



***PLAN DE SALUD DE LA COMUNA
CONCHALI 2013-2016***

"La cooperación es la convicción plena de que nadie puede llegar a la meta si no llegan todos"

Virginia Burden

A.-INTRODUCCIÓN

Las políticas, prioridades y objetivos sanitarios definidos por el MINSAL para la década 2011 – 2020, los ejes de la Reforma de Salud junto a los escenarios y avances en el SSMN, enfatizan y fundamentan la necesidad de insertar la planificación anual en una proyección amplia y sostenida en el mediano y largo plazo.

Así, este Plan de Salud 2012, en esencia, seguir adecuando nuestro desarrollo comunal a la dinámica y evolución que la gestión sanitaria ha estado evidenciando, resguardando un quehacer enmarcado en objetivos sanitarios adaptados a nuestra Comuna y procesos orientados a la obtención de resultados.

El Plan de Salud es el instrumento de la planificación y programación del sistema sanitario chileno. En él se recogen la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de política sanitaria.

En la elaboración de este Plan de Salud partimos con la evaluación del Plan de Salud del periodo 2012, vemos que existe una continuidad en la metodología utilizada, ésta es participativa, con una estructura y técnicas de consenso similares. La perspectiva de la planificación está basada en un modelo determinista de la salud y en las necesidades de la población. No obstante, incorpora cambios e innovaciones, producto de la experiencia y resultados del primer Plan de Salud.

Este plan anual se enmarca en el eje organizacional del modelo de salud familiar y establece la elaboración de una planificación estratégica de las tareas a seguir, ya que esto nos permitirá determinar el curso de una acción futura de nuestros Cesfam y proveerles de las actividades y desafíos que nos depara el nuevo año. Estos documentos, orientan el desarrollo de las políticas sanitarias en Chile e identifican los valores y principios de la fijación de objetivos sanitarios. El Plan de Salud orienta la cartera de prestaciones sanitarias del sistema con relación a los objetivos marcados; está orientado hacia el ciudadano, incidiendo especialmente en el cuidado personalizado en salud y enfermedad, atención continuada a lo largo del proceso, mejora del resultado de la función social y de la salud real y percibida.

B.- ANTECEDENTES COMUNALES

La Comuna de Conchalí se encuentra ubicada en el sector norte del Gran Santiago, más allá del Río Mapocho y más acá de los Cerros de Huechuraba y de Renca.

La superficie comunal es de 1.060 hectáreas (has.) urbanizadas, con una densidad de 145,5 hab/has. Los indios Janocones denominaban a este Valle como Conchalí, cuyo significado sería “Luz Amarilla” o “Luz en el agua”, en lengua Mapuche.

A inicios del Silo XX (1907), las chacras y campos de este valle comenzaron a verse ocupados con familias que migraban desde distintos lados hacia la ciudad. Solo en 1927 nace Conchalí como comuna oficial, abarcando hasta los cerros de Huechuraba por el norte y el Cerro San Cristóbal por el oriente (6.080 has). En 1990, la nueva división comunal deja a Conchalí solo con predios urbanos (1.080 has.)

La Comuna de Conchalí fue creada a través del Decreto Ley 8.583 del 30 de Diciembre de 1927, bajo la presidencia de Carlos Ibáñez Del Campo.

Actualmente Conchalí esta estructurado sobre la base de sus ejes metropolitanos, que son: Avda. Circunvalación Vespucio (Las Condes, Recoleta, Quilicura), Avda. Edo. Frei Montalva (conexión sur-norte de Chile), Vivaceta, Independencia, Guanaco y Av. Dorsal (esta última, parte del futuro anillo intermedio de la ciudad). La diagonal José María Caro cruza desde Recoleta a la Avda. Panamericana, estructurando internamente la comuna de manera irregular.

Su origen es variado y lo componen: campamentos radicados, operaciones sitio, loteos, subdivisiones, poblaciones fiscales y particulares, cooperativas, viviendas SERVIU, casetas sanitarias, mejoramiento de barrios, siendo los mas recientes algunos condominios en altura.

Conchalí también posee un “barrio industrial” delimitado, al costado de la Carretera Panamericana Eduardo Frei Montalva y múltiples actividades económicas y comerciales de pequeño tamaño en su interior, incluyendo ferias libres, talleres artesanales, garajes, terminales de buses entre otros.

Por su parte, los sectores privados también contribuyen al desarrollo de Conchalí, las organizaciones sociales, los grupos e instituciones locales, hacen sus aportes en función de sus barrios y unidades vecinales, en sus sedes comunitarias y/o ámbitos específicos de acción. Las inmobiliarias, por su parte, simbolizan el dinamismo empresarial industrial, de transporte, comercial y microempresaria circunstancialmente disminuido por efecto de la crisis asiática, con nuevos conjuntos habitacionales: condominios “La Ciudadela”, “La Santa Pilar”, “Las Palmas” y el de calles Canopus por nombrar alguno.

Actualmente la comuna cuenta con 40 Unidades Vecinales organizadas por Barrios, los cuales presentan un alto nivel organizacional y trabajan en conjunto de Establecimientos de Salud y Redes Sociales, se agrupan a su vez en nueve territorios:

- Vivaceta Barón
- El Cortijo
- Barrio Central
- Vespucio Oriente
- Balneario
- Sur Oriente
- Juanita Aguirre
- Palmilla
- Palmilla Oriente

ACCESO Y MOVILIZACIÓN

El acceso a la comuna puede ser por cualquiera de sus límites comunales:

- **Norte:** Avenida Américo Vespucio, desde la Ruta Panamericana Eduardo Frei Montalva hasta calle Guanaco.
- **Sur:** Calle José Pérez Cotapos, desde calle Guanaco hasta Avenida Independencia; Avenida Independencia desde calle José Pérez Cotapos hasta calle Cañete; Calle Cañete hasta Avenida 14 de la Fama.
- **Oriente:** Avenida El Guanaco, desde la Avenida Américo Vespucio hasta calle José Pérez Cotapos.
- **Poniente:** Ruta Panamericana Eduardo Frei Montalva, desde calle 14 de la Fama hasta Avda. Américo Vespucio.

La movilización esta dado principalmente por el Transporte Público (Transantiago, Colectivos y Taxis) y en menor Porcentaje por transporte particular.

- **Buses del Transantiago:** *Recorridos de Acercamiento* B 01, 02, 04, 06, 10, 11, 12, 14, 21, 22, 25, 26 y 27.
- **Buses del Transantiago:** *Recorridos Troncales:* 101, 107, 201, 202, 223, 308, 425, 429.

Se iniciaron con la “primera palada” los trabajos de construcción de la Línea 3 en el barrio El Cortijo de dicha comuna. Las obras implicarán elegir tres estaciones nuevas del metro: Cardenal Caro, Vivaceta y Conchalí; siendo beneficiados más de 110 mil habitantes.



Es un orgullo para nosotros como Comuna contar con la solución a nuestros usuarios, sobre todo, porque es el más moderno y le generará una excelente calidad de vida a los conchalinos.

La Línea 3 tendrá un total de 22 kilómetros, acortará lapsos de tiempo en viajes al centro capitalino y permitirá una conectividad oportuna tomando en cuenta la congestión que sufre Santiago.

CLIMA

La comuna de Conchalí, al igual que todas las comunas de la Región Metropolitana presenta un clima mediterráneo con una estación cálida y seca prolongada (verano), e inviernos moderados desde el punto de vista de las precipitaciones y las temperaturas.

Las precipitaciones se concentran durante los meses de mayo a agosto, con un rango de 200 y 480 ml de agua al año.

Los rasgos característicos del clima de la comuna de Conchalí la define como de clima templado cálido con lluvias invernales y estación seca prolongadas (7 a 8 meses de sequedad) de índice Csb1, según la clasificación de Koeppen. Este Clima comprende toda el área del país situada por debajo de los 1.500 mts. De altitud entre los 31º y los 35º de latitud.

MAPA DE LA COMUNA DE CONCHALÍ



C.-ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Según los datos preliminares entregados por el Censo del 2012, la comuna posee una población de 124.225 habitantes.(Tabla 1)
Este tabla preliminar nos muestra que las Comunas con mayor crecimiento de su población residen entre los Censos 2002 y 2012 son:
Lampa con un 98.1%, Quilicura con un 61.4%, Colina con un 48.3%, Santiago con un 43.8%.

Tabla 1.-Región Metropolitana de Santiago

PROVINCIA	COMUNA	POBLACIÓN RESIDENTE				
		CENSO 1992	CENSO 2002	CENSO 2012 (preliminar)	VARIACIÓN INTERCENSAL (1992 Y 2002)	VARIACIÓN INTERCENSAL (2002 Y 2012)
Santiago	Santiago	236.453	214.159	308.027	-9,4	43,8
	Cerrillos	71.745	71.602	79.644	-0,2	11,2
	Cerro Navia	155.425	148.454	128.840	-4,5	-13,2
	Conchalí	154.909	132.831	124.225	-14,3	-6,5
	El Bosque	169.713	175.212	162.689	3,2	-7,1
	Estación Central	138.314	126.066	119.470	-8,9	-5,2
	Huechuraba	61.169	73.941	87.649	20,9	18,5
	Independencia	75.856	64.513	73.760	-15,0	14,3
	La Cisterna	96.417	85.030	80.568	-11,8	-5,2
	La Florida	327.402	364.602	363.073	11,4	-0,4
	La Granja	133.463	132.832	120.612	-0,5	-9,2
	La Pintana	169.545	190.270	182.651	12,2	-4,0
	La Reina	91.847	96.434	92.010	5,0	-4,6
	Las Condes	205.359	246.474	284.342	20,0	15,4
Lo Barnechea	46.444	73.931	98.540	59,2	33,3	

Lo Espejo	119.061	113.039	99.601	-5,1	-11,9
Lo Prado	110.396	104.411	94.305	-5,4	-9,7
Macul	119.859	111.914	111.288	-6,6	-0,6
Maipú	255.243	467.861	525.070	83,3	12,2
Ñuñoa	170.093	162.481	195.300	-4,5	20,2
Pedro Aguirre Cerda	128.459	114.400	101.613	-10,9	-11,2
Peñalolén	178.889	216.040	236.017	20,8	9,2
Providencia	106.770	117.020	131.708	9,6	12,6
Pudahuel	137.861	195.185	255.710	41,6	15,6
Quilicura	41.124	126.326	203.946	207,2	61,4
Quinta Normal	115.977	103.767	100.801	-10,5	-2,9
Recoleta	162.188	147.279	150.269	-9,2	2,0
Renca	129.123	133.513	143.158	3,4	7,2
San Joaquín	113.140	96.539	94.039	-14,7	-2,6
San Miguel	83.227	77.914	90.892	-6,4	16,7
San Ramón	100.592	94.619	84.529	-5,9	-10,7
Vitacura	77.343	80.389	84.179	3,9	4,7

Con respecto a Conchalí en la Tabla N1 al realizar la comparación del 2011 al censo en sus datos preliminares al 2012 encontramos un incremento en nuestra población residente de 107.246 habitantes en el 2011 a 124.225 habitantes en el 2012.

TABLA N°2

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN POR SEXO, AÑOS 1992, 2002, 2011 Y 2020

AÑOS	PAÍS			REGIÓN: METROPOLITANA DE SANTIAGO			COMUNA: CONCHALÍ		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
1992	6.755.455	6.909.768	13.665.241	2.615.058	2.780.267	5.395.325	72.210	75.868	148.078
2002	7.793.208	7.952.375	15.745.503	3.079.888	3.230.411	6.310.299	63.525	66.465	129.990
2011	8.536.904	8.711.546	17.248.450	3.388.586	3.557.007	6.945.593	52.418	54.828	107.246
2020	9.170.100	9.378.995	18.549.095	3.640.172	3.820.536	7.460.708	40.548	42.272	82.820

Fuente: Elaboración propia según base de datos INE, proyección de población

Dado que a la fecha de elaboración de este diagnóstico de salud solo se disponían de cifras preliminares del Censo de Población y Vivienda 2012, los cuales son obtenidos de los recuentos manuales de cada sector de empadronamiento levantados por los censistas, estos podrán diferir de los resultados definitivos que se obtienen una vez realizado el procesamiento de validación de los mismos. Por esta misma razón se incluyen en el presente diagnóstico los datos de la población proyectada al 2012.

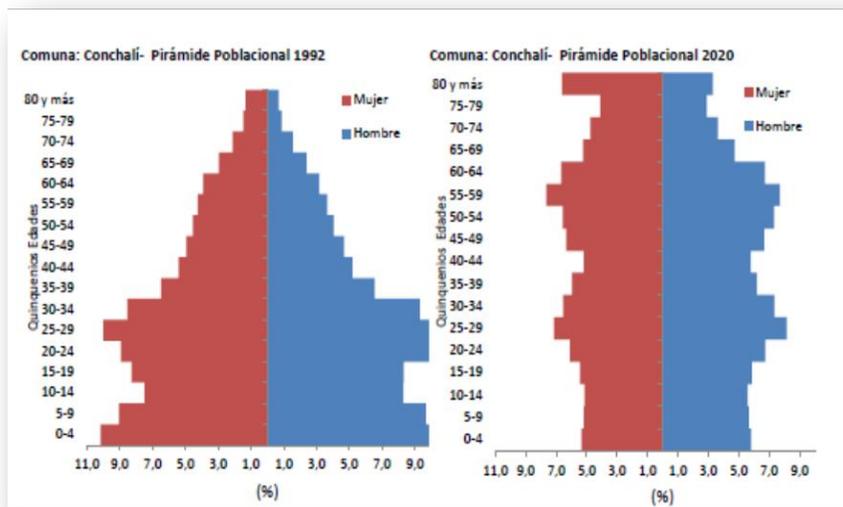
En la Tabla N°2 encontramos que la disminución de la población probablemente corresponda a la migración de nuevas generaciones a otras comunas con mayor crecimiento como por ejemplo Quilicura.

Para el año 2011 la proyección de población total corresponde a 107.246, el 48.8% corresponderá a población masculina y el 51.2 % a población femenina, 20.262 serán menores de 15 años correspondiendo al 18.8 % y 14.758 serán mayores de 65 años correspondiendo al 13.7 %. El 100% de la población es urbana y el 0% rural.

Distribución Poblacional de la Comuna de Conchalí

Con respecto a la distribución poblacional por edades, la pirámide poblacional es muy parecida entre las tres poblaciones, con un leve predominio de la población entre los 25 a 64 años de edad y la mayor cantidad de la población se concentra entre los 25 a 64 años, lo que nos demuestra esta Figura N°1 de la pirámide poblacional proyectada al 2012. Tampoco está disponible aún estos datos del censo 2012.

Figura n°1 Pirámide Poblacional Conchalí

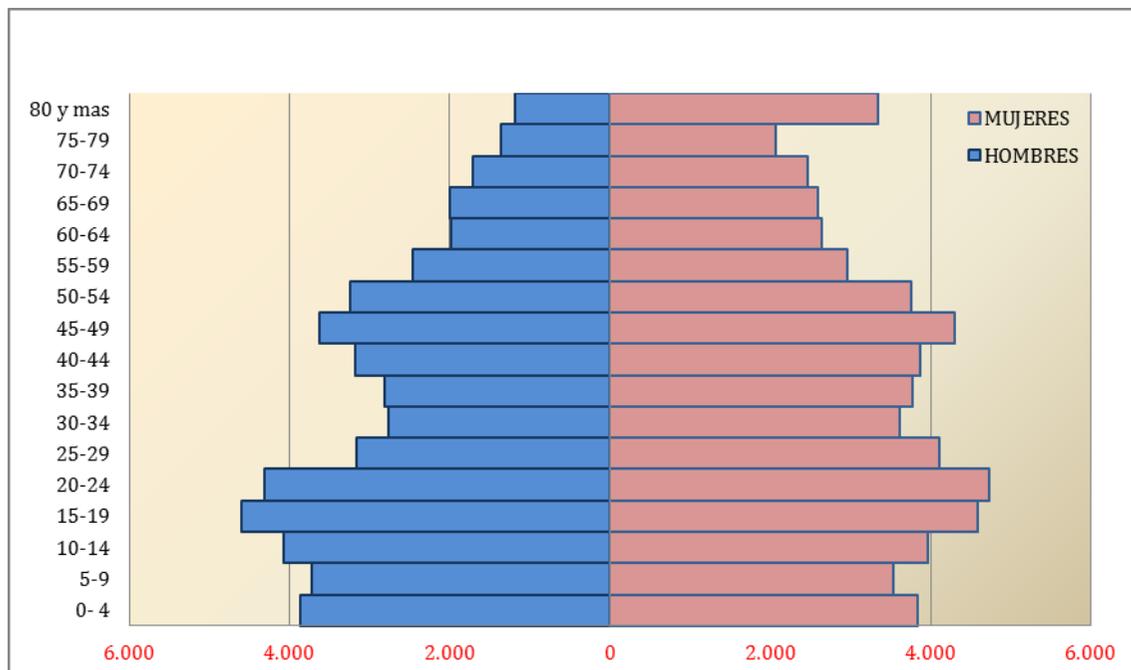


Fuente: Elaboración propia según base de datos INE, proyección de población

Es importante observar la pirámide poblacional en que la proyección de población es una estimación acerca del tamaño y características por sexo y edad, de acuerdo a la evolución de la población en censos anteriores y considerando como supuestos una tendencia futura de la fecundidad, de la mortalidad y la migración.

A continuación observamos la pirámide poblacional de los inscritos validados de la comuna de Conchalí al último corte entregado por Fonasa.

Figura N°2 PIRAMIDE POBLACIONAL SEPARADA POR SEXO Y QUINQUENIO



Esta Figura no muestra que es muy parecida a la Figura N°1 que la población en la comuna de Conchalí se concentra más en el grupo etareo de 15 a 19 años de edad en igual relación de hombres y mujeres, y que también el grupo etareo de 45 a 49 años se concentra en el sexo femenino de la población.

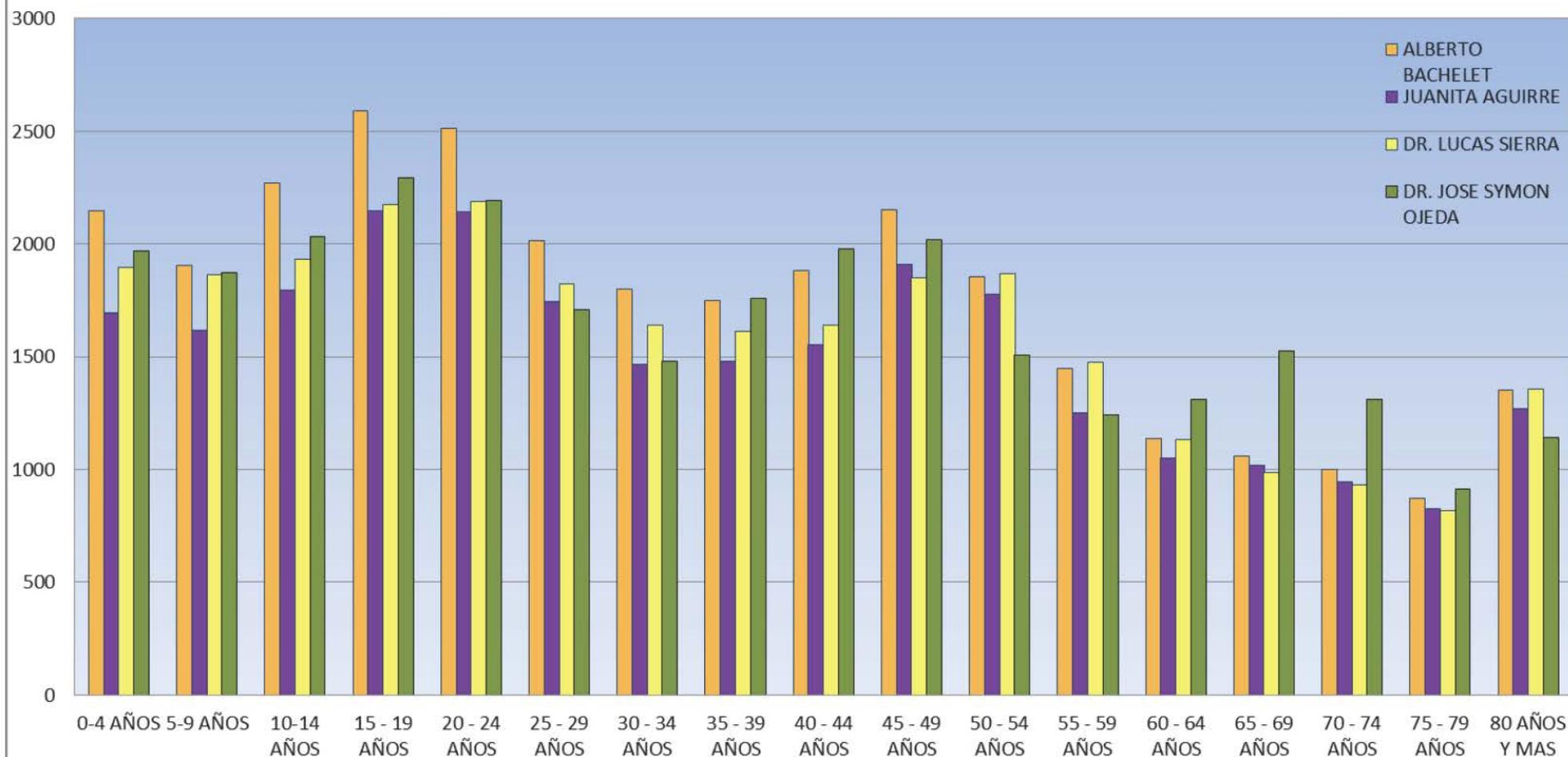
POBLACION INSCRITA VALIDADA:

La población Inscrita Validada ha sufrido importantes variaciones, a continuación una tabla que demuestra dichos cambios:

AÑO	INSCRITOS VALIDADOS
Año 2009	110.253
Año 2010	109.396
Año 2011	114.111
Año 2012	116.019
Año 2013	110.992

En al tabla se observa la importancia en las variaciones que han ocurrido en los diferentes años y que e el 2013 hay alrededor de 5.000 inscritos menor al año pasado por lo que no es menor el numero de inscritos que dejaron de estar entre nuestros beneficiarios.

POBLACION INSCRITA VALIDADA, AMBOS SEXOS SEPARADA POR CENTRO DE SALUD



DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR CESFAM AÑO 2012:

DISTRIBUCION ETAREA POBLACION INSCRITA VALIDADA AÑO 2013, POR ESTABLECIMIENTO

AMBOS SEXOS

<u>Grupo Etareo</u>	ALBERTO BACHELET	JUANITA AGUIRRE	DR. LUCAS SIERRA	DR. JOSE SYMON OJEDA
0-4 AÑOS	2147	1693	1898	1967
5-9 AÑOS	1904	1619	1863	1873
10-14 AÑOS	2273	1794	1934	2032
15 - 19 AÑOS	2589	2146	2177	2292
20 - 24 AÑOS	2514	2143	2190	2193
25 - 29 AÑOS	2013	1743	1823	1708
30 - 34 AÑOS	1800	1468	1642	1479
35 - 39 AÑOS	1749	1481	1613	1761
40 - 44 AÑOS	1880	1554	1642	1980
45 - 49 AÑOS	2150	1909	1852	2018
50 - 54 AÑOS	1855	1777	1868	1506
55 - 59 AÑOS	1450	1252	1474	1243
60 - 64 AÑOS	1138	1051	1133	1309
65 - 69 AÑOS	1059	1017	985	1528
70 - 74 AÑOS	999	944	930	1309
75 - 79 AÑOS	870	827	819	913
80 AÑOS Y MAS	1353	1272	1355	1142
TOTAL	29743	25690	27198	28253

Figura N°3
Pirámide Poblacional Cesfam Bachelet

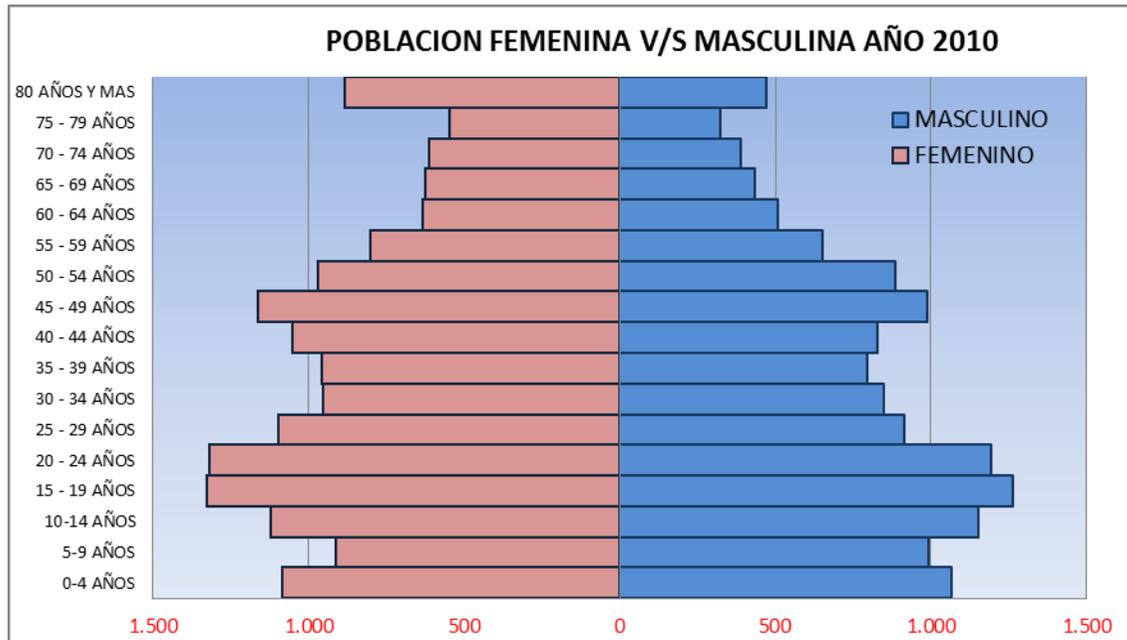


Figura N°4
Pirámide Poblacional Cefsam Juanita Aguirre

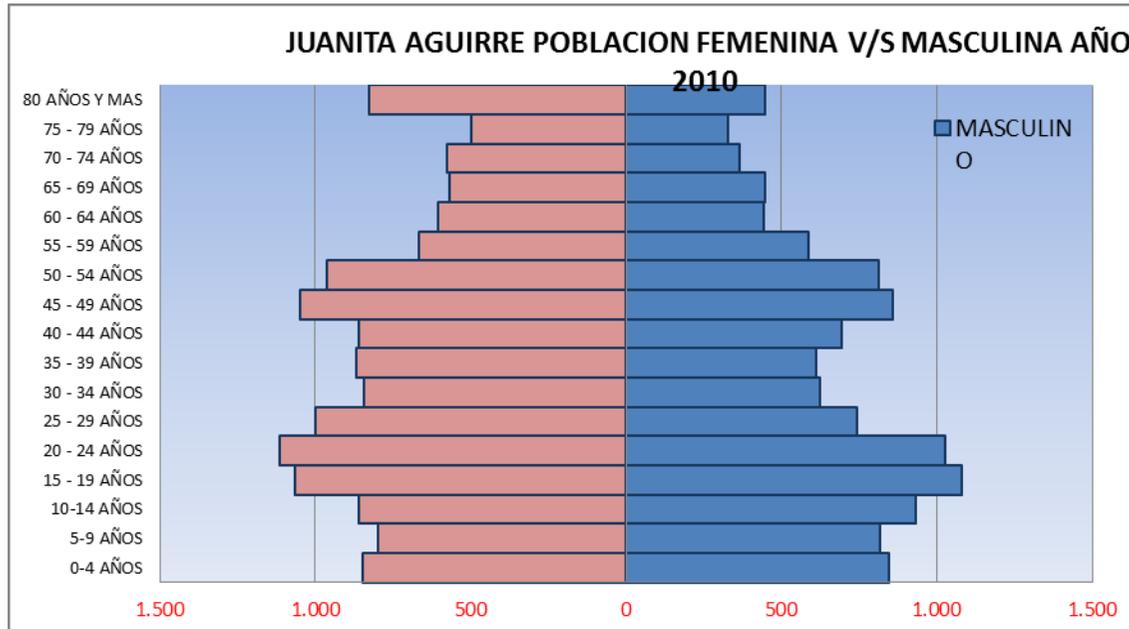


Figura N°5
Pirámide Poblacional Cefsam Dr. Lucas Sierra

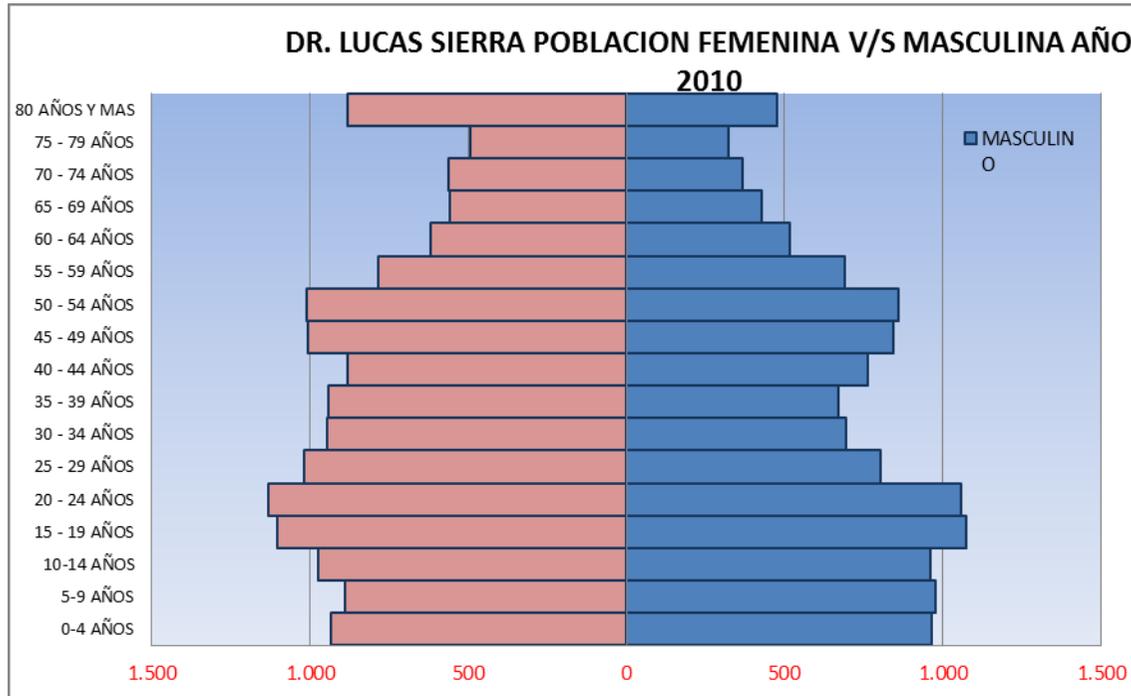
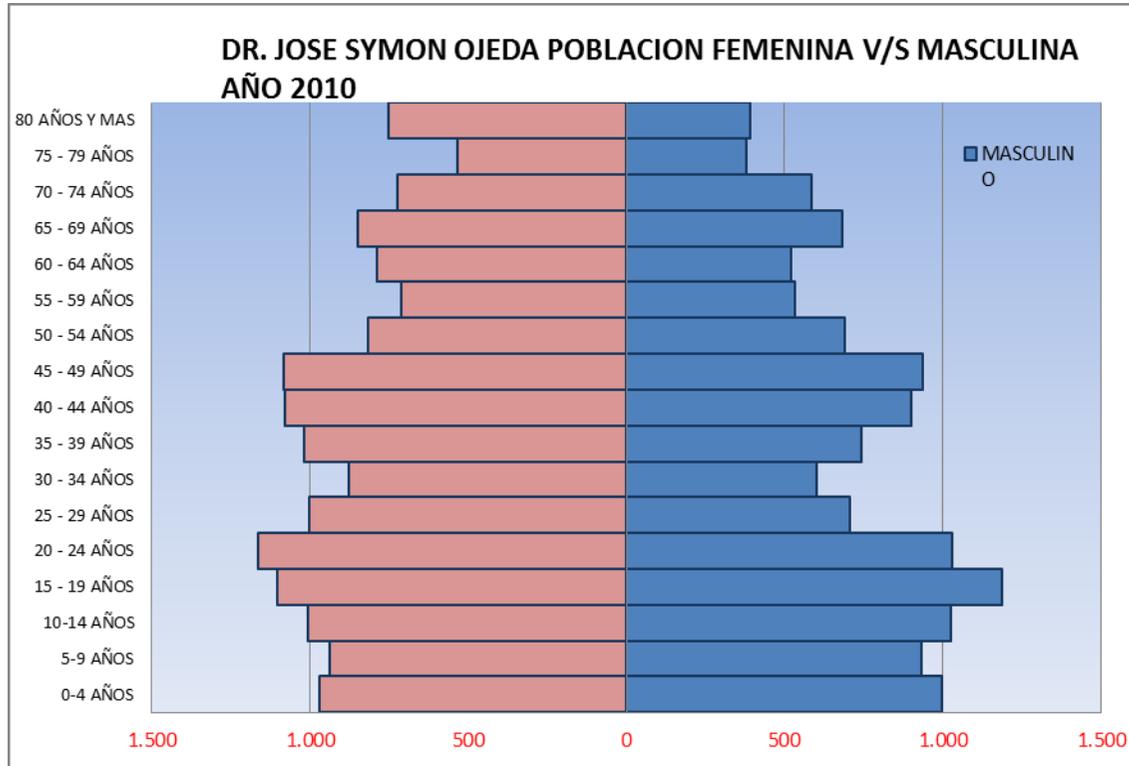


Figura N°6
Pirámide Poblacional Cesfam Dr. Symon Ojeda



DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR CESFAM AÑO 2012:

CESFAM	DISTRIBUCION POR CESFAM 2012	DISTRIBUCION POR CESFAM 2012
Symon Ojeda	28253	29.330
Lucas Sierra	27198	28.607
Alberto Bachelet	29743	31.036
Juanita Aguirre	25690	27.056
Total	110.884	116.019

La población inscrita validada para el año 2012 corresponde a 116.019 v/s 110.884 (año 2013), esto da una diferencia de 5.518 que egresaron de la comuna de Conchalí.

De la población inscrita validada 22.997 son menores de 15 años este año a diferencia del año pasado que eran 24.667 lo que no es menor habiendo una diferencia significativa y 17.322 son adultos mayores en el 2012 y en el 2011 eran 17.079 son mayores de 65 años.

A continuación se muestra un cuadro comparativo de la distribución etárea por sexo en el año 2002 y 2009.

Distribución etárea por sexo

Comuna	2002*		2009**	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Conchalí	64.973	68.283	54.870	57.525
Huechuraba	36.433	37.637	41.195	43.326
Renca	66.253	67.265	65.662	66.985
Distrito 17	167.659	173.185	161.727	167.836
Región Metropolitana	2.937.193	3.123.992	3.324.216	3.490.414
País	7.447.695	7.668.740	8.379.571	8.549.302

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

* Censo de Población y Vivienda 2002.

** Proyección de Población.

La población femenina de la Comuna es de 60.199 y la población masculina es de 50.685 para el 2012 por inscritos validados habiendo una disminución a lo que correspondía al año 2011 lo que se puede deber a la migración hacia otras comunas.

ÍNDICE DE FEMINIDAD Y VEJEZ

Por otro lado la población ha experimentado una tendencia al envejecimiento, siendo el 25% mayor a 50 años, lo que genera un grave problema en la demografía comunal, una de sus causantes es la constante emigración de la población.

Es importante analizar este cuadro el que nos indica que hay un mayor porcentaje de población femenina que masculina.

ÍNDICE DE FEMINIDAD Y VEJEZ, 1992 - 2020

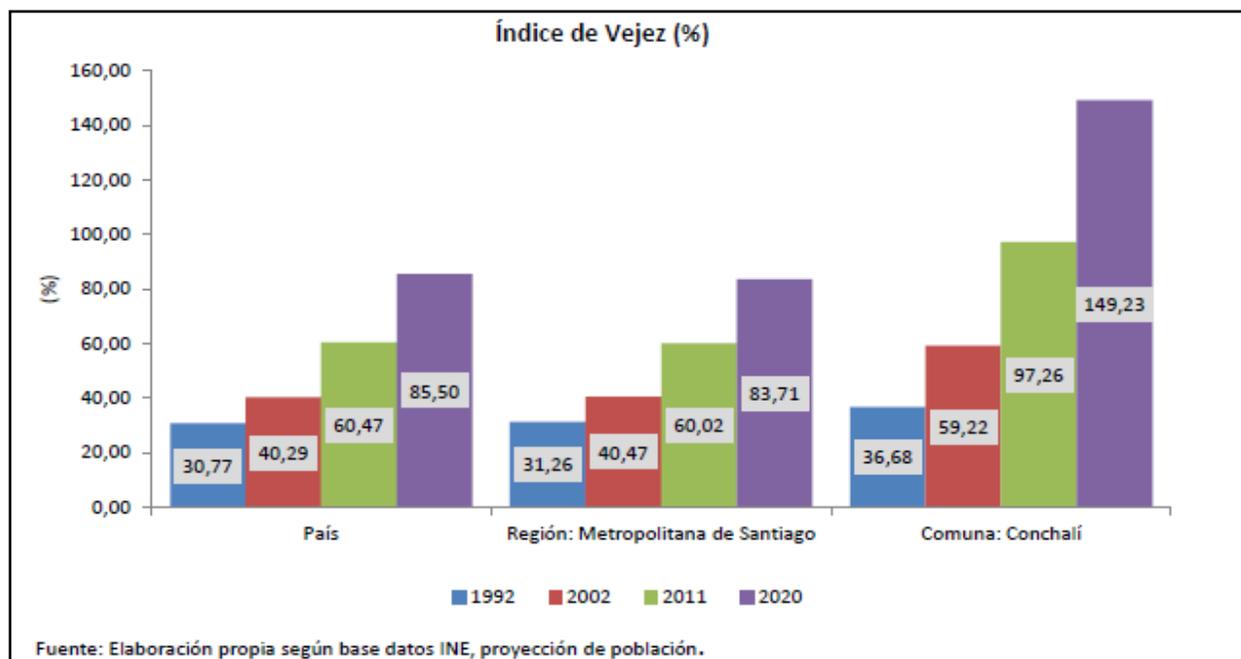
AÑOS	ÍNDICE FEMINIDAD			ÍNDICE VEJEZ		
	PAÍS	REGIÓN: METROPOLITANA SANTIAGO	COMUNA: CONCHALÍ	PAÍS	REGIÓN: METROPOLITANA SANTIAGO	COMUNA: CONCHALÍ
1992	102,28	106,32	105,07	30,77	31,26	36,68
2002	102,04	105,15	104,63	40,29	40,47	59,22
2011	102,05	104,97	104,60	60,47	60,02	97,26
2020	102,28	104,95	104,25	83,71	83,71	149,23

Fuente: Elaboración propia según base de datos INE, proyección de población

Se refiere a la relación entre el número de mujeres y el número de hombres que conforman una población. Se expresa como el número de mujeres de todas las edades en un determinado año con relación a cada 100 hombres de todas las edades en ese año.

ÍNDICE DE VEJEZ

Elaboración propia en base datos INE, proyecciones de población. El indicador se construye por el número de adultos mayores, de 60 y más, existentes por cada 100 menores de 15 años.



D.- CONDICIONANTES DE SALUD

ÍNDICE DE POBREZA Y DE OCUPACIÓN

En el cuadro de distribución de los hogares según la pobreza en la encuesta CASEN 2003 y 2006 observamos que estos años en la comuna de Conchalí los no pobres tenían un porcentaje mayor que los pobres no indigentes y que los pobres indigentes la que no se diferenciaba de la región metropolitana y País.

DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA. AÑO 2003 Y 2006						
COMUNA	POBRES INDIGENTES		POBRES NO INDIGENTES		NO POBRES	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006
Conchalí	2,7%	1,0%	8,2%	5,7%	89,1%	93,3%
Huechuraba	2,7%	2,3%	12,7%	9,9%	84,6%	87,8%
Renca	5,7%	2,4%	11,1%	14,1%	83,2%	83,4%
Distrito 17	3,9%	1,8%	10,3%	10,0%	85,9%	88,2%
Región Metropolitana	2,4%	2,1%	8,1%	6,6%	89,5%	91,4%
País	3,9%	2,7%	11,4%	8,5%	84,7%	88,7%

Fuente: Ministerio de Planificación, (MIDEPLAN), Encuesta CASEN.

Según la encuesta CASEN entre Nov. 2009 y Nov. 2011 la Canasta Básica de Alimentos aumentó en 12,4%, en tanto que el IPC subió 6,5%



	Var CBA	Var IPC
Nov. 2009 – Nov. 2011	12,4%	6,5%

- Esto significa que la línea de pobreza pasó de \$64.137 en Nov. 2009, a \$72.098 en Nov. 2011. Es decir, se desplazó hacia arriba en 12,4%. A su vez, la línea de pobreza extrema o indigencia, pasó de \$32.068 a \$36.049; lo que nos permite establecer qué porcentaje de población vive con ingresos mensuales por persona inferiores a la línea de pobreza y de pobreza extrema. En el siguiente cuadro encontramos cual es la remuneración promedio de los trabajadores dependientes que están afiliados al seguro de cesantía por rama de actividad económica a Junio del 2011.

DATOS ADMINISTRATIVOS: TRABAJO

REMUNERACIÓN PROMEDIO DE LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES AFILIADOS AL SEGURO DE CESANTÍA POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA A JUNIO 2011
(EN \$ DE JUNIO 2011)

RAMA ECONÓMICA	PAÍS	REGIÓN: METROPOLITANA DE SANTIAGO	COMUNA: CONCHALÍ
Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca	281.393	335.000	338.904
Comercio	371.216	425.168	362.561
Construcción	392.269	405.973	362.087
Electricidad, Gas y Agua	759.804	899.291	572.568
Explotación de Minas y Canteras	919.923	898.827	637.149
Industria	440.830	474.225	402.021
Servicios Comunes, Sociales y Personales	393.508	442.873	357.443
Servicios Financieros y Empresariales	467.771	527.816	391.866
Transporte, Almacenaje y Comunicaciones	430.855	487.828	404.876
Total:	414.935	465.609	379.028

Fuente: Elaboración propia según información laboral, con datos de la base de datos aplicado al seguro de cesantía, Ministerio del Trabajo

La Renta imponible o remuneración imponible corresponde a la renta informada en la planilla de pago de cotizaciones. En el caso que existan dos cotizaciones en un mes para una misma relación laboral, se suman las rentas informadas. La construcción de la renta imponible se obtiene de la base "Rentas Imponibles" de los Afiliados al Seguro de Cesantía y su valor promedio se construye considerando la renta histórica por rama de actividad económica para los cotizantes.

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Conchalí cuenta con un alto nivel de cobertura de los servicios básicos; las viviendas cuentan con una buena infraestructura en general; existen barrios consolidados, siendo el 88.4 de las viviendas aceptables y el 11.6% de las viviendas precarias.

