASEN 2017												
Determinantes sociales relevantes	Maltrato en las Personas Mayores	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prevalencia maltrato de acuerdo con tipología</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Negligencia</td> <td>9.2</td> </tr> <tr> <td>Abuso Patrimonial</td> <td>8.3</td> </tr> <tr> <td>Maltrato Psicológico</td> <td>35.3</td> </tr> <tr> <td>Maltrato Físico</td> <td>5.6</td> </tr> <tr> <td>Abuso Sexual</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Prevalencia maltrato de acuerdo con tipología	Negligencia	9.2	Abuso Patrimonial	8.3	Maltrato Psicológico	35.3	Maltrato Físico	5.6	Abuso Sexual	5	SENADA. Estudio sobre prevalencia de Maltrato 2012.
	Prevalencia maltrato de acuerdo con tipología														
Negligencia	9.2														
Abuso Patrimonial	8.3														
Maltrato Psicológico	35.3														
Maltrato Físico	5.6														
Abuso Sexual	5														
Determinantes sociales relevantes	Vivienda	<p>Estimación calidad de la vivienda RM.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2013</th> <th>2015</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aceptable</td> <td>99.4</td> <td>99.4</td> <td>99.1</td> </tr> <tr> <td>Irrecuperable</td> <td>0.6</td> <td>0.6</td> <td>0.9</td> </tr> </tbody> </table>		2013	2015	2017	Aceptable	99.4	99.4	99.1	Irrecuperable	0.6	0.6	0.9	CASEN 2017
	2013	2015	2017												
Aceptable	99.4	99.4	99.1												
Irrecuperable	0.6	0.6	0.9												
Determinantes sociales relevantes	Trabajo	<p>Tasa de participación laboral por tramo de edad</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2015</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65 y +a</td> <td>19.4</td> <td>21.0</td> </tr> </tbody> </table>		2015	2017	65 y +a	19.4	21.0	CASEN 2017						
	2015	2017													
65 y +a	19.4	21.0													
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Malnutrición por exceso	Sobrepeso y Obesidad: 337 EMPAM realizados 1122	EMPAM A02 corte Agosto 2021												
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Especialidades y Procedimientos Oftalmológicos	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2021</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Exploración Vitreoretinal de ambos ojos</td> <td>216</td> </tr> <tr> <td>Exploración Vitreoretinal de ambos ojos (Telemedicina)</td> <td>750</td> </tr> <tr> <td>Oftalmología (Medico)</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>Otorrinolaringología</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>1075</td> </tr> </tbody> </table>		2021	Exploración Vitreoretinal de ambos ojos	216	Exploración Vitreoretinal de ambos ojos (Telemedicina)	750	Oftalmología (Medico)	48	Otorrinolaringología	61	Total	1075	SIDRA
	2021														
Exploración Vitreoretinal de ambos ojos	216														
Exploración Vitreoretinal de ambos ojos (Telemedicina)	750														
Oftalmología (Medico)	48														
Otorrinolaringología	61														
Total	1075														

Epidemiología. Prevalencia de enfermedades	Patologías Respiratorias	Bajo Control				REM
		Asma	Total	Hombres	Mujeres	
		Leve	146	33	113	
		Moderado	217	50	167	
		Severo	13	7	6	
		EPOC	Total	Hombres	Mujeres	
		Tipo A	349	166	183	
		Tipo B	147	71	76	
		Control Asma				
		Controlado	281			
		Parcialmente controlado	59			
		No controlado	29			
		No evaluado	7			
		Control EPOC				
		Logra control adecuado	335			
		No logra control adecuado	76			
		No evaluado	85			
Epidemiología Prevalencia de enfermedades	Patologías Salud Mental		Hombres	Mujeres	Total	REM Po6
		VIF	0	7	7	
		Tro ánimo	5	11	16	
		Tro Ansioso	4	13	17	
		Demencia	14	28	42	
		TDP	2	19	21	
Epidemiología. Prevalencia de enfermedades.	Procedimientos restaurativos odontológicos		Procedimientos restaurativos	Consultas odontológicas	REM A09	
		65-74	326	884		
		75 y +	136	522		
Metas relevantes actuales	Cobertura efectiva DM	19,50%				Corte Agosto 2021
Metas relevantes actuales	Cobertura efectiva HTA	27,29%				Corte Agosto 2021
Metas relevantes actuales	Cobertura EMPAM	11,9% (1122)				Corte Agosto 2021

Metas relevantes actuales	Evaluación pie DM		Evaluaciones de pie DM	REM P Sección C
		Pincoya	388	
		Barrero	275	
		Victor Castro	43	
		Salvador Allende	293	
		Libertadores	52	
		Huechuraba	1051	

Fuente: Registros locales

Diagnóstico según curso de vida

Para una mejor evaluación de la salud del curso de vida, a continuación, se describen tanto los factores protectores, los factores de riesgo y el problema de salud consecuente que condicionan este grupo específico, lo cual fue construido por los referentes de los establecimientos, DEPSA y usuarios, dejando aquellos que son priorizados y que después se relacionan con los objetivos sanitarios y clínicos del curso de vida. A esta evaluación y análisis le denominamos diagnóstico por curso de vida.

TABLA 4-51 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMÁTICA EN INFANCIA

Factor de riesgo	Factor protector	Problema de salud/carga de enfermedad
Falta de adherencia a controles de salud cardiovasculares	Oferta de diferentes profesionales (Médico - Nutricionista - Enfermera) con controles periódicos	Patologías Crónicas Cardiovasculares (Hipertensión Arterial - Diabetes Mellitus - Dislipidemia)
Controles en proceso de inicio según guía GES Alzheimer y otras demencias, con flujogramas	Atenciones por profesionales, especialistas y derivaciones a atenciones a nivel secundario.	Demencia y Alzheimer

Fuente: Dirección de Salud

Estrategia sanitaria 2022-2025

La estrategia sanitaria cuenta de 2 componentes la gestión sanitaria y la clínica. Las cuales se traducen en objetivos sanitarios y clínicos. Los objetivos clínicos son aquellos que apuntan a la mejora de indicadores de resultado de largo plazo, en nuestro caso 2025 y los objetivos clínicos buscan la ejecución de acciones en salud medidas de forma anual que apoyan la obtener de los resultados a largo plazo de los sanitarios.

TABLA 4-52 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO

Objetivo Sanitario	Indicador Sanitario	Meta	Objetivo Gestión Clínica	Indicador Objetivo Gestión Clínica	Meta
Mejorar el estado de salud mental de las personas adultas y mayores	Egreso por alta clínica de personas adultas y mayores con patologías de Salud Mental / Población adultos y adultos mayores bajo control en Salud Mental	15%	Entregar capacitación al personal de Salud Mental respecto a estrategia TBSC en todos los establecimientos de salud (Genere un impacto la capacitación)	Número de profesionales capacitados en TBSC / Número de profesionales que participen en Salud Mental	50%

			Entregar oportunamente tratamientos resolutivos en población adulta con trastornos mentales	Implementación de TBCS	Protocolo / Programación 2022
			Desarrollar Protocolo que aborde Alzheimer y otras Demencias	Protocolo realizado y socializado en equipo de Salud Mental	Protocolo / Programación 2022
Disminuir la descompensación de enfermedades crónicas en personas mayores	Personas mayores compensadas de sus condiciones crónicas / Personas mayores incorporadas ECICEP	50%	Fomentar la evaluación integral en pacientes con multimorbilidad.	Construcción de protocolo que evalúe integralmente al paciente de multimorbilidad	Protocolo / Programación 2022
			Entregar herramientas de automonitoreo para mejorar el manejo de la patología	Personas mayores G3 con HTA ingresados a la estrategia de automonitoreo / Personas mayores G3 HTA	10%
				Personas mayores insulino requerientes ingresados a la estrategia de automonitoreo de glicemia / Personas mayores insulino requerientes	20%

Fuente: Dirección de Salud

Principales temáticas y programas de salud del curso de vida

A continuación, se presentan la caracterización de las principales temáticas de salud para el curso de vida.

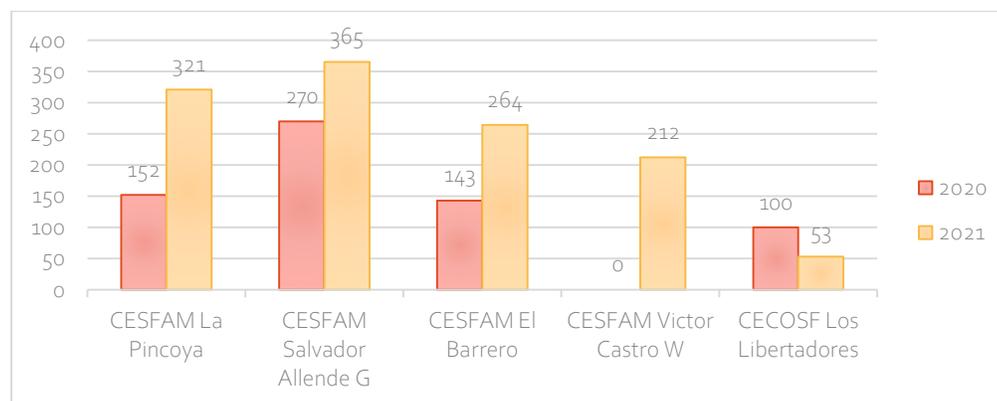
Examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM)

El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud de las personas mayores es la funcionalidad. El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, hace de este indicador su nudo central. A través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, los que deben ser incorporados en las estrategias de salud para actuar sobre ellos.

El objetivo del examen es evaluar la salud integral y la funcionalidad de las personas mayores, identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad y elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

A raíz de la contingencia sociosanitaria por COVID-19 la prestación de preventivos sufrió una baja considerable en su realización. En el siguiente gráfico siguiente se muestra la producción de EMPAM del año 2020 y 2021 (corte agosto 2021) de la comuna de Huechuraba, subdividido en los centros de salud de la comuna:

GRÁFICO 4-37 GRÁFICO COMPARATIVO DE EMPAM REALIZADOS DURANTE EL 2020 Y 2021



Fuente: DEIS SSMN, REM A02 2020 (de enero a diciembre 2020) y 2021 (corte agosto 2021)

Estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP)

El cuidado integral centrado en la persona, desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) se entiende como la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso de curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad. La integralidad, desde la perspectiva de la comprensión multidimensional de los problemas de las personas, releva el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y a las terapias socialmente aceptables. Estas se abordan mediante planes de cuidados integrales, consensuados y continuos coordinando las prestaciones de salud.

El Ministerio de Salud, a principios del año 2020, publica el marco conceptual de la Estrategia de Cuidado Integral en las Personas (ECICEP), para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad, basada en los principios del MAIS. Dicho documento, aborda fundamentos y conceptos estratégicos de los cuidados integrales centrados en las personas, para que los equipos de salud tengan un marco referencial sobre el cual comprender esta reconfiguración en la entrega de cuidados a las personas.

En 2018 se inició el trabajo de multimorbilidad, a través de un piloto que se estableció entre el SSMN y 3 comunas del área metropolitana norte, que incluía a la comuna de Huechuraba. Esta primera etapa comprendió la atención a personas adultas mayores como parte de esta estrategia. El año 2019 el SSMN mejora este piloto entregando recursos para la contratación de recurso humano, no siendo incluida en esta oportunidad la comuna de Huechuraba, dado que, por la elección, uno de los aspectos a considerar fue que el sistema de registro fuera Rayen. Huechuraba mantuvo las atenciones de multimorbilidad, lo que se limitó y detuvo con el inicio de la pandemia.

Debido a la disminución de restricciones por parte del Ministerio de Salud y por ende la reactivación de las prestaciones en los establecimientos de salud de la comuna se pretende potenciar la estrategia ECICEP, con el fin de fomentar los controles integrales y así visualizar al usuario con todas sus patologías crónicas e intervenir de manera consensuada, logrando objetivos concretos junto a él. Es por esto que se decide plasmar objetivos sanitarios enfocados en esta nueva estrategia en el actual Plan de Salud 2022-2025, con el fin de realizar una monitorización de su realización.

Nutrición y estilos de vida saludable

Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

El Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" en adelante MAMA, corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de adultos mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria. Su propósito es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria.

En el contexto de pandemia los centros de salud debieron suspender muchas de las prestaciones que brindaban de manera habitual, incluyendo las del programa MAMA; sin embargo, gracias a las gestiones del equipo, el programa retoma sus actividades a pocos meses iniciada la pandemia, reconvirtiendo sus estrategias habituales de intervención grupal a intervenciones individuales, beneficiando a 1400 personas desde septiembre de 2020 a la fecha.

Las intervenciones realizadas en la pandemia contribuyeron enormemente a las personas mayores, ya que debido al confinamiento, la necesidad de distanciamiento social estaba en riesgo de presentar efectos negativos para su salud en términos de inactividad física, deterioro cognitivo y demencia, fragilidad, soledad o afectación del estado emocional. Otra condición de salud importante destacar para considerar el restablecimiento de las acciones del programa MAMA es la sarcopenia. Esta es una característica del envejecimiento biológico, que representa la progresiva pérdida de masa, calidad y fuerza muscular esquelética. La sarcopenia se hace muy relevante no sólo por sus devastadores efectos sobre la salud, sino porque se trata de una condición posible de prevenir, retardar, e

incluso revertir a través de intervenciones destinadas a mejorar la nutrición y la actividad física. Por esta razón y asumiendo la disminución en la actividad física que han tenido las personas mayores producto del confinamiento, abordar esta problemática es de suma importancia.

Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM)

El PACAM es parte de un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, en los establecimientos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Tiene como propósito contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor, aminorando brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar su calidad de vida.

Beneficiarios: Beneficiarios de FONASA (Ley N°18.469) o que, siendo beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, PRAIS, pertenezcan a ISAPRE; de acuerdo con los siguientes grupos:

- De 70 años y más.
- Entre 60 y 69 años que se encuentren o hayan terminado en este rango etario, tratamiento antituberculoso.
- Entre 60 y 69 años, que se encuentren en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM) que cuenten con la autorización de la SEREMI de Salud correspondiente.
- Entre 65 y 69 años que pertenezcan o hayan pertenecido en este rango etario al Subsistema Chile Solidario (Ley N°19.949, artículo 1) o Seguridades y Oportunidades -Ingreso Ético Familiar (Ley N°20.595 artículos 3 y 4, específicamente programas Familia, Vínculos, Abriendo Caminos y Personas en Situación de Calle).
- Entre 65 y 69 años que, de acuerdo con el Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), estén clasificados como Autovalentes con Riesgo, Riesgo de Dependencia o Dependientes.

Una vez ingresados al PACAM, no existe condición de egreso de este, independientemente del criterio de ingreso.

A continuación, se muestran la cantidad (kg) distribuida de alimentos (Crema años dorados y Bebida láctea del Adulto Mayor) desde el 2019 hasta el primer semestre del 2021.

TABLA 4-53 KILOS DE ALIMENTOS ENTREGADOS A PERSONAS MAYORES

	2019	2020	2021
CESFAM La Pincoya	18780	24704	11624
CESFAM El Barrero	6614	7502	3640
CESFAM Dr. Salvador Allende	13896	16488	5988
CECOSF Los Libertadores	4674	4840	1884
CESFAM Víctor Castro W.	-	-	692
Huechuraba	43964	53534	23136

Fuente: Retiro PACAM (kg) 2019-2020, REM D16

En la tabla se puede ver que durante la pandemia aumentó considerablemente el retiro de estos alimentos, esto se puede deber a que los alimentos fueron un apoyo económico importante para algunas personas mayores que vieron limitadas sus fuentes de ingreso, y, además, se implementaron la entrega para dos meses y entrega domiciliaria para algunos usuarios de mayor edad. Al realizar una estimación del retiro 2021, se ve que disminuye

con respecto al 2020 pero igualmente se espera que sea mayor al año 2019, incluso sin considerar el retiro asociado al nuevo CESFAM de la comuna.

Programa de salud mental

Respecto a las personas mayores bajo control en el programa de salud mental de los centros de APS de la comuna de Huechuraba (CESFAM y CECCOSF), un 20% corresponde a población adulta mayor, siendo los diagnósticos más prevalentes la depresión con un 40%, seguido con trastornos de ansiedad con un 16,9% y como tercer lugar demencia (incluido Alzheimer) con un 9,9%.

La demencia se define como un deterioro progresivo de las funciones cognitivas sin alteraciones del nivel de consciencia. El deterioro general del intelecto es la característica esencial (memoria, atención, pensamiento y comprensión). También puede ser afectado el ánimo, personalidad, juicio y conducta social. Las demencias tienen una incidencia de un 5% en usuarios mayores de 65 años, 20% a 40% en usuarios sobre los 85 años y 50% en pacientes institucionalizados. La causa más frecuente de demencia es el Alzheimer.

Debido a la incorporación de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias como GES 85, se decide plantear un objetivo de gestión clínica con el fin de potenciar esta estrategia y cubrir las necesidades de esta población vulnerable.

Durante el año 2021, la cantidad de usuarios ingresados al programa de salud mental fue de 141, con una concentración de 4 atenciones por usuario al año las cuales fueron realizadas por Médico, Psicólogo, Trabajador Social y Terapeuta Ocupacional. Por otro lado, las altas clínicas corresponden a 61 usuarios.

Producto de la contingencia sociosanitaria por COVID-19 se sumaron nuevas estrategias para cubrir las necesidades de los usuarios manteniendo las normas establecidas por el Ministerio de Salud, por lo que se realizaron controles remotos de salud mental por parte de Psicólogos (68,9%), Trabajadores sociales (28,8%) y Médicos (2,3%).

Por último, es importante resaltar que los equipos de salud mental han sido capacitados de manera paulatina en la estrategia de Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS), con el fin de resolver de mejor manera aspectos de resolutivez en la población bajo control, esto se ha podido visualizar ya que casi un 50% de los casos atendidos con TBCS han sido dados alta, reflejando la efectividad que se buscaba y por esto mismo, se quiere continuar en esta misma dirección fomentando la capacitación constante al equipo de salud mental para el plan de salud 2022-2025.

Programa salud cardiovascular

Los problemas cardiovasculares se acentúan aún más en la población mayor de 65 años, alcanzando una prevalencia de 30,6% para la DM2 y de 73,3% para la HTA (ENS, 2016-2017). Al igual que en el curso de vida del adulto, en las tablas a continuación se muestra la distribución según clasificación de riesgo y los valores de compensación

TABLA 4-54 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL PSCV SEGÚN RCV

Centro de Salud	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
CESFAM La Pincoya	6,3%	40,5%	53,1%
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	24,7%	14,6%	60,7%
CESFAM El Barrero	6,7%	38,3%	55%
CECOSF Los Libertadores	11,8%	37%	51,2%
CESFAM Víctor Castro Wiren	22,9%	36,3%	40,9%
Comunal	12,6%	33%	54,4%

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

Gracias a la tabla podemos ver que, en el curso de vida de personas mayores la prevalencia de RCV bajo es aproximadamente un 10% menor que en el curso de vida adulto, esta diferencia se desplaza hacia el RCV alto, que supera el 50%.

TABLA 4-55 COBERTURA EFECTIVA Y COMPENSACIÓN SEGÚN POBLACIÓN BAJO CONTROL DE DM2 EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS

Centro de Salud	Cobertura efectiva de DM2 en personas de 65 y más años	Compensación según Población de 65 y más años con DM2 bajo control	Brecha de Población para alcanzar prevalencia esperada de DM2 en población de 65 y más años.
CESFAM La Pincoya	29,7%	31,7%	73
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	23%	21,5%	-48
CESFAM El Barrero	39,1%	37,8%	-14
CECOSF Los Libertadores	30,4%	37,2%	106
CESFAM Víctor Castro Wiren		35,9%	
Comunal	29,6%	30,8%	117

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

TABLA 4-56 COBERTURA EFECTIVA Y COMPENSACIÓN SEGÚN POBLACIÓN BAJO CONTROL DE HTA EN PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS

Centro de Salud	Cobertura efectiva de HTA en personas de 65 y más años	Compensación según Población de 65 y más años con HTA bajo control	Brecha de Población para alcanzar prevalencia esperada de HTA en población de 65 y más años.
CESFAM La Pincoya	46,8%	59,3%	591
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	41,8%	48,5%	231
CESFAM El Barrero	39,9%	42,8%	67
CECOSF Los Libertadores	52,1%	73,4%	346
CESFAM Víctor Castro Wiren		54,9%	
Comunal	45,7%	55,7%	1235

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

En las tablas anteriores, vemos que la compensación en el curso de vida adulto mayor alcanza valores superiores a las metas establecidas para la comuna, incluso superando, en la mayoría de los casos, la meta nacional. La prevalencia esperada con la que se trabaja en este curso de vida también se vio modificada para el año 2021, siendo actualmente de 18,3% para la DM2 y de 45,1% para la HTA. Al analizar la brecha poblacional para alcanzar la población esperada, evidenciamos que es mucho menor que en el ciclo adulto, al punto de que tanto en el CESFAM Dr. Salvador Allende G, como en el CESFAM El Barrero la población bajo control de DM2 mayores de 65 años, supera a la esperada por prevalencia.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el pie diabético es uno de los problemas más frecuentes en las personas diabéticas. Se espera que, al menos un 15% (MINSAL 2010) presente ulceraciones en el pie a lo largo de su vida. En la tabla a continuación se muestra la cobertura de la evaluación anual de pie diabético en la población de 65 años y más.

TABLA 4-57 EVALUACIÓN ANUAL DE PIE DIABÉTICO EN PERSONAS CON DM2 DE 65 Y MÁS AÑOS, 2019-2021

Centro de Salud	2019	2020	2021
CESFAM La Pincoya	75,9%	21,6%	35,3%
CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens	100%	36,4%	39,2%
CESFAM El Barrero	91,1%	56%	64,6%
CECOSF Los Libertadores	91,8%	15,7%	25,1%
CESFAM Víctor Castro Wiren	-	-	41,7%
Comunal	86,1%	30,7%	40,8%

Fuente: DEIS SSMN, REM P junio 2021

Al igual que en el curso de vida del adulto podemos ver que la evaluación anual de pie diabético se ha visto bastante afectada producto de la pandemia, esta baja se ha podido disminuir durante el año 2021.

Programa odontológico

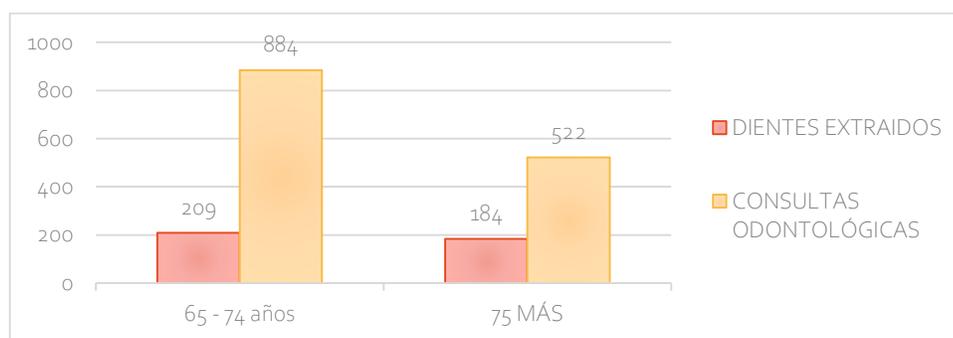
Los usuarios adultos mayores presentan una clara tendencia al desdentamiento, parcial o total, uni o bimaxilar, siendo la principal causa de la pérdida de dientes la caries dental y la enfermedad periodontal.

Según los últimos estudios disponibles, a nivel nacional, en el grupo de adultos de 35-44 años un 19.9% conserva su dentadura completa mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8. Es en este contexto en el cual se puede pesquisar alteraciones en la alimentación, desarrollo y desenvolvimiento social y autovalencia.

En Huechuraba, en la población adulta mayor consultante, los procedimientos odontológicos más realizados son procedimientos de recuperativos: extracciones y tratamientos periodontales y tratamientos restaurativos.

Los datos estadísticos de la población adulto mayor muestran el número de exodoncias realizadas.

GRÁFICO 4-38 TASA DE DIENTES EXTRAÍDOS POR CONSULTA ODONTOLÓGICA



Fuente: Registro estadístico mensual acumulado enero a agosto 2021

En el grupo de 65 a 74 años, la tasa de dientes extraídos por consulta odontológica es de 0.23, y en el grupo de 75 y más años, la tasa es de 0.35.

Consultas Odontológicas a la población Adulta Mayor

La población adulta mayor de Huechuraba, correspondiente a 9.381 usuarios, consultantes por atenciones odontológicas muestran una tasa de consulta del 0.15. Habiendo entregado 1.366 atenciones odontológicas entre los meses de enero a agosto del año 2021.

Cobertura odontológica 2022

Los datos estadísticos del año 2021 muestran los procedimientos restaurativos realizados en la población adulta mayor de acuerdo con la población consultante, en el grupo de 65 a 74 años, la tasa de procedimientos restaurativos por consulta odontológica es de 0.36, y en el grupo de 75 y más años, la tasa es de 0.26. Se mantendrá la oferta disponible que dé cobertura a la población adulta mayor según la tasa de consulta.

Las estrategias en este ciclo vital están enfocadas eminentemente a lograr la rehabilitación oral de los usuarios, y fortaleciendo el componente promocional preventivo, para la permanencia de los dientes en boca y rehabilitar en base a prótesis removibles a aquellos usuarios con su función masticatoria comprometida.

Con este escenario, la iniciativa de implementación de programas de resolución de la especialidad de rehabilitación oral: "Prótesis Removible" responde a la alta demanda y al aumento constante de la lista de espera a la especialidad por la situación de desdentamiento.

Existen programas de resolutivez que abordan esta problemática, en un eje rehabilitador, y que dan cobertura de salud dental a nuestros usuarios adultos mayores

Prótesis Removible

Para el 2022 se programan 89 prótesis removibles. Equivalente al 30% de las interconsultas emitidas a la especialidad, considera rehabilitar al menos a 44 usuarios.

Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa

La atención odontológica domiciliaria la recibirán personas pertenecientes al programa de pacientes con dependencia severa, en coordinación con el equipo de salud a cargo de las personas.

El odontólogo en conjunto con el técnico paramédico que participa en el equipo de atención domiciliaria será el encargado de desarrollar las actividades necesarias en beneficiarios del programa con sus controles y exámenes actualizados y con enfermedades de base compensadas.

Atenciones Domiciliarias

Para el 2022 se programan 70 altas en modalidad de atención domiciliaria. Equivalente al 45% de un total de 154 usuarios del programa de dependencia severa.

TABLA 4-58 INDICADOR DE SEGUIMIENTO DE ESTRATEGIA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DOMICILIARIA

Área priorizada	Objetivos específicos	Actividades	Indicadores	Metas
Atención odontológica Domiciliaria	Mejorar el acceso a la atención odontológica	Alta odontológica en domicilio para personas del programa de dependencia severa	$(\text{NÚMERO DE ALTAS REALIZADAS EN DOMICILIO EN EL AÑO}) / (\text{NÚMERO DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE DEPENDENCIA SEVERA}) * 100$	45%

Fuente: Registros locales

Programa de inmunización

El objetivo del programa nacional de inmunizaciones es la Protección de la población que reside en nuestro país, frente a enfermedades inmuno-prevenibles relevantes para la salud pública, con calidad, seguridad y eficiencia, acorde al desarrollo biotecnológico y la evidencia científica, el que ha demostrado logros indiscutibles asegurando el acceso gratuito a las vacunas de toda la población objetivo, ha impactado en los distintos estratos de la población independientemente de su condición social, reduciendo así las inequidades sociales y finalmente, ha demostrado ser una herramienta de salud pública costo-efectiva.

En la comuna el compromiso, desde hace años, es lograr mantener buenas coberturas de vacunas personas mayores y lograr mejorar su inmunidad, frente a las distintas enfermedades presentes en el territorio nacional.

TABLA 4-59 INMUNIZACIONES DISPONIBLES 2021

Influenza	Grupos objetivos	Todos los cursos de vida
Antirrábica	Personas en riesgo	Todos los cursos de vida
Neumocócica polisacárida 23V	Personas mayores de 65 años	Personas mayores
COVID-19	Hombres mayores de 45 años y mujeres mayores de 55 años	Adultos y personas mayores

Campañas de vacunación realizadas

TABLA 4-60 COBERTURA CAMPAÑA INFLUENZA 2021

1° Dosis	2° Dosis	Dosis colocadas	Meta	% Cobertura
86.661	84.153	170.814	84.242	99,9%

Fuente: SSMN, RNI corte al 30 septiembre 2021

TABLA 4-61 COBERTURA CAMPAÑA VACUNACIÓN NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA 23V

Vacuna	Edad a administrar	Población objetivo	Vacunados	Cumplimiento
Neumocócica Polisacárida 23V	65 años y mas	834	124	14,9%

Fuente: SSMN, RNI corte al 30 septiembre 2021

TABLA 4-62 COBERTURA CAMPAÑA COVID-19

Vacuna	Edad a administrar	Población objetivo	Vacunados	Cobertura
COVID-19	65 años y mas	11.566	10.958	95 %

Fuente: SSMN, RNI

Si hablamos de vacuna Neumococica polisacárido en adultos de 65 años el desafío es mucho mayor con un cumplimiento del 14.9% de coberturas. Es por esto que se han buscado distintas estrategias, educaciones, vacunación en puntos habilitados, en domicilio, rescate telefónico, pero se debe seguir trabajando en conjunto con el equipo de salud.

Programa respiratorio

Las enfermedades respiratorias están consideradas a nivel mundial, entre las principales causas de discapacidad severa de los adultos mayores, siendo estas al igual que en el ciclo del adulto el Asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

La cobertura del asma en este grupo etario fue en aumento desde el 2019, existiendo una variación de 22% entre el 2019 al 2020, y se mantiene la tendencia para el 2021, esto se puede atribuir a la pesquisa por aumento de la demanda en la consulta médica y posterior seguimiento que se le realizaban a los usuarios con problemas respiratorios.

Respecto a la cobertura del EPOC esta aumentó en un 3,57% entre el 2019 y 2020, sin embargo, la cobertura en el 2021 disminuyó en un 4,8%, esto se debe a que muchos adultos mayores se fueron a vivir con sus hijos o familiares a otras comunas.

