



DECRETO ALCALDICIO N° 1.050/

Quillón, 04 MAR 2022

VISTOS:

- ✓ El acuerdo N° 184/2022 del Concejo Comunal de Quillón, según consta en sesión ordinaria N° 30, celebrada con fecha 01 de marzo del 2022.
- ✓ El decreto Alcaldicio N° 3.519, de fecha 25/11/2020, que Nombra en el cargo de Administrador municipal al Sr. José Acuña Salazar.
- ✓ Decreto N° 2.287 de fecha 29/06/2021 que ratifica en el cargo de Administrador municipal al Sr. José Acuña Salazar.
- ✓ Decreto N° 2.288, de fecha 29/06/2021, que delega funciones y atribuciones del Alcalde al Administrador municipal y a quien los subroga
- ✓ El decreto Alcaldicio N° 1249 de fecha 12 de Marzo del 2020, que modifica subrogancia de Secretaría Municipal.
- ✓ El decreto Alcaldicio N° 1099 de fecha 04/03/2020, que aprueba el Reglamento de organización y funciones del Departamento de salud municipal Quillón.
- ✓ El decreto Alcaldicio N°1100 de fecha 04/03/2020, que aprueba reglamento comunal de atención primaria de salud municipal Quillón.
- ✓ La Ley N° 19.378/95, sobre estatuto de atención primaria de salud, de fecha 13 de Abril de 1995.
- ✓ La Ley N° 18.883/89, estatuto administrativo para funcionarios municipales.
- ✓ El Decreto Alcaldicio N° 5062 de fecha 16 de Diciembre del 2021, que Aprueba el Presupuesto Municipal año 2022 del Departamento de Salud.
- ✓ El decreto Alcaldicio N° 2.286, de fecha 29 de junio del 2021, que nombra como Alcalde de la I. municipalidad de Quillón al Sr. Miguel Alfonso Peña Jara.
- ✓ La Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988, sus posteriores modificaciones y las necesidades del servicio.

DECRETO:

- 1.- Apruébese "**PLAN DE SALUD COMUNAL AÑO 2022**", de los Establecimiento de Salud de la Comuna de Quillón, enmarcado dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, de acuerdo al Artículo 58 de la Ley N° 19.378.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, PUBLÍQUESE, CÚMPLASE Y ARCHÍVESE.



EDGARDO CARLOS HIDALGO VARELA
SECRETARIO MUNICIPAL
MINISTRO DE FE



MIGUEL PEÑA JARA
ALCALDE

JAS/JOP/jsb.

DISTRIBUCIÓN

- Archivo Secretaria Municipal Quillón.
- Archivo Depto. de Salud Municipal Quillón.
- Archivo Servicio de Salud Ñuble.
- Archivo Depto. Ppto. y Finanzas del Desamu.



PLAN DE SALUD COMUNAL QUILLÓN 2022

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN

Elaborado por:

- **Sra. Andrea Palavecino Miranda – Directora CESFAM Alberto Gyhra Soto, Quillón.**
- **Don Raúl Fuentealba Cruz – Médico de Familia, Coordinador Salud Familiar CESFAM Alberto Gyhra Soto, Quillón.**
- **Don Diego Valdés Anabalón – Ing. En Informática.**

Índice

Introducción.....	7
Capítulo I	9
1 Marco referencial.....	9
1.1 Centrado en las personas	13
1.2 Integralidad.....	14
1.3 Continuidad del cuidado	16
1.4 Antecedentes generales de la comuna	18
1.5 Indicadores Sociales.....	21
1.6 Indicadores Globales de Salud Comunal	22
1.7 Indicadores Educativos	23
1.8 Indicadores Económicos	25
1.9 Indicadores de Seguridad	26
Capítulo II.....	27
2 Salud Comunal.....	27
2.1 Organigrama red de salud comunal.....	27
2.2 Equipos de Sector.....	28
2.3 Cartera de Servicios.....	32
2.4 Centros de salud privados.....	39
2.5 Plan de acción 2022.....	40
2.6 Metas 2022.....	46
2.7 Implementación de modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.....	47
2.8 Diagnostico Participativo.....	53
2.9 OIRS.....	55

Capitulo III.....	56
3 DESAMU.....	56
3.1 Organigrama.....	56
3.2 Dotación 2022.....	57
3.3 Presupuesto Salud.....	58
3.4 Programa Anual de Capacitación 2022.....	61

Índice de Tablas

Tabla 1 Síntesis de los niveles de prevención	15
Tabla 2 Población Censada	19
Tabla 3 Población por sexo e índice de masculinidad	20
Tabla 4 Población por grupos de edad	20
Tabla 5 Índice IDD e IAM	21
Tabla 6 Tasa de pobreza	22
Tabla 7 Población carente de servicios básicos y hogares hacinados	22
Tabla 8 Número de establecimientos de salud	23
Tabla 9 Establecimientos educacionales según dependencia administrativa	23
Tabla 10 Matrícula escolar según dependencia administrativa	24
Tabla 11 Matrícula escolar según nivel de enseñanza impartido	24
Tabla 12 Numero de empresas según tamaño.....	25
Tabla 13 Número de trabajadores según tamaño de la empresa	25
Tabla 14 Tasa denuncia por delitos de mayor connotación social.....	26
Tabla 15 Tasa denuncias por VIF	26
Tabla 16 Equipo de Cabecera Sector Verde.	28
Tabla 17 Equipo de Cabecera Sector Amarillo.....	29
Tabla 18 Equipo de Cabecera Sector Rojo	29
Tabla 19 Equipo de Cabecera Sector Naranja	30
Tabla 20 Equipo Odontológico	30
Tabla 21 Equipo de Salud Mental	30
Tabla 22 Equipo de Rehabilitación.....	31
Tabla 23 Equipo Sala IRA.....	31
Tabla 24 Equipo Sala ERA.....	31
Tabla 25 Equipo Procedimientos Clínicos.....	31
Tabla 26 Equipo Farmacia	31
Tabla 27 Equipo Esterilización	32
Tabla 28 Comité de Calidad y Seguridad.....	32
Tabla 29 Comité Gestor	32

Tabla 30 Exámenes de laboratorio de apoyo diagnóstico a los programas de atención.....	38
Tabla 31 Compra de servicios.....	39
Tabla 32 Metas 2021	40
Tabla 33 Indicadores Metas Sanitarias	42
Tabla 34 Metas IAAPS.....	46
Tabla 35 Metas 2022	47
Tabla 36 Diagnóstico Participativo	54
Tabla 37 Dotación Categoría A	57
Tabla 38 Dotación Categoría B	57
Tabla 39 Dotación Categoría C	57
Tabla 40 Dotación Categoría D.....	58
Tabla 41 Dotación Categoría E	58
Tabla 42 Dotación Categoría F	58
Tabla 43 Dotación Total	58
Tabla 44 Presupuesto Comparativo año 2020 - 2021	59
Tabla 45 Presupuesto año 2022	60
Tabla 46 PAC 2022.....	66

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Modelo de atención integral de salud	12
Ilustración 2 Mapa ubicación geográfica de la comuna de Quillón	19
Ilustración 3 Pirámide poblacional comuna Quillón	21
Ilustración 4 Organigrama red comunal de salud.	27
Ilustración 5 Solicitudes Ciudadanas.....	55
Ilustración 6 Clasificación de Reclamos	55
Ilustración 7 Organigrama Salud Quillón.	56

Introducción

El Plan de salud Comunal es el Instrumento que define las acciones sanitarias de la comuna, en el marco del Plan de desarrollo comunal, y en concordancia con la misión y visión municipal. Además, está regulado por las orientaciones técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria, según señala la Ley 19.378.

La municipalidad de Quillón, por intermedio del departamento de salud comunal, para el año 2022, recoge los elementos fundamentales del Modelo de Atención de Salud Integral, con enfoque Familiar y Comunitario, impulsando intervenciones desde un enfoque territorial, centrado en las personas, con reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortaleciendo la atención primaria, y la participación social con alianzas entre el municipio, equipos de salud, la sociedad civil y otros actores comunales resaltando el binomio salud-desarrollo local.

El Plan incorpora acciones contempladas en las Garantías Explícitas en Salud y que son responsabilidad de la Atención Primaria, mantiene y fortalece los éxitos en materia de acceso a prestaciones de salud, y resultados sanitarios logrados; busca innovar en el abordaje a los problemas de salud, derivados de los estilos de vida y conductas de nuestra población, además de concebir las acciones sanitarias desde un enfoque anticipatorio al daño y a las esperadas consecuencias de los cambios demográficos y epidemiológicos en nuestra población.

El análisis de la situación demográfica y epidemiológica que presenta la comuna, su probable evolución en el corto y mediano plazo, junto con la expresión de las necesidades ciudadanas a través de los procesos participativos, ha permitido la definición de los objetos sanitarios prioritarios a alcanzar para la población beneficiaria de nuestra red local de salud. Las acciones en estos ámbitos están siendo implementadas y continuarán el año 2022.

El Plan de salud exhibe los resultados alcanzados y los desafíos a enfrentar en todos los ámbitos del cuidado a lo largo del ciclo vital individual y familiar de nuestra población, y las acciones en las áreas de promoción, prevención tratamiento y

recuperación que se proyecta realizar durante 2022, sistematizadas en el Plan de Acción Comunal, la Programación participativa Anual de Actividades y en Plan Comunal de Promoción, y Participación Social.

Capítulo I

1 Marco referencial

El modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (Modelo de Salud Familiar) en Chile surge en un contexto histórico de crisis y descontento en los consultorios, junto al surgimiento de la Medicina Familiar en Chile en los años 80. El origen del modelo de salud familiar es diferente al de la Medicina Familiar en Chile, la cual nace por una necesidad universitaria de enseñar los problemas prevalentes en atención primaria a sus alumnos de pregrado, sin contar con el recurso médico modelo a nivel de los consultorios para tal efecto.

Ya los países de América del Norte habían iniciado el desarrollo de la Medicina Familiar en los años 60, y en E.E.U.U. y Canadá la mayoría de las universidades contaban ya con Departamentos de Medicina Familiar que participaban en la formación de los alumnos de medicina. También hubo influencia de Venezuela, México, Panamá y Cuba, países más cercanos a Chile y que estaban desarrollando la Medicina Familiar. Es así que en las reuniones internacionales de educación médica la enseñanza en los centros de atención primaria y la Medicina Familiar como nueva disciplina eran temas recurrentes de la época (U. de Chile, 2009).