Es importante acotar además que en la encuesta CASEN 2000 Conchalí ya contaba con el 93.52% de construcciones sólidas y en su mayoría con acceso a servicios básicos.

ÍNDICE DE PRECARIEDAD DE LA VIVIENDA

Categorías	País	Región: Metropolitana de Santiago	Comuna: Conchalí
Vivienda Aceptable	86,9	84,0	88,4
Vivienda Precaria	13,1	16,0	11,6

Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.

En datos preliminares del Censo 2012 con respecto a la vivienda tenemos:

VIVIENDAS

CENSO 1992	CENSO 2002	CENSO 2012 (preliminar)	% Variación Intercensal (1992 y 2002)	% Variación Intercensal (2002 y 2012)
63.727	77.514	149.593	21,6	93,0
17.068	19.811	23.178	16,1	17,0
34.487	35.277	36.548	2,3	3,6
34.445	32.609	35.567	-5,3	9,1
39.882	42.808	44.949	7,3	5,0
33.289	32.357	36.708	-2,8	13,4
13.237	16.386	23.524	23,8	43,6
20.099	18.588	23.733	-7,5	27,7

Este cuadro refleja que las viviendas en Conchalí aumentaron en un 9.1%.

SERVICIOS BÁSICOS, ELIMINACIÓN DE AGUA Y EXCRETAS

COBERTURA DE SERVICIOS SANITARIOS - AÑO 2010

ÁREA			COBERTURA DE AGUA POTABLE (%)	COBERTURA DE ALCANTARILLADO (%)	COBERTURA DE TRATAMIENTO DE AGUAS SERVIDAS (%)
PAÍS			99,8	95,9	86,9
REGIÓN: METROPOLITANA DE SANTIAGO			100,0	98,7	87,0
COMUNA	EMPRESA	LOCALIDAD	COBERTURA DE AGUA POTABLE (%)	COBERTURA DE ALCANTARILLADO (%)	COBERTURA DE TRATAMIENTO DE AGUAS SERVIDAS (%)
CONCHALÍ	AGUAS ANDINAS S.A.	GRAN SANTIAGO	100,0	99,6	85,6

Fuente: Elaboración propia según información de Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS).

La cobertura de agua potable es prácticamente total, según la Superintendencia de Servicios Sanitarios y en Reporte comunal 2012. En cuanto a los servicios básicos el 99,6 cuenta con alcantarillado y el 85,6% tiene una cobertura de aguas servidas.

EDUCACIÓN

En relación a los niveles educacionales de la comuna el 34% de la población tiene escolaridad básica, 34,1% escolaridad media, un 10.72% tiene escolaridad en educación media técnica o comercial, un 13.6% tiene escolaridad superior. Lo que arroja que un 92.69% de los habitantes de la comuna estudiaron o están estudiando.

La tasa de analfabetismo alcanza según la encuesta CASEN 2003 y 2006 un 2.2% en el 2003 y en el 2006 baja a 1.8% es decir que por cada 100 habitantes tenemos 1.8% personas que no saben leer o escribir.

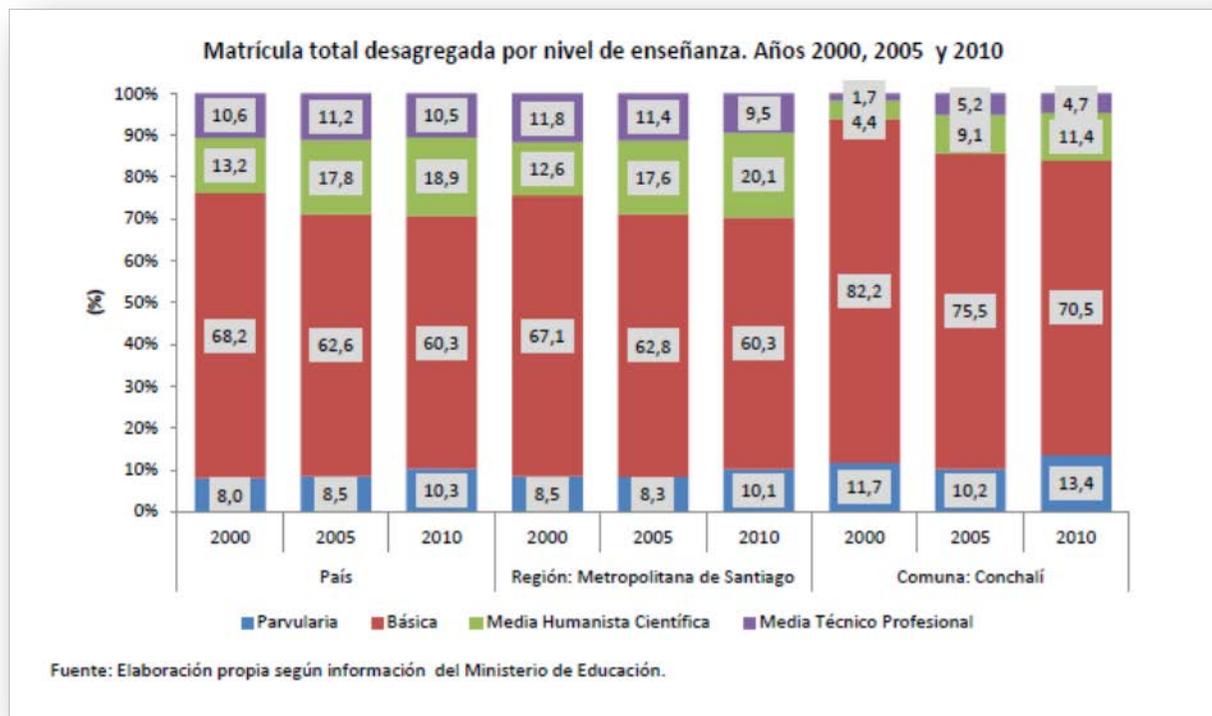
TASA DE ANALFABETISMO AÑOS 2003 Y 2006

COMUNA	2003	2006
Conchalí	2,2%	1,8%
Huechuraba	2,2%	2,2%
Renca	2,9%	3,6%
Distrito 17	2,5%	2,6%
Región Metropolitana	2,2%	2,3%
País	4,0%	3,9%

Fuente: Ministerio de Planificación, (MIDEPLAN), Encuesta CASEN.

Los servicios educacionales Municipales que cuenta la Comuna de Conchalí son 20 y de ellos 16 son escuelas de Educación Básica y 4 son Liceos de Educación Media, a los que se agrega la Escuela D 109 Agustín Edwards.

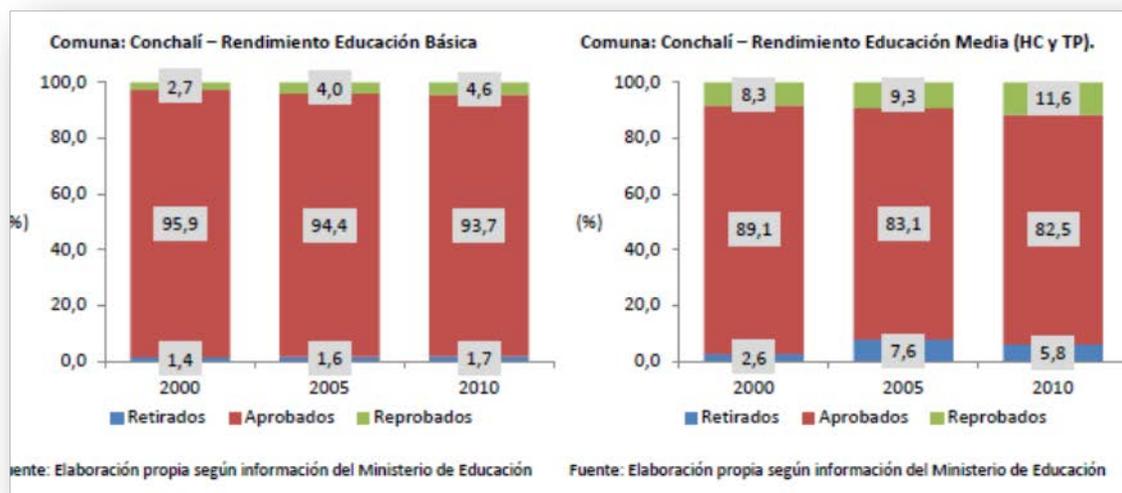
Matrícula corresponde al total de alumnos, en un determinado nivel de enseñanza (parvularia, básica y media).



RENDIMIENTO EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA EN CONCHALÍ

En el siguiente cuadro mostramos:

Retirados corresponde a alumnos que se retiran del sistema escolar durante el año (que por retiro formal o no formal no están en condiciones de ser evaluados). Aprobados corresponde a alumnos que rindieron satisfactoriamente sus evaluaciones, de acuerdo a la legislación vigente durante un año lectivo. Reprobados corresponde a alumnos que no rindieron satisfactoriamente sus evaluaciones durante un año lectivo.



E.- CARACTERISTICAS DEL NIVEL DE SALUD

1.-Indicadores de Morbilidad

Egresos Hospitalarios del Hospital San José

Servicio de Salud Complejo Hospitalario San José

SNSS

Código CIE-10	Gran grupo de causas	Total	Grupo de Edad (años)					
			0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más
	Todas las Causas	30.185	1.579	0	3.042	13.794	5.480	6.290
A00 - B99	Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	407	0	0	17	115	103	172
C00 - D48	Tumores	1.279	0	0	24	347	529	379
D50 - D89	Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos	72	0	0	8	22	21	21
E00 - E90	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	608	0	0	12	138	209	249
F00 - F99	Trastornos Mentales y del Comportamiento	44	0	0	2	13	17	12
G00 - G99	Enfermedades del Sistema Nervioso	212	0	0	19	52	82	59
H00 - H59	Enfermedades del Ojo y sus Anexos	36	0	0	0	10	12	14
H60 - H95	Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	12	0	0	1	5	2	4
I00 - I99	Enfermedades Sistema Circulatorio	2.686	0	0	14	214	916	1.542
J00 - J98	Enfermedades Sistema Respiratorio	2.177	0	0	86	400	499	1.192
K00 - K93	Enfermedades del Sistema Digestivo	3.472	0	0	278	1.159	1.193	842
L00 - L99	Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	280	0	0	7	76	108	89
M00 - M99	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	549	0	0	13	135	212	189
N00 - N99	Enfermedades del Sistema Genitourinario	1.570	0	0	52	417	548	553
O00 - O99	Embarazo, Parto y Puerperio	11.392	0	0	2.216	9.123	53	0
P00 - P96	Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	1.467	1.467	0	0	0	0	0
Q00 - Q99	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	126	89	0	1	12	18	6
R00 - R99	Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte	885	1	0	40	225	288	331
S00 - T98	Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2.629	18	0	233	1.181	628	569
Z00 - Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	282	4	0	19	150	42	67

FUENTE: DEIS-MINSAL 2009

ELABORADO:DIRECTORES; REVISADO: DIRECTOR AREA DE SALUD; ACEPTADO POR SSMN

Página 0

Egresos Hospitalarios Hospital Roberto del Rio 2009

Código CIE-10	Gran grupo de causas	Total	Grupo de Edad (años)					
			0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más
	Todas las Causas	12.301	6.572	2.823	2.905	1	0	0
A00 - B99	Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	1.520	1.067	271	182	0	0	0
C00 - D48	Tumores	585	225	184	176	0	0	0
D50 - D89	Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos	93	44	31	18	0	0	0
E00 - E90	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	103	35	21	47	0	0	0
F00 - F99	Trastornos Mentales y del Comportamiento	127	1	10	116	0	0	0
G00 - G99	Enfermedades del Sistema Nervioso	233	127	41	65	0	0	0
H00 - H59	Enfermedades del Ojo y sus Anexos	155	81	50	24	0	0	0
H60 - H95	Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	129	42	54	33	0	0	0
I00 - I99	Enfermedades Sistema Circulatorio	151	29	37	85	0	0	0
J00 - J98	Enfermedades Sistema Respiratorio	3.348	2.353	750	245	0	0	0
K00 - K93	Enfermedades del Sistema Digestivo	1.023	317	286	420	0	0	0
L00 - L99	Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	271	96	72	103	0	0	0
M00 - M99	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	292	76	49	167	0	0	0
N00 - N99	Enfermedades del Sistema Genitourinario	452	269	93	90	0	0	0
O00 - O99	Embarazo, Parto y Puerperio	2	0	0	2	0	0	0
P00 - P96	Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	172	172	0	0	0	0	0
Q00 - Q99	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	853	490	163	200	0	0	0
R00 - R99	Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte	1.034	434	259	341	0	0	0
S00 - T98	Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1.701	697	449	554	1	0	0
Z00 - Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	57	17	3	37	0	0	0

FUENTE: DEIS-MINSAL 2009

En estos cuadros nos muestran los egresos hospitalarios tanto del Hospital San José como del hospital Roberto del Río pero tenemos resultados de una manera global y lamentablemente no encontramos por comuna.

CASOS DECLARADOS Y ACUMULADOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA, COMUNA DE CONCHALI Y PAIS 2009-2010.

Enfermedades	Casos declarados		Casos Conchalí Acumulados		Casos Acumulados PAIS	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009
De transmisión alimentaria						
Dólera	0	0	0	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	2	0	182	176
Triquinosis	0	0	0	0	15	42
Carbunco	0	0	0	0	0	1
De transmisión respiratoria						
Infecciones meningocócicas	0	0	3	0	73	91
Tuberculosis	0	2	20	17	2.211	2.467
De transmisión sexual						
Gonorrea	0	0	4	3	1.277	1.063
Sifilis	1	0	31	33	3.469	3.308
Prevenibles por Inmunización						

2.-Indicadores de Mortalidad

Conchalí presenta una tendencia similar a otras comunas de la región metropolitana, siendo las principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades respiratorias. Este indicador ha orientado a reforzar y dar prioridad a las acciones de salud con objetivos preventivos y promocionales, siendo los exámenes de medicina preventiva el principal foco. El aumento de la cobertura de estos exámenes permite pesquisar a tiempo condiciones de riesgo cardiovascular que podrían desembocar en infartos o el aumento de enfermedades crónicas cardiovasculares. En paralelo al fortalecimiento de estas acciones, se han consolidado los programas de atención a pacientes con enfermedades respiratorias, aumentando la cobertura en niños y adultos, principalmente en los periodos invernales.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN SEXO, POR REGION, SSMN Y COMUNA							INDICE DE SWAROOP (%)		
	TOTAL	TASA	HOMBRE	TASA	MUJER	TASA	TOTAL	H	M
PAIS	91.965	5.4	49.608	5.9	42.357	5.0	75.0	69.3	81.5
RM	34.373	5.0	17.757	5.3	16.616	4.8	75.7	69.6	82.3
CONCHALI	892	7.9	421	8.4	431	7.5	76.8	71.1	82.8

Fuente Deis Minsal 2009

Conchalí presenta una tendencia similar a otras comunas de la región metropolitana, siendo las principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las enfermedades respiratorias. Este indicador ha orientado a reforzar y dar prioridad a las acciones de salud con objetivos preventivos y promocionales, siendo los exámenes de medicina preventiva el principal foco. El aumento de la cobertura de estos exámenes permite pesquisar a tiempo condiciones de riesgo cardiovascular que podrían desembocar en infartos o el aumento de enfermedades crónicas cardiovasculares.

En paralelo al fortalecimiento de estas acciones, se han consolidado los programas de atención a pacientes con enfermedades respiratorias, aumentando la cobertura en niños y adultos, principalmente en los periodos invernales.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL < 1 AÑO SEGÚN SEXO, POR REGION, SSMN Y COMUNA

	<1AÑO	TASA	<28 DIAS	TASA	<7DIAS	TASA	28 DÍAS A 11 MESES	TASA	
PAIS	1.997	7.9	1.359	5.4	1.066	4.2	638	2.5	
RM	735	7.1	518	5.0	403	3.9	217	2.1	
CONCHALI	9	4.5	7	3.5	5	2.5	2	1.0	

A diferencia del indicador de mortalidad general, la tasa de mortalidad infantil es una de las más bajas del SSMN, y se mantiene significativamente por debajo de la tasa nacional en todos los grupos de edad menores de un año. La implementación de la estrategia CHCC pudo tener directa influencia en la mejora de este indicador, aumentando los cuidados a la madre y el recién nacido desde el momento de la concepción, otorgando la oportunidad de contar con prestaciones de salud de calidad y con una mirada integral, lo cual favorece el resto de las prestaciones que se otorgan en el contexto del modelo de salud familiar

3.- INDICADORES DE NATALIDAD

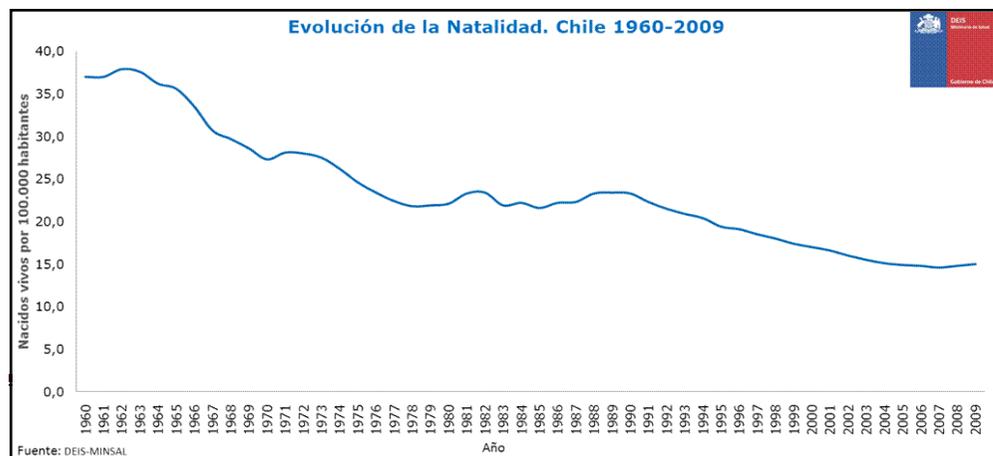
TASA DE NATALIDAD

TASA DE NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL POR PAÍS, REGIÓN Y COMUNA, 2005 Y 2009

TASAS	2005			2009		
	PAÍS	REGIÓN: METROPOLITANA DE SANTIAGO	COMUNA: CONCHALÍ	PAÍS	REGIÓN: METROPOLITANA DE SANTIAGO	COMUNA: CONCHALÍ
Natalidad	14,9	14,9	16,1	15,0	15,1	17,6
Mortalidad General	5,3	4,9	7,0	5,4	5,0	7,9
Mortalidad Infantil	7,9	7,2	7,1	7,9	7,1	4,5

Fuente: Elaboración propia según información del Ministerio de Salud.

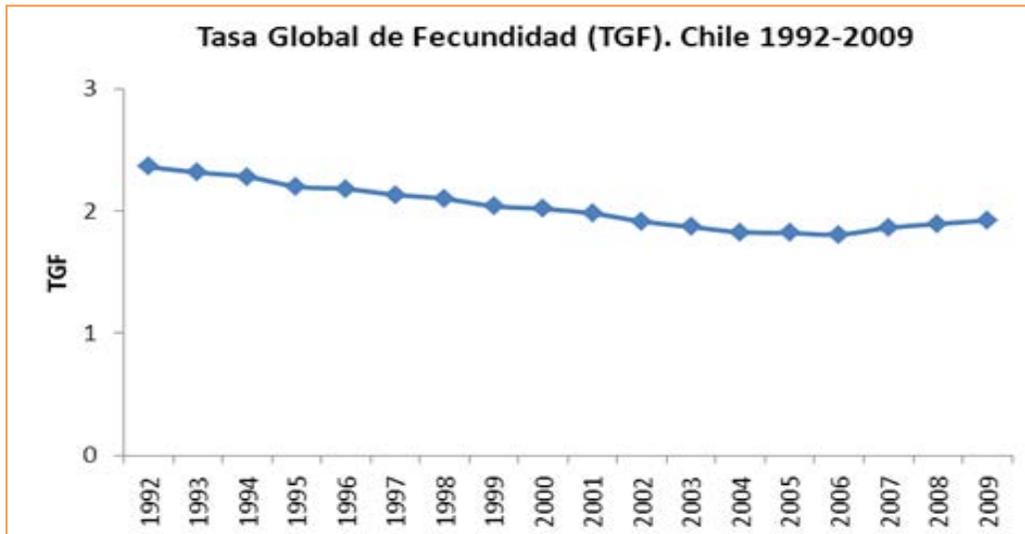
Dentro de la comuna de Conchalí nacieron 17 niños vivos por 1000 habitantes, cifra superior a la obtenida en la Región Metropolitana, donde se obtuvieron 15,1% nacidos vivos por 1000 habitantes. Estos datos corresponden a la información entregada por el ministerio de salud en el 2009.



LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

Es el número promedio de hijas e hijos que nacerían de una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad (15 a 49 años) de un determinado período de estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil.

Su cálculo se da por la suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5.



EL DESARROLLO HUMANO EVALUADO POR LA ONU CONSIDERA 6 FACTORES PRINCIPALES:

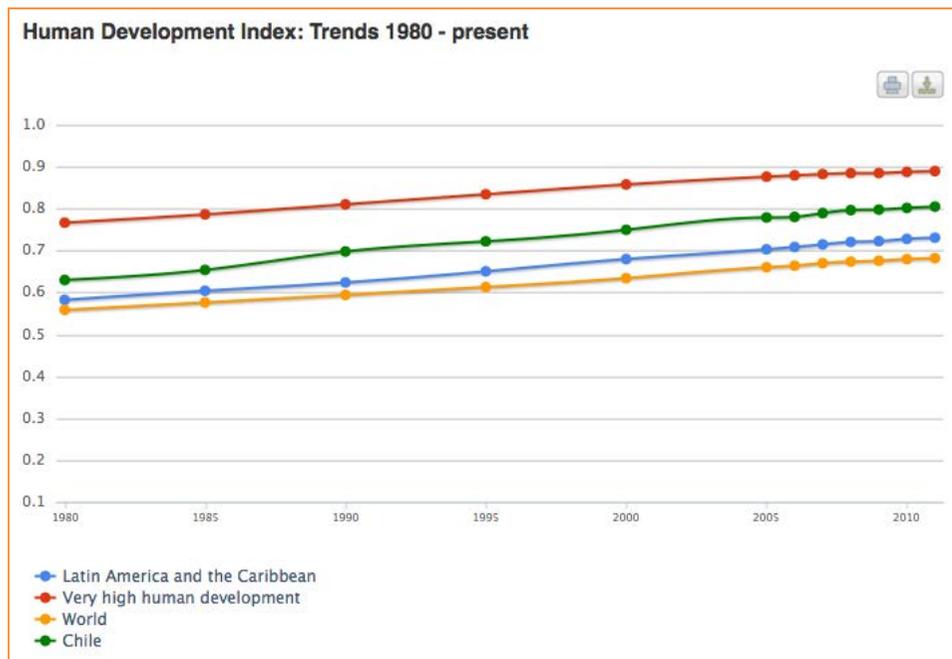
- ✓ Equidad
- ✓ Potenciación
- ✓ Cooperación
- ✓ Sustentabilidad
- ✓ Seguridad
- ✓ Productividad

El índice de desarrollo humano permite tener una mirada resumida del nivel de logro en 3 dimensiones:

- ✓ Salud
- ✓ Educación
- ✓ Ingresos

RANKING DE DESARROLLO HUMANO.

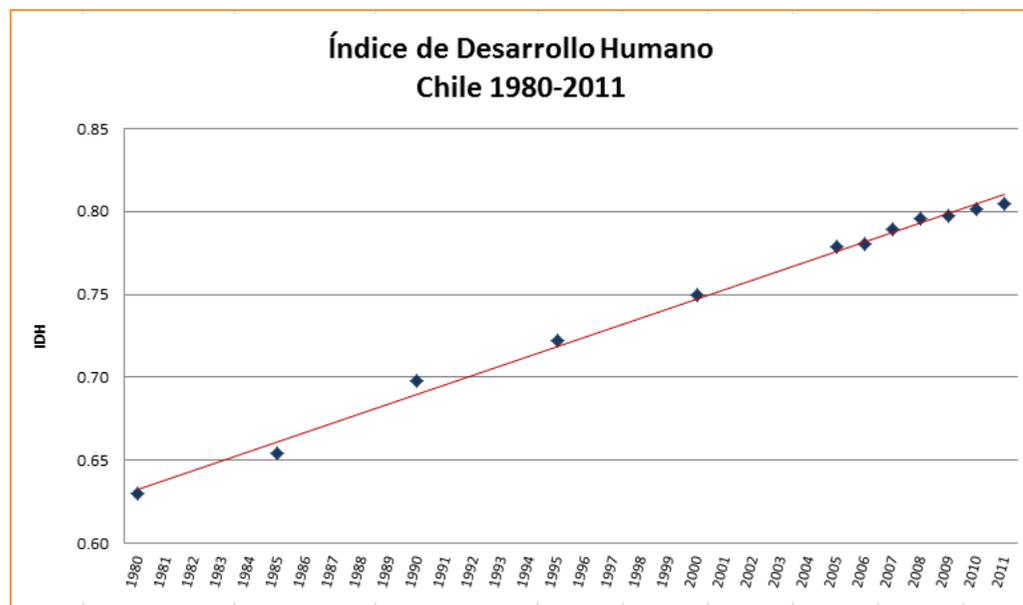
En general, y al igual que la mayoría de los países de la región, Chile ha mantenido un crecimiento sostenido a través de los años, como lo muestra el siguiente grafico.



Fuente: PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, año 2000.

A pesar del crecimiento económico habido en Latinoamérica en los últimos años, la distancia con el bienestar de España o Portugal es todavía notable en muchos casos. Chile es el país que más se acerca ocupando el puesto 44 en el ranking mundial. En el gráfico podemos observar la comparación y evolución desde 1980 de países con España, Portugal y con Noruega, país que ocupa el primer puesto en el ranking mundial de IDH 2011.

Esta tendencia está, además, en línea con la tendencia mundial y latinoamericana.



Fuente: PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, año 2000.

F.-POLÍTICA DE SALUD COMUNAL

Marco y planificación Comunal

Los establecimientos de Salud de la Comuna de Conchalí, están bajo la dirección del Área de Salud, la que a su vez es parte directa de una Corporación de Derecho Privado (CORESAM), la cual depende de la Ilustre Municipalidad de Conchalí. La dependencia técnica esta bajo la supervisión del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

MISIÓN

“Contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, aplicando un enfoque integral intersectorial y multidisciplinario en la atención de salud y promoviendo el empoderamiento de nuestra comunidad en su propio bienestar”.

VISIÓN

“Satisfacer las necesidades de nuestros usuarios internos y externos a través de un plan estratégico que contemple: la autogestión de los establecimientos, atención de optima calidad técnica y humana, desarrollo de campos docente – asistenciales; aspirando a lograr igualdad de condiciones y oportunidades para nuestros distintos usuarios”.

OBJETIVO GENERAL

Otorgar a nuestros usuarios una atención de Salud de calidad, coordinando los lineamientos estratégicos ministeriales, locales y las necesidad sentidas por la comunidad.

VALORES.-

1. Orientación al Paciente.- centrandos nuestros esfuerzos en sus necesidades tanto desde el punto de vista técnico, como de la información y trato.
2. Humanidad.- amabilidad, empatía, honestidad, solidaridad.
3. Profesionalidad.- confianza, calidad y eficacia.
4. Trabajo en equipo.- consecución de objetivos comunes, cooperación y compañerismo.

Bases Conceptuales

Al enfrentar los desafíos de la reforma de salud en Chile; la comuna de Conchalí esta orientada hacia el cambio de paradigma en el modo de atención a las personas, familia y comunidad.

Bajo este marco conceptual, los equipos consideran a los usuarios como un individuo en todas sus dimensiones, inserto en un entorno familiar y comunitario.

En este contexto, el municipio esta comprometido a asumir la atención de salud como una responsabilidad social, donde son considerados como ejes fundamentales del actuar:

- ✓ Equidad
- ✓ Calidad

El uso de estos conceptos centrales se traduce en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de nuestra población, combinado con un esquema eficiente en la distribución del recurso humano y financiero.

Actualmente el área de salud se enfoca en el cumplimiento de objetivos, a través de las siguientes directrices:

1. Fortalecimiento de la aplicación del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, a través de evaluación, capacitación y trabajo constante de los distintos equipos de salud pertenecientes a la red comunal.
2. Aumento de la resolutivez comunal, a través de la creación de nuevos dispositivos de salud, con características que incluyen practicas innovadoras, y la búsqueda de recursos financieros gestionados localmente.
3. Optimización de la distribución del recurso financiero comunal, con activa participación en la toma de decisiones de los centros de costos.
4. Búsqueda de soluciones de infraestructura y financiamiento, a través de la postulación a proyectos en diversas Instancias.
5. Coordinación centralizada de aspectos técnicos, con la finalidad de obtener atenciones de salud basadas en la excelencia.

1. Bases Conceptuales:

Para la Municipalidad de Conchalí, a través de la Corporación de Educación y Salud, la Atención Primaria es asumida como una responsabilidad social ya que al ingresar a ella los beneficiarios Fonasa, acceden a las prestaciones de salud en forma gratuita y además es la puerta de entrada a la red pública de salud.

Por lo anterior, la Corporación tiene una constante preocupación para que ésta, la Atención Primaria, sea dada con los más altos estándares de calidad, y ofrecer además una amplia variedad de servicios a la población para hacer la salud un bien asequible de excelencia y resolutivo. El nivel de Atención Primaria constituye una estrategia en salud que exige la combinación eficiente de una amplia gama de servicios y recursos, en beneficio de las personas y de la comunidad. Con ese objetivo, se ha integrado el modelo de atención de Salud Familiar que atiende al usuario con un enfoque biopsicosocial.

Así, se asume la Atención Primaria como una responsabilidad social del municipio, que considera que la salud es un Derecho de todos.

2. Valores que fundamentan nuestra acción:

- Calidad
- Equidad
- Relevancia
- Costo – efectividad

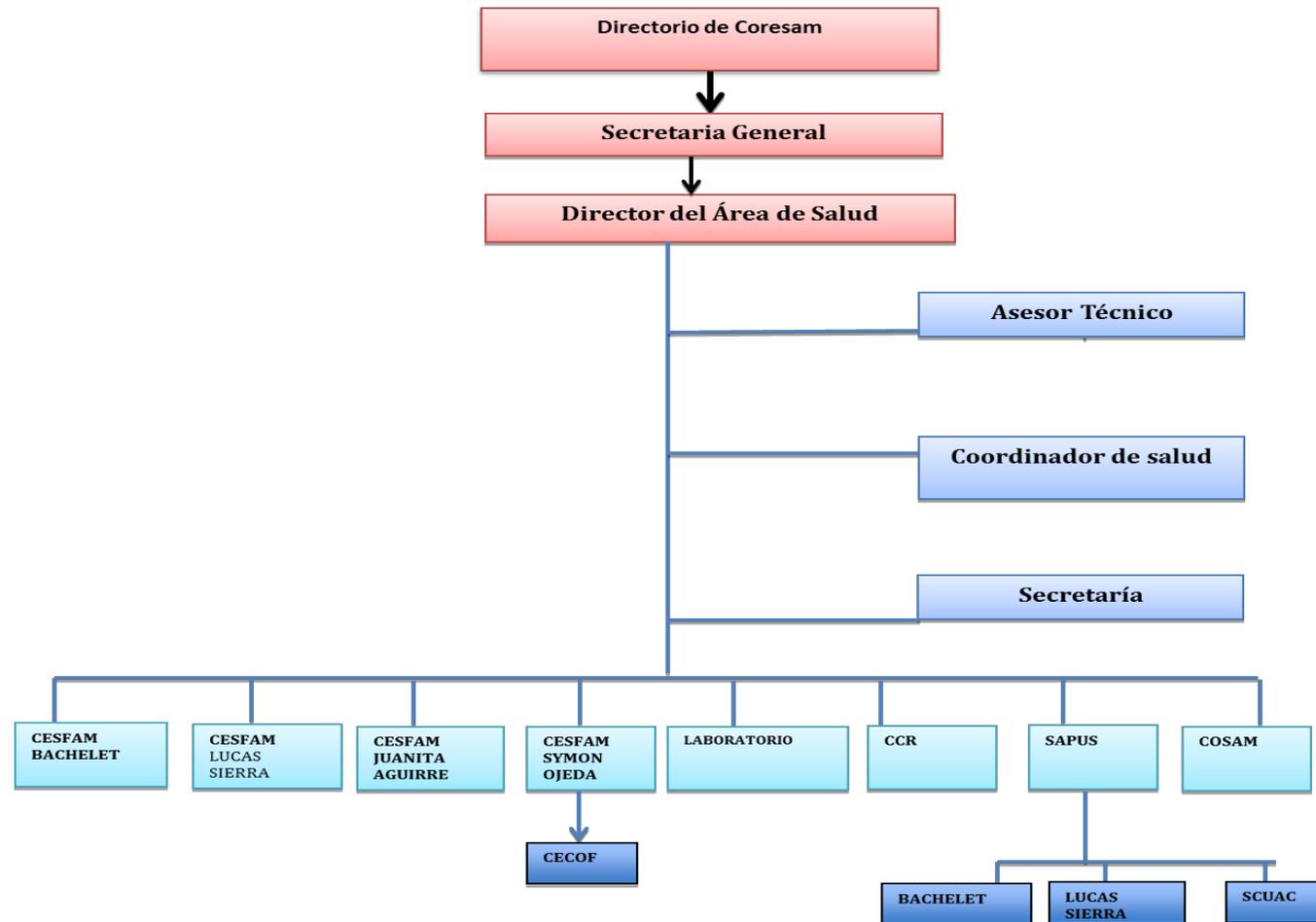
Las características comunes, de los Dispositivos de Salud de la Comuna:

- Accesibilidad: Los establecimientos de la Comuna cuentan con una cartera de Servicios disponibles para que los usuarios inscritos tengan una atención inmediata o diferida.
- Continuidad: Una vez que ingresa el paciente a la Atención Primaria, se le ofrecen servicios que lo acompañan a lo largo de todo su ciclo vital y el de su familia, metodología que corresponde al Modelo de Salud Familiar.

- **Calidad:** el paciente es diagnosticado y tratado de forma correcta según los conocimientos actuales de la ciencia medica y según sus factores biológicos (estado de salud optimo conseguible), con el costo mínimo de recursos, con la mínima exposición de riesgo a un posible daño adicional y la máxima satisfacción del paciente. Los miembros del equipo de salud hacen uso de la mejor evidencia y del criterio de expertos para la gestión de su población asignada.
- **Atención costo-efectiva:** Como los recursos, tanto públicos como privados, son siempre limitados, el equipo de salud familiar tiene la responsabilidad de gestionarlos adecuadamente e intentar proporcionar con ellos el máximo beneficio a los individuos y familias a cargo.
- **Equidad:** disminuir las diferencias injustas y evitables en salud entre los usuarios de la Comuna brindando mayor protección social y acceso universal a la atención de la salud en la Comuna.
- **Integralidad:** Un equipo interdisciplinario, conformado por diferentes profesionales con la colaboración constante del personal administrativo y técnico del mas alto nivel, que entrega al usuario su gama de prestaciones, basado en un enfoque biológico, social y psicológico.
- **Intersectorialidad:** Los centros de salud comunal trabajan permanentemente vinculadas a las instituciones y organizaciones comunales, creando redes que faciliten el acceso de la comunidad a los servicios y beneficios que la comuna ofrece a sus vecinos
- **Privacidad y confidencialidad:** Los establecimientos de salud mantienen los datos aportados por sus usuarios en la más estricta confidencialidad y a su vez privacidad.

G-. DESCRIPCION DE LA ORGANIZACIÓN

A continuación, se presenta el organigrama del área de Salud de Conchalí.



SITUACIÓN DE SALUD

El servicio de salud Metropolitano Norte es uno de los seis servicios de la Región Metropolitana al que le corresponden las comunas urbanas de:

1. Independencia
2. Recoleta
3. Conchalí
4. Huechuraba
5. Quilicura

También contamos con las comunas Rurales de Lampa, Colina y Tiltil que pertenecen a la provincia de Chacabuco, es así como el Cesfam Juanita Aguirre ubicado en la comuna de Conchalí participa en la activación de la Red.

El sistema de Salud bajo la administración Municipal se compone actualmente de 11 Establecimientos de Salud:

✓ 4 Centros de Salud Familiar:

CESFAM Symon Ojeda
CESFAM Juanita Aguirre
CESFAM Alberto Bachelet
CESFAM Dr. Lucas Sierra.

✓ 1 CECOSF (Dependiente de CESFAM Dr. José Symon Ojeda):
Dra. Haydee Sepúlveda.

✓ 3 Servicios de Atención Primaria de Urgencia:

SAPU A. Bachelet
SAPU L. Sierra
SCUAC

✓ 1 Centro de Salud Mental de Nivel de Especialidad:

COSAM Conchalí

✓ 1 Laboratorio Comunal

Laboratorio Comunal Dr. RAFAEL DARRICARRERE

✓ 1 Centro de Rehabilitación con Base Comunitario

CCR Eneas Gonel

DR. DIEGO NAVARRO
DIRECTOR DEL AREA DE SALUD
DIRECCION: GUANACO 2531
FONO: 7307911

CESFAM ALBERTO BACHELET
DRA LORENA VEGA
GUANACO 3250
FONO 5760850

CESFAM LUCAS SIERRA
ENF. NIEVES MORA
PEDRO FONTOVA 4107
FONO 7346010

CESFAM JUANITA AGUIRRE
DRA KENYA MOREIRA
ALTONA 1835
FONO 5750350

CESFAM SYMON OJEDA
ENF. CAROLINA MUÑOZ
EL CORTIJO 2895
FONO 5752320

COORDINADOR SAPUS COMUNALES
DR. LEONARDO CABRERA

SAPU BACHELET
GUANACO 3250
FONO 5760850

SAPU LUCAS SIERRA
PEDRO FONTOVA 4107
FONO 7346010

SERVICIO DE URGENCIA 24 HORAS
CONCHALI

COSAM CONCHALI
PS.VERONICA VALDERRAMA

CENTRO COMUNITARIO EN
REHABILITACION

LABORATORIO COMUNAL
TM RUBEN MUÑOZ

UAPO

DOTACION COMUNAL: PROPUESTA 2013

Teniendo en consideración las características epidemiológicas de la población en Conchalí por un lado y la obligatoriedad de mantenerla sana o disminuir sus déficit sanitarios propiciando condiciones de desarrollo con equidad, es que el área de Salud evalúo de manera detallada la dotación actual de los dispositivos de salud de la Comuna, como referencia para la dotación de los Cesfam se considera la dotación propuesta y sugerida por la División de Salud de las Personas y el Departamento de Atención Primaria del Minsal en el Plan de Salud Familiar 2.

La estimación del requerimiento de recursos humanos para los Cesfam se define a través del Modelo, el cual se detalla a continuación:

MEDICO	1 por 3.500
ENFERMERA	1 por 5.000 inscritos
ASISTENTE SOCIAL	1 por 5.000 inscritos
NUTRICIONISTA	1 por 5.000 inscritos
PSICOLOGOS	1 por 5.000 inscritos
TECNICO PARAMEDICO	1 por 5.000 inscritos
ODNTOLOGO	1 por 5.000 inscritos
KINESIOLOGO	1 por 5.000 inscritos

A continuación se presenta la dotación que fué propuesta por la anterior Dirección del área de salud al servicio Metropolitano Norte.

DOTACION ESTABLECIMIENTOS DE SALUD COMUNA - CONCHALI 2012 - 2013																
CAT	DOTACION	DOTACION 2012		PROPUESTA 2013		UNIDADES DE SALUD COMUNAL										DOTACION 2013
		N° DE FUNCIONARIOS	N° DE HORAS	ALMENTO DE HORAS	REDUCCION DE HORAS	CEFSAM ALBERTO BACHILET	CEFSAM LOCAL SIERRA	CEFSAM JUANITA ALLENDE	CEFSAM EMBON QUEDA	COIAM	CCR	LABORATORIO	UAIPO	MÓDULO DENTAL	DIRECCION SALUD	
A	MEDICO	37	1.356	123		57	33		33							1.479
	ODONTOLOGO	26	913	143			33	44	66							1.056
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	44	0												44
	TOTAL - A	64	2.313	266	0	57	66	44	99	0	0	0	0	0	0	2.579
B	ENFERMERA	28	1.188	44		44										1.232
	ABOGADO	1	6													6
	NUTRICIONISTA	12	440													440
	ASISTENTE SOCIAL	13	450	154		44	44	66								604
	KINESIOLOGO	16	494	55	-65	44	11	-8	-35		44					484
	MATRONA	21	924	22		22										946
	PSICOLOGOS	25	863	46	-44	44	2		-44							865
	EDUCADORAS DE PARVULOS	2	26		-18		-13	-5								8
	TECNOLOGO MÉDICO	3	113	44								44				157
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	44	132		22	22	22	22		44					176
	PSICOPEDAGOGA	1	11													11
	FONOAUDILOGO	3	66													66
ANTROPOLOGO	1	22													22	
TOTAL - B	127	4.647	497	-127	154	66	75	-57	0	88	0	44	0	0	5.017	
C	TECNICO EN ENFERMERIA A NIVEL SUPERIOR (TEHS)	59	2.596	44	-176	44		-44	-88			44				2.464
	TECNICO EN SALUD	2	30													30
	TECNICO A NIVEL SUPERIOR	0	0	88											88	88
	PODICOLOGO	0	0	88		22	22	22	22							88
TOTAL - C	61	2.626	220	-176	-22	22	-22	-66	0	0	0	44	0	88	2.670	
D	TECNICO PARAMÉDICO	49	2.156		-132	44		44	44							2.024
	TOTAL - D	49	2.156	0	-132	44	0	-44	-44	0	0	0	0	0	0	2.024
E	ADMINISTRATIVO	71	3.061		-308	44	44	44	88						88	2.753
	TOTAL - E	71	3.061	0	-308	44	44	44	88	0	0	0	0	0	88	2.753
F	AUXILIARES DE SERVICIO	23	1.001		-44				44							957
	TOTAL - F	23	1.001	0	-44	0	0	0	-44	0	0	0	0	0	0	957
TOTALES		395	15.804	983	-787	145	154	53	-112	0	88	0	88	0	88	16000

EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE URGENCIAS (SAPU):

La Comuna de Conchalí existe 3 Servicios de Urgencia:

- SAPU Dr. Lucas Sierra:

Con un funcionamiento de 123 h. semanales (Sapu largo).
Funcionamiento el 05 de Septiembre de 1990.

- SAPU Dr. Symon Ojeda:

Con un funcionamiento de 67 h. semanales (Sapu corto).
Funcionamiento el 21 de Enero de 1993. El Financiamiento por parte del SSMN es por un Sapu largo, que funciono hasta el 30 de Septiembre 2012.

- SAPU Alberto Bachelet Martínez:

Con un funcionamiento de 67 h. semanales (Sapu corto).
Funcionamiento el 03 de Julio del 2007.