TABLA 4-63 EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL POR SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE Y ASMA 2019 A 2021

Problema de salud	Gravedad	2019	2020	2021
EPOC	Tipo A	377	400	349
	Tipo B	126	121	147
	TOTAL	503	521	496
ASMA	Leve	129	125	146
	Moderado	123	222	216
	Severo	15	15	13
	TOTAL	267	326	375

Fuente: DEIS SSMN, REM P diciembre 2019 y 2020, REM P junio 2021

TABLA 4-64 NIVEL DE CONTROL DE LA POBLACIÓN DE EPOC Y ASMA 2019 A 2021

Problema de Salud	Nivel de control	2019	2020	2021
ASMA	Controlado	225	227	281
	Cobertura	84%	70%	75%
	Parcialmente controlado	33	57	59
	Cobertura	12%	17%	16%
	No controlado	13	20	29
	Cobertura	5%	6%	8%
	No evaluada	3	8	7
	Cobertura	1%	2%	2%

EPOC	Logra control adecuado	458	316	334
	Cobertura	91%	61%	67%
	No logra control adecuado	31	70	76
	Cobertura	6%	13%	15%
	No evaluada	14	130	85
	Cobertura	3%	25%	17%

Fuente: DEIS SSMN, REM P diciembre 2019 y 2020, REM P junio 2021

En los niveles de control tanto en el asma como en el EPOC existió una disminución durante el año respecto al 2019 de un 5% y un 30% respectivamente, este año se observa una tendencia al aumento del control de ambas patologías en un 5% y 6% respectivamente.

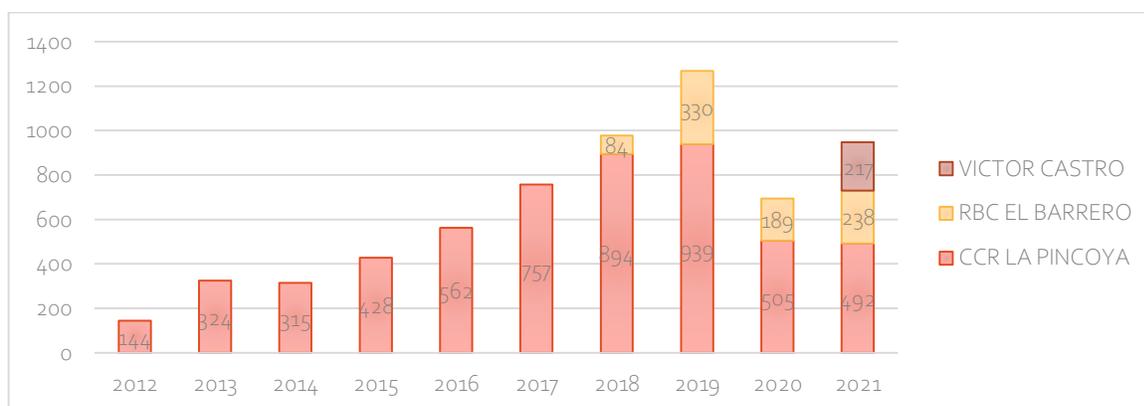
A diferencia de la cobertura de EPOC en la población adulta, en este grupo la cobertura es mayor, llegando al 75%, esto debido a que durante este año de pandemia se priorizó el control a este grupo etario, en domicilio, con el fin de mantenerlos compensados y evitar complicaciones producto del COVID-19.

Programa de rehabilitación física

El programa de rehabilitación integral se implementa mediante el modelo de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), en donde uno de sus principales objetivos es aumentar la cobertura de rehabilitación, la promoción y la prevención de los problemas de salud física y sensorial en la red de atención primaria.

Desde el año 2012 en nuestra comuna se comienza a implementar esta estrategia RBC, con la apertura de la Sala CCR del CESFAM La Pincoya, posteriormente en el año 2018 se implementa la Sala RBC del CESFAM El Barrero y recientemente en enero 2021 en conjunto a la apertura del CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren se inaugura una nueva sala RBC, la cual atiende a la población del sector poniente de la comuna. De esta forma se observa un aumento en la cobertura de rehabilitación entre las tres salas.

GRÁFICO 4-39 EVOLUCIÓN INGRESOS A REHABILITACIÓN



Fuente: DEIS SSMN, corte agosto 2021.

En el gráfico anterior se muestra el incremento de la cantidad de usuarios que se han atendido en las Salas de Rehabilitación, mostrando una disminución solo en el año 2020, coincidente con la Pandemia por COVID-19.

Desde enero 2021 al 31 de agosto de 2021, han ingresado 354 adultos mayores a tratamiento en las salas de rehabilitación, en donde a pesar del contexto de pandemia y considerando su condición de riesgo se han implementado estrategias para dar cobertura como tele rehabilitación en momentos de aumento de casos por COVID-19.

Es por este motivo que se hace necesario un trabajo en promoción y prevención en nuestros adultos mayores, desarrollando estrategias de autocuidado y manejo de condiciones de salud de carácter crónico como lo es la Artrosis de Rodillas y Caderas, prevención de eventos Cerebrovasculares, entre otros, además de mantener el trabajo constante de disminuir los tiempos de espera de atención. Junto a lo anterior es necesario enriquecer las redes con el intersector, con el fin de lograr la vinculación de los adultos mayores con los diferentes dispositivos de la comuna.

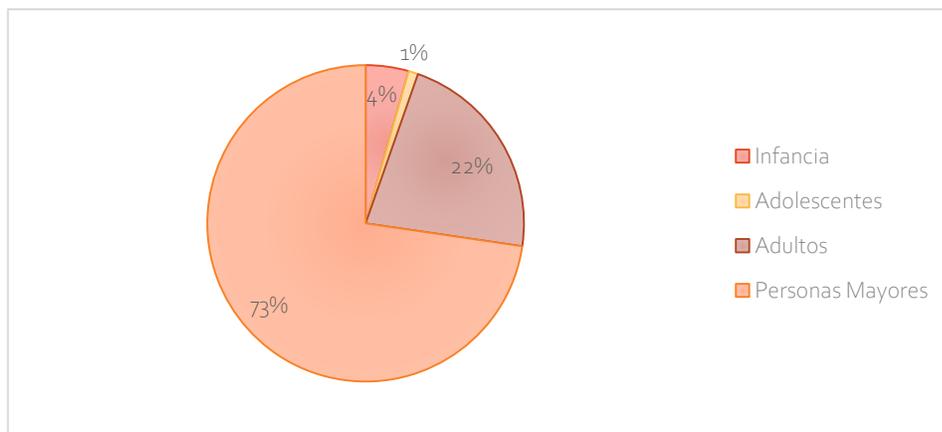
Programa de dependencia severa

El envejecimiento es un componente importante relacionado a la dependencia funcional. Esto debido al deterioro natural del cuerpo que aumenta la prevalencia e intensidad de condiciones de salud. Además, la severidad de la dependencia se acrecienta con la edad, habiendo un mayor porcentaje de personas en el programa de dependencia severa a medida que aumenta la edad.

El programa busca atender a las personas con dependencia severa, que necesitan un entorno que cuide de ellos de acuerdo con sus múltiples necesidades de salud, a través de una atención integral en su domicilio en el ámbito físico, emocional y social, para mantener o mejorar su calidad de vida.

Cuando se analiza la situación de dependencia severa a nivel comunal por ciclo de vida, se observa un aumento hacia los tramos de edades mayores, especialmente, en las personas mayores (65 años y más) en donde existen 149 personas con dependencia severa, lo que representa un 73 % del total de usuarios del programa. Luego lo sigue el ciclo del Adulto con 45 personas que en porcentaje es de un 22% del total (Fecha de corte, 31 de agosto del año 2021).

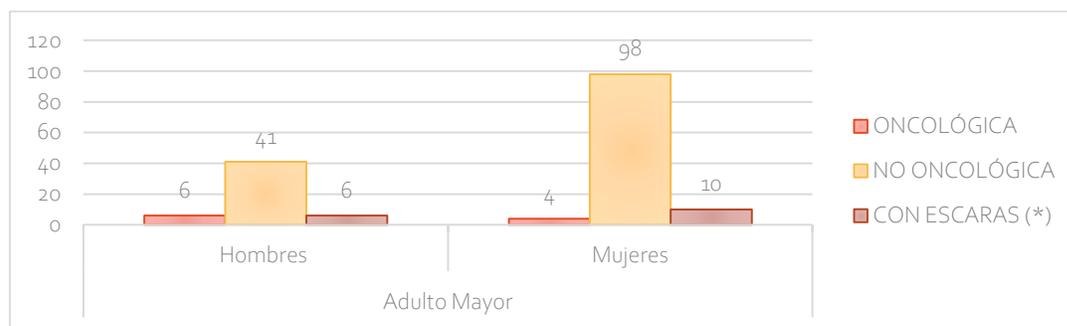
GRÁFICO 4-40 PORCENTAJE BAJO CONTROL CON DEPENDENCIA SEVERA, SEGÚN SU CICLO DE VIDA 2021



Fuente: DEIS SSMN, REM P3 junio 2021

De las 149 personas mayores de 65 años, 47 casos son de sexo masculino y 6 de ellos tienen una patología oncológica, además 6 necesitan tratamientos especiales por presentar lesiones por presión (escaras). Para el caso de las mujeres, existen 102 usuarias en este grupo etario, donde se incluyen 4 pacientes oncológicas y 10 casos que presentan lesiones por presión.

GRÁFICO 4-41 CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA DE 65 AÑOS Y MÁS 2021

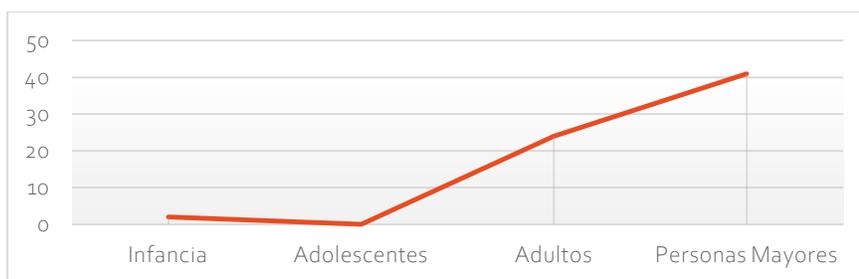


Fuente: DEIS SSMN, REM P3 junio 2021

Al revisar la cantidad de Visitas Domiciliarias realizadas por el Programa en mayores de 65 años, se puede apreciar que existe una cantidad similar de visitas al de las personas con Dependencia Severa en este grupo etario, siendo mayor en mujeres con 103 visitas y 47 en hombres.

Al observar en el gráfico anterior, donde se muestra el total de personas que reciben el apoyo monetario (estipendio), se evidencia que existe una distribución proporcional según la cantidad de personas con dependencia severa y su ciclo vital; sin embargo, se debe lograr un mayor acceso a este beneficio para las personas y sus familias.

GRÁFICO 4-42 TOTAL DE PERSONAS QUE RECIBEN APOYO MONETARIO (ESTIPENDIO - 2021)



Fuente: DEIS SSMN, REM P3 junio 2021

Las estrategias en este ciclo vital, están enfocadas en entregar a cuidadoras(es) y sus familias las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador. Para ello, se desarrollan atenciones de salud integrales proporcionadas por equipos de salud en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerando su estado de salud; y por otra parte se reconoce mediante la entrega de una asignación monetaria el trabajo de quienes realizan la función de "cuidador" de estas personas con dependencia severa. Además, para contribuir a disminuir su impacto social y económico, se hace necesario aumentar las postulaciones al estipendio para todas las personas.

Programa de tuberculosis

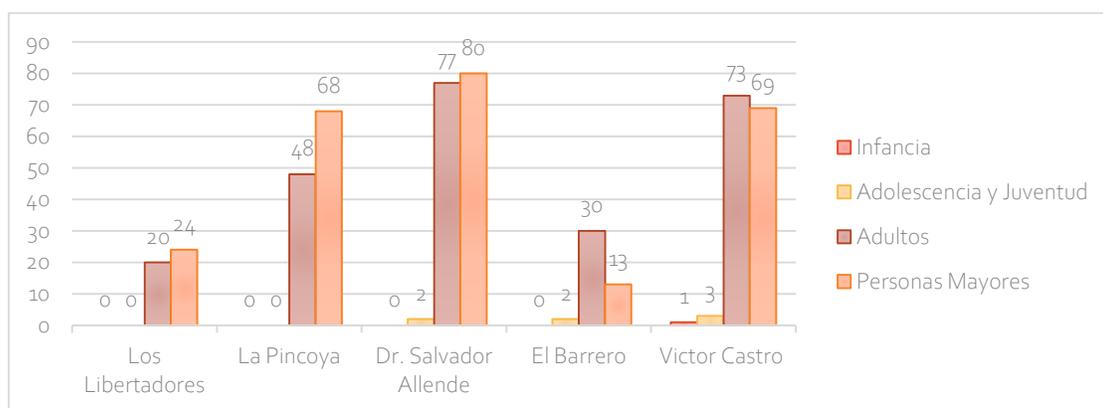
La población adulto mayor y en especial los mayores de 80 años, son un grupo de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad activa por Tuberculosis, dado que tienen mayores tasas de infección y peores resultados respecto al tratamiento.

La tuberculosis pulmonar es la forma más común en esta población, y algunas de las presentaciones Extrapulmonares son la meníngea, la ósea, la ganglionar y la del tracto gastrointestinal.

Con relación a la cantidad de personas con Tuberculosis activa en bajo control, el ciclo del Adulto Mayor representa el 33% del total de los casos, con 2 pacientes activos de sexo masculino y una de sexo femenino. Además, en este ciclo, existen 3 casos en quimioprofilaxis también dos hombres y una mujer.

Uno de los indicadores que muestra la capacidad diagnóstica es el llamado Índice de Pesquisa, que es el número de baciloscopia de expectoración realizadas por cada 1.000 consultantes adultos en la atención primaria. Con este indicador de 50 x 1.000 se puede detectar por lo menos el 70% de la incidencia. Como se puede apreciar en la Gráfica 2, los exámenes bacteriológicos procesados hasta el 31 de agosto del año 2021, muestran que la gran cantidad de baciloscopia que se solicitan en los centros de salud de la comuna de Huechuraba, se realizan en los ciclos de vida del Adulto y del Adulto Mayor, siendo este último el que presenta la mayor cantidad de exámenes procesados.

GRÁFICO 4-43 EXÁMENES BACTERIOLÓGICOS PROCESADOS 2021



Fuente: DEIS, SSMN, REM Ao4 corte 31 de agosto 2021

Las estrategias en este ciclo vital están enfocadas eminentemente a lograr reducir significativamente el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis en los adultos mayores, como también contribuir a disminuir su impacto social y económico.

7.2. Plan de cuidados familia

En la salud de las personas el grupo social que más influye es la familia, es una de las instituciones sociales más antigua y más fuerte y es la principal fuente de apoyo y cuidados. El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen directamente en el funcionamiento del grupo familiar, razón por la cual es necesario considerar a este grupo como sujeto de atención directa a la hora de planificar acciones y/o intervenciones promocionales, preventivas, tratamiento y/o rehabilitación. En el presente Plan de Salud, se establecen una serie de Objetivos Sanitarios con enfoque de por ciclo de vida y desarrollado ampliamente en cada uno de los ciclos, estableciéndose además para este plan Objetivos Sanitarios con alcance familiar dada la naturaleza de los objetivos a alcanzar

TABLA 4-65 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO DIMENSIÓN FAMILIA 2022-2025

Nivel	Familia	
Etapa		
Objetivo Sanitario	Conocer las principales características que determinan las condiciones de salud de las familias de Huechuraba	Promover la participación activa de las familias en el cuidado de su salud.
Formula de calculo	Número de familias evaluadas / N° de familias	altas por cumplimiento de intervención/familias con plan de intervención
Verificador	REM	REM
Meta	50%	15%

Fuente: Dirección de Salud

Para el logro de estos objetivos de mediano plazo se han establecidos , metas de corto plazo , Objetivos de gestión.

TABLA 4-66 PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA FAMILIA 2022

Nivel	Familia			
Etapa				
Objetivo Sanitario	Conocer las principales características que determinan las condiciones de salud de las familias de huechuraba		Promover la participación activa de las familias en el cuidado de su salud.	
Objetivo gestión clínica	MEJORA COBERTURA DE INTERVENCIÓN EN FAMILIAS	ASEGURAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LAS FAMILIAS DE HUECHURABA	Acompañar a las familias que presentan algún tipo de alteración y/o riesgo en la dinámica familiar con el fin de activar su protagonismo en el cuidado de su salud	Fomentar la realización de genograma relacional
Fórmula de cálculo	N° de consejerías familiares /N° de familias evaluadas con cartola	IMPLEMENTAR PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR	Número de familias con CNN en tratamiento / N° de familias con CNN detectadas	N°de cartolas familiares con genograma relacional / N° total de familias con cartolas familiares auditadas según protocolo
Verificador	REM P	PROTOCOLO	REGISTRO LOCAL	REGISTRO LOCAL
Meta	25%	100%	20%	30%

7.3. Plan de cuidados comunidad

Para contribuir al desarrollo sostenible de las comunidades, es fundamental conocer las condiciones de vida de la población, siendo importantes la realidad social , económica, política y cultural que finalmente se traducen en un diagnóstico de las determinantes sociales que influyen y son compartidas por sus miembros con lo cual es posible fortalecer la capacidad de la gente de participar en las decisiones que afectan sus vidas, en este caso su propia salud.. En el presente Plan de Salud, se establecen una serie de Objetivos Sanitarios con enfoque en la dimensión de Comunidad, que además permiten fortalecer los objetivos con alcance familiar e individual desde la fuerza del trabajo comunitario.

TABLA 4-67 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO COMUNIDAD 2022-2025

Nivel	COMUNIDAD				
Objetivo Sanitario	Poner en valor la red de activos comunitarios y la oferta multisectorial, como recursos colectivos para la promoción de la salud.	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud.	Favorecer los factores protectores de la comunidad.	Asegurar la calidad de la atención de la salud, la seguridad y vigilancia epidemiológica, en post del mejoramiento de la satisfacción usuaria, la gestión clínica y la acreditación	
Formula de calculo	Establecimiento con mapas de activos actualizados / establecimientos vigentes	Nº de personas que participan en actividades/usuarios inscritos	Nº de personas que participan en actividades/usuarios inscritos	Nº de centros acreditados / Nº de Ces primaria	Nota de satisfaccion usuaria/Nota total posible
Verificador	MAPA PRESCRIBIBLE	REGISTRO LOCAL/REM	REGISTRO LOCAL/REM	ACREDITACION	Encuesta de satisfaccion usuaria
Meta	100%	15%	15%	100%	95%

Fuente: Dirección de Salud

TABLA 4-68 PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA COMUNIDAD 2022

Nivel	COMUNIDAD					
Objetivo Sanitario	Poner en valor la red de activos comunitarios y la oferta multisectorial, como recursos colectivos para la promoción de la salud.	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud.	Asegurar la calidad de la atención de la salud, la seguridad y vigilancia epidemiológica, en post del mejoramiento de la satisfacción usuaria, la gestión clínica y la acreditación	Asegurar la calidad de la atención de la salud, la seguridad y vigilancia epidemiológica, en post del mejoramiento de la satisfacción usuaria, la gestión clínica y la acreditación	Aumentar la proporción de embarazos planificados en la comuna de Huechuraba	Disminuir Riesgos en la salud Integral del adolescente
Objetivo gestion clinica	Diseñar una estrategia de identificación y sensibilización de activos	Avanzar hacia los niveles consultivos de la participación ciudadana en todos los cursos de vida	Asegurar condiciones adecuadas y estandarizadas para la calidad de los planes consensuados	Abordar la satisfacción usuaria desde una mirada integral	Promover la participación de gestantes en conversatorios	Mejorar cobertura de talleres en establecimientos educacionales en temáticas relacionadas en SSR de la comuna de Huechuraba

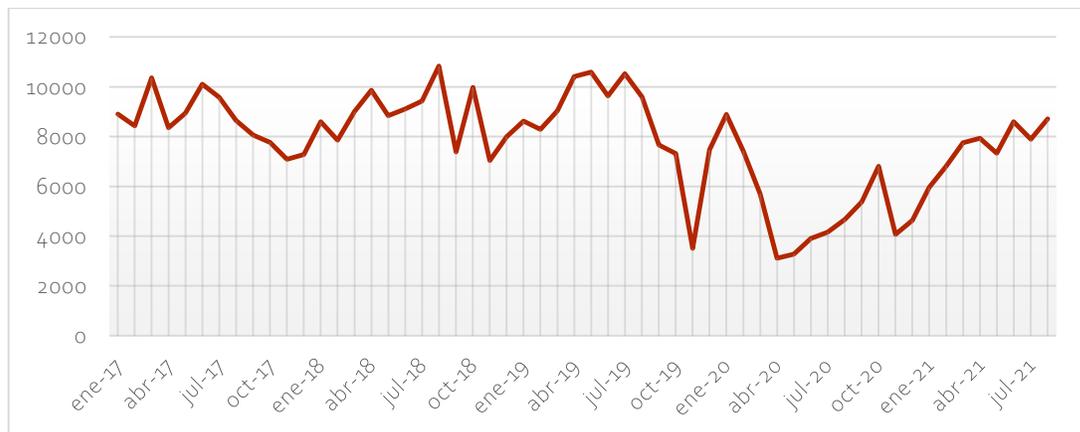
Fórmula de cálculo	Recopilación de activos comunitarios en cada unidad vecinal/Nº de unidades vecinales	Nº de actores que participan / Nº de inscritos por curso de vida infancia	Nº de actores que participan / Nº de inscritos por curso de vida adolescencia	Nº de actores que participan / Nº de inscritos por curso de vida adultez	Nº de actores que participan / Nº de inscritos por curso de vida adultez mayor	Nº total de auditorias que cumplen con el estandar en la población G3/Nº total de auditorias realizadas	Validación de instrumento de satisfacción usuaria	Gestantes que participan en conversatorios/Gestantes Ingresadas	Nº de adolescentes que reciben talleres en temáticas de SSR en establecimientos educacionales de la comuna de Huechuraba/ nº de personas adolescentes matriculados en la comuna de Huechuraba	nº de adolescentes que reciben talleres en temáticas de salud mental en establecimientos de la comuna de Huechuraba/ nº de personas adolescentes matriculados en la comuna de Huechuraba
Verificador	REGISTRO LOCAL	REGISTRO LOCAL	REGISTRO LOCAL	REGISTRO LOCAL	REGISTRO LOCAL	REGISTRO LOCAL	Medición de Satisfacción Usuaría	REGISTRO LOCAL	REM	REM
Meta	100%	3%	2%	1%	5%	100%	100%	15%	10%	10%

Fuente: Dirección de Salud

8. Gestión de la demanda y Resolutividad local

Durante la compleja situación que ha significado el brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19), Gestionar la Oferta comunal de prestaciones y la demanda por atención de usuarios ha concentrado los esfuerzos en términos de cautelar el acceso a la atención mediante diversas estrategias de dación de horas y gestión de agenda, se elaboró un Plan de contingencia y además se actualizó el Plan de Gestión de demanda comunal. Junto con ello, la puesta en marcha del nuevo CESFAM Dr. Víctor Castro Wiren y la progresiva superación de las restricciones sanitarias han permitido retomar niveles de atención cercanos a un año normal:

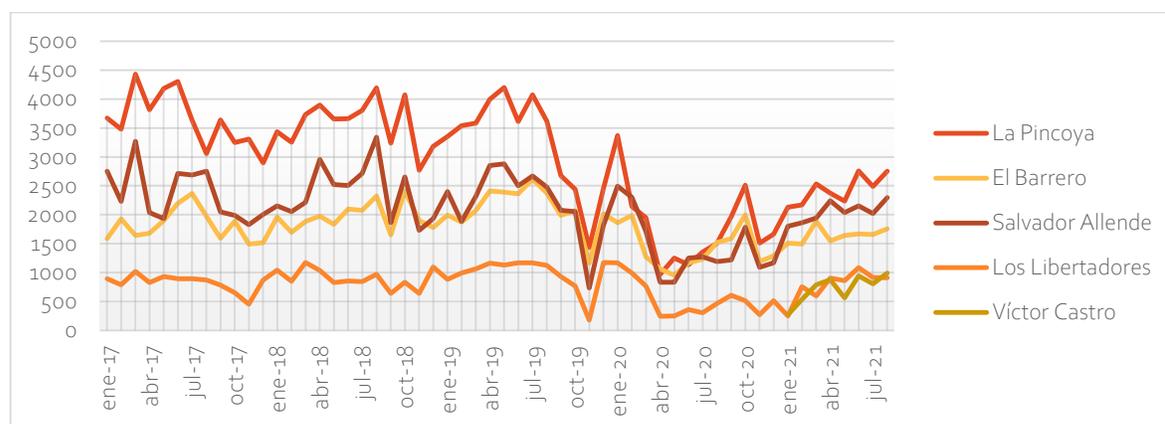
GRÁFICO 4-44 NÚMERO DE CONSULTAS Y CONTROLES POR MES ENERO 2017-SEPTIEMBRE 2021



Fuente: registro estadístico mensual

Si se analiza la tendencia en las atenciones por Centro de Salud, se evidencian comportamientos similares en las curvas de atención en los mismos períodos de tiempo:

GRÁFICO 4-45 NÚMERO DE CONSULTAS Y CONTROLES POR MES ENERO 2017-SEPTIEMBRE 2021, POR CENTRO DE SALUD



Fuente: registro estadístico mensual.

Como se evidencia en la gráfica, el número de atenciones en Huechuraba se ha visto mermada fuertemente durante el transcurso de la actual pandemia particularmente en las épocas de confinamiento. No obstante, se evidencia también una recuperación de las atenciones en el primer semestre de este año. Lo dinámico de este comportamiento requiere flexibilidad y adaptación en la oferta, por este motivo, en el presente apartado se describen los distintos procesos que han permitido dar una respuesta oportuna a la demanda en salud.

En términos operativos, la atención primaria evidencia mejoras significativas en la cobertura y acceso universal. Junto con ello, promueve la atención integral, la prevención, promoción; conoce y planifica sus acciones desde las familias insertas en su territorio, entre otros elementos, dado el carácter de proximidad propio del gobierno local. Sin embargo, en el tránsito hacia otros niveles de la red se evidencian dificultades como la falta de oportunidad y continuidad en la atención que han repercutido en la acumulación de listas de espera, transformándose en un problema estructural del modelo de salud. Tanto las acciones propias de la APS, como la fragmentación de la red, se han acrecentado por la Emergencia Sanitaria.

En términos de Gestionar y conocer la demanda en salud, se abordarán los siguientes puntos:

- Comités de Gestión de demanda
- Gestión de Interconsultas y pertinencia en la derivación
- Programas de Resolutividad
- Gestión de Listas de Espera NO GES

8.1. Comités de Gestión de demanda

Los establecimientos de la red comunal han conformado sus comités de gestión de la demanda con el objetivo de optimizar la resolutividad, mejorar la pertinencia en la derivación y añadir valor en la cadena de registros de la referencia y contra-referencia a especialidades, en el ámbito GES y NO GES. En esa línea, resultó fundamental profundizar el trabajo realizado y concretar un plan de acción que permitiera levantar brechas y resolver nodos críticos.

Como refuerzo a la gestión de demanda se destinan horas de profesionales para asegurar la continuidad de la atención de los usuarios/as GES y el cumplimiento de las garantías explícitas de los pacientes de las distintas patologías que se atienden en los establecimientos de salud, como también, de la articulación con la red asistencial

establecida por la autoridad sanitaria. Cada centro de la red comunal de salud (CESFAM, CECOSF, COSAM, SAPU y SAR) cuenta con un encargado GES RED responsable.

Los Comités sesionan periódicamente y cuentan con la participación de un equipo interdisciplinario, compuesto por:

- Director/a del Establecimiento
- Médico/a Triadora
- Odontólogo/a Triadora
- Matrón/a Triadora
- Referentes de Registros GES y NO GES
- Jefe/a de SOME
- Encargado/a GES-RED.

Los equipos han ido integrando a otros actores relevantes, según los requerimientos particulares y el enfoque directivo asociado. Las reuniones se vieron afectadas durante los momentos más complejos de la Pandemia, sin embargo, se han retomado con normalidad en los últimos meses. La importancia del trabajo que han levantado los comités radica en temas relevantes para la gestión:

- Aplicación Plan de contingencia COVID-19: Dación de horas, reorganización oferta, Gestión de agenda, protocolos sanitarios.
- Actualización Plan Gestión de demanda comunal
- Difusión y aplicación Protocolos de referencia y contra-referencia de la Red.
- Análisis de datos estadísticos: Porcentaje de derivación al nivel secundario, pertinencia de la derivación al nivel secundario, número de casos y promedio de días de espera por continuidad de atención, monitoreo de garantías GES.
- Estrategias de resolución de Lista de Espera de Especialidades Médicas no GES.
- Estrategias de resolución de Lista de Espera de Procedimientos.
- Lista de Espera GES (garantías vigentes y vencidas).
- Contraloría Clínica (triage, no pertinentes locales, devoluciones).

Por otra parte, mediante el programa Ministerial de Resolutividad, se ha trabajado en gestionar las listas de espera de Oftalmología (UAPO) y Otorrinolaringología (UAPORRINO). En el período 2021 se visualizan significativos avances en términos de flujos para gestión y registro de listas de espera de procedimientos de apoyo diagnóstico mediante el Sistema de Registro de la Red Asistencial Norte SIDRA. Este avance se materializa en las prestaciones de Cirugía Menor Ambulatoria, Mamografías, Ecotomografías y Endoscopia Digestiva Alta, orientando las acciones y recursos al oportuno acceso de nuestros usuarios a la atención en salud.

8.2. Gestión de interconsultas y pertinencia en la derivación

La gestión de Interconsultas resulta un proceso fundamental en la cadena de valor del proceso de referencia. Por esta razón, se ha reforzado con los equipos, mediante los Comités de Gestión de la demanda, el rol protagónico que cumplen en propender al tránsito oportuno y correcto de nuestros usuarios y usuarias en la red de salud.

Con el ánimo de abordar la pertinencia en la derivación se monitorea el porcentaje de interconsultas que son visadas por profesional contralor, vale decir se mide el nivel de pertinencia en box y la correcta emisión de Solicitudes de Interconsulta al nivel secundario.

