Plan de Salud Comunal

Departamento de Salud Municipal

San Clemente

2012



INDICE

CONTENIDO		**Página**
I.-	Introducción	4
	Visión	4
	Misión	4
II.-	Enfoques de la Planificación en la Red de Atención de Salud Pública	5
III.-	Objetivos Sanitarios	6
	III (1) Alcanzar mayor equidad en salud.	6
	III (2) Construir juntos una mejor salud, generando capacidades Para una vida saludable.	6
	III (3) Vivir en un entorno saludable.	6
	III (4) Fortalecer un sistema de salud centrado en las personas y Sus necesidades.	7
	III (5) Vivir más y mejor incrementando los años de vida saludables Disminuyendo las inequidades.	7
IV.-	Análisis de la Situación Actual y Pronóstico de la Situación de Salud	8
V.-	Propósito Institucional	10
VI.-	Objetivos Estratégicos	10
	Objetivo General	
	Objetivos Específicos	
VII.-	Planificación y Programación En Red Año 2012 Comuna San Clemente	12
	A.- Eje Organizacional	12
	B.- Eje Asistencial	21
VIII.-	Diagnóstico Integrado de la Comuna de San Clemente	29
	Mapa Comunal	
IX.-	Diagnóstico Institucional	34
	Análisis FODA	

X.- Evaluación de la Gestión Administrativa y Técnica del Departamento De Salud 37
a).- Evaluación General de Aplicación del Programa de Salud 2011. 37
b).- Convenios de Transferencia de Recursos Adicionales 2011 38
c).- Avances en Desarrollo Organizacional 39
d).- Evaluación de las Acciones de Salud 39
e).- Prestaciones de Mayor Demanda Enero a Octubre 2011 42
f).- Prestaciones de Otros Profesionales y Programas Promedio Mensual 2011 42
g).- Dotación de Recursos Humanos 43
h).- Presupuesto de Salud 2012 44

XI.- Definición de Metas Internas 2011-2012 Departamento de Salud San Clemente 49

XII.- Programas de Salud 2012 50
a).- Programa del Niño y la Niña 50
b).- Programa del Adolescente y Familia 54
c).- Programa Salud Sexual y Reproductiva 56
d).- Programa de Salud del Adulto 59
e).- Programa de Salud del Adulto Mayor 65
f).- Programa Odontológico 69
g).- Programa de Salud Mental 72
h).- Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 76
i).- Programa Salud del Medio Ambiente 77
j).- Programa Promoción de la Salud 2012 79
k).- Centro Comunitario de Rehabilitación 82

XIII.- Programación de Los Sectores, Información de Los Sectores 86
1.- CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza Bustos 86
2.- Área de Salud Rural 103

XIV.- Programa de Capacitación 2012 135
Contenidos Según Programas 135
Fichas Técnicas de Capacitación 2012 137

I. INTRODUCCIÓN.

Existe un consenso generalizado que ya entrada la segunda década del siglo XXI, los objetivos sanitarios que se planteó el País para años anteriores aun se encuentran en proceso desarrollo antes de lograr consolidarse.
Los cambios tecnológicos, socioculturales y económicos son tan vertiginosos, que la APS se mantiene en un constante desafío, ya no de cambio, sino que de adaptación permanente a los cambios.
En el anterior contexto se debe reconocer que la Atención Primaria sigue asumiendo tareas que históricamente fueron desarrolladas por niveles más complejos del sistema de salud, radicados principalmente en hospitales y consultorios de especialidades. El nuevo concepto de atención en red no ha sido fácil de entronizar, existiendo nodos críticos que ha costado y va a seguir costando resolver a lo largo de toda la red.
Cada año la Atención primaria de salud debe enfrentar nuevos desafíos sanitarios derivados de las condiciones epidemiológicas y de la Ley GES que se suman a los requerimientos de una población crecientemente insatisfecha y consciente de sus derechos ciudadanos. No obstante lo anterior, los recursos siguen siendo limitados para necesidades que tienden a ser cada vez más complejas de resolver, por lo tanto este instrumento de ordenamiento de recursos, cual es el plan de salud comunal anual de San Clemente, deberá seguir dando cuenta de aquella realidad, orientando su accionar hacia la población más vulnerable, estableciendo estrategias que permitan focalizar los recursos y los esfuerzos en las personas que presentan mayor riesgo biosicosocial.
Es esta perspectiva en que el Modelo de Salud Familiar Integral con enfoque comunitario y ecológico cobra real sentido, hecho que obliga a contar con equipos de salud que estén en constante preparación con la finalidad de consolidar esta forma natural de hacer las cosas en salud, que es atender al individuo conociendo su entorno, su cultura y los factores que lo protegen o que lo agreden en el cuidado de su salud, dentro de un contexto social más restringido que es su familia y en el contexto más general que es la comunidad, aplicando las intervenciones más apropiadas al momento del ciclo vital en que se encuentra.
Este Plan de Salud 2012 es la continuación de lo obrado con anterioridad, mediante un proceso metodológico donde la sectorización de los equipos y de la población es uno de los pilares fundamentales de trabajo con enfoque familiar y comunitario.

VISIÓN.
"Una comuna con prácticas de vida sana, con una comunidad permanentemente dispuesta a mejorar su calidad de vida desde el reconocimiento de su propia responsabilidad, proceso en que el Equipo de Salud está Comprometido en conjunto con la Comunidad"

MISIÓN.
"Aportar a la satisfacción de necesidades de salud de las personas y familias de la comuna de San Clemente, mediante la de salud Atención Integral, centrada prevención y promoción, con énfasis en el Autocuidado en Salud e intervenir de manera oportuna en los fenómenos de daño de la salud, en un trabajo que involucra la participación responsable y activa de la Comunidad en el cuidado de la salud"

II. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA

a) Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social.

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida.

b) Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial.

c) Enfoque de Equidad en Salud:

Según la OMS, equidad puede ser definida como "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente".
Avanzar hacia la equidad en salud implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben orientarse a la minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

- Equidad de Género en Salud:
  Genero: es la construcción cultural que asigna, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a mujeres y hombres sobre la base de su diferenciación sexual.
- Interculturalidad:
  De las Personas que se identifican como pertenecientes a un pueblo indígena y enfrentan barreras de acceso a los servicios por creencias, lenguaje, costumbres, discriminación, etc.
  La población migrante beneficiaria de la Red Asistencial Pública se reconoce, en una alta proporción, como un pueblo indígena y tiene creencias y costumbres que deben ser consideradas.

d) Gobernanza:
Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial se basa en la capacidad de actores públicos y privados para definir un espacio común.

- Intrasectorialidad:

Es imprescindible la Integración de la gestión de la Autoridad Sanitaria con la Red Asistencial, para ofrecer a la población acciones de prevención y fomento, atención de morbilidad, de especialidades y hospi-

talización. Lo anterior ligado a la vigilancia epidemiológica coherentemente integrado para el logro de los objetivos sanitarios propuestos para la década.

- Intersectorialidad:

La Coordinación de los recursos humanos y materiales y desarrollar actividades conjuntas orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas al trabajo entre distintos actores y participación ciudadana en salud (diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, etc.).

- Participación Social y transparencia.

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud.

III. OBJETIVOS SANITARIOS

Para Chile 2010-2020. Estos representan Objetivos Nacionales y por tanto su cumplimiento está vinculado no solo al sector salud, sino también al compromiso de la Sociedad y Estado de Chile.

III (1) **Alcanzar mayor equidad en salud.**

1. Reducir las inequidades sociales que contribuyen a la inequidad en salud.
- Potenciar el rol del Ministerio de Salud en dinamizar instancias intersectoriales para actuar sobre las inequidades sociales, en el entendido que la salud y el grado de equidad en salud es un indicador de progreso social, siendo necesario avanzar para incorporar salud en todas las políticas.

2. Profundizar y extender la protección social con programas tales como Chile Solidario, Chile Crece Contigo, etc.

3. Implementar acciones de "inclusión social" sobre grupos y territorios excluidos.

- Profundizar el trabajo en comunas y barrios vulnerables.
- Profundizar el trabajo sobre género en particular, así como en estratos económicos inferiores, trabajadores/as desprotegidos, pueblos originarios, inmigrantes, minorías sexuales, adultos mayores, adolescentes, etc.

4. Rediseñar los programas de salud desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales.

- Maximizar el acceso y asegurar los resultados a toda la población objetivo, en particular los grupos sociales más vulnerables.

III (2) **Construir juntos una mejor salud, generando capacidades para una vida saludable.**

1. Profundizar la participación ciudadana, sistemática y vinculante, que implica la integración de la comunidad en decisiones, acciones y su compromiso con las estrategias de salud, a nivel individual y colectivo.

2. Fomentar la cohesión social y asociatividad.

3. Impulsar estrategias poblacionales y acciones colectivas para mejorar la salud.

4. Mantener una política de información permanente sobre aspectos de salud a la población tanto a nivel personal como colectivo.

III (3) **Vivir en un entorno saludable.**

1. Generar condiciones de vivienda dignas y barrios acogedores.
    - Espacios públicos y áreas verdes suficientes.
    - Seguridad ciudadana.
2. Promover la disponibilidad e inocuidad alimentaria.
3. Generar condiciones laborales adecuadas.
    - Condiciones de empleo.

- Condiciones de trabajo (prevención de riesgos).

4. Propiciar un medio ambiente saludable.

- aire limpio, interior y exterior.
- agua sana y suficiente en cantidad.
- disposición de residuos industriales, biológicos y domiciliarios.
- tenencia responsable de mascotas.
- fuentes energéticas sustentables y no contaminantes.

III (4) **Fortalecer un sistema de salud centrado en las personas y sus necesidades.**

1. Entregar servicios de calidad, dignos, de buen trato, eficientes con protección financiera y adecuada información, tanto en el ámbito público como privado.

a. Consolidar el rol rector del MINSAL sobre todo el sector salud.

b. Desarrollar estrategias que permitan el fortalecimiento del sector público de salud.

- Dotar de un modelo de gestión coordinado y sustentable al sistema de salud, integrando la provisión de todos los servicios con la autoridad sanitaria y organismos autónomos.
- Rediseñar y fortalecer el sistema de servicios basado en redes integradas de servicios de salud, garantizando la continuidad de la atención, consolidando a la APS como el componente básico del manejo integral de la enfermedad, con énfasis en las enfermedades crónicas a lo largo del ciclo vital.
- Potenciar y rediseñar las estructuras funcionales de la autoridad sanitaria.
- Establecer programas de mejoramiento continuo de las competencias del personal de salud y de sus condiciones trabajo.

c. Definir enfoque de eficiencia sanitaria en la Modalidad de Libre Elección de FONASA.

d. Revisar el modelo actual de funcionamiento de las instituciones de salud previsional y la eficiencia sanitaria del modelo de atención de las instituciones prestadoras privadas.

2. Reducir las barreras de acceso a la salud en grupos y territorios vulnerables.

3. Fomentar el financiamiento de salud solidario, proporcional a las necesidades de las personas a lo largo del ciclo vital.

III (5) **Vivir más y mejor incrementando los años de vida saludables disminuyendo las inequidades.**

1. Promover el desarrollo humano integral a lo largo del ciclo de vida.

2. Reducir la morbilidad y mortalidad prematura y evitable con énfasis en los grupos más vulnerables (socioeconómicos, etnia, inmigrantes, entre otros prioritarios).

3. Reducir la morbilidad con énfasis en aquella que genera discapacidad en todas las etapas del ciclo vital.

4. Reducir el impacto de la discapacidad física, sensorial y mental.

IV. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y PRONÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD

En San Clemente se ha producido un desbalance notorio en la oferta de programas de salud entre el área urbana y los sectores rurales de la comuna, con una muy mermada presencia de equipos profesionales en estos últimos, fenómeno que afecta a la mitad de la población comunal.

Hay una evidente concentración de recursos en el CESFAM, en circunstancias que las actividades de Atención Primaria debieran tener una cobertura similar en toda la comuna.

Es indispensable poner en valor el concepto de desconcentración de los recursos para distribuirlos espacialmente de manera más equitativa.

La naturaleza y estructuración de los programas de atención primaria permiten su desarrollo con similar intensidad y cobertura en todo el territorio comunal, especialmente considerando el significativo número de Postas Rurales, el alto grado de dispersión de las comunidades y el aislamiento en que muchas se encuentran.

Es necesario contar con los soportes logísticos y resguardos apropiados debido a la aplicación de la Ley de Garantías Explícitas que acota el accionar del residente de una posta rural fundamentalmente a acciones de promoción de la salud, educación a la comunidad, ejecución de procedimientos clínicos indicados por profesionales y apoyo al trabajo del equipo profesional, entregando la responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y derivación en manos de los equipos profesionales.

La población de San Clemente se ha incrementado por sobre los 41.000 habitantes este año 2011 y existen en proyecto, desarrollos habitacionales de importancia en el área urbana y en zonas peri urbanas como Flor del Llano y Aurora, lo que indica que en los próximos 5 años habrá un explosivo crecimiento demográfico no contemplado en las proyecciones censales de 2002 que podría acercarnos a los 50.000 habitantes, es decir casi una cuarta parte de la población de la ciudad de Talca, lo que hace suponer que deberán instalarse nuevos establecimientos de APS para satisfacer la demanda, y no resulta para nada exagerado plantearse la creación de un hospital comunitario al estilo de Teno o San Javier, situación planteada largamente en reuniones de diagnóstico con organizaciones de la comunidad .

El SAPU ha ido transformándose en una unidad cada vez más compleja y más recurrida por la comunidad, incluyendo población residente en Talca, lo que implica que deberán realizarse adecuaciones técnicas que aumenten su capacidad resolutiva, toda vez que el terremoto de febrero dejó al descubierto la vulnerabilidad de la red de urgencia y la insuficiencia de la oferta en el Hospital de Talca, por otra parte se requiere mantener una constante renovación de equipos, entre otros ambulancias y vehículos de transporte de personal.

El sistema de salud comunal ha llegado a un límite en tanto a su estructura organizacional como a su capacidad de respuesta, producto de factores diversos, como el crecimiento poblacional, la incorporación de nuevos programas y acciones de complejidad creciente y el incremento de la dotación de recursos humanos que supera los 250 funcionarios a 2011, además del aumento del presupuesto que, en menos de una década, se ha quintuplicado.

Una administración basada en el Centro de Salud principal de la Comuna será insuficiente para gestionar todo este complejo de manera armónica y equilibrada. La evidencia actual y las experiencias recientes llevan a reflexionar sobre la necesidad de generar estructuras de atención a escala humana, mediante la constitución de equipos autónomos y descentralizados, con tareas y metas claramente precisadas desde la dirección de salud comunal, en la que se requiere un mejoramiento de los niveles de coordinación y la puesta en práctica de sistemas de control de gestión, evaluación de resultados y contención de costos con apoyos tecnológicos apropiados.