Es importante considerar que el modelo de atención a seguir para los equipos de salud familiar en Chile se le ha llamado primero modelo de salud con enfoque familiar, luego Modelo de Salud Familiar y desde el año 2006 el MINSAL lo ha llamado Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. La familia como el sistema social más próximo al individuo y en el caso de nuestro país el factor más importante para lograr la felicidad, es la primera instancia para brindar a cada uno de sus integrantes el estado de bienestar biopsicosocial denominado salud, (La cual es una de sus definiciones) aun cuando muchas veces y debido a las características del sistema, sus subsistemas y las relaciones con los supra sistemas en los que está enmarcada, también es fuente de enfermedad, mala calidad de vida y malestar general. Ejemplo de esto son las problemáticas derivadas por la enfermedad de la persona índice, que afecta la calidad de vida de todos los

miembros de esta; o las carencias del sistema mismo para satisfacer las necesidades de sus integrantes, que podrían generar violencia intrafamiliar, alcoholismo o cualquier otra patología, que, al estar en un sistema, y por ende presentar una etiología de carácter circular, vuelve a afectar a la persona índice y al resto de la familia.

Desde la Salud Familiar como nuevo enfoque a aplicar a través del avance de nuestro conocimiento debemos reconocer a ambos, salud y familia, en una relación compleja entre cada uno de sus miembros, componentes y actores, más las fuerzas que rigen en este continuo que solo buscan estabilidad, por lo cual en cada uno de sus miembros, en su sentido de pertenencia, sus interacciones, su jerarquía, su trabajo, su condición socioeconómica, su equipo de fútbol y como se sientan en la mesa, entre otros miles de factores hacen enormemente complejo el ser analizado en su totalidad por el funcionario de Salud en una sola sesión, por ello al ser la Atención Primaria, el primer contacto del usuario y su familia con el Sistema de salud, es nuestra responsabilidad, asumirla de manera integral y considerando su entorno. Una familia que cumple adecuadamente sus funciones de protección y cuidado fomenta el desarrollo de competencias en sus miembros, lo que contribuye a prevenir o enfrentar las problemáticas de salud.

Desde este enfoque, la familia es el contexto social primario para promover la salud y tratar la enfermedad, por lo tanto, el éxito de nuestras intervenciones depende en gran medida de cómo la familia adopte acciones orientadas a estilos de vida más saludables.

Los equipos de APS ocupan un lugar privilegiado para comprender e intervenir a las familias dado que toman contacto con ellas en varios hitos de la vida familiar que pueden constituirse como crisis normativas (ejemplo, nacimiento de hijos) y no normativas (ejemplo, diagnóstico de una enfermedad crónica), en actividades consolidadas en los programas de salud y revisadas anualmente en las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red” El modelo de Salud Familiar (SF) 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 a mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros. Muchos de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud pueden estar contenidos uno dentro de otro. Se pueden resumir en tres principios esenciales de un Sistema de Salud basado en Atención Primaria.

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como; “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones.

Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial.

Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma: Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus

miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena.

En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

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 (educación, vivienda, recreación entre otros).

En el desarrollo histórico de la Atención Primaria orientado hacia una mejoría de la equidad en los resultados en salud, se han descrito distintos principios que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud. Asimismo, en documento “Modelo de



Ilustración 1 Modelo de atención integral de salud

Atención Integral en Salud” (MINSAL 200510), fueron consensuados y expuestos los siguientes principios (figura 1).

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 y aplicabilidad.

1.1 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.

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

- Establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas.
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud.
- Asegurar el acceso a la atención a los grupos más vulnerables. Para traducir el principio centrado en las personas a la práctica, es decir, a procesos diseñados y conductas observables, a modo de ejemplo se propone.

1.1.1 Procesos involucrados

- Desarrollar protocolos de acogida a las personas en los distintos puntos de contacto.

- Incorporar un sistema de carné o símil que facilite la atención de las personas y su adherencia al tratamiento y controles.
- Mantener la confidencialidad de datos sensibles de las personas y protección de la privacidad.
- Implementar Historia Clínica orientada a problemas.
- Contar con información clara, precisa, basada en evidencia y a disposición de las personas al momento de la toma de decisión y acuerdo del manejo terapéutico, valorando su autonomía y rol protagónico en el cuidado de su salud.
- Explorar sistemáticamente el nivel de satisfacción de la población.
- Adaptar la atención para que sea pertinente culturalmente.

1.2 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.

El siguiente cuadro, a modo de síntesis de los niveles de prevención, ilustra para cada nivel el propósito, objetivo principal, estrategias e instrumentos.

Niveles de promoción de prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria	Cuaternaria	
Propósito	Fomento	Protección específica Limitación incidencia	Diagnóstico Tratamiento	Rehabilitación	Soporte paliativo
Objetivo principal	Factores protectores	Factores de riesgo	Enfermedad	Complicaciones Secuelas	Degenerativas Terminales Poli-patología Crónica
Estrategia	Educación Detección/ Pesquisa factores protectores.	Inmunización Detección / Pesquisa factores de riesgo	Manejo clínico	Manejo de rehabilitación y reparación	Manejo paliativo Acompañamiento
Instrumento	Guías anticipatorias	Vacunación Instrumentos y Técnicas de tamizaje Consejería	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos

Tabla 1 Síntesis de los niveles de prevención

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

Comprender y ampliar la mirada a las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia disponible, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud.

- Ayudar a las personas a reconocerse como un todo y con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser.
- Entregar cuidado a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas. Para traducir los elementos de este principio a la práctica, se propone como ejemplo los siguientes:

1.2.1 Procesos

- Formular diagnósticos integrales de los problemas familiares incorporando el enfoque de riesgo.
- Establecer un plan de intervención de los problemas priorizados de las personas y familias a cargo que incluye acciones desde lo promocional al acompañamiento en etapa terminal.
- Explorar las redes de apoyo social y comunitario de las personas que consultan en el sistema.
- Explorar las redes de apoyo social y comunitario existentes en el territorio.
- Identificar determinantes sociales de la salud que requieren de abordaje intersectorial.

1.3 Continuidad del cuidado

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 interestablecimientos 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.

El objetivo más relevante relacionado con este principio es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:

- Reducir la fragmentación del cuidado asistencial.
- Mejorar la accesibilidad del sistema.
- Evitar la duplicación de infraestructura y servicios.
- Disminuir los costos de producción.
- Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.
- Mejorar la aceptabilidad de los Servicios.
- Apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar.
- Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y comunidad.

Para traducir los elementos de este principio a la práctica, se propone como ejemplo:

- Realizar asignación de equipos de cabecera a las persona y planificación de la atención de la población inscrita o adscrita al establecimiento de atención de salud.

- Los profesionales tienen la posibilidad de programar atenciones consecutivas para completar la exploración clínica integral y planificar el cuidado en el mediano plazo.
- Historia clínica disponible para todos los profesionales que atienden a la persona.
- El equipo de cabecera coordina la atención hacia los otros niveles de atención de la red asistencial y desarrolla sistema de seguimiento clínico.
- Los profesionales de los equipos de cabecera y transversales asumen la responsabilidad del cuidado de la salud de la población inscrita.
- Los miembros del equipo de salud están disponibles para responder a las necesidades e inquietudes de la población inscrita.
- El profesional que realiza una derivación asume la responsabilidad de mantenerse informado de la situación clínica de su paciente.
- El profesional que recibe una derivación asume la responsabilidad de mantener informado al referente del lugar de origen.
- Los procesos asistenciales se diseñan y simplifican para optimizar la experiencia del usuario con los servicios de salud.

1.4 Antecedentes generales de la comuna¹

1.4.1 Ubicación geográfica.

Nuestra Comuna es una de las cincuenta y cuatro comunas que integran la Región de Ñuble. Corresponde a la Provincia de Diguillín, limita al Norte con las comunas de Chillán y Ránquil, al este con las comunas de Bulnes y Pemuco, al Oeste con la comuna de Florida, al Sur con las comunas de Cabrero y Yumbel. Su superficie asciende 423 km².

¹ Todos los datos expuestos en el punto 1.4 fueron extraídos de la Biblioteca Nacional del Congreso: https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2021&idcom=16107



Ilustración 2 Mapa ubicación geográfica de la comuna de Quillón

1.4.2 Indicadores demográficos

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos del Censo de Población y Vivienda 2017, y de las Proyecciones de Población 2021, generadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

En la siguiente tabla detalla la población total correspondiente a la información obtenida en el Censo del año 2017 y la proyección de la población al año 2021 y su respectivo porcentaje de variación. Todo esto en comparación a nivel regional y país.

Unidad Territorial	Censo 2017	Proyección 2021	Variación (%)
Comuna de Quillón	17.485	18.924	8,23
Región de Ñuble	-	514.508	-
País	17.574.004	19.678.963	11,97

Tabla 2 Población Censada

Se debe considerar que la cifra regional 2017 no ha sido considerada, puesto que a esa fecha la Región de Ñuble legalmente no existía como tal. La Región de Ñuble entró en vigencia en Septiembre de 2018.

Población por sexo e índice de masculinidad

Unidad Territorial	Censo 2017		Proyección 2021		Índice Masculinidad (IM)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Censo 2017	Proyección 2021
Comuna de Quillón	8.664	8.821	9.253	9.671	98,22	95,68
Región de Ñuble	-	-	248.859	265.649	-	-
País	8.601.989	8.972.014	9.708.512	9.969.851	95,88	97,38

Tabla 3 Población por sexo e índice de masculinidad

Población por Grupos de Edad.

Grupo Edad	Población por grupo (n°)		Distribución de la población entre grupos etarios (%), Proyección 2021		
	Censo 2017	Proyección 2021	Comuna	Región	País
0 a 14	3.156	3.188	16,85	18,41	19,03
15 a 29	3.249	3.228	17,06	19,45	21,79
30 a 44	3.149	3.426	18,1	19,73	22,78
45 a 64	4.944	5.370	28,38	26,87	23,9
65 o mas	2.987	3.712	19,62	15,53	12,49
Total	17.485	18.924	100	100	100

Tabla 4 Población por grupos de edad

En el siguiente grafico podemos ver la pirámide poblacional de la comuna de Quillón, divididos entre hombre y mujeres en los diferentes rangos etarios.