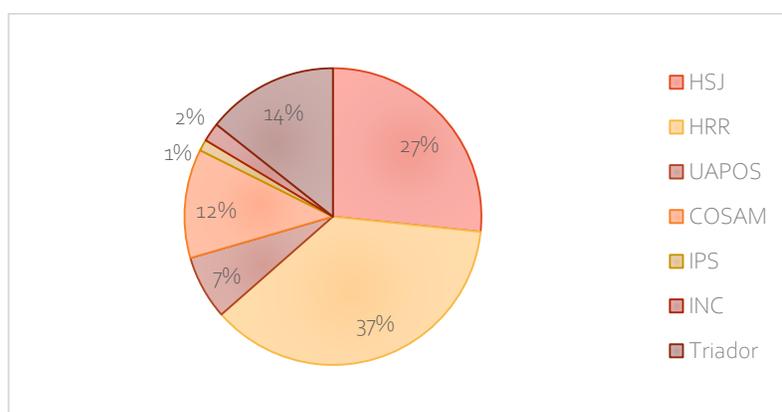
TABLA 4-69 NÚMERO DE INTERCONSULTAS EMITIDAS EN COMPARACIÓN AL NÚMERO DE INTERCONSULTAS NO PERTINENTES

Año SIC	Total Emitidas	Manejo en APS	%	Causal 14	%	Eliminadas	%
2018	11800	239	0,02	254	0,02	473	0,04
2019	14003	249	0,02	166	0,01	253	0,02
2020	10417	129	0,01	104	0,01	201	0,02
2021	15120	336	0,02	148	0,01	380	0,03

Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

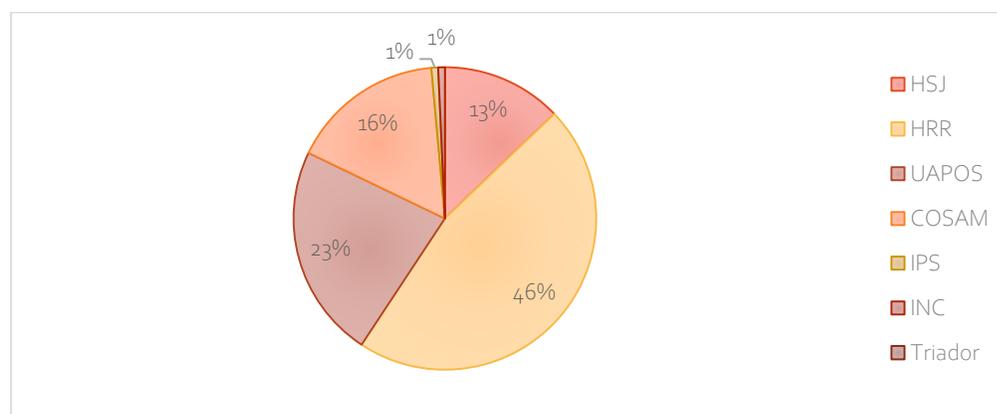
Se observa una disminución de las solicitudes de interconsulta durante el período 2020, aumentando las derivaciones durante el presente año. Considera derivaciones a todos los establecimientos por consulta nueva de especialidad y procedimientos. En la tabla se detalla el consolidado comunal de las SIC enviadas a manejo en APS (No corresponde derivación al nivel secundario), egresos por causal 14 (No pertinente en el destino) y SIC eliminadas (derivaciones erróneas). En términos generales el % de no pertinencia no es significativo. Con el ánimo de obtener información relevante para la gestión se detalla los egresos por causal 14 por centro de origen y destino.

GRÁFICO 4-46 ANÁLISIS EGRESOS CAUSAL 14 POR ESTABLECIMIENTO DE DESTINO 2018-2021, CESFAM LA PINCOYA



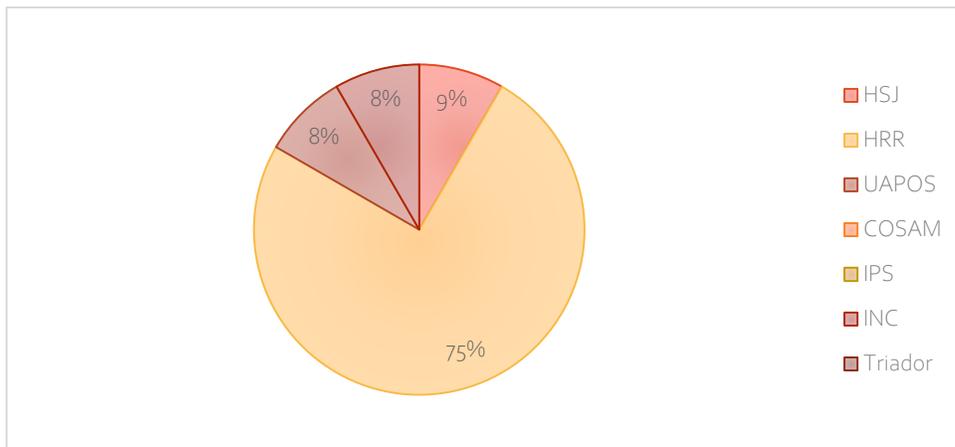
Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

GRÁFICO 4-47 ANÁLISIS EGRESOS CAUSAL 14 POR ESTABLECIMIENTO DE DESTINO 2018-2021, CESFAM EL BARRERO



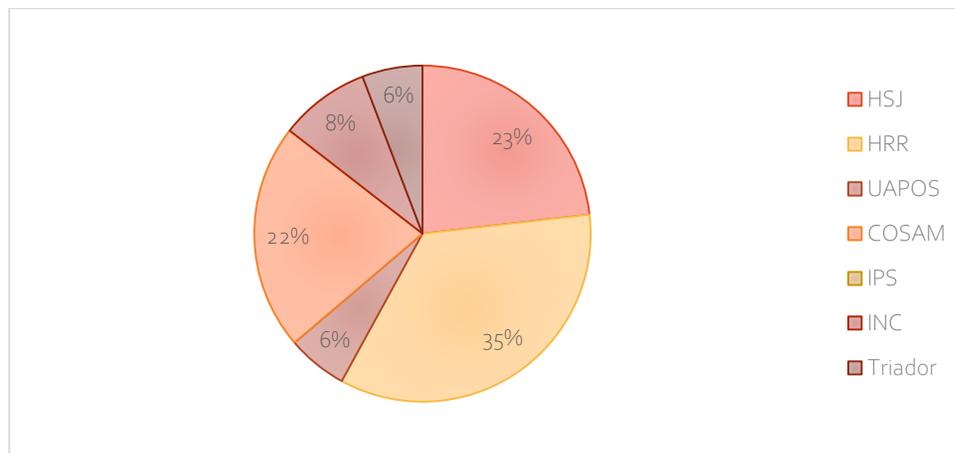
Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

GRÁFICO 4-48 ANÁLISIS EGRESOS CAUSAL 14 POR ESTABLECIMIENTO DE DESTINO 2018-2021, CESFAM DR. SALVADOR ALLENDE



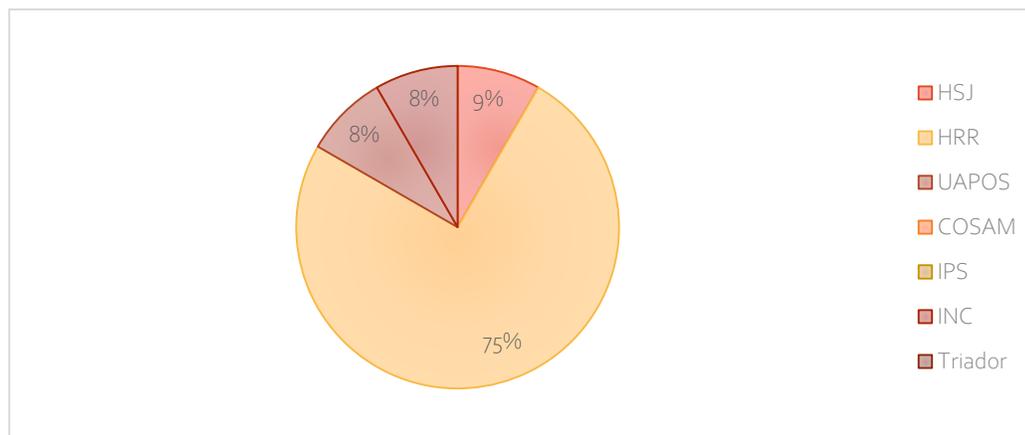
Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

GRÁFICO 4-49 ANÁLISIS EGRESOS CAUSAL 14 POR ESTABLECIMIENTO DE DESTINO 2018-2021, CECOSF LOS LIBERTADORES



Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

GRÁFICO 4-50 ANÁLISIS EGRESOS CAUSAL 14 POR ESTABLECIMIENTO DE DESTINO 2018-2021, CESFAM DR. VÍCTOR CASTRO



Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

8.3. Gestión de lista de espera en red

Con el objeto de potenciar la resolutivez local, se ha diseñado una estrategia para contribuir a la disminución de Listas de Espera de Especialidades en conjunto al Hospital San José y Hospital Roberto del Río. Es de conocimiento público que las listas de espera son una problemática de carácter estructural del modelo de salud, por ello, esta coordinación se ha fortalecido y ha ido mutando a un modelo de gestión que se formaliza en el plan de gestión de demanda comunal. Se incorporan orientaciones técnicas de gestión de listas de espera, destinadas al fortalecimiento de la red, así como también, favoreciendo la participación de los equipos y el trabajo coordinado del intersector para mejorar los estándares de calidad y responder a las necesidades manifestadas por los usuarios de nuestra comuna y objetivos del PLADECO. Durante el período 2017-2021 se han implementado atenciones de especialidades en APS, coordinaciones para atenciones en el Hospital y Atenciones de Telemedicina de Especialidades.

8.4. Gestión de Listas de Espera NO GES

En el trabajo de abordar la gestión en salud, por ciclo vital, resulta importante visualizar las listas de espera por Especialidad y Establecimiento de destino:

TABLA 4-70 SIC PENDIENTES DE ATENCIÓN DE USUARIOS ENTRE 0 Y 9 AÑOS HOSPITAL SAN JOSÉ 2015-2021.

Especialidad de destino Hospital San José	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total general
Cirugía bucal (odontológica)				4	2	6	6	18
Endodoncia (odontológica)							3	3
Odontopediatria (odontológica)	1	5	7	10	20	24	35	102
Ortodoncia (odontológica)				12	45	27	61	145
Patología oral (odontológica)						2		2
Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial (odontológica)				1	1	1		3
Total general	1	5	7	27	68	60	105	273

Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

TABLA 4-71 SIC PENDIENTES DE ATENCIÓN DE USUARIOS ENTRE 0 Y 9 AÑOS HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO 2012-2021.

Especialidad de destino Hospital Roberto del Río	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total general
Broncopulmonar (medica)				1			5	4	1	1	12
Cardiología (medica)			1				4	2		5	12
Cirugía buco maxilofacial (odontológica)								1		1	2
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial (medica)								2			2
Cirugía infantil (medica)			1		2	3	19	8	1	12	46
Cirugía plástica (medica)								1		1	2
Dermatología (medica)			5	2		1	32	13	4	11	68
Endocrinología (medica)								3		4	7
Gastroenterología (medica)							10	1		4	15
Ginecología (medica)				1							1
Hematología (medica)				2	1	1	2				6
Infectología (medica)			1				1				2
Nefrología (medica)					1		2	2			5
Neurocirugía (medica)							1	1	1	3	6
Neurología (medica)		1		1		2	23	5		19	51
Nutrición (medica)							2			1	3
Odontopediatria (odontológica)								2			2
Oftalmología (medica)				1		1	23	17	18	58	118
Oncología (medica)							1				1
Otorrinolaringología (medica)			1			3	11	66	27	41	149
Pediatría (medica)						1	3	2	1	2	9
Psiquiatría (medica)				3		1	1				5
Traumatología (medica)			1	1			8	3	2	15	30
Urología (medica)	1			1		2	2	1	1	4	12
Total general	1	1	10	13	4	15	150	134	56	182	566

Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

Con el objeto de contribuir al trabajo coordinado en red con énfasis en la Resolutividad se inició un trabajo con el Hospital Roberto del Río con el objeto de fortalecer el manejo, tratamiento y derivación mediante consultorías de especialidades que presentan los niveles más bajos de pertinencia. La idea es replicar las experiencias de coordinación desarrolladas con el Hospital San José. Así también se está trabajando para reducir las listas de espera en Oftalmología y Otorrino en las UAPO de la comuna. Se han retomado paulatinamente estas estrategias debido a los avances en términos de la emergencia sanitaria.

TABLA 4-72 SIC PENDIENTES DE ATENCIÓN DE USUARIOS ENTRE 10 Y 19 AÑOS HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO 2021-2021.

Especialidad de destino Hospital Roberto del Río	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Broncopulmonar (medica)						1	2	1			4
Cardiología (medica)								2	2	3	7
Cirugía bucal (odontológica)									1	1	2
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial (medica)							1				1
Cirugía infantil (medica)	2	1		1	5		8	3		1	21
Cirugía plástica (medica)								1			1
Dermatología (medica)	4	1	10			1	14	11		2	43
Endocrinología (medica)	1	1	2							3	7
Extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión: -cabeza, cuello, genitales, hasta 3 lesiones.										1	1
Gastroenterología (medica)		1	2		1		2			1	7
Ginecología (medica)					1		1				2
Hematología (medica)				3	1	1	3				8
Nefrología (medica)	1		1				4				6
Neurología (medica)		4	3	1			7		1	2	18
Nutrición (medica)			1								1
Oftalmología (medica)	1	4	3			6	83	32	10	52	191
Otorrinolaringología (medica)	9	2	3	2	1	1	13	37	13	20	101
Pediatría (medica)					2						2
Psiquiatría (medica)				2		2	5				9
Reumatología (medica)				1							1
Traumatología (medica)	1				1	1	13	3		8	27
Urología (medica)						1	1		1	4	7
Total general	19	14	25	10	12	14	157	90	28	98	467

Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

TABLA 4-73 SIC PENDIENTES DE ATENCIÓN DE USUARIOS ENTRE 10 Y 19 AÑOS HOSPITAL SAN JOSÉ 2021-2021

Especialidad de destino Hospital San José	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total general
Cardiología (medica)							2	2
Cirugía abdominal (medica)				1	1	4	3	9
Cirugía adulto (medica)				3	4	1		8
Cirugía bucal (odontológica)	2	1		10	20	16	44	93
Cirugía buco maxilofacial (odontológica)					1	1	4	6
Cirugía proctológica (medica)						3		3
Cirugía tórax (medica)						1		1
Dermatología (medica)				1	2		1	4
Endocrinología (medica)					7	2	6	15
Endodoncia (odontológica)	1	3	7	11	19	11	33	85
Extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión: - cabeza, cuello, genitales, hasta 3 lesiones.							1	1
Gastroenterología (medica)				1	1	2	1	5
Ginecología (medica)						1	1	2
Hematología (medica)					1			1
Medicina interna (medica)					1	1	1	3
Nefrología (medica)					2		1	3
Neurología (medica)			1	3	6	3	3	16
Obstetricia (medica)							2	2
Odontopediatria (odontológica)	2		1	1		1	2	7
Oftalmología (medica)					1			1
Ortodoncia (odontológica)	1	6	12	61	139	41	34	294
Otorrinolaringología (medica)					1		2	3
Patología oral (odontológica)					2	1		3
Rehabilitación: prótesis fija (odontológica)					3			3
Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial (odontológica)		2	2	3	12	5	11	35
Traumatología (medica)				1	11	7	10	29
Urología (medica)						2	2	4
Total general	6	12	23	96	234	103	164	638

Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

En el ciclo de adolescentes de 10 a 14 años, el establecimiento de referencia corresponde al Hospital Roberto del Río. En relación al ciclo de adolescentes de 15 a 19 años, la referencia es hacia el Hospital San José. En este caso se han desarrollado instancias de coordinación mediante Videoconferencias y Atención de Especialistas en APS. Además, se gestionó un flujo más expedito de los adolescentes a la UAPO y UAPORRINO comunal.

TABLA 4-74 SIC PENDIENTES DE ATENCIÓN DE USUARIOS ENTRE 20 Y MÁS AÑOS HOSPITAL SAN JOSÉ 2012-2021.

Especialidad de destino Hospital San José	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total general
Broncopulmonar (medica)						2	6	21	21	41	91
Cardiología (medica)							5	27	39	111	182
Cirugía abdominal (medica)			1	10	24	22	83	184			762
Cirugía adulto (medica)			51	45	67	68	85	58			382
Cirugía bucal (odontológica)		2		5	20	46	64	127		20	566
Cirugía buco maxilofacial (odontológica)		1									10
Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial (medica)								9	45	37	91
Cirugía de mama (medica)							2			1	3
Cirugía plástica (medica)			1				1	8	8	9	27
Cirugía proctológica (medica)			9	6	7	4	14	22	31	21	114
Cirugía tórax (medica)								2	1	2	5
Cirugía vascular periférica (medica)	5	14	19	20	44	33	53	51	42	54	335
Dermatología (medica)						1	18	17	7	22	65
Ecografía abdominal										2	2
Endocrinología (medica)		1			2	18	22	89	66	103	301
Endodoncia (odontológica)				11	10	20	33	56	85	246	461
Enf. Transmisión sexual (medica)				18	22		3				43
Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)								1		4	5
Gastroenterología (medica)						11	37	57	60	69	234
Geriatría (medica)							1				1
Ginecología (medica)			1	11	17	14	37	175	108	179	542
Hematología (medica)							2	10	15	24	51
Implantología buco-maxilo facial (odontológica)					3	8	30	65	32	28	166
Med. física y rehabilitación (medica)								36	68	26	130
Medicina interna (medica)							2	12	23	26	63
Nefrología (medica)						5	15	26	20	38	104
Neurocirugía (medica)					9	11	11	26	30	69	156
Neurología (medica)				3	30	36	81	132	102	89	473
Obstetricia (medica)							1	5	3	27	36

Odontopediatria (odontológica)					1						1
Oftalmología (medica)				1	15	12	32	20	8	17	105
Ortodoncia (odontologica)								1			1
Otorrinolaringología (medica)					9	15	40	165	116	171	516
Patología oral (odontológica)							2	7	5	10	24
Periodoncia (odontologica)				1	1	6	11	66	26	63	174
Rehabilitación: prótesis fija (odontologica)				5	4	11	6	40	25	39	130
Rehabilitación: prótesis removible (odontologica)				6	6	14	63	169	69	172	499
Reumatología (medica)						3	24	64	46	76	213
Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial (odontologica)				2	3	27	33	40	38	50	193
Traumatología (medica)		1	1			2	61	342	211	270	888
Urología (medica)		1				1	4	8	31	220	265
Total general	5	40	83	144	294	390	882	2138	1704	2730	8410

Fuente: reporte SIDRA todos los establecimientos de origen comuna Huechuraba al 20.10.21

La referencia del ciclo de adulto y adulto mayor (20 y más años) corresponde al Hospital San José. En los últimos años se ha desarrollado una coordinación con este establecimiento con el objetivo de profundizar el trabajo en red y a la Resolutividad como sistema sanitario, lo que se tradujo en experiencias exitosas de reducción de listas de espera en las especialidades de traumatología, otorrinolaringología y medicina Interna. Además, se han desarrollado con éxito las consultorías virtuales, que durante la contingencia sanitaria han apoyado a los equipos en la referencia de usuarios y priorización de atenciones, junto con la reciente estrategia de Telemedicina Especialidades.

8.5. Gestión GES

La gestión de la provisión de las prestaciones definidas anualmente, por la Ley N°19.966, en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es un importante desafío para las Redes Asistenciales, responsables de asegurar el acceso de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a esas prestaciones. La Atención Primaria, junto a los Servicios de Urgencias y Hospitalarios, son la instancia de la Red Asistencial en que se origina la demanda y es responsable de mantener el equilibrio entre la oferta de atenciones del sistema de garantías explícitas (GES) y de la oferta del régimen general de garantías (Ley 19.966).

En este contexto, para la Red Asistencial, son procesos especialmente importantes: la sospecha fundada, el tratamiento según protocolo y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad tecnológica. La definición de los procesos clínicos realizada para responder a las garantías explícitas, ha permitido avanzar en una metodología que es aplicable a cualquier problema de salud y que consiste, en determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, definir las brechas de equipamiento, infraestructura y capacitación de los Recursos Humanos y estimar las inversiones que son necesarias para corregir dichas brechas. Estos aspectos deben formar parte de la planificación para la entrega de Servicios de Salud en la Red Asistencial. Así mismo la Gestión de Garantías Explícitas requiere de una organización específica de funciones que buscan velar por el cumplimiento de las garantías, dicha organización debe considerar más que el cargo en lo estructural, el cumplimiento de la función que se deberá asociar a aquel agente de la estructura existente que más contribuya a cumplirlo. En esa línea, y como se mencionó en el apartado de los Comité de Gestión de demanda, nuestra comuna ha potenciado la Gestión Ges, con un equipo de profesionales GES RED coordinar, supervisar y controlar el cumplimiento de las garantías explícitas de los pacientes de las distintas patologías GES que se atienden

en los Establecimientos de Salud de la comuna de Huechuraba, velando por el cumplimiento clínico y administrativo, como también, de la articulación con la Red asistencial establecida por la Autoridad Sanitaria.

La evaluación del estado de cumplimiento de las garantías de cada establecimiento de salud, resulta de vital importancia, ya que permite conocer la situación de cumplimiento dentro de lo establecido por la ley e identificar oportunamente los riesgos de incumplimientos.

9. Plan de acción COVID

A continuación, se presentan las acciones y medidas adoptadas para afrontar la pandemia por COVID-19, en Huechuraba.

9.1. Prehospitalización

En contexto del enfrentamiento de la Pandemia COVID19 durante los meses de mayor demanda asistencial y abordando la necesidad de mejorar la gestión del flujo de atención de los usuarios en atención primaria, que producto del agravamiento de su estado de salud, requiere ser trasladado a un centro hospitalario, resulta imperioso implementar estrategias que permitan integrar y coordinar dichas derivaciones de manera eficiente y oportuna. Para este efecto y en contexto de los prolongados tiempos de espera que se suscitaron en los meses más complejos de la pandemia fue necesario reconvertir recintos de los centros de salud con capacidad de proveer cuidados respiratorios para acoger y dar continuidad en la atención de los vecinos en espera de derivación y cupo hospitalario, para esto se realizaron prehospitalaciones en los diferentes dispositivos de la red APS Huechuraba, que dieron dignidad y calidad de atención a nuestros vecinos en espera de hospitalización en los distintos dispositivos de atención primaria habilitando para estos fines las siguientes dependencias. Con esto se ofertó una capacidad de prehospitalización a local con cupo para 14 vecinos simultáneamente y reconversión a box de atenciones en zona aislamiento de 13 box de atención.

9.2. Fono COVID y Televigilancia

Estrategias de orientación telefónica de los pacientes contagiados y sus familias atendido durante 12 horas diarias por profesionales de salud entrenados en vigilancia epidemiológica. Estrategia que actualmente desempeña una labor informativa y crucial para el apoyo de la población, ya que permite gestionar ayudas sociales según la necesidad detectada y expresada por pacientes y sus familias, además de orientar a la población que actualmente está siendo trazada por la SEREMI de salud. Esta estrategia junto a la de Televigilancia funcionaron en paralelo y hasta fines de septiembre 2021, estrechamente ligadas y utilizando el mismo sistema de información y luego a contar de marzo 2021, la plataforma de registro ALACER. La Televigilancia permitió llevar la trazabilidad por sobre los indicadores establecidos a nivel nacional por el MINSAL, logrando una red de conocimiento de los casos comunales y una conexión territorial entre los casos confirmados, sus familias y los centros de salud disponibles según territorio. Además de una mayor fluidez a la hora de pesquisar urgencias, ya que conectaron a los usuarios con los centros de urgencia para prestar ayuda asistencial en caso de ser necesario.

En la siguiente tabla se muestra la cantidad de llamadas realizadas y visitas domiciliarias por el equipo de Televigilancia en el periodo julio 2020 a septiembre 2021

TABLA 4-75 ATENCIONES POR ESTRATEGIA DE TELEVIGILANCIA – EQUIPO TTA 2020-2021

ATENCIÓN	CANTIDAD
Llamadas de seguimiento clínico de casos sospecha, confirmados, probables y contactos estrechos	69.499
Visitas domiciliarias a casos sospecha, confirmados, probables y contactos estrechos	684
Estudios de contactos a casos confirmados	5762
Estudios de contacto a casos probables	1801

Fuente: Registro comunal, DEPSA

En la siguiente tabla se presentan los principales focos de contagio determinados en los llamados de seguimiento a los casos confirmados y probables ingresados a la plataforma ALACER desde abril 2021 a septiembre 2021.

TABLA 4-76 FOCOS DE CONTAGIO DETERMINADOS POR TRAZADORES COMUNALES EN LLAMADO DE SEGUIMIENTO EN CONTEXTO DE IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIA TTA

Foco de contagio	Caso Confirmado	Caso Probable
Desconocido	1498	104
Familiar	1078	1134
Trabajo	486	89
Social	276	65
Transporte Público	178	9
Escolar	15	3
Hospitalario	106	4
Extranjero	6	1

Fuente: Registro comunal, DEPSA

A pesar de que la trazabilidad de los casos confirmados y probables quedó en manos de la SEREMI de salud a partir del 01 de octubre 2021, se decidió continuar con un llamado informativo durante la cuarentena de los casos confirmados, probables y sospechas por rechazo de toma de muestra para mantener la conexión de los centros con la población bajo su territorio, ayudando a orientar, educar e informar a la población acerca de las prestaciones comunales disponibles y los flujos correspondientes.

9.3. Prestaciones a lo largo de la evolución del plan paso a paso de MINSAL

9.3.1. Difusión por redes sociales comunales

Los canales de comunicación en las plataformas de redes sociales han permitido el mantener redes de apoyo y de difusión de información, lo cual ha sido vital en los periodos de mayor aislamiento, logrando llegar a mayor número de vecinos y acercando a las comunidades a las gestiones y actividades que se realizan en la comuna.

Desde el punto de vista del contexto pandemia, las redes sociales en sus diversas plataformas como lo son FACEBOOK, INSTAGRAM, WHATSAPP, han logrado informar acerca de los puntos de tomas de muestras de búsqueda activa, dar información sobre los centros de vacunación, sus horarios, los números de FONOCOVID, el visualizar las medidas de protección, el entregar medidas de cuidados al inicio de la pandemia donde la información era lo más escaso. Además, de en algunos casos, ser un enlace para resolver dudas y atender solicitudes de la

comunidad, dando paso a nuevos canales de atención que van de la mano con la era tecnológica que se está viviendo y que permitió hacer que el distanciamiento sea solo físico y no social.

9.3.2. Dación de horas

Con el transcurso de la pandemia por COVID-19, la atención de usuarios se ha realizado tras un Triage con apoyo de profesionales kinesiólogos y TENS aplicando protocolo adaptado. Derivando según requerimiento a atenciones en aislamiento COVID-19, a morbilidades médicas, odontológicas, ginecológicas, controles de salud o controles de pacientes crónicos en los sectores que corresponda según cada centro.

Telefónicamente línea 800 habilitada para la dación de horas a pesar de su intermitencia de funcionamiento. Igualmente se gestionan atenciones a través de requerimientos vecinales, mejor municipio e información por parte de estrategia comunal de ex trazadores y FONOCOVID. Asimismo, usando las TICs se mantiene en constante comunicación con dirigentes sociales para mantener informada a la comunidad frente a todas las acciones de salud. En este punto resulta relevante la coordinación con la comunidad y movilización de los activos comunitarios (mediante el dispositivo de fono WhatsApp territorial), para detección de casos, requerimientos de atención domiciliaria, control social epidemiológico, acciones preventivas y toma de testeo en puntos comunitarios, ya que existen llamados de dirigentes y otro/as vecinas/os, que solicitan hora para adultos mayores con dificultades de desplazamiento o que por morbilidad no pueden acceder, ahí se revisa historia clínica y se da hora vía telefónica.

La monitorización de usuarios COVID-19 de los centros de salud, está a cargo de los encargados de epidemiología, quienes coordinan agendas con Jefes de SOME para distintos requerimientos de estos usuarios.

Sector Transversal cuenta con oferta de agenda para prestaciones toma de muestras de exámenes, curaciones, y procedimientos.

Se están realizando estrategias domiciliarias de apoyo COVID-19 y No COVID-19 y son coordinadas y agendadas entre Jefes SOME y Jefes de Sector de acuerdo a los requerimientos de manera semanal.

Se reestablecen convenios de procedimientos diagnósticos, horas que se asignan desde CESFAM.

9.3.3. Atenciones presenciales

Con el avance de fase en el plan paso a paso, se dio paso a la presencialidad, dando cabida a la apertura y creación de agenda del personal que atiende tanto presencial como remotamente. Presencialmente se da atenciones de morbilidades médicas, atenciones de usuarios crónicos planificación familiar, diadas, clínicas de lactancia, ingresos de embarazos, de urgencia dental y controles cero, CNS, CJS, controles cardiovascular, exámenes de laboratorio, curaciones, procedimientos, despacho de alimentos, vacunación de programa, ECG, atenciones de ginecólogo, ingresos y controles de salud mental, controles ERA, IRA, ingresos de sala CCR, sala estimulación, ecografías ginecológicas, consejerías Químico Farmacéutico, consultas sociales, EMPA y EMPAM, programa MAS, atenciones Chile Crece Contigo, UAPO, UAPORRINO, Sala RBC, entrega de órtesis.

Se realizan extensiones horarias con atenciones médicas, ginecológicas, dentales y farmacia entre otras. Se continúan programando visitas domiciliarias de población mayor y postrados, además de despacho de fármacos y PACAM. Además, se mantienen box de aislación para atención de sospechas COVID-19 o complicaciones de éstas. Se realiza vacunación extramural COVID-19 y campañas por programa.

Se mantienen actividades de Búsqueda Activa de casos a través de toma de PCR en comunidad con estrategias locales y apoyando a SEREMI.

9.3.4. Atenciones remotas

Dependiendo del caso, se puede dar seguimientos de programas, entregar acompañamiento de salud mental, atenciones de casos COVID-19, trazabilidad, Chile Crece Contigo, talleres y algunas actividades de promoción y participación.

Recetas para casos específicos y elaboración de licencias médica vía remota y certificados de aislamiento.

9.4. Reorganización de infraestructura en los centros de salud

Desde la entrada principal del Centro, usuarios ingresan, se realiza control de temperatura, existe un punto de dispensación de alcohol gel y desinfección de calzados. En este punto se realiza un Triage, indicándole el mesón o sala de espera a la que debe acudir para solicitar su hora, o admisionarse para la atención. Se determina una entrada para funcionarios y otra para usuarios del centro.

Se implementa en mesones de atención separaciones acrílicas para proteger a personal SOME y de despachos de fármacos y alimentos. Además de demarcaciones en suelo, para mantención de distancia social requerida.

Se distribuyen elementos de protección personal para funcionarios de atención directa, como overoles, escudos faciales entre otros, con renovación de aquellos que presenten deterioro

En CESFAM La Pincoya, el Sector Transversal del CESFAM cuenta con zona aislamiento COVID-19 para atención médica y toma de muestras PCR. Atenciones de salas IRA y ERA establecidas en primer piso con circulación diferenciada de usuarios con sospecha.

Se dispone de ambulancia para requerimientos de traslado de pacientes aplicando protocolos de prevención de contagio COVID-19 según corresponda

Para funcionarios se cuentan con dos espacios habilitados para horarios de colación con distanciamiento y mica separadora. Además, se agrega toldo en patio interno para adaptar nuevo espacio de almuerzo.

