I. MUNICIPALIDAD DE CHILLAN VIEJO
DEPARTAMENTO DE SALUD
CESFAM DR. FEDERICO PUGA BORNE

PLAN DE SALUD COMUNAL

2011

CESFAM FEDERICO PUGA BORNE

Visión

Entregar una atención de calidad, oportuna, integral, dinámica y humanizada, que satisfaga las necesidades de nuestros usuarios, a través, de un modelo en salud familiar y de políticas de funcionamientos, acorde a los requerimientos de las reformas sanitarias en Chile y según la realidad de nuestra comuna. Proyectándonos a ser uno de los mejores y viables centros de salud de la provincia de Ñuble.

Misión

Brindar una atención de calidad, individual y personalizada a nuestros usuarios y sus familias, es nuestro principal objetivo, es por eso, que el Centro de Salud Familiar Federico Puga Borne, bajo el modelo de atención en Salud Familiar, a través de, equipos multidisciplinarios y en coordinación e Interrelación con toda la red asistencial y la comunidad, trabajará en pos de la satisfacción del usuario interno y externo, brindando acciones de salud oportunas, eficientes y efectivas de los problemas de salud que aqueja a la comuna; trabajando tanto dentro de nuestro centro de salud como en terreno, directamente con la comunidad.

Valores

Trabajo en equipo

Respeto

Espíritu de servicio

Lealtad

Efectividad

Satisfacción usuaria

Confianza

Compromiso con la comunidad

Eficiencia

INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud Comunal "constituye el instrumento que permite ejecutar y operacionalizar las políticas de salud. En el se focalizan y articulan los esfuerzos de todos los sectores presentes en la comuna, en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población. Supone la integración de los programas que cada establecimiento hace en relación a su población a cargo, trátese de Posta, Consultorio o de Centros de Salud Familiar".

De esta afirmación, igualmente se concluye que la programación de actividades, deben transformarse en propuestas locales según la realidad, con la debida integración de programas de salud y con los niveles secundarios. Igualmente este proceso, tiene diferentes grados de avances alcanzando un desarrollo propio en el nivel local, según las políticas de salud emanadas del nivel central y el contexto de modernización del Sistema de Salud.

En consecuencia el siguiente Plan de Salud Comunal constituye los lineamientos de la política de salud municipal para el periodo 2009.

MARCO TEÓRICO

1. Atención Primaria:

Es considerada una estrategia de desarrollo para coayudar a elevar el nivel de vida de la población. Está orientada a resolver los principales problemas de salud de la Comunidad; integra Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación; resalta la participación de todos los sectores de la Comunidad, obteniendo el mayor provecho de los recursos disponibles; fomenta la autoresponsabilidad y el autocuidado; prioriza el trabajo en equipo e insta a los gobiernos a formular políticas que aseguren a todas las personas el derecho a la vida, y la integridad física y psíquica para poder vivir más y mejor.

2. **Promoción de Salud**:

Promoción de la Salud es:

"El proceso de capacitar a la población para que aumente en control sobre su propia salud y la mejore"

"Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus ambiciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el ambiente o adaptarse a él"

(Carta de Ottawa, 1986)

Promoción de la Salud Constituye:

"La Estrategia o conjunto de Líneas de Acción que involucra a Individuos, Familias, Comunidades y Sociedad en un proceso de Cambio direccionado hacia el Mejoramiento de las Condicionantes de la Salud como componente de la Calidad de Vida".

El modelo de salud sustentado en una concepción Biomédica que antiguamente constituyó un modelo adecuado a la situación epidemiológica en la que debió actuar se ha hecho insuficiente para suplir los actuales desafíos, los cuales justifican la necesidad de modificar el modelo Biomédico centrado en la enfermedad hacia un modelo Biopsicosocial centrado en la salud desde una perspectiva más amplia. Es necesario complementar las acciones de

Recuperación con otras destinadas a la Promoción y fomento de una mejor salud de las personas y comunidades, y a la prevención no sólo de las enfermedades sino también de sus múltiples factores de riesgo. La Promoción de Salud, más que limitarse a la prevención y el control de enfermedades, tiene

una visión holística y puede definirse como el proceso que permite a las personas y a las comunidades, mejorar y mantener su bienestar físico, mental y espiritual. Además, contribuye y estimula la creatividad, productividad y satisfacción espiritual y las buenas relaciones entre las personas y por supuesto de la Paz. De esta forma se transforma en la herramienta que refuerza los ideales y las prácticas democráticas, en el enlace entre la verdad científica y la sabiduría popular sobre la condición humana y es la receta indispensable para extenderla búsqueda perenne de la felicidad de los individuos y las sociedades (George A. O. Alleyne, Promoción de Salud una Antología, OPS).

En este marco, nuestro equipo de salud ha proyectado las actividades y acciones de nuestro Plan Comunal, reconociendo las acciones de Promoción en las Áreas Problemas, abordada desde una Estrategia de Escuelas Saludables, definida como el centro donde la comunidad educativa desarrolla conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidades en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria; cuyas tareas están relacionadas con:

- crear condiciones y generar conductas para el desarrollo integral
- estimular la integración transversal de contenidos de salud en la malla curricular y
- estimular la participación y uso de recursos comunitarios para promover la salud.

3. Políticas de Salud:

Estas políticas al igual que las Políticas Sociales están basadas en los principios de Equidad, Participación Social y Respeto por la Dignidad de las Personas, para lo cual en 1991 el Ministerio de Salud, propone la modernización de los sistemas de Salud y la búsqueda de la mayor eficiencia posible para producir el mayor beneficio para la población. Se postula un Sistema de Salud de gestión descentralizada, menos burócrata, con participación comunitaria y coordinación intersectorial.

Asimismo, la Reforma de Salud impulsada por el MINSAL, centrada en las personas desde una perspectiva más amplia y que garantice el derecho a la salud para todos, es el principal desafío para un cambio de paradigma en el quehacer del sector.

La salud es reconocida como un bien consustancial a la vida de todas las personas, por lo cual el ministerio se ha propuesto como objetivos ineludibles en Salud:

- ✓ Hacer Justicia en Salud, reduciendo las actuales diferencias en el nivel de salud, en el acceso y la calidad de la atención.

- ✓ Dar más años a la vida, disminuyendo las muertes evitables y aumentando la expectativa de vida de la población.

- ✓ Dar más salud a los años, que los años de vida sean más plenos a través del desarrollo y uso de las capacidades físicas y mentales de las personas para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz.

Igualmente, el Ministerio de Salud ha planteado como uno de los temas claves que deben asegurarse con la reforma en salud en la Atención Primaria la Promoción para un país más saludable: Se deberán asegurar políticas públicas encaminadas a modificar las condicionantes más significativas en salud. Deben existir en el ámbito comunal Planes de Promoción con gestión y financiamiento intersectorial, conformado por la Mesa VIDA CHILE.. Se deben establecer líneas de base con metas cuantificadas en las áreas de alimentación saludable, actividad física, adicciones, recuperación de espacios públicos y creación de ambientes saludables, Asociatividad y Sexualidad Saludable; trabajo que se desarrolla, pero que falta impulsar con mayor fuerza desde el MINSAL.

A partir del 2000, comienza la implementación del Plan de Mejoramiento de la Atención Primaria, impulsada desde el Ministerio de Salud, Así como el AUGE en el año 2003. Considerando que esta Comuna cuenta con un Cesfam desde Septiembre del 2004, los programas implementados desde el Ministerio fueron incorporados por los funcionarios como habituales y por lo tanto no generó resistencia, siendo este un factor positivo; Sin embargo, al ser funcionarios con escasa experiencia se dificultan los procedimientos administrativos.

La incorporación del AUGE, actualmente GES, a la APS en el año 2005, viene a resolver y ser un gran aporte a la Salud de las personas quienes ven resolverse su problema de Salud con mayor prontitud; así mismo esto significa una cantidad

de recursos económicos que vienen resguardados para estas patologías; permitiendo de esta manera dar una solución real.

Por otra parte se ha incorporado la Extensión Horaria en atención Medica, Odontológica, Ginecológica y de Enfermería, permitiendo de esta forma otorgar atención a aquellas persona que no pueden asistir por su Jornada Laboral. Esta se ha ampliado además al día sábado para aquellos que no les es posible de lunes a viernes.

Todo lo anterior tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población, por lo tanto la invitación es a mirar los procesos de salud-enfermedad en forma continua a través del ciclo vital individual y familiar, para de esta forma entender que las diferentes etapas de la vida determinan exigencias y tareas que al tenerlos presentes nos aportan importantes herramientas para determinar el riesgo, potenciar factores protectores, determinando al largo plazo una mejor calidad de vida de las familias y comunidad.

OBJETIVOS SANITARIOS PARA EL 2011

1.- Mejorar los logros alcanzados.

2.- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los de la sociedad.

* Las metas para este objetivo se centran en tres áreas:

a) Controlar los factores determinantes de enfermedades más revelantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida:

- Frenar el consumo de tabaco que es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo.

- Frenar el aumento de la obesidad que se relaciona con otras enfermedades.

- Promover conductas sexuales seguras para prevenir VIH/SIDA y evitar embarazos en adolescentes.

- Contribuir a crear un ambiente saludable en relación a la contaminación atmosférica, del agua, del suelo, de los alimentos.

- Contribuir a mejorar las condiciones laborales.

b) Enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las que se cuenta con intervenciones probadamente efectivas:

- Enfermedades cardiovasculares, centrando el esfuerzo en la reducción de la enfermedad isquemica y cerebro-vascular.

- Canceres con esfuerzos centrados en los del cuello uterino, de mama y de vesícula.

- Traumatismos y envenenamiento con especial acento en los accidentes de transito.

- Enfermedades respiratorias como neumonía en los adultos mayores.

- Diabetes con particular énfasis en disminuir la magnitud de la incapacidad asociada.

- VIH/SIDA.

c) Problemas que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia:

- Problemas de salud mental. Disminuir la recurrencia de depresión y las adicciones

- Salud oral.

- Enfermedades osteoarticulares: Disminuir la discapacidad que generan.

ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS

Ubicación Comuna de Chillán Viejo

La comuna se encuentra ubicada en la provincia de Ñuble. Limita al Norte, al este y al Oste con la Comuna de Chillán; al Sur con las Comunas de Bulnes y San Ignacio; tiene una superficie cercana a 292 Km2, lo que representa un 2% del territorio provincial; se localiza en el valle longitudinal que se caracteriza por la uniformidad de la topografía y corresponde a una planicie, ligeramente ondulada y atravesada en sentido transversal por el río Chillán, que forma parte de la hoya hidrográfica del río Itata.

5.3 ASPECTOS FÍSICOS

Su mayor potencial radica en su ubicación geográfica y el nivel de accesibilidad regional que permite su topografía llana y la habilitación de infraestructura vial y ferroviaria de cierto desarrollo. El territorio comunal, por su pequeño tamaño y sus características físicas presenta alguna desventaja para el desarrollo económico y productivo, especialmente en el sector agrícola y forestal, si se compara con la vocación regional, provincial y gran parte de las comunas de la provincia.

5.4 UNIDADES GEOMORFOLÓGICAS BÁSICAS

El territorio provincial presenta la clásica división del Chile Central, con una Cordillera de los Andes alta y con volcanes y cumbres destacados; el valle central que es muy ancho, y la Cordillera de la Costa que es continua, ancha, pero de baja altura, formando una cadena de cerrillos y valles donde existen varios centros poblados. De acuerdo a la carta de uso del suelo de CONAF, esta planicie

presenta una zona transversal que acompaña el río Chillán, de carácter agrícola; una zona de matorrales, cruzada por la ruta 5 en sentido longitudinal y una zona interior, hacia el oriente con desarrollo de plantaciones forestales.

5.5 HIDROGRAFÍA

El principal río de la comuna es el Chillán, el cual registra su mayor caudal en invierno, con crecidas primaverales provocadas por los deshielos cordilleranos. El río Chillán constituye un recurso hídrico de segundo orden tributario del sistema Ñuble-Itata.

5.6 CLIMA

Esta Comuna se encuentra ubicada en el área agroclimática del Valle Central. Esta zona se extiende desde Curico por el norte hasta un poco más al sur de Los Ángeles. Sus límites al poniente y oriente son las áreas del secano interior y la precordillera andina, respectivamente. El clima corresponde al templado tipo mediterráneo.

En el territorio comunal se distinguen dos agroclimas, cuya línea divisoria se produce aproximadamente a la altura del camino Chillán Viejo – Yungay: en el sector oriente el Agroclima Santa Rosa y en el sector poniente el Agroclima Chillán.

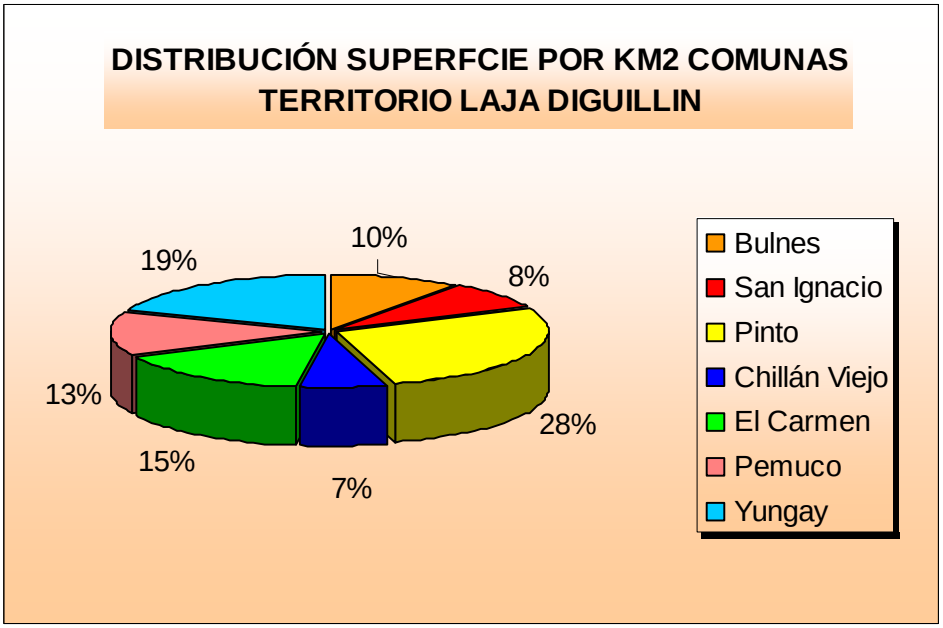
La diferencia entre ambos agroclimas es muy leve. Sin embargo los registros históricos permiten establecer las siguientes particularidades: el agroclima Santa Rosa presenta un mayor promedio de precipitación (1.272 mm.) respecto del Agroclima Chillán (1.055 mm.). La evapotranspiración potencial también es mayor en el Agroclima Santa Rosa 865 mm. versus los 846 mm. del Agroclima Chillán. La temperatura media anual es mayor en el Agroclima Chillán, 13,5º C versus los 13,1º C del agroclima Santa Rosa. La temperatura mínima es menor en el

Agroclima Santa Rosa, 5,2º C versus los 6,9 del Agroclima Chillán. La temperatura máxima es mayor en el Agroclima Santa Rosa, 20,9º C, versus los 20,2º C del agroclima Chillán. La suma térmica es mayor en el Agroclima Chillán, 3106º C día,

respecto de los 2948º C del agroclima Santa Rosa. El periodo libre de heladas en el agroclima Santa Rosa es ligeramente menor que el del Agroclima Chillán; 5 meses, versus de 5-6 que puede alcanzar el otro.

6. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE CHILLÁN VIEJO

La comuna de Chillán Viejo cuenta con una población de 26.172 habitantes, de los cuales 22.552 viven en zona urbana y 3.620 en zona rural, representa el 1.18% de la región del Bío-Bío y el 5.04% de la provincia de Ñuble y con relación al sector Laja Diguillin, representa el 7% de su superficie.



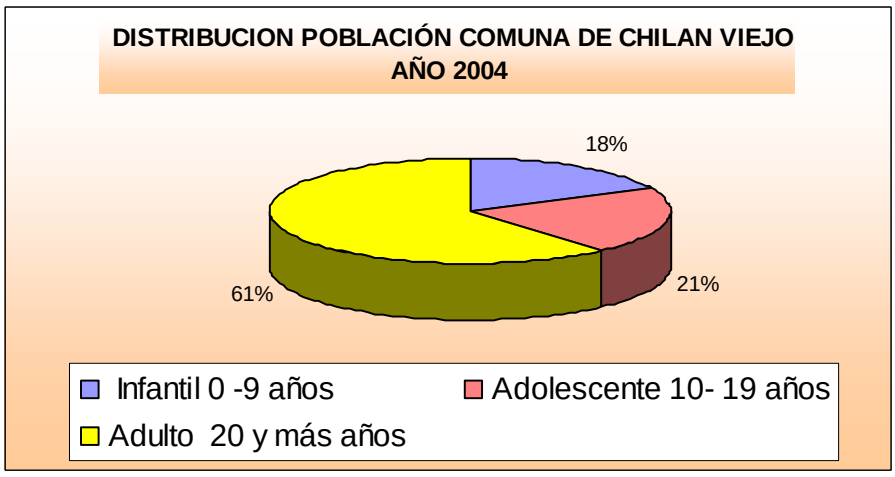
Fuente: Censo 2002.

6.1 Distribución de la Población:

La población adulta de Chillán Viejo se concentra entre los 35 y 44 años, lo que denota un aumento de la población adulto mayor dentro de los próximos 10 a 15 años.

Según CENSO 2002 el 70% de la población adulta de la comuna son trabajadores asalariados, el 19%, son trabajadores que desarrollan actividades por cuenta propia, el 6% son trabajadores dedicados al servicio domestico, el 3% son empresarios y el 2% restante son personas que desarrollan actividades familiares no remuneradas. (Por ahora no hay datos mas recientes que sean exactos, el Pladeco se esta actualizando en el presente año) aún así impresiona que esta realidad no ha cambiado significativamente en los últimos 9 años.

La última cifra vigente, sobre población en la Comuna de Chillán viejo entregada por el Servicio de Salud, la cual determina que al año 2004 en esta comuna existen 22.633 habitantes. De los cuales el mayor porcentaje corresponde a personas mayores de 20 años. Luego continúa la población entre los 10 y 19 años con 4.655 y finalmente la población infantil con 4.144 Hab.



1. MORTALIDAD GENERAL

REGIÓN, SERVICIO DE SALUD Y COMUNA	Mortalidad General					
	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País	90.168	5,4	48.588	5,9	41.580	4,9
Del Bío Bío	11.458	5,7	6.303	6,4	5.155	5,1
Servicio de Salud Ñuble	3.023	6,6	1.690	7,4	1.333	5,8
Chillán Viejo	119	4,2	68	4,8	51	3,5

Fuente: DEIS-MINSAL 2008

2. MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES

REGIÓN, SERVICIO DE SALUD Y COMUNA	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones menores de 1 año	Tasas (*)	Defunciones menores 28 días	Tasas (*)	Defunciones menores 7 días	Tasas (*)	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasas (*)
Total País	1.948	7,9	1.369	5,5	1.122	4,5	579	2,3
Del Bío Bío	233	8,3	165	5,9	139	5,0	68	2,4
Servicio de Salud Ñuble	62	10,0	46	7,4	38	6,1	16	2,6
Chillán Viejo	4	11,0	4	11,0	4	11,0	0	0,0

Fuente: DEIS-MINSAL 2008

3. MORTALIDAD MATERNA

REGIÓN, SERVICIO DE SALUD Y COMUNA	MORTALIDAD MATERNA	
	NÚMERO	VALOR RELATIVO
Total País (*)	-	19,8
Del Bío Bío (*)	-	42,6
Servicio de Salud Ñuble (**)	2	32,4
Chillán Viejo (**)	0	0,0

Fuente:
(*) DEIS-MINSAL 2005
(**)DEIS-MINSAL 2007

4. MORTALIDAD POR CAUSAS

Mortalidad por ciertos grupos específicos de causas de muerte (tasas por 100,000 personas)	Prov. Ñuble		Chillán Viejo	
	Número	Valor Relativo	Número	Valor Relativo
Enfermedad isquémica del corazón, ambos sexos (I20-I25)	283	61,9	11	39,7
Hombres	164	72,4	7	51,2
Mujeres	119	51,6	4	28,5
Enfermedad cerebrovasculares, ambos sexos (I60-I69)	347	75,9	14	50,6
Hombres	199	87,9	8	58,5
Mujeres	148	64,2	6	42,8
Diabetes Mellitus, ambos sexos (E10-E14)	137	30,0	7	25,3
Hombres	60	26,5	3	22,0
Mujeres	77	33,4	4	28,5
Neumonía, ambos sexos (J12-J18)	132	28,9	4	14,5
Hombres	55	24,3	1	7,3
Mujeres	77	33,4	3	21,4
Cirrosis Hepática y otras enfermedades crónicas del hígado, ambos sexos (K70-K76)	157	34,4	7	25,3
Hombres	120	53,0	5	36,6
Mujeres	37	16,1	2	14,3
Accidentes de tránsito terrestre, ambos sexos (V02-04; V09; V12-V14; V19; V20-V79; V86-V89)	91	19,9	4	14,5
Hombres	79	34,9	3	22,0
Mujeres	12	5,2	1	7,1
Lesiones autoinfligida, ambos sexos (X60-X84)	93	20,4	5	18,1
Hombres	67	29,6	1	7,3
Mujeres	26	11,3	4	28,5
Tuberculosis, ambos sexos (A15-A19)	8	1,8	1	3,6
Hombres	6	2,6	0	0,0
Mujeres	2	0,9	1	7,1
De 20 a 64 años por Tumores Malignos, ambos sexos	213	80,0	9	57,8
Hombres	102	77,5	3	39,7
Mujeres	111	82,4	6	74,8

Fuente: DEIS-MINSAL S.S.Ñ. 2007.