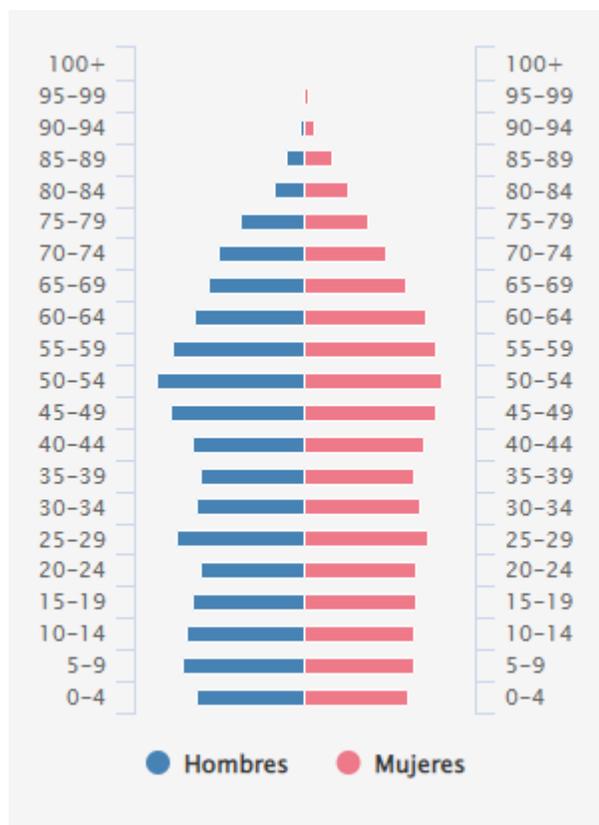


Ilustración 3 Pirámide poblacional comuna Quillón

Índice de dependencia demográfica (IDD) e Índice de Adultos Mayores (IAM)

Unidad Territorial	Índice de Dependencia Demográfica (IDD)		Índice de Adultos Mayores (IAM)	
	Censo 2017	Proyección 2021	Censo 2017	Proyección 2021
Comuna de Quillón	54,16	57,39	94,65	116,44
Región de Ñuble	-	51,38	-	84,35
País	45,88	46,05	56,85	65,64

Tabla 5 Índice IDD e IAM

1.5 Indicadores Sociales

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 y del Registro Social de

Hogares, ambos instrumentos gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social. Se presenta la tasa de pobreza por ingresos, la tasa de pobreza multidimensional del año 2017, porcentaje de personas en hogares carentes de servicios básicos y porcentaje de hogares hacinados (a Junio de 2020)

Tasas de Pobreza año 2017, por Ingresos y Multidimensional.

Unidad Territorial	Por Ingresos	Multidimensional
Comuna de Quillón	16,66	30,66
Región de Ñuble	16,1	24,6
País	8,6	20,7

Tabla 6 Tasa de pobreza

Población carente de servicios básicos y hogares hacinados (% totales, a diciembre 2020)

Unidad Territorial	Totales a Junio 2020 (%)	
	Personas en hogares carentes de servicios básicos	Hogares Hacinados
Comuna de Quillón	37,6	12,4
Región de Ñuble	19,5	13,1
País	13,8	14,6

Tabla 7 Población carente de servicios básicos y hogares hacinados

1.6 Indicadores Globales de Salud Comunal

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, y del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Se presenta el número de establecimientos de salud al 11 de Diciembre de 2020, las tasas de natalidad, mortalidad y mortalidad infantil para el año 2016, y la población inscrita validada en servicios de salud municipal al año 2019.

Número de establecimientos de salud, según tipo al 11-12-2020

Tipo Establecimiento	Comuna (n°)	Región (n°)	País (n°)
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	1	9	278
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	1	28	581
Posta de Salud Rural (PSR)	3	54	1.128
Servicio de Urgencia Rural (SUR)	1	15	122
Total	6	154	4.134

Tabla 8 Número de establecimientos de salud

1.7 Indicadores Educativos

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos de las bases puestas a disposición por el Ministerio de Educación, a través de los portales Datos Abiertos y Agencia de Calidad de la Educación, así como del DEMRE (Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educativo de la Universidad de Chile). Se presenta el número de establecimientos educativos y matrícula escolar según dependencia administrativa para los años 2018 y 2020; matrícula según nivel de enseñanza impartido años 2018 y 2020; los puntajes promedio de la prueba SIMCE de Cuarto, Sexto y Octavo Básico y Segundo Medio, para los tres últimos años disponibles en cada caso, en las respectivas asignaturas evaluadas. En esta entrega de Reportes Comunales, se incluye también el porcentaje de puntajes PSU mayor o igual a 450 puntos, según dependencia administrativa del establecimiento escolar.

Establecimientos educativos según dependencia administrativa, años 2018 y 2020

Dependencia Administrativa	Comuna		Región		País	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020
Municipal	10	10	298	282	4.925	4.670
Particular Subvencionado	4	4	129	127	5.665	5.575
Particular Pagado	0	0	4	4	678	626
Corporación de Administración Delegada	0	0	4	4	70	70
Servicio Local de Educación	0	0	0	0	236	401
Total	14	14	435	417	11.574	11.342

Tabla 9 Establecimientos educativos según dependencia administrativa

Matrícula escolar según dependencia administrativa, años 2018 y 2020

Dependencia Administrativa	Comuna		Región		País	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020
Matrícula Municipal	1.859	1.850	42.822	41.889	1.227.163	1.171.352
Matrícula Subvencionada	890	989	50.366	51.857	1.927.242	1.961.112
Matrícula Particular Pagado	0	0	818	908	325.500	324.860
Matrícula Corporación de Administración Delegada	0	0	2.583	2.173	44.913	44.538
Matrícula Servicio Local de Educación	0	0	0	0	57.533	106.296
Matrícula Total	2.749	2.839	96.589	96.827	3.582.351	3.608.158

Tabla 10 Matrícula escolar según dependencia administrativa

Matrícula escolar según nivel de enseñanza impartido, años 2018 y 2020

Nivel de Enseñanza	Comuna		Región		País	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020
Educación Parvularia	246	261	8.775	9.452	373.916	385.662
Enseñanza Básica Niños	1.748	1.758	53.479	53.478	1.988.726	2.017.007
Educación Básica Adultos	0	0	262	183	18.885	16.128
Educación Especial	271	266	5.809	5.768	183.373	181.776
Enseñanza Media Humanístico-Científica Jóvenes	401	457	18.502	19.336	640.067	662.195
Educación Media Humanístico-Científica Adultos	0	0	1.987	1.602	111.349	96.650
Enseñanza Media Técnico Profesional y Artística, Jóvenes	83	97	7.639	6.935	256.688	240.717
Educación Media Técnico Profesional y Artística, Adultos	0	0	136	73	9.347	8.023
Total	2.749	2.839	96.589	96.827	3.582.351	3.608.158

Tabla 11 Matrícula escolar según nivel de enseñanza impartido

1.8 Indicadores Económicos

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos desde las Estadísticas de Empresa del Servicio de Impuestos Internos (SII). Se presenta el número de empresas y número de trabajadores, según tamaño de empresa y rubro en el cual desarrolla su actividad, para los años 2017, 2018 y 2019.

Número de empresas según tamaño años 2017, 2018, 2019

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Micro	903	945	963	80.385	22.949	23.565	729.694	752.685	769.693
Pequeña	130	131	145	17.601	4.297	4.420	193.576	203.218	206.293
Mediana	9	10	5	2.100	432	443	27.552	28.701	29.254
Grande	0	0	0	691	136	133	13.847	14.285	14.749
Sin Ventas/Sin Información	137	168	176	15.859	4.963	5.341	202.688	259.266	273.681

Tabla 12 Numero de empresas según tamaño

Número de trabajadores según tamaño de la empresa años 2017, 2018, 2019

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Micro	287	348	348	54.993	14.675	15.556	612.852	673.918	722.165
Pequeña	663	784	722	184.456	40.512	40.906	1.970.427	2.044.968	2.051.040
Mediana	310	250	78	139.726	27.769	33.407	1.439.384	1.459.800	1.428.886
Grande	0	0	0	180.436	35.081	34.201	4.451.934	4.596.409	4.604.564
Sin Ventas/Sin Información	751	777	759	83.772	21.422	22.135	734.737	789.241	757.180

Tabla 13 Número de trabajadores según tamaño de la empresa

1.9 Indicadores de Seguridad

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos desde la sección Estudio y Análisis del Delito – Estadísticas Delictuales, de la Subsecretaría de Prevención del Delito. Los datos corresponden a las Tasas de Denuncia por Delitos de Mayor Connotación Social y Violencia Intrafamiliar, años 2017, 2018 y 2019.

Tasa Denuncias c/100.000 hab. por Delitos de Mayor Connotación Social (DMCS, Total)

Unidad Territorial	Año 2017	Año 2018	Año 2019
Comuna de Quillón	2.586,4	2.040,8	1.841,1
Región de Ñuble	1.792,8	1.786,6	1.716,3
País	2.483,7	2.397,8	2.431,

Tabla 14 Tasa denuncia por delitos de mayor connotación social

Tasa Denuncias c/100.000 hab. por Violencia Intrafamiliar (VIF, Total)

Unidad Territorial	Año 2017	Año 2018	Año 2019
Comuna de Quillón	561,1	439,2	652,5
Región de Ñuble	600,1	545,6	596,9
País	502,8	484,1	524,7

Tabla 15 Tasa denuncias por VIF

Capítulo II

2 Salud Comunal

2.1 Organigrama red de salud comunal.

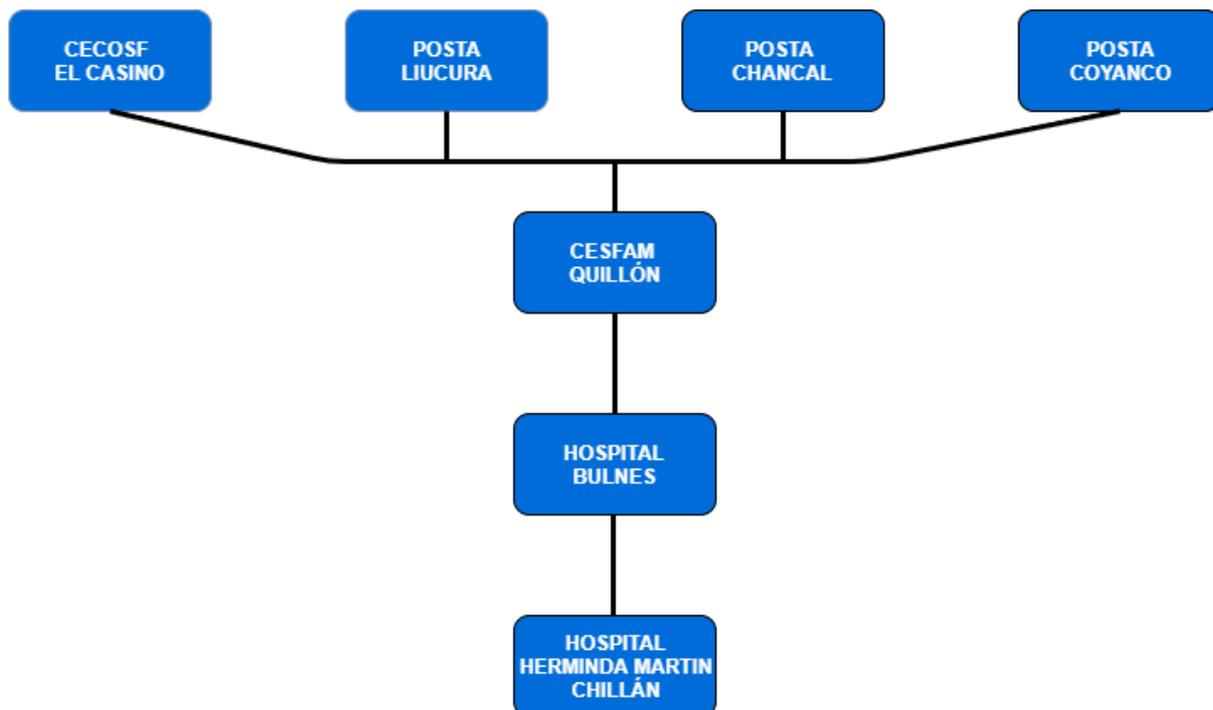


Ilustración 4 Organigrama red comunal de salud.