En CESFAM El Barrero, se dispone de un sector aislado para la atención de usuarios/as con sintomatología respiratoria, COVID-19 o posibles sospechas, corresponde al segundo box del 2º piso del sector azul, los cuales están próximos al auditorio, el que se utiliza como sala de espera, donde se ha dispuesto de un SOME Respiratorio. Los usuarios/as transitan por una escalera exclusiva que los lleva directamente al auditorio, en ese lugar esperan hasta que son atendidos por el médico. Existen cierres de espacios para evitar la circulación de estos usuarios por otros lugares del centro de salud. Respecto de lo anterior, usuarios/as respiratorios se les entrega en el mismo box médico los medicamentos prescritos en SISFAR, evitando el tránsito e interacción con usuarios/as no respiratorios. Se mantiene distanciamiento social en todas salas de espera, con asientos diferenciados.

Se habilita en patio interior un segundo comedor para funcionarios/as, con separaciones acrílicas instaladas en mesas.

En CESFAM Dr. Salvador Allende G., se reorganiza el ingreso distribuyendo tres entradas diferenciadas. Una para consultas de morbilidad; un segundo ingreso para retiro de medicamentos y un área exclusiva de aislamiento para casos consignados como sospecha.

Cuenta con señaléticas conductoras para orientar, facilitar el desplazamiento y resguardar el distanciamiento social de los usuarios

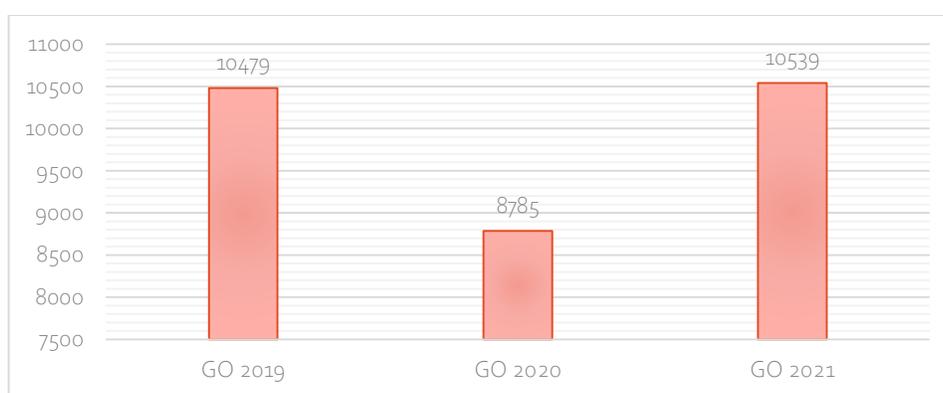
En CESFAM Dr. Víctor Castro W., si un usuario refiere que tiene sintomatologías respiratorias o referentes a COVID-19, ingresa por costado del CESFAM a sala de aislamiento. Existen zonas diferenciadas, en primer piso está el área de vacunación y por la parte posterior del CESFAM el área de aislamiento, en segundo piso se concentran las atenciones de morbilidad y crónicos.

Se mantiene una correcta ventilación, dejando ventanas abiertas, se mantiene distanciamiento social en sala de espera, con asientos diferenciados. En SOME se prioriza distanciamiento social, existe un acrílico que separa al público de los administrativos, además estos cuentan con todas las EPP necesarias, al igual que en los otros CESFAM y el CECOSF Los Libertadores

9.5. Cuidado a los funcionarios

Desde el inicio de la pandemia se ha puesto especial énfasis en obtener los insumos y elementos de protección personal para los funcionarios del Departamento de Salud, así como también vecinos de la comuna que se atienden en los distintos centros, así como establecer protocolos internos de atención, flujos COVID-19, implementación de señalética, implementación de protecciones para mesones de atención y zonas de alimentación, adecuación de boxes y zonas de esparcimiento, delimitación de aforos y espacio comunes.

GRÁFICO 4-51 GARANTÍAS CERRADAS PERÍODO 2019-2021, COMUNA HUECHURABA



Fuente: reporte SIGGES garantías cerradas comuna Huechuraba al 30.09.21

Al observar el gráfico anterior, se evidencia un aumento del total de garantías cerradas en el año 2021 con 10.539 casos resueltos en la Atención Primaria de Salud en comparación de los 8.785 casos del período 2020, donde se observó una importante disminución de Garantías creadas.

TABLA 4-77 GARANTÍAS CERRADAS PERÍODO 2021, POR ESTABLECIMIENTO

Establecimiento	Cumplida	Exceptuada	Incumplida	Total general
Centro Comunitario de Salud Familiar Los Libertadores	1092	69	8	1169
Centro de Salud Familiar Dr. Salvador Allende Gossens	2289	104	28	2421
Centro de Salud Familiar Dr. Victor Castro Wiren	1687	34	3	1724
Centro de Salud Familiar El Barrero	1841	66	20	1927
Centro de Salud Familiar La Pincoya	3291	65	29	3385
COSAM Huechuraba	107	13		120
SAPU-Libertadores	39		2	41
SAR La Pincoya	194		5	199
Total general	10539	351	95	10986

Fuente: reporte SIGGES garantías cerradas comuna Huechuraba al 30.09.21

10. Plan de acción de servicios transversales y dispositivos de apoyo.

10.1. Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM)

En las últimas tres décadas, ha existido un fortalecimiento de la Red Temática de Salud Mental, teniendo un rol preponderante en la articulación de ésta, los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM). El objetivo central de ellos es “otorgar una atención de calidad en salud mental ambulatoria especializada, a las personas que presenten una condición de gravedad, complejidad y vulnerabilidad, sus familias y comunidades”. Dicha atención, se da en forma articulada e integrada con la Atención Primaria y otros puntos de la red, para mejorar y recuperar la salud mental de las personas, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Uno de los grandes desafíos del último tiempo, tanto a nivel nacional como local en Huechuraba, ha sido profundizar en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en el cual se considera a las personas, familias y comunidades como sujetos activos de su proceso de recuperación, en un marco de ejercicio de derechos y determinantes sociales.

Nuestra comuna, se encuentra actualmente implementando el Modelo de Gestión emanado por MINSAL para los COSAM, siendo pionera en la zona norte de la región metropolitana, en la ejecución de acciones de fortalecimiento del organigrama del centro, reorganización de la atención, incorporación del concepto de mejora continua y calidad de la atención. Para esto ha sido necesario, redistribuir nuestro recurso humano y capacitar progresivamente tanto a profesionales, como al personal completo del Centro, buscando dar difusión e involucrar a cada persona en la instalación de dicho Modelo de Atención.

Entre los principales ejes que se han considerado en esta implementación, destaca el aseguramiento de que la calidad de la atención mejore en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Para ello se considera fundamental el monitoreo permanente de los procesos clínicos de las personas, por lo que se ha acordado la puesta en marcha de la figura del gestor terapéutico, profesional encargado de velar por la continuidad de los tratamientos, la pertinencia, calidad y oportunidad de éstos. Por otra parte, y en concordancia con el referido modelo de gestión, es menester la formalización del Consejo de Participación Ciudadana (CPC), instancia que permitirá aumentar el trabajo conjunto con la comunidad, en consideración a la distinción de los intereses y necesidades expresadas por ésta, así como las propuestas de abordaje del cuidado de la salud mental por ella propuesta.

El año 2021 trajo reformas importantes en el quehacer del COSAM, incluyendo en su estructura organizacional la Subdirección Clínica y Comunitaria, e incorporando también roles que hoy se consideran necesarios como un Encargado de Calidad y Modelo de Atención. Estos cambios han traído como consecuencia el poder desarrollar e implementar progresivamente mejoras prácticas tanto en procesos clínicos como en la planificación de nuestra Institución.

Múltiples son los desafíos que el Centro se está proponiendo; sin embargo, los equipos transdisciplinarios que lo componen, cuentan con el convencimiento de que todos los cambios que se están produciendo tendrán un impacto positivo tanto en la salud de nuestra población como en el quehacer diario de cada integrante de COSAM. El desafío más importante, es el poder involucrar progresivamente a nuestras personas usuarias en este proceso, intentando estimular la participación activa y el ejercicio de derechos en este proceso.

TABLA 4-78 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO COSAM

DIMENSIÓN	CURSO DE VIDA	OBJETIVO SANITARIO	INDICADOR SANITARIO	META	OBJETIVO GESTIÓN CLÍNICA	INDICADOR GESTIÓN CLÍNICA	META
PERSONA	INFANTIL	Personas con problemas de salud mental severos reciben tratamiento y recuperación oportuna en COSAM	Nº de ingresos/Población Inscrita de Huechuraba	0.75%	Fortalecer los espacios de consultorías en la APS	Nº de profesionales sanitarios de otros programas participantes de espacios de capacitación en consultoría/Nº de funcionarios sanitarios de otros programas	10%
	ADOLESCENTE					Nº de casos presentados con protocolo/ nº de casos presentados en consultoría	90% de los casos presentados
	ADULTO		Nº de personas egresadas por alta clínica/nº de personas bajo control en programas de tratamiento en COSAM	30%	Mejorar resolutiveidad de los tratamientos	Nº de personas con Gestor Terapéutico/Nº de casos bajo control	20%
			Nº de personas con seguimiento trimestral de PCI/Nº de personas bajo control	20%			
ADULTO MAYOR	Nº de personas que abandonan tratamiento/Nº de personas ingresadas		Disminuir los meses de tratamiento a un máximo de 24, para las personas ingresadas por depresión	Nº de personas con alta clínica en menos de 24 meses de tratamiento/Nº de personas egresadas por alta clínica	20%		
FAMILIA	Habilitar emocional y relacionalmente a las familias de Huechuraba con integrante con problema de salud mental severo	Nº de familias habilitadas/nº de familias con integrante con problema de salud mental severo atendido en COSAM	30%	Implementar estrategia de intervención para familias con integrante con diagnóstico de esquizofrenia, retraso mental y demencia, con riesgo alto según cartola familiar	Nº de familias con consejería familiar/Nº de familias con integrante con diagnóstico de esquizofrenia, retraso mental y demencia, con riesgo alto según cartola familiar	30%	
COMUNIDAD	Fomentar la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud mental de las personas habitantes de Huechuraba	Nº de personas de la comunidad que participan en instancias de gestión, consulta y diálogos de salud mental facilitadas por COSAM/población inscrita	300 personas	Generar una instancia organizada de participación ciudadana en COSAM	Acta de Conformación del Consejo de Participación Ciudadana	Conformación Consejo de Participación Ciudadana	

FUENTE: COSAM

10.2. Centro Integral de Adolescente

Durante el presente año se realiza co-construcción Plan Estratégico con funcionarios del centro, Unidad Técnica y Dirección de Salud. Se obtuvieron los siguientes resultados y se espera cumplir los siguientes objetivos en un período de 4 años:

TABLA 4-79 PLAN DE ACCIÓN SANITARIO CENTRO ADOLESCENTE

Dimensión	Objetivo Sanitario	Indicador Sanitario	Meta	Objetivo Clínico	Indicador	Meta
	Mejorar cobertura de Controles de Salud Integral de Adolescentes correspondientes al convenio Espacios Amigables	Nº de Controles de Salud Integral realizados en el período/ Nº de Controles de Salud Integral programados en el período	90%	Contactar a adolescentes inscritos correspondientes a rango etario entre 15-19 años, para la citación a Control de Salud Integral en centro diferenciado	Nº de adolescentes contactados para citación a Control de Salud Integral en centro diferenciado en 2022/ Nº de adolescentes programados a controlar en 2022	30%
				Establecer presencia de centro de salud de manera continua, en establecimientos educacionales municipalizados de la comuna	Nº de establecimientos educacionales municipales con concurrencia continua de profesionales del centro diferenciado en 2022/Nº de centros educacionales municipales de la comuna	30%
	Contar con infraestructura adecuada para la atención de los y las adolescentes	Establecimiento que cuente con infraestructura adecuada según Pauta de calidad para Espacios Amigables MINSAL	100%	Ampliar establecimiento de salud, considerando modelo integral adolescente	Nº de box disponibles, respecto a horas profesionales disponibles en 2022/ Nº de box construidos, respecto a horas profesionales disponibles en 2022/	100%
				Diseñar modelo arquitectónico con consideraciones técnicas para la salud adolescente	Diseño realizado	100%
Familia	Integrar Modelo de Atención en Salud Familiar en centro diferenciado	Desarrollar herramientas de Salud Familiar dirigidas al curso de vida, con el fin de potenciar habilidades para la autonomía progresiva	100%	Integrar la prestación de Consejería en Salud Familiar en centro diferenciado	Nº de Consejerías de Salud Familiar realizadas en centro diferenciado en 2022/ Nº de Consejerías de Salud Familiar programadas en el centro de salud diferenciado para 2022	30%
				Integrar la prestación de Visitas Domiciliarias Integrales en centro diferenciado	Nº de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas en centro diferenciado en 2022/ Nº de Visitas Domiciliarias Integrales programadas en el centro de salud diferenciado para 2022	10%

Comunidad	Construir una batería de iniciativas ciudadanas adolescentes que puedan ser presentadas y financiadas como Buenas Prácticas en salud	Nº de iniciativas levantadas por el curso de vida/ Nº de Buenas Prácticas, reconocidas por MINSAL	2 iniciativas	Diseñar e implementar iniciativas comunitarias adolescentes en el centro diferenciado	Nº de las iniciativas comunitarias ejecutadas en el centro diferenciado/ Nº de iniciativas comunitarias actividades programadas	50%
				Postular a fuentes de financiamiento para el desarrollo continuo de Buenas Prácticas en Salud, para el centro diferenciado	Nº de iniciativas postuladas en el centro de salud diferenciado en 2022/ Nº de iniciativas de Buenas Prácticas financiadas para el centro diferenciado	50%
	Fortalecer Consejo Consultivo en Salud Adolescente en la comuna de Huechuraba	Asegurar la representatividad del mundo adolescente en los diagnósticos de salud	100%	Realizar Jornada de Líderes para la Salud Adolescente con agrupaciones juveniles del territorio	Nº de Jornadas en Líderes para la Salud Adolescente con agrupaciones juveniles del territorio realizadas/ Nº de Jornadas en Líderes para la Salud Adolescente con agrupaciones juveniles del territorio programadas	50%
				Elección de representantes del Consejo Consultivo Adolescente de la comuna de Huechuraba	Elección realizada	100%

Fuente: Dirección de Salud

Hitos relevantes

- Invitación a participar como centro de referencia en aplicación de instrumento, en nuevas Orientaciones Técnicas del Programa Nacional de Salud Adolescente.
- Participación en "Mesa de generación de material de prevención consumo alcohol y drogas", Unidad de Salud Mental y Unidad de Género. SEREMI Salud Región Metropolitana.

10.3. Droguería Comunal

A continuación, se informa en detalle el plan a ejecutarse en la Droguería Comunal para el año 2022 en diversos ámbitos:

10.3.1. Obtención de Resolución Sanitaria de Funcionamiento de Droguería

Dado que para el próximo año se espera que todas las brechas estén resueltas en relación con las exigencias de la autoridad sanitaria respecto al óptimo funcionamiento de una Droguería, se iniciarán los trámites administrativos que permitan solicitar al Instituto de Salud Pública (ISP) la resolución sanitaria de funcionamiento correspondiente.

10.3.2. Gestión de la Calidad

Considerando que el trabajo realizado por la Droguería es clave en la cadena de suministro y que de su gestión depende la disponibilidad de medicamentos e insumos en los establecimientos de salud de la comuna, se fortalecerá la gestión de calidad del servicio prestado por la unidad a través de la implementación de protocolos y de la medición de nuevos indicadores que permitirán evaluar el desempeño y generar un plan de mejora continua. Estos indicadores estarán enfocados en aspectos como: cumplimiento de despacho, gestión de mermas por vencimiento y deterioro, calidad de los productos farmacéuticos, control de inventario, entre otros.

10.3.3. Abastecimiento y logística de distribución

Se mantendrá la estrategia de abastecimiento y según cómo evolucione la pandemia en nuestro país, se irá coordinando y adaptando con los actuales y futuros dispositivos de salud de la comuna, la mejor adaptación y calendarización posible para las entregas de medicamentos e insumos clínicos a modo de garantizar su oportuna disponibilidad.

10.4. Farmacia Popular

Las farmacias han incrementado en casi 4 veces la entrega del beneficio a los vecinos de la comuna, y es por esto que se proyecta que esta tendencia continúe durante el año 2022, lo que conlleva un aumento en los montos y cantidad de productos programados para mantener un eficiente abastecimiento. Lo anterior implica la evaluación de ampliación de espacios de bodegaje y áreas de atención de pacientes en las instalaciones de Farmacia Popular La Pincoya Local N°1, donde se realizan actualmente las actividades de abastecimiento. Para el periodo 2022, se programó a través de CENABAST un total de \$566.686.100 correspondiente a 282 productos farmacéuticos.

Considerando que nuestras farmacias buscan generar el mayor ahorro posible en el gasto de bolsillo de medicamentos para la población de la comuna, actualmente la Unidad Técnica del Departamento de Salud en conjunto con la Dirección de Desarrollo Comunitario del municipio, están trabajando en un plan integral de acceso al medicamento de alto costo Triptorelina 11.25 mg (Decapeptyl), lo que permitirá a los usuarios que cumplan con los requisitos, conseguir el medicamento de manera preferencial.

10.5. Red de Urgencia Comunal

Los objetivos en este periodo están orientados a:

- Otorgar a la comunidad de Huechuraba un servicio de atención de urgencia APS con continuidad de la atención, de acceso universal privilegiando a la población del área de influencia, brindando estabilización y oportuna derivación en caso de patologías graves y un alto nivel de resolutive en los casos de patologías leves, así mismo dar apoyo diagnóstico a los dispositivos diurnos en radiología y POC de urgencia.
- Ser promotores del adecuado uso de la red de urgencia fortaleciendo el modelo APS, del autocuidado.
- Realizar atenciones basadas en la evidencia médica tanto en usuarios con patologías de riesgo vital y tiempo dependientes, así como también en las enfermedades leves.
- Asumir un rol preventivo, coordinador y de liderazgo en situaciones de emergencia a nivel local, en conjunto con el intersector.
- Contribuir al fortalecimiento de la Red APS a través del Modelo de Redes Integradas de los Servicios de Salud, así como de la Red de Urgencia.

Desafíos 2022

- Reportes diarios de estado de la red y gestión de traslados de usuarios entre los dispositivos diurnos y de urgencia en continuidad de la atención
- Realizar al menos 2 actividades comunitarias de promoción del uso de la red de urgencia
- Realizar al menos 1 diagnóstico participativo para la red de urgencia
- Realizar al menos 1 actividad en conjunto con los referentes de ciclo vital y representantes comunitarios en el levantamiento de diagnóstico por ciclo vital que considere las atenciones de urgencia.
- Realizar 1 visita semestral a centros de salud en relación a gestión de urgencia comunal y protocolos de calidad asociados a urgencia.
- Consolidar estrategias de capacitación para los prestadores y funcionarios de los dispositivos de urgencia.

10.6. Huechuraba Sonríe

Para el año 2022 se proyecta lograr un 50% de cobertura en salud odontológica para los alumnos de la comunidad escolar, con una proyección anual de 1.340 altas, según la siguiente distribución:

ILUSTRACIÓN 4-1 ESCUELAS MUNICIPALES, MATRÍCULAS Y ALTAS PROYECTADAS

						
MATRÍCULA 631 ALTAS: 300	MATRÍCULA 471 ALTAS: 220	MATRÍCULA 417 ALTAS 220	MATRÍCULA 800 ALTAS: 380	MATRÍCULA 314 ALTAS: 220	MATRÍCULA 399 SIN MÓDULO	MATRÍCULA 373 SIN MÓDULO

Fuente: escuelas municipales, matrículas y altas proyectadas

Productos esperados

- Altas odontológicas para los alumnos matriculados: 1.340
- Atenciones de morbilidad para adultos de la comunidad escolar: 400
- Sesiones educativas en materia de salud oral: 2 por semestre por curso.
- Construcción, implementación y puesta en marcha de 3 módulos dentales nuevos:

ILUSTRACIÓN 4-2

	Escuela Adelaida la Fetra Matrícula: 631		Escuela Santiago de Guayaquil Matrícula: 312		Escuela Santa Victoria de Huechuraba Matrícula: 390
					

Fuente: escuelas municipales, matrículas y altas proyectadas

Se proyecta una cobertura de salud odontológica del 60% de la matrícula comunal para el año 2023.

Indicador de impacto

Disminuir daño por caries en población menor de 20 años. Se medirá este impacto en la población de 6 años a 19 años, logrando una mejoría en el índice ceod/COPD por año de ejecución del programa.

10.7. UAPO

En términos generales, la UAPO se ha transformado en una iniciativa resolutoria e innovadora que reduce la brecha que tiene el acceso a la especialidad de Oftalmología. Además, ha podido situar su trabajo con enfoque territorial, centrándose en la atención de población más vulnerable y con factores de riesgo que pueden producir pérdida de visión reversible e irreversible. Por ello, para el período 2022 se proyecta incorporar más prestaciones a las ya determinadas en las nuevas unidades oftalmológicas establecidas este año, para así lograr mayor cobertura en otro tipo de exámenes y procedimientos, como fondo de ojo por telemedicina, estudios de Glaucoma, vínculo con educación, trabajo preventivo y promocional.

Además, se proyecta una mayor oferta para consultas nuevas de médico especialista (Oftalmólogo) para dar cobertura a la demanda interna que se genera en los distintos dispositivos comunales, como así también a la Lista de Espera oficial.

10.8. UAPORRINO

La puesta en marcha de la Unidad de Atención Primaria de Otorrinolaringología ha tenido un fuerte impacto en la disminución de la Lista de Espera de la Especialidad, comprendiendo diversas acciones de pesquisa y actualización de casos en espera prolongada. Para el período 2022 se proyecta retomar la entrega de prestaciones con el rendimiento habitual (considerando protocolos de atención), las cuales disminuyeron por la Emergencia Sanitaria; agregar dentro de las prestaciones el Test de Glicerol, sumar atenciones a la población entre 6 y 14 años, capacitar a médicos nuevos, vínculo con el intersector (educación y oficina de la discapacidad), retomar trabajo preventivo y promocional.

10.9. Cirugía Menor.

Se planifica aumentar progresivamente las atenciones de la Sala, considerando la importante disminución de procedimientos realizados a raíz de la Emergencia Sanitaria y las atenciones pendientes de atención en lista de espera.

11. Plan de Promoción de la Salud

La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; centrado en la persona, su familia y su comunidad, donde inclusive las organizaciones y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

El Plan de Promoción de la salud comunal, contiene líneas estratégicas permanentes para incidir por medio de la educación para la salud en diferentes acciones dirigidas a diversos públicos objetivos. Contribuir así, a una comunidad promotora de la salud, avanzando en el Modelo salutogénico (énfasis en la salud positiva) en conjunto con las comunidades y sus activos comunitarios.

La salud de la población mejoraría de manera importante si se establecieran estrategias en salud considerando las desigualdades sociales, es decir con enfoque de abordaje mediante los determinantes de la salud, desde un enfoque multidisciplinario, donde se considere lo biológico, lo social, los estilos de vida y el entorno ambiental, es decir, que los resultados apunten a ser positivos.

Promoción de la salud en contexto de Pandemia

En base a estas nuevas formas de convivencia y relaciones sociales que ha impuesto el brote de COVID-19, la Promoción de la Salud debe mantener su propósito y proponer nuevos énfasis en su acción, por lo se hace necesario adaptar las actividades de promoción de la salud para mantener un estilo de vida saludable durante el tiempo de cuarentena y aislamiento y, posteriormente, en la etapa de recuperación, es fundamental para mantener la salud física y mental. En este sentido, para el año 2022 las estrategias en los planes de Promoción de la salud y sus planes de trabajo estarán alineados y en concordancia con las líneas estratégicas en contexto de pandemia que propendan a:

- El empoderamiento y compromiso de la salud pública: Educación para la salud.
- Enfoque de equidad: Salud para todas y todos "Que nadie quede atrás"
- Enfoque y perspectiva de curso de vida. Las personas en sus dimensiones familiar y comunitario.
- Sustentabilidad: Vinculado a acciones de mejoramiento y cuidado de entornos saludables y medioambientales desde el hogar.
- Enfoque de intersectorialidad: Salud en todas las políticas.

En relación al componente de Intersectorialidad, nuestra comuna viene trabajando en un proceso de mejora de la gestión intersectorial desde las definiciones de PLADECO 2019-2024, y que busca contar con un Modelo de Gestión de Trabajo Intersectorial para la Promoción de la Salud con enfoque de reducción de inequidades y determinantes sociales.

TABLA 4-80 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD - PLAN DE DESARROLLO COMUNAL (PLADECO) 2019-2024

OBJETIVO ESTRATÉGICO	LÍNEA DE TRABAJO	Nº PROYECTO	ESTADO DE AVANCE
Contribuir en la reducción de las inequidades a partir del trabajo intersectorial en la promoción de entornos saludables.	Modelo de gestión de trabajo intersectorial para la promoción de la Salud con enfoque de reducción de inequidades y determinantes sociales.	174. Plan mancomunado de salud y educación en temáticas promocionales.	Existe desde 2018 y el desarrollo de materia ha ido en avances..
		175. Implementación de ordenanza saludable.	Se realizó propuesta a nivel intersectorial y deberá ser participativo en contexto de mesas barriales junto a los Consejos de Desarrollo Local en Salud.
		176. Plan comunicacional de promoción de la salud con enfoque de salud en todas las políticas (sensibilización de efemérides de salud).	Existe el plan y se realiza según efemérides de salud.

Fuente: PLADECO 2019-2024

Al mismo tiempo, y estableciéndose los plazos para la elaboración del Plan Trienal de Promoción de la Salud del próximo período y el lento desarrollo de algunas de las acciones comprendidas en el período de pandemia, durante el 2022 se continuará en la consecución de alguno de los productos del Plan Trienal de término 2021 y a los compromisos en desarrollo en el componente promoción de Salud del Plan MAIS 2021, a saber:

TABLA 4-81 PLAN TRIENAL SEREMI DE SALUD - 2021

Actividades	Descripción Metodológica	Producto esperado o Resultado/impacto	Estado
Adquisición de implementos deportivos asociados a programas permanentes propuestos	Compra e insumos, mobiliario para la adecuada realización de talleres de AF del gimnasio municipal	Mayor infraestructura o implementación para realizar actividades deportivas y/o recreativas activas	En desarrollo
Talleres educativos HVS en contexto de Pandemia.	talleres en formato conversatorio referido a HVS, alimentación bajo costo y economía familiar	Alto conocimiento de alternativas de alimentos saludables de bajo costo	En desarrollo
Impresión de material español/kreyol	Recetarios y reforzamiento de los talleres o escuela de saberes, GALM, en alimentación a bajo costo. Grupo La Tribu, Comunidad abierta. Ollas comunes		En desarrollo
Adquisición alimentos saludables para acciones promocionales	Compra de semillas, herramientas, composteras para huertos terapéuticos comunitarios. Cosam, Cesfam El Barrero y Csia		En desarrollo
Mejoramiento de infraestructura de casinos escolares	Mejoramiento de 2 casinos Junaeb de 2 escuelas municipales. Esto es un trabajo con educación municipal y centros de padres y de alumnos.	Adecuada infraestructura que esté o deteriorada para la entrega de alimentos saludables	En desarrollo
Campaña comunicacional	Inauguración de sala de LM. Desarrollo de gráficas, material educacional sobre la LM dentro del contexto de la alimentación bajo costo, beneficios desde la primera infancia y	Educación en salud y fomento masivo sobre la LM	Se mantiene en desarrollo continuo

Fuente: Unidad Modelo

TABLA 4-82 PLAN MAIS – EJE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Indicador	Mecanismo de Cálculo o Elementos de Verificación	Medio de Verificación	Estado
1.1.1. Mujeres embarazadas que se les aplica guía anticipatoria de acuerdo a procedimiento definido localmente para la entrega de la guía.	Revisión de 5 fichas de usuarias, seleccionadas aleatoriamente, donde se les haya realizado ingreso de embarazo, para detectar la entrega de guía anticipatoria, conforme protocolo o documento definido localmente.	Fichas clínicas de gestantes ingresadas por embarazo a controles prenatales en el establecimiento de atención primaria. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	Realizado
1.3.1. Adulto responsable de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, se les aplica guía anticipatoria en alimentación saludable, de acuerdo a procedimiento definido localmente.	Revisión de 5 fichas de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, seleccionadas aleatoriamente, donde se les haya realizado control sano, control nutricional y/u otro, para detectar la entrega de guía anticipatoria, de acuerdo a protocolo/ documento definido localmente.	Fichas clínicas de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años asistentes a controles sanos, control nutricional y/u otro en el establecimiento de atención primaria. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	Realizado
1.4.1. Adultos entre 25 y 64 años, se les aplica guía anticipatoria en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco, actividad física y alimentación saludable, de acuerdo a procedimiento definido localmente.	Revisión de 5 fichas de adultos entre 25 y 64 años, con examen médico preventivo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la entrega de guía anticipatoria, de acuerdo a protocolo/ documento definido localmente.	Guía anticipatoria. Fichas clínicas de adultos entre 25 y 64 años asistentes a EMP en el establecimiento de atención primaria. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	Realizado
1.5.1. Personas mayores (65 y más años), se les aplica guía anticipatoria en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco, actividad física y alimentación saludable, de acuerdo a procedimiento definido localmente.	Revisión de 5 fichas de personas mayores, con examen médico preventivo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la entrega de guía anticipatoria, de acuerdo a protocolo/documento definido localmente.	Guía anticipatoria. Fichas clínicas de personas mayores asistentes a EMPAM en el establecimiento de atención primaria. Protocolo /documento que define proceso de entrega de la guía	Realizado
1.6.1. Formulación del Plan Trianual de Promoción de Salud, donde se verifique la participación de la comunidad, el intersector y se verifique acciones que incluyan todos los establecimientos de APS comunales.	Plan Trianual de Promoción de Salud formulado.	Plan Trianual de Promoción de Salud formulado.	Realizado Y difundido

Fuente: Unidad Modelo

Medio Ambiente como eje de Promoción

Dentro de los ejes de Promoción de la salud, está el ámbito de medioambiente cuyo objetivo es propender y generar entornos saludables. Uno de los desafíos para los siguientes años, es fortalecer a la persona en sus dimensiones familiar y comunitario, evitando sobredimensionar lo referente a los “estilos de vida sólo individuales”, dado a que cada vez se hace más evidente actuar a nivel de los determinantes sociales de la salud para alcanzar mejores resultados, calidad de vida y equidad.