El convenio de estos tres Servicios de atención primaria de urgencia esta para atender a toda la población de la Comuna de Conchalí, considerando a la población inscrita validada en la comuna es de 114.111 usuarios.

Sugerencia de Ubicación



Los tres Sapus cumplen el propósito de facilitar el acceso oportuno y equitativo a todos los usuarios que lo requieran, logrando una total cobertura a los rechazos de morbilidad de los diferentes consultorios.

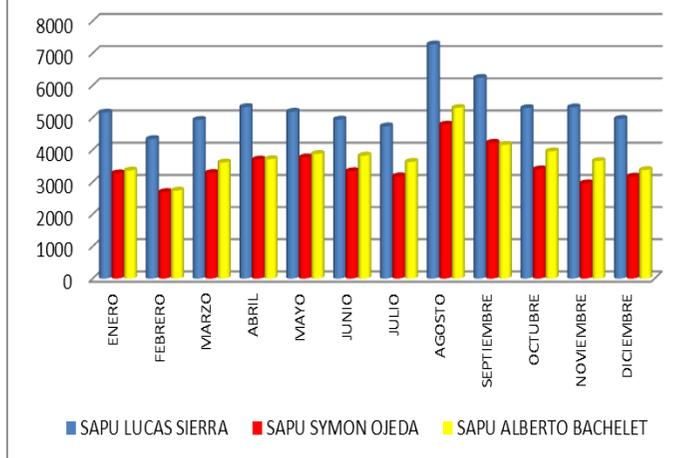
Evaluación año 2010 y Primer cuatrimestre 2011.

Dentro de la evaluación de las actividades de los diferentes Sapus de la Comuna de Conchalí, los tres servicios de urgencia están cumpliendo a cabalidad con los objetivos establecidos por el MINSAL, por lo tanto los Servicios de Atención Primaria de Urgencia es pilar fundamental dentro de la Red de Urgencias.

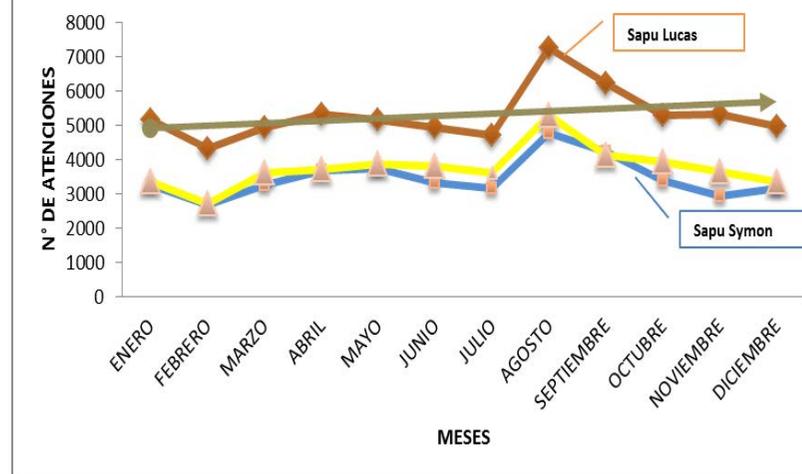
CONSULTAS-

MESES 2010	SAPU LUCAS SIERRA		SAPU SYMON OJEDA		SAPU ALBERTO BACHELET	
ENERO	5155	8,10%	3266	7,83%	3355	7,43%
FEBRERO	4332	6,81%	2685	6,44%	2731	6,05%
MARZO	4926	7,74%	3276	7,86%	3604	7,99%
ABRIL	5325	8,37%	3695	8,86%	3706	8,21%
MAYO	5181	8,14%	3762	9,02%	3872	8,58%
JUNIO	4935	7,75%	3333	7,99%	3817	8,46%
JULIO	4726	7,43%	3173	7,61%	3623	8,03%
AGOSTO	7271	11,42%	4779	11,46%	5298	11,74%
SEPTIEMBRE	6231	9,79%	4217	10,11%	4151	9,20%
OCTUBRE	5292	8,31%	3390	8,13%	3950	8,75%
NOVIEMBRE	5315	8,35%	2956	7,09%	3651	8,09%
DICIEMBRE	4959	7,79%	3164	7,59%	3369	7,47%
TOTAL	63648	100%	41696	100,00%	45127	100%

Atenciones año 2010

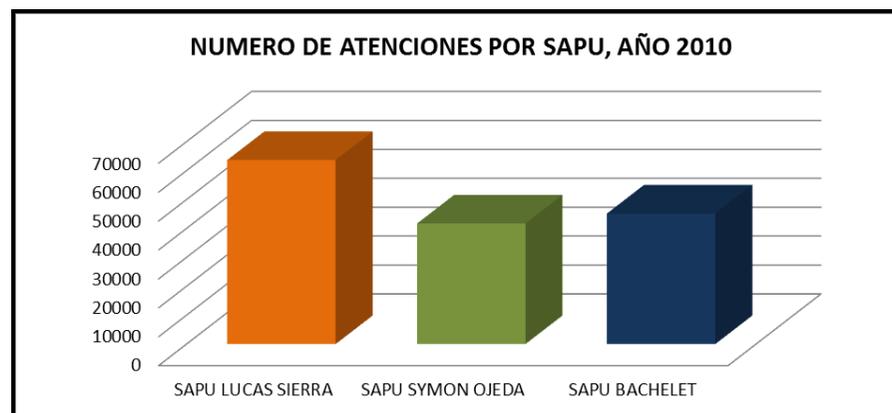


FLUJO DE LAS ATENCIONES



El número de atenciones por SAPU, es el siguiente:

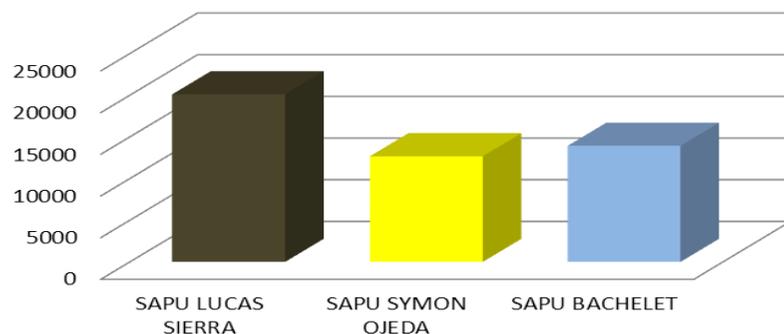
CONSULTAS	SAPU LUCAS SIERRA	SAPU SYMON OJEDA	SAPU BACHELET
2010	63648	41696	45127



TOTAL COMUNAL AÑO 2010	150.471
-------------------------------	----------------

CONSULTAS	SAPU LUCAS SIERRA	SAPU SYMON OJEDA	SAPU BACHELET
2011	20109	12671	13922

Atenciones Enero a Abril 2011



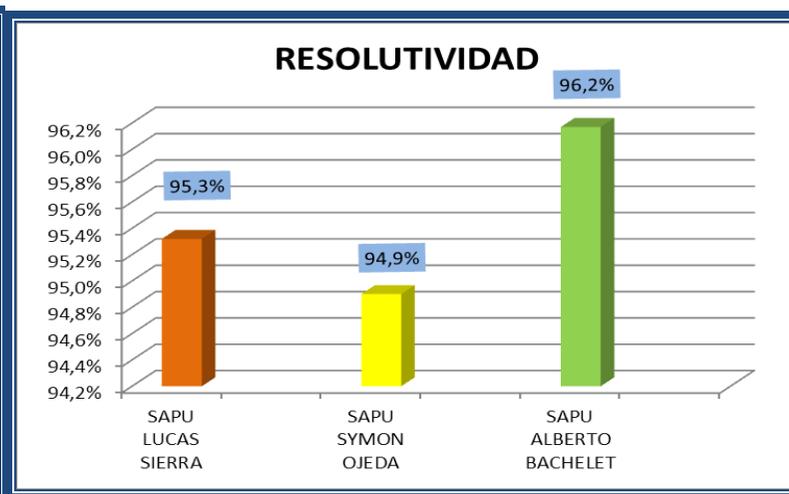
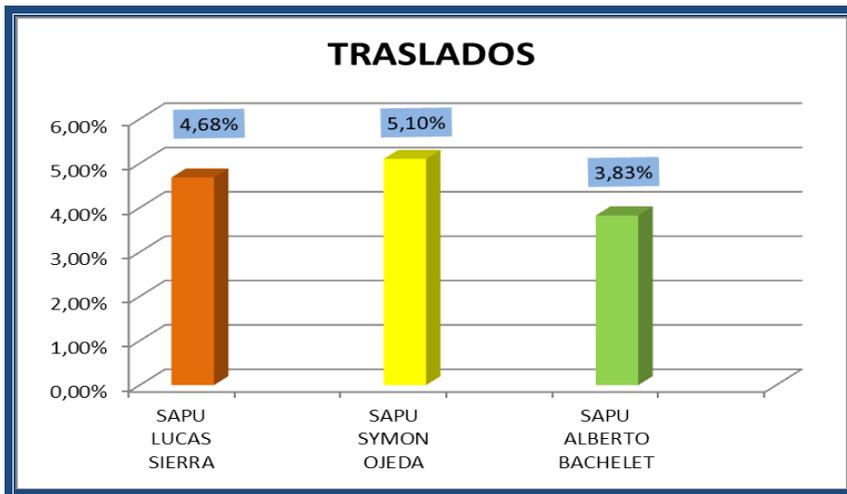
RENDIMIENTO.-

RENDIMIENTO 2010	SAPU LUCAS SIERRA	SAPU SYMON OJEDA	SAPU ALBERTO BACHELET
365 DÍAS	174,38	114,24	123,64
52 SEMANAS	1224	801,85	867,83
POR DIA	174,86	114,55	123,98
PACIENTES X HORA (L - V)	11,66	16,36	17,71
PACIENTES X HORA (S - D y F)	7,29	7,16	7,75

TRASLADOS Y RESOLUTIVIDAD.-

TRASLADOS 2010	2981 (4,68%)	2127 (5,10%)	1727 (3,83%)
-----------------------	--------------	--------------	--------------

RESOLUTIVIDAD	SAPU LUCAS SIERRA	SAPU SYMON OJEDA	SAPU ALBERTO BACHELET
	95,32%	94,9%	96,17%



AÑO 2011 (Evaluación de Enero a Abril)	Lucas Sierra	Alberto Bachelet	Symon Ojeda
Total procedimientos	18165	8972	11451
	90,3	64,4	90,4
Número de Atenciones	20109	13922	12671
Derivación a nivel hospitalario	1131	556	534
Traslados	5,6	4,0	4,2
Resolutividad	94,38	96,01	95,79
Constataciones de lesiones	1314	496	406
	6,5	3,6	3,2
Problemas Respiratorios	5703	4208	4063
	28,36	30,23	32,07

SAPU	LARGO / Exenta 167		LARGO /Exenta 168		CORTO /Exenta 164	
	SAPLU		SAPSY		SAPBA	
Población (Habitantes)	116.433		116.433		116.433	
Monto Anual 2012	\$	157.736.714	\$	157.736.714	\$	104.843.747
Monto Mensual	\$	13.144.726	\$	13.144.726	\$	8.736.979
Horas	123 semanales		123 semanales		67 semanales	
	Días Hábiles	17H00 - 08H00	Días Hábiles	17H00 - 08H00	Días Hábiles	17H00 - 24H00
	Días Inhábiles	08H00 - 08H00	Días Inhábiles	08H00 - 08H00	Días Inhábiles	08H00 - 24H00
RRHH	Médico		Médico		Médico	
	Enfermera		Enfermera		Enfermera	
	Tecnico Paramédico		Tecnico Paramédico		Tecnico Paramédico	
Actividades	Consultas médicas de urgencia		Consultas médicas de urgencia		Consultas médicas de urgencia	
	Procedimientos médicos		Procedimientos médicos		Procedimientos médicos	
	Procedimientos de enfermería		Procedimientos de enfermería		Procedimientos de enfermería	
	Traslados		Traslados		Traslados	
Registro Estadísticos	REM mensuales		REM mensuales		REM mensuales	
	A8/D (N° consultas / N° PIV)		A8/D (N° consultas / N° PIV)		A8/D (N° consultas / N° PIV)	
	REM 18 B,C y E (N° procedimientos médicos efectuados/N° de consultas X 100)		REM 18 B,C y E (N° procedimientos médicos efectuados/N° de consultas X 100)		REM 18 B,C y E (N° procedimientos médicos efectuados/N° de consultas X 100)	
	A8/K (N° traslados efectuados/N° consultas médicas X 100)		A8/K (N° traslados efectuados/N° consultas médicas X 100)		A8/K (N° traslados efectuados/N° consultas médicas X 100)	
Año 2010	Pedro Fontova 4242	7344762	Cortijo 2895	6230805	Guanaco 3250	7343378
	\$	145.459.000	\$	145.459.000	\$	96.683.000
Año 2011	\$	151.175.689	\$	151.175.689	\$	100.482.784

EVALUACIÓN SAPU BACHALET

MES	ATENCIONES	TRASLADOS	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
ENERO	4056	189	254
FEBRERO	2871	134	157
MARZO	3785	106	180
ABRIL	3804	94	160
MAYO	4056	90	151
JUNIO	3724	90	166
JULIO	3627	127	175
AGOSTO	4055	95	167
SEPTIEMBRE	3600	89	145
OCTUBRE	3804	100	184
NOVIEMBRE	3906	110	65
DICIEMBRE	3713	106	153
TOTAL	45001	1330	1957

EVALUACIÓN SAPU LUCAS SIERRA

MES	ATENCIONES	TRASLADOS	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
ENERO	5236	333	443
FEBRERO	4231	257	297
MARZO	5485	276	335
ABRIL	5159	265	291
MAYO	5413	225	347
JUNIO	4752	247	342
JULIO	4680	243	437
AGOSTO	5154	214	427
SEPTIEMBRE	4930	275	495
OCTUBRE	5374	238	491
NOVIEMBRE	5432	296	442
DICIEMBRE	5336	215	407
TOTAL	61182	3084	4754

EVALUACIÓN SAPU SYMON OJEDA

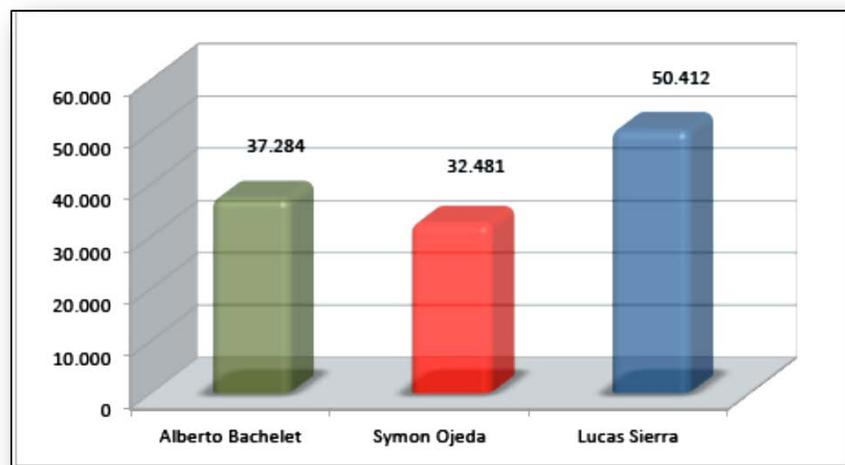
MES	ATENCIONES	TRASLADOS	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
ENERO	3283	193	221
FEBRERO	2675	187	245
MARZO	3461	174	201
ABRIL	3352	168	242
MAYO	3776	111	164
JUNIO	3203	102	169
JULIO	3170	156	625
AGOSTO	3462	154	203
SEPTIEMBRE	3080	178	172
OCTUBRE	3310	150	235
NOVIEMBRE	3546	158	269
DICIEMBRE	3203	163	273
TOTAL	39521	1894	3019

EVALUACIÓN COMUNAL DE LOS SAPUS

MES	ATENCIONES	TRASLADOS	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS
ENERO	12575	715	918
FEBRERO	9777	578	699
MARZO	12731	556	716
ABRIL	12315	527	693
MAYO	13245	426	662
JUNIO	11679	439	677
JULIO	11477	526	1237
AGOSTO	12671	463	797
SEPTIEMBRE	11610	542	812
OCTUBRE	12488	488	910
NOVIEMBRE	12884	564	776
DICIEMBRE	12252	484	833
TOTAL	145704	6308	9730

EVALUACION DE ENERO A OCTUBRE 2011

AÑO 2011	Total de Atenciones de Urgencias					TOTAL
	< 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 64 años	65 años y mas	
Alberto Bachelet	1.677	6.142	5.357	20.956	3.152	37.284
Symon Ojeda	1.115	5.531	3.842	18.477	3.516	32.481
Lucas Sierra	1.771	6.362	6.889	30.480	4.910	50.412
COMUNAL	4.563	18.035	16.088	69.913	11.578	120.177



PORCENTAJE TOTAL DE ATENCIONES POR SAPU

ALBERTO BACHELET	31%
LUCAS SIERRA	52%
SYMON OJEDA	27%

ACTIVIDAD	SAPLU	SAPB A	SAPS Y	COMUNA L
Total Procedimientos de Enfermería	45.752	26.306	25.623	97.681
% Procedimientos	90,76 %	70,56 %	78,89 %	80,07%
Número de Atenciones	50.412	37.284	32.481	120.177
Promedio de Atenciones Mensuales	6.302	4.661	4.060	15.022
Derivación a nivel hospitalario	2.589	1.227	1.585	5.401
% de Traslados	5,14%	3,29%	4,88%	4,44%
% Resolutividad	94,86 %	96,71 %	95,12 %	95,56%
Total de Constataciones de lesiones	3.323	1.547	1.173	6.043
% de Constataciones	6,59%	4,15%	3,61%	4,78%
Total de Atenciones por Problemas Respiratorios	18.261	15.045	12.876	46.182
% de consultas por causa respiratoria	36,22 %	40,35 %	39,64 %	38,74%

EVALUACION AÑO 2012

AÑO 2012 COMUNAL	MES	Total de Atenciones de Urgencias					Total Causas Respiratorias						
		< 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 64 años	65 años y mas	TOTAL	< 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 64 años	65 años y mas	TOTAL
	ENERO	330	1108	1215	6635	1319	10453	175	464	397	1187	162	2375
	FEBRERO	342	926	1134	6391	1219	10012	161	382	343	1224	143	2253
	MARZO	446	1626	1783	7079	1268	12202	253	948	855	1734	208	3998
	ABRIL	458	1786	1741	6906	1236	12127	291	1056	819	2065	288	4519
	MAYO	391	1716	2051	7223	1281	12662	262	1184	1160	2654	325	5585
	JUNIO	566	2166	2472	7200	1174	13578	413	1656	1671	3349	434	7523
	JULIO	546	1506	1348	6754	1330	11484	438	1098	768	2823	489	5616
	AGOSTO	515	1464	1996	6676	1225	11876	378	1030	1211	2533	356	5508
	SEPTIEMBRE	496	1549	1898	6989	1419	12351	330	959	935	2240	423	4887
	OCTUBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NOVIEMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	DICIEMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	4090	13847	15638	61853	11471	106745	2701	8777	8159	19809	2828	42264

SERVICIO DE URGENCIA 24 HORAS EN LA COMUNA DE CONCHALI

A través de diagnósticos participativos con la Comunidad y de la evaluación de la ubicación de los Servicios Primarios de Urgencias (SAPUS) actuales, la mayoría de los usuarios que consultan en el SAPU Alberto Bachelet y el SAPU Symon Ojeda corresponde a la población de comunas vecinas, pues su ubicación es muy periférica encontrándose en los límites de otras comunas. Nuestra población beneficiaria a recibir prestaciones en este nuevo centro asistencial es de 116.403 usuarios inscritos validados pertenecientes a la comuna de Conchalí.

OBJETIVOS GENERALES.-

Es una estrategia de desarrollo social que permitirá ser:

- Primer elemento permanente de asistencia sanitaria pública a nivel comunal de mayor resolutiveidad.
- Primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud comunal durante las 24 horas del día.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

- Mejorar la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud a los usuarios de Conchalí.
- Mejorar la asignación de salud de urgencia hacia los sectores más necesitados y distantes de un nivel hospitalario (Hospital San José, Hospital Roberto del Río y el Hospital Psiquiátrico)
- Dar solución a los problemas de salud priorizados por la comunidad presentados en el diagnóstico de salud comunal la creación y ejecución de un Servicio de Salud Comunal de urgencia con una alta resolutiveidad y continuo durante las 24 horas del día.
- Generar alianzas estratégicas con Instituciones gubernamentales y no gubernamentales interesadas en contribuir al crecimiento de la Comuna.
 - Fortalecer el trabajo en red tanto comunal como en el del área Norte.
- Mejorar la resolutiveidad de casos de urgencia de moderada complejidad.
- Mejorar el acceso y la oferta de prestaciones de Salud en la Comuna.
- Aplicar tratamientos y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes.
- Derivar y trasladar oportunamente y en condiciones de seguridad aquellos casos, que por su complejidad o recursos requeridos, deban ser atendidos en otros establecimientos de mayor resolutiveidad de la Red Asistencial.

- Dar continuidad y fortalecer la docencia asistencial contribuyendo con campo clínico de formación de profesionales y técnicos de Salud de Universidades e Institutos.

VENTAJAS PARA LA COMUNIDAD

- Contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que en nuestra Comuna vive y trabaja.
- Mejorar la accesibilidad y resolutivez de la atención médica de emergencia/urgencia, otorgando atención médica inmediata a la demanda de la población, en todo horario.
- Gestionar la demanda de atención de urgencia-emergencia que requiera de consultas y referencias en otros niveles.
- Aplicar tratamientos y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes en situaciones de emergencia / urgencia.
- Derivar y trasladar oportunamente, y en condiciones de seguridad, aquellos casos, que por su complejidad o recursos requeridos, deban ser atendidos en otros establecimientos de mayor capacidad resolutivez de la Red Asistencial local.
- Reducción de reclamos, por no tener disponibilidad de horas en los centros de salud primario.
- Aumento de la satisfacción de la comunidad.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Selector de Demanda: (primera atención)

- Consultas de atención médica de urgencia adultos y niños
- Categorización de paciente por enfermería
- Categorización de paciente por paramédico
- Consulta médica integral.
- Consulta de por otros profesionales de la salud
- Consulta o control de enfermería, educación en autocuidado de la salud
- Atención kinesiológica integral.

Asociados a Diagnóstico:

- Exámenes de laboratorio básico de urgencia (toma de muestra).
- Procedimientos cardiológicos: electrocardiograma y telemedicina.
- Pruebas diagnósticas rápidas: Hemoglucotest, Tiras reactivas de Orina (Combur test).
- Vacunación de urgencias.

Atención asociada a diagnóstico (segunda atención)

- Atención de urgencia niño y adulto
- Atención médica integral
- Atención de enfermería integral
- Atención técnico paramédico integral
- Manejo del paciente con riesgo vital
- Reanimación paciente con riesgo vital (RCP básico y Avanzado)

Procedimientos de Enfermería:

- Instalación de vías venosas periféricas
- Fleboclisis
- Trombolisis con estreptoquinasa
- Curaciones simples
- Curaciones complejas
- Suturas
- Drenaje de abscesos
- Cuidados paliativos
- Cirugía menor (onisección, extracción de cuerpos extraños)
- Tratamientos
- Férulas de yeso, Inmovilización, Velpeaux

- Desfibrilación
- Instalación y sondeo de diferentes tipos de sonda (Foley, Aspiración nasogástrica)
- Lavado gástrico

INFRAESTRUCTURA.

- Una unidad de admisión
 - Una Sala de TRIAGE, con cuatro camillas
 - Una Sala de espera para 50 personas aproximadamente
 - 2 Box de Atención Médica Adulto (Masculino y Femenino)
 - 1 Box de Atención Médica Pediátrica
 - 1 Box de Procedimiento
 - 1 Box de Tratamiento
 - 1 Box de Yeso (Inmovilizaciones y Férulas)
 - 1 Box Respiratorio infantil (IRA)
 - 1 Box Respiratorio adulto (ERA)
 - 1 Box de Observación (Hospitalización abreviada no > a 6 horas)
 - 1 Box de Reanimación (Con camilla pediátrica y adulto)
 - 1 Box de Imágenes de urgencia (Radiografías Osteopulmonar y Eco tomografías).
 - 1 Box de Urgencia Dental
 - 1 Box de Rx Dental
 - 1 Estación de enfermería
 - 1 Residencia médica
 - 1 Box de Farmacia
 - 1 Box de Carabinero
 - Unidad Oftalmológica (Primaria UAPO)
 - Unidad de Laboratorio Básico

DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA CLÍNICA

1.- BOX DE ATENCIÓN

Distribuidas de la siguiente manera

- a.- BOX ADULTOS HOMBRES.
- b.- BOX ADULTO MUJERES.
- c.- BOX PEDIATRICO.

Con tres camillas separadas por cortinas, habilitadas exclusivamente para la atención de pacientes por cualquier problema de urgencia.

2.- BOX DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.-

Implementada para procedimientos médicos, diagnósticos o terapéuticos inmediatos, a una reanimación, en búsqueda de la estabilidad hemodinámica.

Cuenta con dos camillas rígidas, para la realización de maniobras de resucitación, se ubica el carro de paro, conteniendo todos los fármacos e insumos de emergencia así como los equipos de reanimación (RCP Básico y Avanzado), el electrocardiógrafo y el monitor desfibrilador.

3.- SALA DE PROCEDIMIENTOS.-

Implementada para la realización de procedimientos simples derivados de la consulta médica como:

- a.- Curaciones (Simple, Complejas y Quemados)
- b.- Suturas y Afrontamientos
- c.- Procedimientos quirúrgicos menores (Onisectomía)
- d.- Drenaje de abscesos
- e.- Lavado ocular y de oído
- f.- Lavado gástrico
- g.- Instalación de Sondas (Nasogástrica, Nelatón y Vesical)

- h.- Extracción de cuerpos extraños
- i.- Taponamientos nasales
- j.- Extracción de puntos

En este box se debe disponer de los fármacos e insumos de uso habitual para los procedimientos a efectuar.

4.- SALA DE TRATAMIENTOS.-

Implementada para la realización de tratamientos derivados de la consulta médica como:

- a.- Oral
- b.- Sublingual
- c.- Subcutáneo
- d.- Intramuscular
- e.- Endovenosos
- f.- Fleboclisis
- g.- Bajar temperatura
- h.- Vacunación (VAR – VAT)

4.- PABELLON DE YESO.-

Implementada para la realización de tratamientos traumatológicos derivados de la consulta médica como producto de alguna alteración a nivel del eje musculo esquelético como:

- a.- Inmovilizaciones (Vendaje, Valvas, Férulas)

5.- BOX O SALA DE OBSERVACIÓN.-

Con 8 camillas y baño adyacente. Está destinado a mantener pacientes en observación por un periodo corto de tiempo (6 a 8 horas) los que según su evolución favorable deberán ser enviados a su domicilio o derivados al centro de mayor resolutivez, donde se realizarían los EKG. Y Telemedicinas.

6.- SALA IRA - ERA.-

Con 2 camillas cada uno, destinado a evaluar y tratar problemas respiratorios a pacientes sintomáticos respiratorios, realizando las siguientes actividades:

- a.- Oxigenoterapia
- b.- Nebulización
- c.- Inhalo terapia abreviada
- d.- Aspiración de secreciones
- e.- Kinesioterapia respiratoria.

7.- BOX TOMA DE MUESTRA

Destinada a la extracción de muestras de fluidos (Sanguíneos - Orina) de los pacientes atendidos en los CESFAM y los del SCUAC 24 horas.

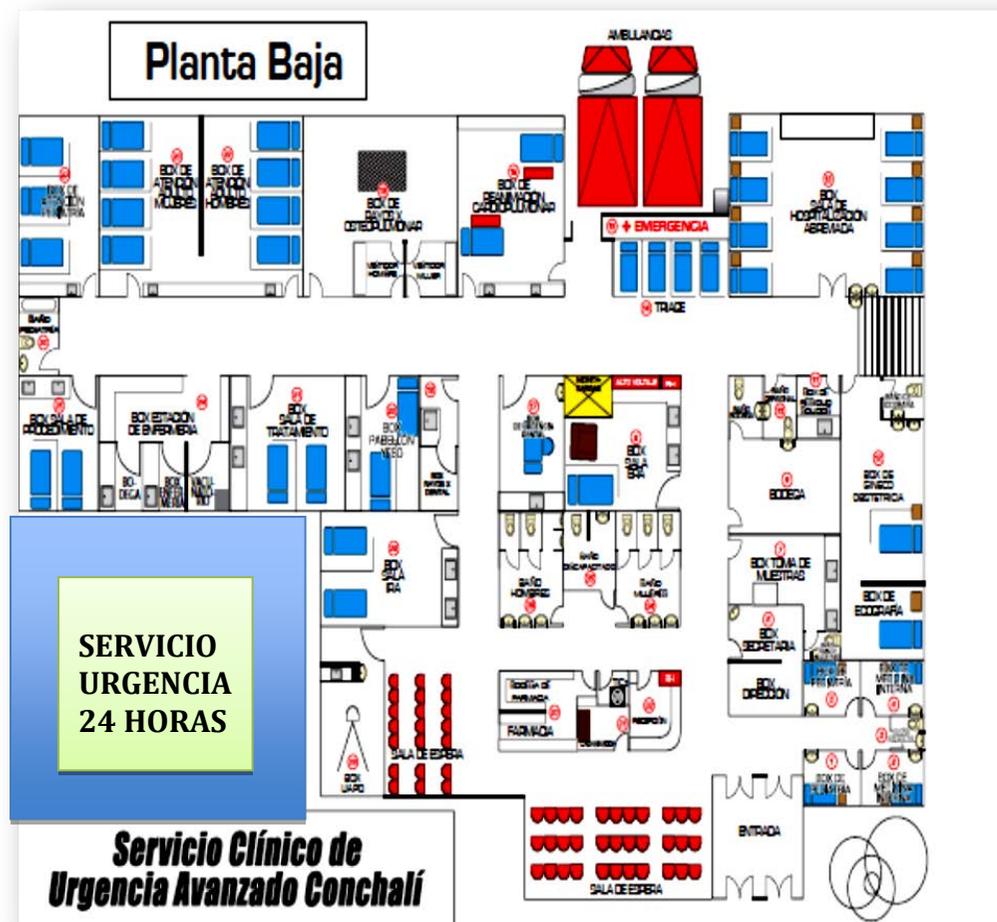
8.- BOX GINECOLÓGICO - ECOTOMOGRAFÍA.-

Evaluación de patologías Ginecológicas y Obstétricas.
Eco tomografías Gineco -Obstétricas

EVALUACION SCUAC MES DE OCTUBRE 2012

DIA	FECHA	SCUAC (INICIO EL 1 DE OCTUBRE 2012)			
		Atenciones	Dental	Rezago de Pacientes	Traslados
LUNES	01-10-12	252	0	15	8
MARTES	02-10-12	236	0	2	5
MIÉRCOLES	03-10-12	272	0	5	15
JUEVES	04-10-12	283	0	3	9
VIERNES	05-10-12	254	13	6	8
SÁBADO	06-10-12	197	8	1	14
DOMINGO	07-10-12	260	10	8	9
LUNES	08-10-12	387	27	8	24
MARTES	09-10-12	397	34	12	10
MIÉRCOLES	10-10-12	376	30	6	8
JUEVES	11-10-12	323	18	2	17
VIERNES	12-10-12	332	27	6	25
SABADO	13-10-12	286	25	8	12
DOMINGO	14-10-12	321	23	3	10
LUNES	15-10-12	346	26	4	18
MARTES	16-10-12	450	33	8	7
MIÉRCOLES	17-10-12	474	35	11	21
JUEVES	18-10-12	474	23	8	18
VIERNES	19-10-12	348	23	12	15
SABADO	20-10-12	393	20	4	11
DOMINGO	21-10-12	332	29	8	10
LUNES	22-10-12	498	42	20	20
MARTES	23-10-12	460	36	6	16
MIÉRCOLES	24-10-12	427	28	7	16
JUEVES	25-10-12	379	14	6	13
VIERNES	26-10-12	437	35	15	9
SABADO	27-10-12	398	17	10	15
DOMINGO	28-10-12	421	27	5	12
LUNES	29-10-12	469	37	6	19
MARTES	30-10-12	396	33	13	23
MIÉRCOLES	31-10-12	351	20	13	14
TOTAL		11229	693	241	431

INFRAESTRUCTURA



PROMEDIO PACIENTES POR HORA	15.6
% DE TRASLADO	3.84%
RESOLUTIVIDAD	96.16%
PORCENTAJE DE REZAGO	2.15%
ATENCIONES DENTALES	6.17%
ATENCIONES KINESIOLOGO	1.44%
CONSTATACIÓN DE LESIONES	3.32%
RADIOGRAFIAS	1.25%
EXÁMENES DE LABORATORIO	9.79%
PEOCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	59%

ANALISIS FODA

FORTALEZAS.-

1. Contar con la implementación básica necesaria para la atención de urgencias y emergencias.
2. Contar con el financiamiento de la entidad administradora Corporación Comunal de Conchalí que cubre la brecha existente entre gasto real que genera el SAPU como centro de costo y el aporte del MINSAL.
3. Reforzamiento durante los meses de invierno frente al aumento de la demanda de los recursos humanos con Médico y técnico Paramédico.
4. Mantener un sistema de coordinación y de comunicación eficiente y oportuna con la Dirección de Salud..
5. Incorporación del profesional Kinesiólogo durante los meses de invierno a la atención de usuarios que acceden a la atención de urgencia por problemas respiratorios.
6. Formar parte de la red de urgencias del Servicio de Salud Norte, trabajando en forma coordinada y con la asesoría frente a situaciones emergentes.

7. Contar con representatividad ante las autoridades comunales mediante la coordinación del SAPU en las actividades de Consejo técnico y Dirección de Salud.

DEBILIDADES.-

1. La alta rotativa del estamento médico que no permite proyección en el tiempo del recurso humano.
2. Capacitación y destrezas deficientes en algunos funcionarios que ejercen funciones en turnos de SAPU.
3. Equipos e instrumental que no cuenta con un sistema de, mantención y protección eficiente.
4. Falta de motivación y de interés de funcionarios por incorporarse a las actividades y labores del SAPU, con un alto índice de Licencias Médicas, mal uso de los feriados legales, Permisos administrativos y Vacaciones de incentivo.
5. Infraestructura, espacio físico compartido con Cesfam como sucede en el Alberto Bachelet.
6. Dependencias, muebles, y residencia sin renovación o mantención lo que ha provocado su deterioramiento en el Lucas Sierra.
7. Falta de identificación y de uniformes por funcionario que desarrollan labores en el servicio de urgencia.
8. No contar con fármacos e insumos en forma oportuna, y suficiente para cubrir las necesidades.
9. Funcionarios que desarrollan labores en el servicio de urgencia con poco compromiso, lo que se traduce en no brindar una atención de calidad con un trato amable, respetuoso y de baja calidad técnica.

OPORTUNIDADES.-

1. Contar con la validación de la autoridad comunal y de salud, además del reconocimiento de la comunidad como un servicio que otorga atención de urgencia y emergencia a los usuarios de la comuna.
2. Estar insertos en un centro de salud.
3. Contar con un porcentaje de funcionarios mayoritariamente que se desempeñan en otros centros de salud de la comuna lo que favorece la coordinación y los modelos de trabajo imperantes.
4. Coordinación con la red de urgencias a nivel del servicio de y de las unidades de emergencias hospitalarias infantil y adulto.

AMENAZAS.-

1. Contar con un presupuesto desde el MINSAL insuficiente para cubrir los gastos generados para la implementación de esta estrategia en la comuna.

2. Creciente aumento en la demanda que es consecutiva y mantenida durante los años de funcionamiento del SAPU.
3. Aumento durante los años de las atenciones vinculadas a violencia de género e intrafamiliar, lo que genera una situación de riesgo en el personal por no contar además con los mecanismos de seguridad necesarios y suficientes.
4. Unidad de emergencia adulto HSJ con sobrecarga de atención, lo que provoca demora en la atención y recepción de traslados, retención de camillas.

PROPUESTAS DE MEJORA.-

Para el año 2013 se visualiza como trabajo potenciar tres áreas:

A. Recurso Humano:

Como primer objetivo mantener una dotación que preste sus servicios bajo la modalidad de honorarios, con un valor hora que sea atractivo al funcionario lo que va apuntar al desarrollo de habilidades y conocimientos de los funcionarios que se desempeñan en labores de SAPU que favorezcan y potencien la calidad de la atención, fortaleciendo además el compromiso de los funcionarios con las labores que desempeñan.

B. Infraestructura y equipamiento:

Durante el 2013 se espera poder contar con la disponibilidad de recursos que permitan mejorar y reparar la infraestructura de los SAPUS, SAPLU Y SAPBA remplazar el equipamiento que está deteriorado y adquirir nuevos elementos que apunten a facilitar y optimizar las atenciones que se entregan.

C. Procesos y Calidad de la atención:

Durante el 2013 se debe comenzar a trabajar en protocolizar y consensuar los procesos de atención, de diagnóstico, de tratamiento de los usuarios que acuden a los SAPUS, como también todos aquellos procedimientos de carácter asistencial y administrativo que desarrolla el personal no médico como una forma de elevar la calidad de la atención.

PLAN DE SALUD ALBERTO BACHELET 2012



***DRA. LORENA VEGA
DIRECTORA CESFAM ALBERTO BACHELET***

<i>Criterios</i>	<i>Magnitud (Cantidad, frecuencia, tamaño y tendencia del problema.)</i>	<i>Trascendencia (impacto en la salud de la población, relevancia que le da la población)</i>	<i>Vulnerabilidad (capacidad de evitar un daño)</i>	<i>Factibilidad (costo-efectividad Costo de evitar la muerte o un caso)</i>	<i>Total(puntaje) (M x T x V)/CE</i>
<i>Problemas de salud</i>					
<i>Embarazada con riesgo psicosocial(VIF, ITS, Depresión, Abuso de sustancia y OH)</i>	4	4	4	3	21,3
<i>Malnutrición por exceso (Obesidad en Adulto)</i>	3	5	3	4	11,25
<i>Malnutrición por déficit (Riesgo de desnutrir)</i>	1	5	5	3	8,3
<i>Daño dentario Adulto</i>	5	5	2	1	50

<i>Consumo de OH y Droga *</i>	3	5	4	3	20
<i>Embarazo adolescente</i>	4	4	3	3	16
<i>Cáncer cervico uterino</i>	3	5	5	1	75
<i>Cáncer de Mama</i>	3	5	5	1	75
<i>Problemas cardiovasculares</i>	5	5	5	2	62,5
<i>Partos prematuros y niño bajo peso al nacer</i>	3	4	5	1	60
<i>ITS</i>	3	5	5	2	37,5
<i>Trastorno Hipercinético</i>	3	4	4	4	12

Intervenciones para cada problema priorizado

Nivel de intervención	Promoción	Prevención	Tratamiento precoz	Tratamiento	rehabilitación
Problemas priorizado					
<i>Cáncer cervico uterino</i>	<p>Entrega de guías anticipatoria a mujeres 25-64 años que consultan en nuestro Cesfam</p> <p>Difusión en sala de espera a través de señal cerrada de televisión, con material preparado por el equipo de salud</p>	<p>Realización de PAP espontaneo, en Cesfam y en unidad Vecinales acondicionadas (GES)</p> <p>Disponibilidad de horas extraordinarias para mujeres trabajadoras.</p>	Nivel Secundarios	Nivel Secundarios	Nivel Secundarios
<i>Cáncer de Mama</i>	<p>Difusión en sala de espera a través de señal cerrada de televisión, con material preparado por el equipo de salud</p> <p>Difundir en reuniones de apoderados detección precoz</p>	<p>Realización de EFM según grupo etario (GES)</p> <p>Firma de convenio comunal para mamografía a grupo objetivo</p>	Nivel Secundarios	Nivel Secundarios	Nivel Secundarios

	del Ca de mama. Incentivar a las menores en desarrollo al autocuidado mamario Realizar campañas visuales y/o audiovisuales				
Problemas cardiovasculares	Realización de actividad en la comunidad promoviendo estilos de vida saludables, fomentando la utilización de espacios comunes como plazas interactivas	Trabajar con la comunidad para la realización de exámenes preventivos. Fomentar la importancia de acudir a controles y adherir a tratamiento. y de lo importante que es el acompañamiento de la familia	Control con Equipo Multidisciplinario	Control con Equipo Multidisciplinario	Nivel Secundarios
Daño dentario Adulto	Realización de actividad en la comunidad del autocuidado de la salud Oral, Orientaciones, talleres de técnica de Cepillado y alimentación	No se realiza actividad para este grupo etario	-----	Tratamiento Integral APS	Nivel Secundario

	saludable				
ITS	<p>Difusión en sala de espera a través de señal cerrada de televisión, con material preparado por el equipo de salud</p> <p>Taller: Prevención y detección precoz de ITS</p>	<p>Consulta espontanea de usuarios con sospecha de ITS</p> <p>Realización de exámenes médicos preventivos (solicitud de VDRL 100%)</p> <p>Controles ginecológicos y de Regulación de Fecundidad periódicos con detección y tratamiento y derivación oportuna a Nivel secundario.</p> <p>Realización de VDRL y TEST de Elisa al 100% de las embarazadas según Norma</p> <p>Consejería en Salud Sexual y Reproductiva al 100% de los adolescentes que consultan</p>	-----	Equipo Multidisciplinario	Nivel Secundario
Embarazada con riesgo psicosocial(VIF, ITS, Depresión, Abuso de sustancia y OH)	<p>Difusión en sala de espera a través de señal cerrada de televisión, con material preparado por el equipo de salud</p> <p>Entrega de dípticos en sala de espera</p>	<p>Atención por equipo de cabecera psicosocial del establecimiento</p> <p>Reuniones clínicas periódicas para seguimientos de casos</p> <p>Visita domiciliaria Integral al 100% de las embarazadas con Riesgo psicosocial.</p>	Equipo Multidisciplinario	Equipo Multidisciplinario	Nivel Secundario
Consumo de OH y Droga *	<p>Educación sobre prevención en consumo de alcohol y drogas</p> <p>Difusión en sala de</p>	<p>Aumentar actividades que promuevan estilos de vida saludable</p>	Equipo de Salud mental	Cosam	Instituto Psiquiátrico

	espera a través de señal cerrada de televisión, con material preparado por el equipo de salud				
Embarazo adolescente	Talleres de paternidad responsables en los colegios niños de 7° y 8° básico	Consejería de Salud Sexual y reproductiva al 100% de Adolescentes que consultan Ingreso a control de regulación fertilidad con demanda espontánea	Equipo Multidisciplinario		
Trastorno Hipercinético	Talleres de 3 buen trato, talleres de nadie es perfecto	Taller: Diagnóstico y derivación de niños con TDHA 1.Capacitar a profesores acerca de detección y derivación			
Malnutrición por exceso (Obesidad en Adulto)	Educación sobre hábitos de vida saludable y pauta alimentaria saludable. Fomentar la realización de actividad Física.	Realización de examen preventivo EMPA espontaneo	Programa Vida Sana	Programa Vida Sana	Nivel Secundario
Malnutrición por déficit	Educación En jardines infantiles,	Consejería en cada control por profesional		Equipo multidisciplina	Nivel secundario

<i>(Riesgo de desnutrir)</i>	en escuelas Acerca de alimentación saludable, supervisión en kioscos, consulta nutricional de los 5 y 10 meses			rio	
------------------------------	--	--	--	-----	--

Encuesta satisfacción usuaria

La encuesta de Satisfacción usuaria fue aplicada en el mes de Marzo 2012 con un universo de 263 encuestas aplicadas, las cuales se subdividen de la siguiente forma:

Sexo:

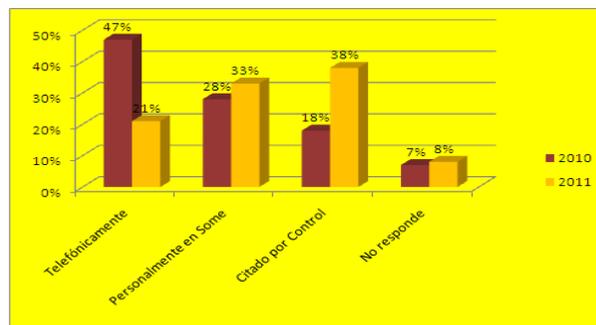
- Hombres 22%
- Mujeres 78%

Representación por SECTOR:

- ROJO 31%
- VERDE 31%
- AZUL 38%

El resultado logrado en "satisfacción Global es de 5.7

Los resultados obtenidos fueron comparados con los obtenidos en el año 2011, destacándose los siguientes:

OBTENCION DE HORA

Al comparar la encuesta del 2011 con la del 2012, destaca que la obtención de hora es realizada en la actualidad mayormente por los SOME satélites, disminuyendo considerablemente las horas por la línea 800. Es por tal motivo que en nuestro plan de mejora se incorpora un trabajo minucioso con la línea 800, el cual se detalla a continuación:

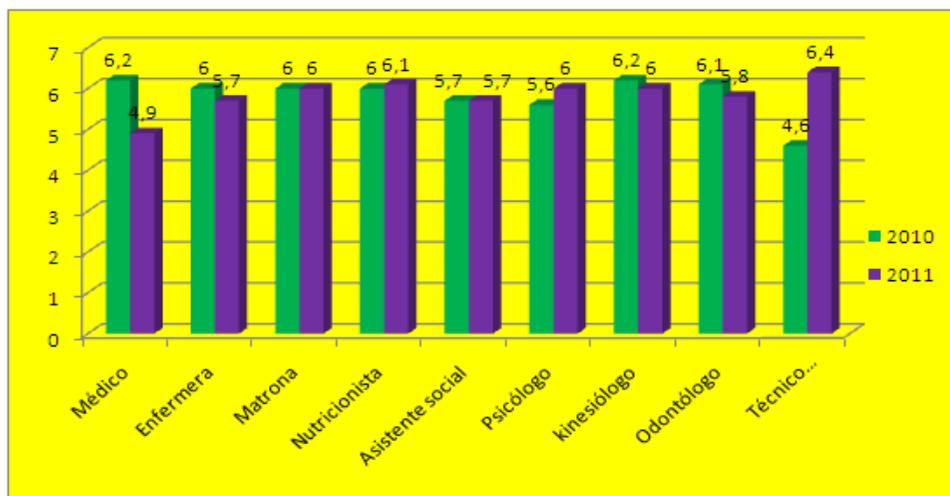
Se efectuarán cambios para la atención telefónica. Para ello, se realizará una distribución exclusiva de cupos para uso en línea 800, lo cual se plantea como una necesidad tras los resultados del último diagnóstico participativo. Además se reforzó con dos líneas telefónicas adicionales, debido a las deficiencias de la plataforma de línea 800 Minsal. Ésta sólo permite atender una llamada a la vez, no mantiene en línea las llamadas, y sólo indica tono de llamada, lo cual es interpretado por los usuarios como ausencia de respuesta o de funcionario en la línea telefónica.