La red comunal de salud cuenta con 1 CESFAM, 1 CECOSF y tres postas. El CECOSF, está a 12 Km. del CESFAM, la Posta Liucura Alto, está a 30 Km. del CESFAM, la posta Chancal, dista 45 Kms. del CESFAM, y la posta Coyanco, o Juan Enríquez Mora, está a 4 Km. de distancia del CESFAM. La red de salud de Quillón, en este caso el CESFAM, tiene como hospital de referencia al Hospital Comunitarios de Salud Familiar de Bulnes, al cual se le derivan los casos, cuya complejidad, no es posible que la atienda el CESFAM, ya que no cuenta con elementos diagnósticos de mayor resolutivead, como laboratorio básico, radiografías y sala de urgencia con médico destinado para ello. En caso de mayor complejidad, el Hospital de Bulnes deriva al Hospital Herminda Martin de Chillan, el cual está implementado con todos los elementos diagnósticos, y profesionales especializados para atender pacientes en estado de mayor complejidad.

Actualmente, estamos trabajando con el laboratorio, Imagenología, y radiografías, con nuestro hospital Base, de salud Comunitario de Bulnes.

2.2 Equipos de Sector.

2.2.1 Equipo por Sector

Sector Verde	
NOMBRE	PROFESION
Asiul Hernández Marcano	Medico
Milton Pérez Guartambel	Medico
Juan Pablo Vásquez Espinoza	Medico
Medico EDF	Medico
Yoselinne Soto Becerra	Matrona
Jorge Vásquez Vásquez	Matrón
Alejandro Parra Quintana	Enfermero
María I. Escobar Vivallos	Enfermera
Cecilia Vásquez Ascencio	Enfermera
Alejandra Luna Palavecino	Nutricionista
Vilma Betanzo Espinoza	Nutricionista
Daniela Padilla Gómez	Asistente Social
Claudia Coloma Parra	TENS
Mariela Córdova Sepúlveda	TENS
Andrea Morales Mansilla	Administrativa
María Luisa Urriola Duran	Administrativa
Verónica Iturra Quintana	Auxiliar de Servicio

Tabla 16 Equipo de Cabecera Sector Verde.

Sector Amarillo	
NOMBRE	PROFESION
Rodrigo Fuentes Herrera	Medico
Willy Torrico Soto	Medico
Constanza Leiva Gómez	Medico
Nazaret Martínez	Medico
Karen Molina Almarza	Matrona
Estephany Osses Díaz	Matrona
Igor Figueroa Cifuentes	Enfermera
Milena Lagos Ormeño	Enfermera



Fabiola Inostroza Levy	Enfermera
Vilma Betanzo Espinoza	Nutricionista
Iris Pavés Morales	Nutricionista
Cintia Parada Cartes	Asistente Social
Alejandra Sepúlveda	TENS
Fabiola Arriagada Rubilar	TENS
Isabel Cartes Andreu	Administrativa
Katherine González	Administrativo
María Vásquez Vásquez	Auxiliar de Servicio

Tabla 17 Equipo de Cabecera Sector Amarillo

Sector Rojo	
NOMBRE	PROFESION
Patricia Hernández Krauss	Medico
Jorge Escalante Vaque	Medico
Victoria Macaya Contreras	Matrona
Daniela Jara Garrido	Enfermera
Nicole Quintana Méndez	Nutricionista
Claudia Meza Burgos	Asistente Social
Lorenzo Gómez Núñez	TENS
Sonya Toro Araneda	TENS
Isabel Figueroa	TENS
Katherine Parada Vidal	Administrativa
Sonia Espinoza Campos	Administrativa
Andrea Bustos Villanueva	Auxiliar de Servicio

Tabla 18 Equipo de Cabecera Sector Rojo

Sector Naranja	
NOMBRE	PROFESION
Constanza Leiva Gómez	Medico
Rodrigo Fuentes Herrera	Medico
Jorge Escalante Vaque	Medico
Victoria Macaya Contreras	Matrona
Daniela Jenó Montero	Enfermera
Nicole Quintana Méndez	Nutricionista
Joseline Prado Vivallos	Asistente Social
Jessica García San Martín	TENS

Daisy Román Stuardo	Podóloga
Pilar Iturra Pino	TENS
Paulina Morales Guevara	TENS (Chancal)
Francisco Guajardo Martínez	TENS (Liucura)
Juan Guzmán Martínez	TENS (Coyanco)

Tabla 19 Equipo de Cabecera Sector Naranjo

2.2.2 Equipos Transversales

Odontológico	
NOMBRE	PROFESION
Álvaro San Martín Correa	Odontólogo
Feride Henríquez Fuentes	Odontóloga
Sara Mendoza Jarufe	Odontóloga
Eugenia López Sandoval	Odontóloga
Felipe Fuentealba Godoy	Odontólogo
Ana Hernández González	Odontóloga
María Herrera Pedreros	TENS
Adith Novoa Muñoz	TENS
Teresa Orostica Osorio	TENS
Karen Romero Bustos	TENS

Tabla 20 Equipo Odontológico

Salud Mental	
NOMBRE	PROFESION
Medico EDF	Medico
Constanza Leiva Gómez	Medico
Gabriela Bustamante Ulloa	Psicóloga
Patricio Romero Bravo	Psicólogo
Ignacio Valderrama Mendoza	Psicóloga
Daniela Padilla Gómez	Asistente Social

Tabla 21 Equipo de Salud Mental

Rehabilitación	
NOMBRE	PROFESION
Joseline Jara Valenzuela	Kinesiólogo
Raúl Fuentealba Godoy	Kinesiólogo
Rodrigo Alarcón Valenzuela	Kinesiólogo
Felipe Pantoja Contreras	Terapeuta Ocupacional

Catalina Valderrama Valderrama	Fonoaudiólogo
--------------------------------	---------------

Tabla 22 Equipo de Rehabilitación

IRA	
NOMBRE	PROFESION
Rodrigo Fuentes Herrera	Medico
Marilyn Escobar Rebolledo	Kinesióloga
Jhon Campos Pasten	TENS

Tabla 23 Equipo Sala IRA

ERA	
NOMBRE	PROFESION
Rodrigo Fuentes Herrera	Medico
Carolina Andrade Marty	Kinesióloga
Alejandro Parra Quintana	Enfermera
Jhon Campos Pasten	TENS

Tabla 24 Equipo Sala ERA

2.2.3 Otros Equipos

Procedimientos clínicos	
NOMBRE	PROFESION
Rogers Jara Contreras	Enfermero
Nicolas Miranda Silva	TENS
Jhon Campos Pasten	TENS
Jacqueline Padilla	TENS
Javiera Araya Sepúlveda	TENS

Tabla 25 Equipo Procedimientos Clínicos

Farmacia	
NOMBRE	PROFESION
Alfredo Cea Villalobos	Químico Farmacéutico
Yulisa Cares Concha	TENS
Felipe Pereira Fernández	TENS
Sandra Valderrama Valdebenito	TENS
María José Sáez Toledo	TENS

Tabla 26 Equipo Farmacia

Esterilización	
NOMBRE	PROFESION
Marcia Poblete Poblete	TENS
Fabiola Oñate Vivallos	TENS
Nicol Vera Figueroa	TENS

Tabla 27 Equipo Esterilización

Comité Calidad y Seguridad	
NOMBRE	PROFESION
Jessica Leal Arriagada	Enfermera
Raúl Fuentealba Cruz	Medico
Ignacio Valderrama Mendoza	Psicólogo
Marilyn Escobar Rebolledo	Kinesióloga
Fabiola Arriagada Rubilar	TENS

Tabla 28 Comité de Calidad y Seguridad.

Comité Gestor	
NOMBRE	PROFESION
Andrea Palavecino Miranda	Matrona/Directora
Jessica Leal Arriagada	EU/ Coordinadora Comité Calidad
Alfredo Cea Villalobos	QF/ Coordinador Farmacia
Alejandra Casanova Salazar (S)	A. Social /Coordinadora SOME
Raúl Fuentealba Cruz	Médico/Coordinador S. Familiar
Milena Lagos Ormeño	EU/Coordinadora Ciclo Vital
Nicole Quintana Méndez	.../Coordinador de sectores

Tabla 29 Comité Gestor

2.3 Cartera de Servicios.

Cartera de prestaciones APS:

- I.- Actividades establecidas en Programas de atención según ciclo Vital
- II.- Garantías explícitas asociadas a programas en Atención Primaria
- III.- Actividades generales asociadas a todos los programas de atención
- IV.- Exámenes de laboratorio de apoyo diagnóstico a los programas de atención

2.3.1 Actividades establecidas en Programas de atención según ciclo Vital

Programa salud del Niño

1. Control de Salud Niño Sano

2. Evaluación Desarrollo Psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control lactancia materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta Nutricional
7. Consulta Morbilidad
8. Control de Enfermedades Crónicas
9. Consultas por déficit de DSM
10. Consulta Kinésica
11. Consulta y consejería Salud mental
12. Vacunación
13. Programa Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio
15. Actividades comunitarias de Salud Mental con profesores de Establecimientos educacionales

Programa de salud del adolescente

16. Control de salud
17. Consulta morbilidad
18. Control crónico
19. Control prenatal
20. Control de puerperio
21. Control de regulación de fecundidad
22. Consejería en salud sexual y reproduc0va
23. Control ginecológico preventivo
24. Educación grupal
25. Consulta morbilidad obstétrica
26. Consulta morbilidad ginecológica
27. Intervención Psicosocial
28. Consulta y/o consejería en salud mental
29. Programa nacional de Alimentación Complementaria.
30. Atención a domicilio.