La promoción de salud respecto de los estilos de vida saludables comprende la creación de ambientes favorables como una actividad clave en la salud pública, la reorientación de la atención sanitaria a la población para garantizar un desarrollo sostenible en favor del incremento de entornos saludables que faciliten a la población adoptar hábitos saludables en materia de alimentación y desarrollo de actividad física

Durante el período 2022-2025 se trabajará en la implementación de acciones que contribuyan al mejoramiento del entorno en la comuna de Huechuraba y en donde se encuentran las principales determinantes sociales de salud, identificadas por la comunidad a través de los diversos espacios de participación. A modo de ejemplo, se continuará con acciones de Arborización, fortalecimiento de equipos deportivos, seminarios medioambientales, etc.

12. Intersectorialidad.

En la comuna de Huechuraba existen importantes avances que han venido a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, la disminución de las inequidades y al desarrollo de capacidades de sus habitantes. Ejemplos de estos avances son: el plan de vacunación comunal para el virus papiloma humano para niñas de 10 a 12 años, implementado antes que fuera política nacional, y que resolvió la desigualdad de acceso a ese método preventivo; el Programa Huechuraba Sonríe, que instala atención odontológica en los establecimientos educacionales para toda la comunidad educativa (estudiantes, familia del estudiante, docentes y paradocentes); la farmacia popular La Pincoya, que entrega medicamentos a bajo costo a todas a las familias de la comuna; las recientes construcciones de recintos deportivos de alto estándar, como la del polideportivo Marichiweu y la piscina temperada semiolímpica, que hoy sirven de base para ampliar la jornada escolar completa con talleres deportivos para todos los niños y niñas de los establecimientos de educación municipal, entregando espacios de integración social y acceso al deporte en instalaciones de alta calidad; entre otras diversas iniciativas que han contribuido a enfrentar las desigualdades.

En este contexto y como parte del esfuerzo de potenciar el trabajo intersectorial para enfrentar las inequidades, nuestro diagnóstico comunal, construido con el aporte y asesoría de FALCSO-OPS Chile, nos entrega luces respecto del nivel de maduración de estas instancias institucionales que dan cuenta de un trabajo sostenido en el tiempo.

ILUSTRACIÓN 4-3 EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE LAS INICIATIVAS DE TRABAJO INTERSECTORIAL, COMUNA DE HUECHURABA

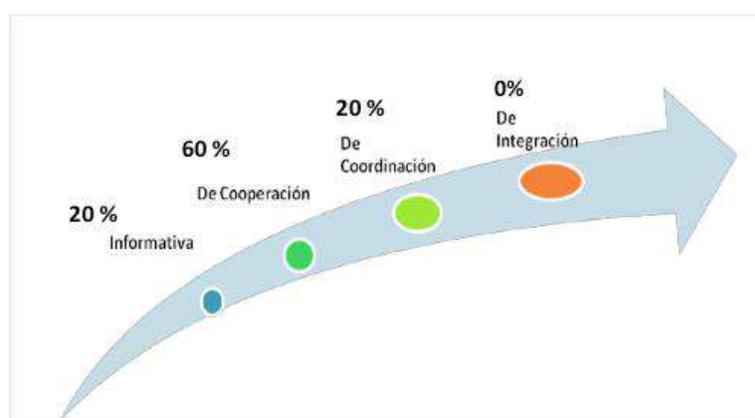


Fuente: Diagnóstico del trabajo intersectorial de la Municipalidad de Huechuraba, FLACSO 2018.

Respecto a los propósitos u objetivos del trabajo conjunto observados en este diagnóstico, se constata que las instancias de trabajo intersectorial cumplen el rol de apoyo para resolver problemas o consulta sobre normativas vigentes relativas a las materias que los articulan, es decir, de apoyo horizontal a la labor técnica; seguido por el propósito de ampliación de las coberturas, y la difusión de campañas. En lo referente a los modos de gestión, el diagnóstico realizado confirma lo anteriormente expuesto: sólo 30% de las mesas presentan efectivamente ajustes a sus políticas y programas específicos para adecuarlo al trabajo conjunto e intersectorial; privilegiando la

horizontalidad de los espacios, perspectiva que sostuvo el 90% de los actores consultados. En cuanto a la participación social, destaca la ausencia de las organizaciones comunitarias o representantes de la comunidad en todas las mesas intersectoriales existentes. Se suma a lo anterior, que al analizar el tipo de participación presente en las redes o mesas intersectoriales, predomina el carácter instrumental o nominal, dando cuenta de una acción limitada: si bien algunas declaran la intención de ser representativa y transformadora, esto no sería posible sin la participación de las organizaciones sociales y comunitarias. Junto con lo anterior, las instancias intersectoriales analizadas no registran la visión de la equidad en el trabajo intersectorial, es decir, no forma parte del ideario colectivo que los agrupa, como tampoco de una meta que explique su quehacer intersectorial, reflejando un modelo donde predomina la cooperación en torno al sector que convoca o lidera la iniciativa (60%); con una clara ausencia de iniciativas de integración y tareas o funciones circunscritas al intercambio de información.

ILUSTRACIÓN 4-4 MODELO DE INTERSECTORIALIDAD PREDOMINANTE EN EL TRABAJO INTERSECTORIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE HUECHURABA



Fuente: Diagnóstico del trabajo intersectorial de la Municipalidad de Huechuraba, FLACSO 2018.

12.1. Facilitadores y obstaculizadores del trabajo intersectorial

Se destacan a continuación algunos facilitadores y obstaculizadores identificados por los participantes durante el desarrollo del taller, de modo tal, que puedan ser considerados en la planificación del trabajo intersectorial.

12.1.1. Facilitadores:

Los trabajos de grupos, mencionan como principales facilitadores la buena comunicación y relación profesional entre los integrantes de las mesas, junto a sus competencias (técnica y política), en esa misma mención destacan la motivación y voluntad de la mayoría de los participantes para la resolución de casos y dificultades sectoriales.

Otro facilitador que se menciona, es el respaldo de la autoridad máxima municipal. Por una parte, se destaca la importancia de la realización de este taller donde se coincide que es un tema a abordar y a avanzar, más aún, cuando se incorporan otros actores municipales y sobre todo a la comunidad. Por otro lado, se indica que el contar con un respaldo normativo como lo es la formalización de algunas mesas mediante decretos alcaldicios, también es un facilitador para la intersectorialidad como registro formal. De esto último, se puede inferir la necesidad de otorgar continuidad a las acciones conjuntas de las áreas comprometidas.

12.1.2. Obstaculizadores:

En cuanto a los principales obstaculizadores el factor tiempo es el que se menciona en casi todos los trabajos grupales. La falta de tiempo protegido para el trabajo intersectorial es una agravante y se vincula con el segundo factor obstaculizador como lo es la rotación del personal que asiste a las mesas de trabajo y por ende, escasa transmisión de información entre el personal de una misma unidad que asiste a una mesa de trabajo.

Lo anterior, también se relaciona con otro importante obstaculizador que es el gran número de mesas existentes. De esto se desprenden otros obstaculizadores, tales como; diversos objetivos de área y duplicación de algunos, diversas plataformas de registros en las atenciones o servicios, lo que hace suponer que aumenta el nivel de complejidad para aunar criterios comunes para todos. Por consiguiente, esto puede reflejar el desconocimiento o inexistencia de objetivos comunes y en esa misma línea, la falta de una planificación conjunta en que se establezca indicadores y resultados esperados que sean consensuados y reconocidos por todos.

La falta de directivos en las mesas de trabajo, también se señala como un importante obstaculizador del trabajo intersectorial, dado que limita o dificulta la toma de decisiones. La importancia se puede inferir, debido al respaldo necesario que debiera existir para la toma de decisiones de cada área.

La falta de metas o planes conjuntos es otro obstaculizador que se señala, debido a que cada sector municipal responde a sus propios compromisos sectoriales, ya sea municipal o gubernamental, lo que se destaca como un factor complejo de trabajar, dado que requiere de la adhesión y coherencia entre los diversos lineamientos para lograr un trabajo colaborativo.

Conclusiones

El resumen de los hallazgos del trabajo realizado a partir de este diagnóstico intersectorial, ha puesto en evidencia la importancia de profundizar el trabajo en red a partir del reconocimiento de las determinantes sociales y un abordaje del quehacer municipal desde los enfoques de equidad. Pero así mismo, este proceso ha demostrado el escaso desarrollo de una práctica del trabajo intersectorial propiamente tal. Las iniciativas que se han levantado (mesas, consejo y redes), han buscado principalmente dar respuesta a carencias de coordinaciones y planificaciones conjuntas. Gran parte de las actividades desarrolladas en torno a las mesas intersectoriales han estado centradas en compartir conocimiento de las actividades que desarrollan los distintos departamentos y unidades del municipio para evitar en algunos casos la duplicidad de acciones, aunque se refiere que dicho problema persiste. A la vez, se ha visto un trabajo llamado intersectorial que ha estado centrado en acciones puntuales para la entrega de servicios y campañas, más que la planificación a mediano y largo plazo. Una excepción son una o dos mesas, en que el trabajo ha estado centrado en el intercambio de conocimiento como un espacio técnico de formación, pero con un limitado trabajo de intervención en la comuna.

Esto se ha traducido en que los reales aportes y contribuciones de un trabajo intersectorial han sido más bien limitados, tanto en el ámbito de abordar temas complejos que requieren el trabajo conjunto de los diversos departamentos municipales y a la vez, la representación de la comunidad en dichos espacios, así como la sinergia del trabajo interdepartamental. De hecho, el proceso es concluyente respecto a la necesidad de potenciar la Participación Social de la comunidad en los espacios decisorios para mejorar el trabajo intersectorial de las mesas. Se reconoce, por lo tanto, la necesidad de incorporar a la comunidad y asegurar la participación de Organizaciones Comunitarias (OCC) en las redes y espacios intersectoriales que fortalezcan una mirada integral, propositiva y con enfoque territorial.

Asimismo, se concluye en la necesidad de mejorar los canales de Coordinación y Planificación para determinar metas y objetivos claros y plausibles, que aseguren su control y monitoreo efectivo para dar cuenta de los resultados del trabajo intersectorial, con indicadores objetivables que contribuyan a procesos de evaluación. Paralelamente se enfatiza la necesidad de fortalecer dinámicas de trabajo consensuadas e intersectoriales a través de la distribución de roles, responsabilidades y poder que afiance los compromisos y resultados generados a partir de la práctica intersectorial instalada.

Finalmente, para fortalecer el trabajo de las mesas, se hace necesario dar visibilidad al sentido político del trabajo intersectorial, por lo que más allá de formalizar y protocolizar los acuerdos e integrantes de las mesas y/o sistematizar las buenas prácticas del trabajo intersectorial, es necesario canalizar estas iniciativas a través de los planes o políticas locales que otorguen sostenibilidad a las acciones desarrolladas. Asimismo, que integren en su desarrollo e implementación la equidad y determinación social como orientaciones de base.

Consecuentemente con lo anterior, para el desarrollo y fortalecimiento del trabajo intersectorial en la Municipalidad y en la Comuna, las conclusiones generadas de este proceso dicen relación con fortalecer y potenciar los espacios de formación y educación permanente para la comprensión y práctica del trabajo intersectorial y profundizar los ámbitos de coordinación, planificación y sentido político antes mencionados.

Avanzar en los niveles de Integración de las políticas locales, integración que abarca el fortalecimiento de los vínculos y lazos entre programas y oficinas, aunar visiones comunes respecto al trabajo comunitario, evitar y disminuir la competencia interna y generar mayores niveles de flexibilidad y reflexión. Todos elementos relacionales que se ponen en juego en la praxis misma del trabajo intersectorial.

Con estos resultados y conclusiones iniciales de este proceso emprendido, nuestro municipio asume el desafío de contemplar el desarrollo de las competencias de los equipos en estos ámbitos y sobre todo definir líneas de trabajo estratégicas y de organización para dar respuesta a las necesidades identificadas. Si bien, nuestro siguiente paso consistirá en desarrollar colaborativamente un nuevo modelo de trabajo para relacionarnos, esperamos que, en función de los aprendizajes desarrollados a partir de estas experiencias de formación, aportemos al desarrollo de las capacidades y habilidades necesarias para intencionar trabajos sinérgicos de colaboración y prácticas intersectoriales que contribuyan al bienestar de nuestra población.

12.2. Consideraciones para el desarrollo de un Plan de Trabajo Intersectorial.

1. Desarrollo de un Modelo de gestión de trabajo intersectorial que incorpore recursos físicos, financieros y humanos, metas, indicadores y acciones priorizadas, que incluya una evaluación anual.
2. Identificación de personas que participarán del Plan (participantes del taller de fortalecimiento o si serán otros actores que sean mayormente representativos o ejerzan liderazgo para su público).
 - Requisitos, exigencias o compromisos que deberán cumplir los participantes.
 - Tiempo y espacio protegido que se destinará para el desarrollo del Plan Intersectorial (frecuencia, horas y logística).
 - Competencias de las personas que participarán (capacitaciones a realizar).
 - Funciones y roles de cada participante.
3. Alianzas estratégicas entre departamentos, programas, unidades y agentes comunitarios.

El actual escenario de actualización de nuestro Plan de Salud abre una posibilidad para fortalecer el trabajo intersectorial, entendiéndolo como un instrumento para la implementación de estrategias de manera más articuladas, con sentido que incorporen claramente un enfoque de equidad y justicia social.

12.3. Desafíos 2022 Intersectorialidad y participación comunitaria

Acorde al proceso del contexto sanitario y manteniendo las medidas ministeriales, se continuará con las acciones y según las necesidades de la comunidad de Huechuraba. Un aspecto importante a relevar y de manera continua son las estrategias en salud mental, dado al impacto negativo que ha provocado esta Pandemia y por consiguiente impacto en la salud física y mental. En ese sentido el Departamento de salud considera relevante potenciar este eje promocional debido a la revalorización que ha hecho la ciudadanía respecto de potenciar sus propios saberes y valorización de sus entornos donde se constituyen los espacios donde las personas desarrollan su vida.

El aprendizaje de esta crisis sanitaria, lleva al análisis de la necesidad de recuperar los entornos de la comuna y la relación naturaleza-humanidad; restaurar los espacios naturales dañados y las mejoras de las

condiciones ambientales para la consecuente calidad de vida y salud de la población. Desde aquí se hace necesario y urgente darle continuidad a este proceso y consolidar las acciones ambientales integradas en el Programa de Promoción de Salud, así como articulación con el inter e intrasector.

13. Plan de Salud Migrante

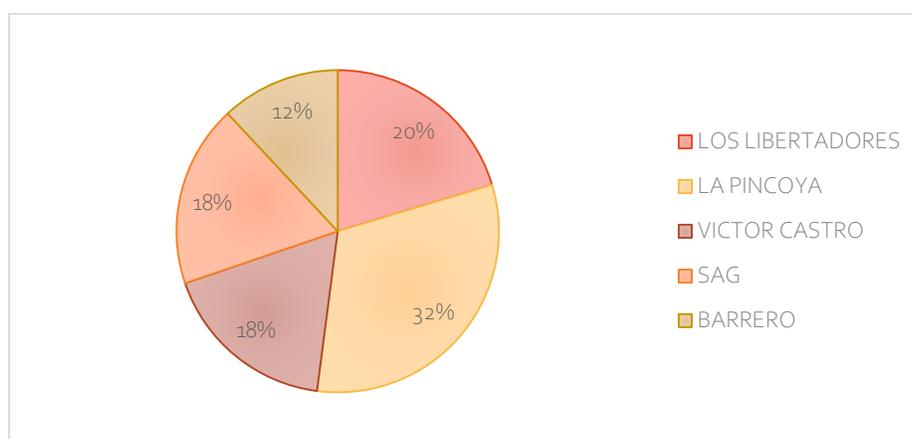
La Municipalidad de Huechuraba, por medio del Departamento de Salud, ha mantenido su compromiso con la ciudadanía para respaldar e impulsar estrategias locales que promuevan la justicia social con enfoque de derecho, equidad e interculturalidad. La migración como determinante social, requiere generar acciones concretas que incluyan también a los equipos de salud y que velen por el derecho a otorgar una atención de salud digna, equitativa para las personas que se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad de tal manera que ejecutando acciones de manera intersectorial se contribuya a mejorar el acceso y las atenciones de salud para mejor calidad de vida.

Dentro de las acciones realizadas en 2021 y en el ámbito intersectorial, se ha mantenido la participación en la mesa intersectorial de la comuna para el diseño de estrategias mancomunadas, tales como operativos de atenciones municipales, charlas en materias legales y de derecho, entre otros, en que se ha trabajado con las diferentes áreas municipales. La oficina de derecho ciudadano y educación municipal han sido los principales aliados y que han contado con el apoyo de traducciones para personas haitianas y reducir de esta manera la brecha idiomática, esto por medio del acompañamiento de parte de los 2 gestores comunitarios interculturales dependientes de Departamento de salud municipal.

En materia de salud municipal, más allá de los planes ministeriales establecidos, se han realizado; encuentros de educación en salud en materia de salud sexual y reproductiva, conversatorios sobre el sistema público de salud y derechos, para este segundo semestre se realizará un conversatorio de salud mental para fomentar el reconocimiento sensibilización y autocuidado en esta temática. Así como también, el desarrollo de una guía sobre el funcionamiento de la APS que será dirigida a toda la comunidad usuaria, pero especialmente para personas migrantes internacionales.

Dentro de las acciones dirigidas a los equipos de salud, se ha realizado una capacitación en el ámbito de derechos respecto al funcionamiento del Fondo nacional de salud para personas migrantes, por otro lado, el diseño de un protocolo de atención para personas migrantes, instrumento interno para funcionarias (os) que será parte del principio de calidad de la atención y salud digna.

GRÁFICO 4-52 GRÁFICOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS DE PER CÁPITA



Fuente: FOANASA-SIDRA

La población migrante inscrita en los centros de salud y validada por FONASA Huechuraba hasta Julio de 2021 es de un total de 2359 usuarios. Este dato representa un 46.59 % de la población migrante comunal (según los datos entregados por Pladeco, 5063 migrantes), la que se distribuye de la siguiente forma en los centros de salud:

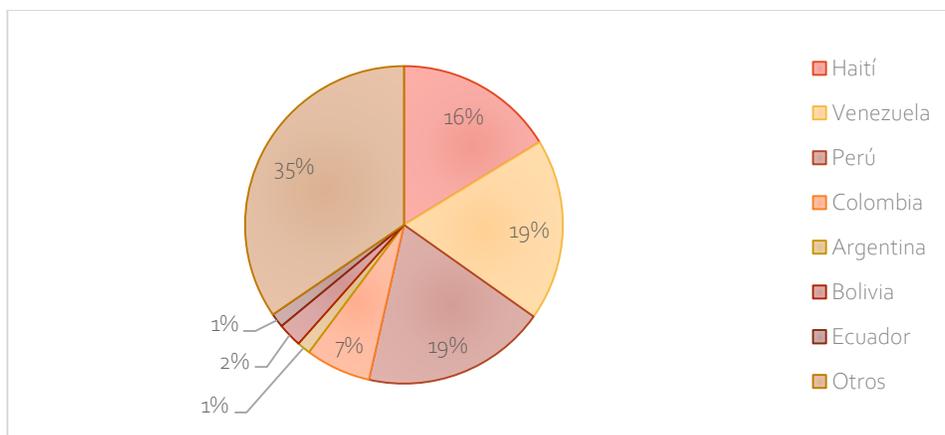
TABLA 4-83 INSCRITOS EN LOS CENTROS DE SALUD

LA PINCOYA	748
LOS LIBERTADORES	480
DR. VICTOR CASTRO	418
DR. SALVADOR ALLENDE G.	431
EL BARRERO	282

Fuente: FONASA

Por otra parte, las mujeres predominan con un total de 66% con 1556 y los hombres un 34% con 803 usuarios. Este es un fenómeno que se presenta en todos los Centros de Salud donde la mayoría de los inscritos son mujeres.

GRÁFICO 4-53 ORIGEN DE LOS MIGRANTES INSCRITOS EN TODOS LOS CENTROS DE LA COMUNA



Fuente: FONASA

Con respecto al origen de los usuarios, predominan los de origen venezolano y peruano, ambos con un 19%, seguido por los de Haití con un 16%. Luego, los de Colombia con 7% y Bolivia con un 2%. También mencionar que en menor porcentaje se encuentran los usuarios de Ecuador y Argentina, ambos con 1% de usuarios inscritos.

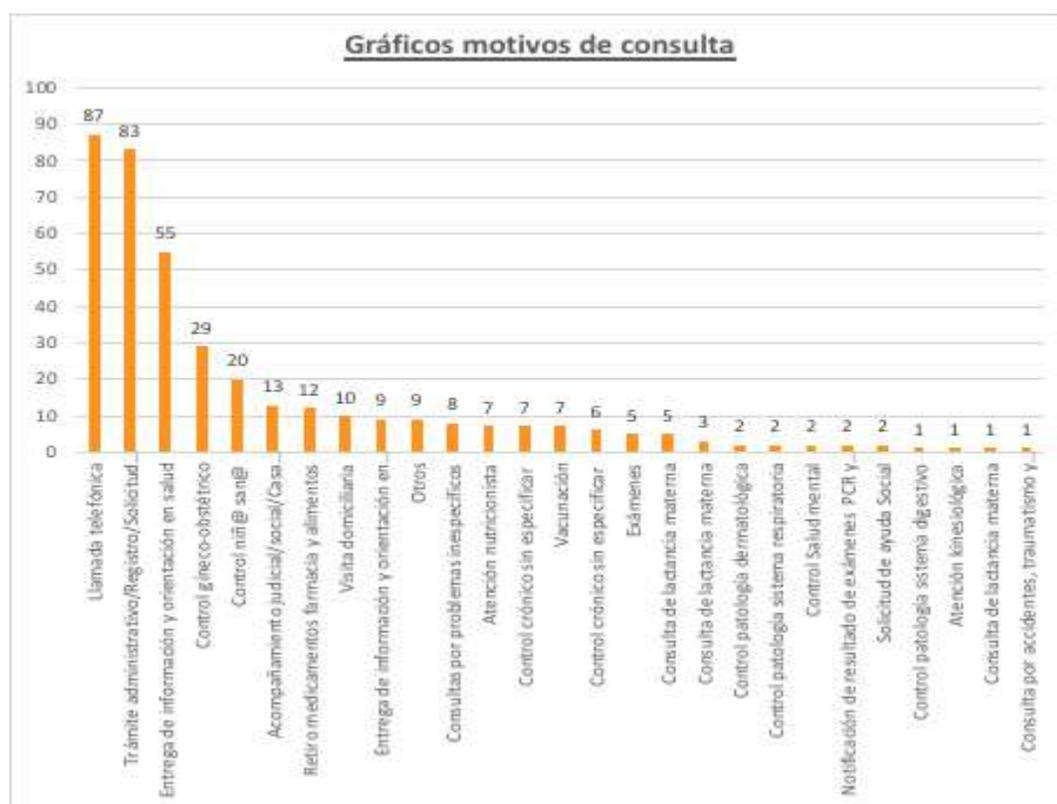
El 35% de los usuarios provienen de países tales como Panamá, Cuba, República Dominicana, entre otras nacionalidades y/o no están informados.

Estrategia de gestor comunitario

A partir de 2021, el trabajo de la gestora comunitaria intercultural se fortalece al contar con un profesional del ámbito del trabajo social, ambos del país de origen Haití, donde la estrategia comunal es distribuir las horas laborales de cada uno de ellos y en cada centro de salud para el complemento de miradas, trabajo integral y continuo y de apoyo fundamental para la comuna por medio de cada territorio de los establecimientos de salud. El énfasis está en el enfoque de determinantes sociales, derechos humanos, promoción de la salud, intersectorialidad, equidad y justicia social.

El rol de la gestora comunitaria intercultural, en sí es distinto a los propios roles de los equipos de salud, ya que, por una parte, acompaña a los técnicos o profesionales en las atenciones cuando existe una barrera cultural y/o idiomática, por tanto, no presta una atención de salud propiamente tal. Sin embargo, su accionar es tan fundamental que permite generar vínculos no sólo con el ámbito de salud, sino también con otras dependencias municipales donde existe la referencia y contra referencia de casos sociales.

Huechuraba se destaca por implementar registros propios que permite analizar el tipo de acompañamientos que realiza la gestora comunitaria a las personas migrantes, sus motivos de consulta y estado de su situación socioeconómica. Esto, se enmarca en la Ley 20.584 en materia de resguardo a la confidencialidad (con aplicación de consentimiento informado de acompañamiento). Con esta información se retroalimenta a los equipos para una vez al año analizar el rol de este recurso humano y/o reorientar nuevas estrategias por el Departamento de Salud.



Desafíos 2022 – 2025

El departamento de salud, dentro de los desafíos que tendrá será la implementación del protocolo de atención hacia las personas migrantes. En ese marco, fortalecer los registros para la identificación de ellas motivos de consulta, respecto de sus controles de salud e idealmente identificar las patologías que subyacen de sus atenciones. Asimismo, si el contexto sanitario lo permite, realizar una actualización del Diagnóstico de salud para re-direccionar las estrategias, acorde a sus propias necesidades, que principalmente se deberá abordar de manera intersectorial.

En cuanto a los enfoques, se relevará el ámbito de la salud mental, para la sensibilización, reconocimiento y abordaje de los factores críticos que pudieran estar afectando su salud física y mental o la falta de acceso en la atención en las usuarias (os) migrantes internacionales como grupo prioritario.

14. Plan de mejoramiento continuo de la calidad y seguridad asistencial.

En esta sección, se presenta el plan acciones de calidad asistencial, considerando los parámetros de la acreditación, la gestión clínica desde los CESFAM, satisfacción usuaria, comité científico y vigilancia epidemiológica.

14.1. Calidad y Acreditación

El énfasis de la gestión de calidad durante el año 2021, está puesto en desarrollar e implementar el Programa de Calidad con énfasis en la Gestión Clínica y Acreditación. En Gestión Clínica, el interés de la comuna esta puesta en la calidad de las prestaciones que otorga, por tanto, se continúa trabajando en el modelo implementando planes de mejora, apuntando a las brechas que se detecten. Dado que el año 2021, continúa la exigencia de la acreditación del nivel primario de salud desde el MINSAL, es que se pone énfasis en continuar en la implementación del proceso de acreditación, además de acreditar a otro CESFAM de la comuna. Para esto se establecen los siguientes objetivos y acciones a desarrollar:

TABLA 4-84 ACCIONES PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN ÉNFASIS ESTRATÉGICO 2022

Énfasis Estratégico	Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Metas
Incorporación de la gestión de calidad en salud	Contribuir al mejoramiento de la calidad y seguridad de la atención de atención que otorgan los establecimientos de salud de la comuna	Aplicación de autoevaluación en los establecimientos de salud, según pauta de cotejo de manual de atención abierta	$\left(\frac{\text{Informes de autoevaluación presentados}}{\text{Número de establecimientos de salud}} \right) \times 100$	100 % de los informes a Mayo 2022
		Formulación de planes de mejora en establecimientos de salud	$\left(\frac{\text{Planes de mejora presentados}}{\text{Número de establecimientos de salud}} \right) \times 100$	100 % de los planes presentados a Junio 2022
		Implementación de estrategias establecidas en plan de mejora en cada centro	$\left(\frac{\text{Número de estrategias implementadas}}{\text{Total de estrategias programadas}} \right) \times 100$	60 % de las estrategias implementadas a Septiembre 2022
Acreditación	Cumplir con las características obligatorias definidos por el manual del estándar general de acreditación	Desarrollo de las características obligatorias en cada establecimiento	$\left(\frac{\text{Número de características obligatorias cumplidas}}{\text{Total de características obligatorias}} \right) \times 100$	100 % de características obligatorias cumplidas
		Acreditar a los centros (1/4) de salud de la comuna	$\left(\frac{\text{Número de centros de salud acreditados}}{\text{Total de centros de salud}} \right) \times 100$	25% de los centros de salud acreditados

Fuente: Unidad Modelo

14.2. Gestión Clínica

Las tres estrategias por las cuáles se va a desarrollar la gestión clínica durante el año 2022, se detallan a continuación:

14.2.1. Auditorias

El proceso de auditoría médica, como una de las herramientas de la Gestión Clínica, se enmarca en una de las estrategias de mejora continua de la calidad asistencial de los establecimientos de salud, siendo su propósito: evaluar y optimizar la atención médica en los Centros de Atención Primaria de la comuna de Huechuraba, mejorar la práctica clínica de los profesionales que se desempeñan en los centros de atención primaria de la comuna, utilizar la auditoría como un medio para el desarrollo de educación local y continua y enriquecer la calidad de los procesos clínicos y administrativos de la atención clínica. La auditoría que se realiza en la comuna, tiene las siguientes características: es un proceso continuo que se evalúa en distintos periodos durante el año, es aleatorio y Sistemático en la obtención de información y análisis por medio de un procedimiento estructurado y formalizado (pauta de evaluación). En su ejecución se considera la retroalimentación al CESFAM, entregando de resultados y análisis de oportunidades de mejora; seguimiento para verificar la realización de la estrategia de mejora de la atención médica y odontológica; retroalimentación Individual, mediante envío a correos personales y/o por memorándum

personalizado, los resultados de auditorías, con la posibilidad de reunión con el médico u odontólogo asesor de la unidad correspondiente, en caso de que se requiera.

14.2.2. Capacitación auditoria continua

En los establecimientos de la comuna se realizan distintos tipos de auditorías internas, las cuales son aleatorias, llevadas a cabo en forma interna o por referentes del departamento de salud. En este contexto, es que se planifica una actividad de carácter técnico, aplicando la metodología de transferencia, para ser incorporado en la comuna de manera auto- gestionada, con el fin de entregar herramientas en esta temática a profesionales de los establecimientos de salud de la comuna de Huechuraba, pudiendo generar informes de forma más estandarizada y protocolizada. El propósito es formar profesionales médicos y odontólogos, que puedan hacer un proceso de auditoria médica interna, fortaleciendo, mejorando y estandarizando los propios procesos de auditoria en la comuna, en alianza con la Dirección de Salud, a través de asesores de la unidad modelo y de la unidad técnica, según sea el tema evaluado.

14.2.3. Plan maestro auditoría en salud

Realizar un plan de auditoria para la atención primaria de la comuna de Huechuraba responde a un compromiso con la calidad en nuestras atenciones la cual se declara en el plan de salud comunal 2022-2025, como un "Pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos". En este contexto la OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria "es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso".

En la comuna de Huechuraba se establece la necesidad de trabajar en la calidad de los procesos, y dentro de estas actividades desarrolladas, se encuentran los procesos de acreditación, auditorias del registro médico de las atenciones, auditorias de tamizaje (CLAP, EMPA y EMPAM), auditorias de planes de tratamiento en gestantes con riesgo, auditorias de planes de tratamiento en salud mental, auditorias de recetas, auditorias de pertinencia e impacto de solicitudes de exámenes (imágenes y de laboratorio), la notificación de eventos adversos (notificación de reacciones adversas a medicamentos, infecciones asociadas a atenciones de salud, accidentes corto punzantes), por decir algunas y además evaluaciones del nivel de gestión clínica de los establecimientos. Por último, también auditorias en respuestas a problemas relacionados con la atención de salud, la cuales pueden ser originadas por reclamos presentados por los pacientes o sus familiares o solicitados por los directivos que, aunque no sean originadas por un reclamo de los usuarios, las han pesquisado en sus equipos.