5. ESPERANZA DE VIDA

Esperanza de vida al nacer 2004 - 2006	TASA
Total País	**78,09**
Del Bío Bío	**77,03**
Servicio de Salud Ñuble	**-**
Chillán Viejo	**-**

Fuente: MINSAL, DEIS y a estimaciones de población INE/CELADE para el trienio 2004 – 2006.

No se dispone de información comunal ni provincial.

6. INDICE DE SWAROOP

REGIÓN, SERVICIO DE SALUD Y COMUNA	ÍNDICE DE SWAROOP		
	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Total País	**74,7**	**69,1**	**81,2**
Del Bío Bío	**72,8**	**67,0**	**79,9**
Servicio de Salud Ñuble	**72,3**	**66,9**	**79,2**
Chillán Viejo	**74,8**	**69,1**	**82,4**

Fuente: DEIS-MINSAL 2008

7. AVISA

AVISA: Primeras 25 causas específicas a nivel nacional.

	Ambos Sexos	AVISA
1	Enfermedad Hipertensiva del Corazón	257.814
2	Trastornos depresivos unipolares	169.769
3	Trastornos de las vías biliares y vesícula	157.087
4	Dependencia al alcohol	124.312
5	Cirrosis Hepática	122.088
6	Accidentes de Tránsito	121.643
7	Agresiones	101.675
8	Ulcera péptica	91.744
9	Trastornos de la audición de aparición en la adultez	76.406
10	Diabetes tipo II	72.230
11	Enfermedades Cerebrovasculares	70.811
12	Enfermedad Isquémica del Corazón	65.220
13	Trastornos ansiosos	62.693
14	Cataratas	60.590
15	Caídas	57.673
16	Trastornos de la visión relacionados con la edad	54.044
17	Esquizofrenia	51.624
18	Alzheimer y otras demencias	51.204
19	Obesidad	44.590
20	Trastornos de ánimo bipolar	41.213
21	Lesiones autoinflingidas	41.161
22	Migraña	38.481
23	Glaucoma	38.395
24	Enfermedad Obstructiva Crónica	37.816
25	Hernia núcleo pulposo	36.253

FUENTE: MINSAL – Estudios AUGE, Septiembre de 2008.
No se dispone de información local al respecto.

8. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

8.1. AVPP AMBOS SEXOS

AVVP PAÍS, REGIÓN Y COMUNA	AÑO (Tasa por 100.000 habitantes menores de 80 años, ambos sexos)							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total País	**8.238,60**	**7.837,80**	**7.775,40**	**7.767,30**	**7.505,80**	**7.401,90**	**7.698,70**	**7.613,40**
Región del BíoBío	**8.957,80**	**8.755,30**	**8.855,10**	**8.125,20**	**8.274,80**	**8.126,40**	**8.393,90**	**8.430,90**
Chillán Viejo	5.103,90	5.388,30	6.205,50	750,9	5.112,30	6.311,00	7.499,70	6.308,00

Fuente: DEIS-MINSAL

8.2. AVPP SEXO MASCULINO

AVPP HOMBRES	AÑO (Tasa por 100.000 habitantes menores de 80 años, sexo masculino)							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total País	**10.636,60**	**10.187,20**	**10.053,30**	**10.022,20**	**9.703,90**	**9.489,70**	**9.897,10**	**9.805,70**
Región del BíoBío	**11.694,20**	**11.634,10**	**11.794,50**	**10.609,20**	**10.834,20**	**10.582,10**	**11.029,20**	**11.046,00**
Chillán Viejo	6.149,00	6.745,40	9.506,00	1.079,70	7.372,60	6.316,50	8.789,40	8.868,90

Fuente: DEIS-MINSAL

8.3. AVPP SEXO FEMENINO

AVPP MUJERES	AÑO (Tasa por 100.000 habitantes menores de 80 años, sexo femenino)							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total País	**5.870,00**	**5.520,10**	**5.531,10**	**5.548,40**	**5.345,30**	**5.353,00**	**5.543,80**	**5.466,90**
Región del BíoBío	**6.273,80**	**5.932,30**	**5.973,10**	**5.690,00**	**5.766,20**	**5.720,10**	**5.812,30**	**5.869,90**
Chillán Viejo	4.094,90	4.075,20	3.003,90	431	2.908,00	6.305,70	6.236,40	3.793,50

Fuente: DEIS-MINSAL

9. EXÁMENES DE SALUD

EXÁMENES DE SALUD CHILLÁN VIEJO	META %	TOTAL 2010
Cobertura EMP 20 - 44 años Sexo Masculino	25%	902
Cobertura EMP 45 - 64 años Sexo FemenIno	25%	536
Cobertura EFAM	50%	691
Cobetura Adolescentes 10 - 14 años	5%	99
Cobertura PAP Mujeres 25 – 64 años (Vigentes a Junio. 2010)	67%	3372

Fuente: Estadísticas CESFAM Federico Puga

10. ENCUESTA DE MORBILIDAD

No se dispone de información al respecto.

11. CONSULTAS MÉDICAS

CONSULTAS MÉDICAS (número)	PROVINCIA DE ÑUBLE	CHILLAN VIEJO
Consultas Médicas Urgencia SSÑ por habts.	495.043	22.443
Hombres	223.173	9.511
Mujeres	271.870	12.932

Fuente: REM – DEIS 2009.

12. EGRESOS HOSPITALARIOS

Indicadores Hospitalarios Año 2009: S.N.S.S, Servicio de Salud Ñuble y Hospital Clínico Herminda Martín (Hospital de Referencia de la Comuna de Chillán Viejo).

	Indicador	Acum	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
TOTAL S.N.S.S.														
	Dotación	0	27.044	27.042	26.990	26.973	26.978	27.010	27.058	27.059	27.146	27.159	27.169	27.143
	Dias Cama Disponibles	9.398.090	795.932	709.645	792.974	771.630	801.839	780.404	810.094	809.284	777.924	798.794	765.326	784.244
	Dias Cama Ocupados	7.189.346	590.010	521.201	604.016	588.676	608.541	605.344	631.746	642.008	602.707	625.598	589.966	579.533
	Dias de Estada	7.153.004	553.522	517.479	632.198	568.115	572.317	590.806	682.504	640.377	591.416	615.248	563.557	625.465
	Promedio Camas Disponibles	25.529	25.468	25.147	25.355	25.505	25.657	25.780	25.882	25.867	25.696	25.533	25.287	25.099
	Numero de Egresos	1.177.745	97.261	85.987	102.731	100.751	97.250	99.299	101.682	101.295	98.228	100.977	92.934	99.350
	Egresos Fallecidos	28.677	2.373	1.945	2.201	2.150	2.463	2.538	2.977	2.638	2.420	2.404	2.239	2.329
S.S.ÑUBLE														
	Dotación	0	971	971	971	945	940	941	941	941	941	941	941	941
	Dias Cama Disponibles	340.942	29.538	26.535	28.651	27.771	28.561	27.771	29.304	29.418	27.924	28.966	27.904	28.599
	Dias Cama Ocupados	239.667	20.653	17.765	19.696	18.806	20.348	19.580	21.032	21.695	20.549	20.556	19.869	19.118
	Dias de Estada	278.802	18.691	17.854	60.397	18.677	19.240	20.440	21.179	20.460	20.941	21.332	19.350	20.241
	Promedio Camas Disponibles	917	935	928	904	911	906	910	930	932	916	921	916	905
	Numero de Egresos	40.341	3.506	3.011	3.558	3.305	3.283	3.151	3.563	3.490	3.402	3.499	3.192	3.381
	Egresos Fallecidos	1.153	105	75	84	83	95	108	103	104	114	99	82	101
HOSPITAL CLÍNICO HERMNDA MARTIN (CHILLÁN)														
	Dotación		506	506	506	506	506	506	506	506	506	506	506	506
	Dias Cama Disponibles	184.918	15.644	14.044	15.496	14.994	15.573	15.162	16.166	16.245	15.218	15.666	15.175	15.535
	Dias Cama Ocupados	159.381	13.370	11.741	13.252	12.751	13.595	13.061	13.935	14.236	13.382	13.520	13.443	13.095
	Dias de Estada	159.037	12.390	11.632	13.917	12.591	13.130	13.632	14.015	13.647	13.700	14.293	12.496	13.594
	Promedio Camas Disponibles	498	495	492	491	493	496	498	515	516	499	498	498	490
	Numero de Egresos	24.316	2.025	1.790	2.124	2.023	2.036	1.937	2.151	2.098	2.015	2.097	1.987	2.033
	Egresos Fallecidos	783	69	54	57	49	63	70	73	76	75	69	56	72
	Indice Ocupacional	86,2	85,5	83,6	85,5	85	87,3	86,1	86,2	87,6	87,9	86,3	88,6	84,3
	Promedio Días de Estada	6,5	6,1	6,5	6,6	6,2	6,4	7	6,5	6,5	6,8	6,8	6,3	6,7
	Indice de Rotación	48,8	4,1	3,6	4,3	4,1	4,1	3,9	4,2	4,1	4	4,2	4	4,1
	Letalidad	3,2	3,4	3	2,7	2,4	3,1	3,6	3,4	3,6	3,7	3,3	2,8	3,5

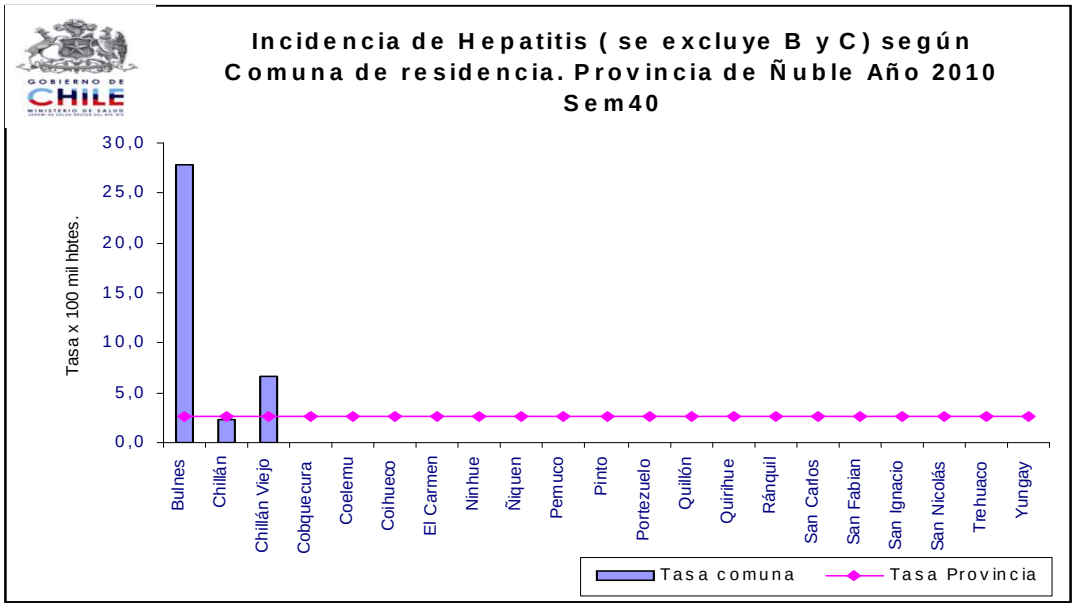
13. ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Casos Declarados y Acumulados de Algunas Enfermedades de Declaración Obligatoria por Residencia Región de Biobío, comuna de Chillán Viejo, 2010 y 2009 Semana: 52						
	Casos declarados		Casos Acumulados		Mediana Quinquenio (2005-2009)*	
Enfermedades	2010	2009	2010	2009	Semana 52	Acumulada a Semana 52
De transmisión alimentaria						
Cólera	0	0	0	0	0	0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0
Carbunco	0	0	0	0	0	0
De transmisión respiratoria						
Infecciones meningocócicas	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis	0	0	4	3	0	0
De transmisión sexual						
Gonorrea	0	0	0	0	0	0
Sífilis	0	0	4	2	0	0
Prevenibles por inmunización						
Difteria	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	0	0	2	1	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0
Tos Ferina	0	0	1	2	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0
Hepatitis víricas						
Hepatitis tipo A	0	0	0	0	0	0
Hepatitis tipo B	0	0	1	1	0	0
Hepatitis, las demás	0	0	1	0	0	0
Zoonosis						
Brucelosis	0	0	0	0	0	0
Hantavirus, enfermedad por	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis	0	0	1	1	0	0
Importadas						

Dengue	0	0	0	0	0	0
Malaria	0	0	0	0	0	0
*Los datos correspondientes a la mediana del quinquenio están en revisión						

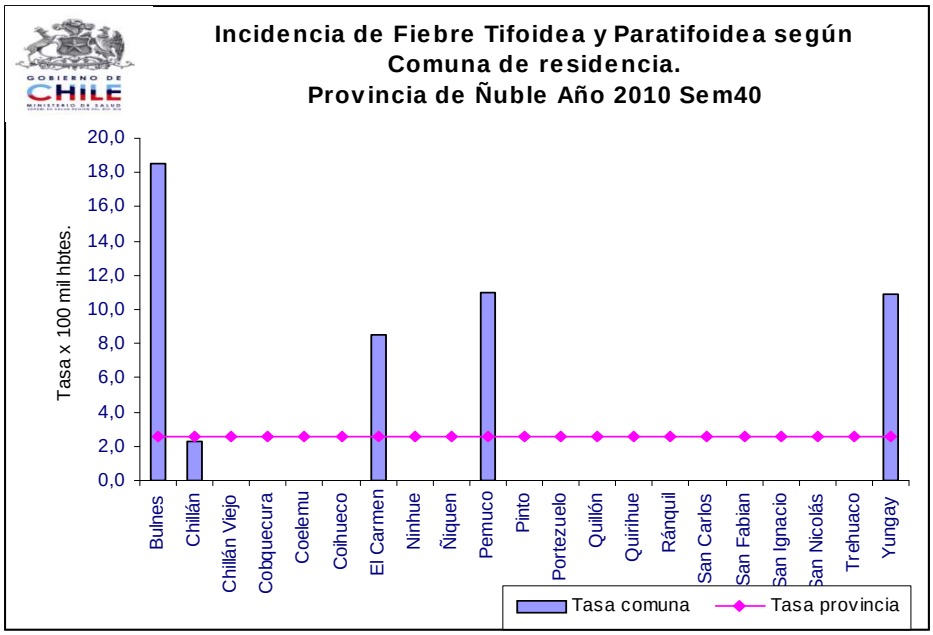
Fuente: DEIS – MINSAL 2010.

13. 1. HEPATITIS A Y NO ESPECIFICADAS



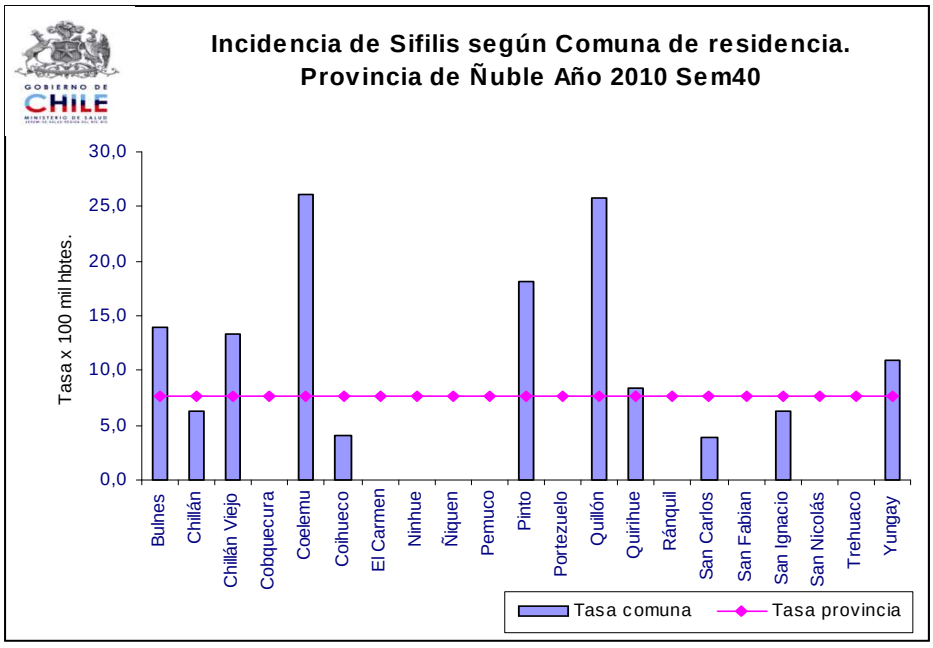
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.2. FIEBRES TÍFICAS



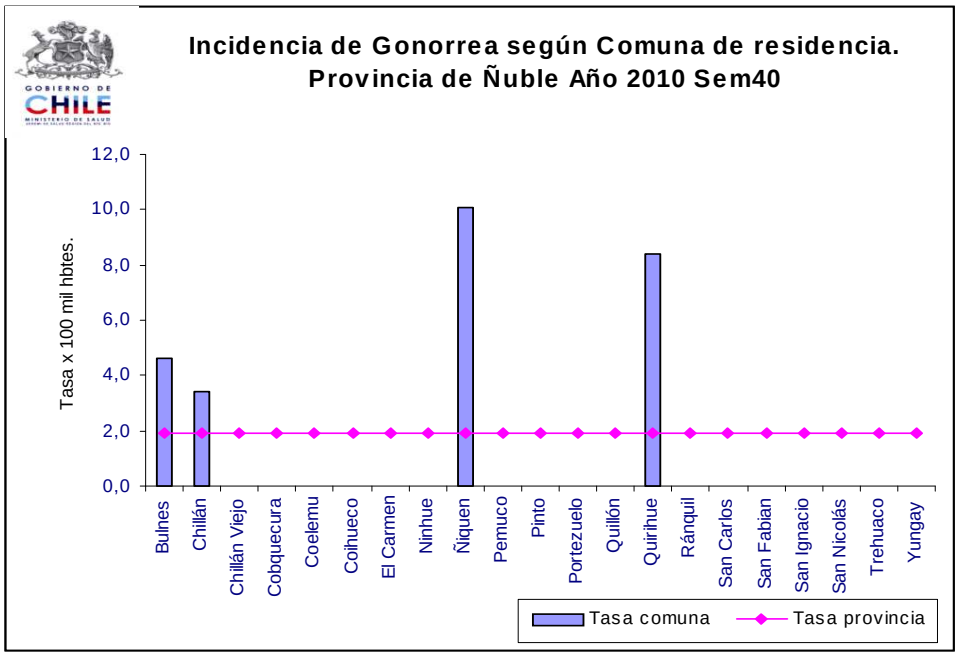
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.3. SÍFILIS



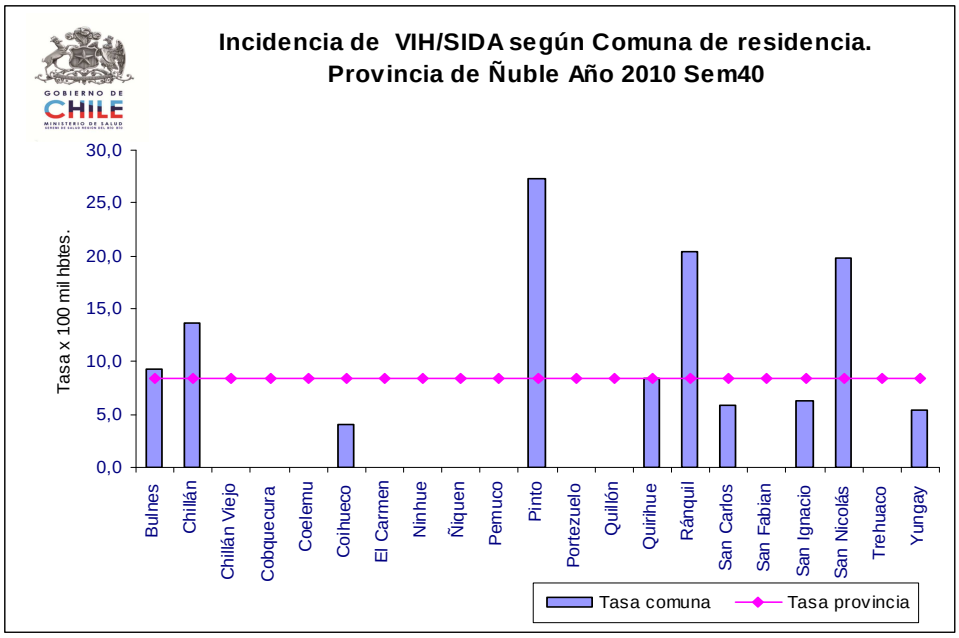
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.4. GONORREA