31. Actividades comunitarias de Salud Mental con profesores de Establecimientos educacionales.

Programa de la mujer

32. Control prenatal

33. Control de puerperio

34. Control de regulación de fecundidad

35. Consejería en salud sexual y reproductiva

36. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres 45 a 64 años

37. Educación grupal

38. Consulta morbilidad obstétrica

39. Consulta morbilidad ginecológica

40. Consulta nutricional

41. Programa Nacional de Alimentación Complementaria

42. Vacunación embarazada 28 semanas de gestación

43. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre

44. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar

Programa del adulto

44. Consulta de morbilidad

45. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más

46. Consulta nutricional

47. Control de salud

48. Intervención psicosocial

49. Consulta y/o consejería de salud mental

50. Educación grupal

51. Atención a domicilio

52. Atención podología a pacientes con pie diabético

53. Curación de Pie diabético

54. Intervención Grupal de Actividad Física

55. Consulta Kinésica

Programa del adulto mayor

56. Consulta de morbilidad
57. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más
58. Consulta nutricional
59. Control de salud
60. Intervención psicosocial
61. Consulta de salud mental
62. Educación grupal
63. Consulta kinésica
64. Vacunación anti influenza y neumococica
65. Atención a domicilio
66. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
67. Atención podología a pacientes con DM
68. Curación de Pie Diabético

Programa de salud oral

69. Examen de salud
70. Educación grupal
71. Urgencias
72. Exodoncias
73. Destartraje y pulido coronario
74. Obturaciones temporales y definitivas
75. Aplicación sellantes
76. Pulpotomías
77. Barniz de Flúor
78. Endodoncia
79. Rayos X dental

2.3.2 Garantías explícitas asociadas a programas en Atención Primaria Actividades con garantías explícitas en salud asociadas a programas

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad y controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programa del adulto y adulto mayor
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.

- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
- Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria
- Acceso a tratamiento de Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
Tratamiento erradicación de Helicobacter pilori

2.3.3 Actividades generales asociadas a todos los programas de atención

Actividades generales

95. Educación grupal ambiental
96. Consejería familiar
97. Visita domiciliaria integral
98. Consulta social
99. Tratamiento y curaciones
100. Extensión Horaria
101. Intervención Familiar Psicosocial
102. Diagnóstico y control de la TBC
103. Exámenes de Laboratorio Básico

2.3.4 Exámenes de laboratorio de apoyo diagnóstico a los programas de atención

Hematológico	Hematocrito	
	Hemoglobina	
	Recuento de leucocitos	
	Recuento de plaquetas	
	Tiempo de protrombina	
Velocidad de sedimentación		
Bioquímica	Sangre	Ácido úrico
		Bilirrubina total y conjugada
		Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, VLDL y Triglicéridos)
		Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio y cloro)
		Creatinina
		Depuración de creatinina
		Fosfatasas alcalinas
		Glucosa

		Glucosa post carga
		Hemoglobina glicosilada
		Proteínas totales
		Transaminasas oxalacetica y pirúvica
		TSH, T4 libre, T4
		Urea
		Determinación de niveles plasmáticos de drogas o medicamentos
	Orina	Creatininuria
		Detección de embarazo (Test pack)
		Orina completa, sedimento urinario y albumina
		Microalbuminuria cuantitativa
	Deposiciones	Leucitos fecales
		Sangre en deposiciones
Microbiología	Bacteriología	Antibiograma corriente
		Baciloscopia Zieilh Nielsen (toma de muestra)
		Examen directo al fresco
		Gonococos, muestra, siembra y derivación
		RPR o derivar para VDRL
		Urocultivo, recuento y antibiograma
	Parasitología	Coproparasitologico seriado
		Examen directo al fresco c/s tinción
		Examen de Graham
		Examen gusano macroscópico
		Trichomonas vaginalis (examen directo)
	Inmunología	Factor reumatoideo

Tabla 30 Exámenes de laboratorio de apoyo diagnostico a los programas de atención.

2.3.5 Compras de servicios

Programa	Prestación	Criterios de inclusión
Imágenes diagnósticas	Mamografía	Mujeres de 50 a 59 años, sin mamografía en los últimos 3 años
		Otras edades de riesgo
	Eco. Mamaria	Mujeres 50 a 59 años
	Eco. Abdominal	Usuarios de 35 años y más, con probable patología biliar y cáncer de vesícula
	Rx. de caderas	Niños al tercer mes
Resolutividad	Endoscopia y test de urea	Usuarios mayores de 15 años con sintomatología digestiva

	Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad	Usuarios que presenten lesiones benignas menores de 3 cm. De diámetro en la piel y tejidos subcutáneos.
Imagenología	Rx de tórax AP y lateral	Niños < de 5 años y > de 65 años con sospecha de NAC
		Usuarios de otras edades con sospecha NAC o patología pulmonar crónica

Tabla 31 Compra de servicios

2.4 Centros de salud privados

En la Comuna, en la actualidad, tenemos tres Centros Médicos privados,

- **Centro Médico Mulli.**
- **Centro Médico Grollmus.**
- **Centro Médico Kinemed.**

Estos Centros Médicos de salud privados, está todos debidamente acreditados, y atienden población tanto de FONASA, como de ISAPRES, así también usuarios sin previsión. Brindan una gran gama de atenciones, ya que realizan visitas domiciliarias, toma de muestras, e incluso existe un Centro Radiográfico, e Imagenología, debidamente acreditado, ubicado en el Centro Médico Grollmus, lo que viene a resolver una gran necesidad de usuarios que necesitan una atención más especializada en Quillón.

También funcionan cuatro Centros Odontológicos,

- **Dental Max.**
- **Centro Odontológico Quillón.**
- **Clínica Cayumanqui.**
- **Sonríe Quillón.**
- **Dental Más.**

Estos Centros, brindan atención Odontológica general, y de especialidades, como Endodoncia, Ortodoncia, y Odontopediatría, lo que viene a disminuir nuestra lista de espera, ya que los usuarios con mayores ingresos pueden acceder a estas prestaciones, porque atienden a usuarios pertenecientes a Fonasa, e ISAPRES.

2.5 Plan de acción 2022.

Las problemáticas asociadas a las enfermedades de nuestros usuarios permanecen y varían en el tiempo, es por esto que es necesario realizar los análisis correspondientes y verificar el cumplimiento de las metas impuestas durante el año 2021, así también trazar las metas para el año 2022.

2.5.1 Metas 2021

PROBLEMA PRIORIZADO	RESULTADO ESPERADO	META LOCAL	INDICADOR
Mal nutrición por exceso en población infantil de 0-9 años, en la comuna de Quillón.	Disminuir en 2 puntos porcentuales la mal nutrición por exceso en la población infantil de la comuna.	Lograr a lo menos un 13%, el porcentaje de niños obesos en la comuna.	Diagnóstico Ficha Clínica (Rayen) N° de niños con mal nutrición por exceso/N° total de niños de 0-9 años inscritos.
Elevado consumo de sustancias (marihuana, pasta base, alcohol, cigarros etc.), en población estudiantil adolescente de 15 a 19 años en el Liceo comunal.	Disminuir el consumo de sustancias en población adolescente de 15 a 19 años, mediante educaciones, consejerías y atenciones en el policlínico del adolescente.	Aumentar (en número) usuarios adolescentes que asisten al policlínico del adolescente en el liceo, y aumentar educaciones de prevención en estas sustancias.	Diagnóstico Ficha rayen N° de adolescentes que asisten al Poli/N° total de adolescentes matriculados.
Alta índice de adultos, con accidentes ACV, que desembocan en fallecimiento.	Disminuir la cantidad de fallecidos y secuestrados, por ACV.	Aumentar en 2 puntos porcentuales la compensación de estos pacientes.	Diagnóstico Ficha Rayen N° de adultos compensados/N° total de adultos con HTA pertenecientes al programa.
Disminución del número de madres que practican la lactancia materna exclusiva.	Aumentar adherencia al programa de lactancia materna.	Aumentar a un 85% el porcentaje de madres que practican lactancia materna exclusiva, a través de estrategias de acompañamiento a las madres con menos adherencia, por integrantes del Comité de Lactancia.	N° de bebes que se alimentan con leche materna/N° total de madres que han dado a luz en el período.
Aumento de usuarias inasistentes a controles, lo que nos puede llevar a un aumento al cáncer mama y cervicouterino, en comuna de Quillón.	Aumentar el número de controles para la toma de PAP y solicitar mamografías a nuestras usuarias.	Aumentar número de mujeres con PAP y mamografías vigentes.	N° de Mujeres con examen de PAP y mamografía resuelta, partido por el número de mujeres inscritas en el CESFAM.

Tabla 32 Metas 2021

2.5.2 Análisis Cumplimiento Metas 2021

Debido a la pandemia que aún afecta al mundo entero, los objetivos del año 2021 no se pudieron cumplir dentro de los indicadores propuestos, aún de los objetivos del año 2021 se mencionan de igual manera y se incluyen algunos problemas que amenazan la salud de nuestros usuarios.

Pero aun así nuestro CESFAM está trabajando desde hace 4 años en la pauta MAIS. Algunos de sus objetivos y metas continúan durante el año 2021 ya que tienen indicadores de proceso con cumplimiento a mediano y largo plazo, no obstante, para diseñar el Plan de Acción que debe ser ejecutado el año 2020 nos ceñimos de acuerdo con las directrices del SSÑ, y se priorizaron las problemáticas que nos aquejan, como CESFAM, CECOSF y postas, y como comunidad, de acuerdo con el diagnóstico participativo.

2.5.3 Indicadores metas sanitarias evaluación a diciembre 2021

Realizado a la Fecha				% Cumplimiento a la Fecha	Meta Local	Meta Nacional
Nº	Componente	Numerador	Denominador	%	Quillón	
1	Recuperación del Desarrollo Psicomotor	5	7	71,4%	90%	90%
2	Reducir del número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente	2641	3084	85,6%	90%	0%
3a	CONTROL ODONTOLOGICO EN POBLACIÓN DE: 0 A 9 AÑOS	518	1606	32,3%	35,0%	35,0%
3b	LINEA BASE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS LIBRES DE CARIES	12	203	5,9%	0,0%	0,0%
4a	Porcentaje de Cobertura efectiva de	502	2112	23,8%	17,9%	

	pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.					28,0%
4b	Porcentaje de Personas con Diabetes de 15 AÑOS y Más con Evaluación e Pie.	1189	1449	82,1%	90,0%	90%
5	Porcentaje de Personas Mayores de 15 Años y Más con Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial.	1505	4832	31,1%	43,0%	43,0%
6	Cobertura de Lactancia Materna exclusiva en menores de 6 meses.	76	126	60,3%	57,0%	60%

Tabla 33 Indicadores Metas Sanitarias

2.5.4 Metas IAAPS

N°	Componente	Realizado a la Fecha		Cumplimient	Meta	Cantidad	Meta
		Numerador	Denominador	o	Comun	Meta Anual	Naciona
				%	a		l
1	Cobertura examen de Medicina Preventiva (EMP) en hombres y mujeres de 20 a 64 años	677	8352	8,1	Comun a Quillón	13,78%	25%
2	Cobertura de Evaluación Funcional del	843	3051	27,6	31,73%		55%