Este plan desarrollará los aspectos principales para generar un cambio organizacional en los aspectos de gobernanza, cambio en las personas y el proyecto.

14.3. Satisfacción Usuaría

Para el año 2022 el énfasis vuelve a estar determinado por el ámbito estratégico, que apunta a asegurar la calidad de la atención de la salud y seguridad del paciente, en pos del mejoramiento de la satisfacción usuaria. Para ello, se está en pleno proceso de trabajo de campo para medir el nivel de satisfacción de nuestra población general y específicamente con nuestra población migrante. A partir de los resultados, se seguirá profundizando la visibilidad y utilización de la OIRS, como dispositivo, y el constante monitoreo de la satisfacción mediante un sistema de medición moderno acorde a los lineamientos de la modernización del estado.

14.4. Comité Científico

Durante el 2022, el Comité Científico seguirá funcionando, sesionará una vez al mes, y planteará realizar una jornada de investigación con las universidades que realizan este proceso en la comuna.

14.5. Vigilancia epidemiológica

Se continúa el trabajo en vigilancia epidemiológica, con la revisión y reformulación de protocolos, procedimientos en atenciones de salud, medidas preventivas y de protección para el equipo de salud, con el objetivo de entregar condiciones de seguridad asistencial en contexto de pandemia.

TABLA 4-85

Énfasis Estratégico	Objetivos específicos	Acciones	Indicadores	Metas
Seguridad asistencial y vigilancia epidemiológica	Mantener las condiciones seguras en las atenciones de salud	Supervisar la implementación correctade documentos y protocolos.	Contar con proceso continuo de elaboración y revisión sistemática de protocolos.	Supervisión de la implementación de documentos y protocolos
	Contener propagación de enfermedades transmisibles	Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles	Contar con protocolos para enfermedades transmisibles de notificación obligatoria.	Proceso de vigilancia epidemiológica comunal.

Fuente:

La Recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud necesarios para el plan de salud 2022, se fundamenta en la implementación y evaluación de políticas de salud pública, combinado con la difusión oportuna de los datos necesarios según el escenario a enfrentar en los años venideros, y aunque la medicina ha avanzado mucho, siguen y seguirán apareciendo enfermedades que puedan tener una mayor incidencia sobre la población, teniendo consecuencias e impacto a todo nivel.

Capítulo 5

Gestión de recursos de salud

Capítulo 5. Gestión de recursos de salud

La gestión de los recursos describe la asignación y distribución de recursos para los gastos que influyen directa o indirectamente en los resultados de salud que impactan a las personas, familia y comunidad.

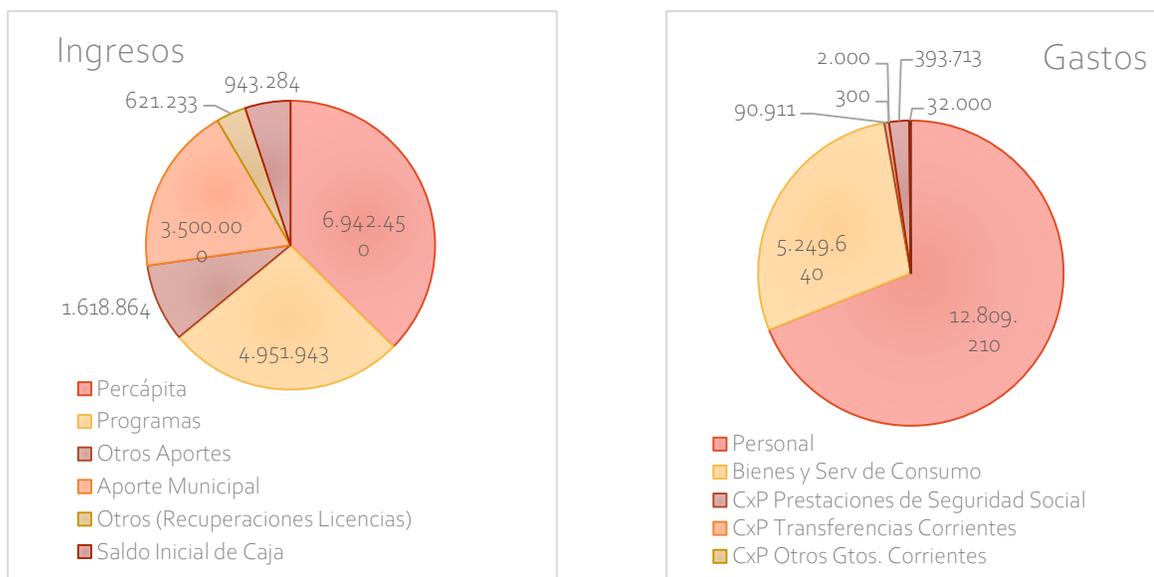
1. Gestión Financiera

1.1. Ejecución presupuestaria 2021

El Departamento de Salud cuenta con un marco presupuestario 2021 de M\$ 18.577.774 para desarrollar las acciones inherentes a las prestaciones de salud familiar y a las acciones de soporte para el funcionamiento de la operación de los dispositivos de salud de la comuna de Huechuraba.

Los ingresos provienen principalmente del aporte del per cápita, contando para el 2021 con una población validada de 70.642 usuarios, lo que corresponde a un 37.37% del presupuesto total de ingresos, le sigue con un 26.66%, otros aportes, en tercer lugar, con un 18.84% los ingresos provenientes del aporte Municipal.

GRÁFICO 5-1 INGRESOS Y GASTOS DE SALUD 2021



Fuente: Balance presupuestario septiembre año 2021

Los egresos se distribuyen principalmente entre los gastos vinculados a Personal representando un 68.95%, Bienes y Servicios con 28.26%, lo que asciende a 97.21% del total del presupuesto de gastos de operación de los dispositivos de salud (CESFAM, SAPU SAR, CECOSF, COSAM y DEPSA).

TABLA 5-1 PPRESUPUESTO VIGENTE DE SALUD

Ingresos	M \$	Porcentaje	Gastos	M \$	Porcentaje
Per-cápita	6,942,450	37.37%	Personal	12,809,210	68.95%
Programas	4,951,943	26.66%	Bienes y servicios de consumo	5,249,640	28.26%
Otros aportes	1,618,864	8.71%	CxP Prestaciones de seguridad social	90,911	0.49%
Aporte municipal	3,500,000	18.84%	CxP Transferencias corrientes	300	0.00%
Otros (Recuperaciones licencias)	621,233	3.34%	CxP Otros gastos corrientes	2,000	0.01%
Saldo inicial de caja	943,284	5.08%	CxP Adquisición de activos no financieros	393,713	2.12%
			CxP Iniciativas de inversión	32,000	0.17%
Total de ingresos	18,577,774	100 %	Total de gastos	18,577,774	100 %

Fuente: Elaboración a partir de balances y presupuesto a septiembre del año 2021

1.2. Estrategia presupuestaria 2022

Para el proceso de diseño del presupuesto 2021 se establecieron los siguientes lineamientos:

Se consideró el PLADECO como la carta de navegación de las acciones de servicio de salud a la comunidad, de manera de establecer un proceso secuencial de seguimiento y evaluación de los programas, proyectos y acciones que están definidos para el período en el Plan de Desarrollo Comunal.

Para la estimación de los Ingresos por concepto de per-cápita se consideró el mismo número de usuarios del año 2021, durante el 2022 se continuará con la revisión de inscritos en nuestra comuna, con la finalidad de mantener un registro efectivo que nos permita minimizar la pérdida de éstos, fortaleciendo los sistemas y procesos en los SOME y en atención en SAPU.

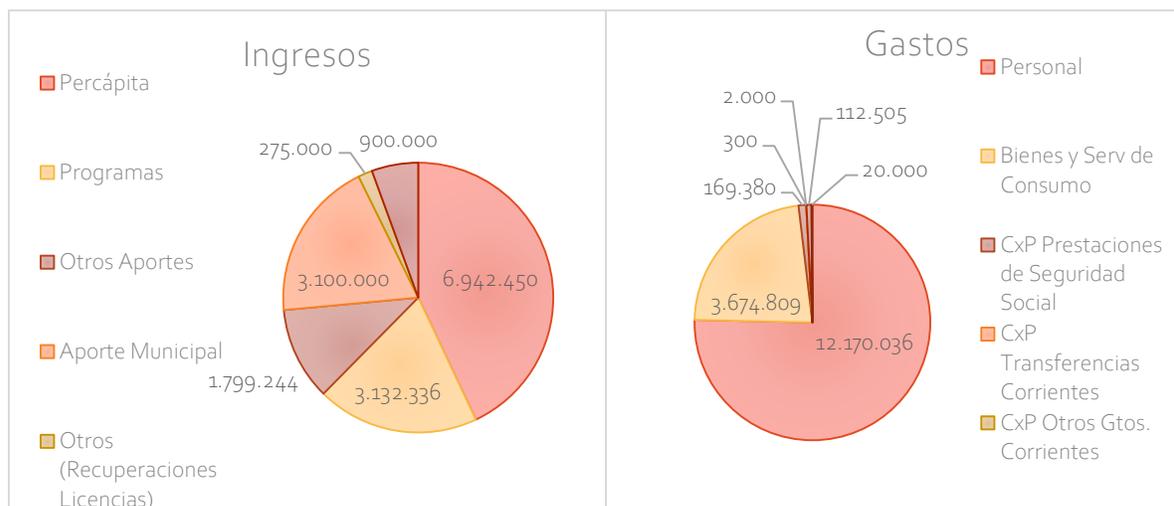
Se consideraron los mismos Programas/Convenios que se desarrollaron durante el año 2021, dado que son prestaciones complementarias y de continuidad que apuntan a potenciar y complementar la cartera de prestaciones y al financiamiento de la operación de los dispositivos.

Se consideraron recursos especiales para la implementación de proyectos específicos, producto de la demanda de la comunidad y de los usuarios, tales como: Fortalecimiento de los Módulos Dentales en Establecimientos Educativos, Fortalecimiento de Farmacia Popular en su canasta de medicamento e insumos, implementación de anexo para el sector poniente de la comuna, desarrollo de droguería y dispensación de medicamentos a pacientes vulnerables; Incorporación de terapias complementarias vinculadas a los tratamientos normales de pacientes; Implementación de Sistema de Calidad en los Centros de Salud, entre otras. Los recursos que financiarán estas iniciativas son provenientes del aporte presupuestario del Municipio.

Se consideraron recursos para el mejoramiento de la gestión interna, se destaca para el año 2022: Adecuación Ley de Alivio; Fortalecimiento de los procesos de capacitación y entrenamiento de las personas; Mejoramiento de la dotación tecnológica y de los sistemas informáticos.

El presupuesto disponible para el año 2022 se espera que ascienda al monto de M\$ 16.149.030 que establece el normal funcionamiento de los dispositivos y da cuenta de los desafíos PLADECO y de las nuevas demandas de la comunidad.

GRÁFICO 5-2 PROYECCIÓN PORCENTUAL DE INGRESOS Y GASTOS 2022



Fuente: Elaborado por la Unidad de Finanzas, DEPSA

TABLA 5-2 PROYECCIÓN PRESUPUESTO 2022

Ingresos	M \$	Porcentaje	Gastos	M \$	Porcentaje
Per-cápita	6,942,450	42.99%	Personal	12,170,036	75.36%
Programas	3,132,336	19.40%	Bienes y servicios de consumo	3,674,809	22.76%
Otros aportes	1,799,244	11.14%	Prestaciones de seguridad social	169,380	1.05%
Aporte municipal	3,100,000	19.20%	Al sector público	300	0.00%
Otros (Recuperaciones licencias)	275,000	1.70%	Otros gastos corrientes	2,000	0.01%
Saldo inicial de caja	900,000	5.57%	Otros activos	112,505	0.70%
			Inversiones	20,000	0.12%
Total de ingresos	16,149,030	100 %	Total de gastos	16,149,030	100 %

Fuente: Elaborado por la Unidad de Finanzas, DEPSA.

1.3. Gestión de convenios

La gestión de convenios tiene por objetivo optimizar el uso de los recursos ajustando las orientaciones técnicas a las demandas de nuestra población, su pilar fundamental está basado en el trabajo colaborativo interno (Unidades Técnica y Financiera) y externo con el SSMN y otras entidades financiadoras a quienes finalmente se da cuenta de los resultados de las acciones sanitarias y de utilización de los recursos.

Las acciones sanitarias son medidas principalmente a través de los registros REM, mientras que las financieras son a través de rendiciones mensuales de acuerdo a la norma N°30 de la CGR (Contraloría General de la República).

Estos convenios vienen a fortalecer la gestión de salud de nuestra comuna y por esta razón se han clasificado de acuerdo a sus características a los énfasis estratégicos más pertinentes dentro de los establecidos para el periodo 2022.

TABLA 5-3 CONVENIOS SEGÚN ÉNFASIS ESTRATÉGICO

Énfasis Estratégico	Nombre Convenio
Salud Familiar	Modelo de Atención
	Apoyo Al Desarrollo Biopsicosocial
	Piloto Acompañamiento Niños, Adolescentes Y Jóvenes De Familias Con Riesgo Psicosocial En APS
	Derivación, Intervención ATD
	Rehabilitación Integral
	CECOSF
Participación Social	Acceso A La Atención De Salud A Personas Inmigrantes
Promoción Y Prevención	Elige Vida Sana
	Promoción
	Odontológico Integral
	Sembrando Sonrisas
	GES Odontológico
	Espacios Amigables Para Adolescentes
	Fortalecimiento de Recursos Humanos en Atención Primaria
	Capacitación y Formación De recurso Humano
	Más Adultos Mayores Autovalentes
Calidad	Mantenimiento De Infraestructura
	Capacitación Y Formación De APS
	Capacitación PAC
	Formación Médicos Especialistas
	Apoyo A La Gestión A Nivel Local En Atención Primaria Municipal
Resolutividad	Resolutividad En APS
	Fondo Farmacia
	Servicio De Atención Primaria De Urgencia De Alta Resol
	Servicio De Atención Primaria De Urgencia
	Imágenes Diagnósticas
	Mejoramiento Del Acceso A La Atención Odontológica
	Programa IRA
	Campaña De Invierno
	SENDA PAB
	PPI COSAM
	PPVCOSAM
	SENDA PAI-IA
	SENDA PAI-ML
	GES COSAM
PPV CANASTA PAD COSAM	

Fuente: Registro de convenios activos, Unidad de finanzas

Gestión de convenios 2016 – 2020

Respecto a los ingresos por concepto de Convenios, se puede apreciar que durante el 2020 hubo un incremento importante en aportes, los que ascienden a M\$ 917.394, que obedece principalmente a recursos inyectados para enfrentar gastos en apoyo a enfrentar la pandemia COVID-19.

TABLA 5-4 CONVENIOS PERCIBIDOS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total, Convenios	\$ 1.182.449.232	\$ 1.365.034.324	\$ 2.063.413.579	\$ 2.290.248.132	\$ 2.378.288.346	\$ 3.295.685.319
Incremento anual		\$ 182.585.092	\$ 698.379.255	\$ 226.834.553	\$ 88.040.214	\$ 917.396.973
Incremento anual porcentual		19%	65%	19%	6%	44%

Fuente: Unidad de finanzas.

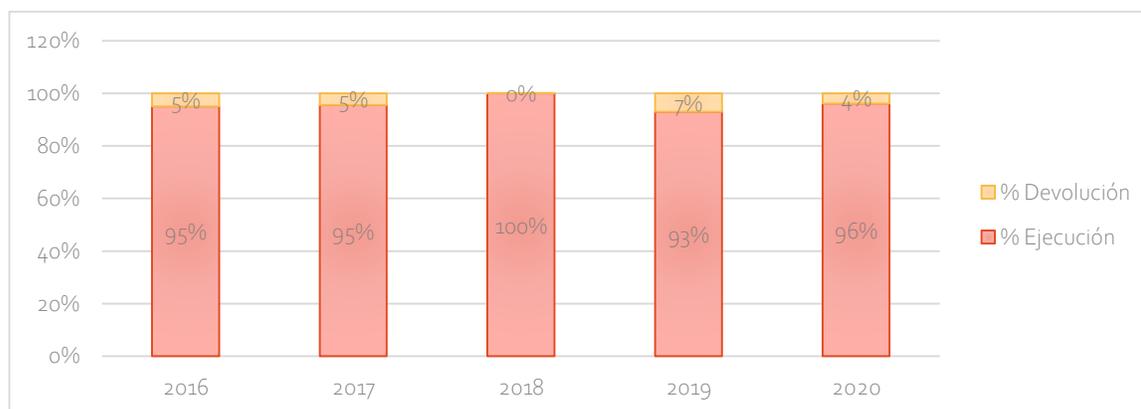
Durante los últimos años, se ha trabajado conjuntamente con los referentes de programas, con la finalidad de mejorar la ejecución de los recursos recibidos y con ello bajar el porcentaje de devolución, sin embargo, se puede apreciar que en el año 2020 existe un porcentaje menor de recursos sujetos a devolución al compararlos con el 2019, sin embargo para la ejecución total de los convenios se hace necesario que las transferencias sean hechas por parte del SSMN durante el tercer trimestre, dado que llegaron remesas en los meses de noviembre y diciembre lo que imposibilita su ejecución.

TABLA 5-5 CONVENIOS EJECUTADOS

	2016	2017	2018	2019	2020
Total Remesas	\$ 1.365.034.324	\$ 2.063.413.579	\$ 2.290.248.132	\$ 2.378.288.346	\$ 3.295.685.319
Gasto	\$ 1.296.674.341	\$ 1.970.168.848	\$ 2.289.442.348	\$ 2.209.871.172	\$ 3.167.250.187
Saldo	\$ 68.359.983	\$ 93.244.731	\$ 805.784	\$ 168.417.174	\$ 128.435.132
% Ejecución	95%	95%	99,96%	92,92%	96,10%
% Devolución	5%	5%	0,04%	7,08%	3,90%

Fuente: Unidad de Finanzas

GRÁFICO 5-3 CONVENIOS EJECUTADOS



Fuente: Unidad de Finanzas

Convenios 2021

Los recursos percibidos por concepto de convenios 2021 ascienden a la suma de M\$ 3.328.255 y representan un 18 % del presupuesto vigente, dentro de los principales convenios que se ejecutan durante el presente periodo están: Servicio De Atención Primaria De Urgencia De Alta Resolución (SAR), Resolutividad, Fortalecimiento en Recurso Humano, Fondo Farmacia, Convenio De Transferencia Gobierno Regional, Servicio de Atención Primaria de Urgencia(SAPU CORTO) SAPU Los Libertadores y Mejoramiento De Acceso A La Atención Odontológica

Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), Estrategia para Enfrentar COVID-19, Resolutividad en APS, Fondo Farmacia, Fortalecimiento en RR.HH. en APS, Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU CORTO) SAPU LOS LIBERTADORES e Imágenes Diagnósticas, los que en su conjunto ascienden a M\$ 2.371.625,148 y representan el 71% del presupuesto de los ingresos percibidos por concepto de Convenios.

TABLA 5-6 RECURSOS PERCIBIDOS DE LOS PRINCIPALES CONVENIOS ADQUIRIDOS

Convenio	Monto M\$
SAPU SAR LP	\$ 750,582,684
ESTRATEGIA DE REF. EN APS PARA ENFRENTAR COVID-19	\$ 559,959,592
RESOLUTIVIDAD	\$ 349,744,006
FOFAR	\$ 250,287,334
FORTALECIMIENTO DE RRHH EN APS -(DIGITADORES Y REF CAMPAÑA INV-VACUNACIÓN COVID)	\$ 206,456,414
SAPU CORTO LL	\$ 142,005,348
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	\$ 112,589,770
Total	\$ 2,371,625,148

Fuente: Información de convenios vigentes, Unidad de finanzas

A septiembre de 2021 se han percibido M\$ 2.354314, que representa el 71% de los recursos que se deben percibir durante el año 2021, durante el cuarto trimestre se debiera recibir el 29% restante asignados para la comuna de Huechuraba, una vez recibidos se procederán a ejecutar inmediatamente con la finalidad de ejecutar de mejor manera los recursos recibidos.

2. Gestión de las personas

Para el año 2021, la Unidad de Recursos Humanos, se planteó, como objetivo fundamental avanzar en la puesta en marcha de un plan de implementación del modelo de gestión de personas de la administración, a nivel local, siendo una de las temáticas concretadas la creación de la sub-unidad de SALUD OCUPACIONAL, unidad que se implementó en marzo del año 2021, y dirigido a promover y proteger la salud de los trabajadores, mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes promoviendo el trabajo sano, tratando de posibilitar en tiempos de pandemia, la mantención de buenos ambientes de trabajo preocupándose de la salud tanto física como mental.

Esta Unidad cuenta con una profesional dedicada a esta labor y se ha concretizado a lo largo de estos meses de funcionamiento a través de las siguientes acciones que se pasan a detallar:

Autocuidado del personal

- En este ámbito se realizaron jornadas de autocuidado en cada centro de salud, los que contaron con talleres que variaron según los intereses de los funcionarios, generando tiempos de desconexión laboral y a la vez potenciando sus habilidades personales, tales como: Senderismo, Salsa, Expresión corporal, Arte-terapia con greda, entre otros.
- Se realizaron talleres de auxilios psicológicos por psicólogo de la ACHS, a grupos específicos que debido a la pandemia se hayan mantenido con una alta exigencia como son el equipo de vacunación y funcionarios del SAR La Pincoya.
- Se convocó a la participación de funcionarios que ejercen algún nivel de jefatura en la institución al taller "Liderazgo en tiempos de crisis". Que constó de dos sesiones de 120 minutos cada una.
- De forma paralela, se convocó a la totalidad de los funcionarios a la participación en el taller "Contención Emocional" de forma online, el cual comprende

Infraestructura, Mejora de espacios

Bajo la mirada que mejorar el puesto de trabajo repercute positivamente en la salud mental de los funcionarios, se implementaron mejoras en los comedores de los establecimientos de salud, reposición de sillas de escritorio antiguas y poco confortables, entrega de estufas en puntos de vacunación, entre otros.

Elementos de protección personal (EPP)

Desde el inicio de la pandemia y durante todo el año 2021, se coordinó la compra y posterior entrega de los EPP al personal, lo que sumado a algunas mejoras en la infraestructura como instalación de acrílico en las mesas de comedores, SOME, Farmacia, entre otras; buscó resguardar la salud de los funcionarios evitando la posibilidad de un contagio de COVID-19 en el ambiente laboral.

Monitores de Salud Ocupacional

Con el objetivo de mejorar los canales de comunicación entre los funcionarios de cada establecimiento y la Sub-unidad de Salud Ocupacional se nombró a dos representantes por cada establecimiento, como "Monitores de Salud Ocupacional". Se realizaron reuniones de forma mensual desde el mes de octubre 2021.

La unidad de Recursos Humanos, de la mano de los lineamientos estratégicos comunales, enfocándose debido a la disrupción causada por el COVID-19, buscó propender a fomentar el autocuidado de la salud tanto mental como física de los funcionarios, para lo cual lo primero que se debe conocer es, cómo se sienten, qué necesitan y qué piensan, de esta manera se podrá tomar las mejores decisiones de donde es más necesario apuntar a aunar esfuerzos, por lo que se priorizará a la sub Unidad de Salud Ocupacional, asignándole mayor presupuesto para cumplir con sus cometidos.

Por otra parte, se buscará desarrollar acciones para mejorar los procesos de ingreso, inducción, capacitación, y egreso de los funcionarios, tratando de optimizar el proceso de reclutamiento y selección del personal, atendiendo a la oportunidad de contar con el Recurso Humano idóneo, tomando en consideración la problemática presentada el año 2021, para contar oportunamente con cargos estratégicos para la organización.

Desde otro ámbito, se espera concluir la elaboración de perfiles de cargo para todo el Departamento de Salud, y avanzar en la elaboración de los manuales de procedimientos de la unidad Recursos Humanos, dando de esta manera un salto cualitativo en el mejoramiento de los estándares de control y gestión interno, minimizando errores y optimizando los recursos organizacionales.

Salud ocupacional 2022

En relación con las jornadas de autocuidado, desde agosto a octubre 2021 se realizaron 42 talleres en los centros de salud, han participado 378 funcionarios, con un promedio de 9 funcionarios en cada jornada.

Durante el periodo, se han inscrito 144 funcionarios al "Taller Liderazgo en tiempos de crisis" y al "Taller de Contención Emocional para funcionarios de salud", conformándose 12 grupos de trabajo. Cada taller cuenta de 2 sesiones con una duración de 2 horas cada una.

Dentro de las mejoras a los comedores de nuestros establecimientos, se distribuyeron 50 mesas, 13 microondas, 2 frigobares, muebles e instalación de 10 toldos cerrados para la implementación de comedores en los patios internos de los diferentes centros de salud

Siguiendo la misma línea de trabajo del año 2021 y comprendiendo que el trabajo de la Salud Ocupacional se basa en los intereses y necesidades propias de los funcionarios, para el año 2022 se trabajará adicionalmente en:

- Fortalecer la integración de los monitores de salud ocupacional: Con el objetivo de generar un crecimiento y desarrollo de la unidad en conjunto, se fortalecerá el trabajo interno de los monitores de salud ocupacional de cada centro, con quienes se elaborará un plan de trabajo acorde a la realidad del recurso humano y de la infraestructura en la que trabaja este.
- Alianza colaborativa con externos: Buscado una mejora en la oferta de las jornadas de autocuidado se buscará apoyo a través de alianzas colaborativas con externos que estén interesados en ser parte de esta estrategia enfocada en el beneficio de funcionarios de salud.
- Seguimiento enfermedad profesional: Como una forma de poder generar estrategias de mejoras de acuerdo a la realidad de los propios funcionarios, desde Recursos Humanos se realizará seguimiento de los accidentes y enfermedades profesionales. Además de utilizar esta información para implementar mejoras, se busca acompañar y ofrecer apoyo en caso que la persona así lo requiera.

2.1. Dotación

TABLA 5-7 DOTACIÓN COMUNAL

DOTACIÓN COMUNAL 2022			
Categoría Funcionaria	Estamento	Dotación 2022	
		Jornadas 44 hrs.	Nº horas semanales
Gestión Directiva	Director de Salud	1.00	44
	Director/a CESFAM	4.00	176
	Subdirectores	4.00	176
	Coordinadores	3.00	132
	Jefes SOME	4.00	176
Sub Total		16.00	704
Categoría A	Médicos	42.00	1848
	Odontólogos	19.50	858
	Químicos Farmacéuticos	5.00	220
Categoría B	Enfermera	25.00	1100
	Nutricionista	13.00	572
	Matrona	18.50	814
	Asistente Social	19.50	858
	Administrador Público	4.00	176
	Psicólogo	19.00	836
	Kinesiólogo	15.50	682
	Terapeuta Ocupacional	8.00	352
	Fonoaudióloga	2.00	88
	Otros profesionales	12.00	528
Categoría C	TENS	95.00	4180
	TANS	10.00	440
Categoría D	Paramédico	22.00	968
Categoría E	Administrativos	70.00	3080
Categoría F	Conductores	9.00	396
	Auxiliares de servicio	11.00	484
Sub Total		420.00	18480.00
DOTACION 2021		436.00	19184.00

Fuente: Unidad de Recursos Humanos

En relación a la dotación 2021, se puede vislumbrar un aumento de Jornadas Asistenciales para las categorías A, B, C, D y E asociado principalmente a reforzamiento de programas según estructura etaria de la población inscrita y ajuste por nuevo CESFAM Dr. Victor Castro Wirén.

2.2. Capacitación

Evaluación de la capacitación funcionaria 2021

Los años 2020 y 2021 han sido complejos, marcados por una situación de emergencia que afecta al país, provocada por el virus COVID-19, por lo que fue necesario actuar frente a un escenario desconocido y adoptar nuevas metodologías para cumplir con los objetivos estratégicos. En ese sentido, la capacitación a distancia u online se convirtieron en una de las herramientas más útiles, en momentos donde la actividad presencial fue restringida. Por esta razón, todos los cursos que se efectuaron desde marzo a la fecha han sido modalidad online.

A continuación, se detallan las actividades de capacitación realizadas y por realizar a diciembre del 2021, correspondientes al Plan Anual de Capacitación 2021.