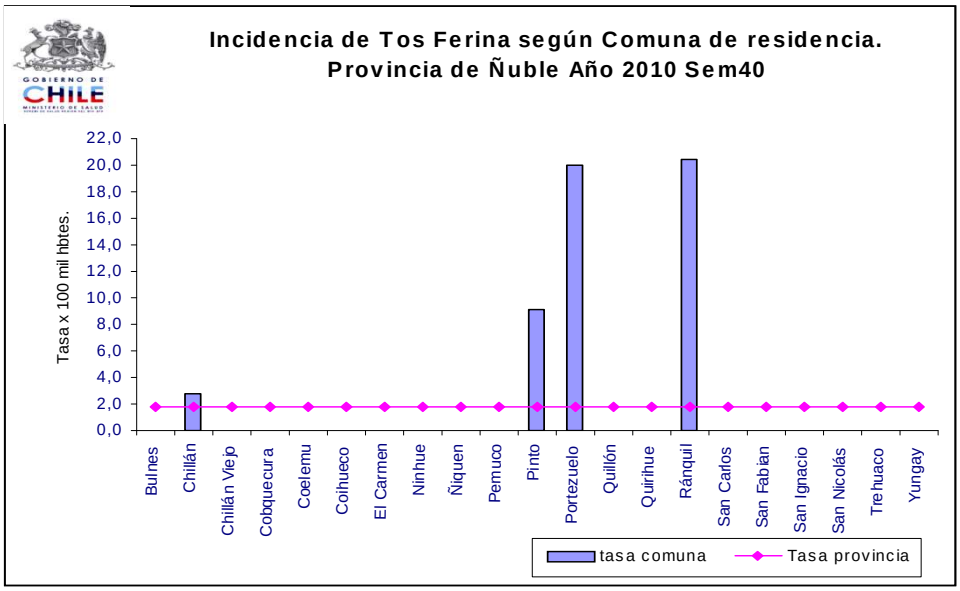
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.5. VIH/ SIDA



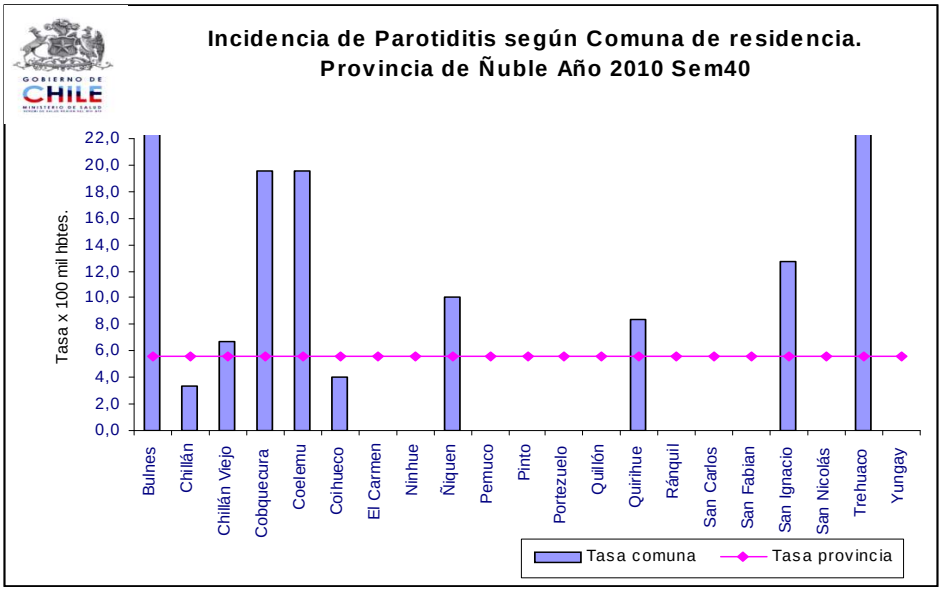
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.6. TOS FERINA



Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.7. PAROTIDITIS



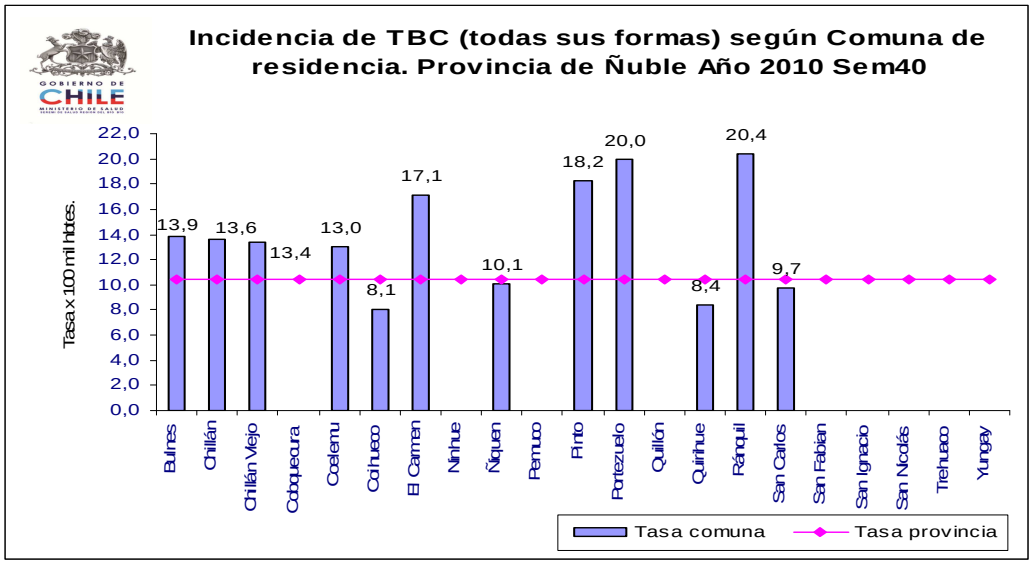
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.8. RUBEOLA, SARAMPIÓN, TÉTANO Y DIFTERIA

No se registran casos durante el año 2010 en la comuna de Chillán Viejo ni en la Provincia de Ñuble.

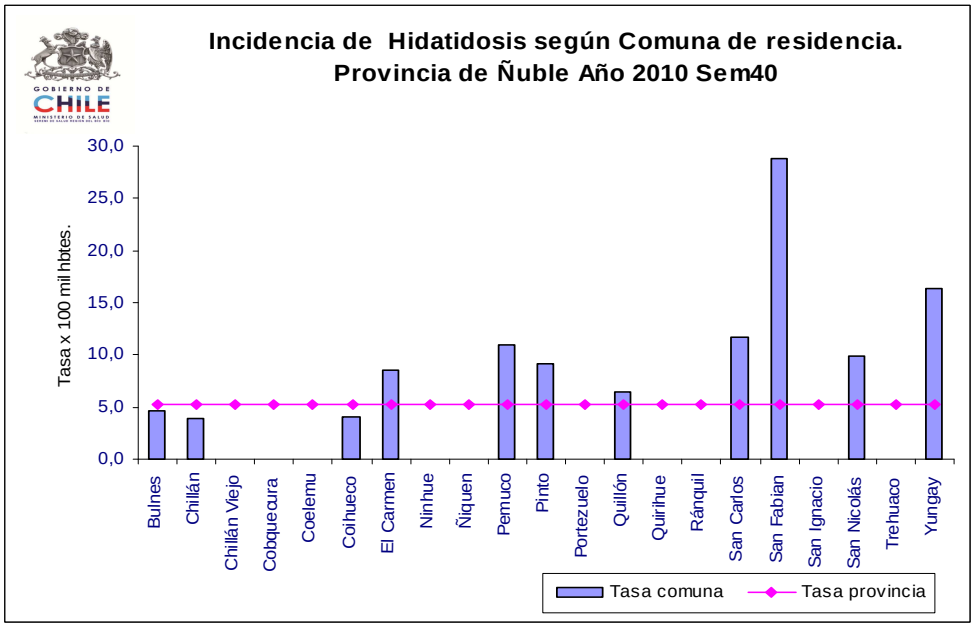
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.9. TUBERCULOSIS



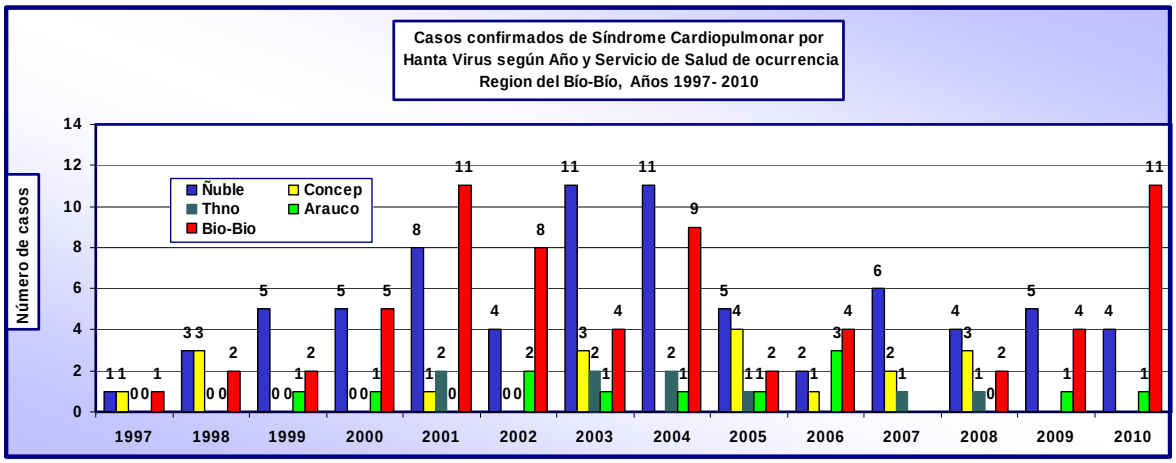
Fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.10. HIDATIDOSIS



fuente: SEREMI Salud VIII Región

13.11. SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTA VIRUS



13. PENSIONES DE INVALIDEZ

No se dispone de información comunal.

14. LICENCIAS MÉDICAS

15. No se dispone de información comunal.

CLASIFICACION DE EMPRESAS SEGÚN ACTIVIDAD ECONOMICA

Sobre la base del capital declarado por las 496 empresas formales de la comuna de Chillán Viejo, se procedió a clasificarlas según actividad económica, arrojando los siguientes resultados.

SECTOR	Nº EMPRESAS
Agropecuario	8
Manufacturero	67
Servicios	421
Total	**496**

14.6.2 DISCAPACIDAD

Población Discapacitada

	Ceguera Total	Sordera Total	Mudez	Parálisis	Deficiencia Mental	Total
Chillán Viejo	66	115	15	210	151	535

Fuente: Censo 2002

La Comuna de Chillán Viejo presenta un total de 535 personas con discapacidad, interesándose por aportar al desarrollo personal y familiar de las personas con discapacidad.

Obstáculos que impiden la integración social de los discapacitados

1. Déficit de infraestructura para desarrollar actividades de capacitación y recreación
2. Barreras Arquitectónicas que impiden acceso a los servicios públicos y a la comunidad en general
3. Falta de organización formal de los grupos existentes
4. Discriminación sociocultural
5. Falta de capacitación laboral y programas de inserción laboral
6. Falta de acceso adecuado en la locomoción colectiva para las personas con discapacidad.
7. Falta de un programa de atención para la certificación de la discapacidad.

EVALUACION PROGRAMAS DE SALUD

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL
Ciclo Vital 0 a 9 años

El Programa de Salud Infantil resulta esencial en la actividad de las consultas de atención pediátrica de Atención Primaria, su implantación permite disponer de un instrumento para lograr mejorar el nivel de salud de la población de 0-9 años, posibilitando al mismo tiempo conocer los patrones de morbimortalidad esas edades y definir prioridades.

En esta etapa, acontecen diversos fenómenos como: rápido crecimiento y desarrollo, manifestación de problemas de salud, algunos prevenibles y otros controlables por medio de un diagnóstico precoz, y la consolidación de hábitos y estilos de vida que condicionarán la salud de las personas adultas y en los que se puede incidir por medio de la educación sanitaria (accidentes, alimentación, enfermedades transmisibles, etc.). Esto evidencia la necesidad tanto de mantener un buen sistema de vigilancia del desarrollo infantil, como de incidir en la adquisición de hábitos saludables, a través de la educación sanitaria de padres y madres, de docentes y de los propios niños y niñas.

El objetivo es Promover un modelo de atención integral a la población infantil mediante intervenciones y servicios sociales que apoyen al niño/a y su familia desde la gestación, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen sus potencialidades y detectar oportunamente las situaciones de riesgo biológico y social, mejorando el sistema de atención en todo su proceso, a fin de garantizar el derecho a la salud de niños y niñas, en su sentido mas amplio.

En este contexto, los servicios ofrecidos por el sector salud comprenden acciones vinculadas a permitir igualar las oportunidades para todos los niños y niñas, de manera de lograr el máximo desarrollo de su potencial, actuando sobre los

determinantes sociales de la salud y el desarrollo infantil, con un sistema de salud que actúe centrado en la familia y la comunidad, y que ofrezca calidad de servicio para todos por igual.

Los objetivos específicos del área se han orientado fundamentalmente a:

- Reducción de la morbilidad y mortalidad infantil por patologías prevalentes.
- Mejoramiento del control de salud del niño.
- Curvas de Crecimiento. Monitoreo del crecimiento.
- Valoración y fortalecimiento del abordaje integral de la salud infantil, incorporando la participación de factores ambientales.
- Valoración y promoción del desarrollo infantil en el marco del cuidado del niño.
- Otorgar cumplimiento al Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo

El enfoque familiar adquiere una especial relevancia en la atención de niños y niñas, ya que considera factores ambientales que se conjugan para favorecer o dificultar el desarrollo del niño. Además este enfoque identifica condicionantes que permiten clasificar a las familias de riesgo para el desarrollo integral de los niños y niñas y permite trabajar mas intensamente con ellas y su entorno

TABLA Nº 1: POBLACION BAJO CONTROL /TABLA COMPARATIVA

AÑO	POBLACIÓN BAJO CONTROL				TOTAL
	0 - 5 meses	6 - 11 meses	12 -23 meses	2 - 5 años	
2006	126	121	248	767	**1262**
2007	121	68	193	759	**1141**
2008	102	110	193	686	**1091**
2009	152	133	286	1036	**1448**
2010	118	129	270	731	**1248**

La tabla muestra que la población infantil bajo control se mantuvo los primeros años dentro de ciertos parámetros lo que puede ser atribuible a:

a) Disminución de la Natalidad
b) Control de fecundidad en mujeres en edad fértil.
c) Tendencia nacional de los cambios demográficos de la población chilena

Las acciones y actividades que se realizan para estos grupos etéreos son:

- Control del RN antes de los 14 días
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de los menores a través de los controles de salud infantil que se realizan en los diferentes grupos etareos y Por diferentes profesionales de la salud.
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Aplicación de pautas y realización de talleres que ayuden a identificar, pesquisar y detectar en forma oportuna los factores favorables y desfavorables en el crecimiento y desarrollo del menor.
- Talleres orientados por las Enfermeras del Programa en relación a estimular el desarrollo del menor

AREAS DE INTERVENCION

1) Control Niño Sano:

Orientado a fortalecer e Identificar en forma oportuna los factores de riesgo biopsicosocial que pueden influir en forma positiva o negativa en el crecimiento y desarrollo del menor. Con el fin de intervenir en forma rápida en aquellos factores que retracen el buen desarrollo y crecimiento del menor, junto con la familia y el equipo de salud:

1. .Aplicación pauta de factores de riesgo
2. Realización de talleres educacionales
3. Aplicación por parte de los médicos de pauta de protocolo neurosensorial.
4. Aplicación de pauta de de apego materno-infantil.
5. Detección oportuna de depresión posparto en las madres de los menores, a través de la escala de Edimburgo
6. Visitas domiciliarias integral a los menores con riesgo biopsicosocial.

2) Desarrollo Psicomotor:

Pesquisar a los niños con riesgo o con déficit del desarrollo psicomotor.

Intervenir en aquellos niños con déficit en el desarrollo psicomotor, trabajando en conjunto con la familia.

3) Nutrición:

Una de las actividades del control salud infantil es la evaluación nutricional de los menores, con el fin de vigilar el buen desarrollo de estos, y detectar en forma oportuna la mal nutrición ya sea por déficit o exceso e intervenir tempranamente en los menores.

Se realizan controles de salud, consultas de lactancia materna, y conserjerías en los menores de 3,5 meses y 3,6 años.

Evaluación y seguimiento por parte del equipo de Salud en aquellos menores que presenten mal nutrición.

TABLA Nº 2: POBLACIÓN BAJO CONTROL 2010
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

Grupo Etáreo	Total	Riesgo Desnutrición		Desnutrición		Sobre Peso		Obesidad	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 -2 m	74	1	1.35	0	0	6	8.1	2	2.7
3 -5 m	80	11	13.8	0	0	17	21.3	6	7.5
6 -11m	147	7	4.8	0	0	44	30	10	6.8
12-17m	129	3	2.32	0	0	32	24.8	16	12.4
18-23m	138	2	1.45	0	0	26	18.8	10	7.2
24-47 m	458	14	3.05	0	0	110	24	55	12
48-71 m	420	8	1.9	2	0.48	124	29.5	60	13
Total	**1446**	**46**	**318**	**2**	**0.14**	**359**	**24.8**	**159**	**10.9**

Cabe mencionar que alrededor del 60,85% de la población infantil en control se encuentra en el rango Nutricional de normal, es por esto que nuestras actividades están dirigidas a mantener o mejorar los indicadores nutricionales. Sin embargo durante el 2010 hay un alza que se puede explicar como fenómeno “terremoto” en comparación al año anterior

Lactancia Materna Exclusiva en los menores de 6 meses

MES	% año 2006	% año 2007	% año 2008	% año 2009	% año 2010
POB. En Control	104	121	276	318	172
LME	92	102	160	208	129
Cobertura	88.4	84.2	57.9	65.4	75

En la tabla se puede observar que las coberturas de lactancia materna sobrepasan el 60%, nuestras acciones deben ir dirigidas a mantener y mejorar los logros obtenidos.

4) Prevención:

Se aplican diferentes pautas de evaluación con el fin de pesquisar oportunamente factores de riesgo, como también se realizan diferentes actividades de prevención y pesquisa en los que se puede mencionar:

- Niños con riesgo de malnutrición: evaluación por Nutricionista, consejería y educación a la familia.
- Niños con riesgo de déficit del Desarrollo Psicomotor
- Niños con riesgo de IRA.
- Riesgos biopsicosociales

TABLA DE IRA (Registro de último censo de cada año evaluado)

MES	año 2006	año 2007	año 2008	2009	año 2010
Leve	109	96	112	90	124
Moderado	15	8	16	16	7
Grave	2	5	4	1	1
Total	**126**	**109**	**132**	**107**	**131**

En la tabla nuestra que los niños se encuentran mayoritariamente en riesgo de IRA leve, esto se debe a que las acciones de prevención se enfocan en las acciones educación que se les entrega a las madres y pesquisa oportuna.

Chile crece contigo

El Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y sus familias. Tiene componentes o prestaciones universales y focalizadas. Se rige por ley 20.379.

Algunos de sus componentes y/o medidas de carácter universal están dirigidos a todos los niños y niñas en primera infancia, desde la gestación hasta los 4 años de edad, sus familias y al entorno en el que crecen y se desarrollan.

Otros componentes están destinados a todos los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud y, finalmente, las prestaciones focalizadas están dirigidas a los niños y niñas de familias que pertenecen a hogares del 40% de menores recursos o que presentan alguna situación de vulnerabilidad especial.

Para acceder a las prestaciones focalizadas es requisito haber ingresado a Chile Crece Contigo a través del primer control de gestación en cualquier

establecimiento de salud pública. Mayores consultas en su municipalidad y/o centro de salud más cercano.

Medidas de intervención

Derivación a los diferentes profesionales según situación detectadas a través EPSA de las familias a:

- Psicóloga
- Asistente Social
- Nutricionistas
- Enfermeras.
- Jardines Infantiles de la Comuna
- Escuelas de lenguajes.
- Entre otros.

Ingreso al sistema de Protección de la primera Infancia

- Control Obstétrico
- Aplicación del EPSA (Evaluación Psicosocial Abreviada)
- Consejera VIH
- Entrega de Guía
- Entrega de información del Sistema Chile Crece Contigo (Entrega de Díctico)
- Entrega de Credencial Provisoria
- Entrega de credencial Definitiva
- Citación de Talleres

Talleres

- 1º Taller: Al ingreso antes de las 14 semanas

Realizado por Matrona y Psicóloga, tema aceptación del Embarazo, cambios físicos y psicológicos del 1º trimestre.

- 2º Taller: Entre las 14 y las 20 semanas,

Realizado por Matrona, Nutricionista y Odontóloga. Tema lactancia materna y los requerimientos nutricionales del Embarazo y la odontóloga trata tema de salud bucal: higiene y cuidados.

- 3º Taller: Entre las 20 y 30 semanas

Realizado por Matrona y Kinesióloga tema ejercicios profilácticos para el parto sin dolor.

- 4º Taller: Entre las 30 y 35 semanas

Realizado por Matrona y Educadora de Párvulos, tema trabajo de parto, mecanismos del parto y cuidados del RN, la educadora su tema es sobre inducción a la sala de estimulación temprana.

- 5º Taller: Maternidad después de las 35 semanas, este se establece la coordinación a través de mail con la matrona de hospital base encargada del CHCC para asistir a la visita guiada.

- Talleres de crianza y de estimulación que se desarrollan durante crecimiento del menor en los diferentes grupos etéreos.