Paralelamente se deberá lograr un mejoramiento de la atención de urgencia comunal con las modificaciones de planta física que será necesario implementar para lograr una adecuada cobertura de la atención de urgencia comunal con un SAPU que a lo menos funcione las 24 horas del día.
La USAF San Máximo requiere con urgencia contar con una planta física acorde a las demandas de una población que ya se empina sobre las 5.000 personas y claramente se advierte el potencial de creación de un nuevo CES que abarque el área urbana oriente.
Habida cuenta que hoy día las PSR requieren contar con un nuevo enfoque de trabajo que otorgue continuidad, integralidad, resolutividad y cercanía con sus comunidades y que el sistema de rondas rurales centralizadas no permite abordar estas nuevas exigencias de buena manera, se ha debido reorganizar el sector rural en cuatro agrupaciones de postas con centro en el establecimiento de mejor accesibilidad y mayor población a cargo
Este último hecho permite pensar en la posibilidad de transformación de algunos de estos establecimientos en Consultorio General Rural.

V. PROPOSITO INSTITUCIONAL

El accionar del departamento de salud de San Clemente Se orienta a la población beneficiaria inscrita, permitiendo el acceso expedito a los establecimientos de salud de la comuna, con una creciente capacidad resolutiva. Al mismo tiempo se requiere avanzar en prácticas de buen trato en el marco de una atención digna, favoreciendo e incorporando la participación de las familias como elemento central en el cuidado de su salud y la influencia que ejerce sobre el medio que habita. Los principios básicos que guían el quehacer están en concordancia con las políticas planteadas por el Ministerio de Salud enunciadas al principio.

Un aspecto relevante es estimular la participación social organizada y responsable como un factor preponderante en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las personas.

Se requiere mejorar los estándares de eficiencia y eficacia en los procesos de gestión y administración de los recursos, con equilibrio entre factores políticos y sociales que permitan gradualmente la autonomía y descentralización del área de salud.

VI. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVO GENERAL

El Objetivo para el 2012 está centrado en la consolidación de la estructura organizacional que no solo tenga una base estable y conocida por todos los integrantes de la organización, sino que tenga la posibilidad real de consolidarse y provocar sus propios desarrollos en el tiempo.

Los equipos de cabecera de los sectores mediante el trabajo conjunto con los jefes de programas que asesoran técnicamente las acciones a lo largo del ciclo vital, se deben constituir en el eje fundamental del trabajo con las comunidades a cargo, de acuerdo al diagnóstico específico que tengan y actuarán en concordancia con los objetivos sanitarios país a través del cumplimiento de las metas sanitarias y compromisos propuestos para toda la organización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Asegurar la continuidad de atención a lo largo de todo Ciclo Vital y durante todo el proceso de salud-enfermedad.
2. Asegurar la continuidad a la atención de salud de acuerdo al nivel de complejidad, siendo parte activa de la Red del Servicio Salud Maule.
3. Aumentar la capacidad resolutiva de las acciones de salud a nivel primario, a través de la utilización máxima y racional de los recursos existentes y del óptimo rendimiento del equipo de salud en sus aspectos cualitativos y cuantitativos.
4. Facilitar el acceso de la población en todas las etapas del ciclo vital individual y familiar a las acciones integradas de salud, con énfasis en la población perteneciente a los sectores más vulnerables de la comuna.
5. Contribuir al aumento de la expectativa de vida al nacer, disminuir los riesgos de la mujer y del niño en los estados de embarazo, parto y puerperio y reducir la morbilidad gineco-obstétrica y perinatal.

6. Continuar con la incorporación progresiva de las acciones del Programa de Protección a la Primera Infancia Chile Crece Contigo en todos los establecimientos de salud de la comuna.
7. Disminuir la morbilidad de las lesiones buco-maxilofaciales, desarrollando-acciones de fomento, protección y recuperación de la salud oral.
8. Colaborar en la Comunidad Escolar en las actividades de Promoción de la Salud en las primeras etapas del ciclo vital a través de la estrategia Escuelas y Jardines Infantiles Promotores de Salud.
9. Fortalecer y apoyar en la gestión de la Atención Domiciliaria a los Equipos de Sector para que estos puedan entregar competencias la familia para el manejo del paciente con Patología Terminal y/o postrados, tanto permanentes como temporales.
10. Mejorar la coordinación de la red con el Nivel Secundario y Terciario para brindar atención multidisciplinaria a los pacientes que requieran Cuidados Paliativos y alivio del dolor, como también el apoyo oportuno a la familia.
11. Continuar el desarrollo los planes de intervención y aplicación de estrategias del modelo para el abordaje de los factores e individuos y familias más vulnerables, (Estudio de Familia, Reuniones de Coordinación de Equipo, Visita Domiciliaria, Consejería, etc.)
12. Aplicar el Plan de Capacitación del personal orientado a la adquisición de competencias individuales y colectivas para fortalecer la aplicación del Modelo de Atención con Enfoque de Salud Familiar, mejorar la resolutividad, la calidad de la atención, satisfacción usuaria y mejoramiento del trato hacia los pacientes.
13. Incorporar estrategias del desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de Vida Funcionaria, tanto en el trabajo de equipo como en la resolución de conflictos y en la aplicación de prácticas de ergonomía laboral.
14. Incorporar estrategias del desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de Vida Funcionaria, tanto en el trabajo de equipo como en la resolución de conflictos y en la aplicación de prácticas de ergonomía laboral.
15. Incentivar la participación activa de funcionarios en actividades de Autocuidado y Promoción de la Salud y Estilos de Vida Saludable en el trabajo.
16. Continuar con el desarrollo de mesas territoriales en los sectores rurales y el Consejo de Desarrollo Comunal, propendiendo a la responsabilidad comunitaria en temáticas de salud ambiental y autocuidado de su salud.
17. Fortalecer el trabajo de equipo SAPU, con calidad, eficiencia técnica y capacidad resolutiva otorgando buen trato al usuario del Servicio declarándolo como unidad critica del Departamento de Salud.
18. Fortalecer la vinculación entre el equipo de salud y las organizaciones sociales rurales, estableciendo espacios de participación que acojan necesidades de la realidad específica de cada sector enmarcado en términos de la Equidad Rural.
19. Consolidar la implementación de la Rehabilitación en Base Comunitaria (RBC) con el desarrollo de acciones que fortalezcan el trabajo del Equipo del Centro de Rehabilitación Comunitaria en la Comuna.
20. Desarrollar un equipo Gestor Comunal capaz de planificar y aplicar estrategias que permitan la incorporación de tecnologías de la información no solo en el Centro de Salud Familiar de la Comuna, sino que en cada uno de los cuatro sectores rurales.
21. Disminuir el abuso de las licencias médicas entre el personal, aplicando estrategias de ergonomía laboral y resolución de conflictos.
22. Fortalecer el desarrollo informático en todos los procesos ligados a la mantención de agendas electrónicas, fichas clínicas digitales, sistemas de interconsultas en línea, SIGGES y otros sistemas de apoyo técnico administrativos.

VII. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED AÑO 2012 COMUNA SAN CLEMENTE

La programación en Red tiene tres ejes principales:

- Eje Organizacional
- Eje Asistencial
- Gestión de Recursos

A. EJE ORGANIZACIONAL

A.1. Definición de Red y Niveles de Intervención.

La Red se entiende como el conjunto de Establecimientos y Servicios de Salud, en sus diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una Red de procesos clínicos, que debe asegurar la continuidad de atención en función de las necesidades de la población.

En función de la capacidad resolutiva y la complejidad podemos distinguir tres niveles de intervención en la Red en la Comuna de San Clemente.

Baja Complejidad (Existentes en la Comuna).

Corresponde a los Consultorios Generales. Tendrán por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel Primario. Podrán ser urbanos o rurales según su ubicación.

a) **Consultorio General Rural,** acreditado como Centro de Salud Familiar Nivel Medio, con una población asignada que a octubre 2011 bordea las 21.000 personas inscritas**.**
b) **Unidad de Salud Familiar San Máximo** que opera como un Centro de salud Urbano para una población aproximada de seis mil habitantes.
c) **SAPU, Servicio de Atención Primaria de Urgencia,** Corresponde a un servicio ambulatorio, anexo al CESFAM desde un punto de vista administrativo en el que se realiza atención de urgencias simples que no son resueltas en el resto de los establecimientos de la red comunal y atención de urgencia prehospitalaria, complementario de la modalidad de la atención del SAMU del Hospital Regional Talca. En la actualidad está en etapa de ejecución un proyecto de remodelación y readecuación de las dependencias clínicas y administrativas.
d) **CCR, Centro Comunitario de Rehabilitación:** Establecimiento que está en vías de consolidación el modelo esta basado en conceptos de rehabilitación al interior de las comunidades y actualmente se está a la espera de la concreción de un proyecto de construcción de planta física nueva. El CCR debe atender los cinco problemas garantizados por la Ley como la artrosis de Cadera y rodilla, Accidente vascular encefálico, Enfermedad de Parkinson y otras patologías que se han incorporado a modo de pilotos.
e) f) **Modulo Dental**, estrategia conjunta con JUNAEB que tiene 15 años de funcionamiento y que consiste en la atención integral de la población escolar a lo largo del ciclo básico, posibilitando la existencia de mejores índices de salud oral en la población juvenil.
f) **CECOSF:** no son establecimientos de salud propiamente tales, sino que son unidades en las que se deben desarrollar con mayor énfasis acciones preventivas y promocionales con fuerte carácter comunitario. En el caso de la Comuna, el CECOSF de Chile Nuevo está incorporado al Sector verde del CESFAM y el CECOSF de Aurora, por ser un establecimiento originalmente catalogado como Posta Rural, es el centro de acción de la agrupación rural poniente que abarca las PSR de Santa Elena, Chequen y Peumo Negro e incluye a Aurora.
g) **Postas Salud Rural**: Se han conformado cuatro agrupaciones rurales cada una de ellas con cuatro establecimientos, a los que se les ha incorporado un equipo de cabecera. Como se sabe son establecimientos de atención ambulatoria, en donde los equipos deben desarrollan básicamente acciones de promoción y protección, aplicando el plan de salud familiar a lo largo del ciclo vital, además ejecutan acciones curativas de bajo nivel de complejidad y deriva aquellas acciones que requieren mayor

apoyo como laboratorio, salas IRA ERA, Atención Kinésica u otras de mayor complejidad de resolución prehospitalaria y hospitalaria mediante la red SAPU-SAMU.

h) **Estaciones Médico Rurales**: No son reconocidos como establecimientos de salud y forman parte de estrategias de extensión de cobertura de PSR, funcionan en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales de cada uno de los sectores rurales.

AGRUPACIONES RURALES de San Clemente(PSR)			
RURAL PONIENTE	RURAL SUR	RURAL ORIENTE	RURAL NORTE
CECOSF AURORA	Maitenes	El Colorado	Mariposas
Santa Elena	Corralones	Los Montes	Punta Diamante
Peumo Negro	Vilches	La suiza	Las Lomas
Chequen	Buenos Aires	La Mina	La Placeta
Estaciones Médico Rurales			
Flor del Llano	Vilches Alto	Bramadero	Bajo Lircay
San Manuel	Carretones	Paso Nevado	

Mediana Complejidad:

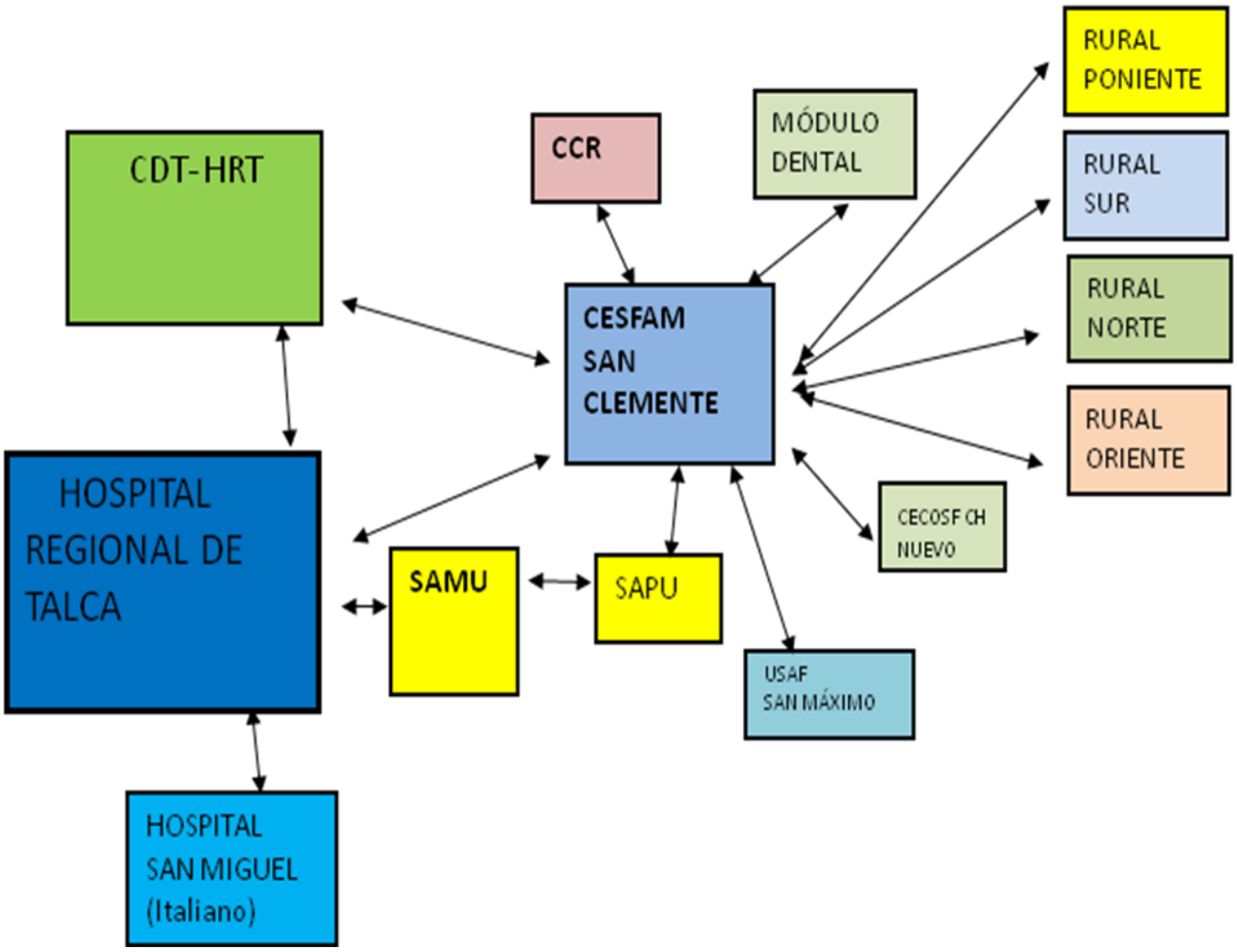
a) **Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital Regional de Talca**
Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, de alta complejidad, adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual está adosado.

b) **Servicio de Atención Médica de Urgencia. SAMU**
Corresponde a un servicio ambulatorio de atención prehospitalaria, complementario de la modalidad de la atención de urgencia, de dependencia territorial, controlada por Centros Reguladores, según regiones y cuya atención es efectuada por personal de salud. SAMU Hospital Regional de Talca.
Alta Complejidad:

Hospital Regional de Talca con su anexo San Miguel (hospital Italiano)
El Hospital es el establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Al Hospital le corresponderá otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.
A.2. Trabajo en Red.