	Adulto de 65 años y más						
3	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	128	142	90,1	93,01%		90%
4	Porcentaje de consulta de Morbilidad odontológica en Población de 0 a 19 años	984	3793	25,9	23,02%		23%
5	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	502	2112	23,8	28%	Según censo de diciembre 2022	28%
6	Cobertura Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 y más años	1505	4832	31,1	43%	Según censo de diciembre 2022	43%
7	Cobertura de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños (as de 12 A 23 Meses bajo control.	61	171	35,7	90,21%	Denominador Censo diciembre 2022	95%

8	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	423	796	53,1	65,70%		60%
9	Cobertura de Atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y Trastornos Mentales	1015	3763	26,97	26,45%		17%
10	Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.	2783	1015	2,74	4		5

1 1	Cobertura de Control de Salud Integral a Adolescentes de 10 a 14 años.	54	1.116	4,8	18,4%		18%
1 2	Cobertura de método anticonceptivo en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	168	1.071	16%	25,68%		25%
1 3	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	29518 numerador	29.565 denominador	99,8	96,09%		96,09%
1 4	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	79	326	24,2%	60,27		60%
1 5	Tasa de Visita	833	5.184	0,16	0,33		0,22

	domiciliaria Integral						
1	Tasa de	29.565			1,20		
6	Consultas de		17.107	1,73			1,2%
	Morbilidad y						
	Controles						
	Médicos por						
	habitante						
	año						

Tabla 34 Metas IAAPS

2.6 Metas 2022

PROBLEMA PRIORIZADO	RESULTADO ESPERADO	META LOCAL	INDICADOR
Malnutrición por exceso en niños menores de 10 años.	Mejorar adherencia a Consulta Nutricional por Malnutrición por exceso y posterior seguimiento, en menores de 10 años.	Asistencia a Consulta Nutricional por Malnutrición por Exceso entre 80-100%.	N° de Consultas Nutricionales por malnutrición por exceso realizadas durante el año 2022/ N° de Consultas Nutricionales por malnutrición por exceso programadas para el año 2022*100.
Disminución del número de lactantes menores que se encuentran con LME al 6to mes.	Aumentar el número de lactantes menores con LME al 6to mes.	Meta Nacional 60%. Meta local 2021 57%.	N° de lactantes menores con LME al 6to mes/ Total de lactantes menores que asisten al CSI del 6to mes*100.
Falta de actividades preventivas de salud, con el fin de evitar las enfermedades cardiovasculares, tales como: HTA, DM, DLP	Aumentar la aplicación de exámenes preventivos a la población de 20 a 64 años.	Cumplir con la meta establecida por el servicio de salud con respecto a los exámenes preventivos según nuestra población, dando prioridad a la promoción de la salud.	N° de EMP realizado en población de hombres y mujeres de 20 a 64 años/Población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscritas validadas *100- la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años en PSCV
Elevado consumo de alcohol en población estudiantil de 15 a 19 años en el liceo polivalente Luis Cruz Martínez de la comuna.	Elevado consumo de alcohol en población estudiantil de 15 a 19 años en el liceo polivalente Luis Cruz Martínez de la comuna.	Aumentar la realización de tamizaje CRAFT en población de 15 a 19 en un 10% del total realizado año 2021.	Numero de tamizajes CRAFT.

Aumento de usuarias con cáncer cervicouterino	Mantener cobertura de exámenes PAP dentro del promedio nacional.	Aumentar toma de Exámenes PAP a usuarias nuevas e inasistentes.	Nº de exámenes de PAP resueltos/Nº total de usuarias inscritas en CESFAM, CECOSF y postas.
---	--	---	--

Tabla 35 Metas 2022

2.7 Implementación de modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

2.7.1 Implementación progresiva del modelo de salud integral

El Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario, es uno de los ejes prioritarios del proceso de transformación del sector salud. Su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud de la comuna, que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, y a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, mejorando la capacidad resolutive de los centros de atención primaria de Salud, con la subsecuente descongestión y optimización del uso de los niveles de atención secundarios y terciarios.

La implementación del MAIS, implica que la atención de salud deben ser un proceso continuo que centre sus actividades en la familia, comunidad y su entorno: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su auto cuidado. 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 de toda la población.

Es por ello que como CESFAM, se ha decidido optar por la implementación de este modelo de atención de manera progresiva en las atenciones y prestaciones que se ofrecen a la comunidad, ya que se ha demostrado que, a largo plazo, las estrategias de atención con enfoque preventivo tienen mejores resultados en la salud de la comunidad, al mismo tiempo que ofrecen beneficios económicos para los niveles jerárquicos de los que las instituciones de salud dependen.

2.7.2 Clasificación de riesgos familiares

La evidencia existente demuestra que países con una atención primaria "más fuerte" alcanzan mejores indicadores de salud a un menor gasto *per cápita*. Uno de los elementos esenciales de una atención primaria "fuerte" es la existencia del enfoque familiar en su modelo de atención. Diversos estudios muestran que la familia tiene una importante influencia en el desarrollo y control de problemas de salud frecuentes en la atención primaria de salud (APS) tales como trastornos conductuales en niños, depresión en adolescentes, asma infantil, problemas cardiovasculares y control de diabetes mellitus tipo II.

La aplicación eficiente y efectiva del modelo de salud familiar requiere contar con instrumentos que permitan identificar en forma simple y precisa aquellos grupos familiares con mayor y menor riesgo de desarrollar complicaciones en la salud de sus miembros.

En Chile, se han utilizado diversos instrumentos para determinar las interrelaciones y el funcionamiento de una familia. Ellos se han utilizado mayoritariamente como apoyo diagnóstico y no como método de tamizaje para focalizar intervenciones clínicas. En algunos casos, los instrumentos disponibles presentan una alta inestabilidad en el tiempo, carecen de validez clínica predictiva o han sido desarrollados hace varias décadas y pueden no representar apropiadamente la situación de salud familiar y de la atención primaria actual.

Dado este antecedente, los establecimientos de salud comunales han optado por iniciar la aplicación del instrumento SALUFAM, que permite identificar con precisión y capacidad predictiva familias de variada vulnerabilidad en salud. Este instrumento puede colaborar a mejorar la implementación del enfoque familiar y beneficiar a un conjunto de pacientes usuarios de la atención primaria de la comuna.

2.7.3 Estratificación de prestaciones según riesgo familiar detectado

El conocimiento de la situación de salud familiar es un aspecto importante de la atención integral a la salud en el nivel primario. La estratificación de las familias según la situación de salud familiar es útil para la planificación de intervenciones en

la comunidad. Estar al tanto de las condiciones de vida de la familia, su composición y funcionamiento, así como la disponibilidad de recursos para afrontar las exigencias cotidianas, es importante para la adecuación de las políticas sociales a los contextos locales y a los requerimientos especiales de ciertas familias con mayor vulnerabilidad psicosocial.

La atención a los problemas de la familia en su microespacio social contribuye a mejorar la situación de salud familiar y comunitaria, por tanto, la identificación de sus características y necesidades es fundamental para la estrategia de la APS y la materialización concreta de la equidad en salud. La estratificación de las familias en la comunidad se concibe, entonces, con un enfoque de prevención y de atención diferenciada. De este modo, cuidamos la adecuada distribución de recursos físicos, económicos y humanos de los cuales disponemos, brindando atenciones coherentes con las necesidades detectadas para la familia y la persona, sin caer en la sub ni sobre intervención de las mismas.

2.7.4 Implementación de atenciones de crónicos mediante estrategia de multimorbilidad

En Chile, como en el mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema en aumento, tanto en magnitud como en complejidad. Ante esta situación, los sistemas de salud evidencian la fragmentación en la provisión de servicios, generada por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas o en grupos de estas.

Esta manera de funcionamiento y fragmentación tensiona a todos los actores del sistema de salud, si se considera que la mayoría de la población adulta es portadora de dos o más enfermedades crónicas. Es así, que el cómo atender la comorbilidad es el desafío de los sistemas de salud en los tiempos que corren. Las personas con multimorbilidad, comparadas con quienes presentan sólo una condición crónica, tienen una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. Todo esto, junto con incrementar el consumo de recursos sanitarios, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, su familia y sus cuidados, haciendo necesario un cambio en la estrategia de abordaje de las personas portadoras de patologías crónicas.

El cambio requiere privilegiar la entrega de cuidados centrados en la persona y su familia, acompañándolas según nivel de riesgo de complicaciones de salud que experimentan a lo largo del curso de la vida: desde la promoción de salud para quienes no tienen condiciones crónicas, pero eventualmente pudiesen presentarlas, hasta la prevención, tratamiento, seguimiento y rehabilitación para quienes ya tienen una o más condiciones crónicas y requieren cuidados constantes y monitorizados por el equipo de salud.

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

- a. 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.
- b. 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. y
- c. El equipo de salud, con una mayor optimización del tiempo dedicándolo a las labores de mayor valor añadido.

Lo anterior se traduce en existencia de tiempos diferenciados para la atención de salud, considerando períodos de atención más prolongados por profesional para aquellas personas portadoras de mayor número de patologías, de manera de otorgar cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas con capacidad de innovación que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo ello en el marco de responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.

2.7.5 Implementación de controles grupales

En Chile, con el objetivo de ampliar la cobertura en salud para los pacientes crónicos, la atención primaria ha asumido programas más complejos y con ello, también se ha incrementado el presupuesto para infraestructura y servicios. Las actividades asistenciales que tradicionalmente se han ofertado en los establecimientos del nivel primario, corresponden principalmente a consultas y controles individuales,

realizados por diferentes profesionales, en general enfocados en fomentar en la persona enferma y/o de mayor riesgo y su ambiente familiar más cercano, cambios en los hábitos alimentarios, de actividad física, de consumo de alcohol y tabaco, y en la adherencia a la terapia farmacológica, entre otros. En menor grado se implementan actividades grupales del tipo talleres o educaciones de grupo, o actividades en domicilio, sugeridas por el propio Ministerio de Salud.

Las actividades grupales de prevención, principalmente centradas en educación han demostrado ser más eficientes y costo-efectivas que las actividades individuales. La experiencia de otros países en el abordaje de los procesos crónicos muestra una tendencia a explorar alternativas terapéuticas que logren incidir en la baja adherencia a la terapia farmacológica (la que habitualmente incluye varios fármacos) o a la dificultad de modificar conductas y mejorar parámetros como las cifras tensionales o resultados de laboratorio como Hemoglobina glicosilada. Entre estas alternativas se encuentran las actividades de fomento del autocuidado y autonomía de decisiones, a través de estrategias como el “*paciente experto*”, las “*escuelas de pacientes*” u otras similares que incluyen la interacción entre pares, en que son las propias personas quienes asumen el liderazgo sobre el manejo de su proceso clínico, con mayor o menor acompañamiento del personal sanitario.