Sala de Estimulación

Esta orientada trabajar con los niños desde el nacimiento hasta los 4 años de edad, con el objetivo de pesquisar a aquellos niños que presenten algún riesgo en su desarrollo psicomotor como también trabajar con aquellos que presenten algún déficit.

Los niños que ingresan a ella son por:

- Derivación por profesionales (Enfermeras, Matronas, Asistentes sociales, etc.)
- Se le realiza una Evaluación dependiendo de la edad del niñ@
- Se registra al niño, en una hoja de ingreso la que almacena la información más relevante de la familia.
- A cada Mamá se les entrega una hoja de trabajo para el hogar, la cual consta de variadas actividades para estimular a su hijo (a), esta guía se supervisa con las visitas a domicilio que la Educadora realiza a las casas de los niños (as) ingresados en ella, además se les sugiere confeccionar material didáctico con material reciclado o material que se le entrega en esta misma.

Sala de Estimulación Itinerante

Objetivo.: Otorgar una educación integral de calidad, oportuna y pertinente, a través de un trabajo educativo itinerante, directo con material didáctico y audiovisual a las familias de la comuna del sector rural (Rucapequen y Nebuco) de la comuna, en especial a niños que no asistan a Salas cunas o jardines infantiles o que arrojen en la evaluación del desarrollo sicomotor algún déficit en algunas de las áreas afectadas.

Se va cada 15 días a las respectivas localidades operando de la misma forma que la Sala de Estimulación en el CESFAM.

PROGRAMA DEL ADULTO

El programa de Salud Cardiovascular en Diciembre de 2009 contaba con una población de 2783 personas bajo control. Actualmente este programa cuenta con una población de 2695 personas, debido principalmente a una actualización y limpieza que se realiza de tarjetero en el censo de Junio de 2010 a fin de reorganizarlo.

Las actividades rutinarias que contempla el programa cardiovascular consisten en controles de salud de ingreso y seguimiento por Médico, Enfermera y Nutricionista, solicitud de exámenes de control tanto sanguíneos, de orina, ECG, fondo de ojo, qualidiab, evaluación de pie diabético, curación avanzada de heridas de pie diabético según corresponda, retiro de medicamentos, educaciones individuales y grupales, educación en tratamiento e insulinoterapia, visitas domiciliarias, estadística mensual y censo semestral, entre otras. Además desde Julio de 2010 se comenzó con la realización de reuniones mensuales del equipo del PSCV, que cuenta con un representante médico, enfermera, nutricionista, técnico en enfermería y administrativo y reuniones semestrales con el equipo general.

Para la jefatura del programa se utilizan 2 horas semanales y se utiliza principalmente en la coordinación de operativos, exámenes y trabajo administrativo.

En relación a las horas destinadas por los diferentes profesionales a la atención de pacientes del PSCV podemos ver un aumento significativo del promedio de las atenciones mensuales de pacientes desde el año 2009 a 2010 por los diferentes profesionales, como se muestran en la tabla Nº 1 que influyen directamente en mejorar las compensaciones alcanzadas a igual fecha, como se señala en la tabla Nº 2.

Tabla Nº 1: Cuadro comparativo años 2009 y 2010 de horas destinadas a atención de programa de salud cardiovascular mensuales en, según profesional.

Profesional	Año 2009	Año 2010	Variación (%)
Médico	296	315	6,4% más
Enfermera	168	196	16,7% más
Nutricionista	163	200	22,7% más

Tabla Nº 2: Comparación de la Compensación de la población bajo control en PSCV por HTA y DM a Junio del año 2009 y 2010

Patología	Junio 2009	Junio 2010	Variación (%)
HTA	874	1079	23,5% más
DM	70	182	160,0% más

Con respecto a las coberturas de DM, HTA, EMP y EFAM se puede ver de manera similar que las compensaciones. Tabla Nº 3.

Tabla Nº 3: Coberturas alcanzadas a Junio del año 2009 y 2010 según componente:

Componente	**Meta 2009**	**Meta 2010**	**Pobl 2009**	**Cobertura**	**Pobl. 2010**	**Cobertura**	**Variación de coberturas (%)**
Cobertura EMP, en hombres de 20 a 44 años	25%	15%	159	5,0%	199	6,1%	22,0% más
Cobertura EMP, en mujeres de 45 a 64 años	25%	25%	135	10,2%	151	15,3%	50,0% más
Cobertura de EFAM de 65 y más años	75%	68%	384	22,6%	476	27,3%	20,8% más
Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	85%	95%	684	95,0%	761	107,8%	13,5% más
Cobertura de Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 y más años	65%	75%	1834	59,2%	2006	65,4%	10,5% más

Además para contribuir a mejorar las coberturas alcanzadas y lograr cumplir las metas se han tomado algunas medidas, que a continuación se enuncian:

- Para favorecer la cobertura EMP en hombres de 20 a 44 años además de la disponibilidad de horas en agenda y las derivaciones desde los distintos sectores del cesfam, se han realizado algunas medidas como controles espontáneos, citaciones telefónicas, operativos en terreno y coordinación con SAPU para derivaciones.

- En relación a la cobertura de EMP en mujeres de 45 a 64 años principalmente se realizan por agenda y por consulta espontánea.

- Con respecto a la cobertura de EFAM, por el gran número de exámenes que implica, se han implementado las mismas medidas que para EMP en hombres, además de extensión horaria y revisión de exámenes atrasados para su citación en terreno.

- Tanto la cobertura de DM e HTA no han tenido dificultades en su cumplimiento, tanto en el presente como en años anteriores.

En relación a las compensaciones de la población con HTA y DM podemos determinar que:

- A Junio del año 2009 existían 2007 pacientes con HTA de los cuales el 43,5% se encontraba compensado y a junio de 2010 de las 2005 personas que se encontraban bajo control, un 50,5% estaba compensada.

- Durante el **2009** a Junio la población de diabéticos era de 754 de los que el **9,3% solamente estaba compensada** y un **año más tarde**, de 761 pacientes bajo control **tenemos el 23,9**% **de compensación.**

Tabla Nº 4: Compensación de DM e HTA según año.

Patología	Meta 2009	Meta 2010	Junio 2009	Alcanzado	Junio 2010	Alcanzado	Variación de Alcanzado (%)
HTA			874	43,5%	1079	50,5%	23,7% más
DM	32%	32%	70	9,3%	182	23,9%	156,9% más

Si bien se logró mejorar considerablemente las compensaciones en igual fecha, aún no se alcanza a cumplir definitivamente las metas. Es así como, la compensación diabética se vio bastante baja en el censo de junio pasado y por tanto se tomaron algunas medidas para contrarrestar lo sucedido como: rescate de pacientes inasistes a control, insistir en la educación al momento del control por todos los profesionales, modificación de manejo farmacológico según necesidad, solicitud de exámenes según criterio médico, aumento de los tiempos de control de ingreso médico, aumento de horas de control de salud (Tabla Nº 1). Y en relación a la compensación en hipertensión se comenzó a trabajar de igual forma.

Otros temas de interés del PSCV corresponden a los controles de pacientes con problemas de malnutrición por exceso, como se detalla y compara año 2009 y 2010 en la tabla Nº 5

Tabla Nº 5: Comparación paciente Obesos bajo control PSCV año 2009 y 2010

Componente	2009	2010	Variación (%)
Obesidad	992	1021	2,9% más

Par contrarrestar o frenar en cierto modo el aumento de este problema de salud se ha puesto énfasis en la educación por parte de las nutricionistas al momento del control, así también se han aumentado las horas al PSCV y extensión horaria.

En relación al PASAF, se concluyeron las actividades que en el se desarrollan (talleres, controles con médicos, enfermera, nutricionista, psicólogo, educaciones, actividad física) del grupo iniciado durante el año 2009, ya que el grupo de 2010 no se inició por motivo de falta de fondos destinados a dicha actividad.

Además de todo lo ya mencionado podemos agregar que durante el año 2009 se realizaron 4 Qualidiab y durante 2010 van 76, número que debería aumentar en los meses siguientes. Así también de enero a septiembre se han efectuado 436 fondos de ojos, un 56,77% de cumplimiento. Y en relación a las ulceras por pie diabético el 100% (4) de ellas tiene un manejo avanzado de heridas por Enfermera.

Las Fortalezas encontradas en el PSCV son:

- Equipo de trabajo comprometido con las actividades y metas planteadas.
- Mesón de coordinación con una persona a cargo (técnico de enfermería) de forma fija.
- Buenas relaciones interpersonales.

Debilidades:

- Falta de horas en horario flexible para población trabajadora.
- Horas para jefatura de programa insuficientes.

Proyecciones para el 2011

- Mantener las reuniones mensuales del PSCV por el equipo ya conformado e incorporar la participación activa de un asistente social y psicólogo.

- Realización de reuniones trimestrales con el personal general para actualización del PSCV.

- Con la reestructuración del tarjetero del PSCV y la digitación de las tarjetas de control se pretende hacer más expedita la obtención de la información tanto de coberturas, compensaciones, factores de riesgos, etc. que permitirán enfocar y redirigir las actividades mes por mes.

- Favorecer la participación familiar en el cuidado de los pacientes bajo control PSCV y trabajar con ellas en su autocuidado.

- Continuar trabajando con la comunidad en la realización de operativos de EMP de forma rutinaria y programada.

- Continuar y mejorar la coordinación de citaciones para fondo de ojos fijando las fechas con antelación.

- Empoderar a los sectores en el autocuidado.

- Evaluación periódica de la programación.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES POSTRADOS O CON PÉRDIDA DE AUTONOMÍA.

ANTECEDENTES

El programa de Atención domiciliaria se crea tras el aumento creciente de personas con discapacidad severa que se encuentran postrados y están siendo atendidos por su entorno familiar y comunitario, resultando de ello, en muchos casos, un cuidado inadecuado y una presión agobiante para la familia, particularmente para mujeres cuidadoras.
Es un deber ético y una responsabilidad del equipo de salud, proporcionar alivio y cuidado a la familia, mejorar el ambiente socio-familiar y el equilibrio psicológico de sus miembros, incluido aquel que padece la discapacidad.
Son beneficiarios de este programa todas aquellas personas que, de manera permanente, sufren de postración y/o pérdida de autonomía severa y sean beneficiarias del Sistema Público de Salud.
Actualmente el Programa de atención domiciliaria de nuestro establecimiento comprende una población de 69 pacientes, 31 de ellos en situación de postración severa y 38 con postración moderada.

El equipo multiprofesional que se desempeña en este programa está integrado por:

- Médico
- Enfermera
- Kinesiólogo
- Asistente social
- Psicólogo.
- Nutricionista.
- Odontólogo.
- Técnico Paramédico.

Número de visitas y procedimientos en domicilio.

Visita Domiciliaria Integral a pacientes Postrados año 2009:

Visita a Familia con integrante postrado	Total	1 profesional	2 ó más profesionales	1 profesional más Téc. Paramédico.
	159	73	64	22

Visita Domiciliaria Integral a pacientes Postrados Enero-Agosto año 2010:

Visita a Familia con integrante postrado	Total	1 profesional	2 ó más profesionales	1 profesional más Téc. Paramédico.
	235	68	61	106

Tratamientos y Procedimientos en domicilio a pacientes Postrados año 2009:

Procedimiento en domicilio	Total	1 profesional	1 profesional más Téc. Paramédico.
	773	125	648

Tratamientos y Procedimientos en domicilio a pacientes Postrados Enero-Agosto 2010.

Procedimiento en domicilio	Total	1 profesional	1 profesional más Téc. Paramédico.
	626	101	525

Objetivo del programa:

Mejorar el cuidado y la calidad de vida de las personas con postración severa y/o con pérdida de autonomía, y de su entorno familiar, apoyando particularmente a los cuidadores familiares.

Prestaciones:

1.- Visita domiciliaria de diagnóstico y Plan de Intervención por parte del equipo de salud de cabecera.
2.- Apoyo y asistencia técnica de un equipo de salud a personas con postración permanente y/o con pérdida de autonomía, a través de visita domiciliaria.
3.- Entrega de un estipendio para el cuidador de personas postradas y/o con pérdida de autonomía, en situación de indigencia o pobreza.
4.- Procedimientos en domicilio: curaciones, inyectables, cambios de sonda, aspiración de secreciones, toma de muestra de exámenes, etc. y cualquier otro procedimiento factible de ser realizado en domicilio.
5.-Traslados de pacientes postrados en ambulancia.
6.- Visitas domiciliarias de control por médico y enfermera.
7.- Visitas domiciliarias por cualquier profesional del equipo según necesidad.
8.- Capacitación a cuidadores con el objeto de velar por la condición y calidad del cuidado al interior del domicilio.

Fortalezas y oportunidades:

1.-Atención Domiciliaria en el plan de salud familiar.
2.- Visita Domiciliaria Integral en el plan de salud familiar.
3.-Equipo multiprofesional afiatado y proactivo.

Debilidades y Amenazas:

1.- Déficit de horas médicas y de enfermera para atención en domicilio.

Para el periodo 2010-2011 se proyecta un aumento en el número de pacientes postrados como ha sucedido en años anteriores, por la gran cantidad de población adulta mayor que atendemos y por el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles y con ello el aumento de sus secuelas (Ave, Trombosis, etc.) esto último provocado por el mal control de las mismas. En el año 2009 hay 46 pacientes en control y en el periodo Enero-Agosto 2010 ya ha aumentado a 69 pacientes en el programa.

PROGRAMA DE LA MUJER

Actividades 2009

	CESFAM	**RUCAPEQUEN**	**NEBUCO**	**TOTAL**
Control RN	159	6	3	168
Control Prenatal	2003	84	46	2133
Control binomio	434	20	5	459
Contol ginecológico	573	60	49	682
Control Climaterio	208	18	14	240
Regulación Fecundidad	3669	192	132	3993
Consulta Ginecológica	1236	57	31	1324

Actividades 2010 (corte septiembre 2010)

	CESFAM	RUCAPEQUEN	NEBUCO	TOTAL
Control RN	134	2	1	137
Control Prenatal	1473	62	26	1564
Control binomio	281	7	2	290
Control ginecológico	551	52	13	619
Control Climaterio	79	6	6	91
Regulación Fecundidad	2613	146	77	2836
Consulta Ginecológica	942	34	20	996

1.- COBERTURA DE PAP: Para este año 67%

- Población femenina 25-64 años validada FONASA: 4.751
- Cumplimiento al último censo semestral de junio: 67.8, correspondientes a 3.372 PAP
-

2.- CONTROL PRENATAL:

- Meta: Ingreso control prenatal antes de las 14 semanas: 85 %
- Embarazadas bajo control hasta la fecha: 382
- Meta: Ingreso Recién nacido antes de los 10 días: 80%
- Promedio ingreso mensual embarazadas: 30

3. CONSEJERIA VIH

- 100% Ingreso prenatal debe realizarse consejería por persona acreditada.
- 100% Embarazadas que autoricen, debe realizarse examen VIH más consejería pre y post examen por persona acreditada.
- 100% Toda persona que solicite Test de Elisa.

4. MAMOGRAFIAS

- 188 Exámenes mamográficos destinados a la comuna de Chillán Viejo para personas entre 35 y más años con sospecha de patología MALIGNA. Por convenio de resolutividad (todos realizados)
- 108 Exámenes mamográficos destinados a mujeres entre 50-54 años por medicina preventiva (todos realizados)
- Derivación: por profesional médico y matrona con orden de rayos, consignando convenio con Municipalidad Ch. Viejo.

5. SALA DE ESTIMULACIÓN CHCC:

- Niños bajo control Cesfam: 80
- Rucapequén: 15 (modalidad itinerante)
- Nebuco: 10 (modalidad itinerante)

Proyecciones 2011

- Difusión a la comunidad con campañas de prevención en cáncer cervicouterino a través de radios comunitarias y operativos.
- Lograr trabajo intersectorial con formación de redes para la pesquisa de mujeres sin control.
- Reuniones mensuales con el equipo del programa de la mujer para coordinación, réplicas reuniones técnicas y otras.
- Vigilancia, seguimiento y supervisión de los indicadores y metas del programa de la mujer.
- Incorporar al técnico del programa de la mujer en jornada de 44 horas.
- Mantener al administrativo del programa de la mujer con 22 horas para ejecutar labores en trabajo administrativo de los PAP y atención de público.

PROGRAMA DE SALUD MENTAL
2010-2011

ANTECEDENTES GENERALES

Los principios que orientan el accionar del programa, es el concepto de salud, visto como el equilibrio entre lo biológico, psicológico y social, que produce bienestar. A través de un enfoque preventivo, promocional, comunitario y de redes.

La Salud Mental, es considerada un componente esencial en la vida de los individuos y de la comunidad, figurando entre las prioridades nacionales de salud. Por lo anterior, el programa busca contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, tanto en acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud mental en la población. Para el logro de lo anterior, el Ministerio de Salud ha establecido una serie de metas, y nuestro CESFAM, una serie de actividades para su cumplimiento.

El ser humano a lo largo de su vida, transita por diversas etapas del ciclo vital, claramente definidas, en las que se desarrollan diversos aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Por lo tanto, dentro de este proceso las personas y las familias tienen necesidades y demandas específicas en todas sus áreas vitales. Por ésta razón, el Programa de Salud Mental es transversal, estando inserto en el Programa de la Mujer, en el Programa Infantil, del Adolescente y en el Programa del Adulto-AM y en interrelación con todos los profesionales. A través, de la sectorización del equipo de salud mental, es decir, un equipo biopsicosocial, por sector.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Propósito y Objetivo del Programa

Propósito: Que la Atención Primaria de Salud, efectúe actividades de promoción, prevención, detección precoz y tratamiento temprano de los problemas de salud mental de baja a moderada severidad.

Objetivo: Contribuir a mejorar la atención de salud mental de los usuarios del sistema público de salud, de la Comuna de Chillán Viejo, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promociónales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario.

Un poco de historia

- En un primer tiempo se atendía sólo al beber problema
- El 2001 se pone en marcha el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS. Actualmente uno de los problemas de salud incorporados al Régimen de Garantías Explícitas en Salud.
- En el año 2004, el MINSAL inició el Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas en la Atención Primaria. Estrategia que consiste en dos tipos de intervenciones: preventiva y terapéutica.
- El año 2005, como programa piloto, y el año 2006 a todos los Servicios de Salud del país con coberturas variables, se instala el Programa de Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar.

- El 2007 se incorpora al Régimen de Garantías Explícitas en Salud la atención de menores de 20 años con consumo perjudicial de alcohol y drogas, correspondiente al Plan Ambulatorio Básico y su seguimiento.
- En el 2008, se funden en uno solo los Programas de Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar, de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS, pasando a generar el "**Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria** "
- Y el 2008 también se integra el programa infanto-adolescente.

Conformación del Equipo de salud mental:

Como visión, se considera el constituir un equipo integral de salud mental, como promotor del desarrollo humano.

Tabla 1: Funcionarios del equipo de salud mental.

Nombre	**Profesión**	**Horas**	**Tipo cont.**	**Sector**
Pablo Caamaño	Médico general	14	contrata	S. 1
Armando Burgos	Médico general	11	contrata	S. 3
Paula Merino	Médico general	14	contrata	S. 2
Alejandra Rubio	Psicóloga	44	contrata	S. 1
Fabiola Marchant	Psicóloga	22	Contrata	Transversal
Lorena Yánez	Psicóloga	22	contrata	S. 3
Pilar Sepúlveda	Psicóloga	33	Contrata	S. 2
Alejandro Roco	Psicólogo	22	Contrata	Transversal Comunitario
Soledad Salinas	A. Social	22	contrata	S. 2
Alexandra Cifuentes	A. Social	22	contrata	S. 1
María Elena Contreras	A. Social	22	contrata	S. 3

Marilin Carrasco	Técnico Paramédico	44	contrata	Transversal
Mauricio Cisterna	Naturópata	22	honorario	Transversal
Massiel Villablanca	Terapeuta Floral	11	Honorario	Transversal

Como se aprecia en la tabla 1, el total horas médicas es de 39, el de profesional psicóloga es de 121 horas, A. sociales 66 horas en total y por último, un técnico paramédico con 44 horas. Además, de 2 terapeutas de terapias alternativas, con un total de 33 horas.