La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la Red que incluye la red sanitaria o red Asistencial, la red Comunitaria, Social, Medioambiental, etc. En los Establecimientos de Atención Primaria el trabajo en red está plasmado en un diseño organizacional que permita una relación cercana con su población a cargo (sectorización y equipos de cabecera), de este modo cada equipo conoce a la comunidad en lo relativo a la existencia de factores de riesgo y factores protectores, condiciones laborales y ambientales que determinan el nivel de salud y la calidad de vida de las familias, disponiendo por tanto, de elementos de información general y técnicos sanitarios para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a cada realidad particular.

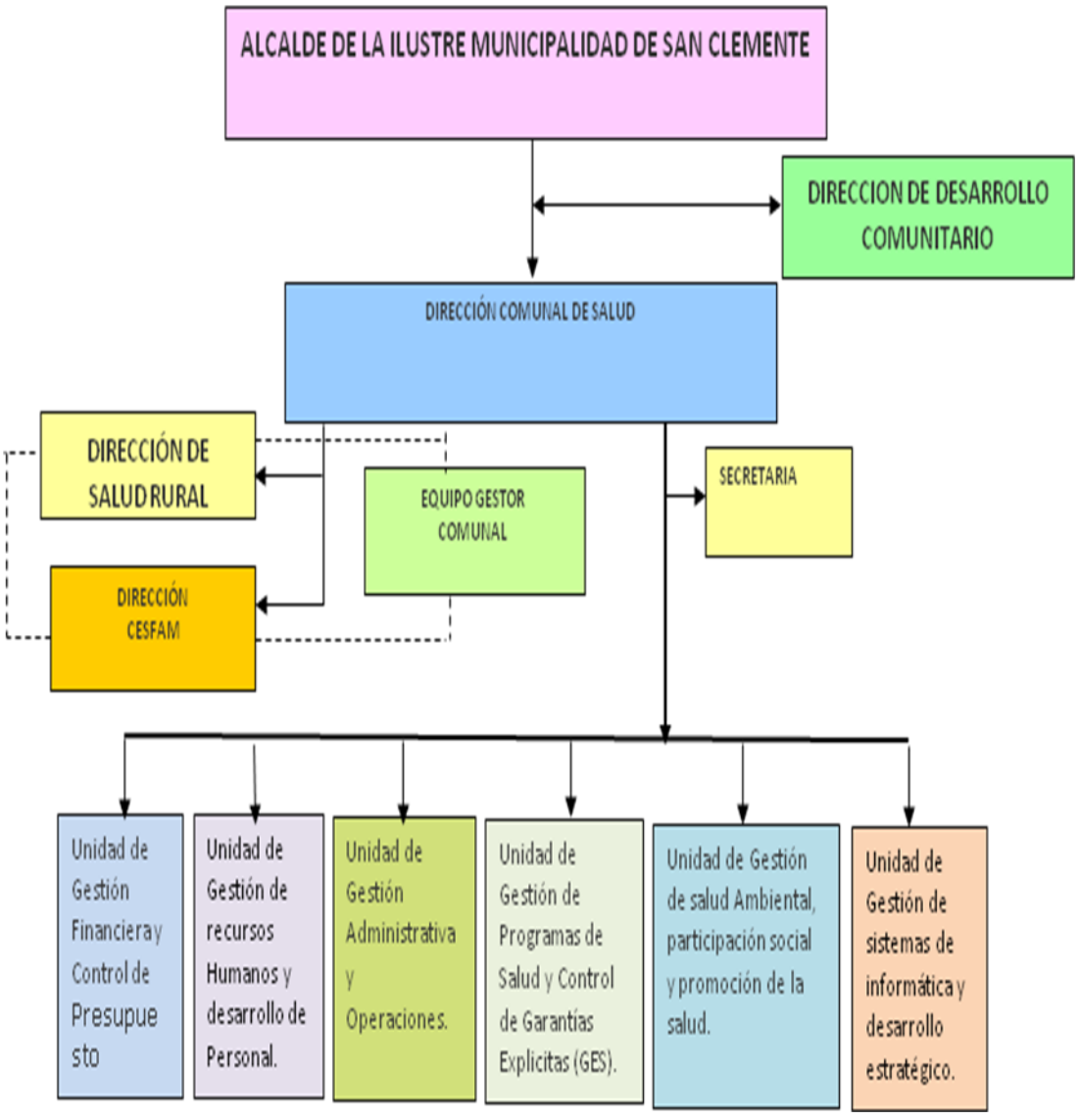
DIAGRAMA DE LA RED DE SALUD



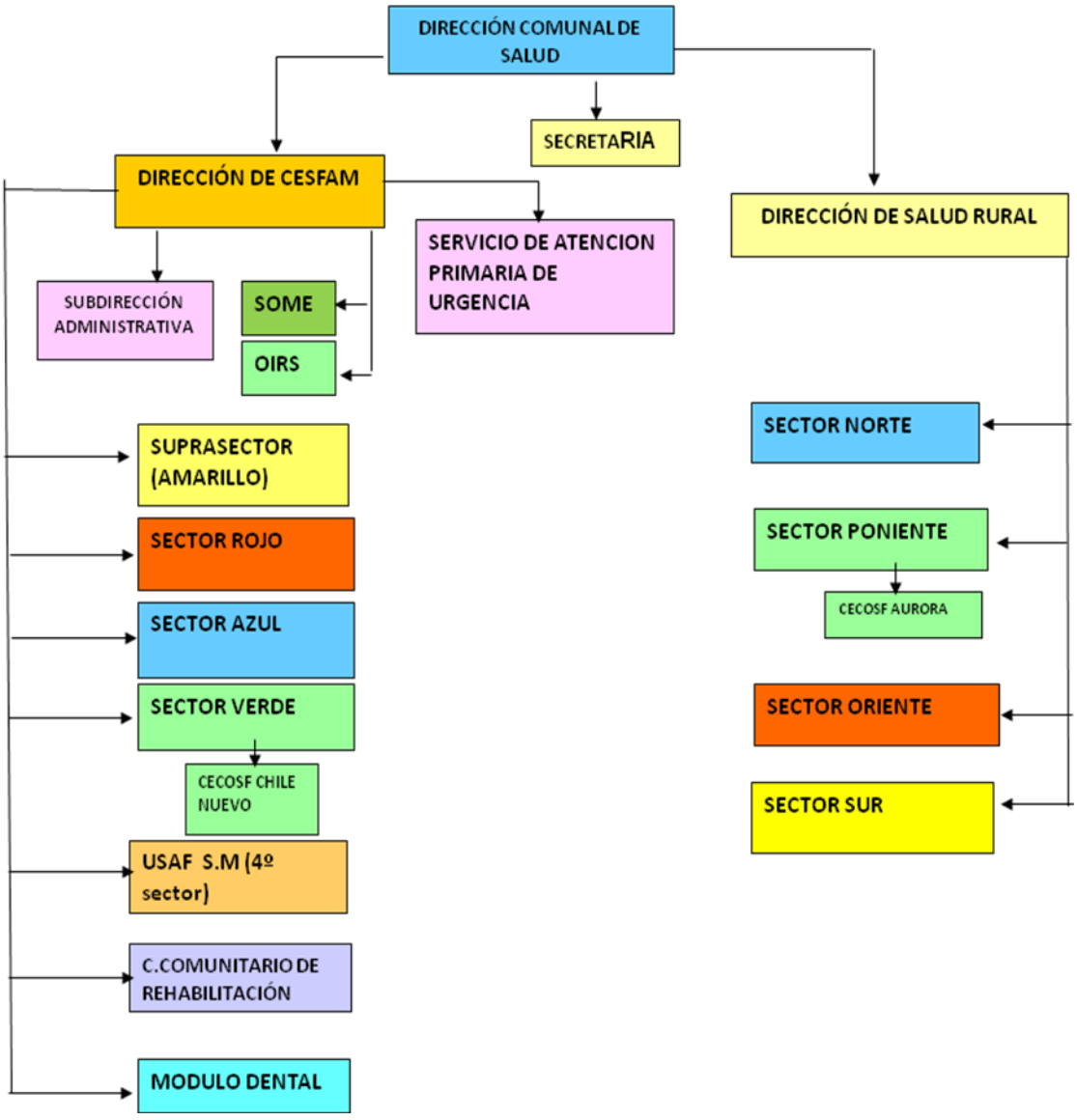
ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

El sistema de salud comunal tiene dependencia directa del Alcalde y se ha reestructurado de tal modo de conducir y coordinar las políticas comunales de salud como a su vez implementar las acciones de salud a través de los programas impartidos por el Ministerio de Salud, debiendo velar por el cumplimiento cabal del GES. El departamento de salud a través de su estructura de unidades de logística debe proveer los medios materiales, humanos, tecnológicos y financieros para el funcionamiento global, como también realizar el monitoreo y control del cumplimiento de metas y acciones de salud, entre otras responsabilidades.

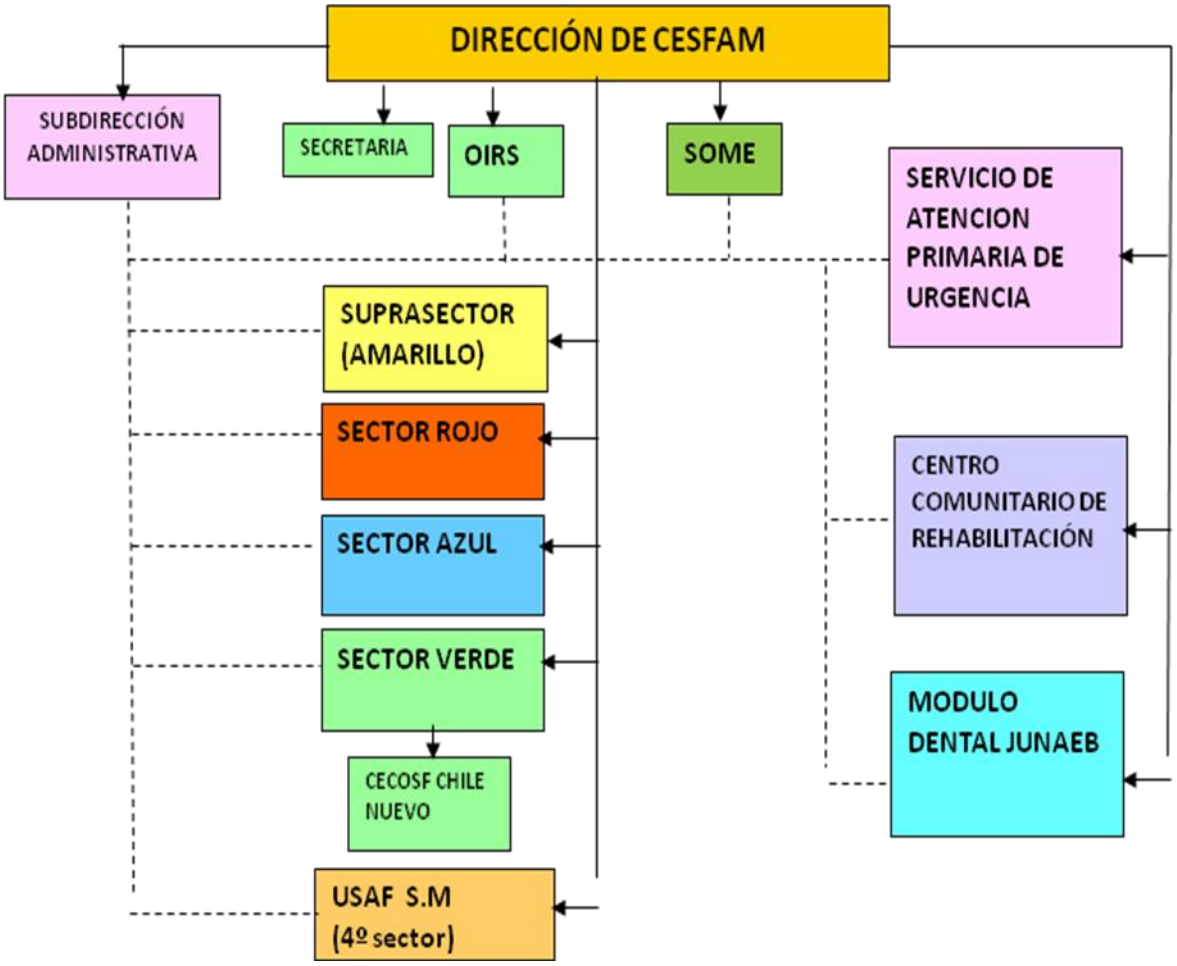
ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNAL DE SAN CLEMENTE