Una reciente revisión sistemática que compara resultados entre intervenciones grupales e intervenciones individuales habituales en pacientes con diabetes mellitus tipo II, por ejemplo, muestra que las intervenciones grupales fueron más efectivas que los cuidados habituales, en mejorar parámetros clínicos, de estilos de vida y psicosociales. Otros estudios del entorno latinoamericano muestran resultados similares, en el sentido de una mayor efectividad de las intervenciones grupales en el control glicémico y un mejor conocimiento y manejo del estrés relacionado con la enfermedad.

En el contexto chileno, conocemos de algunas experiencias innovadoras desarrolladas en el entorno de la atención primaria, que han explorado alternativas de acompañamiento a personas con procesos crónicos mediante estrategias de

educación y control grupales. Es de ellas que se pretende extraer información, a modo de implementar estrategias adaptadas localmente, que permitan, mediante intervenciones grupales, mejorar los indicadores de control de determinadas patologías crónicas.

2.8 Diagnostico Participativo

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO a realización: 30/11/2018		RESUMEN DEL PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL				EVALUACIÓN DE EJECUCIÓN Fecha de término:31/12/2022
PROBLEMAS IDENTIFICADO S	CLASIFICACI ÓN DEL PROBLEMA *	OBJETIVOS	ACTIVIDADES (detalles en adjunto cronograma)	RESPONSABLES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	NUMERO DE ACTIVIDADES COMPROMETIDAS/NUMER O DE ACTIVIDADES EJECUTADAS según cronograma *100
Desconocimient o de la población juvenil en relación a vida saludable y sexualidad (Identidad de género y Diversidad Sexual)	Salud de las personas	Educar a los jóvenes en temáticas de sexualidad y estilo de vida saludable.	Educar por medio de capsulas sobre temas de sexualidad y vida sana para establecimientos educaciones de zonas urbanas y rurales	- Matrona - Psicólogo - Encargado de participación - Nutricionista u /otros referentes	- Publicaciones en Redes sociales - Conversatorio	3/3*100 1/1*100
Desconocimient o de las patologías GES	Escasa difusión de información	Informar a la comunidad sobre patologías GES	Difusión de información de las patologías del plan AUGE para conocimiento de los usuarios.	- Jefa auge - Encargada de participación - Enfermera	- Publicaciones en Redes sociales	3/3*100
Falta de conocimiento en cuanto al protocolo de buen trato (deberes y derechos basado en la ley)	Factores que inciden en la satisfacción usuaria	Empoderar a la comunidad sobre el Protocolo de Buen trato al Usuario	Educar en base al protocolo de buen trato a organizaciones funcionales y territoriales de la comuna a través de talleres de sensibilización en JJVV	- Encargado de Participación - Encargada de OIRS - Encargada de Satisfacción Usuaría	- Publicaciones en Redes sociales - Talleres Educativos en JJVV	3/3*100
Entrega de información sobre cuidados y protocolos en tiempos de pandemia	Problemática epidemiológica Covid -19	Educar a la ciudadanía respecto a los cuidados y los protocolos en tiempos de pandemia	Entregar orientaciones respecto a temas relevantes en tiempos de covid-19	- Encargado de la participación - Encargada de trazabilidad - Profesionales de otros programas que puedan proporcionar	- Publicaciones en Redes sociales - Acta de reuniones	3/3*100

				información relevante		
Entrega de medicamentos y alimentos a sectores rurales y urbanos.	Necesidad de entrega de medicamentos a pacientes adultos mayores en casos particulares	Apoyar a los pacientes crónicos y otros pacientes que requieran entrega de medicamentos en su domicilio.	- Entregar medicamentos y alimentos por medio de los dirigentes sociales	- Personal de farmacia y programa de Crónicos - Encargada de Participación	Publicaciones en Redes sociales	10/10*100
Desconocimiento de trabajo de otros consejos de la Red	Desinformación de los dirigentes	Fomentar encuentro de consejos de desarrollo a través de Instancias red CIRA	Reunión de Directivas de Consejos de desarrollo integrante de la micro red de CIRA.	- Encargado de participación - Consejeros	- Publicaciones en Redes sociales	3/3 *100
Escasa información de parte de los dirigentes del CDS sobre el estatuto de la organización y otras prestaciones que se pueden optar por pertenecer a una organización Comunitaria. Y las prestaciones que realiza el CESFAM	Desinformación de los dirigentes	Educar a la comunidad sobre derechos y deberes de los dirigentes que optan por pertenecer a una organización comunitaria	Capacitaciones educativas para el Consejo de desarrollo de salud y otras organizaciones territoriales enfocadas a informar sobre derechos y deberes que obtienen los dirigentes que pertenecen a una organización comunitaria. Además de prestaciones que el CESFAM realiza	- Encargado de participación - Consejeros	- Publicaciones en Redes sociales - Actas de Reuniones	3/3 *100

Tabla 36 Diagnostico Participativo

2.9 OIRS

2.9.1 Solicitudes Ciudadanas

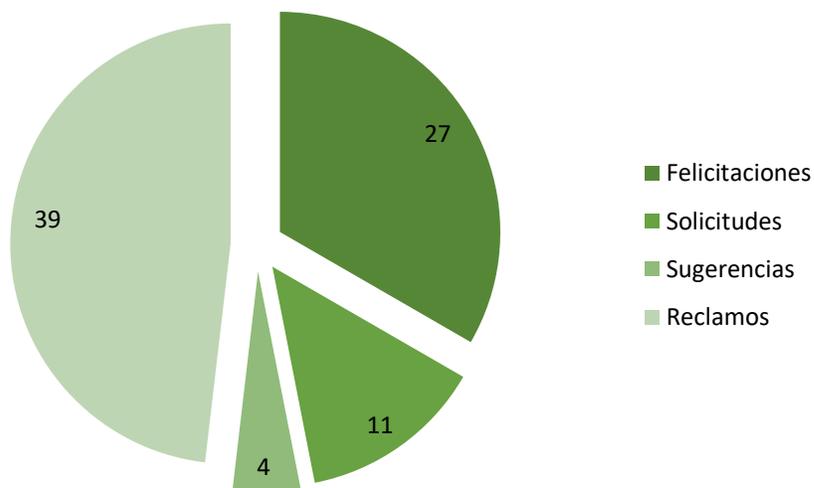


Ilustración 5 Solicitudes Ciudadanas

2.9.2 Clasificación de Reclamos

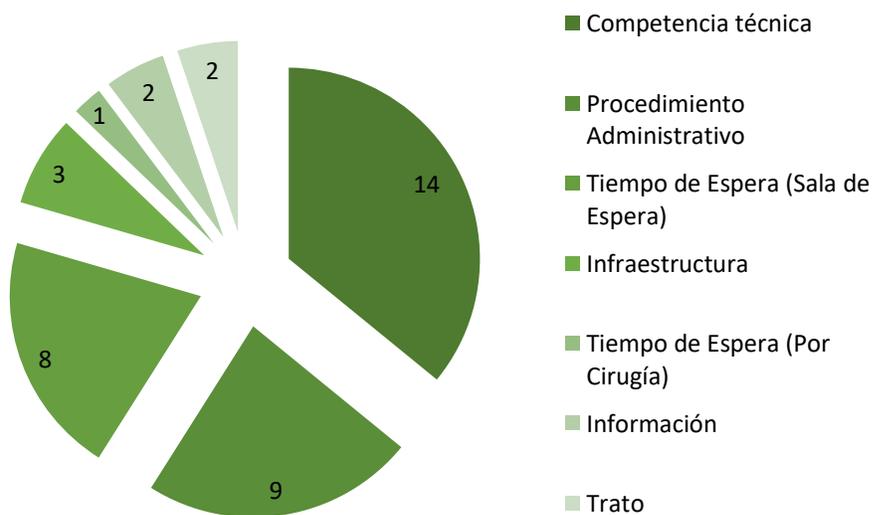


Ilustración 6 Clasificación de Reclamos

Capítulo III

3 DESAMU

3.1 Organigrama

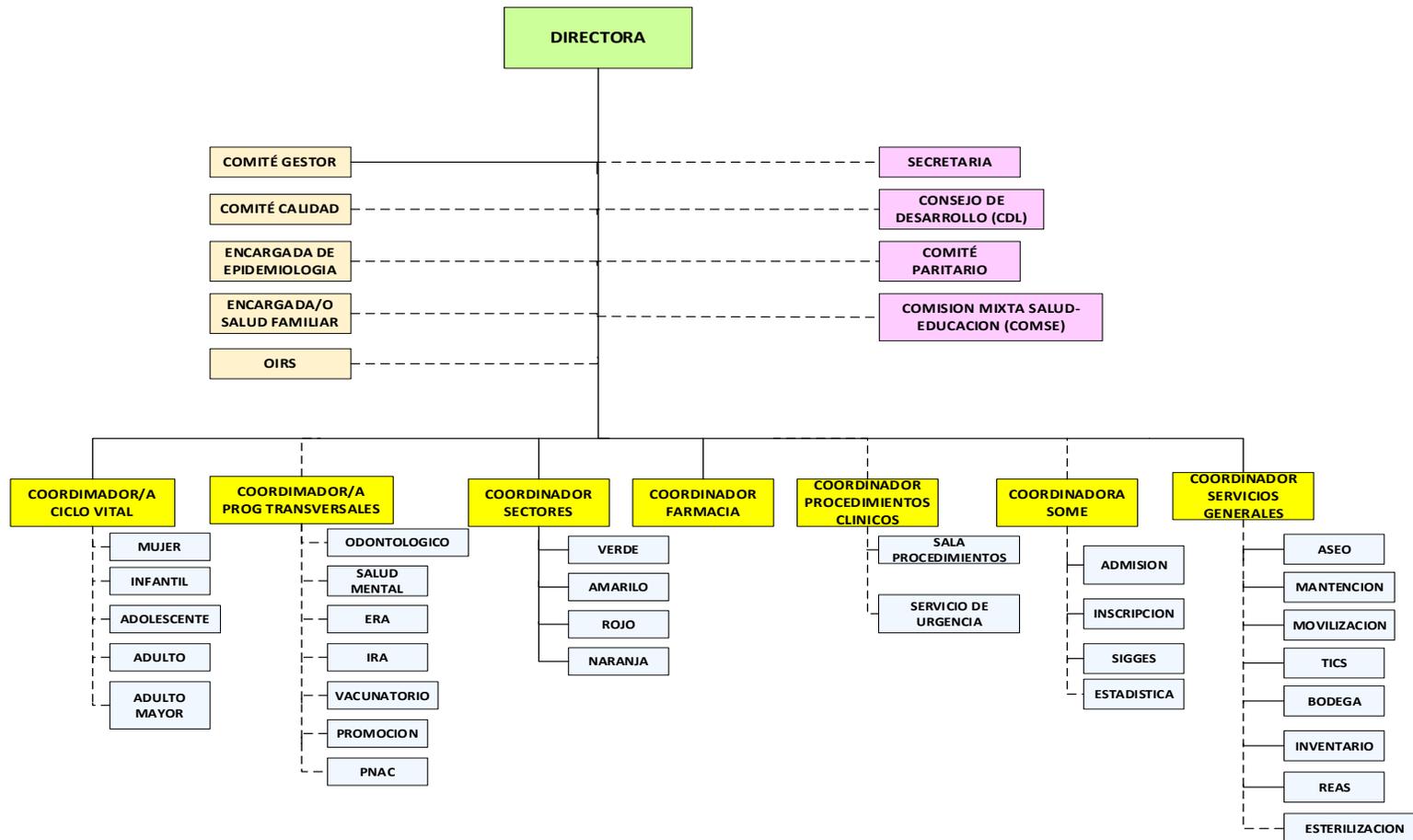


Ilustración 7 Organigrama Salud Quillón.