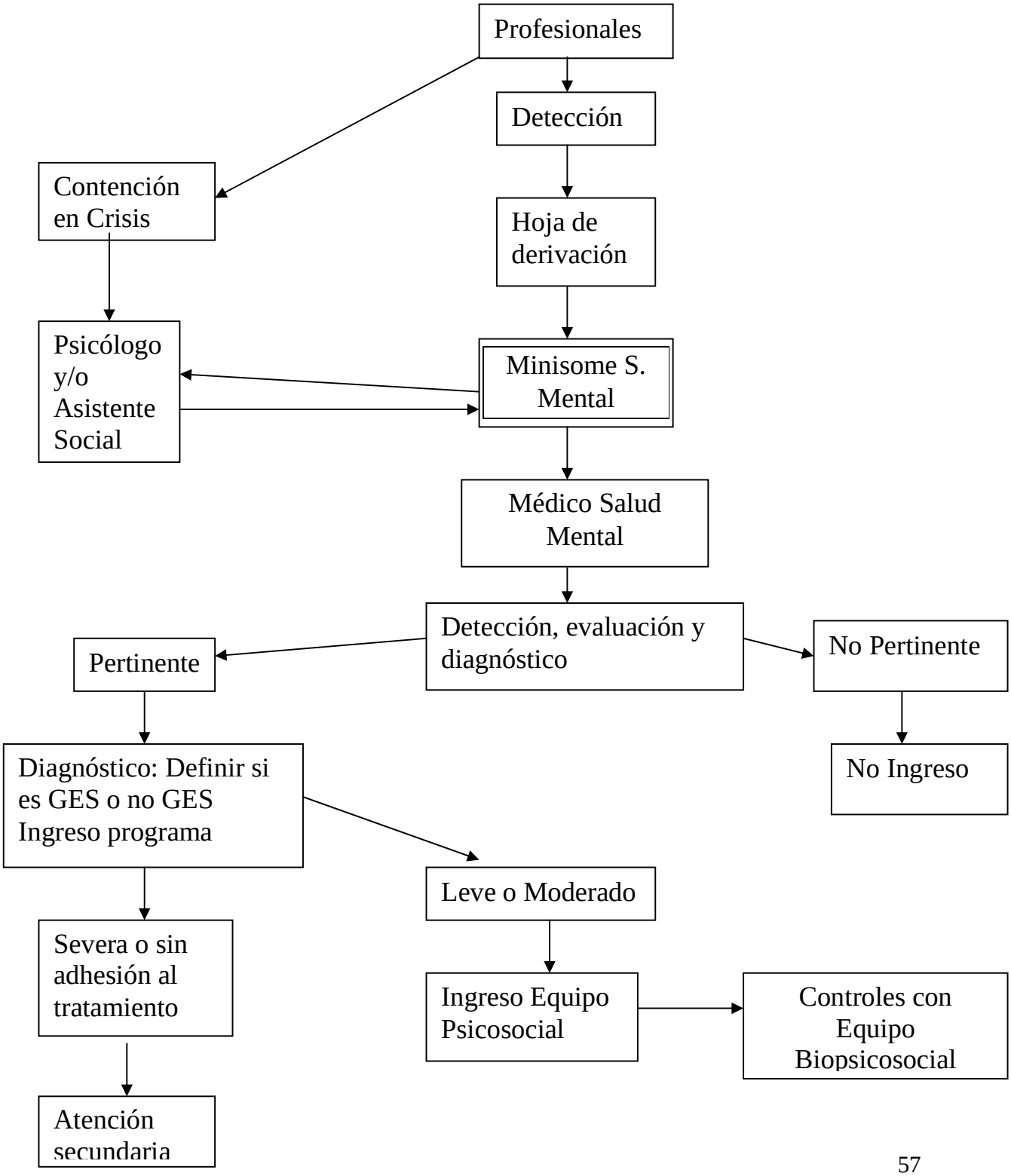
La jefa del programa es la psicóloga Alejandra Rubio. Quien se encarga de la parte administrativa de éste.

Las prestaciones que el programa realiza para el tratamiento/ recuperación y rehabilitación son:

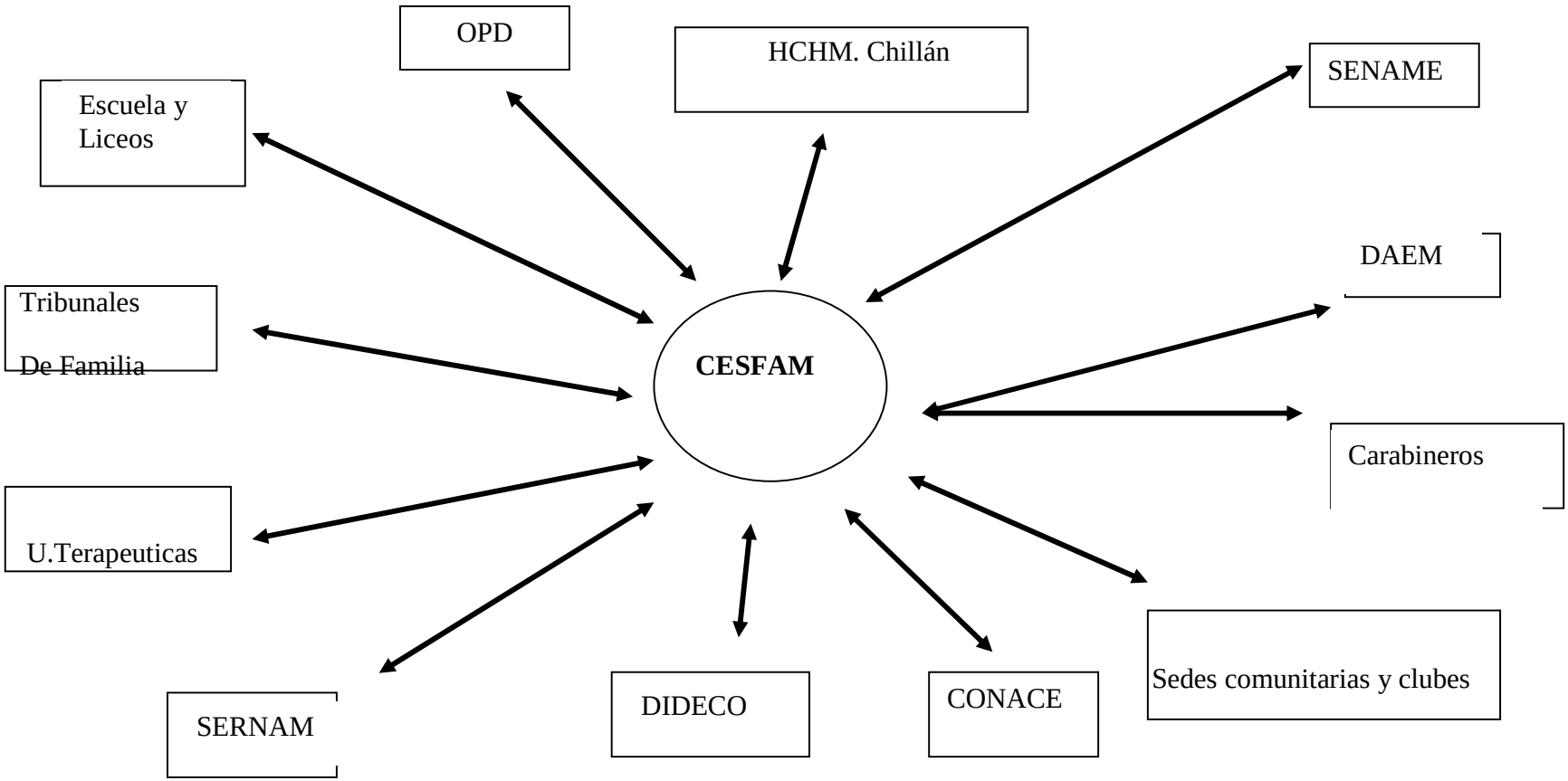
1. Consulta médica de salud mental
2. Consulta de salud mental (a. social y psicóloga)
3. Intervención psicosocial grupal
4. Actividades de promoción, prevención e intervenciones comunitarias
5. Visita domiciliarias.
6. Atención individual y talleres en postas rurales.

Además, se realizan rondas a las postas de Nebuco y Rucapequén. A las que va el médico a cargo de cada posta 2 veces al mes; las dos A. Sociales, 2 veces al mes a cada posta y la psicóloga de jornada completa, 2 veces al mes a cada posta. El Naturópata también, va 2 veces al mes a cada una de estas.

FLUJOGRAMA GENERAL, DE PATOGÍAS SALUD MENTAL



INTERVENCIÓN COMUNITARIA / REDES SOCIALES DE APOYO



COMPONENTES DEL PROGRAMA

Componente Nº 1: Depresión.

Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a las personas de 15 años y más que sufren trastornos depresivos, concordantes con las normativas vigentes y de acuerdo al régimen de garantías explícitas que deben cumplirse en este nivel de atención.

- Estrategias:

Detección y Evaluación Diagnóstica
Tratamiento integral: Intervenciones Psicosociales Individuales y de Grupo y/o prescripción de fármacos
Derivación o referencia asistida
Alta y seguimiento
Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda
Capacitación del equipo de salud.

Componente Nº 2: Violencia Intrafamiliar

Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.

- Estrategias:

Detección y Evaluación Diagnóstica
Consejería a personas que viven VIF
Tratamiento: Intervenciones Psicosociales Individuales, Familiares y de Grupo
Visita Domiciliaria Integral
Alta y seguimiento
Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda

Sensibilización y prevención de violencia intrafamiliar en la comunidad
Capacitación del equipo de salud.

Componente Nº 3: Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas

Prevenir, detectar activamente riesgos y problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, entregar información y consejería para el auto cuidado y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, cuando este sea necesario, a población consultante de 10 y más años de edad.

- **Estrategias:**
-

Detección y Evaluación Diagnóstica,
Intervención Preventiva,
Intervención Terapéutica,
Derivación o Referencia Asistida,
Alta y Seguimiento
Apoyo técnico a agrupaciones de autoayuda
Capacitación del equipo de salud.

Componente Nº 4: Consumo Perjudicial o Dependencia Alcohol y Drogas en Población Menor de 20 Años

Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar atención integral a población menor de 20 años con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas que pueda beneficiarse del Plan Ambulatorio Básico y su seguimiento,

-
-
-

-
-
-
- **Estrategias**

Detección y Evaluación Diagnóstica,
Motivación al tratamiento
Tratamiento: Intervenciones psicosociales individuales, grupales y familiares, y/o prescripción de fármacos
Desintoxicación ambulatoria
Tratamiento de enfermedad mental leve o moderada,
Visita domiciliaria integral
Alta y Seguimiento
Capacitación del equipo de salud
Capacitación en prevención de problemas de salud mental en adolescentes a profesores.

Componente Nº 5: Salud Mental Infanto Adolescente

Realizar detección precoz, prevención del daño e intervención temprana en salud mental, de acuerdo a necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, por ciclo vital, de forma cercana al domicilio del niño y su familia, que fomente y mantenga vinculo familia - niño/a, con acceso oportuno, sin exclusión, asegurando atención integral e integrada y con estándares de calidad.

Este componente está dirigido a la promoción, prevención e intervención temprana de problemas y trastornos de salud mental de la población infantil y adolescente, tales como maltrato infantil, trastornos hipercinéticos y de la atención, emocionales, conductuales.

- **Estrategias**

Detección, Evaluación Diagnóstica,
Consejería y educación a los padres

Tratamiento: Intervenciones Psicosociales Individuales, Familiares y de Grupo, prescripción de fármacos

Visita Domiciliaria Integral.

Educación en promoción y prevención de salud mental a padres y profesores

Capacitación del equipo de salud

Su estrategia es intersectorial, especialmente con el sector Educación y en sinergia con el Programa Habilidades para la Vida desarrollado por JUNAEB. Por tanto sus actividades deben contemplar acciones en el ámbito comunitario, en las escuelas, en los barrios, con grupos de niños, adolescentes, padres y profesores.

INDICADORES DEL PROGRAMA

Tabla 1: Indicadores de Depresión

META SSÑ	ACTIVIDAD	ENCARGADOS
400 en control	Atención individual	Equipo Salud Mental
1 grupo de autoayuda	Grupo “Nueva Vida”	A.s. Soledad Salinas Ps. Alejandra Rubio
1º taller, Intervención psicosocial (Primer semestre)	Grupo de 8 pacientes, (aprox.) “Renacer”	Ps. Pilar Sepúlveda A.S. Alexandra Cifuentes
2º taller, Intervención psicosocial (Segundo semestre)	Grupo de 8-10 pac.	Ps. Pilar Sepúlveda A.S. Alexandra Cifuentes.

Tabla 2: Indicadores de Violencia Intrafamiliar

META SSÑ	ACTIVIDAD	ENCARGADOS
40 en control	Atención individual	Equipo Salud Mental
1 Grupo de autoayuda	Grupo: “Mujeres Emprendedoras”	Ps. Pilar Sepúlveda A.S. Alexandra Cifuentes
1º taller, Intervención psicosocial (Primer semestre)	Grupo de 8 pac. (aprox.) “Ayúdate que yo te ayudaré”	Ps. Alejandra Rubio A.s. Soledad Salinas
2º taller, Intervención psicosocial (Segundo semestre)	Grupo de 8-10 pac. “Ayúdate que yo te ayudaré”	Ps. Alejandra Rubio A.s. Soledad Salinas
4 Charlas de prevención y detección	Charlas en Escuelas y programas municipales	Ps. Alejandra Rubio A.S. Alexandra C.

Tabla 3: Indicadores de Consumo de Alcohol y Drogas Población general

META SSÑ	ACTIVIDAD	ENCARGADOS
22 pac. en intervención preventiva	Charlas y atención individual	Equipo Salud Mental Ps. Alejandro Roco A.s. Ma. Elena Contreras
28 pac. en intervención terapéutica	Atención individual	Equipo de Salud Mental
Grupo de Autoayuda	Grupo “Arcoiris”	Ps. Alejandro Roco A.s Ma. Elena Contreras

Tabla 4: Indicadores de Consumo de Alcohol y Drogas GES

META SSÑ	ACTIVIDAD	ENCARGADOS
4 pac. en control	Atención Individual	Equipo de salud mental
2 en seguimiento	Atención Individual	Equipo de Salud Mental
Charlas de prevención y detección	Charla Col. Darío Salas. Coordinación en charlas con CONACE	Ps. Alejandro Roco A.s. Ma. Elena Contreras

Tabla 5: Indicadores Infanto - Adolescentes.

META SSÑ	ACTIVIDAD	ENCARGADOS
14 Ingresos TDAH	Atención Individual	Equipo de salud mental
3 Educación y apoyo a Escuelas, con Prof. Y Apod.	Esc. 20 de agosto y Rucapequén. 3 talleres con niños y padres	Pilar Sepúlveda Massiel Villablanca
10 Ingresos Maltrato Infantil	Atención Individual	Equipo de salud mental
6 niños y adolescentes con otros trastornos	Atención Individual	Equipo de salud mental

***En las tablas anteriores, se muestran las metas según las patologías convenidas con el Servicio de Salud Ñuble (SSÑ), sin embargo este programa, entrega atención a todos los pacientes que presenten un trastorno psicológico.**

Otras actividades

1. Charlas en todas las sedes comunitarias post terremoto.
2. Visitas domiciliarias en los casos que lo ameritan.
3. Actividades de autocuidado para el personal del CESFAM.
4. Terapias naturales complementarias, con Naturópata y Flores de Bach.
5. Trabajo comunitario, dirigido por el Ps. Alejandro Roco, cuyo objetivo es articular las redes y apoyar a los grupos ya formados.

NATUROPATA

En el nivel local, se esta impulsando un enfoque Holistico de la Salud, para lo cual hemos iniciado un trabajo desde el programa de Salud Mental Integral, con la incorporación de un Fitoterapeuta, el que apoya además al equipo de Promoción del Establecimiento. Lo que se busca es sensibilizar al equipo de Salud y motivarlo a abrirse a nuevas prácticas.
Para lo anterior se han desarrollado más de 20 talleres en el manejo de plantas medicinales a grupo mujeres Jefas de Hogar, lo anterior en coordinación con Dideco de la Municipalidad así como con la Unidad de Sernam ubicada en esta comuna, otro grupo objetivo importante es el de Adultos Mayores, desarrollando un taller en coordinación con la Unión Comunal de Adulto Mayor, en donde asisten 45 adultos mayores.

Talleres ya realizados:
1.- Apoyo a equipo psicosocial en charlas post terremoto.
2.- Apoyo a brigada ecológica
- Charlas con niños en iglesia
- Plantación de árboles en sedes Padre Hurtado 1 y 3, San Esteban y en iglesia
- Coordinación previa a plantación.
3.- Taller en SERNAM de 12 sesiones.
4.- Taller en posta Rucapequén
- Taller crónicos diabéticos e hipertensos

5.- Entrevista a radio comunidad
6.- Plantación de árboles en Esc. Tomás Lagos.
7.- Taller con Programa Jefas de Hogar

Talleres que se están realizando segundo semestre
1.- Taller en Posta Nebuco, con adultos mayores del Quillay
2.- Taller Posta Rucapequén, con adultos mayores.
3.- Talleres en JJVV Las Palmeras y Eduardo Freí
4.- Segundo taller con Programa Jefas de Hogar
5.- Talleres Escuela Tomás Lagos, con niños, padres y profesores de la brigada ecológica
6.- Taller a mujeres del grupo de autoayuda de depresión “Vida Nueva”
7.- Entrevista en radio fantasma

Talleres ultimo trimestre
1.- Talleres a grupo ecológico de iglesia evangélica
2.- Taller en JJVV San Esteban
3.- Taller en JJVV Padre Hurtado
4.- Talleres con la Unión Comunal Adulto Mayor

TERAPIA FLORES DE BACH

(Taller Mándalas en niños con hiperactividad)

5 Talleres terapéuticos con niños y padres durante el año. 10 participantes por taller. Se atendieron con tratamiento floral un total de 97 Niñ@s desglosados de la siguiente manera por sector:

Sector 1 38.
Sector 2 36
Sector 3 31

DESAFÍOS 2011

1. Aumentar el acceso a especialista psiquiatra (consultarías)
2. Mantener y aumentar las actividades de perfeccionamiento.
3. Fortalecer el trabajo en equipo
4. Definir y aumentar las prestaciones, sobre todo las médicas
5. Crear nuevos y actualizados flujogramas
6. Sectorización de cada disciplina.
7. Mayor trabajo en red.
8. Aumentar la coordinación entre los sectores.
9. Mantener cumplimiento de indicadores.
10. Mantener o aumentar Fondos de Expansión.
11. Mantener las reuniones técnicas de salud mental.
12. Capacitación equipo de salud: Autocuidado, Infancia y adolescencia y trabajo comunitario.
13. Evaluación de satisfacción usuaria (Pacientes GES).
14. Potencialización del programa, con una visión y principios con modelo de salud mental comunitaria.
15. Mejoras en las intervenciones con:
    a. Familia: redes de cooperación, habilidades para el cuidado y autocuidado.
    b. Comunidad: Participación social, inclusión tema de DD.HH.
    c. Atención de Salud Mental: detección precoz, apoyo psicosocial y medicamentos, atención en crisis.
    d. Rehabilitación: apoyo psicosocial, educación, desarrollo de habilidades, inserción socio-laboral.
16. Fortalecer la sectorización de la población atendida en salud mental, con su equipo de cabecera.
17. Repetir talleres, potenciar los grupos de autoayuda y trabajo con los jóvenes de la comunidad.
18. Continuar con el apoyo natural en el tratamiento de algunos pacientes y talleres grupales.

19. Continuar con talleres de laboro-terapia (ej. Manualidades)

20. Fortalecer las intervenciones grupales y comunitarias en postas.
21. Descentralizar de Chillán las actividades de perfeccionamiento, potenciando la comuna de Chillán Viejo.
22. Realizar estudios en nuestra comuna, de temas relacionados con la salud mental.

PROGRAMA DE SALUD ODONTOLOGICO
CESFAM DR. FEDERICO PUGA BORNE DE CHILLAN VIEJO

La actividad odontológica está basada principalmente en cumplir los compromisos que se contrae en el Ministerio de Salud (Compromisos de Gestión), es decir, niños de 6 y 12 años, embarazadas primigestas y gestantes, también realizamos atención a adultos triplicada el segundo semestre de este año incrementando nuestra cobertura en esta población que es la con el mayor daño en nuestra comuna.
Además desde septiembre abrimos nuestras agendas para atender con algunas horas a la población menor de 20 años que no está en la cobertura auge, lo que abrió aún más las posibilidades de nuestra población de acceder a recuperar su salud oral.
.

Las actividades que se realizan en nuestro centro de salud son netamente recuperativas debido al alto daño en la salud oral de nuestra población, realizando actividades en otros grupos etareos como 60 años y programas especiales para adultos con aportes anuales del servicio de salud, específicamente tratamientos de endodoncia (conducto) y prótesis removibles. Las actividades educativas durante los meses de abril a octubre están a cargo de él o los internos de odontología que llegan desde hace un par de años de la Universidad del Desarrollo

También se realizan algunas cirugías menores como frenectomías, extracciones de dientes semincluídos, y extracción de algunas lesiones menores de la boca,

ACCIONES REALIZADAS DURANTE EL AÑO 2009

CONTROL ODONTOLOGICO DEL NIÑO SAÑO

NIÑOS DE 2 AÑOS: 65

NIÑOS DE 4 AÑOS: 22

ALTAS NIÑOS DE 6 AÑOS

Total de niños inscritos 6 años:		376
Total de niños inscritos con alta odontológica total 2009		279
% cumplimiento requerido:	**85%**	

ALTAS NIÑOS DE 12 AÑOS

Total de niños inscritos de 12 años:		390
Total de niños inscritos de 12 años con alta odontológica 2009		232
% cumplimiento requerido:	**65%**	

Nº total de primigestas:		140
Nº total de primigestas inscritas con alta odontológica 2009		110
% cumplimiento requerido:	**78%**	

Nº total de gestantes con alta odontológica 2009	76
% gestantes con alta integral para 2009	25%

Altas Integrales 60 años. 49

Resolutividad: 76 prótesis removibles

Hombres y Mujeres de Escasos Recursos:

Altas Integrales : 177

Prótesis : 177 → 74 Sernam

↘ 103 pacientes normales

ACCIONES REALIZADAS DURANTE EL AÑO 2010

CONTROL ODONTOLOGICO DEL NIÑO SANO

NIÑOS DE 2 AÑOS: 80 aprox. Aún en desarrollo.