Se efectuará una intervención hacia los usuarios relacionada con el conocimiento tanto de los horarios para evitar llamadas en horarios fuera del funcionamiento, y también para el uso adecuado de los mismos. Se efectuará una Reunión conjunta con equipo de administrativos para reforzar cambios, los cuales debieran a su vez dar cuenta de las capacitaciones en curso en que se encuentran participando. Se gestiona realización de pilotaje Ministerial de *tuo tempo* para mejoría del proceso de dación de horas y de acceso por parte de los usuarios.

Internamente, se realizará proceso de capacitación para operadores de línea telefónica orientada a mejorar la atención entregada al usuario, en torno a los valores, de respeto, amabilidad y empatía. También se realizarán mejoras para habilitar la infraestructura necesaria de un call center. Y se efectuará de manera sistemática el proceso de actualización de antecedentes de usuarios en sistema, esto requiere de presencia

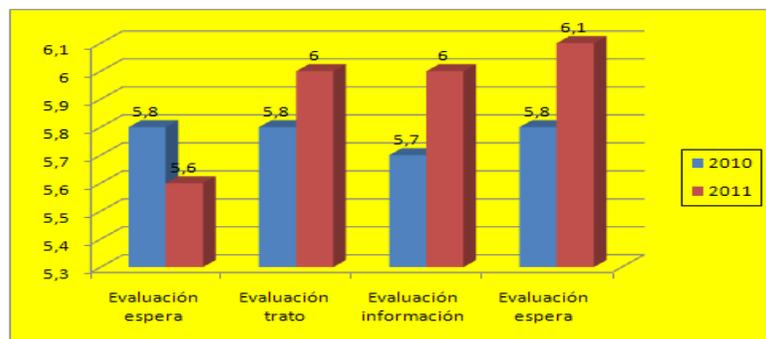
de administrativos para módulo de actualización de antecedentes (telefonía fija, telefónica celular, domicilio, email) para implementación de sistema, evitando fallos por desactualización de antecedentes.

PROMEDIO DE NOTAS POR INSTRUMENTO



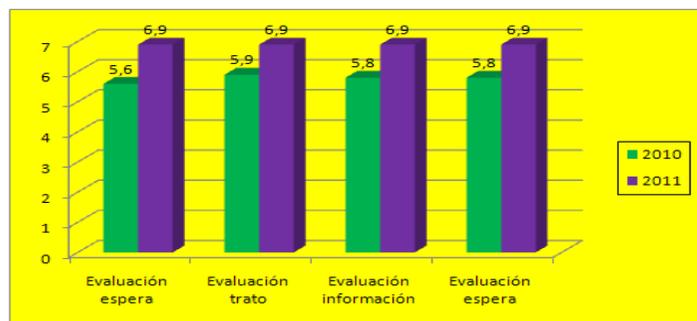
En la nota promedio de los funcionarios se aprecia una mejora en la evaluación de los técnicos paramédicos de 4.6 a 6.4 del 2011 al 2012. Sin embargo los profesionales médicos bajan su evaluación de 6.2 a 4.9 en los años respectivos. Este resultado se debe a la gran demanda de horas médicas, lo que conlleva a que el tiempo de espera para la atención supere las expectativas del usuario. Por tal motivo se plantea poder aumentar las horas médicas en el 2012.

EVALUACION SOME



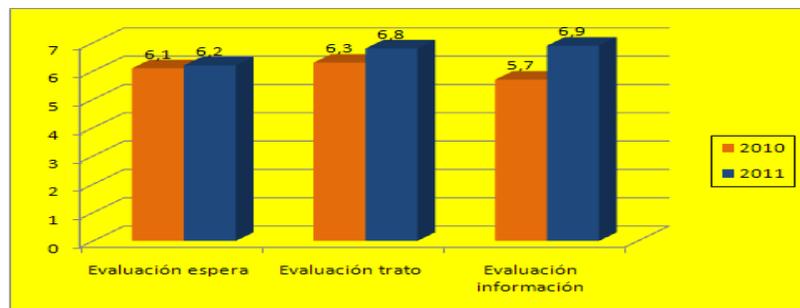
El tiempo de espera es el que se ve aumentado en la encuesta, aunque nos es significativa la baja en el promedio de nota. La solución al problema que consulta, sube su promedio de 5.8 a 6.1.

EVALUACION TRATAMIENTO



En general el Servicio de tratamiento donde se realizan curaciones, toma de exámenes, urgencias, podología, aumenta su calificación significativamente. Esta situación es informada a todo el personal y como manera de motivación en el equipo es otorgada dos capacitaciones al personal. Enfermera a cargo asiste a un diplomado de Diabetes y personal técnico a Manejo Avanzado de herida implementado por 3M a modo de cada día mejorar la entrega de servicios.

EVALUACION FARMACIA



En general el servicio de farmacia a mejorado en todos los aspectos medibles. Significativamente en la entrega de información aumenta desde 5.7 a 6.9.

5° DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

Este es un instancia de mucha relevancia para nuestro equipo de salud, pues nos abre un espacio para que las personas, familia, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, escuelas, jardines infantiles y otros actores intervengan y se hagan parte de la planificación estratégica de nuestro **CESFAM Alberto Bachelet**, para que así en conjunto podamos obtener la percepción de la Comunidad, reconocer las propuestas de ellos y articular en conjunto con todas las redes las mejores intervenciones en la tarea de recuperar, fomentar y mejorar la salud de nuestra comunidad.

La 5° jornada de Diagnóstico Participativo fue realizada el 27 de Abril 2012 en el cual se plantearon los siguientes objetivos:

1. Informar acerca del trabajo realizado por el Consejo Consultivo del Usuario (CCU) en el año 2011 y temáticas de trabajo del CDL para el 2012
2. Mostrar el funcionamiento y comportamiento de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) durante el año 2011, asegurando la recepción y gestión de todas las solicitudes ciudadanas y así generar un espacio de participación.
3. Dar a conocer resultados de encuesta de satisfacción usuaria 2011
4. Dar a conocer y validar en conjunto con la comunidad las distintas problemáticas de salud de los diagnósticos epidemiológicos por sector.
5. Crear lineamientos y compromisos de trabajo de los distintos actores de la red, en pro del mejoramiento de las necesidades y demandas de nuestros usuarios.

Los resultados obtenidos fueron:

1.- Problema Sanitario	Estrategias
Consumo de Alcohol y Droga en adolescente	Taller de Prevención de consumo de alcohol y droga
Depresión	Taller de detección precoz de la depresión al Adulto Mayor
VIF	Taller de prevención y diagnóstico de VIF en Centro de Adultos Mayores y otras organizaciones sociales
Obesidad Infantil	Taller de Educación alimentaria a los apoderados y alumnos desde kínder a 2° Básico
Abandono del Adulto Mayor	Taller de Estimulación cognitiva, vida saludable, teórica práctico en técnica de cepillado dental/prótesis, cuidado de pie diabético y recetario PACAM (concurso mejor receta)
Embarazo Adolescente e ITS	Taller de sexualidad responsable y detección precoz del ITS a alumnos de Séptimo y Octavo
Cáncer de Mama y CACU	Taller de autoexamen de Mama y citación a inasistentes a el CESFAM para control ginecológico Aumentar la cobertura de PAP y con ello la pesquisa precoz y derivación oportuna de

	CACU a nivel de mayor complejidad Toma de PAP espontaneo
Problemas Cardiovasculares	Realizar talleres comunitarios de promoción Toma de Hemoglobina glicosiladas espontanea Rescate de inasistentes Aumentar cobertura de EMP hombre, mujeres y adulto mayor Realizar en la comunidad los exámenes preventivos
Deterioro de Salud Bucal	Realización de derivación espontanea a grupo etárea objetivo Talleres educativos de autocuidado y técnicas de cepillados a colegios y jardines Rescate de inasistentes
2.- Rol de la comunidad	Estrategias
Consumo de Alcohol y Droga en adolescente	Programar eventos deportivos incentivando su uso en los barrios
Depresión	Motivar la Difusión y participación de adultos en grupos de autoayuda en los centros comunitarios
Problemas Cardiovasculares	Promover en reuniones de unidades Vecinales la importancia de tener los controles al día, cumplir con las indicaciones de Tratamiento, fomentar la realización de los exámenes preventivos y realizar Actividad Física Segura (Pase Medico).
Participar de Manera Activa en las Distintas Actividades del Cesfam	Dar a conocer la labor del CDL, entregar Dípticos informativos, realizar charlas de lo referente a Patologías AUGÉ, y de los Derechos y Deberes de los Usuarios, Comprometerlo en el Cuidado de las Dependencias del Cesfam (Para evitar Robos ej.; Baños)

3.- Problemas que la comunidad identifica en el CESFAM	Estrategias
Escases de Horas Médicas.	Se Aumento la Dotación de médicos
Escases de Horas Dentales	Se Aumenta Dotación de Odontólogos
Falta de mayor recurso para el Paciente postrado	Se destina enfermera exclusiva con apoyo de Técnico para medico, la cual realiza diagnostico del 100% de los postrado
Dificultad para Comunicarse vía línea 800	Educar a la comunidad la correcta utilización de las horas por teléfono. Difundir con proyecto ministerial, la importancia de la actualización de datos para poder de esta manera recordar las horas tomadas y evitar el grado de ausentismo, como a su vez mostrar la posibilidad de avisar las inasistencias y así poder reconvertir las horas.

PLANIFICACION ESTRATEGICA CESFAM ALBERTO BACHELET

PRIORIDAD SANITARIA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	LUGAR	GRUPO A INTERVENIR	RECURSOS	META	PLAZO	RESPONSABLE	EVALUACION
1. Consumo de alcohol y drogas	<p>1. Educar sobre prevención en consumo de alcohol y drogas</p> <p>2. Fomentar actividades que promuevan estilos de vida saludable</p>	<p>Taller: prevención consumo Oh y drogas</p> <p>Programar eventos deportivos incentivando uso de canchas deportivas</p>	<p>Colegio Inés de Suarez- Escuela especial: Prof. Humberto Aranda canchas deportivas unidad vecinal</p> <p>10,11,12,40</p>	<p>profesores</p> <p>adolescentes</p>	<p>horas psicóloga</p> <p>lideres vecinales</p>	<p>1 sesión por curso</p> <p>3 eventos deportivos</p>	<p>año 2012</p> <p>año 2012</p>	<p>Psi. Ximena González</p> <p>lideres vecinales</p>	<p>Actividades comunes del p.Salud Mental.</p>
2. Depresión	<p>1. Educar sobre detección precoz de síntomas asociados</p> <p>2. Prevención de la depresión mediante actividades que promuevan estilos de vida saludable</p>	<p>Taller: detección precoz de la depresión</p> <p>Motivar difusión y participación en grupos de autoayuda</p>	<p>Cesfam Alberto Bachelet</p> <p>Centros Comunitarios uv</p> <p>10,11,12,40,</p>	<p>Centros de adulto mayor y otras</p> <p>organizaciones sociales</p>	<p>horas psicóloga</p> <p>lideres vecinales</p>	<p>1 -2 sesiones por centro</p>	<p>año 2012</p>	<p>Psi. Valeska González</p>	<p>en ejecución durante noviembre -12</p>

<p>3. Violencia Intrafamiliar</p>	<p>1. Prevenir y detectar precozmente situaciones de Violencia</p>	<p>Taller prevención y diagnóstico de VIF</p>	<p>Cesfam Alberto Bachelet Centros Comunitarios uv 10,11,12,40,</p>	<p>Centros de adulto mayor y otras organizaciones sociales</p>	<p>horas psicóloga</p>	<p>1 -2 sesiones por centro</p>	<p>año 2012</p>	<p>Psi. Valeska González</p>	<p>en ejecución durante noviembre -12</p>
<p>4. Obesidad infantil</p>	<p>1.Educación sobre hitos de vida saludable/ 2. Evaluación nutricional</p>	<p>Taller Educación alimentaria</p>	<p>Colegio Inés de Suarez Zoltan-Dienes</p>	<p>Apoderados Alumnos de kinder a 2° básico</p>	<p>horas nutricionista</p>			<p>Nut.M .Gonzalez</p>	<p>Cumplido realizado por internas de nutrición</p>
<p>5.Deficiente autocuidado en el adulto mayor</p>	<p>1. Educar sobre hábitos de vida saludable 2. Educar sobre técnicas de estimulación cognitiva</p>	<p>Taller vida saludable Taller estimulación cognitiva</p>	<p>UV 10-11-12-40 UV 10-11-12-40</p>	<p>centros de adultos mayor (El Remanso, Años Dorados,</p>	<p>horas Internas enfermería horas psicóloga</p>	<p>5 sesiones</p>		<p>Enf. Carolina Gajardo Psi. Valeska Gonzalez</p>	<p>en ejecución durante noviembre -12</p>

<p>6. Embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual</p>	<p>1. Prevenir embarazo adolescente 2. Prevenir y diagnosticar precozmente las ITS más prevalentes</p>	<p>Taller : sexualidad responsable Taller: Prevención y detección precoz de ITS</p>	<p>Colegio Zoltan-Dienes</p>	<p>Alumnos 7º y 8º básicos Alumnos 7º y 8º básicos</p>	<p>horas matrona</p>	<p>1 sesión educativa por curso</p>		<p>Mat. Valentina Silva</p>	<p>Cumplido realizado por Mat.M.J.Gonzalez</p>
<p>7.Aumento incidencia de Ca de mama y Cacu</p>	<p>1. Educar acerca de detección precoz de Ca de mama y Ca cu 2. Realizar Examen Físico mamario y toma de Pap a población a cargo</p>	<p>Taller: realización Autoexamen mamario Citación a EFM y Pap a quienes corresponda</p>	<p>UV 10-11-12-40 Auditorio: Cesfam A Bachelet</p>	<p>centros de adultos mayor (El Remanso, Años Dorados, Villa La Palma Sur, Centro Comunitario U.V 11) Salas de espera Cesfam</p>	<p>horas matrona horas matrona</p>	<p>4 sesiones educativas por centro/ 1 taller As. Comunit.</p>		<p>Mat. Alejandra Carrasco</p>	<p>en ejecución durante noviembre -12 y diciembre-12</p>

				Asistentes comunitarias Cefam					
8. IRA/ERA	<p>1.Capacitar a profesores acerca de medidas básicas de prevención en IRA</p> <p>2. Capacitar a los adultos mayores de centro comunitarios en prevención de ERA</p>	<p>Taller: prevención de IRA-Influenza humana</p> <p>Taller: prevención de Era</p>	<p>Colegio Inés de Suarez- Escuela especial: Prof. Humberto Aranda</p> <p>UV 10-11-12-40</p>	<p>Profesores</p> <p>centros de adultos mayor</p>	<p>horas Interno medicina Usach</p> <p>horas kinesiólogo</p>	<p>1 sesión</p> <p>educativa</p>		Klga: Nidia Evey	ejecución diciembre-12
9. Trastorno Hipercinético	<p>1.Capacitar a profesores acerca de detección y derivación</p>	<p>Taller: Diagnóstico y derivación de niños con TDHA</p>	<p>Colegio Inés de Suarez-</p>	<p>Profesores</p>	<p>horas psicólogo</p>	<p>1 sesión</p>		Psi. Valeska Gonzalez	no ejecutado aún

						Educativa			
10. Aumentar cobertura en la realización de exámenes preventivos: Efam-Empa	<p>1. Aumentar según meta (50%) el número de usuarios a los que se les realiza el EFAM y así diagnosticar y referir oportunamente ante la alteración de algunos de los parámetros</p> <p>2. Aumentar según meta (14% hombres y 20% mujeres) el número de usuarios a los que se les realiza el EMPA y así detectar y referir oportunamente frente a la presencia de algún</p>	<p>1. Solicitar listado por sector de usuarios inscritos en este Cesfam para realizar citación por teléfono o terreno</p> <p>2. Asistir a centros comunitarios y verificar la realización de los exámenes preventivos</p> <p>3. Coordinación con los distintos servicios de nuestro</p>	Cesfam - sedes comunitarias	Grupo etareo definido según programas	<p>horas enfermeras</p> <p>horas internas de enfermería</p> <p>horas Técnicos paramédicos</p>	<p>Efam: 776</p> <p>Empa:</p> <p>hombre: 263</p> <p>mujer: 193</p>	Enf. Carolina Gajardo	<p>en ejecución durante todo el 2012</p> <p>corte 31-10-12</p> <p>EMPA hombres 65</p> <p>EMPA mujeres 14</p> <p>EFAM 58</p>	

	factor de riesgo cardiovascular	Cesfam para realizarlos de manera espontánea 4. Trabajar con la comunidad para la realización de estos		Empa mujer: 45-64 años Empa hombre: 20-44 años					
		exámenes en las sedes vecinales							
11. Aumentar compensación de personas con DM e HTA	1. Aumentar según meta(38% dm; 63% Hta) la compensación de personas con Dm e Hta	1. Realizar controles periódicos con profesionales competentes según grado de compensación 2. Realizar talleres comunitarios promocionales	Cesfam /centros comunitarios	Grupo etareo definido según programa 15 años y más	horas enfermera horas internas de enfermería	Dm: 66 Hta: 1006		Enf. Programa Carolina Gajardo	evaluación final corte dic-12

	2. Educar a la población acerca de hábitos de vida saludable y autocuidado	3. Toma de Hg glicosiladas espontánea en box de atención							
12. Aumentar cobertura de usuarios que presentan patologías crónicas DM e Hta	1. Aumentar número de ingresos y seguimientos de usuarios a programa cardiovascular y así disminuir sus complicaciones	1. Realizar controles con profesionales responsables del programa 2. Entregar las prestaciones correspondientes según normativa 3. Rescate de inasistente si corresponde	Cesfam	Grupo etárea definido según programa 15 años y más	horas enfermera horas medico horas nutricionista	Dm: 525 Hta: 1325		Enf. Programa Carolina Gajardo	evaluación final corte dic-12 corte octubre -12 HTA 1552 DM 588
13. Aumentar cobertura de usuarias a toma de PAP	1. Aumentar según meta(66%) el número de usuarias a las que se les realiza la toma de PAP y con ello la pesquisa precoz y derivación oportuna de Cacu a nivel de mayor complejidad	1. Realizar toma de Pap espontánea a los grupos definidos 2. Citación por terreno a usuarias con Pap atrasado o por repetir	Cesfam /centros comunitarios	Grupo etareo definido por programa 25-64 años	horas matrona	69%		Mat. Alejandra Carrasco Mat. Lucia Fernández	en ejecución durante todo el 2012 corte octubre -12

		<p>3. Realizar sensibilización en centros comunitarios</p> <p>4. Capacitar a asistentes comunitarias y así referir si corresponde</p>							65% cobertura
14. Déficit desarrollo psicomotor	<p>1. Aumentar según meta(91%) el número de niños a los que se les realizará el EEDP y con ello la pesquisa precoz y referencia oportuna de alteraciones en su desarrollo</p> <p>2. Realizar rescate y seguimiento de los niños diagnosticados</p> <p>con riesgo</p>	<p>1. Realizar durante control con enfermera a todos los niños de 18 meses</p> <p>2. Rescatar según cartola los inasistentes</p>	Cesfam	<p>Grupo etareo definido por programa</p> <p>18 meses</p>	horas enfermera	92%		<p>Enf. Programa Carolina Gajardo</p> <p>Nut.M .Gonzalez</p>	en ejecución durante todo el 2012

16. Dar cobertura a control sano adolescente	1. Aumentar según meta(5%) la cobertura de examen preventivo(ficha claps) entre los adolescentes de 10-14 años, con el fin de pesquisar precozmente alteraciones en el desarrollo, evaluar entorno social, y brindar consejería en SS y RR	1. Realizar ingreso a control mediante evaluación por enfermera 2. Consejería espontánea por matrona en SS y RR 3. Entrega de citación para control con médico y cierre de ficha claps	Cesfam	Grupo etareo definido por programa 10-14 años	horas enfermera horas matrona horas medico	50		Nut: Margarita Gonzalez	
--	--	--	--------	--	--	----	--	-------------------------	--

Coordinadora:
Pamela Donoso

PRIORIDAD SANITARIA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	LUGAR	GRUPO A INTERVENIR	RECURSOS	META	PLAZO	RESPONSABLE	EVALUACION
1.-Obesidad infantil	1.Educación sobre hábitos de vida saludable y pauta alimentaria saludable. 2.Educación personal Kiosko saludable. - acreditación de kiosko saludable.	Educación por medio radial a comunidad. Educación personal encargado alimentos y Kioskos Iniciar trabajo UV 22	Escuela Araucarias de Chile. Unidad Vecinal 22	Docentes - Escolares. Apoderados- encargada kiosko Trabajo con asistentes comunitarias.	hrs nutricionista Hrs Médico		Año 2012	Nut.M .Gonzalez	100% 1º:junio 2012 (informacion Radial) 2º: 01-04-2012 escuela likan antai marzo 2012 escuela araucarias de Chile
2.- Abuso de Sustancias.	1. Educar sobre prevención en consumo de alcohol y drogas 2. Aumentar actividades que promuevan estilos de vida saludable	Taller: prevención consumo Oh y drogas Aumento actividades recreacionales en unidades vecinales	Canchas deportivas unidad vecinal 13 - 19 - 22	Adolescentes de 10 - 15 años.	hrs psicologa lideres vecinales		año 2012 año 2012	Psic. Ximena Gonzalez lideres vecinales	
3.- Cancer de Mama.	1. Educar acerca de detección precoz de Ca de mama	Realizar campañas visuales y/o audiovisuales. Difundir en reuniones de	Escuela Araucarias de Chile.	Adolescentes de 10 - 15 años Apoderadas.	Hrs matrona		Año 2012	Mat. Pamela Donoso	06-12-2012

		apoderados detección precoz del Ca mama. Incentivar a las menores en desarrollo al autocuidado mamario.			hrs matrona				
4.- Depresión	1. Educar sobre detección precoz de síntomas asociados 2. Incentivar actividad física y cultural.	Taller: detección precoz de la depresión Motivar difusión y participación en grupos de autoayuda	Cesfam Alberto Bachelet Centros Comunitarios uv 13 -19 - 22	Centros de adulto mayor y otras organizaciones sociales	hrs psicologa lideres vecinales		año 2012	Ps Ximena González.	pendiente en unidad vecinal 13 para diciembre
5.- Horas Médicas.	1.- Difundir y educar a la comunidad en uso de la línea 800 para petición de horas médicas. 2.- Actualizar datos: teléfono celular, teléfono fijo, correo electrónico y direcciones.	Difusión y participación activa de la comunidad. Aplicación de consentimiento informado de actualización de datos.	Unidades vecinales 13 - 19 - 22	Unidades vecinales.	Lideres vecinales.		Año 2012	Lideres vecinales.	
6. Embarazo adolescente e infecciones de	1. Prevenir embarazo adolescente	Taller : sexualidad responsable	Escuela Araucarias de Chile	Alumnos 7° y 8° básicos	Hrs matrona	1 sesion educativa		Mat. Maria Jose Gonzalez	100% 02-10-2012

transmisión sexual	2. Prevenir y diagnosticar precozmente las ITS más prevalentes	Taller: Prevención y detección precoz de ITS				Alumnos 7° y 8° básicos		por curso		
7.- Infecciones respiratorias Agudas.	1.Capacitar a profesores acerca de medidas básicas de prevención en IRA	Taller prevención Infecciones respiratorias Agudas.	Escuela Araucarias de Chile.	Profesores	Hrs Interno medicina Usach Hrs Médico			1 sesion educativa		Hrs. Dra. Mora. Pendiente
8.- Trastorno hipercinéticos	1.Capacitar a profesores acerca de detección y derivación	Taller: Diagnóstico y derivación de niños con TDHA	Escuela Araucarias de Chile.	Profesores	hrs psicologo Hrs. Médico			1 sesion educativa		Ps Ximena Gon´zalez. Dra. Mora. Pendiente
9.- Aumentar cobertura en la realización de exámenes preventivos: Efam-Empa	1.Aumentar según meta(50%) el número de usuarios a los que se les realiza el EFAM y así diagnosticar y referir oportunamente ante la alteración de algunos de los parámetros 2.Aumentar según meta(14% hombres y 20% mujeres) el número de usuarios a	1. Solicitar listado por sector de usuarios inscritos en este Cesfam para realizar citación por teléfono o terreno 2. Asistir a centros comunitarios y verificar la realización de los exámenes	Cesfam - sedes comunitarias	Grupo etáreo definido según programas	Hrs enfermeras Hrs internas			Efam: 776 Empa: hombre: 263 mujer:		Enf. Johana Moncada 83% 73,60%

	<p>los que se les realiza el EMPA y así</p> <p>detectar y referir oportunamente frente a la presencia de algún</p> <p>factor de riesgo cardiovascular</p>	<p>preventivos</p> <p>3. Coordinación con los distintos servicios de nuestro cesfam para realizarlos de manera espontánea</p> <p>4. Trabajar con la comunidad para la realización de estos exámenes en las sedes vecinales</p>		<p>efam: 65 años y más</p> <p>empa mujer: 45-64 años</p> <p>empa hombre: 20-44 años</p>	<p>de enfermería</p> <p>Hrs Técnicos paramédicos</p>	193			
10.- Aumentar compensación de personas con DM e HTA	<p>1. Aumentar según meta(38% dm; 63% Hta) la compensación</p> <p>de personas con Dm e Hta</p> <p>2. Educar a la población acerca de hábitos de vida saludable y autocuidado</p>	<p>1. Realizar controles periódicos con profesionales competentes según grado de compensación</p> <p>2. Realizar talleres comunitarios promocionales</p> <p>3. Toma de Hg glicosilada espontánea en box de atención</p>	Cesfam /centros comunitarios	<p>Grupo etáreo definido según programa</p> <p>15 años y más</p>	<p>Hrs enfermera</p> <p>Hrs internas de enfermería</p>	<p>Dm: 66 (175)</p> <p>Hta: 1006 (909)</p>		<p>Nut. Encargada programa</p> <p>Margarita Gonzalez</p>	<p>Cumplimiento 137 (78,2%)</p> <p>cumplimiento 904 (99,4%)</p>
11.- Aumentar cobertura de	1. Aumentar número de ingresos y seguimientos	1. Realizar controles con							

<p>usuarios que presentan patologías crónicas DM e Hta</p>	<p>de usuarios a programa cardiovascular y así disminuir sus complicaciones</p>	<p>profesionales responsables del programa 2. Entregar las prestaciones correspondientes según normativa 3. Rescate de inasistente si corresponde</p>	<p>Cesfam</p>	<p>Grupo etéreo definido según programa 15 años y más</p>	<p>Hrs enfermera Hrs medico Hrs nutricionista</p>	<p>Dm: 602 (525) Hta: 1325 (1325)</p>		<p>Nut. Encargada programa Margarita Gonzalez</p>	<p>cumplimiento 114,6% cumplimiento 111,2%</p>
<p>12.- Aumentar cobertura de usuarias a toma de PAP</p>	<p>1. Aumentar según meta(66%) el número de usuarias a las que se les realiza la toma de PAP y con ello la pesquisa precoz y derivación oportuna de Cacú a nivel de mayor complejidad</p>	<p>1. Realizar toma de pap espontánea a los grupos definidos 2. Citación por terreno a usuarias con pap atrasado o por repetir 3. Realizar sensibilización en centros comunitarios 4. Capacitar a asistentes comunitarias y así referir si corresponde</p>	<p>Cesfam /centros comunitarios</p>	<p>Grupo etéreo definido por programa 25-64 años</p>	<p>hrs matrona</p>	<p>69%</p>		<p>Matrona Pamela Donoso</p>	<p>% de cumplimiento 95 cobertura pap al 30-10-12: 65,9%</p>
<p>13.- Déficit desarrollo</p>	<p>1. Aumentar según meta(91%) el número de</p>	<p>1. Realizar durante control</p>							

psicomotor	niños a los que se les realizará el EEDP y con ello la pesquisa precoz y referencia oportuna de alteraciones en su desarrollo 2. Realizar rescate y seguimiento de los niños diagnosticados con riesgo	con enfermera a todos los niños de 18 meses 2. Rescatar según cartola los inasistentes	Cesfam	Grupo etéreo definido por programa 18 meses	hrs enfermera	92%		Enf. Programa Carolina Gajardo Nut.M .Gonzalez	pendiente % de cumplimiento
14.- Deterioro de Salud bucal	1. Aumentar según metas las altas odontológicas dadas a niños de 6 y 12 años, con el fin de prevenir y tratar (70%) oportunamente el daño dentario 2. Aumentar según metas las altas odontológicas dada a gestantes (60%) con el fin de prevenir el riesgo asociado a prematuraz	1.Realizar derivación espontánea a grupo etéreo definido 2. Entregar prestaciones odontológicas oportunamente 3. Rescate de inasistentes 4. Talleres educativos en autocuidado	Cesfam	Grupo etéreo definido por programa	Hrs Odontóloga	Alta : 6 y 12 años:70% gestantes 60%		Dra. Valentina Muñoz.	alta 6 años cumplimiento 97,9% alta 12 años cumplimiento 68,6% Primigesta cumplimiento 92,4%
15.- Dar cobertura a control sano adolescente	1. Aumentar según meta(5%) la cobertura de examen preventivo(ficha claps) entre los	1. Realizar ingreso a control mediante evaluación por	Cesfam	Grupo etéreo definido por programa	hrs enfermera	50		Nut: Margarita Gonzalez	100%

	adolescentes de 10-14 años, con el fin de pesquisar precozmente alteraciones en el	enfermera 2. Consejería espontánea por matrona en SS y RR 3. Entrega de citación para control con médico y cierre de ficha claps		10-14 años	hrs matrona				
	desarrollo, evaluar entorno social, y brindar consejería en SS y RR				hrs medico				

Actividades extras

16- Evaluación estado nutricional e intervenciones educativas en colegios Instrumento: nutricionista	Likan Antai: octubre - noviembre 2012 Escuela Araucarias de Chile: marzo 2012 Jardin Gabriela Mistral Jardin Infantil Quillaicito: septiembre 2012
17- Operativo de salud dedicado a la mujer entre 25-64 años Realizacion de PAP y EMPA Instrumento: matrona/enfermera	Realizado en la Unidad Vecinal N° 22 el dia 26/10/12

18- Intervencion
de Alimentacion
Saludable en
clubes de Adulto
Mayor
Instrumento:
nutricionista

Cadenas de corazones
(unidad vecinal 13):
9/8/12
Sagrado Corazon (unidad
vecinal 13) : 1-8-12
Amistad y Armonia
(unidad vecinal 38) :
14/8/12

4.-Nivel de Certificación como Cesfam según la última medición.

Pretensiones de avance en el modelo que tienen para este año.

En Septiembre de año 2010, se realizó la certificación sobre el grado de desarrollo de nuestro Cesfam, siendo evaluados con un desarrollo de nivel superior, el más alto alcanzado dentro de la comuna. Durante este periodo se han aplicado las pautas de certificación correspondientes a este nivel de avance, con lo que se confeccionó un plan de mejora continua a modo de mantener el nivel superior.

Esto se ha complementado con los procesos referentes con la acreditación de prestador modalidad Abierta.

5.-Capacidad resolutive de cada centro expresada en porcentaje de derivaciones (Interconsultas emitidas divididas por consultas de morbilidad totales.

	Interconsultas	Consulta morbilidad	% resolutiveidad
Enero	262	2.228	11,76
Febrero	175	2.423	7,22
Marzo	302	2.898	10,42
Abril	373	2.402	15,53
Mayo	202	2.089	9,67
Junio	241	2.950	8,17
Julio	273	3.046	8,96
Agosto	405	3.405	11,89
Septiembre	157	1.509	10,40
Octubre	258	1.808	14,27
TOTAL	2.648	24.758	10,70

a.-Actividad que estén realizando para mejorar la capacidad resolutive:

1. Realización de operativos liderados por el SSMN en la comuna, con objeto de revisar la pertinencia de las listas de espera.
2. Monitoreo mensual del grado de resolutiveidad, lo cual es socializado y analizado en reuniones médicas del CESFAM
3. Médico Triador, trabajando en RED asistiendo a reuniones de UGRL y encargo de mantener actualizado los protocolos existentes en el CESFAM
4. Financiamiento en campo para la compra de atención y adquisición de tecnología:

Eco abdominal, mamografías, tsh, endoscopia, cirugía menor (Área de salud tiene información general por centro)

6.- Analisis FODA con matriz FODA

Matriz FODA

	Fortalezas 1.-Equipo Comprometido con el Modelo de Salud Familiar y consolidado 2.-Cultura Institucional Instalada	Debilidades 1.-Alta Rotación Personal Médico y Enfermeras 2.-Falta de Box de Atención.
Oportunidades 1.-Comunidad Organizada (CDL) 2.-Apoyo SSMN y Ministerio de Salud 3.-Trabajo coordinado con las Redes	Potencialidades 1.- Trabajo de Cesfam de nivel Superior 2.- Mayores resultados Sanitarios y Cumplimiento de Metas e IAAPS 3.- Mayor resolutiveidad	Desafíos 1.- Trabajo coordinado y de mayor eficiencia de los horarios del Cesfam de 8 a 20 hrs(horario diferido) 2.-Motivar la permanencia de los profesiones médicos y Enfermera
Amenazas 1.-Incertidumbre del apoyo al Proceso de Acreditación (Gobierno Local)	Riesgos 1.- No obtener la Acreditación de prestador Ges modalidad Abierta 2.-Disminuir el grado de avance del Modelo de Salud Familiar	Limitaciones 1.-Menor satisfacción usuaria, y disminución de la cartera de servicios.

PLAN DE TRABAJO
ACREDITACIÓN GES CESFAM Alberto Bachelet

Introducción

En el marco de su política sanitaria, el Ministerio de Salud de Chile visa implementar un nuevo Sistema de Evaluación de la Calidad para los establecimientos de salud públicos y privados. Esta evaluación se basa en la implementación progresiva de una primera generación de estándares mínimos - definidos por el Ministerio de Salud en el Manual del Estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Abierta y Cerrada -, los que constituyen un punto de partida para la mejora del desempeño institucional de todo establecimiento de salud.

Este Plan de Trabajo refleja las actividades necesarias para identificar, desarrollar e implementar los cambios necesarios para cumplir con los estándares de calidad exigidos por el Ministerio de Salud. Las actividades a desarrollarse apuntan a adecuar el CEFAM Alberto Bachelet para la acreditación que ocurrirá en julio del 2014.

Propósito

El propósito de este documento es presentar el plan de trabajo que se basa en:

- El diagnóstico de las brechas existentes en el CESFAM Alberto Bachelet para cumplir con la Pauta de Cotejo y el Manual del Estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Abierta.
- Implementación de las mejoras identificadas, en los que se refiere a desarrollo de documentos, mejoras de infraestructura, suministro de materiales necesarios, capacitación de los recursos humanos, de manera a proporcionar las bases para la correcta actuación del CESFAM respecto los estándares de calidad requeridos.
- Aplicación de un control de calidad indispensable para asegurarse de que el CESFAM observa los criterios de calidad establecidos en Pauta de Cotejo y Manual del Estándar General para los Prestadores Institucionales de Atención Abierta.

Alcance

Este documento se aplica a todas las áreas y funciones del Centro de Salud Familiar Alberto Bachelet.

Planteamiento del Problema

Acreditación como prestador GES del Centro de Salud Familiar Alberto Bachelet a Junio de 2014.

Objetivo General

Al concluir la implementación de este Plan Trabajo, el CESFAM Alberto Bachelet habrá logrado presentar la solicitud de acreditación como prestador GES a Superintendencia de Salud (SIS).

Objetivos Específicos

- ➔ Lanzar el proceso de Acreditación en el CESFAM Alberto Bachelet, para involucrar y motivar todos los funcionarios del CESFAM en el proceso de acreditación.
- ➔ Generar un plan de mejoras de las características del estándar de calidad de atención abierta, con base en un diagnóstico del “estado del arte” de CESFAM respecto el proceso de acreditación, realizado previamente.
- ➔ Implementar Plan de Mejoras para cumplir con las necesidades identificadas al contrastar el estado del arte del CESFAM y las características del estándar de calidad de atención abierta.

- Socializar y validar con las áreas de trabajo y funcionarios del CESFAM las mejoras identificadas para dar lugar al compromiso de todos en su implementación y mantención en el tiempo.

- Realizar control de calidad de las mejoras implementadas y monitorear el cumplimiento de los estándares de calidad del proceso de Acreditación de Prestador GES.

Plan de Trabajo

- Leyenda: EC = Encargada Comunal
- GP = Asesor Externo
- Coord = Coordinadores
- RA = Responsable del Ámbito
- EqA = Equipo de trabajo del Ámbito
- Estado de Avance:
 - ■ Actividad Ejecutada
 - ■ Actividad en Desarrollo
 - ■ Actividad Atrasada

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
CONSTITUCIÓN EQUIPO DE GESTIÓN Y APLICACIÓN (EGA) E INDUCCIÓN AL PROCESO	Presentación del Proceso de Acreditación de Prestador GES + Firma de la Carta Compromiso	Director + Subdirector + Directora de Salud CORESAM + Encargada Comunal Acreditación de Prestador GES Carpeta del Coordinador (Pauta de Cotejo + Carta Compromiso)	Prestador Comunal	16.05.12	=	Carta Compromiso firmada + Equipo de Trabajo conformado + Calendario Fecha Reunión de Trabajo
INDUCCIÓN AL PROCESO PARA EQUIPO TÉCNICO CESFAM	Presentación del Proceso de Acreditación de Prestador GES	Equipo Técnico del CESFAM (jefes de sector + jefes de programa + jefes de SOME + Encargada de participación Social + Coordinador Médico) + EGA + Auditorio para 40 personas + datashow + refrigerio.	Prestador Comunal = convocatória + Auditorio + Logística EC+GP = Materiales	29.05.12	=	Sensibilización de los jefes de sector + jefes de programa + jefes de SOME + Encargada de participación Social + Coordinador Médico de cada CESFAM al Proceso de Acreditación Prestador GES
PLAN DE COMUNICACIÓN	Elaborar el Plan de Comunicación		GP + EC	22.05.12	30.05.12	Plan de Comunicación
DOCUMENTACIÓN	Definir formato de documentos (Procedimientos Formatos, Documentos Externos)	Modelos de otros Proyectos + Aprobación CORESAM y Director	GP + EC	30.05.12	27.06.12	Estructura y Formato del Sistema Documental
REUNIÓN DE TRABAJO EGA	Inducción al Levantamiento de Procedimientos y Validación del Plan de Comunicación	Coordinador + GP Material de Inducción + Plan de Comunicación	GP + EC	30.05.12	=	- Conceptos par Levantamiento de Procedimientos; - Responsables por Ámbito DP; - Plan de Comunicación OK.