TABLA 5-8 ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PLANIFICADAS 2021

Actividad de Capacitación	Entidad pedagógica	Total
Actualización en Periodoncia, Rol de la APS en la salud periodontal	MINSAL	1
Calidad y acreditación en APS	Otec Layner	15
Capacitación de prevención de Suicidio en diversos contextos de la red de salud	SSMN	12
Capacitación on line en toma de Test Visual Rápido VIH (TVR/VIH)	SSMN	7
Comité de aplicación	ACHS	4
Competencias en salud familiar básica con enfoque en redes y satisfacción usuaria	Otec Crecer	90
Comunicándonos	ACHS	19
Conceptos básicos de esterilización y desinfección de alto nivel para profesionales de la salud	Iplacex (SIAD)	30
Concientización de lavado de activos	Contraloría General de la República	1
Consejería Individual, Familiar y Visita Domiciliaria Integral	Universidad de Chile	25
Curso de profundización para médicos sobre la Estrategia de Cuidados Integrales Centrado en las personas (ECICEP)	Pontificia Universidad Católica de Chile	2
Curso demencia	SSMN	7
Desafíos COVID19 para la Atención Primaria en Salud	Iplacex (SIAD)	33
Desarrollo de competencias en salud familiar y comunitaria, nivel avanzado	Universidad de Chile	25
Diploma en Gestión y Formulación de Proyectos de Telemedicina y Tele consulta	Universidad de Concepción	1
Diploma liderazgo y gestión de equipos	Universidad de Chile	2
Diplomada ecografía obstétrica ginecológica para la Atención Primaria de Salud	Universidad Austral	1
Elementos básicos de la gestión de casos en personas con condiciones crónicas de salud	Pontificia Universidad Católica de Chile	6
Elementos básicos de vigilancia epidemiológica de IAAS	Iplacex (SIAD)	36
Elementos conceptuales para el apoyo al automanejo en pacientes con condiciones crónicas	Pontificia Universidad Católica de Chile	4
Enfermedades respiratorias del adulto	Iplacex (SIAD)	45
Ergonomía y autocuidado para el trabajo en oficina y teletrabajo	ACHS	12
Formación básica en primera ayuda psicológica (PAP) en contexto COVID-19	Iplacex (SIAD)	54
Fortaleciendo las bases del programa nacional de inmunizaciones	Iplacex (SIAD)	45

Fortalecimiento de las habilidades para la evaluación del desarrollo integral de niñas y niños en la APS	MINSAL	5
Gestión de farmacia en APS	Otec Inside	16
Gestión de planes de acción y/o estrategias para el cuidado de la salud mental del personal de salud en contexto de pandemia	Iplacex (SIAD)	3
Habilidades psicosociales básicas en contexto de COVID-19 para el personal de salud	Iplacex (SIAD)	63
Herramientas para la implementación del modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica	Pontificia Universidad Católica de Chile	15
Herramientas para la implementación del modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica	Universidad de Chile	20
Inclusión social en género, discapacidad, interculturalidad, inmigrantes, etnias y diversidad sexual para la Atención Primaria de Salud	Por definir	20
Lactancia Materna "Proyecto de fortalecimiento de la lactancia materna y del PNAC	SSMN	5
Lengua de señas	Contraloría General de la República	1
Liderando en contexto de crisis de COVID-19 para jefaturas	ACHS	12
Manejo de situaciones difíciles y contención de pacientes con agitación psicomotora en ámbito ambulatorio	Pontificia Universidad Católica de Chile	6
Organización del Trabajo y Comunicación efectiva	Por definir	70
Orientación en prevención de contagio de COVID-19	ACHS	11
Orientaciones técnicas para el manejo integral del pie diabético: prevención y tratamiento. Parte I	Iplacex (SIAD)	5
Precauciones estándares para profesionales de la salud	Iplacex (SIAD)	11
Prevención y control de incendios	ACHS	6
Procedimientos disciplinarios 2021	Contraloría General de la República	1
Protocolo de riesgos psicosociales	ACHS	7
Recomendaciones psicológicas para teletrabajo	ACHS	5
Salud mental en APS según modelo de salud familiar para médicos	Por definir	16
Seminario de sensibilización y formación en materia de trata de personas	SEREMI	22
Soy funcionario/a de la salud...¡me cuido! Relación del trabajo en salud y el cuidado de sí mismo	Iplacex (SIAD)	27
Uso y regulación de vehículos fiscales	Contraloría General de la República	1
	TOTAL	825

Fuente: Plan anual de capacitación, Unidad de RRHH

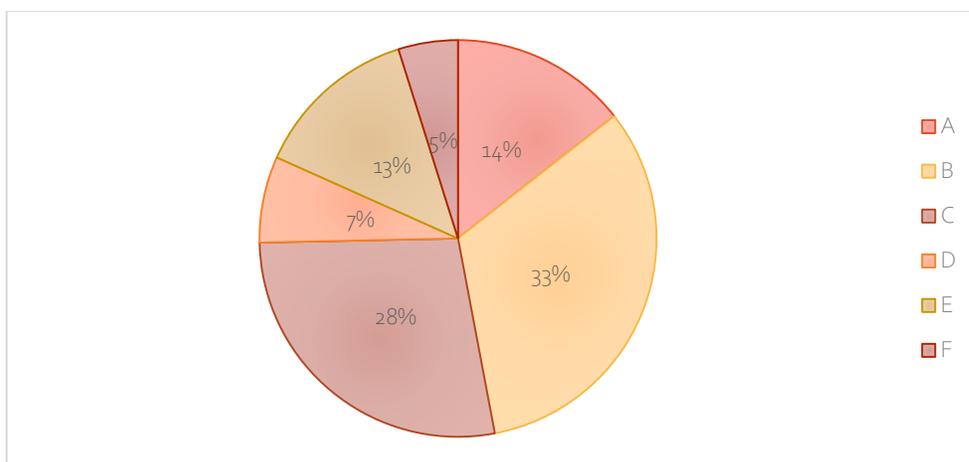
De los datos anteriores, anterior, se desprende que el 33% de capacitaciones fueron destinadas a la categoría B, compuesta por profesionales, el 28% del total, fueron otorgadas a la categoría C, es decir, correspondiente a Técnicos de Nivel Superior, 14% del total de los cursos, fueron entregados a la categoría A, compuesta por médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos, el 13% del total destinados a la categoría E conformada por administrativos, el 7% a la categoría D, auxiliares paramédicos, y el 5% restante de las capacitaciones, fueron destinadas a categoría F, compuesta por auxiliares de servicio de la dotación de salud, y el promedio de cursos por funcionario se detalla en la siguiente tabla.

TABLA 5-9 PROMEDIO DE CURSOS POR FUNCIONARIO

Categoría	% de funcionarios de la dotación total, por categoría	Curso otorgado por Categoría	Promedio por persona
A	14%	119 cursos	Entre 1 a 2 cursos por persona
B	36%	269 cursos	Entre 1 a 2 cursos por persona
C	23%	228 cursos	Entre 1 a 2 cursos por persona
D	4%	58 cursos	Entre 2 a 3 cursos por persona
E	16%	111 cursos	Entre 1 a 2 cursos por persona
F	7%	40 cursos	Entre 1 a 2 cursos por persona

Fuente: Registro estadístico RRHH

GRÁFICO 5-4 FUNCIONARIOS CAPACITADOS POR CATEGORÍA



Fuente: Registro estadístico RRHH

Como medida fundamental para el desarrollo de la organización y el crecimiento personal de los funcionarios de salud de la comuna, se establecen a continuación las acciones de capacitación programadas para el año 2022, estructurado de acuerdo a la detección de necesidades de capacitación, considerando a la vez, las orientaciones técnicas otorgadas por el Ministerio de Salud dando énfasis a los ámbitos prioritarios por el Ministerio, la pertinencia de capacitación del Servicio de Salud, y conforme a las acciones de capacitación ya ejecutadas durante el año 2021, con el fin de fomentar el continuo perfeccionamiento del capital humano en el marco de los objetivos sanitarios y del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario, proporcionando herramientas efectivas a funcionarios y funcionarias para un adecuado desempeño, orientado al logro de metas institucionales y a la satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios y usuarias.

A continuación, se expone el Programa Anual de Capacitación 2022, construido de acuerdo a las orientaciones entregadas por el Ministerio de Salud, a través de nueve lineamientos estratégicos.

Plan de capacitación 2022

TABLA 5-10 Programa anual de capacitación 2022

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	CATEGORIAS A CAPACITAR
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Prevención, detección y acompañamiento sobre enfermedades de transmisión sexual, desde un enfoque de Género y Derechos Sexuales y Reproductivos en un marco de Derechos Humanos.	Educación y consejería en enfermedades de transmisión sexual	A-B
	Conocer los aspectos relevantes del PNI, considerando la normativa vigente como una herramienta para el desarrollo de una vacunación segura, reconociendo el impacto de esta intervención en Salud Pública.	Fortaleciendo las bases del Programa Nacional de Inmunizaciones.	B-C
	Actualizar conocimientos a la red en el ámbito del programa de TBC, según indicación de la norma técnica N° 84.	Abordaje de la Tuberculosis en adultos y niños	A-B-C
	Entregar actualización de conocimientos a la red en el ámbito de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH.	Capacitación en toma de Test Rápido VIH.	A-B
	Adquirir conocimientos para promover la prevención, diagnosticar a tiempo y tratar la enfermedad de Chagas.	Actualización en Enfermedad de Chagas.	A-B-C-D-E
	Conocer las características fundamentales de cada una de las etapas de los procesos de esterilización y DAN a la que es sometido un dispositivo médico.	Conceptos básicos de esterilización y desinfección de alto nivel para profesionales de la salud	A-B
	Entregar actualización de conocimientos a la red en el ámbito de prevención de la Transmisión vertical.	Actualización Norma técnica de prevención de transmisión vertical de sífilis y VIH.	A-B
	Analizar en base a la evidencia actual los virus presentes en nuestra población, las vías de contagio y los mecanismos de infección a fin de reconocer las nuevas variantes genéticas y los mecanismos actuales de detección.	Actualización Virus de la Hepatitis B y Virus de la Hepatitis C.	A-B
	Adquirir los conocimientos necesarios, sobre los criterios aspectos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y promocionales relacionados a las enfermedades respiratorias del adulto.	Enfermedades respiratorias del adulto (ERA) en APS	A-B
	Adquirir los conocimientos necesarios, sobre los criterios aspectos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y promocionales relacionados a las Infecciones Respiratorias Agudas de la población infantil.	Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	A-B
	Actualizar conceptos y competencias técnicas sobre VIH/SIDA en base a las nuevas estrategias nacionales y políticas públicas chilenas, siempre desde una visión biopsicosocial centrada en el usuario y en la atención clínica de su proceso de salud, entregando herramientas que faciliten y fortalezcan la relación usuario-profesional.	Consejería test VIH.	A-B
	Adquirir herramientas para abordar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades zoonóticas y vectoriales, implementando medidas de control y prevención más adecuadas para cada caso.	Zoonosis y Enfermedades Vectoriales.	A-B

EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Manejo correcto de patología cardiorrespiratoria de urgencia en adultos y niños.	Reanimación Cardiopulmonar (RCP básico y avanzado)	TODAS LAS CATEGORIAS
	Conocer la situación epidemiológica de la Diabetes Mellitus, tanto en el mundo como en Chile comprendiendo los aspectos básicos de su fisiopatología, los factores de riesgo asociados, la prevención y el tratamiento de la misma.	Curso básico de Diabetes Mellitus	A-B-C-D
	Profesionales del Profesionales de Salud Cardiovascular capacitados en estrategia HEARTS para el manejo de la Hipertensión Arterial.	Implementación de la iniciativa HEARTS en la Atención Primaria de Salud.	A-B
	Aplicar técnica estandarizada de medición de presión arterial, Identificar los instrumentos a utilizar para la toma de presión arterial. Aplicar la correcta técnica para casos especiales, especialmente en niños.	Control de la Presión Arterial según estrategia Hearts	A-B-C-D
	Contribuir al acompañamiento en la supervisión de salud y abordaje integral de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Down, en el contexto del control de salud infantil-	Abordaje de niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Down	A-B
	Desarrollar competencias teóricas y clínicas para la detección temprana y evaluación de TEA desde una perspectiva integral de desarrollo.	Detección y diagnóstico oportuno de trastorno del espectro autista (TEA)	A-B
	Entregar un marco comprensivo y explicativo general de la violencia de género y su relación con el quehacer del sector salud.	Sensibilización en violencia de género, sexual y trata de personas	B
	Profesionales capacitados para la implementación de la Estrategia de cuidado integra centrado en las personas ECICEP.	Herramientas para la implementación del modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica	A-B-C
	Profesionales capacitados en gestión de casos en el marco de la atención organizada por estratificación de riesgo en personas con multimorbilidad crónica y el apoyo al automanejo.	Elementos básicos de la gestión de casos en personas con condiciones crónicas de salud.	B
	Médicos capacitados en elementos centrales del enfoque familiar en salud, uso de herramientas comunicacionales, entrevista motivacional y habilidades de razonamiento clínico en escenarios de multimorbilidad, así como desarrollar la capacidad de promover la participación en toma de decisiones y el desarrollo de planes consensuados.	Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica.	A
	Analizar la situación de la salud mental de la población del país. Integrar los servicios y herramientas disponibles para su diagnóstico y tratamiento e identificar el estado mental y psicomotor del paciente. Distinguir los tipos de crisis con sus características y etapas.	Atenciones de Salud Mental en Urgencia APS	A-B
	Conocer las generalidades de la insuficiencia cardíaca identificando las Principales clasificaciones, su diagnóstico y tratamientos	Diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca	A-B-C
	Detección precoz de cáncer en grupos de riesgo y tratamiento oportuno de personas que padecen cáncer	Prevención y detección precoz del cáncer	A
	Actualizar y profundizar los conocimientos y fundamentos teórico-prácticos para la atención odontológica de niños y niñas preescolares en atención primaria en salud, valorando el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y basados en una Odontología de Mínima Intervención.	Promoción de la salud bucal en niños y niñas, prevención de caries en preescolar.	A
	Brindar conocimientos teóricos-prácticos a odontólogos de la Red del SSMN para que cuenten con los elementos metodológicos necesarios en la aplicación de la Técnica de Restauración Atraumática (ART) en pacientes en contexto comunitario.	Curso de actualización en odontología mínimamente invasiva y ART	A
	Manejo correcto de protocolos de atención en diabetes y atención integral a pacientes con pie diabético.	Manejo avanzado de Heridas	B

	Entregar herramientas para el desarrollo de un plan de cuidados integral con el fin de manejar precozmente el riesgo de ulceración y úlceras en personas con Diabetes Mellitus	Orientaciones técnicas para el manejo integral del pie diabético: prevención y tratamiento.	B
	Adquirir herramientas teóricas necesarias para lograr un adecuado manejo de las heridas, úlceras y ostomías fundamentadas en evidencia científica actualizada, con una valoración integral del paciente y su lesión, para lograr establecer un correcto plan de cuidados de Enfermería basados en el manejo avanzado de heridas	Curación Avanzada de Heridas Crónicas y Ostomías	B
	Profundizar y entregar herramientas teóricas y prácticas relacionadas a los diagnósticos más frecuentes de salud mental a Médicos de Atención Primaria de Salud Mental, para una adecuada intervención tanto en su fase de consulta inicial como en su tratamiento integral.	Salud mental para médicos generales de APS	A
	Que los profesionales mejoren su capacidad para entender, integrar y aplicar elementos conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones en el quehacer de sus funciones	Taller de Terapia breve centrada en soluciones para Atención Primaria de Salud	B
	Conocer distintas perspectivas teóricas y epistemológicas respecto al fenómeno grupal, para así aplicar herramientas para la implementación de estrategias de intervención grupal	Intervenciones Terapéuticas Grupales.	B
	Ampliar las destrezas interventivas de los participantes, en torno a estrategias para el abordaje del trabajo con familias.	Intervenciones Familiares en el contexto del Programa de Acompañamiento Psicosocial	A-B
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Aplicación de instrumentos de intervención y educación sobre la sexualidad en todos los ciclos de la vida, desde perspectiva de género.	Educación Integral de la Sexualidad en todos sus ciclos	A-B
	Trabajo intersectorial en intervenciones de prevención y detección del consumo de tabaco.	Consejería antitabaco	B
	Desarrollar habilidades y técnicas para el ejercicio de la consejería individual y familiar, anticipada y/o contingente, a través del ciclo vital individual y familiar.	Consejería Individual, Familiar y Visita Domiciliaria Integral	B
	Conocer marcos teóricos referenciales actualizados respecto de los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas en el embarazo y puerperio.	Consumo de sustancias en mujeres gestantes y puérperas	B
	Intervenciones de prevención del consumo de riesgo de alcohol y drogas.	Prevención, diagnóstico y tratamiento de personas con consumo de alcohol y drogas	A-B
	Desarrollar capacidades en el manejo integral de la obesidad infantil en el ámbito clínico y educativo, para contribuir a la formación de profesionales con conocimiento en la elaboración y manejo de programas intersectoriales, para la prevención temprana de las enfermedades crónicas degenerativas (ECD) asociadas a la malnutrición por exceso.	Abordaje de la obesidad infantil en APS	A-B-C
	Pesquisar a tiempo el déficit del desarrollo psicomotor.	Promoción del Desarrollo psicomotor Infantil y manejo de alteraciones	B
	Implementación de estrategias de programas de promoción. Desarrollo habilidades para el diseño de propuestas de promoción que puedan ser implementadas localmente.	Promoción de salud y determinantes sociales	A-B
	Aplicar habilidades psicosociales básicas para el cuidado propio, en el contexto de la atención de usuarios y sus familiares durante la pandemia por COVID19.	Habilidades Psicosociales Básicas en contexto de COVID-19 para el Personal de Salud	TODAS LAS CATEGORIAS

	Adquirir herramientas que permiten otorgar una atención de salud de calidad e integral en adolescentes, en un marco de derechos, considerando los aspectos legales y éticos asociados.	Aspectos éticos y legales en la Atención de salud de adolescentes	B
	Reconocer aspectos generales de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia.	Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: rol de equipos de APS	A-B
	Adquirir Herramientas organizacionales para el cuidado y la protección de la Salud Mental del personal de salud, considerando los diferentes niveles de participación institucional en contexto de pandemia por COVID-19.	Gestión de planes de acción y/o estrategias para el cuidado de la salud mental del personal de salud en contexto de pandemia	TODAS LAS CATEGORIAS
	Identificar las características y la importancia del trabajo en salud y su relación con el cuidado de sí mismo.	Soy funcionario/a de la Salud. ¡Me Cuido!. Relación del Trabajo en Salud y el Cuidado de Sí Mismo	TODAS LAS CATEGORIAS
EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	Detección a tiempo de mujeres en etapa de climaterio y menopausia. Desarrollo de habilidades para construir intervenciones de educación, en la atención a mujeres, sobre el climaterio y menopausia.	Actualización en Climaterio y Menopausia para Matronas/es y Médicos de Atención Primaria	A-B
	Utilización de técnica y protocolos establecidos para investigar accidentes laborales.	Investigación y análisis de Accidentes	TODAS LAS CATEGORIAS
	Identificar las características y la relevancia del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) como instrumento de evaluación del estado de salud, identificación de factores de riesgo y evaluación de la funcionalidad del adulto mayor.	Actualización de la aplicación del Examen de medicina preventiva del adulto	B
	Actualización y profundización de habilidades para el trabajo en problemáticas de la vejez en geriatría y gerontología.	Envejecimiento activo y saludable	A-B
	Entregar herramientas para promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, dado que es en esta etapa en el que se le debe proporcionar a los niños y las niñas toda la energía y los nutrientes que necesitan, además de protegerlos de enfermedades infecciosas y crónicas.	Lactancia Materna	B-C
	Aumentar las competencias en la pesquisa de trastornos de salud mental en gestantes. Aprender a reconocer trastornos de salud mental en mujeres gestantes.	Herramientas para la pesquisa de trastornos de salud mental en mujeres gestantes	B
	Fortalecer las competencias de profesionales que realizan el control integral de salud infantil, en pesquisa de alteraciones del desarrollo, estrategias de estimulación y supervisión, que puedan cambiar el curso natural de los trastornos del neurodesarrollo.	Abordaje integral de niños y niñas con retraso del desarrollo social y comunicativo	B
	Aplicación de prácticas seguras de manejo de sustancias peligrosas en el almacenamiento y manipulación de acuerdo a la normativa nacional e internacional vigente.	Sustancias peligrosas en establecimientos de Atención de Salud	TODAS LAS CATEGORIAS
	Implementación un plan de trabajo efectivo, conforme a las necesidades preventivas de la Institución, de acuerdo a la estrategia de Comité Paritario de Higiene y Seguridad ACHS.	Técnicas Básicas para la Gestión del Comité Paritario	TODAS LAS CATEGORIAS
	Conocer, identificar y aplicar la clasificación general de las calderas y autoclaves y partes que la componen. Conocer los Riesgos asociados a la operación de los equipos, entre otros.	Operación Segura de Caldera y Generador de Vapor	C-D-F
	Identificar el manejo de Residuos como parte de la cadena de transmisión. Conocer las orientaciones técnicas emitidas por el MINSAL, asociados a la Pandemia, Reforzar las precauciones Estándar y el uso de los EPP.	Manejo de residuos en casos sospechosos y positivos de COVID-19	TODAS LAS CATEGORIAS
	Desarrollar una serie de tareas concernientes a la valoración de la gravedad y urgencia de la situación de sospecha o abuso sexual infantil, facilitando ello la toma de decisiones y planificación, asociados a la intervención a realizar posterior a la pesquisa o develación de la víctima.	Abordaje y denuncia en sospecha de y/o abuso sexual infantil	A-B-C

	Conocer las generalidades de la prevención y control de infecciones en COVID-19, Identificar las bases de las precauciones estándar en salud. Identificar el manejo del aseo y desinfección de superficies, Conocer las orientaciones emitidas por el MINSAL.	Elementos de protección Personal	TODAS LAS CATEGORIAS
	Aplicación de procedimientos para el manejo seguro de residuos peligrosos y especiales, conforme a la normativa legal vigente.	Manejo de residuos especiales en establecimientos de Salud	TODAS LAS CATEGORIAS
	Conocimiento de riesgos y efectos de las radiaciones ionizantes. Aplicación procedimientos ante emergencias radiológicas.	Protección Radiológica.	TODAS LAS CATEGORIAS
	Adquirir herramientas para la detección y calificación del riesgo suicida en la red de salud.	Capacitación de prevención de Suicidio en diversos contextos de la red de salud	B
	Aplicación del protocolo MINSAL en la identificación y evaluación de las tareas con riesgos en las extremidades superiores.	Norma Técnicas Trastorno Musculo Esquelético	TODAS LAS CATEGORIAS
	Obtener conocimientos teóricos y prácticos que le permitan la nivelación de los estándares de calidad en la ejecución, de ecografías obstétricas en todos los trimestres de la gestación, en las técnicas de Doppler obstétrico y de ecografía ginecológica básica, para el control de dispositivos intrauterinos, necesarios en el nivel primario de atención en salud.	Diplomada ecografía obstétrica ginecológica para la Atención Primaria de Salud	B
	Aplicación del uso correcto de técnicas de manejo manual de cargas y movilización pacientes, previniendo lesiones del musculo esqueléticas en labores desarrolladas en establecimientos sanitarios	Manejo Manual de Cargas y Técnicas de Movimiento de Pacientes	C-D-E-F
	Manipulación correcta de un extintor ante un amago de incendio.	Taller práctico de Uso de Extintores.	TODAS LAS CATEGORIAS
EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	Sensibilizar y formar a quienes prestan servicios y se relacionan en forma directa con los(as) usuarios(as) de los servicios de Atención Primaria de Salud, proporcionando la incorporación de conocimientos y el desarrollo de habilidades para la atención de usuarios, con el objeto que brinden, promuevan y exijan un trato inclusivo, no discriminatorio e igualitario de acceso a una salud digna y de calidad, con especial atención a los grupos de vulnerabilidad.	Inclusión social en género, discapacidad, interculturalidad, inmigrantes, etnias y diversidad sexual para la Atención Primaria de Salud	B-C-D-E
	Abordaje intersectorial en el tratamiento de los problemas de salud de inmigrantes y refugiados. Sensibilización del trato a la población migrante, derribando mitos internos que impidan una atención integral.	Migración latinoamericana y atención en salud en Chile	TODAS LAS CATEGORIAS
EJE ESTRATEGICO 6: Medioambiente.	Detectar los principales problemas medio ambientales actuales de la comuna, la forma en que afectan la salud de las personas y su efecto en las futuras generaciones.	Medioambiente, salud y sustentabilidad.	A-B-C-D-E
	Identificar el fenómeno global de cambio climático, los riesgos para la salud de la población y las principales medidas de adaptación que debe implementar el sector de salud.	Cambio climático. Impactos y adaptación en salud	A-B-C
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Fortalecimiento de los mecanismos de participación ciudadana. Utilización de métodos de educación popular para potenciar la valorización y confianza en la ciudadanía.	Curso básico sobre estrategias participativas y comunitarias en salud	A-B-C-D-E
	Identificar aspectos básicos del Coronavirus, Conocer generalidades en la coordinación de consultas en la atención de usuarios durante la pandemia por COVID19. Identificar los beneficios de las Tecnologías asociadas a Salud. Identificar la disminución del riesgo de contagio de COVID19 por medio de la atención telemática.	Consultas e implementación de la Atención telemática en salud	A-B-C
	Integración de nuevos conocimientos y herramientas que permitan a los equipos de salud, fortalecer el manejo de la normativa legal, respecto a derechos y deberes explícitos en Estatuto de Atención Primaria Ley N° 19.378.	Actualización sobre el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal Ley 19.378	TODAS LAS CATEGORIAS

Identificación de los principales aspectos normativos de la Ley 20.880, los cambios en la regulación existentes y sus mecanismos de control.	Declaración de Intereses y Patrimonio	B-C-E
Aplicación correcta de los contenidos de SIAPER Registro Electrónico Municipal.	Actualización del sistema SIAPER Registro Electrónico Municipal	B-C-E
Aplicar herramientas computacionales para facilitar y mejorar gestión administrativa de su puesto de trabajo.	Uso de herramienta excel avanzado, intermedio y básico	B-C-D-E
Potenciar las competencias genéricas y habilidades interpersonales en las Dirección y Jefaturas de los Centros de Salud.	Desarrollo de Liderazgo y gestión de equipos	A-B
Identificar y distinguir el modelo de gestión del desempeño impulsado por la DNSC como subsistema relevante de la Gestión y Desarrollo de personas, relevando la importancia del rol de las jefaturas en las distintas etapas de este proceso.	Gestión del desempeño en servicios públicos	B-C-D-E
Actualizar conocimientos sobre el presupuesto y los principios, normas y procedimientos contables generales del Sistema de Contabilidad General de la Nación para el Sector Municipal.	Contabilidad General de la Nación, nivel 1 y 2	B-C
Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar, Comunitaria y de Redes Integradas de Salud.	Herramientas para el desarrollo de competencias en modelo de salud familiar y comunitaria (principios básicos, y avanzados)	TODAS LAS CATEGORIAS
Actualizar conocimiento acerca de los sistemas de salud, y el desarrollo del modelo de salud mental comunitario, sus principios e impacto, y que los funcionarios sepan reconocer de manera práctica cómo se implementa en ciertos sectores, y como se aplica en el trabajo diario con los usuarios.	Modelo de Gestión en Salud Mental Comunitaria	TODAS LAS CATEGORIAS
Generar competencias que les permitirá realizar y comprender procesos de compras y licitaciones en el sector público, con eficacia y eficiencia, en el marco normativo y utilizando las técnicas adecuadas para las labores desarrolladas.	Gestión y aplicación de la Ley de Compras Públicas	B-C
Conocer y comprender la normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación NICSP-CGR.	Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público	B-C
Comprender qué es el lavado de activos y cuál es el rol de los funcionarios públicos en la prevención de este delito.	Concientización de lavado de activos	TODAS LAS CATEGORIAS
Examinar los procedimientos disciplinarios en el marco del Estatuto Administrativo que rige a quienes trabajan en la Administración del Estado.	Procedimientos disciplinarios 2021.	C-E-F
Desarrollar el manejo del software Microsoft Word 2016 en gestión de documentos, formato de documentos, trabajo con referencias, trabajo con plantillas y formularios, distribución de documentos y automatización de documentos a través de macros.	Microsoft Word 2016	E
Implementación de proyectos de mejora con propuestas de soluciones innovadoras interdisciplinarias en la gestión de la demanda.	Gestión de la demanda para equipos gestores de los establecimientos de la APS	B
Actualización y aplicación de conocimientos sobre el Registro estadístico Mensual, el correcto llenado, consolidación de datos, envío de la información, en los plazos establecidos.	Estadísticas e indicadores REM en salud	A-B
Utilización eficiente la plataforma SIGGES con el fin de monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por los Decretos GES.	Digitación en SIGGES para GES VIH, perfil de ingreso y monitoreo	B

	Fortalecimiento del funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en salud (GES). Mejoramiento de la calidad de la atención aumentando la capacidad de resolución del médico, sobre patologías de consulta frecuente en atención ambulatoria y que se encuentren bajo el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES).	Manejo de Patologías Prevalentes en APS (GES)	A
	Aplicación de protocolos de atención en odontología de pacientes con Enfermedades de base. Manejo de las complicaciones derivadas de la urgencia y la atención de urgencia.	Urgencia odontológica basada en la evidencia	A
	Entregar atención odontológica a usuarios beneficiarios del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa y su(s) cuidador(es), en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.	Atención Odontológica Domiciliaria a personas en condición de dependencia severa	A
	Aplicación de técnicas y protocolos para atención segura en pacientes en situación de urgencia y emergencia.	Curso básico de tratamiento de urgencias	C-D
	Aplicar estrategias de primera respuesta frente a un usuario/a que presenta una crisis, ya sea de desborde emocional o agitación psicomotora.	Manejo de situaciones difíciles y contención de pacientes con agitación psicomotora en ámbito ambulatorio	A-B-C
	Entender y aplicar las prácticas laborales según las directrices de la norma 147.	Norma Técnica N° 147 de buenas prácticas de almacenamiento y distribución para droguerías.	A-E-F
	Identificar beneficios de las tecnologías y la disminución del riesgo a contagios de COVID por medio de la atención telemática.	Consultas e implementación de la Atención telemática en salud	A-B
	Aplicar los Procedimientos de Almacenamiento y Transporte de Medicamentos Refrigerados o Congelados de la Industria Farmacéutica, Según la Norma Técnica N° 208.	Procedimiento para el almacenamiento y transporte de medicamentos refrigerados y congelados, según Norma Técnica N° 208	A-E-F
	Disminuir el desgaste emocional inherente al quehacer profesional en la Atención Primaria de Salud, otorgando herramientas de habilidades blandas, para afrontar el estrés.	Talleres de autocuidado	TODAS LAS CATEGORIAS
	Aplicación de medidas preventivas y de autocuidado.	Ergonomía y Autocuidado en el Trabajo.	TODAS LAS CATEGORIAS
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Acreditación de la calidad de los prestadores de salud. Aplicación de criterios asociados al diseño de indicadores y su posterior evaluación.	Principios básicos y avanzados sobre la calidad y la acreditación en APS	TODAS LAS CATEGORIAS
	Actualización de los conocimientos en infecciones asociadas a la atención de salud, aplicando protocolos establecidos para prevención y control de las IAAS.	Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en APS	B-C-D
	Identificar los principales componentes de cada una de las etapas de vigilancia epidemiológica de las IAAS para el desarrollo, implementación, supervisión y evaluación de la vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud del país.	Elementos básicos de vigilancia epidemiológica de IAAS	A-B-C-D
	Aplicar estrategias de cuidado personal asociados al abordaje de la pandemia, para personal de la salud y su población a cargo.	Desafíos COVID19 para la Atención Primaria en Salud	TODAS LAS CATEGORIAS
	Conocer y comprender los conceptos básicos asociados al COVID-19. Identificar las principales estrategias para prevenir el contagio y generar conductas de autocuidado y valorar la importancia de la implementación de estrategias para la contención de la enfermedad en Chile.	Orientaciones y estrategias de prevención del COVID-19	TODAS LAS CATEGORIAS
	Identificar las principales medidas generales y específicas de prevención y precaución en la transmisión de agentes infecciosos, diferenciando las técnicas de higiene, esterilización y desinfección.	Precauciones estándares para profesionales de la salud	TODAS LAS CATEGORIAS