NIÑOS DE 4 AÑOS: 100 aprox. Aún en desarrollo.

ALTAS NIÑOS DE 6 AÑOS

Total de niños inscritos 6 años:	394
Total de niños inscritos con alta odontológica total 2010	224
% cumplimiento:	**88.2%**

ALTAS NIÑOS DE 12 AÑOS

Total de niños inscritos de 12 años:	324
Total de niños inscritos de 12 años con alta odontológica total:	227
% cumplimiento:	**70.05%**

ATENCIÒN EMBARAZADAS

Nº total de primigestas:	115
Nº total de primigestas inscritas con alta odontológica total:	105
% cumplimiento	**98 %**

Nº total de gestantes con alta odontológica 119

PROGRAMA DE ATENCION ODONTOLÓGICA MUJERES Y HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS

Total de prótesis asignadas	154
Total de altas integrales	97
Total endodoncias	71

PROGRAMA ATENCIÓN ADULTOS 60 AÑOS

TOTAL ALTAS INTEGRALES 130

PROGRAMA DE MUJERES JEFAS DE HOGAR

Total altas programadas 72

PROYECCIONES ODONTOLOGICAS PARA EL AÑO 2011.

ALTAS DE 2 AÑOS	59 ALTAS	20%
ALTAS DE 4 AÑOS	90 ALTAS	30%
ALTAS DE 6 AÑOS	225 ALTAS INTEGRALES	70%
ALTAS MENORES DE 10 AÑOS	86 ALTAS INTEGRALES	5%
ALTAS DE 12 AÑOS	229 ALTAS INTEGRALES	70%
ALTAS PRIMIGESTAS	115 ALTAS INTEGRALES	75%
ALTAS MULTIPARAS	109 ALTAS INTEGRALES	25%
ALTAS DE 60 AÑOS	117 ALTAS INTEGRALES	75% estimado por exigencia del servicio de salud
ALTAS DE 65 AÑOS Y MÁS	85 ALTAS	5% estimado según población del cesfam
ALTAS POSTA RUCAPEQUEN	11 DE 6 AÑOS 15 DE 12 AÑOS 36 EMBARAZADAS	
ALTAS POSTA NEBUCO	6 DE 6 AÑOS 4 DE 12 AÑOS 16 DE EMBARAZADAS	

Proyecciones estimadas según población asignada por el servicio de salud programación 2011.

PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

El Programa de Salud del Adolescente está orientado a los adolescentes de 10 a 19 años insertos en un contexto familiar y comunitario, y que tiene como propósito contribuir al máximo estado de bienestar psicosocial de los y las adolescentes, apoyado en los principios de Equidad, Autonomía, Confidencialidad, Integralidad, Universalidad, Intersectorialidad, Participación, Flexibilidad y Fortalecimiento Familiar.

OBJETIVO GENERAL

Poner al alcance de los y las adolescentes Espacios y Servicios adecuados para acoger sus necesidades en salud y responder a ellas en forma integral y con calidad, tanto en el ámbito promocional-preventivo como recuperativo.

CANASTA DE PRESTACIONES

- Examen de Salud Preventivo del y la Adolescente
- Control de Salud Integral del y la Adolescente
- Consejerías en temas de SSR, Tabaquismo, Mal Nutrición y Salud Mental principalmente.
- Control de Regulación de Fertilidad
- Control y tratamiento de Adolescentes con problemas crónicos de salud. (Asma., Malnutrición, Depresión, Epilepsia, HTA, Diabetes, Otros)
- Tratamiento de adolescentes con Problemas de Abuso y / o Dependencia de Alcohol y Drogas.

PRESTACIONES AÑO 2010	
Realización de diagnostico participativo con adolescentes de la comunidad	
Realización de espacios para el intercambio de información con adolescentes	
Jornada adolescente de acercamiento y difusión de prestaciones de salud	
Aplicación de evaluación de salud integral del adolescente	20
Conserjería de salud sexual y reproductiva	388
Conserjería de estilos de vida saludable	55
Conserjería vih	261
Ingreso dental de adolescentes	420
Atención prenatal de las adolescentes dentro del programa chcc	54
Ingresos de regulación de la fertilidad de adolescentes	96
Ingresos de salud mental de adolescentes	70
Programa de alcohol y drogas, adolescentes con intervención preventiva y terapéutica	12
Ingresos de sala ira, era	24
Adolescentes intervenidos a través de educación	115

PROYECCION AÑO 2011

Como equipo del Programa Adolescente nuestras líneas programáticas se dirigen a una mayor sistematización de actividades con la comunidad, en sus propios espacios de tal forma de principalmente:

- Promover la participación Juvenil, con un enfoque de derechos, integrándolo a las acciones del sistema de salud, desarrollando en conjunto con los jóvenes, sus familias y comunidades, actividades de Promoción y Prevención en salud.
- Contribuir a la gestión y coordinación de acciones intersectoriales y comunitarias en el ámbito de la promoción y prevención de salud del adolescente
- Abordar las dificultades de acceso de la población adolescente a los programas preventivos-promociónales y recuperativos de la salud.
- Desarrollar servicios en salud adecuados a las características y necesidades en salud de los y las adolescentes.
- Proporcionar una atención en Salud Integral, con enfoque anticipatorio, familiar y comunitario a nivel de la red asistencial

Asimismo cabe destacar que todo este abordaje estará guiado por la propia comunidad adolescente a través de los temas que ellos elijan como prioritarios, a través del diagnostico participativo.

- Disponibilidad de vivienda y alimentos, ambientales sociales económicos saludables.
- La prevención y el control de riesgos derivados del proceso de desarrollo mismo.
- Contaminación por productos y sustancias toxicas y químicas peligrosas.
- Polución sonora.
- Contaminación del aire.
- Contaminación radioactiva.
- Deforestación.

Programa de Salud Ambiental

La misión del programa de Salud Ambiental es minimizar y/o controlar la exposición de la población general a factores de riesgo ambientales que dañen, y/o afecten la salud de dicha población.

Estrategias de Atención Primaria ambiental

En el contexto de la salud, el desarrollo ambiental sostenible implica.

- Abastecimiento de agua seguro.
- Eliminación sanitaria de las excretas, de aguas servidas y de los residuos sólidos.
- Disponibilidad de vivienda y alimentos, ambientales asóciales económicos saludables
- La prevención y el control de riesgos derivados del proceso de desarrollo mismo.
- Contaminación por productos y sustancias toxicas y químicas peligrosas.
- Polución sonora.
- Contaminación del aire.
- Contaminación radioactiva.
- Deforestación.
- Descontrol de los vectores que aumenta la incidencia de enfermedades ligadas a factores ambientales.

El programa de salud ambiental se coordina y desarrollo en el contexto de los objetivos de la promoción de la Salud que son los siguientes:

- Detección la explosión de los factores
- Desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial ambiental.
- Fortalecer los procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales
- Reforzar el rol regulados del Estado sobre las condiciones de la salud; alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales, factores protectores ambientales.

PROGRAMACION DE SALUD AMBIENTAL A NIVEL PRIMARIO AÑO 2011

AREA TEMATICA	Número de actividades Programadas 2010	Beneficiarios Directos	Profesional Responsable	Nº horas anuales	Indicadores de Evaluación
Actividad de promoción en salud ambiental (actividades educativas, talleres, actividad de difusión, campañas u otras).	**AGUA:** 1.- Nº 2 Educaciones Nº 1 Difusiones 2.- N° 2 Capacitación y N° 1 Difusión a Comités y/u Operadores de APR (agua potable rural). **ALIMENTOS:** 1.-Nº 1 Difusiones, de Etiquetado Nutricional Obligatorio de Alimentos (ENOA), realizadas a establecimientos de alimentos. 2.- Nº2 Educación y Nº1 Difusiones, de Etiquetado Nutricional Obligatorio de Alimentos (ENOA), realizadas a la comunidad usuaria. 3.-Nº 4 Educaciones y Nº 1 Difusiones en Higiene de Alimentos. **HEPATITIS:**	JJ.VV Rurales JJ.VV Rurales Supermercado JJ.VV Escuelas urbanas y rurales Radio Escuela urbanas y rurales	SEREMI, Enc. APA SEREMI, Enc. APA Gestión U. Bio Bio Nutricionista SEREMI y Nutricionista Nutricionista Enfermera	4 2 4 2 2 4 2 8 2 4 4	1.- Nº de actividades educativas por área temática (2)/ total de actividades educativas por área temática * 100 2.- N°de Capacitaciones (2) y difusiones realizadas (1) / N°de Capacitaciones y difusiones programadas. 1.- Nº de difusiones programadas (1)/ Nº difusiones realizadas. 2.- Nº de educaciones programadas (2) y difusiones (1)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 3.-Nº de educaciones programadas (4) y difusiones (1)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 1.-Nº de educaciones programadas (2) y difusiones (2)/ Nº educaciones y

	1.-Nº 2 Educaciones y Nº 2 Difusiones y/ó Paneles	CESFAM		4	difusiones realizadas.
	COLERA: 1.-Nº 2 Paneles Nº 2 Difusiones y/ó Paneles	CESFAM	Enfermera	4	1.-Nº de paneles (2) y difusiones (2)/ Nº educaciones y difusiones realizadas.
	BASURAS: 1.- Nº 2 Educación y Nº 2 Difusiones, sobre tipos de basuras, adecuado almacenamiento y Reciclaje de estas. 2.- Nº 1 Sitios de Disposición Final Municipal, con dirección.	Escuelas urbanas y rurales	Enc.APA y SEREMI Enc.APA y SEREMI	4 4	1.-Nº de educaciones programadas (2) y difusiones (2)/ Nº educaciones y difusiones realizadas.
	EXCRETAS : 1.- Nº 2 Educación y Nº 2 Difusiones, de manejo de excretas.	Posta Rurales Postas rurales	Enc.APA y SEREMI Enfermera	 4 4	1.-Nº de educaciones programadas (2) y difusiones (2)/ Nº educaciones y difusiones realizadas.
	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL : 1.- Nº 3 Educaciones y Nº Difusiones ,en temas de residuos sólidos, líquidos contaminación acústica, atmosférica y otros. 2.- Nº 2 Educaciones y	Consejo de Desarrollo Escuela padres y apoderados JJ.VV y Escuelas Padres y apoderados	CONAF CONAF	 6 2 4 2	1.-Nº de educaciones programadas (3) y difusiones (1)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 2.-Nº de educaciones programadas (2) y difusiones (1)/ Nº educaciones y difusiones realizadas.

	Nº 1 Difusiones en Uso eficiente de Leña.-	Consejo de desarrollo y Comité municipal de drogas Escuelas urbanas y rurales. Cámara de comercio Chillán Viejo JJ.VV, Escuelas Padres y apoderados. CESFAM JJ.VV, Escuelas Alumnos Población en general	SEREMI Y Kinesióloga Enc. APA y Kinesióloga Enc. APA y Kinesióloga SEREMI y Kinesióloga Enc. APA, SEREMI Enc. APA, SEREMI U. de Concepción Comité Paritario Bomberos Carabineros	4 4 4 4 4 2 2 2 12 4 4 12 4 8	
	Ley 19.419 del Tabaco: 1.- Nº 2 Educaciones y Nº 2 Difusiones a la comunidad en general. 2.- Nº 2 Educaciones y Nº 2 Difusiones a docentes, padres y alumnos de Est. Educ. 3.- Nº 1 Educaciones y Nº 1 Difusiones a dueños y administradores de locales de alimentos. **ZOONOSIS :** 1.- Nº 6 Educación, Nº 2 Difusión Nº 2 Paneles educativos de Prevención Hanta. **Tenencia Responsable de Mascotas :** 1.- Nº 6 Educaciones y N° 2 Difusiones. **EMERGENCIAS** 1.- Nº 1 Operativos				1.-Nº de educaciones programadas (2) y difusiones (2)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 2.-Nº de educaciones programadas (2) y difusiones (2)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 3.-Nº de educaciones programadas (1) y difusiones (1)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 1.- Nº de educaciones programadas (6) y difusiones (2)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 1.-Nº de educaciones programadas (6) y difusiones (2)/ Nº educaciones y difusiones realizadas.

	Emergencia. **S. OCUPACIOPAL:** 1.- N° 1 Educaciones y N° 1 Difusiones Ley Nº 16.744 y otros temas en Salud Ocupacional. **PROYECTOS:** 1.- N° 2 Proyectos con establecimientos Promotores de Salud.	Personal del CESFAM Población en General	Enc. Emergencia ACHS y APA Enc. APA	2 2 4	1.-Nº Operativos Emergencia programadas (1)/ Nº Operativos Emergencia realizados. 1.- Nº de educaciones programadas (1) y difusiones (1)/ Nº educaciones y difusiones realizadas. 1.- N° Proyectos con establecimientos Promotores de Salud (2)/ Nº de Proyectos con establecimientos Promotores de Salud realizadas.

Actividades administrativas en Salud Ambiental.	1. N°5 Reuniones APAs 2011 2. N°2 Reuniones con Alcalde y Consejales. 3. N° 2 Reuniones con Autoridades locales PLADECO 4. N° 1 Proyectos con PLADECO 5. N°1 Taller de Actualización Ambiental 6. N° 2 Reuniones de Evaluación Interna. 7. Nº 2 Evaluaciones e informes realizados por Salud Ambiental. 8. .- Confección de material educativo y distribución. N° Dípticos. N° Otros	Encargados APAs Consejo Comunal PLADECO PLADECO Encargados APA Reuniones Técnicas Autoridad sanitaria Comunidad	Autoridad sanitaria Encargados APA Encargados APA Encargados APA Autoridad sanitaria Encargados APA Encargado APA Encargado APA	40 4 4 4 4 8 8 10	1.- Nº de reuniones asistidas (5) / Nº reuniones programadas. 2.- Nº de reuniones asistidas (2) / Nº reuniones programadas. 3.- Nº de reuniones asistidas (2) / Nº reuniones programadas. 4. Nº de reuniones asistidas (1) / Nº reuniones programadas. 5.- Nº de talleres realizados (1)/ Nº de talleres programados. 6.- Nº de evaluaciones realizadas (2) / evaluaciones programadas. 7.- Nº de evaluaciones de informes (2)/Nº de evaluaciones de informes realizadas. 8.- Nº de cartillas distribuidas, beneficiarios y lugar.
		Total Horas	Enfermera	20	
			Kinesiólogo	20	
			Asistente Social	142	
			Nutricionista	18	
			Total	200aprox	

OBSERVACIONES: Hay que destacar que en la mayoría de las actividades se necesitara asesoramiento de diferentes instituciones, como; SEREMI de Salud, Universidad de Concepción, Universidad del Bio Bio, ACHS y CONAF entre otros, donde la Encargada de Salud Ambiental cumple con el rol de realizar los coordinaciones respectivas.

Otras actividades que se han realizado la comuna años 2009-2010.

- Campaña de desgarrapatizacion, donde se ha trabajado con las Juntas vecinales organizadas aportando recursos del Sector salud, población y Municipio. Cada junta de vecinos identifica la cantidad de canes que posee su unidad y se coordina la compra de insumos asesorado por la SEREMI de Salud.

- Se han realizado panes informativos en el Centro de Salud respecto a temas de Salud Ambiental, al etiquetado nutricional, hepatitis, higiene de los alimentos y ley del tabaco.

- Forestalización, se comenzó durante este año a trabajar en la forestalización de árboles nativos con propiedades medicinales en conjunto con las Juntas vecinales.

- Educaciones, se realizó capacitación sobre la ley del tabaco a la Comisión Comunal de drogas que coordina el CONACE.

- Campaña de desratización, en la cual se identificó l JJ. VV con problemas de ratas, y cada Junta de Vecinal se preocupó de realizar un catastro con los sectores con mayor problema.

- Difusión programa de Salud Ambiental en reunión de Consejo de Desarrollo.

CARTERA DE SERVICIO APS
2011

I. PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO

1. Control de salud del niño sano
2. Evaluación del desarrollo psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control de lactancia materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta nutricional
7. Consulta de morbilidad
8. Control de enfermedades crónicas
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
10. Consulta kinésica
11. Consulta de salud mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio

II. PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

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

III. PROGRAMA DE LA MUJER

30. Control prenatal
31. Control de puerperio
32. Control de regulación de fecundidad
33. Consejería en salud sexual y reproductiva
34. Control ginecológico preventivo
35. Educación grupal
36. Consulta morbilidad obstétrica
37. Consulta morbilidad ginecológica
38. Consulta nutricional
39. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
40. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre

IV. PROGRAMA DEL ADULTO

41. Consulta de morbilidad
42. Consulta y control de enfermedades crónicas
43. Consulta nutricional
44. Control de salud
45. Intervención psicosocial
46. Consulta y/o consejería de salud mental
47. Educación grupal
48. Atención a domicilio
49. Atención podología a pacientes con pie diabético
50. Curación de Pie diabético
51. Intervención Grupal de Actividad Física

V. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

52. Consulta de morbilidad
53. Consulta y control de enfermedades crónicas
54. Consulta nutricional
55. Control de salud
56. Intervención psicosocial

57. Consulta de salud mental
58. Educación grupal
59. Consulta kinésica
60. Vacunación antiinfluenza
61. Atención a domicilio
62. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
63. Atención podología a pacientes con pie diabético
64. Curación de Pie Diabético

VI. PROGRAMA DE SALUD ORAL

65. Examen de salud
66. Educación grupal
67. Urgencias
68. Exodoncias
69. Destartraje y pulido coronario
70. Obturaciones temporales y definitivas
71. Aplicación sellantes
72. Pulpotomías
73. Barniz de Flúor
74. Endodoncia
75. Rayos X dental

VII. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

76. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.

77. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

78. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.

79. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.

80. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.

81. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.

82. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico

83. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.

84. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.

85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.

86. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada

87. Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria

VIII.- ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS QUE RIGEN DESDE JULIO 2010

1.- Epilepsia no refractaria en mayores de 15 años

2.- Asma Bronquial en mayores de 15 años

3.- Enfermedad de Parkinson

4.- Artritis idiomática Juvenil

5.-Prevención Secundaria Enfermedad Renal Crónica

6.- Displasia Laxante de Caderas

7.- Salud Oral Integral de la Embarazada

8.- Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente

9.- Hepatitis Crónica por Virus B

10.- Hepatitis Crónica por Virus C

IX. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS.

88. Educación grupal ambiental
89. Consejería familiar
90. Visita domiciliaria integral
91. Consulta social
92. Tratamiento y curaciones
93. Extensión Horaria
94. Intervención Familiar Psicosocial
95. Diagnóstico y control de la TBC

En el nivel local, se ha dado inicio al trabajo con un enfoque Holistico de la Salud, para lo cual hemos iniciado un trabajo desde el programa de Salud Mental Integral, con la incorporación de un Fitoterapeuta así como una Terapeuta Floral y de Reiki. Lo que se busca es sensibilizar al equipo de Salud y motivarlo a abrirse a nuevas prácticas. De esta manera nos iremos acercando más a la gente y conoceremos sus necesidades reales, mas profundas. Es así como los nuevos programas permiten incorporar Recursos Humano capacitado con experiencia y especificidades determinadas y desde esa perspectiva se han implementado y se implementaran nuevas técnicas (Acupuntura) y talleres tanto en el ámbito de la Salud Mental, Como en el Chile crece Contigo, Promoción y otros (Discapacidad, A Mayor , Jóvenes).

El trabajo arriba mencionado se pretende impulsar con recursos de los diversos convenios firmados con el SSÑ, principalmente los que dicen relación con incorporación de RRHH, así como CON RECURSOS PROPIOS.

CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACION INFANTIL

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Contribuir al crecimiento y desarrollo biopsicosocial de los niños	Entregar a los padres las herramientas que le permitan fortalecer el cuidado y desarrollo integral de los niños	Realizar tallares educacionales en un 40% a los padres de los menores de un año, en normas de crianza	Nº de padres que asisten a taller menores de un año/ Nº total de niños bajo control.
		Realizar tallares educacionales en un 40% a los padres de los niños mayores de un año, en normas de crianza	Nº de padres que asisten a taller menores de un año/ Nº total de niños bajo control
	Identificar factores de Protección y/o de riesgo biopsicosocial que puedan influir en el desarrollo integral de los menores	Aplicar pautas de evaluación de riesgo de IRA al 100% de los menores de 6 meses que estén bajo control.	Revisión de tarjetas de control de salud Infantil
		Efectuar visitas domiciliarias al 100%	Nº de visitas domiciliarias realizadas/ Nº de niños

		de los menores que estén con riesgo de IRA grave	clasificados en riesgo de IRA grave.
		Realizar Visitas domiciliara integral a los RN prematuros con peso menor de 1500 y/o menores de 32 semanas de gestación antes del alta	Nº de VDI a las familias de RN prematuros prematuros con peso menor de 1500 y/o menores de 32 semanas antes del alta / Nº total de RN prematuros con peso menor de 1500 grs. y/o 32 semanas de gestación.
		Realizar VDI al 50% de los menores de un año en situación de riesgo biopsicosocial	Nº de VDI realizadas en los menores de un año en riesgo biopsicosocial / Nº de niños menores de un año identificados en riesgo biopsicosocial.
		Entregara al 80% de los padres que	% de padres menores de un año que reciben guía

		asisten al control salud infantil guías anticipatorias de accidentes a los menores de 4 y 8 meses	anticipatoria de accidente a los 4 y 8 meses.
	Detectar en forma oportuna la desvinculación afectiva de la madre hacia el menor	Aplicar escala de Edimburgo al 100% de los menores de 2 y 6 meses que estén bajo control	Nº de pautas aplicados a los menores de 2 y 6 meses / Nº de niños de 2 y 6 meses bajo control.
		Aplicar escala de massie Campbell a los menores de 4 y 12 meses, a través del profesional capacitado	Nº de pautas aplicados a los menores de 4 y 12 meses / Nº de niños de 4 y 12 meses bajo control.
		Realizar el 80% EDSM a los menores de 8 meses.	Nº de EDSM realizados a los 8 meses / Nº de Niños de 8 meses bajo control.
		Realizar el 90 % EDSM a los menores entre 15 a 21 meses	Nº de EDSM realizados a los menores de 15 a 21 meses / Nº de Niños de 15 meses a 21 meses bajo control.