3.2 Dotación 2022

CATEGORIA A	Nº	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
Médico Cirujano	7	286	+ 4 EDF
Cirujano Dentista	4	176	+ 1 EDF 44HRS
Químico Farmacéutico	2	66	Horas Clínicas y Administrativas

Tabla 37 Dotación Categoría A

CATEGORIA B	Nº	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
Director Consultorio	1	44	Horas Administrativas
Matrona	5	220	
Enfermera (o)	9	396	
Nutricionista	4	176	
Asistente Social	4	176	22 hrs. Participación/22 hrs promoción/22 hrs coordinación CECOSF.
Psicóloga (o)	4	176	
Kinesiólogo (a)	4	176	Horas Clínicas
Jefe DESAMU	1	44	Horas Administrativas
Jefe SOME	1	44	Horas Administrativas
Encargado Finanzas	1	44	Horas Administrativas
Encargado Adquisiciones	1	44	Horas Administrativas
Encargado Personal	1	44	Horas Administrativas
Encargado GES	1	44	Horas Administrativas
Encargada Calidad	1	44	Horas Administrativas
Ingeniero Informático	1	44	22 hrs. Informático/22 hrs. Inventario
Fonoaudióloga (o)	1	44	22 hrs. Rehabilitación/22 hrs. Estimulación.
Educadora de Párvulos	1	44	Sala de Estimulación
Otros	2	88	44 hrs. Ingeniero apoyo finanzas/44 hrs. Ingeniero mantención nuevo CESFAM.

Tabla 38 Dotación Categoría B

CATEGORIA C	Nº	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
Técnico Nivel Superior Enfermería	29	1.276	
Técnico Nivel Superior Administración	14	616	44 hrs. Estadísticas

Tabla 39 Dotación Categoría C

CATEGORIA D	Nº	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
Técnico Salud	4	176	22 hrs Fuero Gremial

Tabla 40 Dotación Categoría D

CATEGORIA E	Nº	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
Admisión y Secretaria	3	132	44 hrs. Recaudación y apoyo SOME nuevo CESFAM
Digitador GES	1	44	
Otros	3	132	44 hrs. Bodega/ 44 hrs. OIRS/44 hrs. Adquisiciones DESAMU

Tabla 41 Dotación Categoría E

CATEGORIA F	Nº	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
Auxiliar de Servicio	9	396	
Chofer	10	440	6 Ambulancias/3 vehículo menor/ 1 conductor nuevo vehículo menor.
Otros	2	88	44 hrs. Nochero CESFAM/ 44 hrs. Nochero CECOSF

Tabla 42 Dotación Categoría F

TOTAL FUNCIONARIOS	TOTAL HORAS SEMANALES
132	5.808

Tabla 43 Dotación Total

3.3 Presupuesto Salud

3.3.1 Presupuesto comparativo

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	DENOMINACION	2020	2021
21			GASTOS EN PERSONAL	2.324.600	2.440.000
21	01		PERSONAL DE PLANTA	1.456.400	1.540.000
		01	Sueldos y sobre sueldos	1.106.000	1.106.000
		02	Aportes del empleador	23.000	23.000
		03	Asignaciones por desempeño	170.000	170.000
		04	Remuneraciones variables	26.000	26.000
		05	Aguinaldos y bonos	27.300	27.300
21	02		PERSONAL A CONTRATA	658.200	720.000
		01	Sueldos y sobre sueldos	519.800	519.800

		02	Aportes del empleador	10.000	10.000
		03	Asignaciones por desempeño	68.000	68.000
		04	Remuneraciones variables	6.500	6.500
		05	Aguinaldos y bonos	16.500	16.500
21	03		OTRAS REMUNERACIONES	210.000	180.000
		01	Honorarios a Suma Alzada Personas Naturales	35.000	35.000
		05	Suplencias y Reemplazos	33.800	33.800
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	369.265	327.800
22	02		TEXTILE, VESTUARIOS Y CALZADO	5.900	6.200
22	03		COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	15.000	16.000
22	04		MATERIALES DE USO O CONSUMO	199.800	205.000
22	05		SERVICIOS BASICOS	54.100	48.000
22	06		MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	20.000	18.000
22	07		PUBLICIDAD Y DIFUSION	2.000	2.000
22	08		SERVICIOS GENERALES	8.900	9.200
22	09		ARRIENDOS	2.500	2.800
22	10		SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	7.430	7.600
22	11		SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	50.635	10.000
22	12		OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	3.000	3.000
29			ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	30.135	44.500
29	004		Vehículos	800	20.000
29	004		Mobiliarios y Otros	6.000	7.000
29	005		Máquinas y equipos	8.000	7.500
29	006		Equipos Informáticos	4.200	5.000
29	07		Programas informáticos	6.000	5.000
29	99		Otros Activos no Financieros	5.135	-
35			SALDO FINAL DE CAJA	1.000	15.000
			TOTAL GASTOSM\$	2.725.000	2.827.300

Tabla 44 Presupuesto Comparativo año 2020 - 2021

3.3.2 Presupuesto salud año 2022

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACION	TOTAL 2022
21					GASTOS EN PERSONAL	\$ 2.756.000
21	01				PERSONAL DE PLANTA	\$ 1.848.000
21	02				PERSONAL A CONTRATA	\$ 792.000
21	03				OTRAS REMUNERACIONES	\$ 116.000
22					BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	\$ 580.300
22	02				TEXTILE, VESTUARIOS Y CALZADO	\$ 8.000
22	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	\$ 28.000
22	04				MATERIALES DE USO O CONSUMO	\$ 225.000
22	05				SERVICIOS BASICOS	\$ 75.100
22	06				MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	\$ 20.600
22	07				PUBLICIDAD Y DIFUSION	\$ 3.000
22	08				SERVICIOS GENERALES	\$ 68.000
22	09				ARRIENDOS	\$ 5.100
22	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	\$ 19.000
22	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	\$ 123.500
22	12				OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	\$ 5.000
29					ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	\$ 19.100
29	003				VEHÍCULOS	\$ 100
29	004				MOBILIARIOS Y OTROS	\$ 4.000
29	005				MÁQUINAS Y EQUIPOS	\$ 7.000
29	006				EQUIPOS INFORMÁTICOS	\$ 4.000
29	007				PROGRAMAS INFORMÁTICOS	\$ 4.000
35					SALDO FINAL DE CAJA	\$ 1.000
					TOTAL GASTOSM\$	\$ 3.356.400

Tabla 45 Presupuesto año 2022

3.4 Programa Anual de Capacitación 2022

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2022 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD ÑUBLE - COMUNA QUILLON																	
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.																	
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Conocer estrategias de intervención para el abordaje de la violencia en la pareja, en la atención en APS.	VIOLENCIA EN LA RELACION DE PAREJA, INTERVENCIÓN EN CRISIS Y MANEJO EMOCIONAL	2	10	4	1	1	2	20	25	700000	0	0	700000	EXTERNO	GABRIELA BUSTAMANTE	MAYO
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.																	



EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	Profundizar sobre el envejecimiento normal y patológico, los principales síndromes geriátricos y la valoración geriátrica integral (VGI) para abordar holístico a las personas mayores sanas, y con distintas situaciones de salud como demencias y dependencia.	GERIATRÍA Y ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR	2	10	3	1	1	1	18	25	650000	0	0	650000	EXTERNO	JOSELYN JARA	SEPTIEMBRE
--	--	---------------------------------------	---	----	---	---	---	---	----	----	--------	---	---	--------	---------	--------------	------------

EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas. s.	Proveer un marco conceptual, contextual y metodológico sobre interculturalidad en salud, desde un marco de derechos humanos y determinantes sociales	SALUD INTERCULTURAL	2	11	5	2	2	3	25	25	0	800000	0	800000	EXTERNO	MARIA CASANOVA SALAZAR	MARZO
	Promover la igualdad de oportunidades, entregando herramientas para el manejo de la inequidad de género.	EQUIDAD DE GENERO	2	11	5	2	2	3	25	25	800000	0	0	800000	EXTERNO	GABRIELA BUSTAMANTE	JULIO
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.																	

EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Desarrollar herramientas básicas para la implementación del Modelo de Salud Familiar en la Atención Primaria.	JORNADA DE SALUD FAMILIAR	13	43	44	4	7	21	132	25	0	100000	0	100000	EXTERNO	JESSICA LEAL	ABRIL
	Conocer las nuevas funcionalidades y modalidades de contratación vigentes a la fecha, basada en los lineamientos estratégicos de eficiencia promovida por la Dirección de Compras en el sistema	ACTUALIZACIÓN EN COMPRAS PÚBLICAS	0	1	0	0	1	0	2	25	300000	0	0	300000	EXTERNO	SEBASTIAN VALENZUELA	MAYO

	Mercado Público																
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Actualización en prevención, pesquisa y diagnóstico de los cánceres ginecológicos más frecuentes	CANCER GINECOLÓGICO.	3	5	4	0	0	0	12	25	0	700000	0	700000	EXTERNO	ESTEPAHNY OSSES	MARZO
	Obtener herramientas teóricas y prácticas actualizadas para la aplicación y desempeño de las funciones odontológicas en APS.	ACTUALIZACIÓN EN UTILIZACIÓN DE MATERIALES ODONTOLÓGICOS	5	0	5	0	0	0	10	25	500000	0	0	500000	EXTERNO	ALVARO SAN MARTIN	AGOSTO

EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Adquirir conocimientos para un adecuado abordaje y manejo, desde los profesionales de salud frente a emergencias, desastres y pandemias.	GESTION Y ABORDAJE DE EMERGENCIAS, DESASTRES Y PANDEMIAS	13	43	44	4	7	21	132	25	146214	100000	0	1146214	EXTERNO	ROGERS JARA	JUNIO
Totales	9	9	42	134	114	14	21	51	376	198	3096214	350000	0	6596214			

Tabla 46 PAC 2022