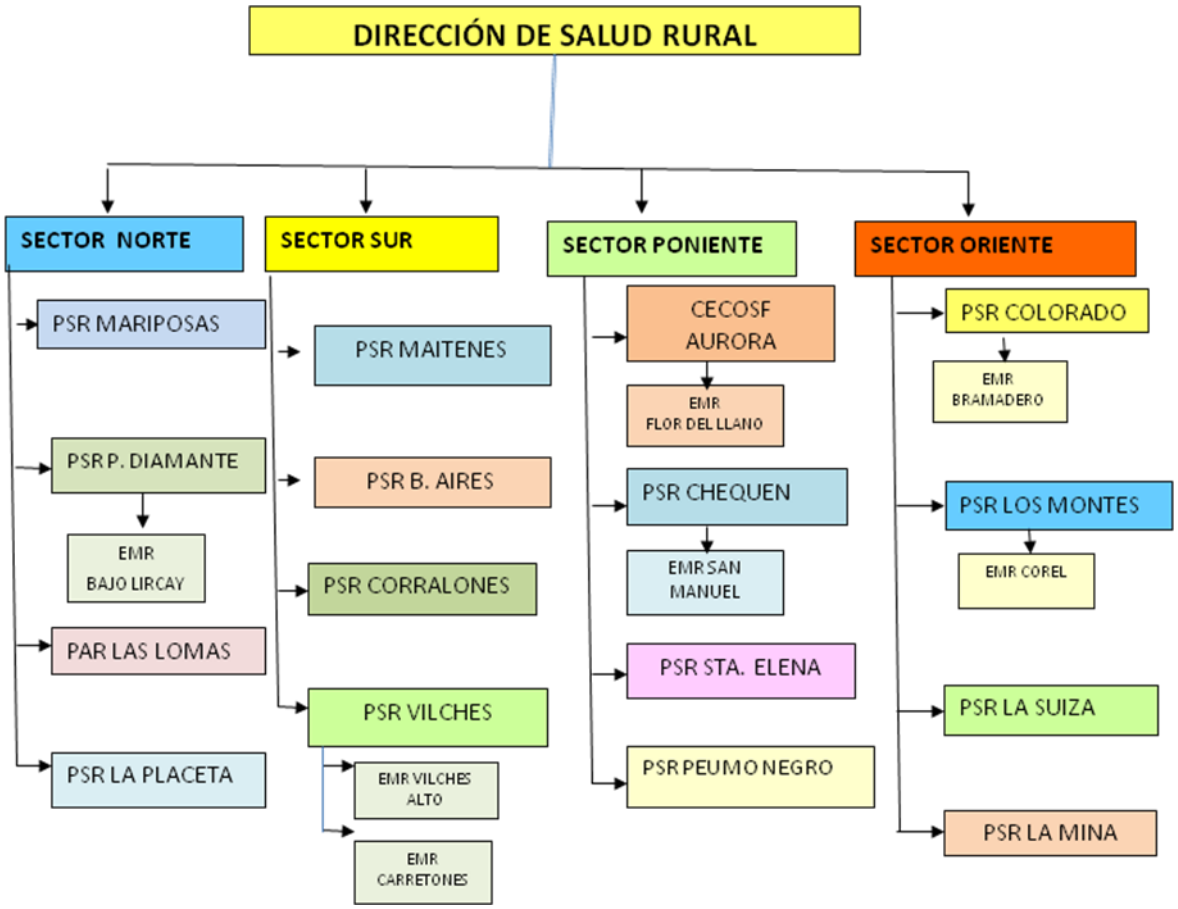
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE LA RED DE SALUD COMUNAL DE SAN CLEMENTE



ORGANIGRAMA DEL CESFAM J. C. BAEZA DE SAN CLEMENTE



ORGANIGRAMA DE AGRUPACIONES RURALES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNAL DE SAN CLEMENTE



ESTRUCTURA OPERACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

De acuerdo al lo establecido en el artículo 56º de la ley 19.378 el departamento de salud se ha dado una estructura organizacional ya descrita en los organigramas presentados y corresponde al máximo de nueve cargos con derecho a percibir una asignación de responsabilidad directiva establecida en el Artículo 27 de la ley 19.378.

A nivel de estructura jerárquica se han definido, aparte del Director del CESFAM, tres cargos de responsabilidad directiva de carácter jerárquico que son:

- Dirección de salud Rural, ejercida Por Enfermera.
- Dirección del Servicio de Atención Primaria de Urgencia, ejercida por un Médico Cirujano.
- Subdirección Administrativa del CESFAM, ejercida por Contadora Auditora.

A su vez, para los aspectos técnicos y programáticos se han definido 6 jefaturas de programas de carácter comunales que se relacionan con el ciclo vital y programas de salud que por su impacto sanitario y por su especificidad, deben mantenerse operativos y en ese contexto se han definido:

- Programa de salud del Niño y de la Niña a cargo de Enfermero.
- Programa de Salud de la Mujer a cargo de Matrona.
- Programa de Salud Cardiovascular (del adulto) a cargo de Nutricionista.
- Programa de Salud Odontológico a cargo de Odontólogo.
- Programa de salud del Adulto Mayor a cargo de Enfermera.
- Programa de salud mental a cargo de Médico Cirujano.

Algunos programas y subprogramas con escaso desarrollo o con algunas limitaciones de implementación, se encuentran en una fase de análisis a los que se les asigna un encargado (a), situación que está en estudio, porque el ejercicio de sus responsabilidades amerita el reconocimiento a través de una asignación Municipal aprobada por el H. Concejo Municipal anualmente y son los siguientes:

- Salud de los adolescentes.
- Salud del ambiente.
- Promoción de la salud y participación social.
- Sistemas de referencia y contrareferencia y monitoreo de garantías en salud (Jefe SOME).
- Programas de alimentación complementaria.
- Programas de inmunizaciones.
- Programa de protección a la primera infancia (Chile Crece Contigo), componente salud.

Tanto a nivel urbano como rural se dará un fuerte impulso a los sectores, basado en la consolidación del Modelo de Salud Familiar Integral, por lo tanto cobra importancia vital la validación y refuerzo de las jefaturas de sector, a quienes habrá que reconocer a través de una asignación Municipal, ley 19.378, equivalente a la jefatura de un programa tradicional y son los siguientes:

A nivel de CESFAM:

- Jefatura del supra sector amarillo a cargo de enfermera.
- Jefatura del sector azul a cargo de Psicóloga.
- Jefatura del verde a cargo de Nutricionista.
- Jefatura del sector rojo a cargo de Matrona
- Jefatura del San Máximo a cargo de Enfermera.

A nivel rural están las agrupaciones de PSR:

- Jefatura del sector rural Poniente(Aurora) a cargo de Odontóloga
- Jefatura del sector rural Norte (Mariposas) a cargo de Enfermera.

- Jefatura del sector rural Sur (Maitenes) a cargo de Enfermera.
- Jefatura del sector rural Oriente (El Colorado) a cargo de Matrón.

Finalmente hay una serie de unidades clínicas asistenciales que requieren de profesionales con competencias específicas a los cuales también les correspondería una asignación municipal de responsabilidad equivalente a las anteriores y estos son:

- Coordinación del Módulo Dental a cargo de Odontóloga.
- Coordinación del Centro Comunitario de Rehabilitación a cargo de Kinesiólogo.
- Coordinación de epidemiologia y del SAPU a cargo de Enfermera.

B. EJE ASISTENCIAL

B (1).- **Aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario:**

Está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad.

Para ello, el Centro de Salud Familiar y las agrupaciones rurales de la comuna de San Clemente, cuanta equipos de salud, que están en un permanente desarrollo de competencias y habilidades apropiadas para aplicar un enfoque sistémico en la atención de salud de las personas, de tal manera de poder abordar de la mejor manera posible el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a los largo del ciclo vital.

El contar con un establecimiento con una planta física hecha para trabajar el modelo sectorizado ha venido a reforzar esta metodología de trabajo en los equipos de salud, lo que no está exento de dificultades, toda vez que existen resistencias importantes al momento realizar los procesos de acomodo de las familias según el ordenamiento territorial establecida.

Algo similar ha comenzado a desarrollarse en las agrupaciones rurales que, desde mediados de 2011 cuentan con equipos profesionales de cabecera más acotados y que atienden a poblaciones de menos tamaño. Con esta estrategia se pretende disminuir la doble consulta en el CESFAM por parte de las comunidades de los sectores rurales, salvo cuando existan las referencias pertinentes de los equipos para recibir otro tipo de prestaciones que se concentran en el CESFAM.

La creación de estas cuatro agrupaciones rurales con poblaciones cercanas a los cinco mil habitantes por cada una y con un menor número de establecimientos a atender está reforzando en los Equipos de Salud Rural su capacidad de manejar de manera más óptima las redes internas, pudiendo otorgar atenciones más apropiadas y oportuna cerca de su lugar de residencia.

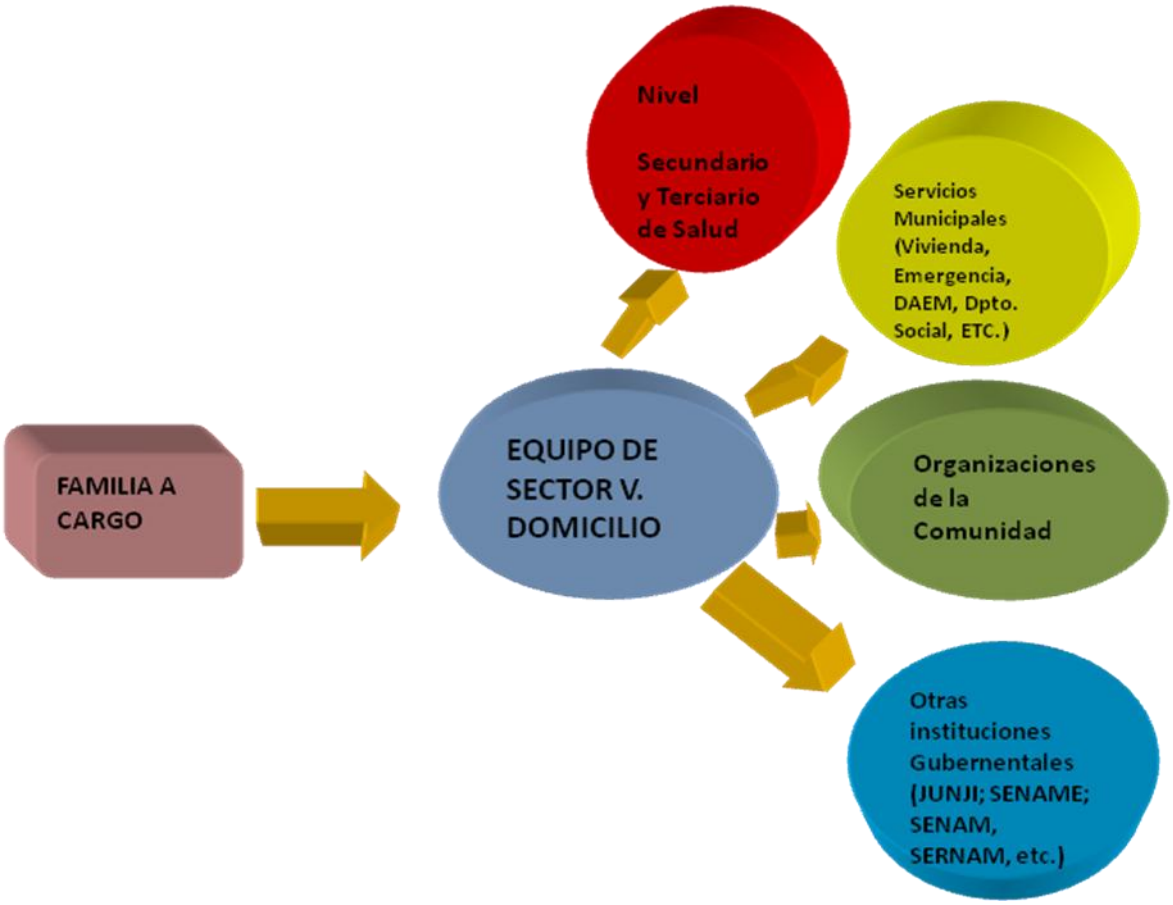
Resulta necesario detenerse a observar el fenómeno demográfico de la comuna de San Clemente, en que se observan varios elementos tener en consideración a la hora de actuar como lo son el alto número de familias monoparentales, disfuncionales en donde más del 40% son mujeres jefas de hogar. Otro hecho relevante son las sostenidas bajas en la tasa de fecundidad en los sectores rurales y el envejecimiento acelerado de la población rural por migración de la población joven al plano urbano de la comuna, lo que además está generando problemas derivados de la mayor presencia de embarazadas adolescentes, adicciones y violencia en población joven del área urbana de la comuna.

Siempre será necesario destacar que la aplicación **del Modelo de Salud Familiar integral con enfoque preventivo y promocional a lo largo del ciclo vital** a las familias, se hace particularmente complejo y costoso, lo que no siempre es comprendido ni por la comunidad, ni por la autoridades políticas comunales, ni por las autoridades técnicas del servicio de salud por las siguientes razones que están vigentes hasta el día de hoy.

- Una gran extensión territorial que dificulta el acceso de los equipos hacia los pacientes y de estos hacia los equipos

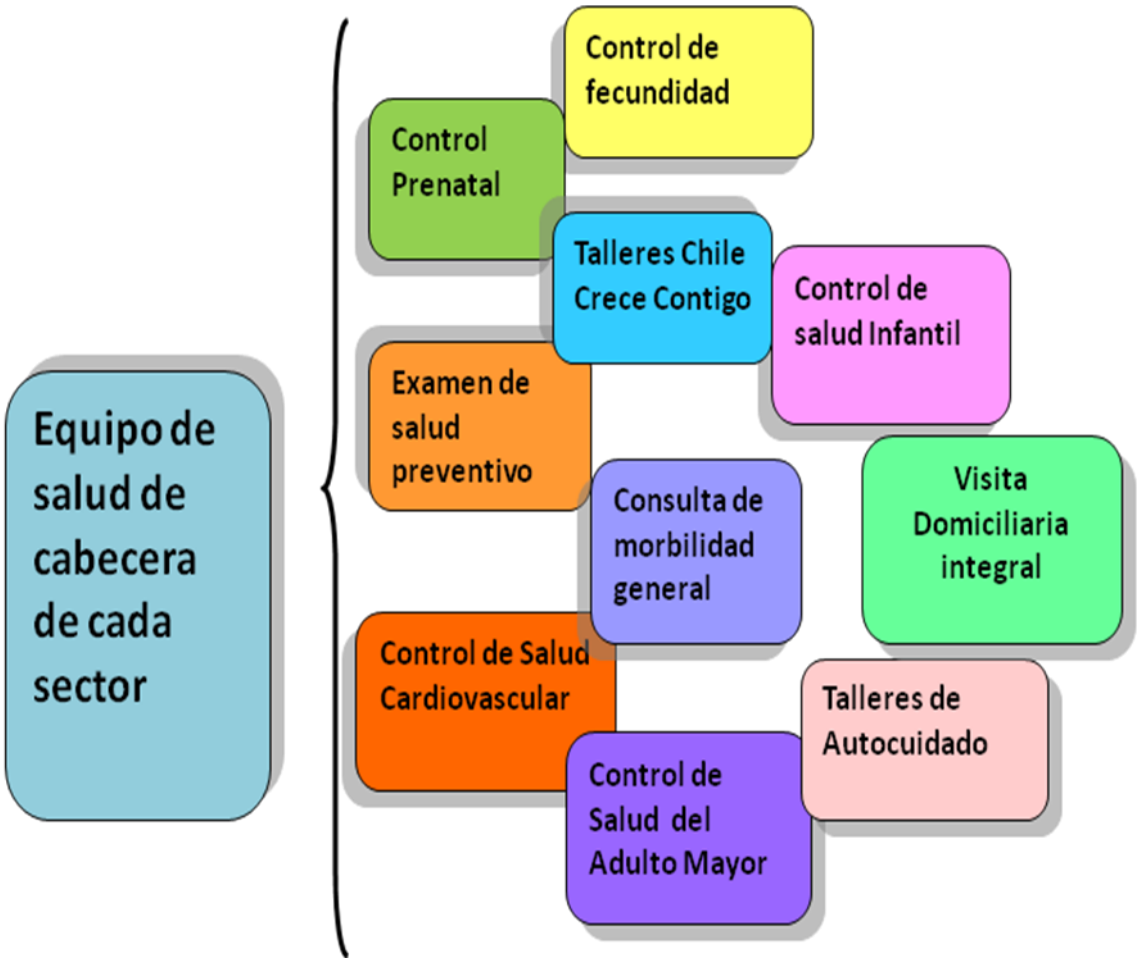
- Tremenda dispersión poblacional y gran número de establecimiento lo que a pesar de todos los esfuerzos realizados sigue habiendo usuarios que tienen dificultad para acceder a estos.
- La gran carga de enfermedad precoz existente derivada de factores absolutamente prevenibles como el sobrepeso, obesidad y sedentarismo.
- Inexistencia de conciencia de autocuidado y buenas prácticas de salud, lo que se expresa en fenómenos de alcoholismo y otras adicciones, accidentes y violencia, desprotección laboral etc.
- Carencia inveterada de recursos en calidad y cantidad para realizar oportuna y apropiadamente las prestaciones de salud, tanto en los establecimientos, como a nivel domiciliario
- Desinterés marcado por participar en actividades educativas y de promoción de la salud por parte de los usuarios, lo que dificulta el empoderamiento de la comunidad en el cuidado de su salud, con responsabilidades compartidas de los miembros de las familias.