		Aplicar TEPSI al 80% de los niños de 3 años que están bajo control.	Nº de TEPSI realizados a los preescolares de 3 años / Nº de niños de 3 años que están bajo control.
		Aplicar pauta breve al 80% de los menores de 10, 12, 15,21y 24 meses que están bajo control	Nº de pautas breves aplicadas en los menores de 10, 12, 15, 21 y 24 meses / Nº de menores 10, 12, 15, 21 y 24 meses que están bajo control.
Intervenir en forma positiva en el desarrollo Psicomotor de los menores detectados en déficit.	Recuperar a aquellos menores detectados con déficit en el EDSM	Recuperar al 80% de los menores que presenten Déficit en el desarrollo psicomotor Que el 80% de los menores detectados con déficit EDSM asistan a la sala de estimulación del centro de salud. Educar a los padres de los menores con déficit DSM en pautas de estimulación del DSM	Nº de niños recuperados /Nº de niños clasificados en déficit del desarrollo psicomotor. Nº de niños que asisten a la sala de estimulación / Nº de niños con déficit en el desarrollo psicomotor. Nº de padres que asisten a talleres de estimulación del menor / Nº de niños detectados con Déficit en el DSM

Lactancia Materna	Mantener Coberturas de lactancia materna de acuerdo al parámetro nacional	Que el 60% de los menores de 6 meses se encuentren con LME El 80% de las madres de los menores de 3 meses asistan a control por lactancia materna	Nº de niños/as menores de 6 meses que estén con LME / Nº total de niños/as de 6 meses bajo control. .Nº de madres de asisten a control a los 3 meses con profesional nutricionista / Nº de niños de 3 meses que están bajo control.
Estado Nutricional	Disminuir la obesidad infantil en los menores de 6 años	Consulta Nutricional del Niño sano al 100% de los niños de 5 meses y 3,6 años Disminuir o mantener la prevalencia nacional de Obesidad a nivel nacional	Nº de niños que asisten a consulta Nutricional a los 5 meses y 3.6 años / Nº de niños/as de 5 meses y 3.6 años que están bajo control Nº de niños/as menores de 6 años diagnósticos como obesos / Nº total de niños/as menores de 6 años bajo control.
Vigilar calendario de vacunación.	Inmunizar a los menores de 5 años de acuerdo a los normativas establecidas por el PAI	Que el 90% de los menores de 6 meses se encuentren con su tercera dosis de	Nº de niños vacunados con la tercera dosis de polio y pentavalente / Nº de niños/as de 6 meses bajo control

		pentavalente y polio.	
		Mantener coberturas de inmunización de acuerdo a lo establecido por el MINSAL	Nº de niños/as inmunizados / Nº de niños bajo control que les corresponde la inmunización.
Salud Bucal En Preescolares	Prevenir y mejorar la salud bucal de los Preescolares mediante acciones preventivas y recuperativos de las patologías bucales	20% de cobertura en altas odontológicas en los niños de 2 años.	Nº de niños de 2 años con alta odontológicas/ Nº total de niños de 2 años bajo control.
		30% de cobertura en altas del niño de 4 años.	Nº de niños de 4 años con alta odontológicas / Nº total de niños de 4 años bajo control

CUIDADO DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES 2009

TEMARIO	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Atención amigable de adolescentes en APS, de acuerdo a condiciones locales.	Promover el control de salud de los adolescentes de 15 a 19 años beneficiarios del centro de salud	Aumentar el 2% de adolescentes de 15 a 19 años beneficiarios que se realizan controles de Salud del Adolescente	Nº de adolescentes de 15 a 19 años que se realizan controles de salud adolescente / Nº de adolescentes de 15 a 19 años beneficiarios del centro de salud * 100
	Promover el control de salud de las y los adolescentes de 10 a 14 años beneficiarios del centro de salud	Aumentar el 2% de adolescentes de 10 a 14 años beneficiarios que se realizan controles de Salud del Adolescente	Nº de adolescentes de 10 a 14 años que se realizan controles de salud adolescente / Nº de adolescentes de 10 a 14 años beneficiarios del centro de salud * 100
Salud sexual y Reproductiva	Disminuir los embarazos no planificados de 15 a 19 años	10 % de disminución de las adolescentes de 15 a 19 años con embarazos no planificados del total de las adolescentes de 15 a 19 años beneficiarias embarazadas.	N º de adolescentes de 15 a 19 años con embarazo no planificado / N º de adolescentes de 15 a 19 años embarazadas * 100
	Promover una sexualidad sana y responsable en la población adolescente	Realizar al 10 % de los adolescentes de ambos sexos menores de 19 años	N º de las y los adolescentes de 10 a 19 años que reciben

	beneficiaria	Consejería en SSR del total de adolescentes beneficiarios (as) menores de 19 años.	Consejería en SSR para prevenir embarazo no planificado

TEMA	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
	Reducir el numero de madres adolescentes que presentan un nuevo embarazo	Ingreso del 90 % de las puérperas adolescentes menores de 19 años sexualmente activas al programa de regulación fertilidad	Puérperas adolescentes sexualmente activas bajo control en programas de regulación de fertilidad / Nº total de puérperas adolescentes por año * 100
Salud Bucal en Escolares de 12 años	Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar	Alcanzar el 65 % de cobertura de altas odontológicas en adolescentes de 12 años inscritos	N º de altas odontológicas en adolescentes de 12 años / población inscrita o beneficiarias de adolescentes de 12 años * 100
Consumo de alcohol y drogas (riesgo, perjudicial y Dependencia)	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a los y las adolescentes con consumo en riesgo de alcohol o drogas.	100 % de los y las adolescentes entre 10 y 19 años inscritos y detectados con consumo en riesgo de alcohol o drogas reciben intervención preventiva o terapéutica según corresponda	Nº de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos y detectados con consumo en riesgo de alcohol o drogas que reciben tratamiento integral o son derivados / Nº total de adolescentes entre 10y 19 años inscritos * 100
	Aumentar cobertura de pesquisa	10% de la prevalencia Estimada es pesquisada y	Nº de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos,

	de consumo en riesgo de alcohol u otras drogas en adolescentes	diagnosticada (1.7% para consumo problemático de drogas y 1,4% para consumo problemático de alcohol)	estimada * 100 detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas / Total de Adolescentes entre 10 y 19 años inscritos con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas según prevalencia estimada * 100

TEMA	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
	Tratar oportunamente a los y las adolescentes con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y drogas	100% de los adolescentes detectados con consumo Perjudicial leve a moderado ingresan a plan ambulatorio básico (GES)	Nº de adolescentes menores de 10 a 19 años inscritos y detectados con consumo perjudicial leve a moderado que ingresan a plan ambulatorio básico / Nº total de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos detectados con consumo perjudicial leve a moderado * 100
Sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Detectar precozmente y referir en forma oportuna a los y las adolescentes con sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Derivación a especialidad del 100% de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos en los que se sospeche primer episodio de Esquizofrenia.	Nº adolescentes entre 15 y 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados / Total adolescentes entre 10 y 19 años inscritos *

			100
	Aumentar cobertura de pesquisa de primer Episodio de Esquizofrenia en adolescentes	90% de la prevalencia estimada es pesquisada y derivada a especialidad (1% en población de 15 años y más)	Nº de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos, detectados con sospecha Primer Episodio EQZ / Total de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos * 100
Trastornos nutricionales	Detectar, diagnosticar y derivar a los y las adolescentes cuando corresponda según norma	90% de adolescentes pesquisados son derivados, según norma	N°de adolescentes derivados / N°de adolescentes pesquisados * 100

TEMA	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR

Depresión	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a los y las adolescentes con Depresión (APS)	100% de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos y diagnosticados con depresión leve y moderada reciben tratamiento integral.	Nº adolescentes entre 15 y 19 inscritos y diagnosticados con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral / Total adolescentes entre 15 y 19 inscritos * 100
	Mantener cobertura de pesquisa de depresión en adolescentes (APS)	40% de la prevalencia estimada (10% para mujeres y 4% para hombres) es pesquisada y diagnosticada	Nº de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos, diagnosticados con depresión / Total de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos * 100
	Tratar oportuna e integralmente a los /las adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa (Atención Ambulatoria de Especialidad)	100% de los adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica	Nº de adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS que reciben tratamiento integral según guía clínica / Total de adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS * 100
	Tratar oportuna e integralmente a los adolescentes entre 10 y 14	100% de los adolescentes entre 10 y 14 años derivados de APS y con	Nº de adolescentes entre 10 y 14 años con depresión derivados desde APS que

	años con depresión	diagnóstico de depresión reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica	reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica / Total de adolescente entre 10 y 14 con depresión derivados desde APS * 100

TEMA	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Salud cardiovascular Reducir la morbilidad y las secuelas por patología cardiovascular.	Lograr niveles de compensación en pacientes adolescentes bajo control en el programa de salud cardiovascular	50 % de los adolescentes hipertensos de 15 a 19 años bajo control en PSCV alcanzan una presión arterial bajo 130/85 mmHg. 20% de los adolescentes diabéticos de 15 a 19 años bajo control en PSCV	Nº de adolescentes hipertensos de 15 a 19 años con PA bajo 130/85 mmHg. / Nº total de personas hipertensas de 15 a 19 años bajo control * 100 Nº de adolescentes diabéticos de 15 a 19 años con

		alcanzan una compensación de HbA1C<7 50% de los adolescentes con dislipidemia de 15 a 19 años normalizan sus niveles de colesterol total bajo 200 mg/dl	HbA1C<7/ Nº total de personas diabéticas de 15 a 19 años bajo control * 100 Nº de adolescentes dislipidémicos de 15 a 19 años con colesterol menor a 200 mg/dl / Nº total de personas dislipidémicas de 15 a 19 años bajo control * 100
	Consumo de tabaco: detectar , diagnósticas y realizar intervención de consejería antitabaco	80 % de los adolescentes detectados con consumo de tabaco recibirán consejería con estrategia motivacional al cambio	Nº de adolescentes detectados con consumo de tabaco que reciben consejería en tabaco / Nº total de adolescentes detectados con consumo de tabaco * 100
Trabajo	Establecer y/o	Establecer una	Actividades

intersectorial con y para adolescentes	mejorar coordinación intersectorial con los adolescentes entre 10 a 19 años, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida y promover estilos de vida saludable.	coordinación intersectorial efectiva entre adolescentes, comunidad y CESFAM a través de mesas de trabajo con jóvenes.	intersectoriales realizadas / actividades intersectoriales planificadas.

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Patología prevalerte.	Detección de Factores de riesgo o patologías en una etapa temprana del curso de la enfermedad para intervenir con medidas preventivas.	15% anual cobertura EMPA en la población inscrita o beneficiaria asignada de 20 a 64 años.	Nº de EMPA vigente en la población de 20-64/Total de la población inscrita o beneficiaria asignada de 20 a 64 años (menos) población bajo control en PSCV. X100

		15% anual de cobertura EMPA en varones de 20 a 64 años inscritos.	Nº de EMPA vigente en varones de 20-64 años/ total de EMPA en varones vigentes en población inscrita o beneficiaria asignada de 20 a 64 años (menos) población en control PSCV. X 100
		15% anual de cobertura EMPA en mujeres de 20 a 64 años inscritas	Nº de mujeres con control ginecológico al día con EMPA vigente/ Nº total de mujeres con control ginecológico al día. X100.
Salud Cardiovascular: Reducir la morbimortalidad y las secuelas por	Mantener o mejorar las coberturas de control patologías crónicas	37% de cobertura de varones de 20 a 64 años bajo control en PSCV.	Nº de varones de 20 a 64 años bajo control en PSCV/ Nº total de personas de 20 a 64 años bajo

patologías cardiovasculares a través de la pesquisa temprana, coberturas adecuadas de control y educación a la población.	cardiovasculares.	55% cobertura Hipertensión, según prevalencia estimada de 15,7% en personas de 15 a 64 años.	control en PSCV. X 100 Nº de personas Hipertensas bajo control de 15 y más años/ Nº total de población hipertensas de 15 a 64 años estimada hipertensa según pervalencia. X100.
		35% de cobertura en diabetes según prevalencia estimada de 9,4% en personas de 15 a 64 años.	Nº de personas diabéticas bajo control de 15 y más años/ total de población diabética de 15 a 64 años estimada diabetes según prevalencia. X100

	Lograr niveles crecientes de compensación y control de los factores de riesgo.	55% de las personas hipertensas de 15 a 64 años bajo control en PSCV alcanzan una presión arterial bajo 130/85mmHg.	Nº de personas hipertensas de 15 a 64 años con PA bajo 130/85mmHg/Nº total de personas hipertensas de 15 a 64 años bajo control. X100
		33% de las personas diabéticas de 15 a 64 años bajo control en PSCV alcanzan un compensación con HbA1c < 7.	Nº de personas diabéticas de 15 a 64 años con HbA1c <7/ Nº total de personas diabéticas de 15 a 64 años bajo control. X100.
		35% de personas con Hipercolesterolemia de 15 a 64 años normalizan sus niveles de colesterol total, bajo 200mg/dl.	Nº de personas de 15 a 65 años con control menor de 200mg/dl /Nº de personas de 15 a 64 años con hipercolesterolemia bajo control. X100

	Reducir el porcentaje de pacientes amputados por úlceras de pie diabético.	100% de las personas bajo control con ulceras activas de pie diabético en PSCV reciben manejo avanzado de heridas.	Nº de personas diabéticas con ulcera activas en pies diabéticos bajo control en PSCV tratados con manejo avanzado de heridas/ Nº total de personas diabéticas con ulceras activas de pie diabético bajo control en PSCV. X100.
	Mejorar la calidad de la atención de los pacientes diabéticos.	Al 100% de las personas con diabetes nuevas que ingresan al PSCV y a 20% de los pacientes antiguos bajo control, se les realiza un control de calidad de la atención médica con el instrumento Qualisoft,	Nº de personas con diabetes ingresados al PSCV evaluados con el instrumento Qualisoft/ Nº total de personas ingresadas al PSCV. X100.
			Nº de personas

			con diabetes bajo control en PSCV evaluados con el instrumento Qualisoft/ Nº total de pacientes bajo control PSCV. X100.
Tuberculosis	Localización de casos.	1,5 % más de pesquisa de TBC que el promedio en los últimos 3 años.	Nº de Baciloscopías realizadas año 2008/Nº promedio baciloscopías realizadas los últimos 3 años. X100.
	Eficiencia del tratamiento	>85% casos curados	Nº de casos curados/Nº de casos ingresados a la cohorte. X100.

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Funcionalidad	Mantener la evaluación funcional del adulto mayor para identificar factores de riesgo mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones.	65% de los adultos mayores con control de salud anual y el 25% sea autovalente. 65% de los adultos mayores con autovalencia mantenida.	Nº de Adultos mayores con control de salud anual/Nº total de adultos mayores inscritos. X100 Nº de adultos mayores autovalentes/Nº total de Adultos mayores con control de salud anual al día. X 100
Salud Cardiovascular: Reducir la morbilidad y las secuelas por patologías cardiovascular a través de la pesquisa temprana,	Mantener o mejorar coberturas de control de patologías crónicas cardiovascular.	83% cobertura hipertensión según prevalencia estimada de 64,3% en personas de 65 y más años. Mantener una cobertura en diabetes	Nº de personas hipertensas bajo control de 65 y más años/Nº total de población hipertensas de 65 y más años según prevalencia. X 100 Nº de personas bajo

coberturas adecuadas de control y educación a la población.		de al menos 95% según prevalencia estimada de 15,2 % en personas de 65 y más años.	control de 65 y más años/Nº total de población diabética de 65 y más años estimada según prevalencia. X 100
	Lograr niveles crecientes de compensación y control de los factores de riesgo.	45% de las personas hipertensas de 65 y más años bajo control en PSCV alcanzan una presión arterial bajo 130/85mmHg	Nº de personas hipertensas de 65 y más años con PA bajo 130/85mmHg/Nº total personas hipertensas de 65 y más años bajo control. X 100
		33% de las personas diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV alcanzan valores de HbA1C < 7%	Nº de personas diabéticas de 65 y más años con niveles de HbA1C < 7%/ Nº total personas diabéticas de 65 y más años bajo control. X 100
		40% de las personas hipercolesterolemicas de 65 y más años bajo control alcanzan valores de colesterol total <200 mg/dl.	Nº de personas de 65 y más años con niveles de colesterol total <200 mg/dl/ Nº

			total personas hipercolesterolémicas de 65 y más años bajo control. X 100.
Estado Nutricional	Asegurar el acceso periódico a la Crema de Años Dorados y la Bebida Láctea de los adultos mayores de 65 años y más pertenecientes a Chile solidario.	>80% de los adultos mayores de 65 años y más pertenecientes a Chile Solidario retira crema años dorados y bebida láctea.	Nº de adultos mayores de 65 años y más pertenecientes a Chile Solidario retiran PACAM/ Nº total de adultos mayores de 65 años y más pertenecientes a Chile Solidario. X 100.
Atención domiciliaria	Reforzar el apoyo y capacitación a los cuidadores de adultos mayores con dependencia severa.	100% de cuidadores de adultos mayores con dependencia severa apoyados y capacitados.	Nº de cuidadores de adultos mayores con dependencia severa apoyados y capacitados/ Nº total de adultos mayores con dependencia severa. X 100
Entrega de Lentes para presbicia pura.	Asegurar la entrega oportuna a todo	El 100% de los pacientes adultos mayores de 65 años	Nº de adultos mayores de 65 años y más con presbicia

	adulto mayor de 65 años y más con presbicia pura.	y más con presbicia pura recibe lente (+3)	pura que recibe lente(+3)/ Nº total de adultos mayores de 65 años y más con presbicia pura. X 100
Entrega de Ortesis	Asegurar el acceso de la población adulto mayor de 65 años y más que lo requiera a algún tipo de órtesis según corresponda.	El 100% de los adultos mayores de 65 años y más que requiere uso de órtesis las recibe.	Nº de adultos mayores de 65 años y más que recibe algún tipo de órtesis/ Nº total adultos mayores de 65 años y más que requiere órtesis. X 100

CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER CESFAM DR. FEDERICO PUGA BORNE, CHILLAN VIEJO.

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Salud Sexual y reproductiva (conducta sexual)	Favorecer la toma de decisiones informada en salud sexual y reproductiva	100% de personas que soliciten servicios de regulación de la fertilidad, reciben conserjería en salud sexual y reproductiva Derivar a consejería PRE y POST TEST al 100% de las personas que solicitan el test de Elisa para VIH:	Nª de personas que reciben conserjería en salud sexual y reproductiva /Nª total de personas que soliciten servicios de regulación de la fertilidad *100 (REM 01-Indicador local) Nº de consultas que reciben conserjería PRE y POST TEST para VIH/ Nª total de personas que solicitan al test de Elisa *100. (rem19-indicador local)

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
		Establecer el plan de atención personalizada 100% de las primigestas con ingreso precoz (programa Chile Crece Contigo) Aumentar el intereso prenatal antes de las 10 semanas de gestación	Nª de primigestas que ingresan a control prenatal con plan de intervención personalizado / Nª total de primigestas que interesa a control prenatal*100. (Registro local-auditoria de fichas). Nº de mujeres que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación. Nª total de mujeres que ingresan a control prenatal *100.(rem01)..