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
INDUCCIÓN AL PROCESO DE ACREDITACIÓN PARA CONSEJO AMPLIADO CESFAMS	Presentación Acreditación de Prestador GES (15')	Participantes del Consejo Ampliado + EGA + Auditorio + datashow	Director	21.06.12	=	Sensibilización de Funcionarios del CESAFAM al Proceso de Acreditación Prestador GES
ÁMBITO DIGNIDAD DEL PACIENTE	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Veronica Ascui	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA	06/12	02/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Mejorar Infraestructura	Plan de Mejora	Coordinador	09/12	11/12	Infraestructura para funcionamiento del ámbito
	Adquisición de Material	Plan de mejora	Coordinador	09/12	11/12	Materiales para funcionamiento del ámbito
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	09/12	04/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	06/12	07/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando +	GP	11/12	07/13	Informe de Control de Calidad

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
		Registros				
Ámbito Calidad	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Verónica Ascui	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + GP	10/12	12/12	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	12/12	12/12	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	01/13	07/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	07/13	07/13	Informe de Control de Calidad
Ámbito Gestión Clínica	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Verona Méndez	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + Evelyn Vargas + Patricio Lavra + Karina Zamora	09/12	03/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado	RA	10/12	04/13	Personal Capacitado para el

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
		en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito				funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	11/12	05/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	11/12	06/13	Informe de Control de Calidad
Ámbito Acceso, Oportunidad y Continuidad	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Evelyn Vargas	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + Dr. Gualpa + Karina Zamora	09/12	01/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	10/12	02/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	11/12	05/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	01/13	06/13	Informe de Control de Calidad

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
Ámbito Recursos Humanos	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Yessy Payacán	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + Sandra Zavala + Danica Salazar	09/12	10/12	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	10/12	12/12	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	10/12	07/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	01/13	07/13	Informe de Control de Calidad
Ámbito Registros	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Lorena Vega	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + Ignacio Maripangui + Lucía Fernandez	09/12	05/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	10/12	06/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	11/12	06/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	12/12	07/13	Informe de Control de Calidad
Seguridad de Equipamiento	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Yessy Payacán	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + Claudio Lagos + Luci de Freitas	09/12	01/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	10/12	02/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	12/12	05/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	05/13	07/13	Informe de Control de Calidad

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
Seguridad de Instalaciones	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Lucía Fernández	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + Claudio Lagos	11/12	03/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Adquisición de Material	Plan de mejora	Coordinador	11/12	04/13	Materiales para funcionamiento del ámbito
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	01/13	04/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	12/12	07/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	06/13	07/13	Informe de Control de Calidad
Servicios de Laboratorio Clínico	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Evelyn Vargas	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos +	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor +	Coordinador + RA	03/13	04/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
	indicadores)	prácticas existentes.				
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	04/13	04/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	04/13	06/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	05/13	07/13	Informe de Control de Calidad
Servicio de Farmacia	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Elsa Rojas	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA	09/12	01/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	10/12	01/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	11/12	04/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	01/13	04/13	Informe de Control de Calidad
Servicio de Esterilización	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable	Evelyn Vargas	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
	de Ámbito					DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA + Luci de Freitas	02/13	03/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Adquisición de Material	Plan de mejora	Coordinador	02/13	06/13	Materiales para funcionamiento del ámbito
	Mejora de Infraestructura	Plan de mejora	Coordinador	02/13	06/13	Materiales para funcionamiento del ámbito
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	06/13	06/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	06/13	07/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	07/13	07/13	Informe de Control de Calidad
Servicio de Transporte de Pacientes	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Danica Salazar	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA	11/12	01/13	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado	RA	02/13	02/13	Personal Capacitado para el

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
		en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito				funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	03/13	03/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	11/12	03/13	Informe de Control de Calidad
Servicios de Imagenología	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de Ámbito	Verona Méndez	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA	10/12	11/12	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	12/12	12/12	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	01/13	02/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	12/12	02/13	Informe de Control de Calidad
Servicio de Kinesioterapia	Plan de Mejora	Modelo Plan de Mejora	GP + Coordinador	06/12	08/12	Plan de Mejora
	Elegir Responsable de	Sandra Zavala	Coordinador	06/12	08/12	Responsable del ámbito DP

ETAPA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLE/ PARTICIPAN	FECHA INICIO	FECHA FIN	RESULTADO
	Ámbito					
	Sistema Documental (levantamiento, formalización y validación de procedimientos + indicadores)	Documentos existentes respecto al ámbito (normas, procedimientos documentados, formatos, etc.) + Plan de Mejor + prácticas existentes.	Coordinador + RA	11/12	12/12	Procedimiento Documentado + Documentos para el funcionamiento del ámbito.
	Capacitación	Personal CESFAMs involucrado en ámbito + Documentos para el funcionamiento del Ámbito	RA	01/13	01/13	Personal Capacitado para el funcionamiento del ámbito
	Marcha Blanca	Personal Capacitado en los procedimientos + Infra estructura adecuada + Materiales suficiente	RA	02/13	04/13	Procedimientos funcionando + Registros de Calidad
	Control de Calidad + Aplicación de Correcciones	Pauta de Cotejo + Procedimientos funcionando + Registros	GP	05/13	05/13	Informe de Control de Calidad

**PLAN DE SALUD
CESFAM
DR. LUCAS SIERRA**



ELABORADO: DIRECTORES; REVISADO: DIRECTOR AREA DE SALUD

**ENFERMERA NIEVES MORA
DIRECTORA (S) CESFAM LUCAS SIERRA**

PRIORIZACION EN SALUD Intervenciones para cada problema priorizado

<i>Nivel de intervención</i>	<i>Promoción</i>	<i>Prevención</i>	<i>Tratamiento precoz</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>rehabilitación</i>
Problemas priorizado					
CA MAMAS	-Visita a la radio comunal (2 al año). -Educación en Unidades Vecinales (2 en el año). -Educación en sala de espera y paneles educativos mensual sobre pesquisa precoz Ca mamas.	Solicitar MX por convenio a mujeres dentro del rango etario y con factores de riesgo. -Sugerir MX a mujeres de 35 y más años como screening. -Indicación y educación del autoexamen mamario. -Mantener la vigencia del EFM y	Derivación a nivel 2°	Nivel 2° y/o 3°	Nivel 3°

		MX (convenio o no).			
DISLIPIDEMIA Y OBESIDAD INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> - Visita a la radio comunal (2 al año). -Educación en Unidades Vecinales (2 en el año). -Educación en sala de espera y paneles educativos con cuadro de rotación mensual Sobre Obesidad Infantil y Dislipidemia Panel educativo en unidades vecinales (Elaborado por el equipo en conjunto con el cdl con cuadro rotación a cargo del CDL Ferias de salud "Estilos de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres de actividad física a menores que presentan obesidad y/o Dislipidemia. Sesiones educativas a familiares y/o cuidadores de los menores que presentan riesgo de ECNT. -Aplicación de Fichas CLAP a los menores entre 10-14 años Por enfermera y médico a los menores pertenecientes al CESFAM Dr Lucas Sierra 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación nutricional a través del método antropométrico (utilizando las tablas correspondientes según rango de edad) -Evaluación de perfil lipídico y glicemia mediante método bioquímico (toma de Col total, LDL , HDL ,TG) -Reevaluación antropométrica a lo menos 3 veces al año y reevaluación bioquímica a lo 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento médico según corresponda Derivación a nivel 2°según cada caso en particular 	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a Unidad de pediatría, según indicación médica

	saludable” en colegios y jardines dirigido a menores, docentes y personal no docente del establecimiento, a cargo de internos de Nutrición y dietética, con supervisión de docente guía.		menos 2 veces en el año.		
DIABETES	<ul style="list-style-type: none"> - Visita a la radio comunal (2 al año). -Educación en Unidades Vecinales (2 en el año). -Educación en sala de espera y paneles educativos con cuadro de rotación mensual Panel educativo en unidades 	<ul style="list-style-type: none"> . Talleres de actividad física Talleres educativos a familias de riesgo Examen de salud preventivo del adulto Consejerías de alimentación saludable Taller familiar con pacientes DM 	<ul style="list-style-type: none"> Glicemia capilar cada control Glicemia venosa anual Hemoglobina glicosilada a lo menos 2 en el año 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento farmacológico según indicación médica. 	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a unidad diabetes de hospital base, según indicación médica

	vecinales (Elaborado por el equipo en conjunto con el cdl con cuadro rotación a cargo del CDL)				
ITS	<ul style="list-style-type: none"> -Visita a la radio comunal (2 al año). -Educación en Unidades Vecinales (2 en el año). -Educación en sala de espera y paneles educativos mensual sobre ITS y SIDA. -Visita a colegios 7° Y 8°. Feria de promoción de estilos de vida saludable 	<ul style="list-style-type: none"> --Consejería ITS / SIDA a todo usuario que lo solicite. -Solicitud de VDRL y test ELISA a quien lo solicite. -Realizar test ELISA a toda embarazada que ingresa a control. -Realizar 3 VDRL a toda embarazada en control. -Entrega de preservativos a adolescente que soliciten consejería ITS, según stock 	<ul style="list-style-type: none"> -Iniciar tto a embarazadas con VDRL +, por medico. -Tto. con médico del CESFAM por VDRL + no embarazadas y otras ITS si corresponde. -Derivación a nivel 2°. 	Nivel 2° y/o 3°	Nivel 3°
ALCOHOL Y DROGAS	Visita a la radio comunal (2 al año).	-Intervenciones Preventivas en personas que	Ingreso a tratamiento en el programa de	Derivación a Nivel Secundario (COSAM)	Derivación a Instituto Psiquiátrico para

	<p>-Educación en Unidades Vecinales (2 en el año).</p> <p>-Educación en sala de espera y paneles educativos con cuadro de rotación mensual Sobre pesquisa . Panel educativo en unidades vecinales (Elaborado por el equipo en conjunto con el cdl con cuadro rotación a cago del CDL</p> <p>Ferias de salud de estilos de vida saludable en colegios y jardines, a cargo de equipo de salud mental y cdl</p>	<p>tengan consumo de riesgo,</p> <p>-Pesquisada a través del instrumento AUDT en todos los controles de salud.</p> <p>-Talleres preventivos para personas con consumo de riesgo a cargo de técnico en rehabilitación durante todo el año.</p>	<p>oh y drogas, atenciones individuales con psicólogo, médico y asistente social y taller multifamiliar</p>		<p>desintoxicación ambulatoria y tratamiento</p>
--	--	---	---	--	--

ENCUESTA SATISFACCION USUARIA

Encuesta satisfacción usuaria

Entregar Evaluación cuantitativa y cualitativa de la encuesta:

Se aplicaron encuestas, de este universo el 20% corresponde al sector verde, 33% sector amarillo, 47% del azul, estas encuestas se realizaron al azar.

Dispersión de la encuesta:

74% mujeres, 26% varones

Nivel educacional

Accesibilidad.-

el 60% lo considera de muy fácil acceso no requiriendo locomoción y el 20% accede en locomoción pública.

Oportunidad de la atención.-

El 37% obtiene su hora en el Some del sector, el 34% a través de citación previa, 22 % a través de la línea telefónica

En cuanto a la facilidad de obtener hora el 41% ni fácil ni difícil, 34% muy fácilmente, pero aún el 25% tiene mucha dificultad.

En relación a la oportunidad de obtener hora toma gran relevancia la atención medica ya que el 64% refiere ser de difícil acceso, a diferencia de los otros profesionales

Calidad de la atención.

SOME CENTRAL

Tiempos de espera:

El 45% lo considera regular el tiempo esperado, 24% entre bueno y muy bueno.

Trato y cortesía:

Entre bueno y muy bueno un 34%, regular un 28%, existiendo aún un 13% que se siente insatisfecho catalogando la atención como mala.

48% cataloga clara la información y encontró solución a su problema

Evaluación servicios OIRS

El 60% considera bueno el trato la cortesía y la claridad en que se entrega la información.

Atención recibida en los box clínicos:

Más del 60% de los usuarios consideran entre bueno y muy bueno el trato la cortesía y la claridad en que se entrega la atención en el box.

Farmacia:

Más del 50% de los usuarios evalúan como buena o muy bueno el trato y la cortesía como la claridad de la información.

Evaluación de la infraestructura

Entre lo más significativo para los usuarios son los baños

Cantidad de baños el 40/% considera insuficientes y el aseo de estos 47% considera entre malo y muy malo.

Seguridad

En relación actos delictuales y las medidas de seguridad del CESFAM el 50% de los usuarios encuestados las considera insuficientes.

Calificación del CESFAM:

El 55% de los usuarios le coloca entre 5 y 7

En cuanto a lo que esperaba de su atención el 35% recibió más de lo esperado y el 49 % recibió lo que esperaba.

EL 84% no se siente discriminado, siente protegida su privacidad y su confiabilidad.

Diagnostico participativo
Priorización de problemas realizadas por la comuna

<i>1.- Problema Sanitario</i>	<i>Estrategias</i>
HTA	Educación a grupos organizados de la Comunidad (centros de madres, grupos de adultos mayores ,unidades vecinales)
DM	Educación a grupos organizados de la Comunidad (centros de madres, grupos de adultos mayores ,unidades vecinales)
CA	Educación a grupos organizados de la Comunidad (centros de madres, grupos de adultos mayores ,unidades vecinales)
OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA	Educación a grupos organizados de la Comunidad (centros de madres, grupos de adultos mayores ,unidades vecinales)

2.- Rol de la comunidad	Estrategias
.INFORMARSE	<ul style="list-style-type: none"> Educar a los dirigentes vecinales ya que estos tienen contacto con todos sus vecinos
Coordinación con CESFAM	<ul style="list-style-type: none"> Generar instancia intervención en clubes o grupos como también en instancias de organizaciones de mayores como uniones comunales.
Gestionar coordinación con el CESFAM	<ul style="list-style-type: none"> Operativos comunales Establecer catastros de necesidades de salud de su población
3.- Problemas que la comunidad identifica en el CESFAM	Estrategias

<ul style="list-style-type: none">• Horas por teléfono	<ul style="list-style-type: none">• Refuerzo de líneas telefónicas en horario de mayor demanda
<ul style="list-style-type: none">• Indigentes	<ul style="list-style-type: none">• ,carta con firmas de todos los usuarios
<ul style="list-style-type: none">• Baños	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar mantención, cooperando con el aseo

ANALISIS FODA CON MATRIZ FODA

	<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F1: Equipo de Salud capacitado en salud familiar - F2: Buen clima laboral - F3: Existencia de sapu en cesfam - F4 :Equipo propositivo y comprometido en cumplimiento de los objetivos - F5: Existe un plan comunal de salud establecido anualmente 	<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- falta de trabajo con la comunidad 2.-cominuidad poco cercana al equipo de salud del Cefam 3.-funcionarios resistentes al cambio 4.-deficiencia en actividades de autocuidado 5.-subvaloración de actividades extramurales y preventivas 6.-poca difusión de actividades realizadas 7.-insuficientes horas médicas 8.-infraestructura inadecuada 9.-deficiente manejo de sistema informativo 10.-inexistencia de sistema informativo en SAPU
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> 01- Gobierno comunal comprometido con la ejecución del modelo. 02-Grupos comunitarios establecidos y organizados. 03- existencia de redes intersectoriales 04- convenios con Universidades e institutos que facilitan el cumplimiento de 	<p>Potencialidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - O1F1: Gobierno Comunal comprometido con el modelo de salud familiar, lo que favorece la capacitación continua de los funcionarios. - O1F4: Gobierno comunal comprometido con el modelo de salud familiar, motiva al mayor compromiso de los funcionarios 	<p>Desafíos</p> <ul style="list-style-type: none"> - O1D1: Mejorar por parte del equipo de Salud la integración en la comunidad, ya que existe un Gobierno Comunal comprometido con el modelo de salud familiar - O1D2: Motivar a los funcionarios resistentes al cambio a trabajar con el modelo de salud familiar, ya que existe un Gobierno Comunal comprometido con

<p>metas y programas 05- existencia de CDL. 06- Presencia de sistema informático de cesfam</p>	<p>en el logro de la metas. - 01F3: Gobierno comunal comprometido con el modelo de salud familiar favorece la existencia de los SAPU para la mejor resolutivez de los problemas de salud de la población - 01F5: Gobierno comunal comprometido con modelo de salud familiar favorece la existencia del Plan comunal de salud - 02F1: Grupos comunales establecidos y organizados permite conocer el modelo de salud familiar del Cesfam y favorece el desarrollo del modelo.- - 02F4: Equipo de salud comprometido facilita el trabajo con grupos comunitarios organizados. - 03F1: Existencia de redes intersectoriales se potencia con el personal capacitado, para brindar una mejor atención a los usuarios. - 04F1: El convenio con Universidades e Institutos y el personal capacitado favorece el cumplimiento de las metas. - 04F4: La existencia de alumnos de Universidades e Institutos además del equipo comprometido favorece la atención de usuarios. - 05F1: La existencia de CDL y personal capacitado en salud familiar facilita el trabajo integrado.</p>	<p>el modelo de salud familiar - 01D3: Mejorar las actividades de auto cuidado, ya que existe un Gobierno comunal comprometido en Salud Familiar. - 01D4: Realizar más actividades comunitarias, ya que existe un Gobierno comunal comprometido en Salud Familiar. - 01D7: Mejorar la oferta de trabajo para los médicos y así aumentar las Hrs medicas disponibles en el Cesfam, con el apoyo del Gobierno Comunal comprometido en salud familiar -01D8: Mejorar la infraestructura del Cesfam, ya que existe un Gobierno comunal comprometido en Salud Familiar. - 02D1: Externalizar actividades del Cesfam en Sedes sociales, ya que existen grupos comunitarios organizados - 02D2: Mejorar el trabajo entre el equipo de Salud y la comunidad, con el apoyo de los grupos comunitarios organizados - 02D4: Aumentar actividades de auto cuidado en la comunidad, con el apoyo de los grupos comunitarios organizados - 02D6: Difusión de actividades del Cesfam con la ayuda de los grupos comunitarios organizados - 02D8: Mejorar la infraestructura del Cesfam para otorgar un espacio adecuado para el trabajo de los grupos comunitarios organizados. - 03D4: Realizar actividades de auto cuidado utilizando las redes intersectoriales.</p>
--	---	--

	- O6F1: La presencia del sistema informático en conjunto con el personal capacitado mejora la atención de los usuarios y el clima laboral.	- O6D9. Como desafío es aumentar el manejo del sistema informático que existe en el cesfam. - O6D10 Se debe implementar en sistema rayen existente en la comuna en los saps
<p>Amenazas</p> <p>A1- Desconocimiento del presupuesto del cesfam.</p> <p>A2- Existencia de factores de contaminación ambiental.</p> <p>A3- Falta de conocimiento del modelo de salud familiar de parte de la comunidad.</p> <p>A4-Existencia de delincuencia y drogodependencia en algunos sectores que hace inseguro el trabajo en terreno.</p>	<p>Riesgos</p> <p>-A1F4: el desconocimiento del presupuesto del cesfam puede limitar el cumplimiento de los objetivos.</p> <p>-A3F3: La falta de conocimiento del modelo de salud familiar de parte de la comunidad limita la motivación de los funcionarios en cumplimiento de los objetivos.</p>	<p>Limitaciones</p> <p>A3D4:La falta de conocimiento del modelo de salud familiar limita la realización de actividades de autocuidado</p> <p>A4D5. La existencia de delincuencia y drogodependencia limita la realización de actividades extramurales.</p>

**PLAN DE TRABAJO
COMPROMISO DE GESTIÓN DE CALIDAD
ACREDITACIÓN
CESFAM LUCAS SIERRA – CONCHALI**

Plan de trabajo realizado para responder al compromiso de Gestión de Calidad

**VERSIÓN 1.0
SEPTIEMBRE 2012**

PLAN DE TRABAJO

INTRODUCCIÓN

El presente Plan de Trabajo responde, estructura e informa respecto del compromiso de Gestión de Calidad en el contexto del Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Abierta, con el propósito de dar cumplimiento en fechas determinadas a la Garantía Explícita de Calidad.

A través de este Plan de Trabajo se pretende organizar y llevar a cabo medidas de implementación de los Estándares Generales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención abierta y de esta forma ingresar al sistema de acreditación que administra y fiscaliza la Superintendencia de Salud, de modo de transparentar el cumplimiento de prácticas clínicas seguras en las prestaciones realizadas y comenzar a hacer efectiva la Garantía de Calidad establecida en la Ley 19937.

Para este fin, se establecerán y llevarán a cabo etapas progresivas de cumplimiento de este Plan de Trabajo, las cuales se evaluarán bimensualmente a través de mediciones graduales e incrementales del cumplimiento de las Características Obligatorias y No Obligatorias definidas en el Manual de Acreditación de Estándares Generales de Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Abierta. Asimismo, se considerarán planes de Acción a partir de los cuales se mantendrá el cumplimiento de esos estándares, con el fin de lograr, mantener y conservar esta acreditación.

PROPÓSITO

- El propósito de este documento es dar cuenta de este plan de trabajo que tiene como objetivo el logro de la Acreditación de Prestador Institucional de Atención Abierta, para lo cual se establecerán metas y cronograma de actividades a realizar.

ALCANCE

- El documento da cuenta del proceso de Acreditación que se llevará a cabo en el Cesfam Dr. Lucas Sierra de la Comuna de Conchalí.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Acreditación como prestador GES del Cesfam Dr. Lucas Sierra a Junio de 2014

OBJETIVO GENERAL

- Al concluir la implementación del Plan Trabajo, el Equipo de Salud del Cesfam Dr. Lucas Sierra habrá logrado presentar la solicitud de acreditación de prestador GES a Superintendencia de Salud (SIS).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico preliminar en el Cesfam Dr. Lucas Sierra del proceso de acreditación de prestador GES de atención abierta de baja complejidad.
- Generar un plan de mejoras de las características Obligatorias y No Obligatorias de Estándar de Calidad de Atención Abierta de baja complejidad, aplicables a Cesfam Dr. Lucas Sierra
- Implementar Plan de mejoras de las características Obligatorias y No Obligatorias de Estándar de Calidad de Atención Abierta de baja complejidad, aplicables a Cesfam Dr. Lucas Sierra

- Socializar y validar con los equipos involucrados del Cesfam Dr. Lucas Sierra el Plan de mejoras de las características Obligatorias y No Obligatorias de Estándar de Calidad de Atención Abierta de baja complejidad.
- Monitorear bimensualmente el cumplimiento del Plan de Mejoras para el Proceso de Acreditación de Prestador GES del Cesfam Dr. Lucas Sierra, a partir del mes de Enero del año 2013.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROCESO DE ACREDITACIÓN CESFAM DR. LUCAS SIERRA - CONCHALÍ. PERIODO 2012 - 2013 (ANEXO 1)

Para responder a este propósito, se realizó un cronograma, el cual se muestra adjunto como Anexo 1, que muestra las actividades realizadas desde Junio 2012 y aquellas por realizar hasta el mes de Diciembre 2013, en el contexto del Proceso de Acreditación del Cesfam Dr. Lucas Sierra.

GLOSARIO

- DP : Dignidad del Paciente
CAL : Gestión de Calidad
GCL : Gestión Clínica
AOC : Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
RH : Competencias del Recurso Humano
REG : Registros
EQ : Seguridad del Equipamiento

		CRONOGRAMA ACREDITACIÓN CESFAM LUCAS SIERRA 2012 - 2013																			
SUBTAREAS	RESPONSABLE	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
APLICACIÓN NORMA TÉCNICA BÁSICA NTB ATENCIÓN ABIERTA	Gissele Cazor Equipo gestor	X																			
ENTREGA PRESUPUESTO DE BRECHAS NTB	Gissele Cazor		X																		
CONSTITUCIÓN EQUIPO GERENCIAL	Dirección				X																
SOCIALIZACIÓN PROCESO DE AUTORIZACIÓN SANITARIA	Subdirección				X																
SOCIALIZACIÓN PROCESO DE ACREDITACIÓN	Encargado de Calidad				X																
CONSULTORIAS SOBRE EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN	Giselle Cazor				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EJERCICIO SOLICITUD DEMOSTRACIÓN	Comité Gerencial Cefam					X															

PLAN DE SALUD CESFAM SYMON OJEDA



DIRECTORA DR.SYMON OJEDA: ENFERMERA CAROLINA MUÑOZ

Solicitud de Datos para Plan de Salud Comunal Symon Ojeda

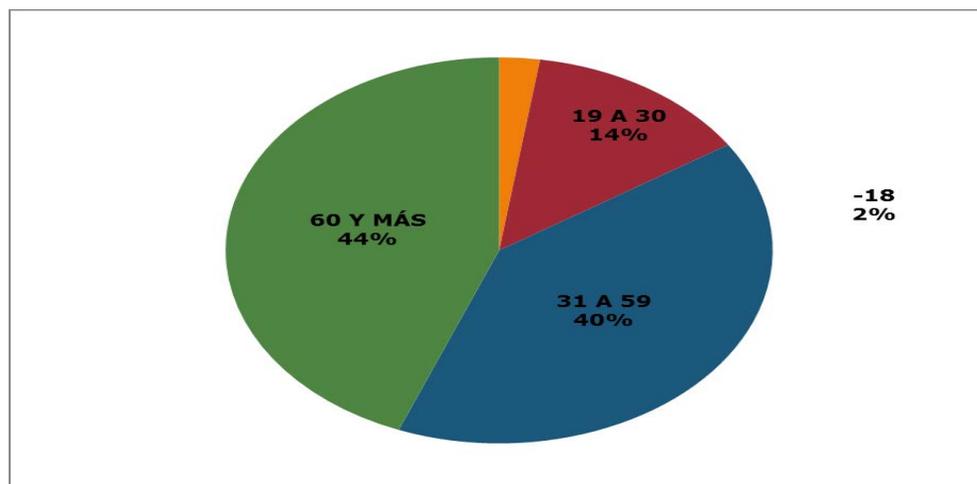
1.-Encuesta Satisfacción Usuaría

Se aplica a un Universo de 300 pacientes y realiza esta acción las internas de enfermería y Nutrición, en un tiempo de una semana.

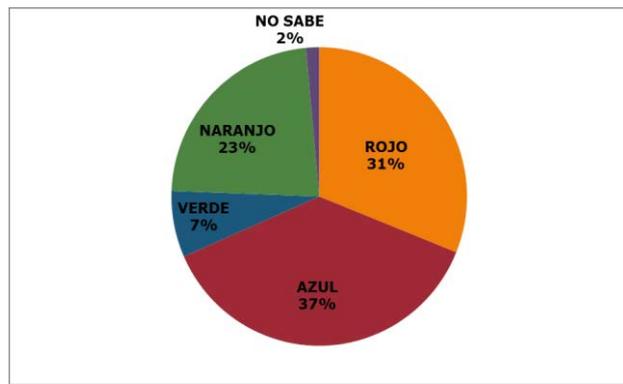


Un 77% corresponde al sexo femenino.

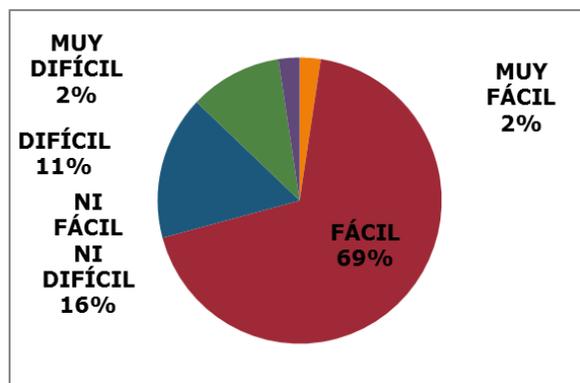
Rangos Etáreos: Un 44 % corresponde a AM



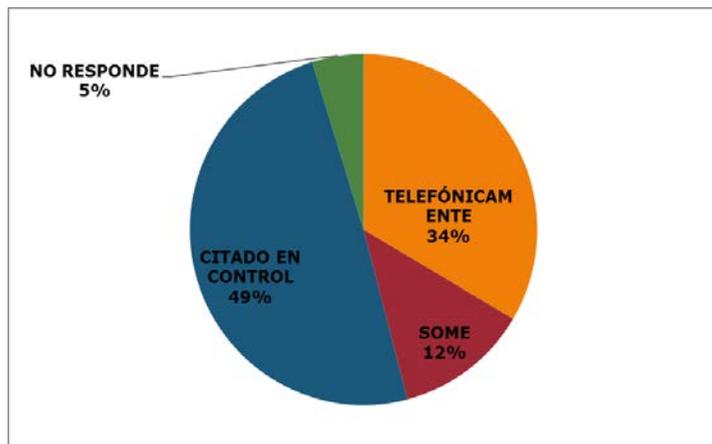
El sector azul es quien más población acoge 37%



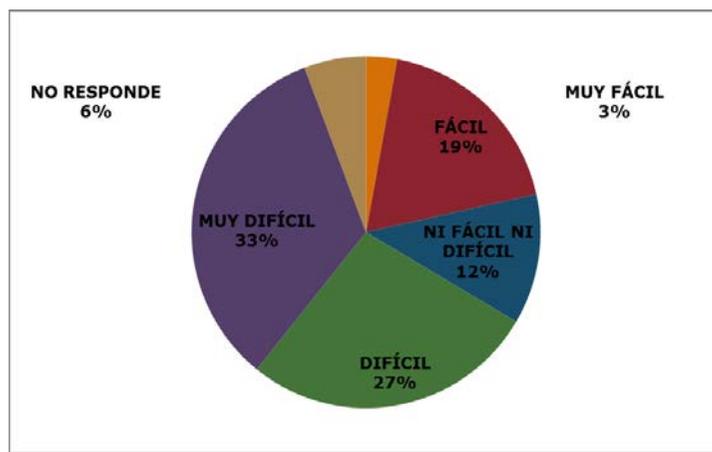
Un 69% refiere que es fácil llegar al Cefam



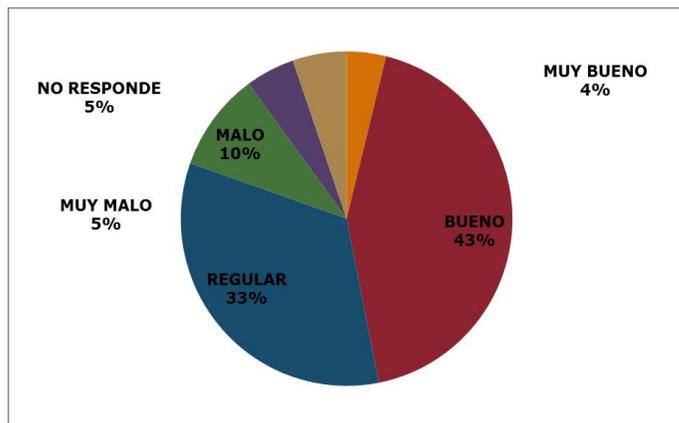
Un 34 % acude habiendo solicitado hora por línea 800



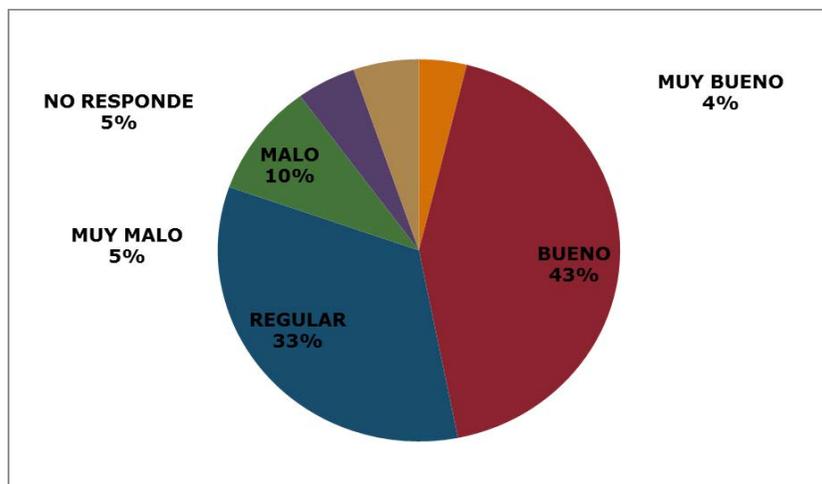
Un 60% cree que obtener hora con medico es muy difícil o difícil



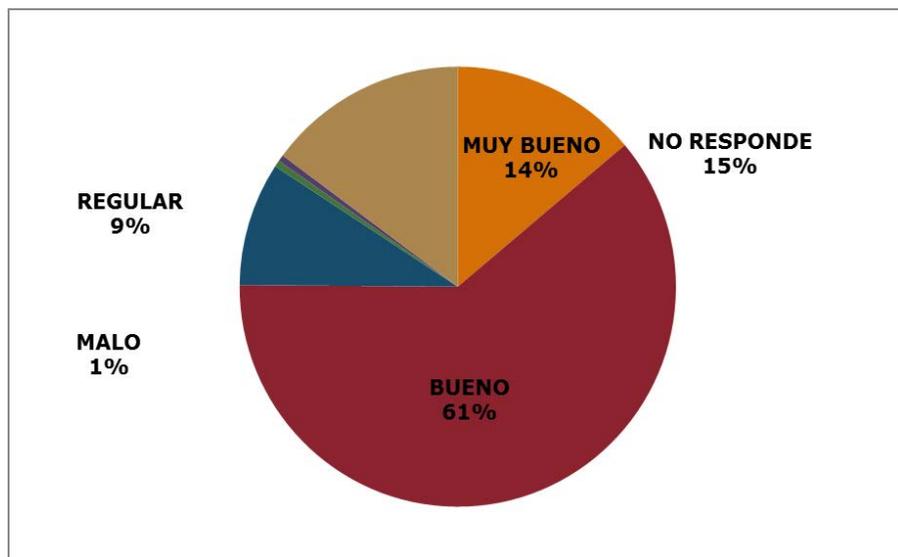
Un 47% piensa que el tiempo de espera es muy bueno o bueno



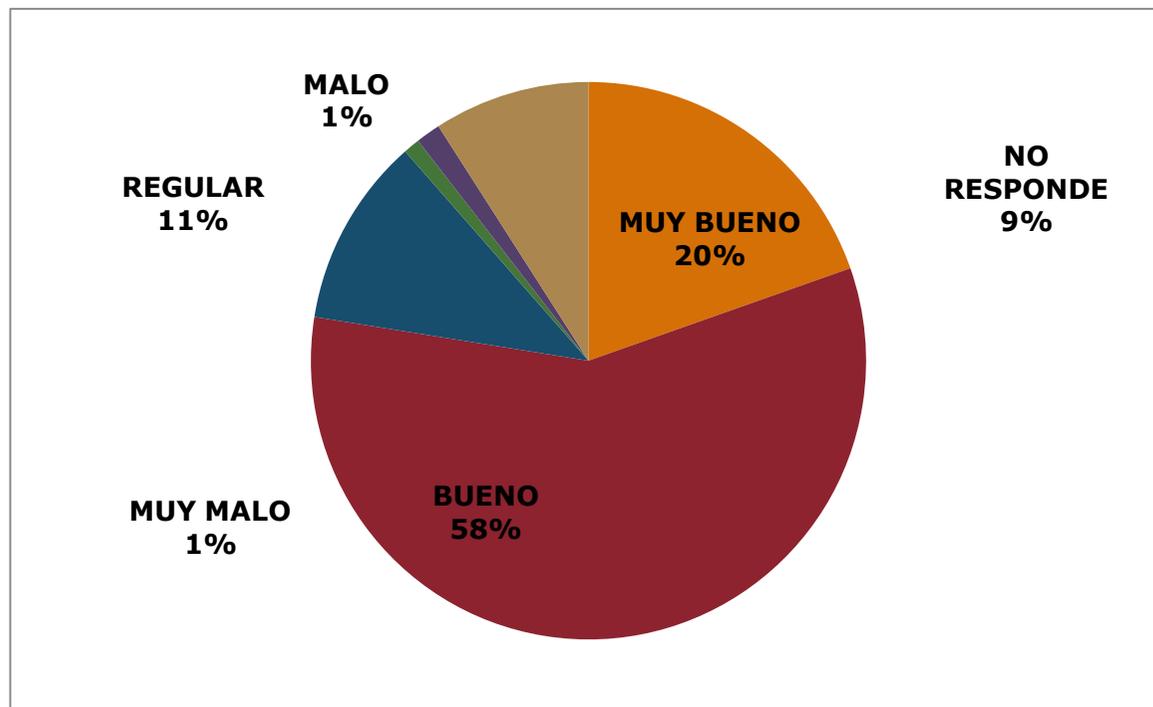
Un 77 % dice que soluciono su problema



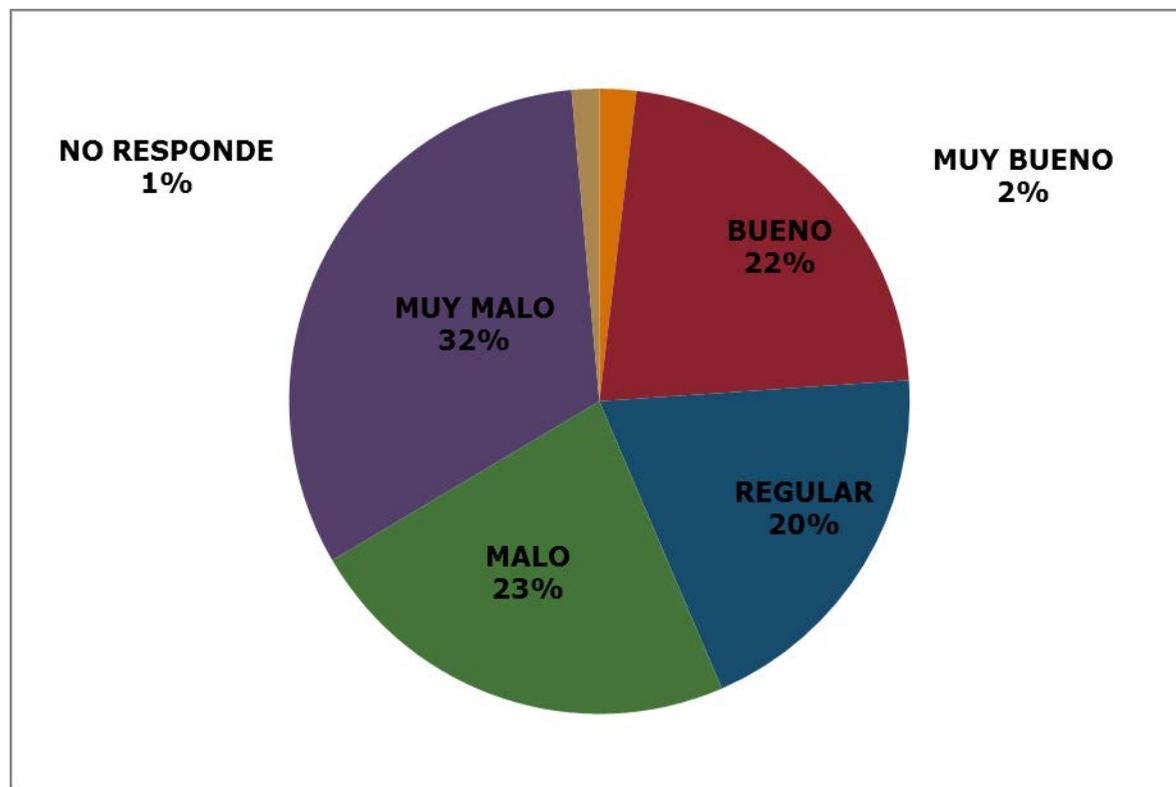
Un 76% piensa que la atención en tratamiento es buena



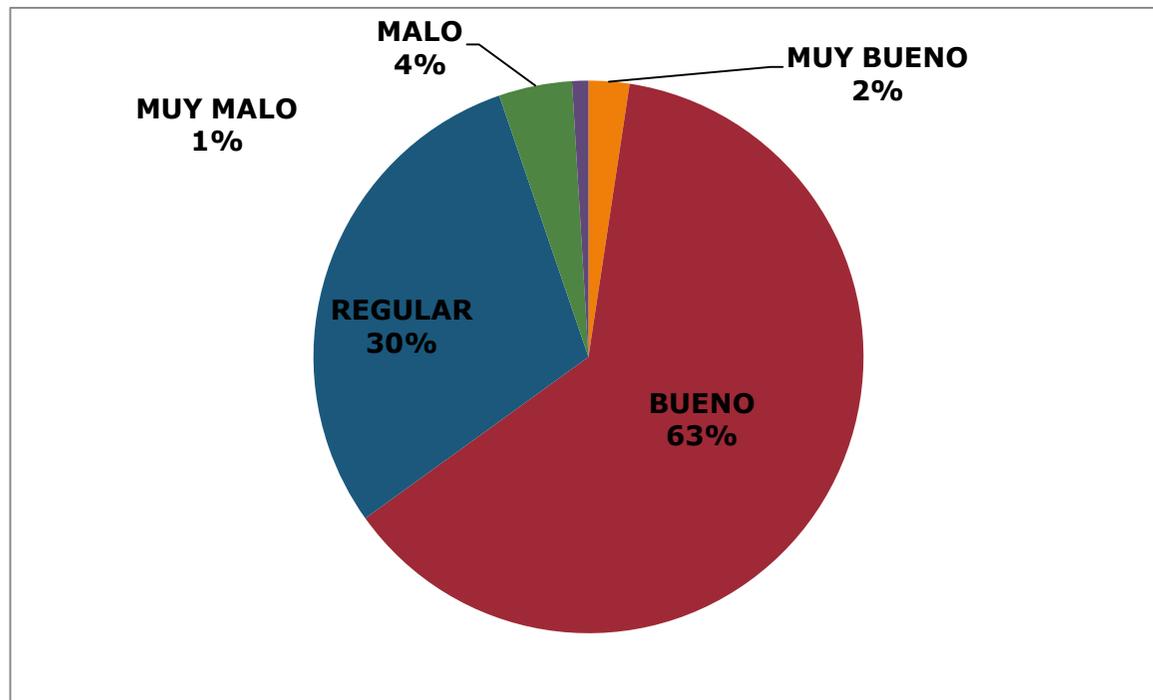
Un 78% piensa que la atención en Farmacia es Muy buena o buena



Un 62% piensa que el número de baños es poco.