B (2).- **Continuidad de la atención y de los cuidados de la salud:**
Continuidad de cuidados se extiende a toda la red (asistencial, comunitaria y social). En APS ésta se origina en cada uno de los equipos de los sectores, lo que asegura una relación cercana con la población a cargo y el debido conocimiento de la misma y con el reconocimiento de las familias de los profesionales de su equipo de cabecera.



B (3).- **Prestación de servicios integrados:**

Cada contacto con el usuario debe incorporar acciones de prevención y promoción. Los equipos deben ser capaces de prestar servicios integrados de acuerdo a las características socioculturales, con énfasis en los problemas psicosociales, prevalentes y emergentes de la población, respetando los derechos de los usuarios.



B (4).- **Resolutividad:**

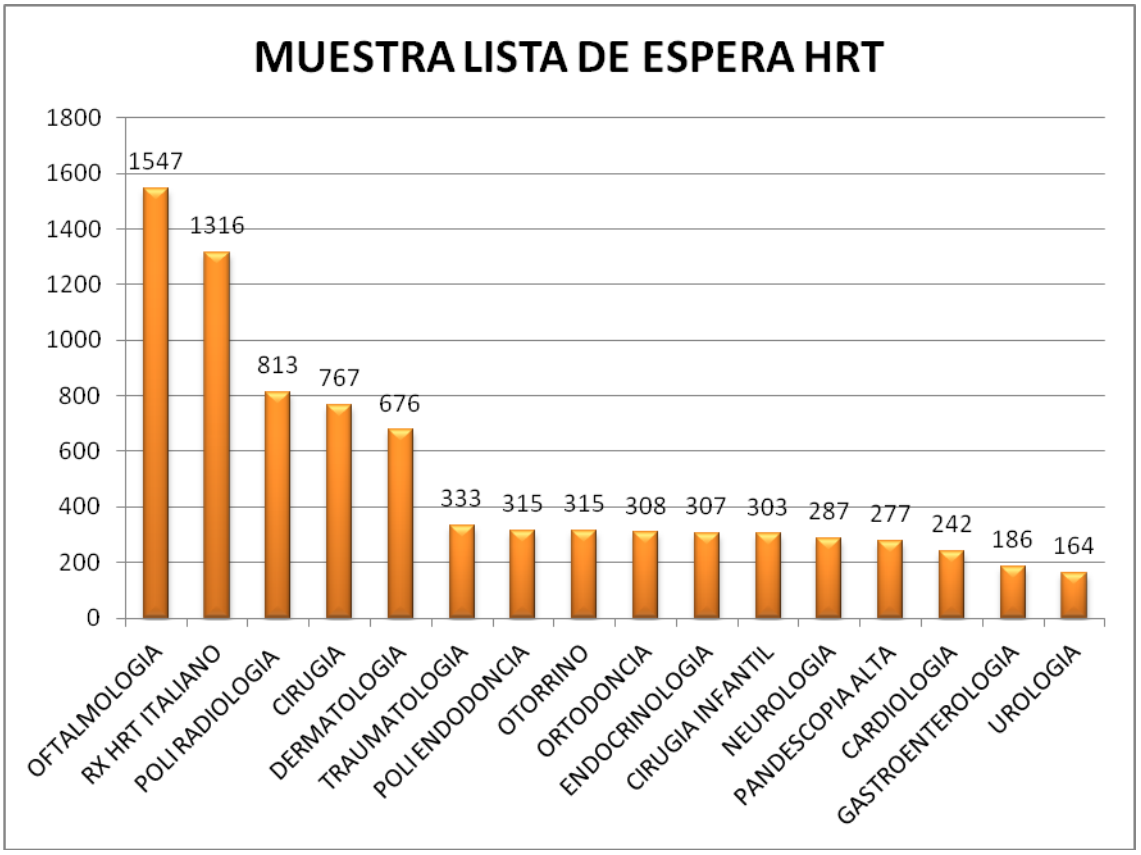
Posibilidad cierta del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas, con capacidad diagnóstica apropiada al medio y excelencia clínica. El Hospital de Talca es el principal centro derivador y en la práctica, el único. Sin embargo la comuna de San Clemente siendo la más extensa y poblada de las capitales de provinciales y de Constitución, no tiene acceso al número de horas de especialidad requeridas para dar respuesta eficiente a las listas de espera, lo que se traduce actualmente en un promedio de cercano al 50 % de interconsultas no GES con una espera superior a 1 año.

Uno de los desafíos que continúa para 2012 es provocar un ordenamiento al sistema interno, mediante la aplicación de un sistema informático de limpieza de listas. Es claro que existen insuficiencias en los procesos internos que se corregirán durante los próximos meses, pero a pesar de los esfuerzos que se puedan desplegar en materia de ordenamiento, seguimos considerando que a nivel de la red regional se requiere la aplicación de estrategias como que los especialistas concurran a las comunas y resuelvan in situ los problemas, como ha ocurrido con la especialidad de Gineco obstetricia y ecografía.

LISTADO DE INTERCONSULTAS EN ESPERA a Noviembre 2011

ESPECIALIDAD	EN ESPERA HRT	ESPECIALIDAD	EN ESPERA HRT
OFTALMOLOGIA	**1.547**	POLI MATER ECO-OBSTETRICA	**72**
RX HRT ITALIANO	**1.316**	PROTESIS REMOVIBLE	**61**
POLI RADIOLOGIA	**813**	POLI MATER MAMAS	**57**
CIRUGIA	**767**	NEFROLOGIA	**52**
DERMATOLOGIA	**676**	POLI MATER ECO-MAMAS	**36**
TRAUMATOLOGIA	**333**	ODONTOLOGIA	**29**
POLI ENDODONCIA	**315**	PSIQUIATRIA	**25**
OTORRINO	**315**	POLI PERIODONCIA	**12**
ORTODONCIA	**308**	POLI TAC	**12**
ENDOCRINOLOGIA	**307**	BRONCOPULMONAR	**9**
CIRUGIA INFANTIL	**303**	PROTESIS FIJA	**9**
NEUROLOGIA	**287**	POLI MATER GINECO - OBSTE	**6**
PANDESCOPIA ALTA	**277**	POLI MATER ALTO RIESGO	**6**
CARDIOLOGIA	**242**	FONOAUDIOLOGIA	**6**
GASTROENTEROLOGIA	**186**	POLI KINESIOLOGIA	**4**
UROLOGIA	**164**	NO USAR..CANCELADO	**4**
PEDIATRIA	**160**	POLI TERAPIA OCUPACIONAL	**2**
GINECOLOGIA	**154**	SALUD DEL PERSONAL	**2**
NEUROCIRUGIA	**139**	PERIODONCIA	**2**
POLIMATER- RX.	**109**	PROCEDIMIENTO DIABETES	**1**
MEDICINA INTERNA	**105**	POLI CIR. BUCAL Y MAX FAC	**1**
CIRUGIA PROCTOLOGIA	**104**	POLI MATRONA PAT.MAMARIA	**1**
REUMATOLOGIA	**87**	DIALISIS	**1**
PANDESCOPIA BAJA	**83**		

TOTAL GENERAL: 9.507



Análisis de la situación:

A la luz de las cifras es evidente que no existe capacidad de respuesta de la red de servicios, particularmente del HRT, no obstante los esfuerzos desplegados por limpiar las listas de espera, todavía hay un trabajo pendiente para subir todas las atenciones otorgadas a nivel local, como ecotomografías, cirugía menor, oftalmología y otras realizadas en APS.

Llama la atención el gran número de IC en espera en Imagenología, lo que pudiese estar ocultando la práctica de sumar todos los procedimientos (Rx. de huesos, Ecotomografías diversas y otros procedimientos).

La limitación de cupos por parte en el HRT no permite disminuir las listas de espera, ya que la generación de Interconsultas sigue siendo mayor que su resolución.

Otro problema sumado a lo anterior, es la gran cantidad de domicilios que no corresponde, como también números telefónicos que no contestan o están fuera del radio de respuesta. En esto influye la extensión territorial y la gran dispersión geográfica dada la ruralidad de la Comuna. Esto obliga a estrategias costosas e ineficientes como la búsqueda de domicilios por largos períodos, además se suma el fenómeno cotidiano de la migración urbana que no es informada oportunamente.

Parte de la solución es dedicar un equipo de a lo menos tres administrativos para la Agenda Médica y Procedimientos, con conexión telefónica full y con un transporte exclusivo para la búsqueda de pacientes.

El Comité de Gestión de Listas de espera que está conformado por un Médico, un Odontólogo, y el Jefe SOME, se reúne de manera regular para tratar estos temas y entregar la a los equipos derivadores, especialmente de los Médicos nuevos, que tienen una mayor dependencia de la interconsulta.

B (5).-**Participación social:**

- Se requiere incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud mediante:

- Corresponsabilidad frente al control de determinantes de la salud (creación de entornos saludables)
- Calidad y pertinencia de los servicios
- Dar cuentas públicas de la gestión y resultados, abrir oportunidades de diálogos ciudadanos, diagnostico y presupuestos participativos.
- Capacitación a líderes, formación de monitores comunitarios.
- Reactivación del Consejo de Desarrollo Local en Salud, además de conseguir la formación de cuatro mesas territoriales para los Rurales.
- Se han definido metas internas en torno al desarrollo y la aplicación periódica de encuestas de satisfacción usuaria, en cada una de las unidades del CESFAM y del sector rural.
- Se han definido metas adicionales para la OIRS en torno a la incorporación de de un sistema de informaciones para los usuarios que permitan anticipar problemas de atochamiento en períodos de alta demanda, entre otras.

B (6).- **Promoción de la salud:**
Debe ser un proceso constante que permita que las personas y familias controlen los factores que determinan su salud. Elementos vitales para este logro son participación y comunicación social educativa.
A partir de los determinantes Sociales establecidos en los diagnósticos participativos con la comunidad, de deben establecer programas de trabajo comunitarios, intersectoriales que den respuesta a las necesidades planteadas.
Durante 2012 se aplicaran acciones de carácter masivo que ya han probado su impacto social, fortaleciendo las determinantes de alimentación saludable, actividad física y consumo perjudicial de tabaco, alcohol y otras drogas, particularmente con acciones vinculadas con las comunidades escolares.

B (7).- **Impacto sanitario***:*
La búsqueda de resultados del accionar de los equipos de salud de cabecera debe ser el eje articulador del quehacer en salud por lo cual se deben establecer metas de resultados en salud locales, más allá incluso de las propuestas en el índice de Atención Primaria y en las de desempeño colectivo. Los equipos ahora con una menor población a cargo deberán ser capaces de confeccionar un programa ejecutable, realizar el correspondiente monitoreo, corregir las distorsiones y ser capaces de evaluarlas de manera sistemática.

B (8).- **Enfoque de género**: Capacidad y desarrollo de habilidades de los equipos de diseñar intervenciones que identifiquen las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios, considerando la participación activa y protagónica de la mujer al interior de la familia, organizaciones comunitarias y laborales. Además de estar en condiciones de reconocer los nuevos roles sociales que el hombre comienza a asumir en materia del cuidado de su salud.

B (9).-**Gestión de Garantías Explicitas en Salud**

El desafío de la red asistencial en asegurar el acceso a la atención, dando respuesta a las necesidades de Salud de la población beneficiaria del sistema público de salud.
La APS es el origen de la demanda dentro de la red, requiere por tanto manejo de sospechas fundadas, diagnóstico y derivación oportuna y pertinente, confirmación diagnóstica, tratamiento según protocolo si compete a nivel primario. Requiere además difusión de protocolos y guías clínicas a los equipos de salud (lo que muchas veces consume horas de capacitación y estudio), información a los usuarios, informatización de la secuencia de los procesos y resguardo de los datos de los pacientes
Así mismo la Gestión de Garantías Explicitas requiere de una organización específica de funciones que buscan velar por el cumplimiento de tales garantías, dicha organización debe considerar más que el car-

go en lo estructural, el cumplimento de la función que se deberá asociar a aquél agente de la estructura existente que más contribuya a cumplirlo, lo cual es una falencia que se pretende corregir creando la figura a nivel comunal de dicho profesional encargado.

Encargado GES

El objetivo del profesional encargado es asegurar la continuidad de la atención del usuario en una red explícita, definida en áreas de atención de salud locales, regionales y nacionales.