	Aplicación en todos los aspectos de la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en la salud.	Normas de seguridad del paciente y calidad de atención	E
	Identificar los aspectos críticos en término de seguridad del proceso de dispensación y entrega de medicamento.	Administración de farmacia en APS	C-D
	Aplicar procedimientos para el manejo seguro de residuos peligrosos y especiales, conforme a la normativa legal vigente.	Manejo de residuos especiales en establecimientos de Salud	A-B-C-D
	Aprender y aplicar Lenguaje de Señas, como una herramienta inicial para mejorar la comunicación en la atención de personas en situación de discapacidad auditiva, en contexto de Atención Primaria de Salud	Lengua de señas	A-B-C-D-E
	Comprender y aplicar técnicas para la ejecución de una correcta atención a los usuarios, tanto internos o externos, adquiriendo herramientas orientadas a enfrentar situaciones de conflicto y que fortalezcan el trabajo en equipo y la calidad de vida.	Atención de usuarios críticos y manejo de conflictos en la APS	C-D-E-F
	Actualizar, profundizar y promover la reflexión de los conocimientos respecto de la cultura del buen trato, considerándola como un componente de las Buenas Prácticas y como una responsabilidad fundamental para la provisión de un adecuado clima laboral.	Gestión del buen trato laboral	TODAS LAS CATEGORIAS
	Proporcionar a los equipos multidisciplinarios de Atención Primaria las herramientas que permita que actualicen su propia motivación, fomentando para esto, una mirada positiva y la gestión correcta del tiempo como recurso. Aplicar herramientas específicas de la comunicación efectiva, con el fin de mejorar las capacidades comunicativas de personas u organizaciones en el contexto sanitario.	Organización del trabajo y Comunicación Efectiva	TODAS LAS CATEGORIAS
	Poner en práctica la metodología del seguimiento farmacoterapéutico, aprovechando las potencialidades para aplicarlo en el control de las principales patologías que afectan a la población chilena.	Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico	A
	Reconocer los pasos de la elaboración de una adecuada estrategia de comunicación del riesgo, identificando su importancia en la fase de respuesta ante una situación de emergencia y/o desastre.	Comunicación de riesgo	TODAS LAS CATEGORIAS
	Satisfacción de los usuarios con los espacios y la atención de las instituciones de salud. Cumplimiento de protocolos de atención, monitoreo y seguimiento del trato amable, digno, acogedor, inclusivo y no discriminatorio	Diversidad Sexual e Identidad de Género en la Gestión Pública	TODAS LAS CATEGORIAS
EJE ESTRATEGICO g: Emergencias, desastres y epidemias.	Elaborar el Plan de Respuesta ante Emergencias y Desastres por establecimiento.	Planificación en Establecimientos de Salud para la respuesta ante Emergencias y Desastres	TODAS LAS CATEGORIAS
	Entregar al personal de salud nociones básicas de Primera Ayuda Psicológica (PAP) para la aplicación de sus principios en el apoyo a personas en el contexto de pandemia por COVID19.	Formación básica en primera ayuda psicológica (PAP) en contexto COVID-19	TODAS LAS CATEGORIAS
	Aprender herramientas para identificar los comportamientos permisivos que tienen potencial, para generar incendios en los lugares de trabajo, así como para realizar algunas acciones básicas de respuesta frente al inicio del fuego.	Prevención y control de incendios	TODAS LAS CATEGORIAS
	Disponer personal capacitado para administrar el ciclo del riesgo.	Planeamiento en establecimientos de salud para la respuesta en emergencias y desastres	B-C-D-E-F
	Aplicación correcta de los procedimientos de respuesta, ante una emergencia y evacuación de los trabajadores hacia las zonas de seguridad.	Emergencia y Evacuación.	TODAS LAS CATEGORIAS

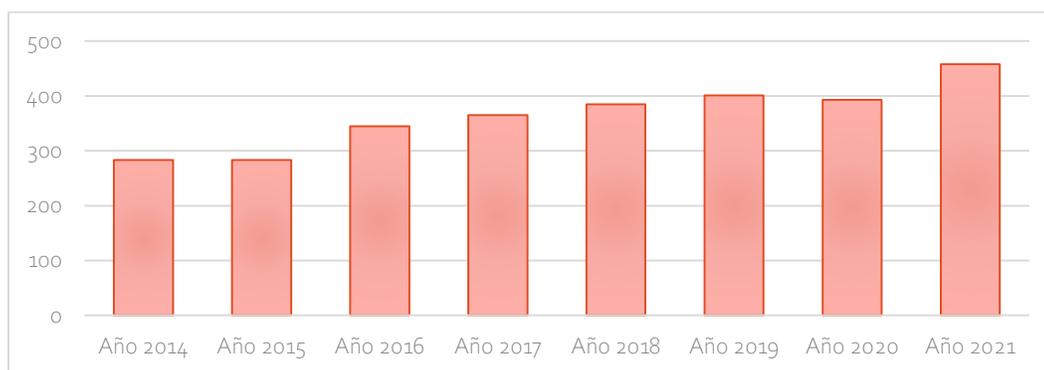
Fuente: Plan anual de capacitación 2022

2.3. Bienestar del personal

Debido a los efectos de la pandemia en la salud de los afiliados al Bienestar, se modificó el presupuesto anual aumentando la canasta de beneficios en el Item de "Atención de Especialidad" en un 100% e Item "Medicamentos" en un 25%, esto debido al incremento sustantivo de la prestaciones como, medicamentos, exámenes, dental, pediatría, ginecología, psicología, psiquiatría y se generó nuevos convenios con centros de atención psiquiátrica y psicológica, esto con el fin de entregar mayores beneficios en el área de la salud mental de nuestros funcionarios

En el periodo 2020-2021, el Servicio de Bienestar, incrementó su número de afiliados, llegando a los 458, mostrando así un aumento constante desde su creación en el año 2014, como se evidencia en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 5-5 EVOLUCIÓN AFILIADAS Y AFILIADOS A BIENESTAR 2014-2021



Fuente: Registro estadístico RRHH.

3. Convenios docentes asistenciales

Para el próximo año se trabajará en fortalecer los protocolos y procesos establecidos en años anteriores que pudieron haberse visto afectados por la pandemia, además de retomar el trabajo con el comité local asistencial para dar forma a lo trabajado con el objetivo de supervisar los convenios establecidos con las casas de estudio y asegurar su cumplimiento, asegurar la supervisión de los alumnos, dar cumplimiento a las normas institucionales, generar oportunidad de desarrollo institucional y establecer un estándar en el número de docentes por alumnos. Además, con las escuelas que mantiene la comuna convenio docente asistencial, se comenzarán a revisar las funciones de los estudiantes de acuerdo con nivel y carrera pertenecientes con el objetivo de organizar y establecer con claridad niveles de responsabilidad de los alumnos.

Siguiendo la misma línea de trabajo y comprendiendo que la relación asistencial – docente – investigación – extensión, es un proceso de interacción entre los docentes, estudiantes y la sociedad, y que esta relación, la definimos como un proceso de integración fundamental para el crecimiento y desarrollo continuo, es que se extiende el trabajo ejecutado en los últimos años, fortaleciendo principalmente:

Normativa interna del Convenio con las Instituciones educacionales, tales como:

- Planificación de la actividad docente al interior del establecimiento
- Estándar número de docentes por alumnos (referencia: observatorio de calidad en Salud)
- Registro y control de asistencia.
- Identificación y presentación personal.
- Sistema de registro de la actividad asistencial.
- Proceso de inducción de los estudiantes.
- Claridad respecto a las actividades restringidas.

Asimismo, a través, de un levantamiento de información se visualizaron las brechas de los centros de salud, las cuales se lograron subsanar, por medio de la colaboración de las distintas instituciones educacionales, con las que se mantiene convenio vigente, fortaleciendo temáticas transversales, evidenciándose un impacto significativo a nivel comunal en cuanto a la formación y desarrollo, los cuales se detallan a continuación:

A nivel formativo, se ha realizado:

- Generación de protocolos y procedimientos para la incorporación de alumnos.
- Acceso a formación clínica, no sólo a estudiantes en convenio con instituciones educacionales, si no, que también, a funcionarios internos y vecinos de la comuna, los cuales pueden realizar sus prácticas clínicas en los centros de salud, a través, de los convenios asistenciales vecinales y de funcionarios (protocolarizados).
- Fortalecimiento relacional entre tutores clínicos y académicos.

A nivel asistencial, se reflejan avances en:

- Se realizó una reconversión de las prácticas clínicas de los internos de medicina durante el periodo de invierno, pasando a formar parte de los equipos de televigilancia epidemiológica.
- Actualmente se trabaja en el restablecimiento de las prácticas profesionales en los distintos centros de salud adecuándose al contexto de pandemia, las casas de estudio han mostrado una buena disposición para adaptar los planes de estudio según la realidad local, incorporando en algunos casos instancias de tipo no presencial. Del mismo modo, se ha coordinado en conjunto la reincorporación paulatina de los estudiantes para que esta no genere un aumento en el riesgo de contagio tanto en los usuarios como en el personal, por medio de protocolos locales, los cuales son difundidos a las casas de estudio con convenios vigentes.

4. Infraestructura

Se describen a continuación tanto los proyectos de infraestructura ejecutados (o en ejecución durante el año 2020), como los proyectos futuros, contemplados a ejecutarse durante el año 2021.

En el siguiente cuadro se presentan de forma resumida las principales iniciativas en infraestructura realizadas en el presente periodo en los distintos Centros de Salud de la comuna.

TABLA 5-11 TABLA: DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA 2020.

Nombre del proyecto	Centro de salud	Descripción	Financiamiento	Monto total
Normalización de Boxes de Procedimientos Ginecológicos y de Sala Reas	CESFAM SAG	Normalización para ingreso a Autorización Sanitaria.	CONVENIO PMI	\$6.500.000
Normalización de Sala Reas y Sala de Procedimientos	CESFAM EL BARRERO	Normalización para ingreso a Autorización Sanitaria.	CONVENIO PMI	\$5.700.000
Normalización de Rampa Sala RBC	CESFAM EL BARRERO	Normalización para ingreso a Autorización Sanitaria.	CONVENIO PMI	\$3.700.000
Habilitación de módulo dental escuela Santiago de Guayaquil	MODULOS DENTALES	Construcción nueva para módulo de atención dental de alumnos.	MUNICIPAL	\$32.000.000
Habilitación de módulo dental Escuela Adelaida La Fetra	MODULOS DENTALES	Construcción nueva para módulo de atención dental de alumnos.	MUNICIPAL	\$32.000.000
Habilitación de módulo dental Escuela Santa Victoria	MODULOS DENTALES	Construcción nueva para módulo de atención dental de alumnos.	MUNICIPAL	\$32.000.000
Implementación Sala Extracción de Leche Materna y Amamantamiento	BIBLIOTECA MUNICIPAL	Dar cumplimiento a la Protección de la lactancia materna y su ejercicio.	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	\$3.500.000
Habilitación de 2 circuitos de calistenia	JUNTA DE VECINOS POBLACIÓN ÚLTIMA HORA Y CENTRO ADOLESCENTE	Creación de entornos saludables para incentivar la actividad física y la alimentación saludable	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	\$16.000.000
Mejoramiento de techumbre de Farmacia Popular Pedro Fontova.	FARMACIA POPULAR	Normalización de techumbre, pendiente de realizar desde puesta en marcha 2019.	MUNICIPAL	\$4.250.000
TOTAL:				\$135.650.000

Fuente: Elaboración propia en base a registro DEPSA.

4.1. Plan de desarrollo de la infraestructura 2021 – 2022.

En el siguiente cuadro se presentan de forma resumida las principales iniciativas de infraestructura proyectadas para el periodo 2021 - 2022.

TABLA 5-12 Plan de Desarrollo de Infraestructura 2021-2022.

Nombre del proyecto	Centro de salud	Descripción	Financiamiento	Monto total
Normalización eléctrica	CESFAM EL BARRERO	Resolución de brechas NTB para ingreso a Autorización Sanitaria.	Por definir	\$150.000.000
Habilitación de Sala De Esterilización	CESFAM EL BARRERO	Puesta en marcha de equipamiento y adecuación de Sala existente fuera de funcionamiento.	Por definir	\$30.000.000
Mejoramiento de COSAM	COSAM	Mejoramiento de estándar de oficinas y consultas de pacientes. Contempla renovación de equipamiento, obras de mejoramiento de infraestructura, cortinas, Normalización eléctrica, climatización.	Por definir	\$65.000.000
Habilitación de sala de rehabilitación comunal	OMIL	Mejoras para la atención de pacientes con patología osteomuscular.	Por definir	\$35.000.000
Aires Acondicionados y mejoras eléctricas	CENTROS DE SALUD	Mejorar las condiciones de atención a pacientes.	MUNICIPAL	Por definir
Habilitación de centro de diálisis	Por definir	Dotar de infraestructura en una construcción existente o en una construcción nueva, para la entrada en funcionamiento del CENTRO DE DIÁLISIS municipal de Huechuraba.	MUNICIPAL Y MINISTERIAL	Por definir
Mejoramiento de Farmacia	CESFAM LA PINCOYA	Mantenimiento y reparación para el aumento del flujo de medicamentos.	FOFAR	\$20.000.000
Mejoramiento de Entrega de Leche	CESFAM SAG	Mejorar las condiciones de atención a usuarios.	MUNICIPAL	\$5.000.000
Mejoramiento de Sala de Toma de muestras	CESFAM EL BARRERO	Mejorar las condiciones de atención a usuarios.	MUNICIPAL	\$5.000.000
Mejoramiento de Sala de Atención Dental	CECOSF LOS LIBERTADORES	Mejorar las condiciones de atención a usuarios.	MUNICIPAL	\$5.000.000
Mejoramiento de Sala de Urgencia	CECOSF LOS LIBERTADORES	Mejorar las condiciones de atención a usuarios.	MUNICIPAL	\$2.000.000
Mejoramiento de Pavimentos	CECOSF LOS LIBERTADORES	Mejorar las condiciones de atención a usuarios.	MUNICIPAL	\$4.000.000
Mejoramiento de Puertas	SAR	Mejorar las condiciones de atención a usuarios.	MUNICIPAL	\$5.000.000
Mejora de almacenamiento de medicamentos	DROGUERÍA	Adquisición de muebles para la recepción y aumento del almacenamiento de medicamentos	Por definir	\$7.000.000
Certificación de Ascensores	CENTROS DE SALUD	Estudio para la certificación de acuerdo a instructivo MINVU.	MUNICIPAL	\$1.100.000
Ampliación de Farmacia Popular 1 Recoleta	FARMACIA POPULAR 1	Aumento de superficie para adecuación de volumen de demanda.	MUNICIPAL	\$40.000.000
Mejoramiento de pavimento comedor y reemplazo de mesas	ESCUELA LAS CANTERAS	Creación de entornos saludables para incentivar la alimentación saludable	PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	\$5.900.000
Habilitación de Estanque de agua potable	CECOSF LOS LIBERTADORES	Respaldo del servicio ante cortes de suministro.	MUNICIPAL	\$15.000.000
TOTAL:				\$395.000.000

Fuente: Elaboración propia en base a registro DEPSA.

4.2. Mejoras por pandemia COVID 2020-2021

TABLA 5-13 DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA POR PANDEMIA COVID 2020-2021

Nombre del proyecto	Centro de salud	Descripción	Financiamiento	Monto total	Año Ejecución
Definición de Flujos COVID	CENTROS DE SALUD	Definición de los recorridos para usuarios y funcionarios: - Flujo de atenciones COVID; - Flujo de Fallecidos COVID; - Flujo de Consultas Respiratorias y No Respiratorias; - Salas de Espera COVID diferenciadas.	-	-	2020
Implementación de Señalética COVID para retorno a etapa de "Transición"	CENTROS DE SALUD	Señalética para: - Muros y superficies verticales - Pendones - Demarcaciones de piso - Afiches estándar municipal - Distanciadores de asiento	MUNICIPAL	-	2020
Aislación de atención SOME	CENTROS DE SALUD	Consiste en el cierre de mesones SOME con plástico PVC cristal sanitario.	MUNICIPAL	\$2.000.000	2020-21
Implementación o puesta en marcha de Sistema de renovación de aire en centros de salud	CENTROS DE SALUD	Implementar una correcta renovación de aire en boxes y otros recintos, dado contexto COVID.	Por definir	Por definir	2021
Mejoras en centros de salud	CENTROS DE SALUD	Instalación de separaciones acrílicas para mesas de almuerzo; Habilitación de carpas sanitarias para almuerzo en espacios exteriores; Habilitación de carpas sanitarias para atención de flujos diferenciados.	MUNICIPAL	\$9.500.000	2021
Normalización de boxes dentales	CESFAM LA PINCOYA	Normalización de infraestructura	CONVENIO ODONTOLÓGICO INTEGRAL	\$13.500.000	2021
Mejora de comedor Cosam - SAR	COSAM	Reemplazo de mesas; muebles e instalación de cortinas.	MUNICIPAL	\$2.200.000	2021
TOTAL:				\$17.200.000	

Fuente: Elaboración propia en base a registro DEPSA.

5. Plan de acción de mejoramiento de la gestión

Durante los últimos años de desarrollo, la Unidad de Control de Gestión e Innovación ha ido avanzando en mejoras de proceso y registro desde una mirada sistémica, formulando el diseño de una estructura que de soporte a la información necesaria para disminuir en el mediano plazo las brechas de información existentes en la comuna. Toda esta construcción se basa en la realidad local teniendo como foco lograr articular con otras herramientas de gestión (plan de salud, cartera de prestaciones y actividades, programación anual) en función de las necesidades de la comuna de Huechuraba.

Así es como nace ALACER, el primer gran desarrollo de software creado por el Departamento de Salud, al cual se accede mediante un navegador web, siendo un sistema de registro universal de producción de actividades de salud y gestión de poblaciones bajo control. Está pensado en un desarrollo continuo en construcción por fases. Cada fase de desarrollo comprende la agregación de las herramientas que permitan solventar una necesidad específica, ya sea para efectos de obtener una determinada estadística de producción como la de facilitar la labor clínica de los prestadores de salud, complementando esta herramienta con REM, SIDRA y registros locales.

Todos estos avances se vieron acelerados con el inicio de la pandemia, ya que la incertidumbre y la necesidad de tomar las mejores decisiones impulsan la puesta en marcha de la herramienta ALACER con el módulo de registro "COVID" que permite gestionar en modelo de base de datos el registro de casos y acciones relacionadas al manejo y monitoreo de los casos en la comuna de Huechuraba.

Adicionalmente a lo anterior se han implementado otros módulos de registro asociados a las prestaciones sanitarias, vacunas, y en el ámbito de gestión de poblaciones, se lleva un innovador sistema de monitoreo de población inscrita autorizada y se está avanzado en la adecuada clasificación según el riesgo y carga de enfermedad asociada a cada individuo.

Todas estas mejoras permiten tener una visión más oportuna, lo que a su vez determina la posibilidad de tomar mejores decisiones, objetivo fundamental de esta unidad, el cual pretende impactar en la salud y calidad de vida en las personas de Huechuraba.

6. Proyectos

6.1. Centro de Diálisis Comunal

Como iniciativa incorporada en el Programa De Gobierno 2017-2020, y con la finalidad de retomar y consolidar los avances de este proyecto ya iniciados antes de la pandemia por COVID-19, durante el año 2022 se dará curso a los estudios preliminares del Centro de Diálisis Comunal, el que tiene por objetivo dar levantar oferta comunal con dependencia comunal para vecinas y vecinos con insuficiencia renal crónica que requieran del procedimiento de diálisis.

6.2. Proyectos de mejora de infraestructura de las farmacias y COSAM

El aumento progresivo de los volúmenes de venta de las Farmacias Populares hace necesario mejorar las condiciones de la infraestructura, principalmente del establecimiento situado en el sector oriente de la comuna. Durante el año 2021 se ha iniciado levantamiento de los requerimientos por parte de profesional Arquitecto, esperando iniciar obras de mejora a partir del año 2022.

En cuanto a COSAM, se proyecta para el período 2022-2025 mejora sustancial de las dependencias en que hoy funciona este centro de salud, buscando con ello contar con las condiciones adecuadas para la atención de las y los usuarios.

6.3. Proyectos de mejora de infraestructura del Centro integral de Adolescentes

El centro de salud integral adolescente se encuentra emplazado en la calle República de Sierra Leona N° 5601, Villa Conchalí; actualmente cuenta 427 metros cuadrados de territorio, de los cuales 105 están construidos. Ante el aumento de población bajo control, de recursos humanos destinados para dar continuidad de atención y necesidad de dar respuestas, desde la intervención, al Modelo de Salud Familiar y Comunitario, se han logrado identificar necesidades relacionadas tanto con el espacio, como con la calidad de este. Por lo anteriormente mencionado se requiere el mejoramiento y ampliación de la infraestructura existente, considerando para ello las recomendaciones de metros cuadrados de la Organización Mundial de la Salud por persona y la evidencia en el modelo sanitario para el ciclo vital de expertos nacionales e internacionales y las Orientaciones Ministeriales para "Servicios de Salud Integrales, Amigables y de Calidad para Adolescentes, 2018

6.4. Programa de atención nutricional

Según la ENS 2016-2017 esta alarmante situación no se ha podido revertir llegando a 74,2% de malnutrición por exceso en la población mayor de 15 años. La comuna de Huechuraba no escapa a este hecho alcanzando 64,75% de malnutrición por exceso en su población bajo control en el mismo rango etario. Desde el año 2019 a la fecha se ha relevado la problemática de la malnutrición por exceso en la población de infantil y adolescente de Huechuraba, indicado en el informe "Mapa Nutricional de Junaeb" del año 2020 , llegando a presentar una prevalencia de 48,6%.

Esta estrategia se complementa con la oferta actual incorporando al intersector y la comunidad durante el proceso, para abordar desde la infancia esta situación para así prevenir las comorbilidades asociadas a la malnutrición en futuro.

Parte de los desafíos para ejecutar esta estrategia es formar al equipo intersectorial y comunitario, el cual estará a cargo de coordinar, diseñar, ejecutar y monitorear las actividades propuestas, para así dar cumplimiento a lo comprometido en el programa de Gobierno 2021 -2024 del Alcalde Carlos Cuadrado Prats.

6.5. Programa de Terapia breve centrada en las personas

La atención primaria en Chile atiende al mayor porcentaje de la población con problemas de salud mental y sirve de puerta de entrada al sistema de salud público. Según estadísticas del Servicio de Salud Metropolitano Norte las consultas de salud mental representan el 10.17% de las atenciones y en general presentan una baja

resolutividad comparado con otras condiciones de salud. Respecto a los usuarios bajo control en el programa de salud mental de los centros de APS de la comuna de Huechuraba (CESFAM y CECOSF), un 64% corresponde a población adulta, siendo los diagnósticos más prevalentes la depresión con un 38,3%, seguido de los trastornos de ansiedad con un 26,1% y como tercer lugar los trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo y sustancias psicotrópicas que representa el 10,2%.

En el plan de salud comunal de Huechuraba 2021, se plantea el compromiso del desarrollo de una mejor "Gestión de calidad en Salud". En este sentido se define la búsqueda continua de realizar mejores alternativas de tratamiento para las problemáticas en salud de nuestros pacientes, es que estamos en evaluación de la implementación de la estrategia terapéutica de TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES, en los pacientes del programa de salud mental, que se atienden en la red de establecimientos de atención primaria de la comuna de Huechuraba.

Durante el año 2021 se ha desarrollado capacitación en la Universidad Católica de esta terapia, junto con un proceso de estudio posterior con la misma casa de estudio, además de sesiones de supervisión 2 veces al mes de los equipos. Durante el 2022, se pretende consolidar el trabajo realizado, lo que aumentará la cantidad de profesionales capacitados y evaluar la efectividad de ésta tanto en los pacientes de APS, como también en algunos pacientes del COSAM que cumplan con los requisitos de ingreso a este tipo de tratamiento.

Anexos: Diagnósticos Participativos

CESFAM VICTOR CASTRO WIREN				
Curso de vida	Problema de salud	Factores de riesgo	Factores protectores	Acciones propuestas
Gestante	Embarazo no deseado	Corresponsabilidad pareja (poca responsabilidad)	Educación sexual integral desde la primera infancia	Disponibilidad inmediata en dispensadores de preservativos. Educación sexual en todos los espacios. Trabajo intersectorial (salud educación)
Infantil	Acceso limitado. Cefam no están hechos para los niños. Malnutrición infantil	Ausencia de adulto responsable. Políticas públicas no sostenibles en el tiempo y escasos recursos. Falta infraestructura en casinos de colegios.	Nutricionistas (horas disponibles) oferta de alimentos saludables	Mayor fiscalización en colegios. Trabajo intersectorial (salud educación) aumento de financiamiento en políticas comunales. Participación comunidad en políticas publicas
Adolescente	Malnutrición. Alcoholismo. Drogas. No vinculación con la comunidad. Sexualidad irresponsable	Oferta de drogas. Venta clandestina de alcohol. Políticas públicas no sostenibles. No contar con espacios exclusivos. Áreas de esparcimiento	Mayor cantidad de áreas verdes	Comunidades sean protagonistas de los espacios públicos. Espacios públicos seguros. CSIA en sector poniente. Áreas de actividad deportivas sector poniente. Que los adolescentes lideren espacios y actividades. Bus de acercamiento (juventud) a CSIA
Adulto	Sobrecarga laboral. Poco descanso. Vivir para trabajar. Estrés. Ansiedad. Dolor corporal. Agotamiento	Tiempo de traslado al trabajo. Jornadas laborales extensas. Poco apoyo entre vecinos. Perdida de vida de barrio.	Instancias de participación social. Oferta de talleres comunitarios.	Espacios de cuidado de salud mental en los CESFAM y comunitarios. Espacios deportivos accesibles. Mejoramiento de espacios públicos.
Persona mayor	Problemas de salud mental. Problemas de desnutrición	Mala comunicación. Falta de acompañamiento. Pandemia. Aislamiento. Ausencia digitalización.	Programa MAS. Alfabetización digital	Crear talleres de formación de redes de apoyo. Redes de vecinos para apoyo y acompañamiento

CECOSF LOS LIBERTADORES



Curso de vida	Problema de salud	Factores de riesgo	Factores protectores	Acciones propuestas
Gestante	Sobrepeso. Obesidad	Sedentarismo. Ansiedad. Salud mental	Talleres que fomenten hábitos de vida saludable. Oferta de horas nutricionista	Talleres de yoga. Seguimiento plan consensuado. Talleres CCHCC
Infantil	Sobrepeso. Obesidad. Ansiedad	Tecnología (acceso a celulares) bullying	Oferta pediátrica. Talleres (sal a set)	Talleres padres y apoderados. Refuerzo comunicacional. Vida sana (promoción)
Adolescente	Embarazo no deseado. Oh y drogas	Comunicación con padres. Familias disfuncionales. Hacinaamiento	Informativos. Visitas guiadas CECOSF. Talleres proyecto de vida. Espacios públicos. Calistenia. Skaterpak	Aumento de oferta matrona. Capacitaciones a profesionales SSYR
Adulto	Depresión. Enfermedades crónicas	Falta de trabajo. Jornadas laborales extensas. Sedentarismo. Descompensación.	Deporte(talleres) educación nutricional. Salud mental	Talleres de patologías. Talleres deportivos
Persona mayor	Estrés y agobio. Depresión	Falta tiempo propio. Sobrecarga de funciones. Abandono. VIF	Fortalecer salud mental. Red de apoyo. Programa MAS. Talleres estimulación cognitiva	Programas municipales de apoyo. Fortalecimiento programa am
Familia	Un integrante de la familia con patología crónica. Salud mental	Acceso a comida chatarra. Horarios de trabajo. Sedentarismo. Sobrecarga de funcionarios	Promoción de la salud. Estilos de vida saludable. Red de apoyo. Consejería familiares	Talleres de vida saludable. Oferta nutricionales. Talleres deportivos. Consejerías familiares. Fortalecer herramientas de salud familiar
Comunidad	Salud mental. Oh y drogas	Seguridad ciudadana. Falta de interés. Sobrecarga laboral. Falta de tiempo	Canchas deportivas. Talleres deportivos. Áreas verdes. Piscina municipal temperada.	Refuerzo comunicacional. Mapa de activos comunitarios

CESFAM EL BARRERO



Curso de vida	Problema de salud	Factores de riesgo	Factores protectores	Acciones propuestas
Gestante	Embarazo no programado	Bajo ingreso familiar. Cesantía. Problemas de vivienda (hacinamiento, allegados, etc.)	Acceso a variados métodos de planificación. Redes de apoyo.	Extender horario de atención para inicio de método anticonceptivo. Difusión de acceso y métodos anticonceptivos disponibles a la comunidad Promover y reforzar acciones educativas.
Infantil	Malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) trastornos adaptativos.	Sedentarismo, malos hábitos alimenticios. Aislamiento social. Escasez de áreas verdes.	Sistema educativo y de salud. Redes de apoyo. Programa de vida sana.	Fortalecer trabajo intersectorial (salud y educación). Fomentar participación en talleres de habilidades parentales. Fomentar actividades educativas y recreativas. Instalar programas vida sana en los establecimientos educacionales.
Adolescente	Salud mental	Escasa socialización. Falta comunicación. Diversidad y abuso sexual. Maltrato infante adolescente	Redes de apoyo familiar, oferta local de tratamiento especializado. CSIA	Fomentar acciones recreativas y formativas. Trabajo intersectorial Potenciar atenciones y actividades del CSIA
Adulto	Patologías crónicas	Sedentarismo, mala alimentación. Baja participación social. Poco interés en exámenes preventivos.	Oferta de prestaciones de salud. Convenios asistenciales activos. Continuidad de la atención en salud.	Fomentar pesquisa comunitaria a través de operativos de salud y mejorar pesquisa en atenciones de salud .- generar mayor cantidad de operativos comunitarios. .- actividades de promoción y difusión de exámenes preventivos.
Persona mayor	Dependencia	Falta de redes de apoyo, aislamiento. Baja adherencia a controles de salud. Deterioro de la funcionalidad en am	EMPAM. Programa más adulto mayor autovalente. Entrega de ayudas técnicas. Grupos de autoayuda comunitarios	Aumentar oferta de EMPAM a personas mayores. Fomentar participación social en su territorio. .- generar mayor cantidad de operativos comunitarios. Actividades de promoción y difusión de exámenes preventivos
Familia	presencia de crisis normativas y no normativas en las familias	Contexto pandemia. Alta demanda asistencial. Baja cobertura de salud mental. Hacinamiento, escolaridad, nivel de ingresos.	Equipo y diversos programas de salud. Manual de familia	Fomentar consejerías familiares. Pesquisa y derivación oportuna.
Comunidad	Baja participación social	Contexto sanitario. Aislamiento social. Lejanía del centro cívico y de la oferta programática de acciones comunitarias.	Identidad con el barrio. Buenas relaciones vecinales. Presencia de equipo de participación de salud. Territoriales de DIDECO.	Fortalecer grupos de autocuidado. Retomar mesas barriales y territoriales. Activos comunitarios. Trabajo de intersectorialidad.