Un 44% piensa que la limpieza de los baños es buena o muy buena



Un 65 % piensa que el CESFAM es bueno o muy bueno

2.-Diagnostico Participativo

a.-Plan de trabajo

Octubre de 2012

Definición de la fechas (a realizar el 7 de Noviembre de 2012)

Solicitud del Auditorio

Definición de las personas a invitar (unidades, centros de actividad comunal)

b.- Priorización de problemas realizadas por la comuna

1.- Dación de horas por línea 800

2.- Ausencia de especialistas

3.- Trato

c.- Propuesta de Mejora

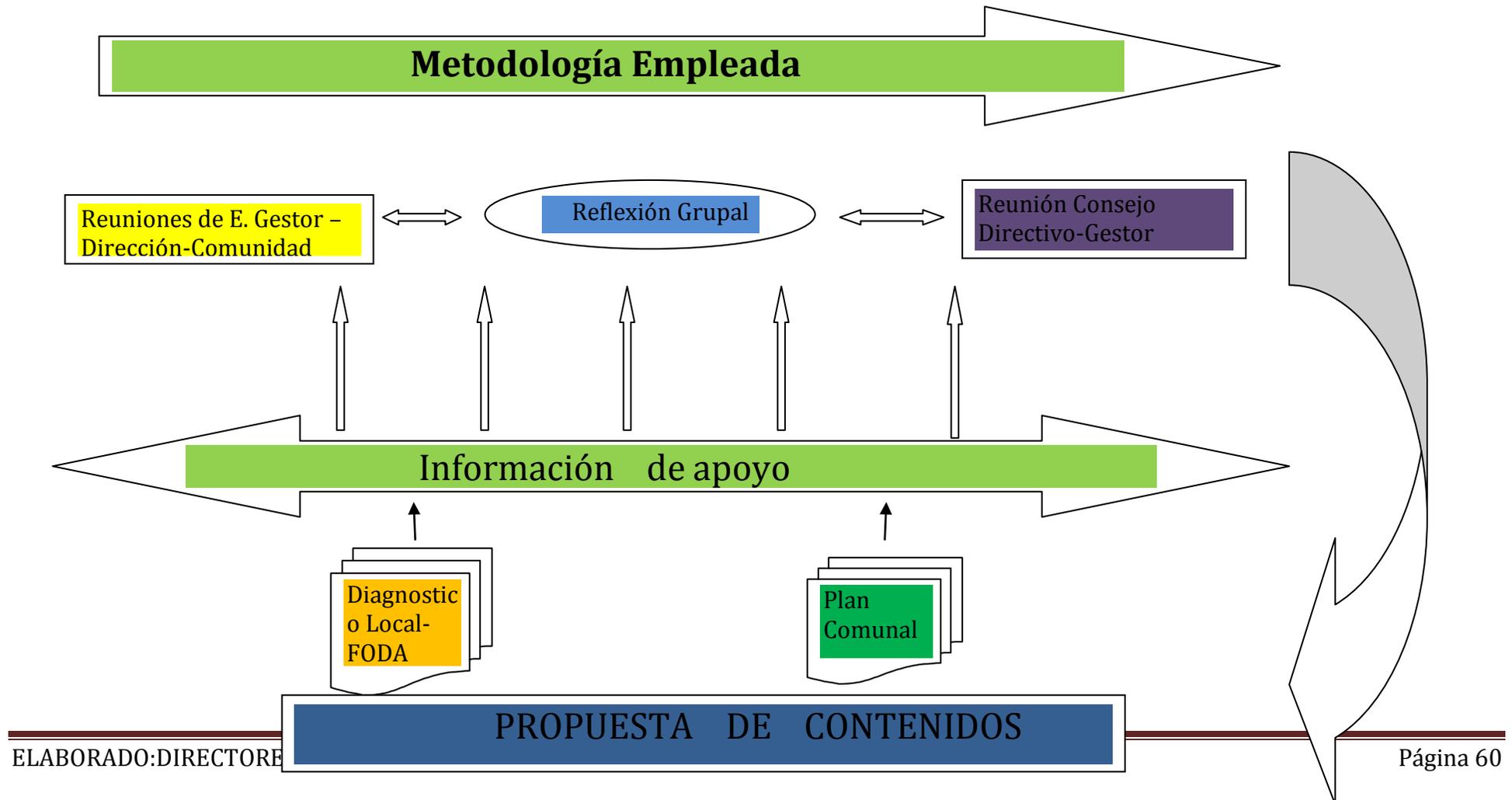
.- Respetar horario de inicio de línea 800.

-Procurar completar horas médicas faltantes.

-Mantener personal idóneo y preparado

3.-Matriz Decisional de problemas sentidos por el equipo de salud como prioritario de cada equipo de salud (incluir problemas que no estén en la metas ni IAPPS)

DEFINICION DE LINEAS ESTRATEGIGAS



LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Las principales líneas de actuación futura para el CESFAM a las que se deben referir la mayoría de las actividades y proyectos que aborde debieran ser :

L.E. 1: La adecuación técnica y de la oferta de servicios a las necesidades de la población.

L.E. 2: El trato adecuado y respetuoso a los pacientes.

L.E. 3: La política de excelencia hacia las personas como expresión del compromiso de la Organización con sus funcionarios

L.E. 4: El logro de una atención segura, ágil, resolutive, y eficiente

L.E. 5: La innovación y desarrollo en sistemas de información para la mejora del funcionamiento del Centro en todos sus ámbitos de acción.

L.E. 1:

LA ADECUACIÓN TECNICA Y DE LA OFERTA DE SERVICIOS A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO

➤ Lograr la permanente adaptación de la oferta de servicios que presta el CESFAM a las necesidades De salud de la población que atiende, promoviendo en su ámbito el desarrollo de las mejores Técnicas, procedimientos y conocimientos que la evidencia científica disponible sugiera.

Acciones

- Adquirir conocimiento sobre la evolución de la demanda asistencial de acuerdo a momentos epidemiológicos
- Aportar estrategias para la mejora de los procesos relacionados con la adecuación diagnóstica y terapéutica
- Incrementar la resolutivez: tiempos, evidencia y coordinación
- Procurar la excelencia en los resultados de la asistencia
- Gestionar adecuadamente los recursos económicos, de infraestructura y humanos
- Orientar la programación de las actividades hacia la atención de grupos en riesgo biopsicosocial.

L.E. 2: EL TRATO ADECUADO Y RESPETUOSO A LOS PACIENTES

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO

- Lograr un ambiente agradable hacia los pacientes y sus familiares, donde sea evidente la prioridad

Que se concede al respeto a sus valores, y derechos, a la confidencialidad de

Sus datos personales y de salud, a su capacidad de decisión sobre las diferentes alternativas

Diagnósticas y terapéuticas que se le puedan ofrecer, a un conocimiento veraz, actualizado de su proceso de enfermedad, así como una exquisita consideración hacia la Satisfacción de sus expectativas como ciudadano y cliente de un servicio público de Salud Primaria

Acciones

- Generar una vinculación de las decisiones directivas a la gestión de la atención al usuario.
- Mantener un sistema de información al paciente, procurando la accesibilidad a la misma
- Priorizar el respeto a los derechos, valores y creencias de los pacientes.
- Fomentar un estilo de comportamiento de los funcionarios amable y cortés
- Crear un sistema de Gestión de Reclamos
- Mantener una comunicación externa fluida y transparente
- Generar confianza en la Institución

- Propiciar la adecuación del espacio para entregar comodidad y seguridad

L.E. 3: LA POLÍTICA DE EXCELENCIA HACIA LAS PERSONAS

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO

➤ Lograr un espacio laboral donde se promueva el compromiso con el desarrollo y progreso Conjunto y paralelo del CESFAM y de los funcionarios que lo componen, desarrollando políticas Que promuevan y reconozcan la excelencia profesional, la atracción, y el sentido de pertenencia, Teniendo a la formación continua y la participación responsable en la gestión como ejes básicos para su logro.

Acciones

- Generar un sistema local de Gestión de personal para la adecuación y potenciación de los recursos humanos
- Crear un sistema local de selección del personal
- Optimizar el sistema de registro local de capacitación y formación continua
- Mejorar el aprovechamiento de los instrumentos disponibles para el desarrollo profesional
- Potenciar y dar relevancia al trabajo en equipo y a la asunción de responsabilidades por las jefaturas
- Identificar y reconocer a los líderes en cada estamento propiciando el desarrollo por competencias

L.E. 4: EL LOGRO DE UNA ASISTENCIA SEGURA, ÁGIL, RESOLUTIVA, Y EFICIENTE.

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO

➤ Orientar los procesos asistenciales del CESFAM y a todos sus funcionarios en el desarrollo de un estilo de práctica resolutive que reduzca eficazmente los tiempos de espera en la atención , con especial énfasis al logro de la eficiencia como principal resorte para la optimización del uso de los recursos necesarios para la ejecución del MSF, velando en todo momento por estimular el fomento del autocuidado familiar e individual para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

Acciones

- Aportar flujogramas en la gestión de los procesos.
- Analizar las causas en las demoras de la atención, usando la prevención de los sucesos administrativos adversos.
- Aumentar los niveles de continuidad asistencial, a través de horarios extendidos o diferidos
- Fomentar la coordinación interna y externa, respetando normas y flujos de atención
- Avanzar en la cohesión interna y la cooperación entre los sectores.
- Agilizar los procesos de comunicación interna ,especialmente con la unidades de apoyo clínico
- Impulsar el uso de la medicina basada en Evidencia y la autogestión del conocimiento en terapias alternativas

L.E. 5: LA INNOVACIÓN Y DESARROLLO EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO EN TODOS SUS ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO

➤ Disponer y ordenar el conocimiento y la experiencia acumulada para el mejor diseño y desarrollo de sistemas de información que en permanente adaptación a las necesidades de los pacientes y de los profesionales que les atienden , faciliten los procesos que el CESFAM precisa para el logro de su Misión.

Acciones

- Aplicar adecuadamente la infraestructura de las TIC
- Desarrollar líneas de Información y Comunicación externa e interna
- Diseñar un sistema de Gestión de pacientes.
- Crear Procesos asistenciales y administrativos propios del CESFAM.
- Identificar Áreas de gestión.
- Generar procesos de resolución de problemas en forma sectorizada
- Promover la coordinación permanente con el proveedor informático
- Mantener comunicación coordinada con la Red de atención

4.-Nivel de Certificación como Cefam según la última medición.

Con fecha 18 de Octubre se realizó una última evaluación desde el SSMN, bajo la cual se certificó el CESFAM como de Nivel Medio Superior.

Pretensiones de avance en el modelo que tienen para este año.

En el marco de la acreditación de prestadores Institucionales, se efectuarán avances que también posibiliten aumentar el Nivel de Desarrollo del Modelo

5.-Capacidad resolutive de cada centro expresada en porcentaje de derivaciones (Interconsultas emitidas divididas por consultas de morbilidad totales.

En este momento se encuentra resuelta la lista de espera de oftalmología.

En vías de resolución la de Medicina interna, Broncopulmonar y Nefrología

Realizando acciones en Ginecología

N° de Interconsultas: 2.350 año 2012

N° de Consultas : 21.873 año 2012

Porcentaje Resolutividad: 10.74 %

a.-Actividad que estén realizando para mejorar la capacidad resolutive:

-Según competencia de los profesionales:

El Becado de medicina Interna efectuar evaluación de pacientes derivados desde sus pares y es el quien decide realizar o no IC

-Existencia de equipo para priorizar IC y verificar pertinencia

-Financiamiento en campo para la compra de atención y adquisición de tecnología:

Eco abdominal, mamografías, tsh, endoscopia a través de convenios comunales

6.-Análisis FODA con matriz FODA

	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Larga historia de logros y desarrollo ☑ Funcionarios con destrezas técnicas y habilidades ☑ Optimización y crecimiento planta física ☑ Establecimiento MSF ☑ Red informatizada ☑ Reconocimiento por la comunidad 	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Logro insuficiente de IAAPS y Metas ☑ Indicadores no demuestran productividad y calidad ☑ Rotación del equipo medico ☑ Personal con poca motivación y compromiso ☑ Escasa oferta de actualización ☑ Insatisfacción del usuario externo
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Recomendaciones y sugerencias del SSMN ☑ Crecimiento y diversificación de la oferta ☑ Amplia cobertura ☑ Constituir base de la red ☑ Programas preventivos y de autocuidado ☑ Programas de formación académica ☑ Planes y programas dinámicos 	<p>Potencialidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Equipo multidisciplinario ☑ Programas y protocolos establecidos ☑ Equipos de trabajo establecidos ☑ Existencia de programas especiales 	<p>Desafíos</p> <ul style="list-style-type: none"> ☑ Crecimiento y diversificación de la oferta ☑ Reconocimiento por la comunidad ☑ Constituir base de la red ☑ Cambios demográficos y exigencias bioestadísticas

Amenazas	Riesgos	Limitaciones
<input type="checkbox"/> Falta de investigación y metodologías rigurosas <input type="checkbox"/> Población adolescente en situación de VIF <input type="checkbox"/> Población en riesgo sicosocial <input type="checkbox"/> Insuficientes canales de coordinación <input type="checkbox"/> Población AM en riesgo biopsicosocial	<input type="checkbox"/> Participación ciudadana insuficiente <input type="checkbox"/> Carencias de infraestructura <input type="checkbox"/> Inexistencia de Mantenimiento infraestructura	<input type="checkbox"/> Falta de formulación de flujos de proceso <input type="checkbox"/> Extensión geográfica <input type="checkbox"/> Falta de reconocimiento entre la RED

ACREDITACION: PLAN DE MEJORA

Actividad	Responsable	Agosto 2012	Septiembre 2012	Octubre 2012	Noviembre 2012	Diciembre 2012
Designación de un encargado de Calidad del CESFAM	Dirección del Cefsam	x				
Creación de un equipo de Calidad y evaluador conformado por 6 integrantes evaluadores, el Subdirector, el encargado de calidad y el Director del establecimiento	Dirección del Cefsam			x		
Capacitación del Equipo Gerencial en el proceso de Acreditación	Dirección	x	x	x	x	x

acreditación						
Designación de encargados de ámbito	Equipo Gerencial Cefam			x		
Designación de Equipos de Trabajo	Equipo Gerencial y Encargados de Ámbito del Cefam			x		
Diseñar un programa educativo interno sobre fundamentos y marco teórico acreditación.	Equipo Gerencial y Encargados de Ámbito del Cefam			x	x	x
Plan de mejoras Programa de Calidad	Equipo Gerencial y Encargados de Ámbito del Cefam			x	x	x
Generar un calendario de reuniones mensuales con el equipo para verificar estado de avance	Equipo Gerencial y Encargados de Ámbito del Cefam			x	x	x

CESFAM JUANITA AGUIRRE



DRA. KENYA MOREIRA
DIRECTORA CESFAM JUANITA AGUIRRE

MATRIZ DESICIONAL

Se ha desarrollado esta matriz con el fin de identificar y priorizar los principales problemas de salud existentes en nuestro centro de salud. Para su desarrollo se consideraron los siguientes aspectos en el análisis de los problemas de salud: magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad económica. Luego fueron ordenados de acuerdo a su puntaje final.

Finalmente, la jerarquización de los problemas de igual puntaje asignado se realizó utilizando los siguientes criterios:

- Relación existente entre el problema de salud y los objetivos sanitarios.
- Condiciones que generan desprotección en la población.
- Existencia de intervenciones eficaces y eficientes
- Resguardo del mejor uso de los recursos. en beneficio de la salud de las personas.
- Capacidad de oferta del sistema.

<u>N°</u>	<u>PROGRAMA</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>MAGNITUD</u>	<u>TRASCENDENCIA</u>	<u>VULNERABILIDAD</u>	<u>FACTIBILIDAD ECONÓMICA</u>	<u>TOTAL</u>
<u>1</u>	<u>Mujer</u>	Baja cobertura PAP en beneficiarias de 25 a 64 años	4	5	5	4	25
<u>2</u>	-	Malnutrición por exceso	4	4	5	4	20
<u>3</u>	-	Escasa actividad física en la población del centro de salud	5	4	4	4	20
<u>4</u>	<u>Dental</u>	Aparición temprana caries y bajo porcentaje de niños libres de caries	4	3	5	5	12
<u>5</u>	<u>Cardiovascular</u>	Aumento riesgo y úlceras de pie diabético	3	5	5	4	18,75
<u>6</u>	<u>infantil</u>	Aumento de porcentaje de niños con riesgo y retraso del DSM	3	4	5	4	15
<u>7</u>	<u>infantil</u>	Baja pesquisa de alteraciones del DSM por baja cantidad de TEPSI realizados	3	4	5	4	15
<u>8</u>	<u>Cardiovascular</u>	Baja cobertura de compensación de hipertensión	4	4	4	4	16
<u>9</u>	<u>Cardiovascular</u>	Aumento de la dependencia de adultos mayores	4	4	4	4	16
<u>10</u>	<u>infantil</u>	Disminución lactancia materna exclusiva al mes y al sexto mes	3	4	4	5	9,6

<u>11</u>	<u>Salud Mental</u>	Aumento de disfunciones familiares	4	4	4	4	16
<u>12</u>	<u>Dental</u>	Alta prevalencia caries en gestantes	5	3	5	3	25
<u>13</u>	<u>Dental</u>	Alta prevalencia de caries en población general	5	2	5	4	12,5
<u>14</u>	<u>infantil</u>	Baja pesquisa de problemas visuales en prescolares	3	4	5	4	15
<u>15</u>	<u>Mujer</u>	Incremento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en el climaterio.	4	3	4	4	12
<u>16</u>	<u>Adolescente</u>	Embarazo adolescente	3	4	4	4	12
<u>17</u>	<u>Cardiovascular</u>	Baja cobertura en compensación de diabetes	4	4	4	3	21,3333
<u>18</u>	<u>Mujer</u>	Aumento de riesgo biopsicosocial por baja adherencia de gestantes a talleres de CHCC	4	3	4	4	12
<u>19</u>	<u>Dental</u>	Adultos presentan mucho daño y sin intervención	5	4	4	2	40
<u>20</u>	<u>Postrados</u>	Dependientes severos sin atención integral	2	5	5	2	25
<u>21</u>	<u>Adolescente</u>	Aumento de prediabetes	2	4	4	4	8
<u>22</u>	<u>IRA / ERA</u>	Alta prevalencia de pacientes adultos oxígeno dependientes	3	5	3	2	22,5
<u>23</u>	<u>Salud Mental</u>	Baja adherencia al tratamiento de depresión	3	4	3	3	12

<u>24</u>	<u>Postrados</u>	Aumento de síndrome del cuidador	2	4	4	3	10,6667
<u>25</u>	<u>Postrados</u>	Aumento de pacientes escarados	2	5	4	2	20
<u>26</u>	<u>Dental</u>	Alta necesidad de rehabilitación protésica en adultos	5	4	2	2	20
<u>27</u>	<u>Mujer</u>	Baja pesquisa de usuarias nuevas de 35 y más años con énfasis en 50-54 años (mamografía)	3	3	4	3	12
<u>28</u>	<u>Adolescente</u>	Baja adherencia a progama salud mental	2	3	4	4	6
<u>29</u>	<u>Postrados</u>	Aumento de pacientes dependientes severos	2	5	3	2	15
<u>30</u>	<u>Salud Mental</u>	Baja adherencia a tratamiento de OH y drogas	3	5	2	2	15
<u>31</u>	<u>IRA / ERA</u>	Aumento prevalencia de pacientes crónicos respiratorios	3	4	2	3	8

Diseño a partir del Dx realizado conjuntamente con la comunidad

Responsable de Elaboración: E.U. Patricia Herrera y A.S. Giselle Sazo

Fecha de Elaboración: 26/11/12

PLAN								SEGUIMIENTO			
Problemáticas	Acciones	Objetivo	Responsable de Implementar	Fecha Inicio	Fecha Fin	Recursos Materiales Necesarios	\$\$\$	Estado de Avance	Indicador de Cumplimiento	Resultado Final	
Acceso:											
Falta de paso de Cebrá en frontis del Cesfam.	Coordinación con encargado de departamento de tránsito de la I. Municipalidad de Conchalí.	Gestionar la realización de paso de cebrá en el frontis del Cesfam.	Dirección.	Segunda quincena de diciembre 2012			Sin costo para el Cesfam.	En desarrollo	Método de verificación evidencia fotográfica.	Cuándo se mide Primer semestre de 2013	Instalación de Paso de Cebrá.
Falta de señalética y pavimentación en el acceso a Sala de Estimulación.	Instalar señalética	Facilitar el acceso de los	Dirección Encargada Programa	Segunda quincena de		Señalética.		realizado	Señalética		Satisfacción Usuaría. Instalación de

PLAN								SEGUIMIENTO			
Problemáticas	Acciones	Objetivo	Responsable de Implementar	Fecha Inicio	Fecha Fin	Recursos Materiales Necesarios	\$\$\$	Estado de Avance	Indicador de Cumplimiento		Resultado Final
	que indique acceso a sala de Estimulación. Coordinar en conjunto con Cosan la pavimentación de zona de acceso	usuarios que son atendidos en sala de estimulación. Establecer un acceso seguro para los usuarios que se atienden en la sala de estimulación.	Infantil. Dirección Cefsam Juanita Aguirre Dirección Cosan.	diciembre 2012 Segunda quincena de diciembre 2012		Por definir	Por definir	en proceso de gestión	Pavimentación.	Diciembre 2012 Primer semestre 2013.	señalética Satisfacción Usuaría. Pavimentación y satisfacción usuaria.
<u>Infraestructura:</u> Calidad y cantidad de silla en sala de espera en el sector de	Gestionar la adquisición de sillas para sala de espera.	Aumentar la cantidad de sillas en salas de esperas	Dirección.	Primer semestre 2013.				En desarrollo	sillas seguros para puertas instalados	Evaluación primer trimestre 2013. Evaluación	Aumento de sillas en sala de espera Puertas de

PLAN								SEGUIMIENTO			
Problemáticas	Acciones	Objetivo	Responsable de Implementar	Fecha Inicio	Fecha Fin	Recursos Materiales Necesarios	\$\$\$	Estado de Avance	Indicador de Cumplimiento	Resultado Final	
farmacia y toma de muestra	Instalar seguros en las puertas.	Satisfacer la privacidad del usuario.	Dirección Auxiliares de servicio	Primer semestre 2012				En desarrollo	Basurero exclusivo	primer trimestre 2013. baños públicos con seguros para su cierre	
Calidad de baños públicos.	Instalar basurero exclusivo para la eliminación de botellas de muestras de orinas.	Prevención de accidentes y/o contaminación de fluidos.	Enfermera Supervisora Personal de aseo (mantención)							Basurero exclusivo	
	Gestionar la compra de mudador con superficie lavable.	Brindar comodidad a las madres que asisten con sus hijos al Cesfam.	Dirección	Primer semestre 2013				En proceso de gestión	Mudador en baños públicos	Mudador	

ANALISIS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA 2010 - 2012
CESFAM JUANITA AGUIRRE

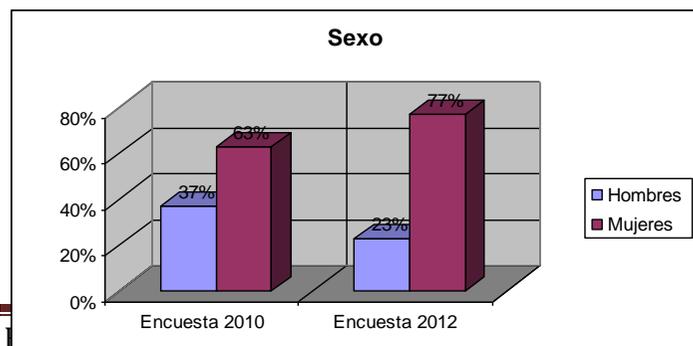
Durante el periodo 2010 se realizó la encuesta de satisfacción usuaria enviada por el SSMN, dicho instrumento fue aplicado en el hall central y en las salas de espera del Cesfam Juanita Aguirre por Dirigentes sociales pertenecientes a las juntas de vecinos de nuestra jurisdicción. Se encuestaron a 100 usuarios externos en el transcurso de una semana, las personas fueron escogidas al azar.

La Encuesta de Satisfacción Usuaria 2012, se trabajó sobre un universo de 300 usuarios que representa al 10% de nuestra población inscrita y validada por FONASA, en comparación con la encuesta aplicada el 2010 que se le aplicó a solo 100 usuarios lo que no fue muy representativa. La aplicación de la encuesta fue realizada por alumnos de enfermería, obstetricia y odontología en el mes de septiembre 2012 en el hall central y salas de espera del establecimiento.

Es necesario destacar que la encuesta aplicada en el presente año fue perfeccionada por la encargada de participación social y la dirección del centro de salud, de esta forma lograr una mayor comprensión por parte del usuario y para obtener información mas precisa, dichas modificaciones fueron visados por los docentes de la universidad de Chile y validado por el S.S.M.N., específicamente por E.U.-Mat. Giselle Cazor.

A continuación se muestra un análisis comparativo de los resultados de ambas encuestas:

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO		
1.- Sexo	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Hombres	37 %	23 %
Mujeres	63 %	77 %



En ambas encuestas se puede ver reflejado que la mujer representa al mayor número de usuarios que frecuenta el centro de salud, una de las hipótesis para entender esta situación podría ser desde el rol protector y preventivo que asumen las mujeres

2.- Edad

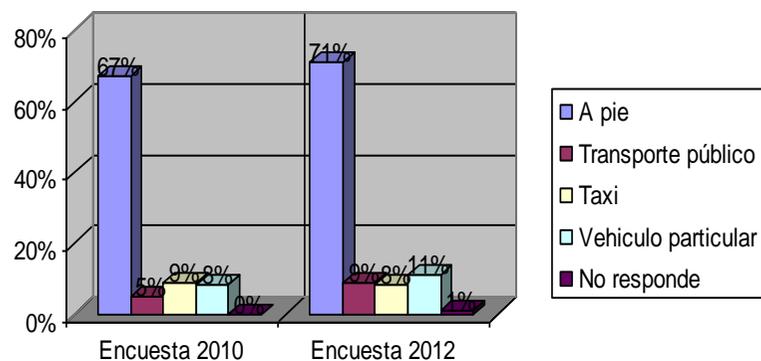
El promedio de edad de personas encuestadas durante el año 2010 fue de 45 años y más, alcanzando en el 2012 a un 75 % de la muestra.

ACCESIBILIDAD

1.- ¿Cómo llegó a éste CESFAM?

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
A pie	67 %	71 %
Transporte público	5 %	9 %
Taxi	9 %	8 %
Vehículo particular	8 %	11 %
No responde	0 %	1 %

¿Cómo llegó a este Cesfam?



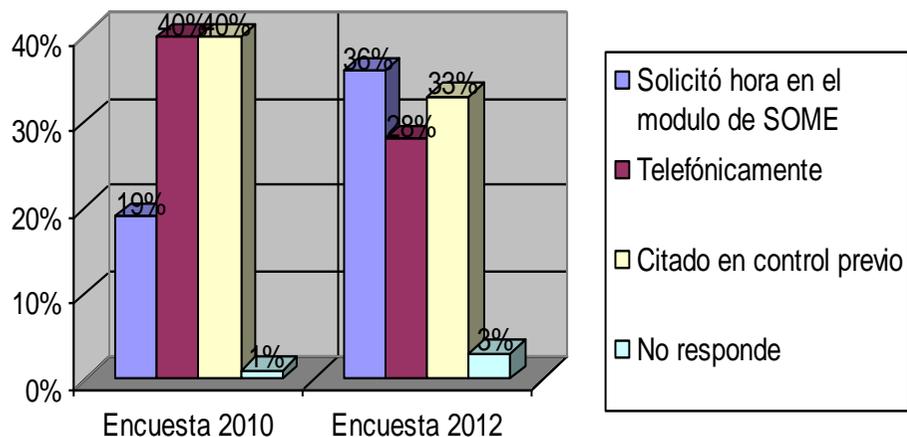
La principal forma para acceder al centro de salud es a pie que abarca en el 2010 un 67% y en el periodo 2012 un 71% de los encuestados, lo que significa que nuestra ubicación geográfica es estratégica en relación a nuestra jurisdicción. Le sigue y muy por debajo de las cifras el acceso en taxi, vehículo particular y transporte público con un 8,3% en promedio, mientras las personas que no respondieron a la pregunta son de un 0% en 2010 y un 1% en el 2012.

OPORTUNIDAD

¿Cómo obtuvo la hora para su consulta de hoy?

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Solicitó hora en el modulo de SOME	19%	36%
Telefónicamente	40%	28%
Citado en control previo	40%	33%
No responde	1%	3%

¿Cómo obtuvo la hora para su consulta de hoy?



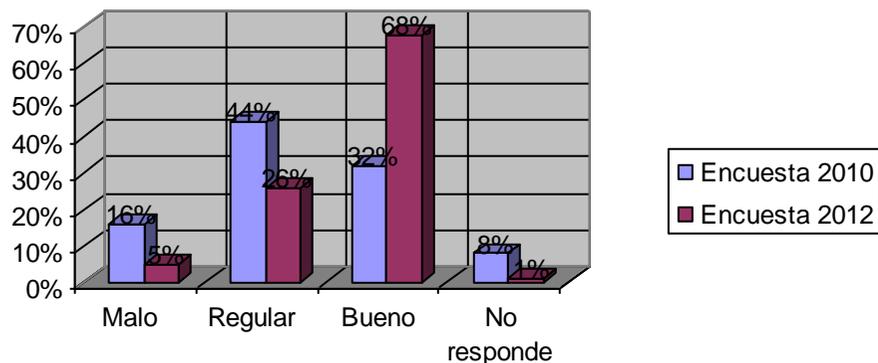
Como podemos visualizar en el gráfico las principales vías para obtener horas son a través de la línea telefónica y citados por control ambas con un 40% durante el 2010, dicha situación cambia este año donde se puede ver que la obtención de hora en el Some aumento considerablemente de un 19% a un 36%. Si comparamos este último resultado con la evaluación del SOME, que más adelante se detalla, encontramos que existe una directa relación o condicionante a la hora de obtener una hora v/s la valoración del trato y la información de dicho servicio, ya que la mala percepción disminuye en un 10% y la buena calificación de servicio aumenta en un 25% aproximadamente

EVALUACIÓN DE LA CADENA DE ATENCIÓN

Evalúe SOME Central: Claridad y calidad de la información

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Malo	16%	5%
Regular	44%	26%
Bueno	32%	68%
No responde	8%	1%

Claridad y calidad de la información

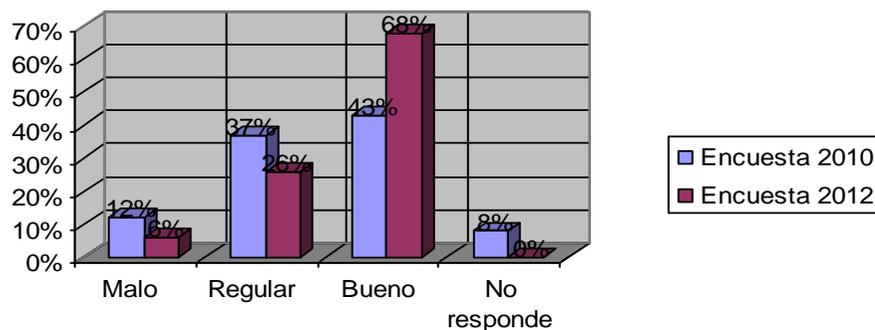


Quando se les solicita evaluar la claridad y calidad de la información entregada por el SOME central, durante el año 2012 esta se encuentra con un aumento de un 32% a un 68% la nota Buena, la misma situación ocurre con la mala evaluación que de un 16% baja a un 5%.

Evalúe SOME Central: *Trato y cortesía del Administrativo*

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Malo	12%	6%
Regular	37%	26%
Bueno	43%	68%
No responde	8%	0%

Trato y cortesía del administrativo



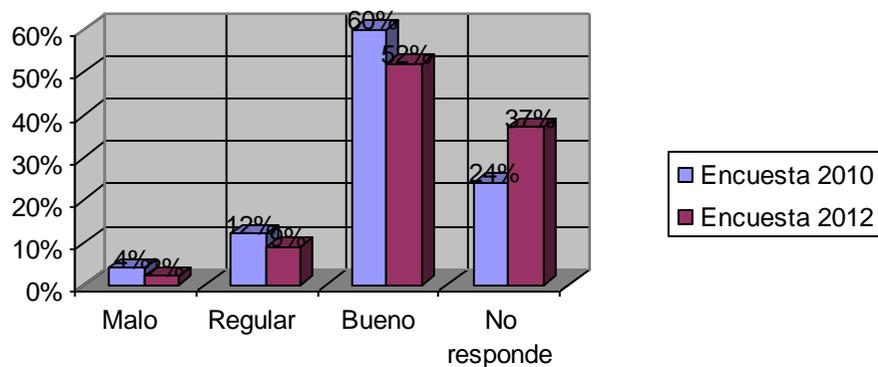
Al igual que en el grafico anterior a la hora de evaluar el trato y cortesía del administrativo del SOME central, durante el presente año existe un aumento de la nota buena de un 43% a un 68%, la misma situación ocurre con la mala evaluación que de un 12% baja a un 6%.

Se puede ver reflejado que tanto el trato como la entrega de información se ven condicionados con la obtención de hora en el SOME, cabe destacar que el usuario, en relación a la encuesta 2012, manifiesta que su percepción ha mejorado considerablemente respecto de la calidad de la atención que el administrativo del Some central le brinda.

Evalúe OIRS: Claridad y calidad de la información

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Malo	4%	2%
Regular	12%	9%
Bueno	60%	52%
No responde	24%	37%

Claridad y calidad de la información

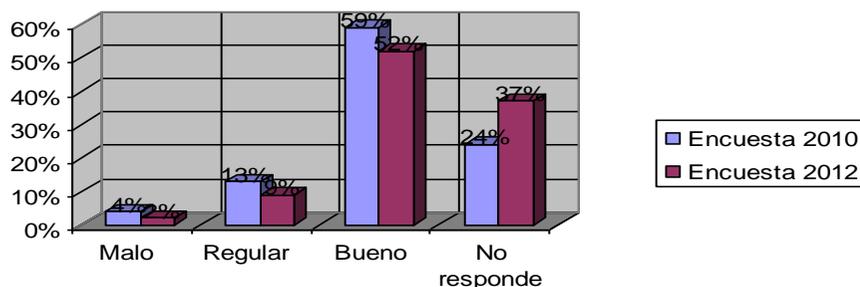


Se puede ver en el grafico que las calificaciones de regular y bueno durante el 2012 presentan un leve descenso de un 3% en regular y un 8% en Bueno, mientras que el malo también tuvo una baja de un 2%. Solo existe un aumento en los usuarios que no responden que asciende 13% de los encuestados.

Evalúe OIRS: Trato y cortesía del Administrativo

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Malo	4%	2%
Regular	13%	9%
Bueno	59%	52%
No responde	24%	37%

Trato y cortesía del administrativo



Al igual que el gráfico anterior se presenta un leve descenso en las calificaciones Buenas de un 7%, en Malas de un 2%, sin embargo, las personas que no contestaron a la pregunta aumenta de un 24% a un 37%.

Analizando los resultados podemos visualizar 2 posibles conclusiones, una de ellas seria que nuestros usuarios manejan bastante bien el funcionamiento del Cefsam por lo que no requieren mayor orientación, por ende, no responden a la pregunta. Por otra parte la segunda posible conclusión seria el desconocimiento por parte de los usuarios del funcionamiento de esta oficina.

EVALUACIÓN DE FUNCIONARIOS PROFESIONALES Y SERVICIOS TRANSVERSALES

En la encuesta de satisfacción usuaria del 2010, a la hora de evaluar los servicios y a los funcionarios profesionales se solicitó a los pacientes que los calificaran con una nota, mientras que en la encuesta del año en curso la escala de evaluación fue de 1 a 7; donde 1 es la calificación más baja y 7 la más alta. Por este motivo se consideraran la nota del 2010 y el porcentaje en el 2012 para realizar solo un análisis cualitativo.

Evalúe Farmacia:		
	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.0	Muy bueno= 6% Bueno= 68% Regular= 16% Malo= 4% Vacías= 6%
Trato y cortesía del personal	Nota= 5.9	Muy bueno= 6% Bueno= 70% Regular= 14% Malo= 4% Vacías= 6%

En la encuesta aplicada en el año 2010, la evaluación del servicio de farmacia en relación a la claridad y calidad de la información como en el trato y cortesía del personal fue considerada con nota 6.0 y 5.9 respectivamente, dicho calificación en la encuesta del año 2012 representa al 68% de los encuestados que evaluaron como "Bueno", un 6% lo calificó como "Muy Bueno", un 15% como regular y solo un 4% como Mala.

Evalúe Servicio de Tratamiento:		
	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.0	Muy bueno=10% Bueno= 63% Regular= 6% Malo= 2% Vacías= 19%
Trato y cortesía del personal	Nota= 6.1	Muy bueno=10% Bueno= 63% Regular= 6% Malo= 2% Vacías= 19%

En la encuesta aplicada en el año 2010, la evaluación del servicio de tratamiento en relación a la claridad y calidad de la información como en el trato y cortesía del personal fue considerada con nota 6.0 y 6.1 respectivamente, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 63% de los encuestados que evaluaron como “Bueno”, un 10% lo calificó como “Muy Bueno”, un 6% como regular y solo un 2% como Mala.

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en el box: Médico

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.1	Muy bueno= 32% Bueno= 60% Regular= 6% Vacías=1%
Trato y cortesía del personal	Nota= 6.3	Muy bueno= 33% Bueno= 60% Regular=5% Vacías= 1%

En la encuesta aplicada en el año 2010 tanto la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía del medico fue evaluada con nota 6.1 y 6.3 respectivamente, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 60% de los encuestados que evaluaron como "Bueno" al medico, un 32.5% califico como "Muy Bueno", un 5.5% califico como "Regular" y solo el 1% no contesto.

Por lo tanto, la atención recibida por el medico tiene un alto porcentaje de aprobación sumando un 92%.

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box: Enfermera

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.2	Muy bueno= 32% Bueno= 59% Regular=3% Malo=6%
Trato y cortesía del personal	Nota= 6.2	Muy bueno= 35% Bueno= 59% Malo= 6%

Una situación similar encontramos en la encuesta aplicada en el año 2010, donde tanto la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía de la enfermera fue evaluada con nota 6.2, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 59% de los encuestados que evaluaron como “Bueno”, le sigue un 33,3% que califico como “Muy Bueno” y muy por debajo de las cifras encontramos un 6% califico como “Mala” la atención. Por lo tanto, la atención recibida por la enfermera también cuenta con un alto porcentaje de aprobación sumando un 92.3%

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box: Matrona		
	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.2	Muy bueno= 34% Bueno= 58% Regular=4% Vacías=4%
Trato y cortesía del personal	Nota= 6.2	Muy bueno= 40% Bueno= 56% Vacías= 4%

Otra situación similar encontramos en la atención recibida en el box por la Matrona, donde en la encuesta aplicada en el año 2010, tanto la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía de esta fue evaluada con nota 6.2, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 57% de los encuestados que evaluaron como “Bueno”, le sigue un 37% que califico como “Muy Bueno” y muy por debajo de las cifras encontramos solo un 4% que las califico como “Regular”.

Por lo tanto, la atención recibida por la Matrona también cuenta con un alto porcentaje de aprobación sumando un 94%.

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box: Nutricionista

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.5	Muy bueno= 23% Bueno= 68% Regular=9%
Trato y cortesía del personal	Nota= 6.5	Muy bueno= 23 Bueno= 63 Regular=14

En la evaluación realizada a la Nutricionista en el año 2010, tanto la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía de esta profesional fue evaluada con nota 6.5, dicha calificación en la evaluación del año 2012 representa al 65.5% de los encuestados que evaluaron como nota "Bueno, le sigue un 23% califico como "Muy Bueno" y solo un 11.5% como "Regular". Esta categoría no existe evaluación negativa.

Por lo tanto, la atención recibida por la nutricionista Tiene un alto porcentaje de aprobación sumando un 88,5%.

**Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box:
Asistente Social**

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 7.0	Muy bueno= 56% Bueno= 44%
Trato y cortesía del personal	Nota= 7.0	Muy bueno= 56% Bueno= 44%

En la encuesta aplicada en el año 2010, donde se les consulta a los usuarios por la nota que evaluarían a la asistente social en cuanto a la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía de esta profesional, fue evaluada con nota 7.0, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 56% de los usuarios encuestados que la evaluaron como “Muy Bueno”, le sigue un 44% que calificó como “Bueno” la atención de la asistente social. En esta categoría no encontramos calificaciones regulares o malas.
Si bien hasta el momento es la mejor evaluada con un 100% de aprobación, cabe destacar que existe un no menor 44% que califico como Bueno en comparación al 2010 donde no se ve esta situación reflejada.

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box: Psicólogo		
	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.2	Muy bueno= 13 % Bueno= 75 % Regular=6 % Mala= 6 %
Trato y cortesía del personal	Nota= 6.2	Muy bueno= 12 % Bueno= 69 % Regular=13 % Mala=6 %

En la encuesta aplicada en el año 2010, donde se les consulta a los usuarios por la nota que le colocarían al Psicólogo en cuanto a la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía de este profesional, fue evaluado con nota 6.2, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 72% de los usuarios encuestados que la evaluaron como “Bueno”, le sigue un 12.5% que califico como “Muy Bueno”, un 9.5% que califico como Regular y un 6% que califico como “Mala” la atención de este profesional. En promedio obtuvo un 84.5% de aprobación.

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box: Kinesiólogos

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 4.0	Muy bueno= 25 % Bueno= 75 %
Trato y cortesía del personal	Nota= 3.0	Muy bueno= 25 % Bueno= 75 %

En la encuesta aplicada en el año 2010, donde se les consulta a los usuarios por la nota que le colocarían al kinesiólogo, en cuanto a la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía de este profesional, fue evaluada con nota 4.0 y 3.0 respectivamente, dicha calificación en la encuesta del año 2012 no se encuentra considerada ya que su evaluación se concentró en las calificaciones de Muy bueno y Bueno con un 25% y un 75%. Lo que refleja un 100% de aprobación.

Cabe destacar que en la encuesta anterior la muestra no es significativa pues solo un encuestado se refirió a la atención del Kinesiólogo.

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box: Odontólogos

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.8	Muy bueno= 28 % Bueno= 67 % Regular= 5 %
Trato y cortesía del personal	Nota=6.8	Muy bueno= 28 % Bueno= 72 %

En la encuesta aplicada en el año 2010 tanto la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía del Odontólogo fue evaluada con nota 6.1 y 6.3 respectivamente, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 67% y un 72% respectivamente y solo en cuanto a la información entregada obtuvo un 5% como "Regular".

Por lo tanto, la atención recibida por el medico tiene un alto porcentaje de aprobación sumando entre ambas un 97.5%.

Evalúe los siguientes aspectos de la atención recibida en e box: Técnicos Paramédicos		
	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Claridad y calidad de la información	Nota= 6.3	Muy bueno= 7 % Bueno= 86 % Regular= 7 %
Trato y cortesía del personal	Nota= 6.4	Muy bueno= 14 % Bueno= 86 %

Situación similar encontramos a la hora de evaluación de los Técnicos Paramédicos, en la encuesta aplicada en el año 2010 tanto la claridad y calidad de la información como el trato y cortesía del técnico fue evaluada con nota 6.3 y 6.4 respectivamente, dicha calificación en la encuesta del año 2012 representa al 86% de los encuestados, un 7% y 14% respectivamente lo considera como Muy Bueno y solo en cuanto a la información entregada obtuvo un 7% como "Regular".

Por lo tanto, la atención recibida por el Técnico Paramédico tiene un alto porcentaje de aprobación sumando entre ambas un 96.5%.