Dentro de los aspectos específicos a considerar, el encargado GES debe poseer competencias que le permitan una fluida coordinación de la Red Comunal, Provincial, Regional, de Macro-Red y de los prestadores privados para la derivación y contra derivación. Sus funciones llevadas al ámbito comunal son variadas destacándose:

- Organización de la oferta mediante la programación de la Red
- Monitoreo activo de garantías.
- Monitoreo del registro informático.
- Asegurar los conocimientos técnicos en los equipos profesionales de la red Comunal
- Prevención y resolución de contingencias.
- Monitoreo de la producción y la capacidad productiva.
- Entrega oportuna de información y resolución de reclamos (referido a usuarios – beneficiarios)
- Liderazgo operativo con evaluación permanente y periódica del Equipo GES

Monitor SIGGES

En su réplica comunal debe asegurar la calidad y oportunidad de la información asociada al SIGGES y el registro confiable y oportuno, para lo cual hay los siguientes aspectos específicos a considerar:

- Registro y sistema de información para el monitoreo.
- Articulación y liderazgo de una red de monitores por Establecimiento de Salud.
- Calidad y oportunidad del registro.
- Monitoreo de la implantación.
- Acompañamiento en la adopción y uso de las prácticas y herramientas.
- Operacionalización de los procedimientos de Registro.
- Coordinación Capacitación de los usuarios e información a los usuarios SIS.
- Resolución de dudas de registro y contingencias.

Digitador SIGGES

El objetivo de este funcionario es realizar el registro de información respectiva en la herramienta SIGGES con la calidad, confiabilidad y oportunidad requerida y deberá considerar los siguientes aspectos específicos.

- Ingreso de eventos parametrizados para cada problema de Salud: IPD, SIC;
- Prestaciones otorgadas, Orden de Atención.
- Ingreso de toda la actividad de producción asociada a la actividad GES del establecimiento.
- Uso de CAT: define código de trazadoras de registro para pago y monitoreo.
- Calidad y oportunidad de registro.
- Resolución de dudas de registro y contingencias.
- Reporte de errores y reingreso de modificación en el sistema SIGGES.
- Seguimiento de casos con problemas de registro en conjunto con el monitor SIGGES.
- Actuar como fuente de información interna de temas relacionados al registro.

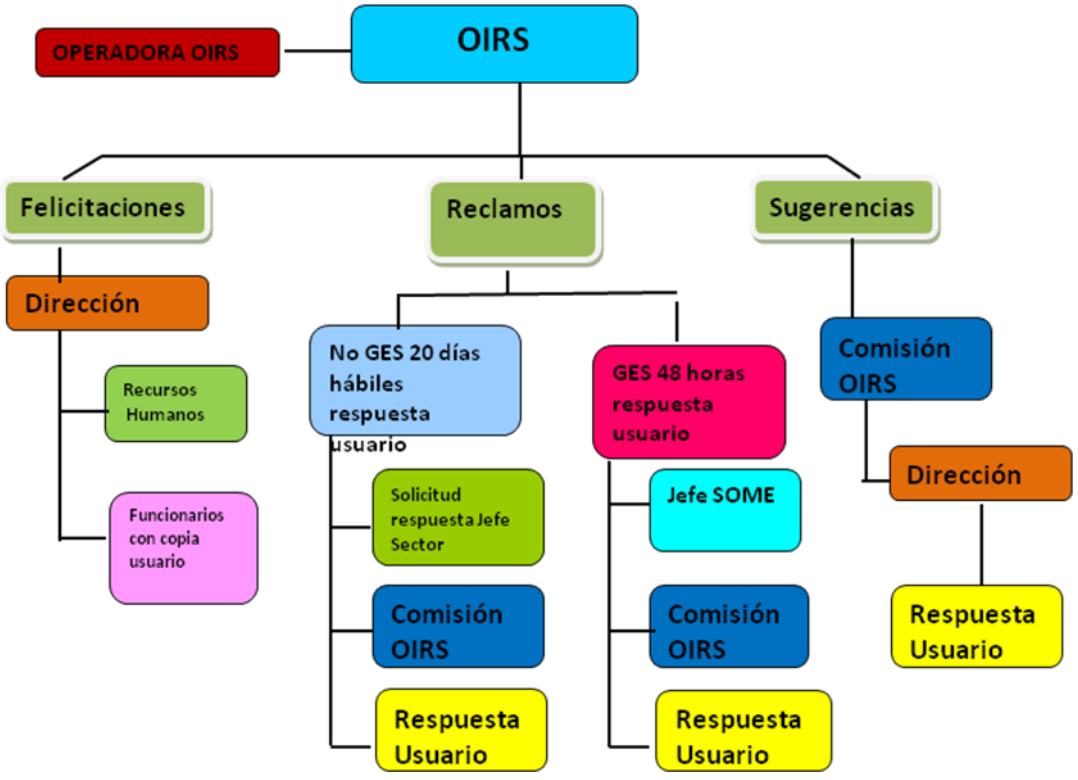
Encargados de las Oficinas OIRS/ Reclamos Ges:

Asegurar la información a la comunidad y los beneficiarios de las garantías explícitas y sus derechos y obligaciones, así como el ciclo de reclamos GES y su resolución. Debe ser un profesional con conocimientos en salud y algunos aspectos específicos son:

- Coordinación con oficinas OIRS (Retroalimentación para la toma de decisiones)
- Mantener Coordinación Fluida con FONASA.
- Desarrollar un Plan Comunicacional Interno y Externo
- Creación de redes comunicacionales al interior del sistema
- Monitoreo de reclamos GES, pertinencia, resolución o disolución.

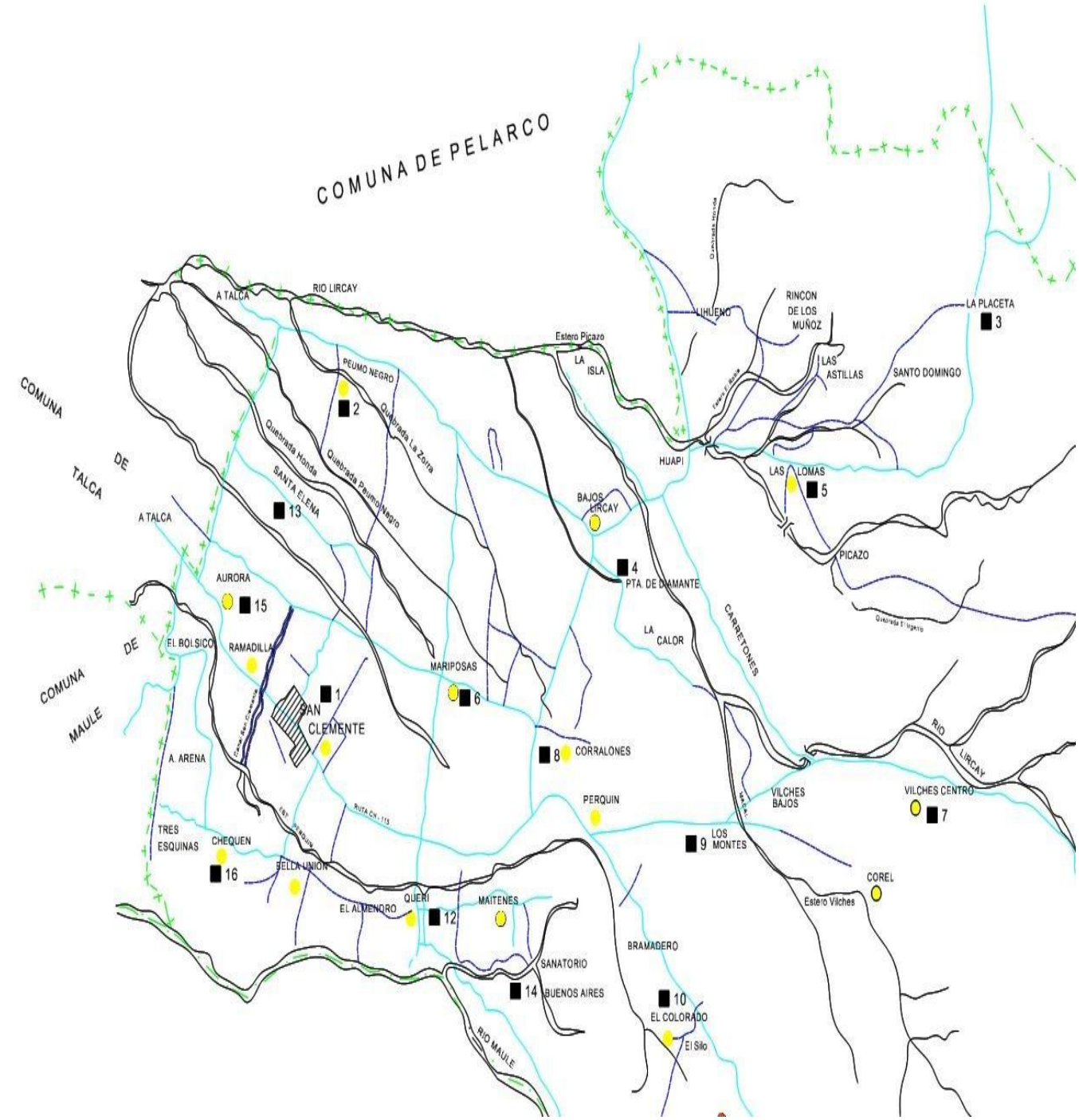
El proceso de evaluación del estado de cumplimiento de las garantías, resulta de vital importancia, ya que permite conocer el cumplimiento de lo establecido por la ley e identificar los riesgos de incumplimiento que deberán ser vistos con siguiente nivel de gestión dado en la figura del gestor de Red del Servicio de Salud.

FLUJOGRAMA DE RECLAMOS INFORMACIONES Y SUGERENCIAS



VIII. DIAGNÓSTICO INTEGRADO DE LA COMUNA DE SAN CLEMENTE

MAPA COMUNAL



a). Características sociodemográficas, geográficas y económicas

La comuna de San Clemente es la más grande de la VII Región del Maule, se localiza en el sector oriente de la provincia de Talca, a 21 kilómetros de esta Ciudad.

Posee una superficie de de 4.504 Km2 y una población de 39.789 habitantes (19.718 mujeres y 20.071 varones), San Clemente tiene el 12,93% de la población Provincial, un 69,61% pertenece a población rural y peri urbana y 30,39% a población urbana, según proyección del censo 2002 INE.
Según la base de inscritos Percápita cuyo total es de 41.721 inscritos FONASA, se estima que un 54.5% se concentra en el sector urbano y peri-urbano, el 45.5% restante se encuentra distribuido en un amplio territorio rural. Siendo la Densidad poblacional de 8,83 habitantes x Km2.
La Comuna de San Clemente limita al norte con la Comuna de Pelarco, Río Claro y Molina, al Este con la Frontera Argentina; al Sur con las comunas de Colbún y Yerbas Buenas; al Oeste con la Comuna de Maule y Talca.
Relieve: Depresión Intermedia, Pre-cordillera y Cordillera de los Andes.
Clima: Mediterráneo
Hidrografía: Río Maule con sus afluentes el Melado, Claro y Lircay.
Actividad Económica:
Predomina la Agricultura, con la producción de cultivos tradicionales, (papa, remolacha, maíz, trigo, poroto) los que francamente se encuentran en retroceso, dando paso a cultivos en escala industrial de frutales, olivares, viñedos y otros cultivos para la exportación que utilizan mano de obra intensiva casi durante todo el año. En menor proporción aparece la silvicultura que se ubica de preferencia en los faldeos cordilleranos del sector norte de la comuna. La cuenca del río Maule cuenta con 6 centrales hidroeléctricas que lo categorizan como la más importante en producción energética del país, actualmente con nuevos proyectos en ejecución.
San Clemente posee un potencial turístico en vías de desarrollo caracterizad por su geografía singular, valle pre-cordillerano, cordillera, afluentes y laguna del Maule con paisajes de gran valor y belleza.
Especial importancia reviste en la alta cordillera de Vilches, la existencia de terrazas de impresionante perfección arquitectónica, cuyo origen no tiene explicación terrestre; además de la existencia de relatos de avistamiento de OVNIS, ha generado un despliegue de visita de curiosos turistas nacionales y extranjeros al lugar denominado el “Enladrillado”.
Al mismo tiempo, la generosa naturaleza atrae gran cantidad de turistas y veraneantes en la época estival, que concurren a los establecimientos de salud, adquiriendo, la población flotante dimensiones inmensurables, demandantes de servicios de salud, particularmente atenciones de urgencia, morbilidad aguda y todo tipo de accidentes.
El análisis de las características de la economía local lleva a la elaboración de algunas conclusiones que tienen repercusión directa sobre la prestación de servicios de salud y sobre la situación de salud de la comunidad, a saber:

- La población flotante de vacacionistas en la comuna durante los fines de semana puede superar las treinta mil personas, sea por el atractivo de las nevadas en invierno, como por la numerosa cantidad de lugares vacacionales durante la época estival.
- La existencia de cultivos que requieren numerosa mano de obra durante casi todo el año mantiene un contingente de población flotante de temporeros y temporeras no menor.
- Se han incrementado de manera notoria los accidentes ligados a las carreteras de la comuna y se espera que una vez abierto el paso Pehuenche los riesgos se incrementarán.
- Un dato a considerar en la economía local es que los sectores rurales se están despoblando de personas en edades productivas, generando un alto contingente de adultos mayores en condiciones de abandono y soledad y por otro lado el fenómeno de la migración hacia el plano urbano está gene-

rando una presión en los servicios de salud que hacen que el CESFAM y el SAPU se encuentren a su máxima capacidad.