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Atención personalizada en el proceso reproductivo	Favorecer el acompañamiento por pareja u otro acompañante en los controles prenatales, talleres educativos y ecografías, según decisión de la mujer	Aumentar en forma gradual el control prenatal con acompañante	Nº de controles de embarazadas con acompañamiento en el control prenatal/Nº total de embarazadas en control*100 (rem01)
		Aumentar en forma gradual la participación de gestantes y su acompañante en actividades de educación grupal.	Nº de gestantes con acompañantes en actividades educativas año 2008(menos) Nº de gestantes con acompañantes en actividades educativas año 2007 / Nº total de gestantes con acompañantes en actividades educativas año 2008*100 (Registro local).
	Realizar educación grupal para aumentar	50% gestantes participan en	Nº de gestantes, parejas o

	capacidad de auto cuidado- preparación para el parto y la crianza en mujer pareja o acompañante en APS. Establecer un sistema de coordinación entre el nivel 1ª y 3ª para desarrollar el programa educativo a gestantes, pareja o acompañante en la maternidad.	talleres educativos sobre embarazo, parto, puerperio y crianza. El 50 % de la s Primigestas adolescentes participan en visitas guiadas al servicio de maternidad y reciben orientación en la participación durante el parto (realizadas por matronas de la maternidad).	acompañantes que asisten a talleres grupales / Nº total de gestantes bajo control * 100.(REM 27) Nº de gestantes, parejas o acompañantes que asisten a sesión educativas en la maternidad /Nº total total de gestantes Primigestas adolescentes bajo control *100 (REM 27)

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
	Manejo oportuno de las condiciones de riesgo Biopsicosocial del entorno personal y familiar Contribuir a la reducción de obesidad y enfermedades crónicas	Visita domiciliaria integral acordada al 90% de las gestantes con riesgo psicosocial y/o inasistentes a control. Visita domiciliaria integral acordada al 90% de las puérperas con riesgo psicosocial y/o inasistentes a control. 100% de las gestantes en riesgo psicosial derivadas por matrona a intervención con enfoque familiar por equipo de cabecera.	Nº de gestantes con riego Psicosocial y/o inasistentes con VDI realizada/Nº total gestantes en riesgo psicosocial e inasistentes a control*100(rem26). Nº de puérperas con riesgo psicosocial y/o inasistentes a control con VDI realizadas / Nª total de puérperas con riesgo psicosocial y/o inasistentes control*100(rem26) Nº de gestantes en riesgo psicosocial que reciben intervención con

			enfoque familiar por equipo de cabecera/Nª total de gestantes en riesgo psicosocial*100 (registro local)
	Control precoz de binomio (Puérpera y RN) en APS	100% de las puérperas y rn son atendidas antes de los 7 días de vida en centro de salud.	Nª de puérperas y recién nacido (díada), con control antes de los 7 días de vida/Nª total de puérperas *100 (rem01)
	Orientar en regulación de fertilidad a personas que soliciten anticoncepción de emergencia.	100% de mujeres que solicitan anticoncepción de emergencia reciben conserjería en salud sexual y regulación de fertilidad.	Nº de mujeres que solicitan anticoncepción de emergencia y reciben conserjería /Nº total mujeres que solicitan anticoncepción de emergencia*100 (registro local)

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Salud integral de la mujer adulta.	Enfoque integral del climaterio	Incrementar en un 5% el número de mujeres con	Nº de mujeres 45 a 64 años bajo control de climaterio año

		climaterio bajo control con enfoque integral	2008 (menos) Nº de mujeres 45 a 64 años bajo control de climaterio año 2007/ Nº total de mujeres 45 a 64 años bajo control de climaterio año 2008*100 (rem01)
Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad	Detener el aumento de malnutrición por exceso en puérperas	Mantener o disminuir el % promedio nacional de 58% de la población de mujeres con malnutrición por exceso (obesas mas sobrepeso) al control del 6º mes post parto.	Nº de mujeres obesas y con sobrepeso en el control del 6º mes post parto a dic. 2008 / nº total de mujeres en control al 6º mes post parto *100 (rem01).
Salud bucal de la mujer	.Recuperar la salud bucal de las Primigestas y no Primigestas.	Alcanzar a lo menos un 75% de cobertura en altas totales odontológicas integrales en primigestas bajo control Alcanzar a lo menos un 25% de cobertura en altas totales odontológicas	Nº de primigestas con alta totales odontológicas / Nº total de primigestas bajo control *100 (REM 9) Nº de NO primigestas con alta totales odontológicas

		integrales en embarazadas NO Primigestas	/ Nº total de NO primigestas bajo control *100 (REM 9)
TEMA/PRIORIDAD	**OBJETIVOS**	**METAS**	**INDICADOR**
Cáncer de mamas	**Reducción de la tasa de mortalidad estandarizada por edad en un 25% al 2010**	**Incrementar la cobertura de screening mamográfico a mujeres de 50 años y más años en un 25% el 2009**	**Nº de mujeres de 50 años o (*) años con Mamografía Vigente x 100 Total de mujeres de 50 años o (*) años (inscritas) (*)= dependerá del presupuesto 2009**
Cáncer Cervicouterino	**Aumentar la pesquisa precoz del cáncer Cervicouterino en los grupos de riesgo.**	**70% cobertura PAP vigente en mujeres de 25 a 64años inscritas, validadas o beneficiarias.**	**Nº mujeres de 25 a 64 años inscritas, validadas año 2009 con PAP vigente en los 3 últimos años / Nº total mujeres de 25- 64años inscritas validadas año 2009 *100. (rem12- citoexpert)**

PROGRAMA SALUD METAL

TEMA	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
DEPRESIÓN "GES"	Detectar, diagnosticar, tratar oportunamente y referir cuando corresponda a personas con depresión de 15 años y más.	Aumentar o mantener cobertura según año precedente.	Nº de personas con depresión, de 15 años y más diagnosticadas e ingresadas al Programa / Nº de personas esperadas según prevalencia.
		Personas con depresión severa derivadas al nivel secundario.	Nº de personas con depresión severa derivadas al nivel secundario / N° de personas diagnosticadas con depresión de 15 años y más.
		Demanda por depresión resuelta en el Programa	N° de personas con depresión, de 15 años y más, que terminan

			tratamiento / Total de personas con diagnóstico de depresión e ingresan a tratamiento de 15 años y más.
		Intervenciones comunitarias con agrupaciones de autoayuda	Nº de agrupaciones de autoayuda que reciben apoyo técnico desde el establecimiento para constituirse en red de apoyo psicosocial de mujeres que egresan del programa.
		Población ingresada al Programa Depresión que abandona tratamiento	N° de personas con depresión ingresadas al programa, que abandonan tratamiento / Total de personas con diagnóstico de depresión e ingresan a tratamiento
VIOLENCIA INTRA FAMILIAR (VIF)	Detectar, Diagnosticar y dar Tratamiento Integral a mujeres que sufren VIF.	Intervenciones comunitarias en Violencia Intrafamiliar con agrupaciones de autoayuda	Nº de agrupaciones de autoayuda que reciben apoyo técnico desde el establecimiento para constituirse en red de apoyo psicosocial de mujeres que viven VIF

	Derivar al nivel de especialidad a aquellas mujeres con diagnóstico de VIF que requieren de atención en este nivel.	Intervenciones comunitarias de prevención en Violencia Intrafamiliar con organizaciones de la comunidad.	Nº de organizaciones comunitarias que han recibido acciones de sensibilización y prevención de violencia intrafamiliar.
		Mujeres ingresadas a Programa tratamiento por Violencia Intrafamiliar.	Nº de mujeres de 15 y mas años con diagnostico de VIF e ingresadas a tratamiento / Total de Mujeres con diagnostico de VIF.
		Mujeres con VIF derivadas al nivel secundario.	N° de mujeres con diagnostico de VIF derivadas al nivel secundario/ Total de Mujeres con diagnostico de VIF e ingresadas al programa.
		Mujeres con VIF en Intervención Psicosocial Grupal.	Nº de mujeres con diagnóstico de VIF, ingresadas a intervención psicosocial / N° de mujeres con VIF diagnosticadas e

			ingresadas al programa.
		Demanda resuelta por Violencia Intrafamiliar.	Nº de mujeres tratadas por VIF con indicación de Alta/ N° de mujeres con VIF diagnosticadas e ingresadas al programa.
		Mujeres con VIF integradas a Red de Apoyo Psicosocial.	Nº de mujeres tratadas por VIF que se integran a la Red de Apoyo Psicosocial/ N° de mujeres con VIF diagnosticadas e ingresadas al Programa.
ALCOHOL Y DROGAS POBLACIÓN GENERAL	Detectar, Diagnosticar y dar Tratamiento Integral a personas afectadas por problemas asociados al consumo de alcohol y/o drogas, sea por propia	Intervenciones comunitarias en o con agrupaciones de autoayuda.	Nº de agrupaciones de autoayuda que reciben apoyo técnico desde el establecimiento para constituirse en red de apoyo psicosocial para el tratamiento y el seguimiento de las personas con consumo problema y dependencia de alcohol y drogas.
		Población ingresada	Nº de personas

	motivación, llevados por sus familiares o derivados desde escuelas o lugares de trabajo.	al programa Alcohol y Drogas.	mayores de 10 años ingresadas al programa/Nº de personas mayores de 10 años comprometidas año 2008.
		Población ingresada al programa con dependencia de alcohol o drogas	Nº de personas por grupo etáreo (de 10 a 19 y de 20 y más) diagnosticadas con dependencia /Nº de personas por grupo etáreo (de 10 a 19 y de 20 y más) ingresadas al programa.
		Población ingresada al programa y derivada al nivel secundario	Nº de personas por grupo etareo (de 10 a 19 y de 20 y más) diagnosticadas derivadas al nivel secundario/N° de personas por grupo etareo (de 10 a 19 y de 20 y más) ingresadas al programa.
		Población ingresada a Intervención Preventiva	Nº de personas ingresadas a intervención

			preventiva/N° de personas ingresadas al programa.
		Población que ingresa a Intervención Terapéutica.	Nº de personas que ingresan a intervención terapéutica/Nº de personas mayores de 10 años ingresadas al programa.
		Población que abandona la Intervención Terapéutica	Nº de personas que abandonan la intervención terapéutica/Nº de personas ingresadas a intervención terapéutica.
ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS "GES".	Detectar, Diagnosticar y dar Tratamiento Integral a personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependiente de alcohol y drogas que puedan	Población ingresada al GES Alcohol y Drogas	Nº de personas por grupo etareo (menores de 10 y de 10 a 19) ingresadas GES alcohol y drogas / Nº de personas por grupo etareo (menores de 10 y de 10 a 19 años) comprometidas a ingresar.
		Intervenciones comunitarias con Profesores de	Nº de establecimientos educacionales que reciben capacitación

	beneficiarse del Plan Ambulatorio Básico garantizado por el GES.	establecimientos educacionales padres	para sus profesores, por parte del establecimiento de salud, en prevención de problemas de salud mental de la población adolescente

PROGRAMA DE SALUD A DOMICILIO (ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE POSTRADOS)

Mejorar la calida de vida y el cuidado de las personas con dependencia severa y/o con pérdida de autonomía, y de su entorno familiar, apoyando particularmente a los cuidadores familiares.

TEMA/PRIORIDAD	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR
Intervenir en las necesidades biopsicosociales del paciente con dependencia severa y/o con pérdida de la autonomía y su entorno familiar	Disminuir la probabilidad y/o prevenir la aparición de ulceras por presión (upp)	Capacitar y reforzar en cuidados básicos de enfermería al 60% de los cuidadores de pacientes dependientes severos y/o con pérdida de autonomía del programa.	Nº de cuidadores o familias de pacientes dependientes severos y/o con pérdida de autonomía capacitados en cuidados básicos de enfermería en prevención de upp/ Nº total de cuidadores o familias de pacientes dependientes severos y/o con pérdida de autonomía. X 100 Nº de pacientes dependientes severos y/o con pérdida de autonomía que presentan upp/Nº de pacientes dependiente severos y/o con pérdida de autonomía. X 100

	Evitar complicaciones respiratorias del paciente dependiente severo y/o con pérdida de autonomía	Disminuir el riesgo de muerte por neumonía del paciente con dependencia severa y/o con pérdida de la autonomía.	Nº de pacientes dependientes severos y/o con pérdida de la autonomía que presentan síntomas atípicos de neumonía/Nº total de pacientes dependientes severos y/o con pérdida de la autonomía con neumonía confirmada. X 100. Nº de pacientes dependientes severos y/o con pérdida de autonomía vacunados/Nº total de pacientes dependientes y/o con pérdida de autonomía. X 100
		Mejorar la pesquisa precoz y oportuna de signos y síntomas de neumonía atípicos de estos pacientes.	Nº de cuidadores o familias de pacientes con dependencia severa y/o con pérdida de autonomía capacitados en IRA/ Nº total de cuidadores o familias de pacientes con

			dependencia severa y/o con pérdida de autonomía. X100
	Lograr que los pacientes dependientes severos y/o con pérdida de la autonomía secuelados por lesión neurológica accedan a plan de intervención personalizado.	El 80% de los pacientes con alguna probabilidad de recuperación, reciben intervención con plan de rehabilitación específico personalizado.	Nº de pacientes atendidos con plan personalizado que se recuperan en algún grado/Nº total de pacientes secuelados. X 100
	Otorgar al paciente terminal de cualquier edad atención paliativa e integral ante la inminente muerte.	Mantener coordinación clínica de dolor.	Nº de pacientes atendidos por cuidados paliativos/Nº total de pacientes referidos. X100.
	Disminuir o evitar los riesgos de malnutrición de los pacientes dependientes severos y/o con pérdida de la autonomía.	Mantener o mejorar el estado nutricional de los pacientes dependientes severos y/o con pérdida de la autonomía.	Nº de pacientes con dependencia severa y/o pérdida de la autonomía con problemas de malnutrición al ingreso del programa/Nº total de pacientes con dependencia severa y/o pérdida de la autonomía. X100

			Nº de pacientes con dependencia severa y/o pérdida de la autonomía que logran mantener o mejorar su estado nutricional/Nº total de pacientes con dependencia severa y/o pérdida de la autonomía. X100.
	Entrega de estipendio a los cuidadores de pacientes postrados severos irreversibles beneficiarios que cumplan los requisitos.	El 100% de los cuidadores de pacientes postrados severos irreversibles que cumplan con los criterios de inclusión recibirán este beneficio.	Nº de cuidadores de pacientes postrados severos irreversibles que reciben estipendio/Nº total de cuidadores que cumplen criterios de inclusión. X100
Cuidados de los cuidadores	Prevenir el estrés y depresión de las personas que cuidan personas con dependencia severa o pérdida de la autonomía.	> 85% cuidadores capacitados en el cuidado y manejo del estrés	Nº de cuidadores capacitados/ Nº total de cuidadores. X 100
		90% apoyo técnico a las familias con dependencia	Nº de familias que reciben apoyo técnico/ Nº de

		severa y/o pérdida de la autonomía mediante programa de cuidados domiciliarios	familias con personas con dependencia severa y/o pérdida de la autonomía. X 100

Se adjunta en documento aparte Dotacion 2011 y Pac de Capacitacion 2011, el cual esta a la espera de observaciones por parte del equipo de capacitacion del SSÑ.

PROPUESTA DOTACION P[illegible] AÑO 2011

Pobl. Inscrita: 20,683

COMUNA: CHILLÁN VIEJO NOMBRE CESFAM: NOMBRE CESFAM: "DR. FEDERICO PUGA BORNE" Y DRA. MICHELLE BACHELET

	DOTACION AUTORIZADA AÑO 2010		DOTACION REAL AÑO 2010		DOTACION PROPUESTA PARA AÑO 2011 DR. F.PUGA		DOTACION MINIMA PARA AÑO 2011 (Señalada por SSÑuble)		DOTACION AUTORIZADA TOTAL AÑO 2011 (Por SSÑuble)		TOTAL HRS. SEMANALES DESTINADAS AL AREA ASISTENCIAL	TOTAL HRS. SEMANALES DESTINADAS AL AREA ADMINISTRATIVA	FUNCIONES Y/O ACTIVIDADES DE HORAS ADMINISTRATIVAS (HRS. SEMANALES)
	N° PERS.	HRS.SEM.	N° PERS	HRS.SEM.	N° PERS	HRS.SEM.	N° PERS.	HRS.SEM.	N° PERS.	HRS.SEM.	HRS.SEM.	HRS.SEM.	
	6	242	6	264	5	220	6	256	6	264	263	1	44 HRS. MEDICO EDF, 1 HRS. SEMANAL MEDICO REGULADOR
	4	176	4	176	4	176	5	186	4	176	173.5	2.5	2,5 HRS. JEFE PROGRAMA ODONTOLOGICO
	1	11	0	0	1	22	1	44	1	44	22	22	PROFESIONAL PARA LA COMUNA
	11	429	10	440	10	418	12	486	11	484	458.5	25.5	
	4	176	4	176	3	132	6	237	5	220	217.5	2.5	2,5 HRS. JEFE DE PROGR. DE LA MUJER
	6	264	6	264	4	176	7	300	6	264	259	5	2,5 HRS. JEFE DE PROGR. ADULTO Y 2,5 HRS. JEFE PROGR. INFANTIL
	4	154	3	132	2	88	6	258	5	198	171	27	22 HRS. CALIDAD, 5 HRS. PNAC.
	3	132	3	132	3	132	5	186	4	176	176		11 HRS. PROMOCION, 11 HRS. PARTICIPACION SOCIAL
	3	110	5	132	2	88	3	110	3	132	129.5	2.5	22 HRS. CHCC, 2,5 HRS. JEFE PROGR. SALUD MENTAL
	1	44	1	44	1	44	1	44	1	44	0	44	ENFERMERA,11 MONITOR GES
	1	44	1	44	1	44	1	44	1	44	0	44	
	3	132	3	132	2	88	2	88	2	88	88		
	1	33	1	22	1	22	1	44	1	44	44		22 HRS ENCARGADA GES
	1	44	1	44	1	44	1	44	1	44	44		44 HRS. SALA DE ESTIMULACIÓN CHCC
	1	44	1	44	1	44	1	44	1	44	0	44	
	1	44	1	44	1	44	1	44	1	44	0	44	
	1	44	1	22	2	66	1	44	1	44	0	44	44 HRS. JEFE CENTRO DE COSTOS
	30	1265	31	1232	24	1012	36	1487	32	1386	1129	257	
	21	924	23	1012	18	44	22	968	23	1012			DR. PUGA: 17 CAT. C Y 1 CAT. D (INCLUYE PSR NEBUCO Y RUCAPEQUEN)
	5	220	5	220	4	176	5	220	5	220			DR. PUGA:ENC. ABASTECIMIENTO, ENC. RRHH, SECRETARIA CESFAM, OIRS Y LINEA 800,
	26	1144	28	1232	22	220	27	1188	28	1232	0	0	
	2	88	2	88	2	88	4	176	5	209			33 DIG NO AUGE
	3	132	3	132	2	88	3	132	3	132			
	3	132	1	44	1	44	3	132	3	132			44 TNS
	1	44	1	44	1	44	2	66	2	66			
	1	44	1	44	1	44	1	44	1	44			
	0	0	0	0	0	44	1	44	1	44			
	1	44	1	44	1	44	1	44	1	44			COMUNAL
	3	132	5	44	4	176	2	88	2	88			DIGITADORA IC AUGE, 44 DIGITADORA FARMACIA,
													DRA. BACHELET: OIRS, CALIFICACION DERECHO, 2 ADM. MINISOME
	14	616	14	440	12	572	17	726	18	759	0	0	
	1	44	2	88	2	88	2	89	2	88			
	3	132	6	176	6	176	4	176	6	264			44 ARCHIVO SOME APOYO A POSTA RUCAPEQUEN
	3	132	3	132	3	132	3	132	3	132			

PROGRAMA CAPACITACION 2011 OFRECIDO A PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) POR EL SERVICIO DE SALUD ÑUBLE: CE

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis-trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL	
1. Avansar en la Instalación del Modelo de Atención	Taller de Masaje para Niños: "Shantala"	Incorporar Técnica de Masaje Shantala y aplicar conocimientos en usuarios en el marco de la instalacion del Sistema Chile Crece Contigo	0	26	0	0	0	0	**26**	24
2.-Desarrollar el modelo de gestión en red, local, regional y supra regional (macro y micro redes)	Tecnicas en Reanimación Básica	Incorporar técnicas de reanimación básica	0	26	24	1	14	13	**78**	18
	Ergonomia en el Traslado de Pacientes	Incorporar conocientos en Ergonomía en el Traslado de Pacientes	0	0	24	1	0	3	**28**	18

	Manejo de Desechos Contaminados, No Contaminados y Material Cortopunzante	Incorporar Conocimientos para el manejo adecuado del Material Contaminado, No Contaminado y Cortopunzante	0	0	24	1	0	13	**38**	12
3,- Fortalecer el sistema de garantias explicitas en salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2000-2010, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales (GES y no GES).	Capacitación en las nuevas patologias GES	Conocer y responder a las necesidaes de las nuevas patologias GES	8	26	24	1	14	0	**73**	12
4.- Mejoramiento de la Calidad de la atencion y trato al Usuario	Actualización en Primeros Auxilios	Incorporar conocimientos de primeros auxilios (quemaduras, inmovilización,etc)	0	0	0	0	14	13	**27**	12
	Taller de trato al usuario y resolucion de Conflictos	Generar competencias en el trato al usuario externo para mejorar la satisfaccion usuaria	8	26	24	1	14	13	**86**	12
5.- Generar estrategias de desarrollo organizacional para el Mejoramiento de la Calidad de la Vida Funcionaria	Talleres de Autocuido, trabajo en Equipo	Fortalecer las relaciones interpersonales del equipo de salud, fomentando el trabajo en equipo	8	26	24	1	14	13	**86**	24

9,- Preparacion para actuar frente a contingencias y catástrofes provocadas por accidentes naturales, emergencias, etc.	Protocolo de acción a situaciones de emergencia	Incorporar conocientos frente a la acción y reacción de los Equipos de Salud en situaciones de emergencia	8	26	24	1	14	13	**86**	24
	Capacitaciones orientadas hacia personal de DESAMU no incluidas en el PAC									
TOTALES										
DOTACIÓN DEL PERSONAL (Nº)			8	26	24	1	14	13	**86**	
% A CAPACITAR SEGÚN DOTACION										