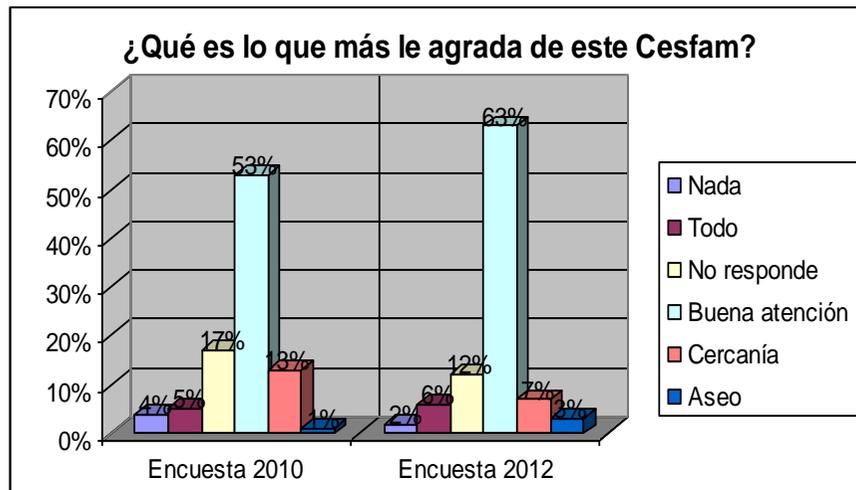
De un total de 9 estamentos evaluados, 8 de ellos como Medico, Odontólogo, Matrona, Enfermero, asistente social, kinesiólogo y técnico paramédico obtuvieron una aprobación igual o superior al 90%, mientras que la nutricionista y el psicólogo obtuvieron una nota igual o superior al 84.5%.

Se puede concluir que existe un buen equipo de trabajo entregando una buena atención a los usuarios externos de nuestro establecimiento

EVALUACIÓN GENERAL

¿Qué es lo que más le agrada de éste CESFAM?

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
Nada	4 %	2 %
Todo	5 %	6 %
No responde	17%	12%
Buena atención	53 %	63%
Cercanía	13%	7%
Aseo	1%	3%

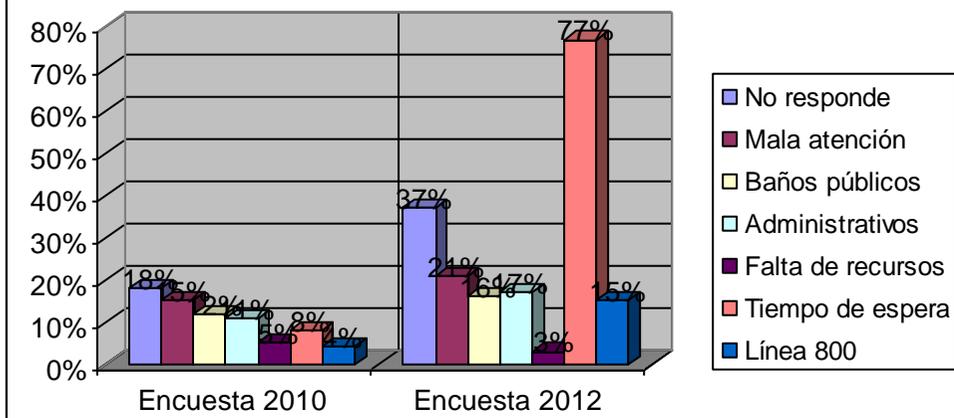


Podemos visualizar que la buena atención en ambas encuestas es lo más valorado por nuestros usuarios. Otro aspecto mencionado es la cercanía que el centro se encuentra de sus domicilios, es por ello que a la hora de consultar por el acceso al establecimiento la gran mayoría refiere llegar caminando.

¿Qué es lo que más le desagrada de éste CESFAM?

	Encuesta 2010	Encuesta 2012
No responde	18 %	37 %
Mala atención	15 %	21 %
Baños públicos	12 %	16 %
Administrativos	11 %	17 %
Falta de recursos	5%	3 %
Tiempo de espera	8 %	77 %
Línea 800	4 %	15 %

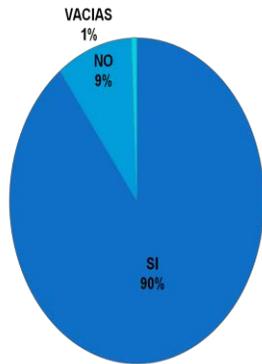
¿Qué es lo que más le desagrada del Cesfam?



Este cuadro comparativo nos permite visualizar que según la percepción de nuestros usuarios hemos logrado mejorar respecto de la calidad de atención que se brinda, sin embargo, tenemos una tarea pendiente respecto de los tiempos que deben esperar para obtener la atención solicitada.

En el marco de los “Derechos y Deberes del usuarios” se evaluaron los siguientes puntos:

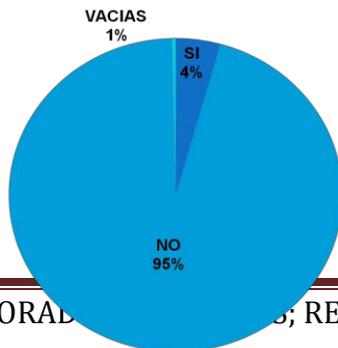
Estos indicadores que se presentan a continuación fueron incorporados en la encuesta de satisfacción usuaria 2012, ya que nos proporciona una mirada desde una perspectiva de derechos del usuario, que servirán de guía para elaborar un plan de trabajo que busque fortalecer o mejorar dichos indicadores.



¿Su derecho a la privacidad fue respetado?

El 90 % de los encuestados indica que su derecho a la privacidad fue respetado, muy por debajo de estas cifras con un 9 % se encuentran a los usuarios que indican que su privacidad no fue respetada y solo 1% no contesta.

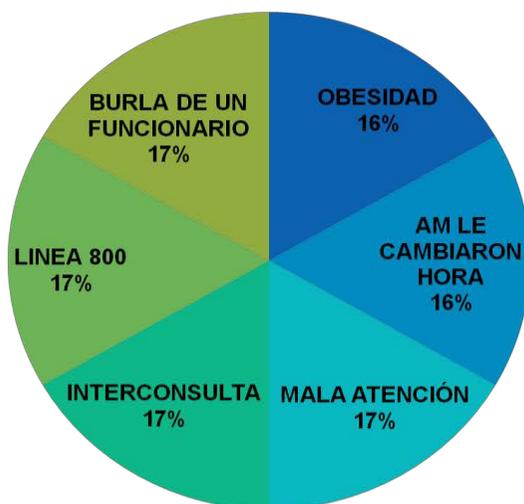
Se sintió discriminado (a)



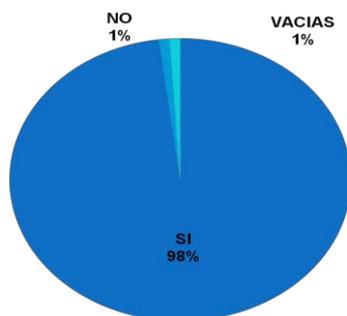
Un 95% de los usuarios manifiesta no sentirse discriminado, mientras que solo un 4% de los encuestados se sintieron discriminados en el centro de salud y 1% no contesta. Lo que deja de manifiesto que el equipo de salud del Cefam Juanita Aguirre, no prejuzga a los usuarios que atiende.

En qué aspecto

De los usuarios entrevistados, del 4 % que refirió sentirse discriminado, mencionaron los siguientes aspectos: Un 17% siente que los funcionarios se burlan de los usuarios, con ese mismo valor encontramos la mala atención, las interconsultas y la línea 800, con un 16% encontramos que los adultos mayores se sienten discriminados a la hora de cambiarles la hora y la obesidad tiene el mismo valor. Queda de manifiesto que los usuarios tienen un concepto errado respecto a la discriminación, pues sólo la obesidad podría entrar en éste análisis.



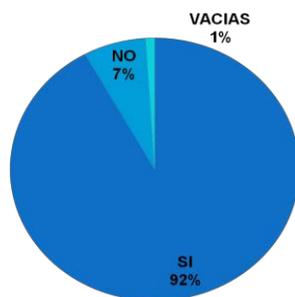
Se respeto la confidencialidad



Un 98% siente que se respeto la confidencialidad del usuario y solo 1% contesto que no se respeto y 1% no contesto.

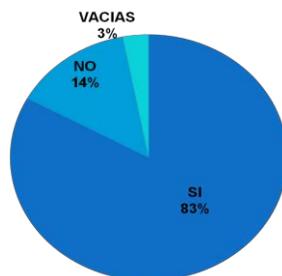
Éste resultado indica que en general el equipo de salud tiene conciencia respecto de la que la información que el usuario entrega es confidencial, por ende debe guardarse celosamente en ficha clínica.

¿Recibió información oportuna y clara?



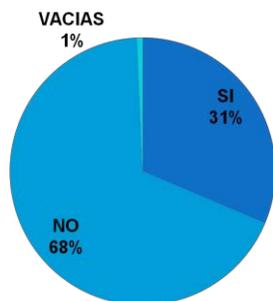
Un 92% de los encuestados manifestaron que la información entregada por parte del equipo de salud fue clara y oportuna, de esta manera perciben que se garantiza este derecho, mientras que un 7% no lo considera de la misma manera y 1% no contesta.

El funcionario que lo atendió portaba su credencial



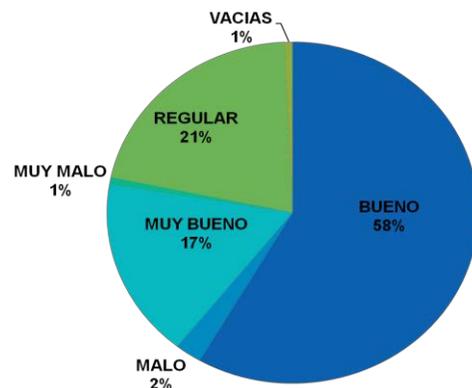
Un 83% de los usuarios indican que los funcionarios portaban su credencial de identificación a la hora de ser atendidos y un 14% indican que no portaban su credencial y un 3% no contesto.

¿Sabía que puede rechazar la presencia de alumnos durante su atención?



A la hora de consultar a los usuarios si sabían que pueden rechazar la presencia de los alumnos en práctica durante su atención, un 68% no sabía que contaba con ese derecho, mientras un 31% si contaba con la información necesaria para hacer valer su derecho a rechazar la atención, aun cuando no se sabe si realmente hizo uso de esta. Podemos concluir que como cultura organizacional los profesionales no consideran necesario tomar el parecer de los usuarios respecto de la presencia de los alumnos en el box, por ende no se les informa.

Grado de satisfacción usuaria



Frente a la pregunta sobre el grado de satisfacción usuaria, un 75% lo califica como buena o muy buena, un 21% que lo califica como regular, un 3% lo considera malo o muy malo y un 1% no contesta. Si consideramos que el año 2010 se obtuvo un **5.3**, lo cuál se puede calificar como bueno. Mientras que entre bueno y muy bueno del año 2012, suma un 75 %. Por lo cuál podemos señalar que el grado de satisfacción de nuestros usuarios ha subido respecto de la atención que como equipo de salud les brindamos.

DIAGNÓSTICOPARTICIPATIVO 2012

El Diagnóstico Participativo es el proceso mediante el cual, las personas de la comunidad y los equipos de salud, recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la comunidad, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y el problema sobre el que se quiere o debe actuar.

Genera un conocimiento mucho más detallado de la realidad existente de los problemas de salud que se desean abordar.

Los objetivos de un Diagnóstico Participativo en Salud son:

- Reunir la información sobre salud relevante para la comuna.
- Identificar problemas de salud en la comuna.
- Sugerir áreas de acción para mejorar la salud.
- Ser un estímulo para que se realicen los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud
- Informar a la población y a los políticos sobre las cuestiones que afectan a la salud de una manera sencilla y asequible.

Los beneficios de un Diagnóstico Participativo en Salud son:

- Obtener una mirada más amplia que la institucional
- La comunidad se hace responsable de su salud.
- Desarrollo de un trabajo de conocimiento compartido.
- Validación de agentes comunitarios.
- Toma de decisiones en conjunto.
- Priorización en conjunto de los problemas de salud.
- Planes de acción más apropiados y eficaces.

Este Diagnóstico participativo, se realizó el día 14 de Noviembre del 2012 a las 09:30 hasta las 13:00. La estrategia utilizada para lograr mayor convocatoria, fue entregar invitaciones personalmente a todos los dirigentes de las organizaciones sociales, ya sea Junta de Vecinos, Centros de madres, Club de adulto mayor, etc. De ésta forma logramos convocar a 25 personas.

La primera parte de la jornada de trabajo fue, informar de los resultados de la última encuesta de satisfacción usuaria. La cuál abordaba los mismos temas que se trabajarían en las mesas de trabajo. Luego, la Directora del Establecimiento, Dra. Kenya Moreira, presenta el contexto geodemográfico en el cuál se encuentra el Cefam. Además de algunos datos estadísticos de aumento de problemáticas sanitarias en nuestra población. Las modificaciones en nuestros registros que presentan los rangos etéreos inscritos en el Cefam.

Informe Diagnostico Participativo 2012

El día 14 de Noviembre del 2012, se realizó el Diagnostico Participativo 2012, el cual tuvo como principales objetivos:

- “Dar a conocer los resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría 2012”
- “Informar sobre el contexto epidemiológico y social de nuestro Cefam”

Dichos objetivos proporcionaron la base para realizar una jornada de trabajo con 25 usuarios de nuestra comunidad, que en su mayoría eran dirigentes de alguna organización de base, lo que permitió obtener una visión más integral de las problemáticas sanitarias y sociales de nuestra población.

La primera parte de la jornada de trabajo fue, informar de los resultados de la última encuesta de satisfacción usuaria. La cuál abordaba las mismas temáticas que más adelante se trabajarían en las mesas de trabajo. Luego, la Directora del Establecimiento, Dra. Kenya Moreira Sanango, presenta el contexto geodemográfico en el cuál se encuentra el Cefam. Además de algunos datos estadísticos de aumento de problemáticas sanitarias en nuestra población, las modificaciones en nuestros registros que presentan los rangos etéreos inscritos en el Cefam.

METODOLOGIA UTILIZADA

- 1) El diagnóstico participativo estuvo a cargo de la dirección del centro de salud en conjunto con algunos encargados de programas, técnico en rehabilitación y asistentes sociales, quienes se encargaron de:
 - a. Planificar las actividades y contenidos a exponer.
 - b. Organizar el debate
 - c. Sistematizar la información

- 2) La convocatoria estuvo a cargo de la encargada de participación social y asistentes sociales quienes en su conjunto asistieron a las instituciones, juntas de vecinos y demás organizaciones comunitarias para ser extensiva la invitación.

- 3) Se utilizó la siguiente metodología de trabajo:

Se conformaron 4 grupos de trabajo a cargo de 2 monitores que guiaron el buen desarrollo del equipo, escogieron un secretario que se encargó de anotar los problemas y propuestas del grupo, además se asignó un expositor por grupo, quien apoyado de material visual expondrá las conclusiones.

4) Se trabajaran los siguientes temas por Grupo:

- a) Acceso
- b) Infraestructura
- c) Calidad de la atención
- d) Seguridad
- e) Problemas de salud

A.- TEMATICA: ACCESO	
DIFICULTADES	Puntaje
VEREDAS Y CALLES: Las veredas y calles aledañas al CESFAM se encuentran en mal estado, lo que repercute en situaciones de riesgo principalmente para los adultos mayores y para los menores que llegan en coches.	20
PARADERO EN INDEPENDENCIA CON CARDENAL CARO: Las dimensiones son muy pequeñas, por lo que genera un riesgo para los usuarios que esperan locomoción en un espacio muy reducido quedando en riesgo de un atropello.	20
PASO DE CEBRA: Debiera haber un paso de cebra en el frontis del Cesfam, ya que hay un paradero de micro en la vereda del frente.	20
SALA DE ESTIMULACIÓN: Falta pavimentación en el acceso a esa sala, pues hay ripio y deben ingresar con coches de los menores tratados. Además no cuenta con señalética.	20
RAMPLAS Y BARANDAS: Escasez de esta infraestructura en el acceso al Cesfam.	10

A.- TEMATICA: INFRAESTRUCTURA

Esta temática tiene relación con los espacios disponibles en los establecimientos.

DIFICULTADES

Puntaje

TAMAÑO DE SALA DE ESPERA:

- Leche: No refieren problemas
- Farmacia: Faltan sillas. Sugieren dar números para la atención, en vez de filas.
- Toma de muestra: Se junta la fila de SOME con Toma de muestra. Debería volver donde estaba.
- Equipo transversal: es rápido y el servicio ha mejorado.

Sector C: muy bien y falta televisión en sala de espera del sector.

CALIDAD Y CANTIDAD DE SILLAS EN SALA DE ESPERA:

- Aumentar el número de sillas en toma de muestra.

CANTIDAD Y CALIDAD DE BAÑOS PUBLICOS:

- Aumentar la cantidad de baños
- Poner pestillos a las puertas del baño, para mayor privacidad.
- De las llaves, no sale la suficiente cantidad de agua.
- Disponer de Jabón y Papel Higiénico.

Sin puntaje ya que estas problemáticas no se pudieron medir con la matriz entregada

- Poner un basurero exclusivo para las botellitas de toma de muestra (muestra de orina).
- Implementar un mudador adecuado, con superficie lavable.

CALEFACCION Y VENTILACIÓN DEL CESFAM:

- Que regulen la Tº con la Tº ambiente, mas uniforme la calefacción así como la ventilación.
- Mayor ventilación en tratamiento y sala ERA – IRA.
- Instalar aire acondicionado.

CALIDAD Y CANTIDAD DE SEÑALÉTICA:

- Implementar señalética en el suelo con líneas de colores, de esta manera los adultos mayores podrán ubicarse de mejor manera.
- Aumentar las señalética de seguridad: Salida de emergencia y zona de seguridad en caso de temblores o terremotos.

COMODIDAD Y TAMAÑO DE BOX DE ATENCIÓN:

- Box A. Sociales son muy pequeños, no alcanzan los coches adentro.
- Aplicar aerosol luego de cada paciente, con el fin de eliminar los microbios.
- Identificar de mejor manera cada box, con los nombres en grande.
- Implementar en la entrada un mapa del consultorio en donde se indique en qué parte se encuentra cada área y box del consultorio.

A.- TEMATICA: CALIDAD DE LA ATENCIÓN	
DIFICULTADES	Puntaje
CALIDAD DE INFORMACIÓN: Sugieren que los médicos, principalmente, mejoren la calidad de la información en relación a diagnóstico y tratamiento que entregan en el box, pues sólo se preocupan de escribir en el computador.	16
ENTREGA DE HORA EN SOME (-65a): Sugieren que cuando un menor de 65 años se encuentra en el Cesfam pueda solicitar hora personalmente.	15
LÍNEA 800: los tiempos de espera para comunicarse, son muy extensos. Cuando se logran comunicar ya no quedan horas.	13
TIEMPO DE ESPERA: Consideran que los tiempos de espera para ingresar a los box de atención son demasiado extensos.	
SEÑALETICA: Sugieren mejorar los carteles que hay en los box. Agrandar las letras	
MÉDICOS ESPECIALISTAS: Sugieren la existencia de médicos especialistas en APS	
TRABAJO COMUNITARIO: Sugieren retomar trabajo con la comunidad, en relación a visitar centros de madres, club de adulto mayor, etc. Para entregar información sanitaria o del funcionamiento del Cesfam.	

A.- TEMATICA: SEGURIDAD

DIFICULTADES	Puntaje
No se visualizan problemas desde la comunidad	
Los funcionarios si los visualizan, pues en el último año hay un incremento de actos delictuales dentro del Cesfam, Principalmente robos en box (carteras, billeteras, etc) de hecho hace menos de un mes robaron un vehículo de un funcionario.	12

A.- TEMATICA: PROBLEMAS DE SALUD

DIFICULTADES	Puntaje
OBESIDAD INFANTIL: refieren preocupación por esta tendencia, pues tienen conciencia de que en un mediano plazo habrá enfermedades asociadas al riesgo cardiovascular (DMII - HTA). Señalan además, que repercute los malos hábitos alimenticios que las madres transmiten a sus hijos. Manifiestan que hay dejación por parte de los padres, pues cocinan alimentos más rápidos, no así más nutritivos o saludables.	20
ALTA INCIDENCIA EN HTA: muestran preocupación por el incremento de la HTA en la población adulto mayor. Refieren que probablemente tiene que relación con los malos hábitos alimenticios.	19
DESOCUPACIÓN JUVENIL: refieren que hay algunos sectores en donde los jóvenes, se juntan en esquinas o plazas a no hacer nada, lo que genera temor en el resto de la población, pues lo asocian a delincuencia. Y por otra parte preocupa, la falta de oportunidades que los jóvenes tienen dentro de la comuna.	17

DEPRESIÓN SIN TRATAMIENTO: señalan que muchas vecinas refieren tener síntomas depresivos, pero que por la falta de horas médicas en el Cesfam no ingresan al tratamiento de salud mental y gatilla una depresión, la cuál queda sin tratamiento.	16
EMBARAZO ADOLESCENTE: las usuarias manifiestan que implica un problema por las repercusiones que éste tema tiene en relación a la deserción escolar, malas oportunidades para el ingreso al mundo laboral. Además de deber delegar responsabilidades a las abuelas maternas generalmente, respecto al cuidado de los menores.	13.2
VDI A CUIDADORES DE POSTRADOS: manifiestan que los cuidadores de los pacientes postrados, sufren mucho stress, por lo cual sería bueno que los psicólogos fueran a visitarlos para entregar mejores herramientas para el manejo de este tipo de pacientes.	

TEMATICA: ACCESO

- **VEREDAS Y CALLES:** Las veredas y calles aledañas al CESFAM se encuentran en mal estado, lo que repercute en situaciones de riesgo principalmente para los adultos mayores y para los menores que llegan en coches.
- **RAMPLAS Y BARANDAS:** Escasez de esta infraestructura en el acceso al Cesfam.
- **PARADERO EN INDEPENDENCIA CON CARDENAL CARO:** Las dimensiones son muy pequeñas, por lo que genera un riesgo para los usuarios que esperan locomoción en un espacio muy reducido quedando en riesgo de un atropello.

- PASO DE CEBRA: Debiera haber un paso de cebra en el frontis del Cesfam, ya que hay un paradero de micro en la vereda del frente.
- SALA DE ESTIMULACIÓN: Falta pavimentación en el acceso a esa sala, pues hay ripio y deben ingresar con coches de los menores tratados.

TEMATICA: INFRAESTRUCTURA

Esta temática tiene relación con los espacios disponibles en los establecimientos.

- TAMAÑO DE SALA DE ESPERA:
 - Leche: No refieren problemas
 - Farmacia: Faltan sillas. Sugieren dar números para la atención, en vez de filas.
 - Toma de muestra: Se junta la fila de SOME con Toma de muestra. Debería volver donde estaba.
- CALIDAD Y CANTIDAD DE SILLAS EN SALA DE ESPERA:
 - Aumentar el número de sillas en toma de muestra.
- CANTIDAD Y CALIDAD DE BAÑOS PUBLICOS:
 - Aumentar la cantidad de baños

- Poner pestillos a las puertas del baño, para mayor privacidad.
- De las llaves, no sale la suficiente cantidad de agua.
- Disponer de Jabón y Papel Higiénico.
- Poner un basurero exclusivo para las botellitas de toma de muestra (muestra de orina).
- Implementar un mudador adecuado, con superficie lavable.

- **CALEFACCION Y VENTILACIÓN DEL CESFAM:**
 - Que regulen la Tº con la Tº ambiente, mas uniforme la calefacción así como la ventilación.
 - Mayor ventilación en tratamiento y sala ERA – IRA.
 - Instalar aire acondicionado.

- **CALIDAD Y CANTIDAD DE SEÑALÉTICA:**
 - Implementar señalética en el suelo con líneas de colores, de esta manera los adultos mayores podrán ubicarse de mejor manera.
 - Aumentar las señalética de seguridad: Salida de emergencia y zona de seguridad en caso de temblores o terremotos.

- **COMODIDAD Y TAMAÑO DE BOX DE ATENCIÓN:**
 - Box A. Sociales son muy pequeños, no alcanzan los coches adentro.
 - Aplicar aerosol luego de cada paciente, con el fin de eliminar los microbios.

- Identificar de mejor manera cada box, con los nombres en grande.
- Implementar en la entrada un mapa del consultorio en donde se indique en qué parte se encuentra cada área y box del consultorio.

TEMATICA: CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- **TIEMPO DE ESPERA:** Consideran que los tiempos de espera para ingresar a los box de atención son demasiado extensos.
- **LÍNEA 800:** los tiempos de espera para comunicarse, son muy extensos. Cuando se logran comunicar ya no quedan horas. Sugieren que cuando un menor de 65 años se encuentra en el Cefam pueda solicitar hora en el Some.
- **SEÑALETICA:** Sugieren mejorar los carteles que hay en los box. Agrandar las letras
- **MÉDICOS ESPECIALISTAS:** Sugieren la existencia de médicos especialistas en APS
- **CALIDAD DE INFORMACIÓN:** Sugieren que los médicos, principalmente, mejoren la calidad de la información en relación a diagnóstico y tratamiento que entregan en el box, pues sólo se preocupan de escribir en el computador.
- **TRABAJO COMUNITARIO:** Sugieren retomar trabajo con la comunidad, en relación a visitar centros de madres, club de adulto mayor, etc. Para entregar información sanitaria o del funcionamiento del Cefam.

TEMATICA: SEGURIDAD

- No se visualizan problemas desde la comunidad
- Los funcionarios si los visualizan, pues en el último año hay un incremento de actos delictuales dentro del Cesfam, Principalmente robos en box (carteras, billeteras, etc.) de hecho hace menos de un mes robaron un vehículo de un funcionario.

TEMA PROBLEMAS DE SALUD

- **EMBARAZO ADOLESCENTE:** las usuarias manifiestan que implica un problema por las repercusiones que éste tema tiene en relación a la deserción escolar, malas oportunidades para el ingreso al mundo laboral. Además de deber delegar responsabilidades a las abuelas maternas generalmente, respecto al cuidado de los menores.
- **DESOCUPACIÓN JUVENIL:** refieren que hay algunos sectores en donde los jóvenes, se juntan en esquinas o plazas a no hacer nada, lo que genera temor en el resto de la población, pues lo asocian a delincuencia. Y por otra parte preocupa, la falta de oportunidades que los jóvenes tienen dentro de la comuna.
- **DEPRESIÓN SIN TRATAMIENTO:** señalan que muchas vecinas refieren tener síntomas depresivos, pero que por la falta de horas médicas en el Cesfam no ingresan al tratamiento de salud mental y gatillan una depresión, la cuál queda sin tratamiento.
- **ALTA INCIDENCIA EN HTA:** muestran preocupación por el incremento de la HTA en la población adulto mayor. Refieren que probablemente tiene que relación con los malos hábitos alimenticios.

- **OBESIDAD INFANTIL:** refieren preocupación por esta tendencia, pues tienen conciencia de que en un mediano plazo habrá enfermedades asociadas al riesgo cardiovascular (DMII - HTA). Señalan además, que repercute los malos hábitos alimenticios que las madres transmiten a sus hijos. Manifiestan que hay dejación por parte de los padres, pues cocinan alimentos más rápidos, no así más nutritivos o saludables.
- **VDI A CUIDADORES DE POSTRADOS:** manifiestan que los cuidadores de los pacientes postrados, sufren mucho stress, por lo cual sería bueno que los psicólogos fueran a visitarlos para entregar mejores herramientas para el manejo de este tipo de pacientes.

Capacidad resolutiva de cada centro expresada en porcentaje de derivaciones (Interconsultas emitidas divididas por consultas de morbilidad totales.

Problemas que se han encontrado

1. Interconsultas extraviadas o se reciben tarde.
2. Abreviaturas en interconsultas
3. Repetición de IC para el mismo paciente por la misma especialidad.
4. No se rectifican datos del paciente (dirección y teléfonos)
5. Interconsultas no pertinentes (se realizaban algunas por petición del paciente.)
6. Interconsultas que no indican motivo de la derivación
7. Interconsultas con poca o nula información del paciente; muy escuetas.
8. Falta de comunicación entre digitadores y profesionales
9. No había unificación de criterios.

10. Interconsultas muy antiguas con información escasa o ambigua del paciente.
11. Gran inasistencia de paciente en operativos por sentir poca credibilidad a estos.
12. Interconsultas que no siguen protocolos por falta de supervisión de internos.
13. Ausencia de convenio con Laboratorios para realización de exámenes hormonales y de orden metabólico.
14. Falta de horas para realización de imagenología ginecológica.
15. Carencia de horas ginecológicas.

Plan de Mejoras

1. Comité crea comprobante de interconsultas emitidas
2. Médicos se hacen responsables de la entrega de interconsultas al final del día.
3. En reunión de médicos se indica no colocar abreviaturas y anotar todos los antecedentes y la más completa información del paciente.
4. Revisar Ficha clínica para evitar repetición de IC. Con nueva plataforma instaurada por el Servicio, se ha evitado la repetición de IC.
5. Al emitir una SIC médicos rectifican datos del paciente (dirección y teléfono) durante la consulta.
6. No se realizan interconsultas si no hay pertinencia.
7. La pertinencia diagnóstica esta siendo evaluada por médico triador con base en protocolos aprobados por el CIRA.
8. Reevaluaciones a los pacientes con interconsultas antiguas que presentaban poca información de éste.
9. Se indica a los médicos colocar motivo de la derivación y otros datos del paciente de acuerdo a los protocolos revisados.
10. Los criterios se han unificado por los protocolos aprobados en el CIRA.
11. Se sugiere mayor tiempo para citar a los pacientes que asisten a Operativos Comunes.
12. Presencia de convenios para Mamografías, ecotomografía mamarias, Ecotomografía abdominal y magnificaciones mamarias. Además de convenios para Rx de Tórax.
13. Presencia de becado de Ginecología que cubre un alto porcentaje de la morbilidad ginecologica.

Observaciones:

1. Interconsultas de Medicina Física y Rehabilitación, Urología, Endocrinología, Medicina Interna, Traumatología, Cardiología, Ginecología, Nefrología, Broncopulmonar no tenemos lista de espera debido a que se van al CDT se envían por estafeta una vez digitadas.
2. Se están reevaluando 20 pacientes de Otorrinolaringología Pediatría por cerumen impactados.

3. Se están reevaluando SIC de Ginecología de antes del 2011 por becado de Ginecología.
4. Se reevaluaran algunas SIC de Neurología con Diagnostico o información inespecífica.
5. Se disminuyó considerablemente LE de Oftalmología por que se están resolviendo en la UAPO y en el CDT.
6. Las SIC de BP, cardiología, Nefrología, Nutrición, Ginecología y Dermatología de pediatría se van directamente al Hospital.

INFORME DE RESOLUTIVIDAD
COMITÉ DE LISTA DE ESPERA E INTERCONSULTAS

En el Cesfam Juanita Aguirre se ha estado implementando medidas que han ayudado en la resolutiveidad en cuanto a la lista de espera, las medidas que se han llevado a cabo son las siguientes:

1. Se contrató a médico becado de Traumatología (Dr. Danilo González) quien ha estado evaluando las IC de traumatología infantil desde el mes de Julio de 2012. Se le citaron 55 pacientes, de los cuales solo hubo una inasistencia de 4 pacientes. De los 51 pacientes restantes, 42 fueron evaluados y dados de alta luego de haberles dado solución a su problema de salud y sólo 9 fueron derivados por el Dr. González al Hospital para manejo secundario.

Indicador de Resultado: Porcentaje de Resolutiveidad de Traumatología Infantil

$$\frac{\text{No. De interconsultas resueltas}}{\text{No. De interconsultas total generadas}} \times 100$$

$$\frac{42 \text{ pacientes}}{55 \text{ Pacientes}} \times 100 = 76,3\%$$

Dando así un porcentaje de resolutiveidad del: 76,3% a la especialidad de traumatología infantil.
Actualmente la lista de espera de traumatología infantil es de: 4 pacientes.

2. También se están reevaluando pacientes de Neurología junto con médico especialista en Medicina Familiar. Se citaron 18 pacientes de los cuales 4 son insistentes a reevaluación, 14 pacientes se les dio resolución a su problema de salud con tratamiento médico o ya lo tenían resuelto previamente.

Indicador de Resultado: Porcentaje de Resolutiveidad de Neurología Adulto.

$$\frac{\text{No. De interconsultas resueltas}}{\text{No. De interconsultas total generadas}} * 100$$
$$\frac{14 \text{ pacientes}}{66 \text{ Pacientes}} \times 100 = 21,2\%$$

Dejando un porcentaje de resolutiveidad del 21,2%

Queda en espera 66 pacientes.

Se continuaran citando más pacientes para reevaluación.

3. Se reevaluaron pacientes de Otorrinolaringología infantil con diagnóstico de cerumen impactado, se les indicó lavado de oído con la indicación dada por Otorrinolaringólogo del Hospital Roberto del Río en una de las reuniones de los encargados de listas de espera e interconsultas. Se citaron 12 pacientes de los cuales solo se les resolvió a 3 de ellos en segundo control, hubo 1 inasistente y los otros 5 pacientes no asistieron a nuevo control post tratamiento y otros 3 pacientes requieren de atención en nivel secundario.

Indicador de Resultado: Porcentaje de Resolutividad de Otorrinolaringología infantil (ORL infantil)

$$\frac{\text{No. De interconsultas resueltas}}{\text{No. De interconsultas total generadas}} \times 100$$

$$\frac{9 \text{ pacientes}}{88 \text{ Pacientes}} \times 100 = 10,2\%$$

Dejando un porcentaje de resolutividad del 10,2% en ORL infantil.

Quedan en lista de espera 88 pacientes.

4. Se reevaluaron 24 pacientes de Ginecología con médico Becado en Ginecología de las cuales hubo una insistencia de 2 pacientes y se les resolvió problema de salud a 22 de ellas, de éstas sólo 1 fue derivada a nivel secundario. Pendientes 22 pacientes en lista de espera.

Indicador de resultado: Porcentaje de Resolutividad de Ginecología Adulto.

$$\frac{\text{No. De interconsultas resueltas}}{\text{No. De interconsultas total generadas}} \times 100$$

$$\frac{22 \text{ pacientes}}{46 \text{ Pacientes}} \times 100 = 47,8\%$$

Dejando un porcentaje de resolutiveidad del 47,8% en Ginecología Adulto.

Quedan en lista de espera 22 pacientes.

Se continuaran citando pacientes para reevaluación.

5. Se contrató a Médico especialista en Traumatología Adulto (Dr. Gustavo Terán Peña) quien evaluará pacientes de traumatología adulto que quedaron pendientes por evaluación. Inicia el día 12 de Septiembre de 2012 con 12 pacientes a evaluación y luego continúa el día 26 de Septiembre de 2012.
6. Se realizarán a partir del mes de Octubre del 2012 consultorías Psiquiátricas tanto infantil como de adultos, que nos ayudará a realizar un buen filtro para derivar a nivel secundario.

Análisis del entorno

El análisis FODA nos permitirá identificar las ventajas competitivas de nuestro centro de salud y además estableceremos las líneas de actuación para alcanzar nuestros objetivos. Nos permitirá estudiar nuestras debilidades valorando amenazas futuras pero al mismo tiempo nos hace valorar nuestras fortalezas y oportunidades para mejorar.

	<p>Fortalezas</p> <p>F1.-Equipo Comprometido con el Modelo de Salud Familiar y consolidado F2.-Equipo de salud capacitado en salud familiar F3.-Clima laboral bueno F4.-Equipo comprometido en el cumplimiento de los objetivos F.-5 Escasa rotación del equipo del CESFAM, lo que permite dar mayor continuidad en la intervención que el enfoque de salud familiar requiere.</p>	<p>Debilidades</p> <p>D1.- La infraestructura con la que cuenta el CESFAM, no es la idónea para poder desarrollar todas las actividades que el modelo formula, además no se da abasto para entregar un espacio propicio para los profesionales con los que cuentan los equipos de cabecera. D2.-Cultura Institucional no esta Instalada D3.-Comunidad Organizada (CDL)recientemente D4.-Escasa actividades de autocuidado. D5.- Falta de autonomía en la gestión.</p>
<p>Oportunidades</p> <p>O1.-Gobierno comunal comprometido con el modelo O2.-Apoyo SSMN y Ministerio de Salud O3.-Existencia de redes intersectoriales. O4.- CESFAM como campo clínico para la</p>	<p>Potencialidades</p> <p>O1F1 Gobierno comunal comprometido con el modelo de salud familiar. O1F1.-Se potencia la Intersectorialidad con personal capacitado para brindar una mejor atención a los usuarios internos y externos.</p>	<p>Desafíos</p> <p>O1D1.-Mejorar la infraestructura del Cesfam ya que existe apoyo del Gobierno comunal y SSMN, Ministerio de Salud para obtener la Acreditación en prestación abierta. O3D4.-Aumentar actividades de autocuidado en el Cesfam y en la comunidad con el apoyo de los</p>

<p>formación de futuros profesionales de la salud, quienes contribuyen con el cumplimiento de las actividades programadas por el equipo.</p>		<p>grupos comunitarios organizados.</p>
<p>Amenazas</p> <p>A1.-Desconocimiento del presupuesto del Cesfam. A2.-Falta de conocimiento del modelo de salud familiar por parte de la comunidad. A3.-Existencia de inseguridad por hechos ocurridos en Cesfam(robos)</p>	<p>Riesgos</p> <p>A1F4.- El desconocimiento del presupuesto como centro de costo nos limita en el compromiso del cumplimiento de metas y compromisos de gestión. A2F2.-la falta de conocimiento del modelo por parte de nuestra comunidad limita el cumplimiento de nuestros objetivos y el empoderamiento de la comunidad</p>	<p>Limitaciones</p> <p>A2D4.-La falta de conocimiento del modelo limita la realización de actividades de autocuidado. A3D5.-La existencia de la falta de autonomía como centro de costo nos limita y por ende nos da inseguridad para manejarnos como centro de costo.</p>

Planificación Actividades en Salud Familiar e Indicadores

Objetivos	Actividades	Meta	Indicador	Responsable	Monitoreo
Lograr trabajar con las familias de riesgo con un enfoque integral y conjunto, en ámbitos de mejoras de su salud.	1.- Realizar 1 estudio de familia bimensual, por cada sector.	Realizar 6 estudios de familias al año, por cada sector.	Nº de estudios de familias realizados/ Nº de estudios de familias programados x 100	Jefas de sectores	Junio – Diciembre
	2.- Realizar cartolas familiares a los grupos seleccionados por el equipo	Realizar cartolas familiares al 80% de las familias de los grupos seleccionados	Nº de cartolas realizadas/ Nº total de familias seleccionadas x 100	Encargada del equipo gestor Y Jefes de sector	Mensual
	3.- Visita domiciliaria integral a familias de riesgo	Realizar VDI al 80% de familias con riesgo alto y moderado	Nº de VDI en familias de riesgo/Nº total de familias seleccionadas de riesgo alto y moderado x 100	Jefes de Sector	Mensual

Fomentar la participación de los equipos de cabecera estudios de familias y otras actividades de coordinación clínicas y administrativas.	1.- Realizar reuniones de sector:	Realizar al menos un 80% de las reuniones programadas.	Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones programadas x 100	Jefas de sector	Mensual
Fomentar la participación del equipo de salud en actividades de gestión en el ámbito de salud Familiar.	1.- Reuniones mensuales del equipo gestor.	Realizar al menos el 90% de las actividades programadas.	Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones programadas x 100	Encargada del equipo gestor	Mensual
Promover actividades de autocuidado del equipo de salud.	1. Realizar actividades mensuales de autocuidado, con horario protegido. 2. Realizar plan anual de autocuidado.	Realizar 100% de las actividades programadas.	Nº de actividades de autocuidado realizadas/ Nº de actividades de autocuidado programadas x 100	Encargada del equipo gestor	Mensual
Evaluar la precepción de satisfacción de los usuarios de nuestro Cefam	1.- Encuesta de Satisfacción usuaria	Realizar una encuesta de satisfacción usuaria anual	Realizado: Si/No	Encargado del equipo Gestor	Anual

**PLAN DE TRABAJO
COMPROMISO DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**ACREDITACIÓN
CESFAM JUANITA AGUIRRE– CONCHALI**

Plan de trabajo realizado para responder al compromiso de Gestión de Calidad

**VERSIÓN 1.0
SEPTIEMBRE 2012**

OBJETIVOS

- Visualizar, ordenar, y establecer un cronograma de las actividades a realizar para alcanzar la acreditación GES como Prestador Institucional Abierto de baja Complejidad, así como Asignar los responsables de cada actividad.
- Tener un documento que explicita el compromiso formal del Departamento de Salud, representado por el Director De Salud de la CORESAM para este proceso.

PROPÓSITO

- Obtener la Acreditación GES como prestador Institucional Abierto de Baja Complejidad.