- Se estima que hacia el 2015 la población urbana de San Clemente va a superar los 35 mil habitantes.

b). INDICADORES BIODEMOGRAFICOS:

INDICADORES	TASAS A NIVEL PAIS CHILE	TASAS REGION DEL MAULE	TASAS SAN CLEMENTE
MORTALIDAD INFANTIL > 1 año x 1000 NV.	8,3	8.2	9.1
MORTALIDAD NEONATAL Menos de 28 días	5,6	5.7	9.1
MORTALIDAD FETAL TARDIA	2,7	6.4	9.1
MORTALIDAD PERINATAL	4,3	11.7	14.4
MORTALIDAD MATERNA	19.8 X 1000 RNV	0.7	0.0
MORTALIDAD POR ABORTO	Materna 2.0% aborto 0.2%	0.0	0.0
NATALIDAD	14.9	14.9	14.1
ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO	99,8	99.7	100.0
*FECUNDIDAD GENERAL	56.9	54.8	52.2
MORTALIDAD GENERAL	5,6	5.9	5.3
DESNUTRICION	0.3	0.3	0.5
RURALIDAD	12.3	32.5	64.0
DENSIDAD	20 hab/km²	32.7 hab/km²	8.6 hab/km²
MORTALIDAD C.V.	28.2	177.8	190.9
ANALFABETISMO	4.3	7.3	11.9
POBREZA	Indigencia: 3.2% No Indigente: 10.5% Total pobres: 13.0 % No pobres: 87.0%	Indigencia: 4.2% No indigente: 13.5% Total pobres: 17.7% No pobres: 82.3%	Indigencia: 13.2% No indigente: 14.2% Total pobres: 17.4% No pobres : 82.6%
INDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH)	0.775	0.708	0.633

Fuente: departamento de estadísticas e información del ministerio de salud.
Fuente: INE, CASEN, DEIS, MINSAL 2008

c). POBLACIÓN INSCRITA ACTIVA A OCTUBRE 2011

FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	TOTAL
24.263	13.321	2.349	1.788	42.005

ESTABLECIMIENTOS	TOTAL	0- 9 años	10–19 años	20-64 años	65 y + años	Pob. Fem. total	Pob. Fem. 15-49
TOTAL COMUNAL	41.721	5.737	6.804	24.844	4.336	20.555	10.705
CESFAM	23.441	3.613	3.954	13.793	2.081	11.938	6.218
SECTOR AZUL	6.477	1.028	1.028	3.848	573	3.295	1.716
SAN MAXIMO	4.192	705	925	2.379	183	2.146	1.118
SECTOR ROJO	4.925	826	751	2.793	555	2.600	1.354
SECTOR VERDE	6.288	893	899	3.929	567	3.061	1.594
CHILE NUEVO	1.559	161	351	844	203	836	435
AURORA	2.057	258	348	1.214	237	1.037	540
PEUMO NEGRO	853	81	149	526	97	395	206
CHEQUEN	1.345	189	206	816	134	619	322
SANTA ELENA	1.019	110	156	645	108	465	242
MAITENES	1.618	188	256	975	199	764	398
VILCHES	1.181	108	173	668	232	560	292
CORRALONES	1.443	145	221	888	189	667	347
BUENOS AIRES	719	81	108	447	83	346	180
COLORADO	1.957	296	289	1.156	216	980	510
LOS MONTES	985	117	172	597	99	454	236
LA SUIZA	660	64	84	433	79	268	140
LA MINA	95	7	7	70	11	30	16
MARIPOSAS	2.009	243	339	1.212	215	962	501
PUNTA DE DIAMANTE	1.059	108	138	623	190	490	255
LAS LOMAS	915	99	155	552	109	435	227
LA PLACETA	365	30	49	229	57	145	76

INFORMACION PERCAPITA DEPARTAMENTO SAN CLEMENTE, 05 DE NOV. 2011.
(Corrección de población INE 2002

d). DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN LOS SECTORES Y ESTABLECIMIENTOS

SECTORES ESTABLECIMIENTOS		POBLACIÓN
CESFAM J.C. BAEZA	SECTOR AZUL	6.477
	SECTOR ROJO	4.925
	SECTOR VERDE	6.288
	CECOSF CHILE NUEVO	1.559
	USAF SAN MÁXIMO	4.192
	TOTAL CESFAM	23.441
SECTOR RURAL PONIENTE	AURORA	2.057
	SANTA ELENA	1.019
	CHEQUEN	1.852
	P. NEGRO	853
SECTOR RURAL NORTE	MARIPOSAS	2.009
	PUNTA DE DIAMANTE	1.059
	LAS LOMAS	915
	LA PLACETA	365
SECTOR RURAL SUR	MAITENES	1.618
	CORRALONES	1.443
	VILCHES	1.181
	BUENOS AIRES	719
SECTOR RURAL ORIENTE	COLORADO	1.957
	LOS MONTES	985
	LA SUIZA	660
	LA MINA	95
TOTAL COMUNA DE SAN CLEMENTE		41.721

FUENTE BASE DE DATOS INSCRITO III VALIDACIÓN FONASA OCTUBRE 2011

IX. DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL

El Departamento de Salud se mantiene enfrentado en los últimos años a diversos desafíos institucionales que será necesario continuar trabajando y deben ser la visión objetivo que mueva a todo el sistema.

- Desarrollar un modelo organizacional dinámico, capaz de auto adaptarse a los constantes cambios, consolidando una estructura organizacional que de cuenta de la diversidad y complejidad comunal.
- Consolidar la aplicación del Modelo de Atención con Enfoque de Salud Familiar Integral a lo largo del ciclo vital de personas y familias tanto en el ámbito urbano como en los sectores rurales.
- Incorporar el concepto de trabajo sectorizado como un pilar fundamental en el desarrollo de la gestión técnica –administrativa de salud en la comuna, conformando equipos estables a cargo de poblaciones específicas reconocidas.
- Instalar la gestión de garantías en salud aplicando herramientas de la informática y de las comunicaciones apropiadas y accesibles al medio en que se desenvuelven los equipos de salud.
- Fortalecer la gestión de la demanda de atención de urgencia mediante el mejoramiento de la atención de la red de urgencia comunal basada en un SAPU altamente demandado.
- Desarrollar acciones de rehabilitación en particular dirigidas a los segmentos más envejecidos de la población a través del trabajo de Rehabilitación de Base Comunitaria que parte con la creación y desarrollo del CCR.
- Establecer una administración financiera y administrativa basada en la generación de centros de costos, sobre la base de la búsqueda de resultados.
- Mejorar la calidad de los recursos humanos a través de la aplicación de una política institucional de desarrollo de recursos humanos que considere capacitación en base a competencias, carrera funcionaria y servicio de bienestar y apoyo familiar a los funcionarios.

ANÁLISIS FODA

Fortalezas: Identificadas como avances en la gestión administrativa

- Conformación de ocho equipos de cabecera de salud familiar, cuatro urbanos y cuatro rurales.
- Reorganización institucional a contar del segundo semestre 2011 que implica contar con nuevos reglamentos de calificaciones y de carrera funcionaria.
- Desarrollo de instancias de discusión y análisis técnico para el mejoramiento de la gestión en diferentes grados de avance y maduración como el Comité Gestor Comunal y otras comisiones y comités temáticos al interior de la organización.
- Conocimiento general de la población, su estructura demográfica y tipología familiar por parte de los equipos sectoriales.
- Establecimientos modernos, reconociendo que prácticamente la rede de salud comunal tiene una antigüedad promedio menor a los 15 años.
- Equipos de salud dotados de la experiencia suficiente para enfrentar los desafíos cambiantes en la condición de salud de la comunidad.
- Cobertura comunal de los programas básicos con la sectorización urbana y rural.
- Existencia de un grupo de profesionales con perfeccionamiento y capacitación de post grado tanto en el país, como en el extranjero.
- Mejoría en los niveles de capacitación en el Modelo Familiar.
- Proyectos de construcción de nueva infraestructura como el CCR y próximamente la Unidad de Salud de San Máximo.

- Inicio de la ejecución de auditorías Técnicas por parte de los distintos Jefes de Programa, lo cual genera herramientas para el mejoramiento de los estándares de Calidad de Atención y desempeños de los programas.
- Existencia de un diseño de desarrollo informático de los procesos institucionales en ejecución y desarrollo de programas específicos para resolver los problemas de gestión clínica.

Oportunidades: Identificadas como condiciones externas que deben ser aprovechadas
- Mejoramiento de la infraestructura a través de la construcción del CESFAM que atiende al 50% de la población y que dadas sus condiciones arquitectónicas permite implementar el modelo de salud familiar.
- Nuevos Programas de salud emergentes en materia de rehabilitación que permiten una mejoría de la resolutividad.
- Reorganización integral del departamento de salud, creando una estructura organizacional acorde a las actuales condiciones de la comuna.
- Reconocimiento de Comuna Vulnerable que permite la inyección de recursos adicionales.
- Convenios Colaborativos con distintos Centros Educacionales Superiores.
- Implementación del Autocuidado de los funcionarios, entendiendo que las resistencias permanentes y la presión asistencial, generan en los equipos un desgaste laboral.
- Activación del Consejo de desarrollo del CESFAM y conformación de cuatro mesas territoriales rurales.

Debilidades: Son aquellos aspectos institucionales que determinan condiciones negativas
- Rotación del personal de salud que impide la consolidación de los equipos de sector.
- Resistencia al cambio en relación al nuevo modelo, tanto de usuarios de los funcionarios.
- Resistencia al uso de tecnologías de informática para la administración del sistema.
- Equipos de salud incompletos lo que sumado a la alta rotación de profesionales provoco frecuentes desbalances entre la oferta y la demanda, particularmente en lo referido a horas médicas, de odontólogo y otros profesionales en falencia.
- Falencias en la profundización sobre el manejo de avanzado de herramientas prácticas del modelo de salud familiar.
- Falta de interés real por la capacitación desde la perspectiva de incorporación de nuevas competencias, solo se valora como posibilidad para acceder a mejores niveles de renta.
- Falta de respeto por la línea jerárquica, pasando por alto a las jefaturas intermedias, situación endémica en el Departamento de Salud.
- Aporte municipal insuficiente que obliga a utilizar todo el financiamiento Percápita en la gestión de salud lo que implica no disponer de todos los medios necesarios para cumplir a cabalidad con las funciones encomendadas.
- Alto ausentismo laboral y abuso de licencias médicas, lo que podría explicarse en un deterioro del clima laboral y las condiciones de trabajo.
- Falta de trabajo de equipo entendido como constituir fuerzas de tarea con metas comunes.
- Falta de interés del personal por interaccionar las agrupaciones comunitarias..
- Sistema de registros estadísticos deficiente y absolutizado por carencia de un buen soporte informático.
- Escaso compromiso de dirigentes vecinales con el ámbito de salud, lo que se expresa en la baja asistencia en las reuniones de salud.

Amenazas: Factores Externos que inciden negativamente en los resultados institucionales

- Acceso estrecho al CESFAM que no permite una circulación vehicular expedita y riesgo de accidentes vehiculares y atropellos.
- Ubicación del CESFAM distante del centro de la comuna y del resto de dependencias de salud.
- Gran extensión geográfica de la comuna y dispersión de los habitantes.
- La obligación de la correcta y oportuna aplicación del GES con tremendas exigencias tecnológicas, de recursos humanos, de fármacos, de infraestructura y equipos, a lo que se suma la creciente presión de la comunidad por sobreespectativas en el sistema.
- Altos índices de pobreza comunales, especialmente en los sectores rurales y en la periferia del plano urbano.
- Creciente agresividad de los usuarios hacia todo el sistema de salud, especialmente en SAPU.
- SAPU sobrepasado en demanda y carente de una infraestructura suficiente y eficiente.
- Recursos de salud invertidos en funcionarios que no prestan funciones a salud.
- Presión de los funcionarios por demandas salariales y beneficios, con una organización gremial atomizada en cuatro asociaciones.
- Exceso de personal no profesional no capacitado para la labor de salud con el nuevo enfoque de atención.
- Comuna poco atractiva para el desarrollo profesional, agudizado por la falta de expectativas de estabilidad laboral y la correspondiente rotación de profesionales

X. EVALUACION DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y TECNICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

a) EVALUACIÓN GENERAL DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD 2011

- Atención en extensión Horaria Médica y Dental
- Incorporación de horas profesionales de médico, odontólogo, Asistente Social, Nutricionista, Matrona, Enfermera, Psicóloga para programa de Salud Mental.
- Aumento de Horas Profesionales para la continuidad de la implementación del Chile Crece Contigo en la comuna.
- Implementación de la Atención de especialidades: Pediatría, ERA, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cardiología.
- Contratación de los 2° TENS de apoyo para trabajo comunitario en las Postas Rurales de San Elena, Maitenes, Los Montes, Las Lomas, Corralones.
- Continuidad de un TENS de apoyo desde el SAPU en despacho de ambulancia en los llamados de urgencia.
- Implementación de Equipamiento de apoyo: Equipo de Rayos Dental, Pabellón de Cirugía Menor, Ecográfico para screening y un segundo ecógrafo recuperado para ecografía obstétrica precoz.
- Continuidad de Convenios con Universidades: Católica del Maule, Talca, Autónoma, Santo Tomás, INACAP, con beneficios de implementación informática.
- Instalación rotativa de clínica dental móvil en sectores rurales.
- Visitas a Pacientes Postrados y sus familias por parte de los equipos sectoriales.
- Disponibilidad de horas medicas en extensión horaria para atención de salud mental.
- Resectorización de los equipos rurales de subiendo de tres a cuatro equipos.
- Incorporación del CECOSF Chile Nuevo al CESFAM.

b) **CONVENIOS DE TRANFERENCIA DE RECURSOS ADICIONALES 2011**

ITEM	PRESUPUESTO	TRANSFERIDO	GASTO	SALDO	POR TRANSFERIR
Resolutividad	32.747.772	16.745.986	0	16.745.986	16.001.786
Cirugía Menor	4.837.794	2.902.677	0	2.902.677	1.935.117
Mamografías	9.400.706	4.868.325	3.934.000	934.325	4.532.381
Radiografías de Pelvis	1.930.247	1.930.247	1.635.000	295.247	0
Ecotomografías Abdominal	4.102.569	2.461.541	33.336	2.428.205	1.641.028
Estipendios	12.919.200	10.766.000	9.818.592	1.373.008	2.153.200
SAPU Verano	15.546.890	15.546.890	8.582.823	6.964.067	0
SAPU	153.941.749	128.745.801	92.590.052	36.155.749	25.195.948
Sala Era	14.229.552	12.071.960	2.724.173	9.347.787	2.157.592
Chile Crece Contigo	34.800.000	34.800.000	13.874.001	20.925.999	0
Rehabilitación	22.054.307	13.232.584	347.626	12.884.958	8.821.723
Odontológico Adulto	17.273.564	10.364.138	2.762.016	7.602.122	6.909.426
Odontológico Integral	74.645.325	42.987.196	7.382.989	35.604.207	31.658.129
Odontológico Familiar	20.657.301	12.394.380	3.571.582	8.822.798	8.262.921
Complemento Laboratorio	20.542.003	12.325.202	8.390.572	3.934.630	8.216.801
Capacitación año	4.537.608	4.537.608	3.629.855	907.753	0
Radiografías de Tórax	2.642.168	1.321.084	0	1.321.084	1.321.084
Apoyo a la Gestión	19.713.532	16.335.000	11.616.106	4.718.894	3.378.532
Equidad Rural	56.955.719	34.173.431	21.043.944	13.129.487	22.782.288
Mantenimiento Infraestruc-tura	12.040.545	7.224.327	0	7.224.327	4.816.218
CECOF	93.482.374	85.391.111	45.862.830	39.528.281	8.091.263
Salud Mental	6.431.000	3.858.600	3.271.335	587.265	2.572.400
Diplomado Salud Familiar	1.400.000	1.400.000	0	1.400.000	0
Bonos				0	
Coopeuch				500.739	
Promoción	10.000.000	10.000.000	1.135.059	8.864.941	0
Total	646.831.925	486.384.088	242.205.891	245.104.536	160.447.837

Fuente: finanzas salud octubre 2011

c) **AVANCES EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL**

Administración:

- Rediseño de la estructura organizacional del departamento de salud comunal, de salud rural y del sector urbano.
- Reglamento de Calificaciones del Personal.
- Actualización del reglamento de carrera funcionaria y de organización.
- Llamado a concurso el cargo de Director CESFAM.
- Normalización de la dotación mediante llamado a concurso público.
- Creación de la Dirección Médica del SAPU.