ACTIVIDAD		FECHA	RESPONSABLE	RESULTADO
1	Crear una estructura formal dentro del establecimiento que lidere el proceso para alcanzar la acreditación	Julio 2012	Dirección del establecimiento: Kenya Moreira Sanango; Claudio Castillo Ramírez	Contar con una estructura formal que lidere el proceso con un encargado para cada Ámbito
2	Capacitación de equipo directivo en Autorización Sanitaria y antecedentes generales del proceso de Acreditación	21 agosto 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes	Equipo capacitado para realizar demostración
3	Realizar tarea "Documentos del Proceso de Demostración"	10 septiembre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes	1.-Documentos y formularios terminados para presentar solicitud de demostración 2.-Plan de Brechas para Proceso demostración
4	Capacitación: Marco legal, Estandares en el proceso de acreditación y Plan de trabajo.	11 septiembre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes	Equipo Capacitado en Marco Legal, estándares y Plan de trabajo en Acreditación
5	Tarea: elaboración de Plan De trabajo institucional del proceso de Acreditación con Cronograma de Actividades	22-24 de septiembre	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes	Plan de trabajo institucional terminado
6	Presentación de plan de trabajo del proceso de acreditación a Director de Salud	24 septiembre 2012	Kenya Moreira Sanango	Plan de trabajo Aceptado y con compromiso de apoyo del Director de Salud

7	Desarrollar Plan de Difusión y Motivación que prepare el proceso de Acreditación en CESFAM	octubre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes	Plan de difusión y motivación institucionalizado para proceso de acreditación
8	Capacitación ámbitos: "Dignidad del Paciente", "Gestión de Calidad"	25 septiembre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes, Iris Díaz Calderón	Equipo capacitado en ámbitos: "Dignidad del Paciente", "Gestión de Calidad"
9	Aplicación de pauta de cotejo en ámbitos: "Dignidad del Paciente", "Gestión de Calidad"	1-5 octubre 2012	Claudio Castillo Ramírez, Iris Díaz Calderón	Establecimiento de brechas para Cumplir con ámbito
10	Realizar Plan de Trabajo para cumplir con ámbitos: "Dignidad del Paciente", "Gestión de Calidad"	8-12 octubre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Iris Díaz Calderón	Plan de trabajo realizado aprobado por Dirección
11	Capacitación en ámbito "Gestión Clínica", confección de protocolos	16 octubre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes, Patricia Herrera	Equipo Capacitado en confección de Protocolos, Ámbito "Gestión Clínica"
12	Tarea: ámbito "Gestión Clínica"	17-25 octubre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes	Tarea entregada
13	Replica al equipo gerencial y jefes de programas en confección de protocolos	15 noviembre 2012	Kenya Moreira Sanango, Patricia Herrera	Equipo gerencial del centro y jefes de programas Capacitados en confección de Protocolos
14	Capacitación en Ámbitos "Acceso ,Oportunidad y continuidad De la Atención", "Competencia del Recurso	30 octubre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes, Ana Luisa Berrios , Daniela Medina	Equipo capacitado en evaluación de Ámbitos "Acceso ,Oportunidad y continuidad De la Atención",

	Humano”			“Competencia del Recurso Humano”
15	Aplicación de pauta de Cotejo para ámbitos “Acceso ,Oportunidad y continuidad De la Atención”, “Competencia del Recurso Humano”, y confección de Indicadores	5-8 noviembre 2012	Ana Luisa Berrios , Daniela Medina	Establecimiento de brechas para Cumplir con ámbito
16	Tarea : plan de trabajo para cumplir con ámbitos “Acceso ,Oportunidad y continuidad De la Atención”, “Competencia del Recurso Humano	9-11 noviembre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola Ordenes, Ana Luisa Berrios , Daniela Medina	Plan de trabajo terminado y aprobado por dirección para cumplir estos ámbitos
17	Capacitación en ámbitos “ registros” “seguridad del Equipamiento” “Seguridad de las Instalaciones”	13 noviembre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola, Francisca Parot Torres , Marcela Aranís Muñoz	Equipo capacitado en evaluación de Ámbitos “ registros”, seguridad del Equipamiento” “Seguridad de las Instalaciones”
18	Aplicación de pauta de cotejo para ámbito registros” “seguridad del Equipamiento” “Seguridad de las Instalaciones”	14-16 noviembre 2012	Francisca Parot Torres , Marcela Aranís Muñoz	Establecimiento de brechas para ámbitos“ seguridad del Equipamiento” “Seguridad de las Instalaciones”
19	Tarea: Plan de trabajo para cumplir con ámbitos “ registros” “seguridad del Equipamiento” “Seguridad de	117-21 noviembre	Francisca Parot Torres , Marcela Aranís Muñoz	Plan de trabajo terminado y aprobado por dirección para cumplir estos ámbitos

	las Instalaciones”			
20	Capacitación en ámbito “servicios de Apoyo” y eventos Adversos	27 noviembre 2012	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola, María Elena Zapata	Equipo capacitado en evaluación de Ámbito “servicios de Apoyo” y eventos Adversos
21	Aplicación de pauta en ámbito “servicios de Apoyo”	3-5 diciembre 2012	Cecilia Urriola, María Elena Zapata	Establecimiento de brechas y propuestas de mejora para ámbito “servicios de Apoyo”
22	Tarea: Plan de trabajo para cumplir con ámbito “servicios de Apoyo”	6-10 diciembre	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola, María Elena Zapata	Plan de trabajo terminado y aprobado por dirección para cumplir estos ámbitos
23	Capacitación en:, evaluación de indicadores, Constatación, Tamaño Muestral	11- diciembre	Kenya Moreira Sanango, Claudio Castillo Ramírez, Cecilia Urriola,	Equipo Capacitado en tamaño Muestral, evaluación de indicadores y Constatación.

UJAPO

Germán Landskron L.

9.-UAPO

Breve Reseña Histórica

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) comienza la atención al público a partir de junio del año 2012 en dependencias del Centro Comunal de Rehabilitación Integral (CCR,) formando parte de la estrategia de Salud Familiar y con el objetivo de fortalecer la resolutivez de la Atención Primaria en la especialidad de Oftalmología.

El modelo de atención de la UAPO consiste en implementar y poner en marcha la Unidad integrada a la Red de Salud local para garantizar oportunidad en el acceso, atención integral, resolutivez y asegurar la continua atención de pacientes.

La consulta oftalmológica contempla una evaluación integral del paciente, por lo que al término de ésta, se debiera contar con diagnósticos de la especialidad y con las indicaciones correspondientes que efectivamente mejoren la salud oftalmológica de las personas.

Cuenta con equipos de última tecnología y profesionales de sólida formación para dar solución a gran parte de las patologías prevalentes en el sistema primario de atención que no están cubiertas por las GES.

Actualmente la UAPO está ubicada en el nuevo complejo de Servicio Clínico de Urgencia Avanzada 24 horas Conchalí (SCUAC) inaugurado el 24 de septiembre del año 2012 en nuestra comuna, funcionando al 100%.

RNLE e Interconsultas resueltas de oftalmología

El Repositorio Nacional de Lista de Espera para la comuna de Conchalí contaba con 2636 usuarios al corte de junio de 2012, con ingresos tan remotos como el año 2007. En base al trabajo realizado por la Unidad correspondiente a limpieza y atención de usuarios de la lista de espera así como la debida priorización de los casos nuevos al corte septiembre de 2012 fueron resuelto alrededor de 1500 usuarios de la LE.

Total de atenciones de julio a septiembre proyectadas a diciembre

		REM				
		junio	julio	agosto	septiembre	TOTAL
OFT	Consultas	47	67	101	35	250
TM	Consultas	122	149	191	99	561
	TOTAL	169	216	292	134	811

Promedio: 202 X 3 meses 606

**Proyección
Atenciones
Oct - Dic**

El total de atenciones

Atenciones Jun - Sept	Proyección Atenciones Oct - Dic	Proyección TOTAL Atenciones 2012
811	606	1417

Cartera de servicios

PERSONAL: Médico Oftalmólogo, Tecnólogo Médico de Oftalmología, Técnico en Enfermería de Nivel Superior.

EQUIPOS: Tonómetro aplanático, Campímetro visual, Autorrefractómetro, Biomicroscopio, Oftalmoscopio directo e indirecto, Kit de estrabismo.

En la Unidad se busca solucionar o brindar tratamiento a alteraciones tales como:

- Vicios de Refracción (miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbicia).
- Diagnóstico, control, tratamiento y derivación de pacientes con patología crónica (Glaucoma y pterigion).
- Control oftalmológico de pacientes diabéticos.
- Diagnóstico, control y tratamiento a pacientes con Estrabismo
- Calificación de Urgencia Oftalmológica.

COSSAM

DIRECTORA: PSICOLOGA VERONICA VALDERRAMA

COSAM de Conchalí**Reseña histórica**

Este establecimiento fue el primer COSAM creado en el país; esto ocurrió en el año 1985, inaugurándose inicialmente como un Centro de tratamiento para consumidores de drogas. A partir del año 1990 los COSAM pasan a depender del Ministerio de Salud y su población objetivo se amplía a las familias con problemas de salud mental, con un modelo de atención preventivo-promocional, y con énfasis comunitario. Finalmente, en el año 2000 los COSAM son redefinidos en el primer “Plan de Psiquiatría y Salud Mental” como: “centros de atención ambulatorios especializados en problemas de salud mental de complejidad moderada a severa”, carácter que mantiene hasta la actualidad. Por su misma definición de especialidad, su población la constituyen todos los beneficiarios del sistema público inscritos en los CESFAM comunales, derivados desde la Red de salud y que presenten un trastorno de salud mental moderado o severo.

Se ubica geográficamente al norponiente de la comuna, en la Población Juanita Aguirre. Dirección: Pasaje Camberra N° 5860. Fonos: 6233226, 6233301.

Infraestructura e implementación:

Cuenta con una infraestructura sólida de 600 mts². Conformado por: 20 box, 04 salas espaciosa de talleres, 01 sala de espejo, 01 sala de espera, 01 sala multiuso con máquinas de gimnasia, 6 baños: 03 para público incluyendo 01 de discapacitados y los restantes para funcionarios.

Respecto de la implementación, se funciona sólo con lo necesario, por ejemplo: 1 estufa para 5 box, lo mismo respecto de los ventiladores.

Se dispone de todos los test psicológicos básicos, los que se encuentran en buenas condiciones. Desde Diciembre 2011 se está intencionado la instalación, en este Establecimiento, del “Sistema de información integrado de la red asistencial” o SIDRA, para el agendamiento digital y como sistema de referencia y contrarreferencia de los usuarios en la red asistencial de salud; además, este

dispositivo incorpora la ficha clínica de tipo electrónica para cada paciente, la que contendrá todo el historial clínico de las intervenciones realizadas. Es necesario mencionar que, a la fecha, no se encuentra operativo aún pues se requiere de una importante inversión en equipos e insumos para el año 2013, a saber: necesitamos 17 computadores de alto rendimiento en cuanto a velocidad y procesamiento, y alta capacidad en disco duro u otros medios de almacenamiento; además se requieren scanners, aumentar la velocidad de internet (banda ancha), de una terminal donde agrupar todos los procesadores de la red y de una estación de trabajo.

Análisis Año 2013 (Insumo para la construcción de la matriz de planificación estratégica del año 2013 que se describe más adelante)

Durante este año se concretó un proceso orientado al logro de un funcionamiento "eficiente", entendido como el cumplimiento de las actividades y metas en base a los recursos disponibles; observándose además una mejora en la calidad de las prestaciones, considerando siempre la alta demanda de usuarios que requieren atención de especialidad en salud mental. En este proceso de mejora ha resultado fundamental el que los Establecimientos de la red de salud han ido corrigiendo la pertinencia en las derivaciones que se efectúan al nivel secundario (COSAM). Ello ha logrado ajustarse por cuanto COSAM también ha ido filtrando de una manera más rigurosa cada una de las derivaciones que se efectúan a este Centro, debiendo contrareferir todos aquellos casos cuya patología de salud mental no requiere el nivel de especialidad que caracteriza a COSAM. Consecuentemente, el número de ingresos nuevos a COSAM se ha ido manteniendo, lo cual ha significado que la densidad de prestaciones a los usuarios activos de cada programa de salud mental ha ido en aumento y con ello el N° de altas exitosas.

Durante los últimos 5 años se obtuvo entre un 113% y un 140% de cumplimiento anual de actividades y metas, y una lista de espera casi inexistente, la que será especificada más adelante.

Se ha proyectado para el año 2013, profundizar el análisis y planificar acciones y reorientaciones nuevas respecto de la eficacia de nuestros procesos de intervención; niveles de resolutivez, planes de tratamientos diferenciados, pertinencia, densidad de prestaciones mensuales por paciente, etc. para lo cual, desde mayo del presente año se ha conformado una Comisión Técnica encargada de revisar nuestro modelo de atención en base a la elaboración de un diagnóstico a nivel institucional de estas variables.

Desde el año 2010, periódicamente se están realizando jornadas ampliadas y participativas con todos los funcionarios del establecimiento, cuya temática principal se orienta a ello. El análisis y las conclusiones extraídas a partir de este trabajo ha arrojado nuevas orientaciones en los tipos de intervención, otorgando mayor énfasis al abordaje de familias cuyos integrantes se atienden en los distintos programas del Centro, se ha propuesto incrementar el número de visitas domiciliarias, para intervenir desde el contexto psicosocial donde se desenvuelve el usuario (para facilitar esta actividad, a partir de Diciembre de 2010 se realizó un contrato con un servicio de móvil de traslado).

Paralelamente, desde la Unidad de Salud Mental del S.S.M.N. se está desarrollando la creación de los “coeficientes técnicos” de atención, por cada patología o problema de salud que tratamos; el cual se fundamenta en revisar, con una metodología rigurosa, las prestaciones realizadas por paciente. Este será también un insumo muy importante ya que permitirá comparar las prestaciones que en lo real se les entrega a los pacientes respecto de lo que es necesario proporcionar, para lograr mejorar la resolutivez en las atenciones. Será este propósito el que se continuará planteando en los lineamientos estratégicos para el año 2013, junto con seguir mejorando la pertinencia en la referencia y contrarreferencia de pacientes al interior de la red de salud mental.

METAS; ACTIVIDADES Y CUMPLIMIENTOS 2012

METAS 2012 CUMPLIMIENTO PPV Salud Mental y PPV GES, corte a Octubre de 2012

Prestaciones	Código Prestación Trazadora	Actividad Comprometida (Meses tratamiento)	Actividad Realizada (Meses tratamiento)	% Cumplimiento (a Noviembre 2010)
ATENCIÓN CERRADA (EXTRAHOSPITALARIA)				
Día Programa Rehabilitación Tipo II	Rem	950	1.273	134%
CANASTAS PAD (PPV)				
Depresión Unipolar y Distimia, Menores de 15 años, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)	3103103	60	76	127%
Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)	3103005	2150	2784	129%
Demencia y Trastornos Mentales Orgánicos, Trat. Ambulatorio	3103006	700	784	112%

Nivel especializado (Trat. Mensual)				
Esquizofrenia y Psicosis No Orgánica, Trat. Ambulatorio Paciente Crónico NO AUGE (Ingreso A Trat. Antes del 1 Junio 2004) (Trat. Mensual)	3103102	375	350	93%
Trastornos Hipercinéticos, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado	3103008	920	952	104%
Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y Adolescencia, Tratamiento Nivel Especializado (Trat. Mensual)	3103010	1.100	1.295	118%
Violencia Intrafamiliar - VIF (trat. Mensual)	3103011	850	957	113%
Maltrato Infantil (trat. Mensual)	3103012	156	224	144%
ALCOHOL Y DROGAS				
Plan Amb. Básico - OH y Drogas, Trat. Mes	3103014	630	794	126%
Plan Amb. Intensivo - OH y Drogas en Infante Adolescentes (Trat. Mensual)	3103019	39	103	264%
PPV GES ESQUIZOFRENIA				

1º Episodio	3103001	6	4	67%
Año 1	3103002	20	20	100%
Año 2	3103101	39	64	164%
PPV GES DEPRESIÓN				
Año 1	3103003	1.200	1.410	118%
Año 2	3103104	170	239	141%

Respecto de este punto, se observa que la gran mayoría de los PPV comprometidos, ya en el mes de septiembre alcanzan un cumplimiento superior al 100% de la producción comprometida (meses tratamiento) para el año 2012. Ello permite proyectar una producción anual a diciembre superior al 150%.

Cumplimiento Garantías de oportunidad GES 2012: 99 %; Incumplimiento sólo en 01 caso por mala digitación del Centro derivador.

Lista de espera 2012

La Unidad de Salud Mental del SSMN considera lista de espera inicio de tratamiento en especialidad superior a 01 mes. Se revisaron todos los ingresos de un mes al azar, resultando menos del 1% de la población adulta en “lista de espera”. No obstante, esta lista, aunque mínima, está siendo resuelta en su mayoría desde que se implementó un dispositivo grupal de acogida, de manera tal de recibir atención con una demora máxima de tres semanas. Comparativamente con el año 2011, psiquiatría infantil no estaría presentando “lista de espera” ya que el tope máximo para ingreso corresponde a un mes calendario.

Los Programas “Violencia intrafamiliar”, “Tratamiento de Drogas” y “Discapacitados Psíquicos” tampoco registran listas de espera para inicio de

tratamiento (Inicio de tratamiento antes de 1 mes).

Satisfacción usuaria 2005 - 2012

“Evolución de la percepción de calidad de la atención percibida por los usuarios de COSAM” Análisis de la aplicación de la encuesta desde el año 2005 (algunos ítems relevantes)

Durante el año 2012 se aplicó la encuesta pero los datos obtenidos aún se están procesando, sin embargo, es posible realizar un análisis de la evolución de los distintos aspectos evaluados desde el inicio de la aplicación anual de la encuesta (año 2005) ya que nos aportan datos que se deben tener en cuenta para la mejora continua del servicio. Para efectos del análisis, se seleccionaron algunos de sus ítems más relevantes. Si bien todos los resultados se ubican sobre la nota “seis” de un máximo de “siete”, es posible observar algunas variaciones. Este año se mejoró la totalidad de la infraestructura del COSAM lo cual significó un gran cambio, se implementó en la sala multiuso un gimnasio con un n° total de 5 máquinas de ejercicios, además, se incrementó la oferta de profesionales desde abril de 2012: psiquiatra infantil y adulto, contratación de un Terapeuta Familiar, creación de una Comisión Técnica, entre otros.

Cabe destacar que el programa de salud mental infanto juvenil ha alcanzado una alta resolutivez en los procesos de tratamiento de niños, niñas y adolescentes lo que contrasta con una disminución significativa en la dación de fármacos a la población infanto juvenil beneficiaria.

Esto refleja una mejora evidente de los procesos de calidad de la atención lo que ha permitido mantener un nivel de satisfacción usuaria con estándares de excelencia.

PLANIFICACION ESTRATEGICA 2013

Lineamiento estratégico "Aumentar eficacia y resolutivez de las intervenciones de salud mental del COSAM de Conchalí"

Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RR HH	Monitoreo / Evaluación
Resolver el motivo de consulta de los usuarios del COSAM en un tiempo acotado.	- 10 % de aumento en N° de altas de tratamiento.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ altas COSAM 2013}}{\text{N}^\circ \text{ de Altas COSAM 2012}} \times 100$	Profundizar la aplicación del contrato terapéutico con objetivos acotados. Determinar y socializar criterios de alta. Aplicar contrato de duración acotada al Tto. Farmacológico.	Jefes de programas y Dirección.	Revisión base de datos ACCESS de densidad de prestaciones y tiempo de procesos de tratamiento. Revisión de fichas, análisis de casos de lenta evolución. Evaluación esquemas de tratamiento terapéutico y farmacológico. Estudio cuantitativo y cualitativo de los casos de deserción.
Profundizar el modelo de atención en sus ámbitos comunitario y familiar.	-20% aumento en prestaciones de Terapia Familiar.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Psc.Fami. año 2013}}{\text{N}^\circ \text{ de Psic Fami Año 2012}} \times 100$	Programación de actividad. Ejecución y monitoreo mensual.	Jefes de programas Dirección	Formularios REM
	- 15 % aumento visitas domiciliarias todo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de v VD año 2013}}{\text{N}^\circ \text{ de VD. Año 2012}} \times 100$.Programación de actividad. Ejecución y	Jefes de programas	Formularios REM

	profesional y análisis psicosocial.	Línea base : Nº Familias derivadas	monitoreo mensual.	Dirección	
	-Incorporar al programa de atención COSAM grupo familiar modelo ecológico.	80% de las fichas incluyen y destacan sociograma y ecomapa	Programación de la actividad. Ejecución y monitoreo mensual.	Jefes de programas Dirección	Registro en ficha
	-Priorización en diagnóstico de instrumentos sociograma y ecomapa.		Capacitación Ejecución y monitoreo mensual.	Equipo COSAM	Registro en ficha

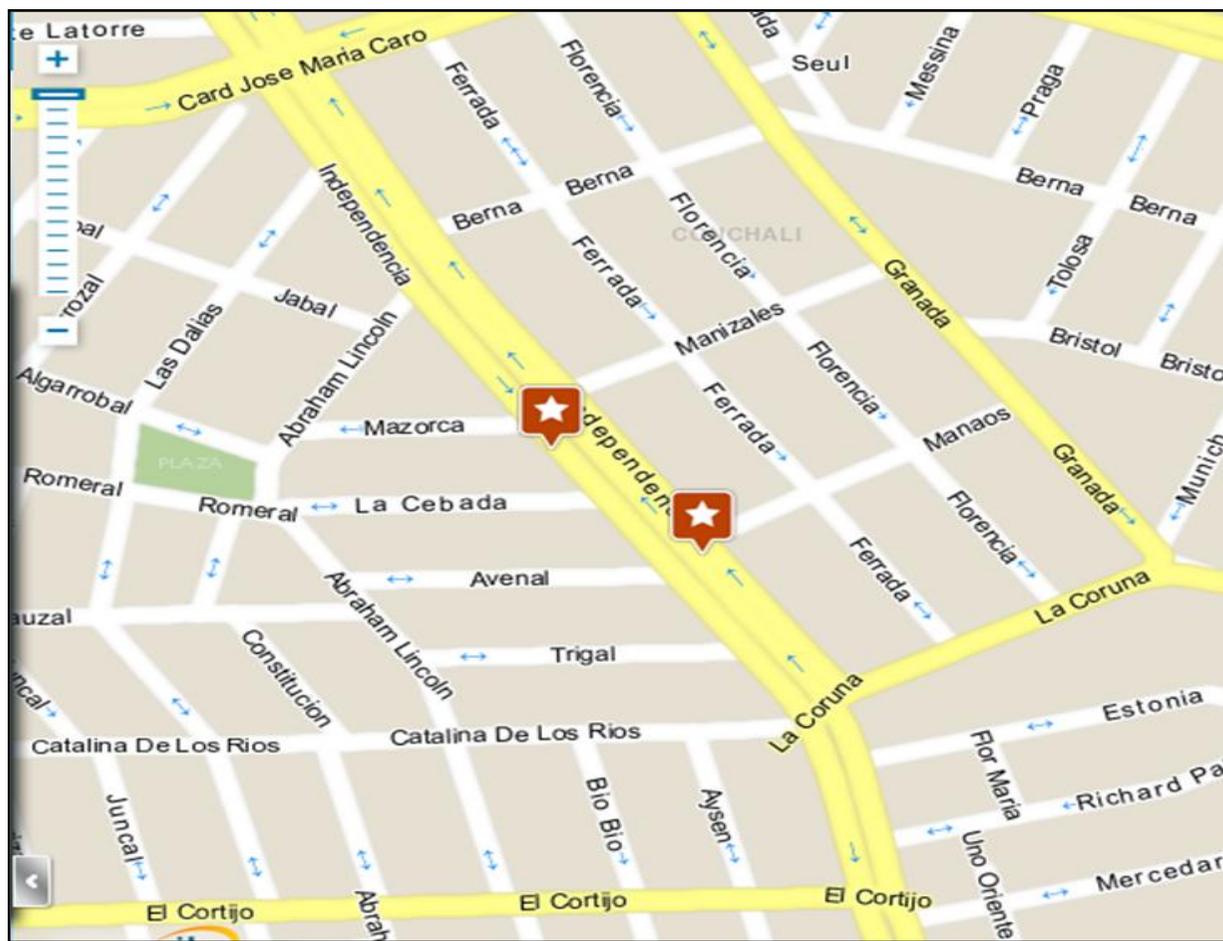
LABORATORIO COMUNAL

DR. RAFAEL DARRICARRERE
DIRECTOR. RUBEN MUÑOZ

OBJETIVOS ESPECIFICOS 2013

- AUMENTO DE LA COBERTURA
- IMPLEMENTACION DE UNA PAGINA WEB
- SEGUNDA ETAPA IMPLEMENTACION DE CODIGOS DE BARRA EN LOS EXAMENES Y TOMAS REMOTAS
- VENTA DE SERVICIOS PARA GENERAR RECURSOS PROPIOS
- ORIENTAR ACCIONES PARA LA ACREDITACION DEL LABORATORIO COMUNAL

UBICACION



ESTADISTICA/enero-febrero 2012

ANTIBIOGRAMA 1	1004
HEMORRAGIAS OCULTA	138
LEUCOCITOS FECALES	1
ORINA FISICO-QUIMICO	1834
SEDIMENTO URINARIO URO	5480
UROCULTIVO	5483
ANTIBIOGRAMA 1	1004
HEMORRAGIAS OCULTA	138
LEUCOCITOS FECALES	1
ORINA FISICO-QUIMICO	1834
SEDIMENTO URINARIO URO	5480
UROCULTIVO	5483
PROTROMBINA	47
Hb. GLICOSILADA	6402
HEMATOCRITO	6715
HEMOGLOBINA	6715
HEMOGRAMA Y VHS.	3457
PERFIL HEMATOLOGICO	6585
RECUESTO PLAQUETAS	253
RTO RETICULOCITOS	35
V.H.S	6473

T4 LIBRE	42
TSH	66
FACTOR REUMATOIDEO	957
TEST DE EMBARAZO	241
ORINA FISICO Y QUIMICO	5040
SEDIMENTO URINARIO	15032
PARASITOLOGICO SERIADO DEP.	427
TEST DE GRAHAM	225
ACIDO URICO	3287
ALBUMINA	107
BILIRRUBINA DIRECTA	71
BILIRRUBINA TOTAL	72
CLEARENCE CREATININA CORREGIDO	180
COLESTEROL HDL	280
COLESTEROL TOTAL	4837
CREATININA	15306
CREATINURIA AISLADA	112
ELECTROLITOS PLASMATICOS	5746
FILTRACION GLOMERULAR HOMBRE	3576

FILTRACION GLOMERULAR MUJER	6539
FOSFATASAS ALCALINAS	155
GGT	1749
GLICEMIA	23067
GLICEMIA POST PRANDIAL	31
GLUCOSURIA	1
GOT	556
GPT	555
HDL COLESTEROL	2
MICROABUMINURIA AISALDA	1715
MICROALBUMINURIA	682
P.LIPIDICO 2	33
PERFIL HEPATICO	3035
PERFIL LIPIDICO	14724
PERFIL MINIMO	2467
PROTEINA C REACTIVA	66
PROTEINEMIA	12
PROTEINURIA AISALDA	22
PROTEINURIA EN 24 HORAS	25
TOLERANCIA GLUCOSA	1201
TRIGLICERIDOS	7300
UREMIA	11480
TOTAL	181643

CALIDAD

PROGRAMA DE EVALUACION EXTERNA DE CALIDAD

(PEEC)

EL LABORATORIO COMUNAL DE CONCHALI SE ENCUENTRA ADSCRITO AL PEEC DEL INSTITUTO DE SALUD PUBLICA DE CHILE DESDE 1996.

Con el propósito de incentivar la mejora continua de la calidad de las prestaciones realizadas por los Laboratorios Clínicos y Bancos de Sangre de todo el país, el Instituto de Salud Pública de Chile a través del Departamento Laboratorio Biomédico Nacional y de Referencia organiza desde 1972 el Programa de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC) que actualmente incluye las áreas de: Bacteriología, Hematología, Inmunohematología, Inmunología, Mico bacterias, Parasitología, Química Clínica, Serología con la comunidad internacional al incorporar a países latinoamericanos que solicitan participar en este programa.

EQUIPAMIENTO

- El laboratorio Comunal de Conchalí cuenta entre otros con:
- 2 equipos para química clínica HITACHI 911
- 1 Equipo automatizado para hematología EXCELL 22
- 1 Equipo automatizado para análisis química de orina Combi Scan XI
- 1 impresora etiquetadora de códigos de barra
- 1 Red local
- 1 software para procesamiento e ingreso de datos ALLSYS
- DERIVACION NIVELES PLASMATICOS
- BAJAR LA CANTIDAD DE RECHAZO DE MUESTRAS

IMPACTO

Aumento de beneficiarios.
Aumento de las prestaciones otorgadas.
Entrada de otro tipo de programas que requieren de exámenes de mayor complejidad

DOTACION

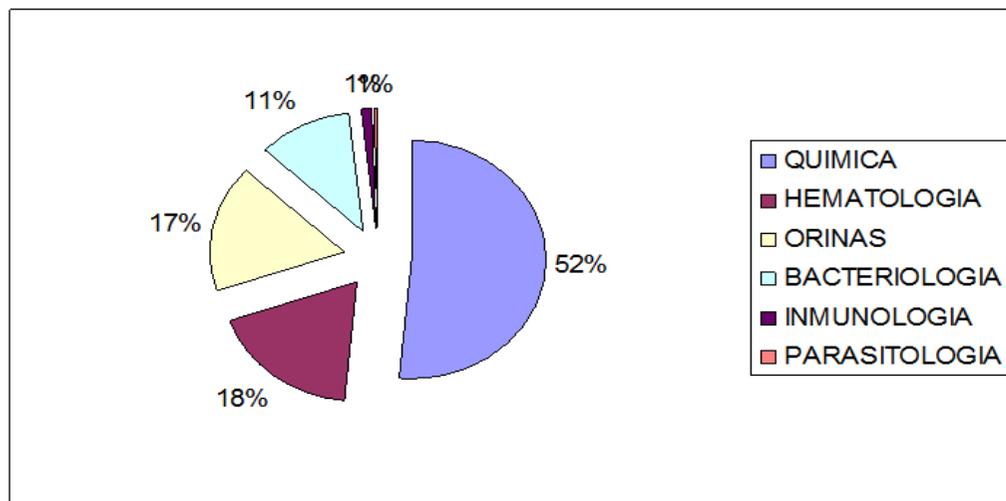
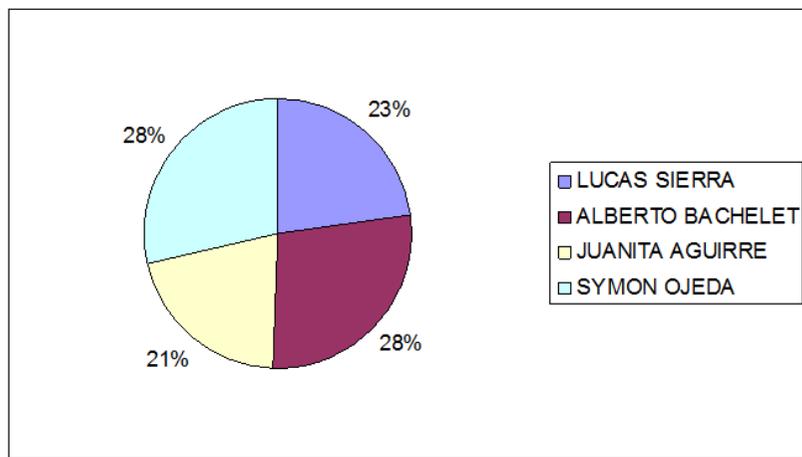
DOTACION ACTUAL

3 Tecnólogos médicos..... 113 horas
3 Auxiliares paramédicos..... 132 horas
2 Administrativos..... 88 horas
1 Auxiliar de aseo..... 44 horas

DOTACION 2013

3 Tecnólogos médicos..... 132 horas
3 Auxiliares paramédicos..... 132 horas
2 Administrativos..... 88 horas
1 Auxiliar de aseo..... 44 horas

TOTAL DE EXAMANES



DISTRIBUCION



CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL ENEAS GONEL

DIRECTORA: VIVIANA RODRIGUEZ

CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACION FISICA
ENEAS GONEL - CONCHALI

Reseña Histórica:

En el año 2008 se inicia el funcionamiento del Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) en las dependencias del antiguo consultorio Eneas Gonel. Cuyo objetivo principal es brindar rehabilitación física integral y responder a las necesidades en esta área, respetando las características propias de la comuna, además de contribuir a la mejoría de la calidad de vida de las personas que presentan algún nivel de discapacidad física de forma definitiva o transitoria, como así mismo prevenir la aparición de discapacidad en aquellos grupos de riesgo, todo esto en el marco de la inclusión social.

Este centro cuenta con un equipo Interdisciplinario de profesionales del área de la Rehabilitación:

- 1 Terapeuta Ocupacional y Encargada Establecimiento.
- 1 Psicóloga y Sub-Encargada.
- 2 Kinesiólogos
- 1 Fonoaudióloga
 - 1 Técnico Paramédico
- 1 Secretaria Administrativa
- 1 Parvularia Programa Chile Crece Contigo (Sala estimulación)
 - 1 Kinesiólogo Programa Chile Crece Contigo (Sala de Estimulación)

Planta Física

Contamos con un espacio físico de 242 m² Aproximadamente. En el cual se encontrarán distribuidos entre los siguientes espacios:

Box Dirección: 4.4*2.65 mts.

Box Taller de Ortesis: 3.45*4.45 mts.

Box Consulta Fonoaudiológica: 3.45*4.45 mts

Box Consulta Kinesiología: 2.36*3.01 mts.

Box Sala de estimulación Chile Crece Contigo: 3.45*4.45 mts.

Box Administrativo Chile Crece Contigo: 4.4*2.8 mts

Box Consulta Psicólogo: 3.45*4.45 mts

Gimnasio: 98.28 mts².

Bodega Ayudas Técnicas: 4.4*2.8 mts.

Bodega Ayudas Técnicas: 4.4*2.7 mts.

Oficina Dirección: 4.4*2.7 mts.

Cocina y Sala de estar funcionarios: 4.4*2.7 mts.

Baño Funcionarios: 1.5*2.36

Baño Usuarios: 1.7*2.36 mts

Antecedentes de Contacto y Ubicación:

Pasaje San Antonio #3832, entre las calles Diagonal Cardenal Caro, General Gambino y Zapadores.

Movilización cercana: B01, B11, B21, Troncal 223 (por Diego Silva).

Horario de atención es de Lunes a Jueves de 8.00 a 17.00 horas y Viernes hasta las 16.00 horas.

Teléfono: 734 4935

Correo electrónico:

viviana.rodriguez@coresam.cl

monica.gatica@coresam.cl

Programas:

- **Programa de Terapia Complementaria basada en Piedras de Cuarzo:** Este programa se inserta desde el inicio de las actividades del CCR en el año 2008, de modo de ofrecer un tratamiento paliativo a los síndromes dolorosos y tensionales. Este programa se complementa con las intervenciones de rehabilitación en la que se encuentran los usuarios.
- **Programa de Entrega de Ayudas Técnicas Comunes:** Dentro de las actividades realizadas en el CCR se encuentra, a partir de Octubre del 2010, el Programa de Entrega de Ayuda Técnica (Silla de Ruedas, Andadores con y sin ruedas y Cojines antiescaras) a usuarios de 65 años y más. Este programa contempla la entrega de la AT, previa indicación médica, entrenamiento kinesiológico y control de seguimiento.
- **Programa de Integración y participación Social:** Programa destinado a generar instancias recreativas, sociales y de esparcimiento dirigidas a los usuarios que se encuentran en proceso de Rehabilitación, estas incluyen celebraciones de fiestas Patrias, Navidad, día del Adulto Mayor, día de la Discapacidad.

- **Programas Educativos:** Dirigidos a la prevención en la aparición o bien aumento de la severidad de alguna situación discapacitante. Estos tienen un carácter teórico y práctico que pretende favorecer el empoderamiento comunitario, respecto a su estado de salud y calidad de vida.
- **Programa Formación de Monitores:** Cuyo objetivo principal es la capacitación de participantes voluntarios, en el área de la rehabilitación, de modo de favorecer la participación social, y la acción coordinada con líderes comunitarios.
- **Programa de Capacitación de Postrados:** Programa educativo dirigido a cuidadores de usuarios con patología severa y principalmente a cuidadores de pacientes postrados derivados desde los 4 CESFAM de la Comuna.

Cartera de Prestaciones y Producción 2012:

<i>Nombre prestación</i>	<i>Descripción</i>	<i>PRODUCCIÓN 2012</i>
EV. DE INGRESO	Corresponde sólo a las primeras evaluaciones	721
PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	Aplicación de CHC, US, Aplicación de masajes terapéuticos, actividades realizada en gimnasio de rehabilitación	11970
VISITA DOMICILIARIA	Visita Domiciliaria Integral	97
CONSEJERIA INDIVIDUAL	Entrega de material informativo, empoderamiento y orientación de una temática puntual	774
CONSEJERIA FAMILIAR	Reunión con familiares para la entrega de información de rehabilitación	178
EDUCACIÓN GRUPOS	Toda actividad práctica y demostrativa de promoción y prevención	704 personas y 285 sesiones grupales
Actividad recreativa	Actividades de esparcimiento y recreación	
Capacitación de cuidadores	Actividad educativa de capacitación en cuidados básicos y técnicas de mantención de las habilidades físicas y cognitivas de pacientes con discapacidad severa	85

Análisis 2012:

Durante este año se ha incorporado a nuestro equipo de profesionales, una Fonoaudióloga, cuya intervención viene a complementar la mirada integral del enfoque de rehabilitación, permitiendo así, abarcar todas las áreas funcionales de un individuo, ya sea niños o adultos, que pueden verse interferidas tras sufrir de una patología discapacitante o bien vivir directa o indirectamente una situación de discapacidad.

Por otro lado, la incorporación además del convenio Docente Asistencial con la Universidad Autónoma de Chile, ha permitido ampliar nuestra cobertura y acceso en el ingreso de rehabilitación, gracias a la labor de estudiantes en práctica de dicha Institución Educativa. Mediante la supervisión directa y constante de nuestros profesionales, los Internos han podido conocer a cabalidad los procedimientos de rehabilitación en este nivel de atención y bajo este modelo de intervención comunitario, permitiendo incorporar conocimientos prácticos a su formación profesional, y además conocer la realidad local de nuestra comuna, vinculándose con nuestros usuarios y sus familiares con respeto y consenso mutuo.

Finalmente se puede indicar que nuestras metas e indicadores han sido cumplidos en su totalidad, lo cual es producto del esfuerzo y coordinación de nuestra red Asistencial local, la cual gracias a los canales comunicacionales oficiales que se han creado entre el CCR y los otros dispositivos de salud de la Comuna, ha generado un trabajo mancomunado, organizado y planificado en pos de los usuarios de la Comuna de Conchalí.

Proyección 2013:

Matriz de Planificación Estratégica Según Diagnóstico Situacional 2013

Objetivos	Estrategias	Metas	Actividades	Responsables
Potenciar actividades Comunitarias.	-Incorporar mayores estrategias de intervención destinadas a la inclusión social y participación comunitaria. -Fortalecer contacto con las diferentes organizaciones y dispositivos disponibles para la incorporación de PsD.	-10% de las personas atendidas en el CCR en un año calendario, logran inclusión social (trabajo, escuelas, grupos sociales, organizaciones).	-Publicar catastro de Discapacidad (el cual incorpora organizaciones en diversas áreas que trabajan con y para PSD). -Participación en conjunta con Oficina Municipal de Discapacidad. -Aplicar cuestionarios de exploración e intereses, de modo de buscar en conjunto con los usuarios las alternativas de participación según sus motivaciones y habilidades personales.	- Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogos, Psicóloga, Fonoaudióloga.
Fortalecer las actividades preventivas-promocionales	-Incorporar más programas educativos, de rehabilitación y recreativos a la canasta de prestaciones del CCR. -Incluir a los programas de educación grupal a grupos de trabajo, escuelas y	50% de las actividades de educación, corresponden a actividades grupales.	-Efectuar dentro de la programación semanal, programas de carácter grupal destinados a la mantención, recuperación, educación y recreación de PsD o personas en riesgo de presentar alguna situación de discapacidad, por parte de cada uno	-Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogos, Psicóloga, Fonoaudióloga. Técnico Paramédico.

	organizaciones.		de los profesionales del CCR. -Se efectuará diagnóstico de las necesidades, dentro del área de rehabilitación Física a diferentes establecimientos y organizaciones que requieran de la orientación y apoyo del CCR.	
Aumentar Cantidad de consejerías individuales y familiares dentro de las prestaciones del CCR	-Incorporar en cada ingreso, visita domiciliaria, egreso por cumplimiento de objetivos y reevaluación, una consejería según sean las necesidades detectadas por el usuario y/o su familia.	5% de las intervenciones corresponden a consejerías individuales y/o familiares	-En cada nuevo ingreso, se registrarán en el plan de tratamiento, las necesidades de consejería, las cuales se abordarán en diferentes instancias en el proceso de rehabilitación, de modo de reforzar las indicaciones, concientizar a los usuarios de su situación, confrontación de objetivos terapéuticos, etc. -Se confeccionarán cartillas educativas, con refuerzo visual y escrito, al igual que videos educativos, con apoyo audiovisual. De modo de reforzar a nivel sensorial y cognitivo, los contenidos revisados en cada consejería. -Se preparará material de consejería, para entregar en cada visita domiciliaria, según sea el caso y las problemáticas previamente detectadas.	Kinesiólogos, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Fonoaudióloga.

Lineamientos Estratégicos Conchali 2013-2016

Lineamiento	Estrategia	Actividades	Indicadores	Monitoreo
Fomentar la difusión y entrega de información a los usuarios de nuestros Cesfam	Desarrollar el plan de mejora de atención al usuario	<ul style="list-style-type: none"> -Elaboración de catálogo de prestaciones -Categorización atención de urgencia -Elaboración de folletería local Diseño de pagina web del Cesfam -Elaboración de diarios murales -Mesón OIRS activo -Participación de representante CESFAM en: Reunión Colosal Comité Vida Chile Comité Promoción 	<ul style="list-style-type: none"> Catálogo disponible Si/No Categorización publicada Si/No Folletos disponible a público Si/No Pagina Web en funcionamiento Si/No Diarios Murales Disponibles Si/No Disponible Si/No 80% Reuniones con presencia de funcionario de Cesfam/ Total de reuniones programadas x 100 	<ul style="list-style-type: none"> Anual Anual Anual Trimestral Mensual Mensual Mensual

<p>Implementar el modelo de gestión de calidad en la organización contribuyendo a la mejora continua de nuestro quehacer.</p>	<p>Desarrollar un plan de mejoramiento continuo de la organización</p>	<p>Formación de comité de calidad Reuniones semanales del comité de calidad Elaboración del plan anual de calidad</p>	<p>Comité Formado y funcionando Si/No Reuniones realizadas/Reuniones programadas x 100 Plan de calidad elaborado Si/No</p>	<p>Mensual Mensual Anual</p>
<p>Consolidar el modelo de salud familiar en la comuna de Conchalí</p>	<p>Lograr y mantener la certificaciones en los diferentes centros de salud familiar</p>	<p>Desarrollar las actividades establecidas en la pauta de certificación en los siguientes ámbitos: Equipo de Salud Procesos Capacitación Resultados</p>	<p>Pauta de certificación Logrado/No logrado</p>	<p>Semestral</p>
<p>Mantener los indicadores de salud en concordancia con los objetivos sanitarios nacionales para el periodo 2010-2020</p>	<p>Cumplimiento de compromisos sanitarios para la atención primaria según los lineamientos del ministerio de salud</p>	<p>Desarrollo del plan de acción de salud comunal Monitoreo y cumplimiento de las metas sanitarias y las metas del Índice de actividad de la atención primaria Cumplimiento de los</p>	<p>Plan de acción desarrollado y monitoreado Si/No Logro sobre el 90% en cumplimiento de metas según los indicadores establecidos Logro sobre el 90% en</p>	<p>Mensual Mensual Semestral</p>

		convenios de apoyo a la gestión en APS	cumplimiento de los indicadores establecidos para los convenios efectuados	Monitoreo mensual
		Cumplimiento de las garantías GES	100% de las garantías GES cumplidas en APS	

INDICE

INTRODUCCION.....

ANTECEDENTES COMUNALES.....

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION.....

CONDICIONANTES DE SALUD.....

CARACTERISTICAS DEL NIVEL DE SALUD.....

POLITICA DE SALUD COMUNAL.....

DESCRIPCION DE LA ORGANIZACION.....

ORGANIZACION DE LA RED.....

DOTACION.....

EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA.....

PLAN DE SALUD CESFAM ALBERTO BACHELET.....

PLAN DE SALUD CESFMA LUCAS SIERRA.....

PLAN DE SALUD DR. SYMON OJEDA.....

PLAN DE SALUD JUANITA AGUIRRE.....

UAPO.....

COSAM.....

LABORATORIO COMUNAL.....

CENTRO DE EHABILITACION COMUNITARIA.....