Infraestructura:

- Reposición del CCR
- Remodelación y ampliación de Bodega de Farmacia Comunal.
- Mejoramiento de Instalaciones EMR San Manuel.
- Ampliación SOME en Colorado, Mariposas y Maitenes.
- Normalización arquitectónica del Servicio de Urgencia.
- Remodelación CECOSF Aurora.
- Proyecto de Construcción de Unidad de Salud Familiar San Máximo.

Parque Vehicular:

- Adquisición de Segundo Veículo Suzuki Celerio para visita domiciliaria en CESFAM.
- Reposición de ambulancia. (proyecto en trámite)
- Habilitación de móvil para atención de pacientes postrados y atención domiciliaria.

d) **EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD**

(Base: cumplimiento de los indicadores relativos a IIAPS y Metas de Desempeño Colectivo).

CUMPLIMIENTO DE METAS ASIGNACIÓN DE DESEMPEÑO COLECTIVO SEPTIEMBRE 2011.

META1: Cobertura de Examen de Desarrollo Psicomotor 18 meses (83.4 %) 496	Niños 18 meses bajo control/ Niños 18 meses con EDPM Cobertura Observada **Meta** Grado de Cumplimiento	 **382** **77.02 %**
META 2: Cobertura de Papanicolaou. (63.2 %) 10.141	Mujeres 25 a 64 años inscritas/ Mujeres 25 a 64 años con PAP vigente Cobertura Observada **Meta** Grado de cumplimiento	A JUNIO De 10.141 mujeres 6.158 con PAP vigente **57.3 %**
META 3.1: Cobertura alta odontológica total en Adolescentes de 12 años. (70 %)- 434	Niños de 12 años inscritos/ Niños de 12 años con alta odontológica total Cobertura Observada **Meta** Grado de Cumplimiento	 **305** **70.28 %**
META 3.2: Cobertura alta	Población Embarazadas/	**234**

odontológica Integral mujeres embarazadas (57.9 %) 343	Embarazadas con alta odontológica integral Cobertura Observada	**68.22 %**
META 3.3.Cobertura Alta Odontológica en Niños/as de 6 años (69.3%) **Meta: 383**	Niños de 12 años inscritos/ Niños de 12 años con alta odontológica total Cobertura Observada Grado de Cumplimiento	**273** **71.28%**
META 4: Compensación de personas con Diabetes bajo control en grupo de 20 y mas (30%)	Diabéticos 20 y mas Compensados Población Diabéticos de 20 años y mas Bajo Control Compensados Cobertura observada **Meta** Grado de Cumplimiento	De 1525 DM. 501 están compensados **32.0 %**
META 5: Compensación Pacientes hipertensos bajo control en grupo de 20 años y más (60%)	Hipertensos 20 y mas años bajo control Pacientes hipertensos compensados Cobertura Observada **Meta** Grado de Cumplimiento	**De 4.760 HTA.** **3.218 están compensados** **67.60%**
META 6: Porcentaje de obesos menores de 6 años bajo control niños obesos **(11%)**	Total niños obesos junio 2009 Total niños bajo control junio 2009 Meta Grado de Cumplimiento	De **3.070** niños(as) **393** son Obesos **12.8 %**
META 7: Consejos de Desarrollo de Salud Funcionando Regularmente. **(100 %)**	Grado de Cumplimiento	**100 %**

INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (ENERO-SEPTIEMBRE 2011)

75%

META	COMPONENTE	INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO
1	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años	(N° de Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años/pobl. Masculina de 20 a 44 años inscrita, menos pobl. Bajo control en programa salud cardiovascular)*100	**18.2%** **1.024**	**1.028** **100.39%**
2	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en Mujeres de 45 a 64 años	(N° de (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años/ población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular *100	**25%** **869**	**693** **79.75 %**
3	Cobertura de evaluación	N° de adultos de 65 y mas años	**44.9%**	**1.357**

	Funcional del Adulto Mayor (EFAM) de 65 y mas años	con examen de funcionalidad vigente / población inscrita de 65 años y mas (menos 5% de la población) se asume que el 5% son postrados	**1.813**	**74.85%**
4	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	Ingresadas antes de las 14 semanas a control / total de mujeres embarazadas ingresadas a control *100	**85%** **< 14 sem.**	**De 538 ingresos, 470 son < a las 14 semanas** **87.36 %**
5	Examen de Salud Adolescente, de 10 a 14 años 5%		**5%** **169**	**136** **80.47%**
6	Altas Odontológicas Totales < 20 á.	No. de Altas Totales en Población menor de 20 á/población inscrita de < de 20 á)x 100	**19%** **2.351**	**71.12 %** **1.672**
7	Gestión de Reclamos Antes de los 20 días		**90%**	**86%**
8	Cobertura de diabetes mellitas 2 en personas de 15 y mas	Diabéticos de 15 y mas esperados según prevalencia *100	**42%** **1.318**	**1.538** **48.9%**
9	Cobertura de hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 y mas años	N° de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y mas años, esperados según prevalencia *100	**65%** **4430**	**4897** **71.86%,**
10	Porcentaje de niños y niñas de 12 y 23 meses con Riesgo y Retraso del desarrollo psicomotor recuperados	(Niños y Niñas de 12 a 23 meses recuperados del riesgo o retraso Desarrollo Sicomotor del periodo/ Niños y Niñas entre 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo o retraso Desarrollo sicomotor del periodo)x 100	**50%**	**100%**
11	Tasa de visita integral	N° visitas integrales realizadas / N° de familias (población inscrita / 4)	**0.18%** **1.800**	**2.412** **134%**
12	Tasa de visita a paciente postrado	N° visitas a pacientes postrados realizadas con fines de tratamiento/ N° total de postrados moderados y severos excluidos postrados de cuidados cáncer Terminal	**20 visitas** **1.200**	**1.327** **110.58%**
13	Brindar Atención de Salud hasta las 20 hrs.		**100%**	**100%**
14	Cumplimiento GES en A. Primaria		**100%**	**100%**

e) **PRESTACIONES DE MAYOR DEMANDA ENERO A OCTUBRE 2011**

PRESTACIONES	TOTAL 2011	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
Consultas por morbilidad Médica	22.487	2.246	1.976	2.618	1.961	2.322	2.312	2.096	2.668	1.963	2.325
Consulta Médicas de Urgencia	38.091	3.988	3.773	3.915	3.427	3.591	3.996	3.144	3.099	4.456	4.702
Consulta de urgencia T. Paramédico PSR	23.588	1988	1651	2299	2396	2906	2584	2797	2888	2009	2070
Consulta Médica infantil de causa respiratoria	3.067	256	193	300	299	373	440	280	325	256	345
Atenciones kinesiológicas sala ERA	1.601	139	127	190	75	100	178	166	160	247	219
Atenciones kinesiológicas sala IRA	4.482	289	153	287	208	518	854	774	479	359	561
Atención medica sala ERA	591	55	0	58	34	84	49	89	79	73	70
Atención Médica sala IRA	238	0	0	0	21	36	29	33	47	37	35
Procedimientos kinesiológicos	1.609	120	46	202	84	211	198	198	172	202	176

f) **PRESTACIONES DE OTROS PROFESIONALES Y PROGRAMAS PROMEDIO MENSUAL 2011**

:

PROFESIONALES/SERVICIO	Atenciones Mensuales promedio
MÓDULO DENTAL	1.846
ODONTÓLOGO (urgencias, Actividades preventivas y actividades curativas)	4.043
ENFERMERA (intrabox)	1.868
MATRONA (intrabox)	2.311
NUTRICIONISTA (Intrabox)	921
PSICOLOGO (intrabox)	374
ASISTENTE SOCIAL (intrabox)	318

g) DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Categoría	Profesión o Actividad	2011		Contratos 30/9/11		2012	
		Nº cargos	Nº horas	Nº cargos	Nº horas	Nº cargos	Nº horas
A	Médico	11	484	12	495	12	528
	Dentista	7,5	330	9	319	9,5	418
	Químico-Farmacéutico	0	0	0	0	0	0
	Bioquímico	0	0	0	0	0	0
	otros (especificar)	0	0	0	0	0	0
B	Asistente Social	7,5	330	9	396	9	396
	Enfermera	10	440	11	484	11	484
	Kinesiólogo	4,5	198	7	338	6	264
	Matrona	9	396	9	396	9,5	418
	Nutricionista	6	264	6	242	8	352
	Psicólogo	5	220	7	286	7	308
	Tecnólogo Médico	0	0	0	0	0	0
	otros (especificar)	5	220	4	176	8	352
C	Programador	0	0	0	0	1	44
	Estadístico	0	0	0	0	2	88
	Secretaria Ejecutiva	0	0	0	0	1	44
	Técnico Paramédico Nivel Superior	81,1	3568,4	82	3608	82	3608
	Administrativo	4	176	4	176	4	176
D	Técnico Paramédico	8	352	8	352	8	352
E	Administrativo	46,5	2046	56	2332	56	2464
	Secretaria	4	176	0	0	0	0
F	Chofer	15	660	16	704	16	704
	Auxiliar	7,2	316,8	14	435	14	440
	Estafeta	2	88	0	0	1	44
	Nochero	4	176	1	44	1	44
	otros (especificar)	0	0	0	0	0	0

En la Categoría B, otros, se han considerado los siguientes profesionales:
Un Ingeniero Comercial.
Un Contador Auditor.
Un Administrador Público.
Un Ingeniero Informático.
Un Abogado.
Un Terapeuta Ocupacional.
Un Ingeniero en Programación
Un Profesor de Educación Física.

h) **PRESUPEUESTO DE SALUD 2012**

PROYECTO DE PRESUPUESTO AÑO 2012 DEPARTAMENTO DE SALUD

INGRESOS						
Clasificación			Sub.	Subsub.	**Denominación**	M$
Sub	Ítem	Asign.	Asign.	Asign.		
05					TRANSFERENCIAS CORRIENTES	**2.502.263.059**
	03				DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	
		006			DEL SERVICIO DE SALUD	
			001		ATENCION PRIMARIA LEY 19.378	**1.872.263.059**
			002		APORTES AFECTADOS	**450.000.000**
		007			DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	**90.000.000**
		101			DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORP.	**90.000.000**
08					**OTROS INGRESOS CORRIENTES**	**57000000**
	001				RECUPERACION Y REEMBOLSOS LICENCIAS MEDIC.	
		001			REEMBOLSO ART. 4o LEY 19.345	**5.000.000**
		002			RECUPERACIONES ART. 12 LEY 18.196	**50.000.000**
	99				OTROS	
		999			OTROS	**2.000.000**
					Saldo Inicial De Caja	
					TOTAL INGRESOS	**2.559.263.059**

GASTOS EN PERSONAL

Clasificación			Sub	Subsub	Denominación	PRESUPUESTO ACTUAL
Sub	Ítem	Asig	Asign.	Asign.		
GASTOS PRESUPUESTARIOS						
21					**Gastos En Personal**	**2.086.650.000**
	01				**PERSONAL DE PLANTA**	**1.347.075.000**
		001			Sueldos y Sobresueldos	**1.101.325.000**
			001		Sueldo Base	**463.000.000**
			009	007	Asignación Especial Transitoria	**29.000.000**
				999	Asignación Especial Conductores	**8.500.000**
			015	001	Asignación Ley 18.717	**25.000.000**
			019	002	Asignación Responsabilidad Directiva	**3.460.000**
			028	002	Asignación por Desempeño en Cond. Difíciles	**95.000.000**
			031	002	Asignación Post titulo	**1.365.000**
			044	001	Asignación Atención Primaria	**463.000.000**
			045		Otras Asignaciones	**13.000.000**
		002			Aportes del Empleador	**34.000.000**
			002		Otras Cotizaciones Previsionales	**34.000.000**
		003			Asignaciones por Desempeño	**196.750.000**
			002	003	Asignac. Desempeño Colectivo	**183.750.000**
			003	005	Asignac. Por Merito	**13.000.000**
		004			Remuneraciones Variables	**6.000.000**
			005		Trabajos Extraordinarios	**5.000.000**
			006		Comisiones de Servicio en el país	**800.000**
			007		Comisiones de Servicio en el extran-jero	**200.000**
		005			Aguinaldos y Bonos	**9.000.000**
			001	001	Aguinaldos Fiestas Patrias	
			001	002	Aguinaldo Navidad	
			002		Bono Escolaridad	**7.000.000**
			003	001	Bono Extraordinario Anual	**0**
			004		Bonificación Adicional al Bono Escola-ridad	**2.000.000**

21	**02**				**PERSONAL A CONTRATA**	**707.025.000**
		001			Sueldos y Sobresueldos	**563.250.000**
			001		Sueldo Base	**238.000.000**
			009	007	Asignación Especial Transitoria	**22.500.000**
				008	Asignación Especial Conductores	**0**
			014	001	Asignac. Ley 18.717	**13.500.000**
			027	002	Asignación por Desempeño en Cond. Difíciles	**50.000.000**
			030	002	Asignación de Post Titulo	**1.250.000**
			042	001	Asignación Atención Primaria Salud	**238.000.000**
			999		Asignación Jefe Programa	**1.200.000**
		002			Aportes del Empleador	**19.000.000**
			002		Otras Cotizaciones Previsionales	**19.000.000**
		003			Asignaciones por Desempeño	**116.975.000**
			002	003	Asignac. Desempeño Colectivo	**114.975.000**
			003	004	Asignac. Por Merito	**2.000.000**
		004			Remuneraciones Variables	**3.300.000**
			005		Trabajos Extraordinarios	**2.300.000**
			006		Comisiones de Servicio País	**1.000.000**
		005			Aguinaldos y Bonos	**4.500.000**
			001	001	Aguinaldos Fiestas Patrias	
			001	002	Aguinaldo Navidad	**40.000**
			002		Bono Escolaridad	**2.570.000**
			003	001	Bono Extraordinario Anual	**890.000**
			004		Bonificación Adicional al Bono Escola-ridad	**1.000.000**
21	**03**				**OTRAS REMUNERACIONES**	**32.550.000**
		001			Honorarios Personas Naturales	**22.050.000**
		002			Honorarios asimilados a grados	**10.500.000**
					TOTAL GASTOS EN PERSONAL	**2.086.650.000**

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO						
	Clasificación		**Sub**	**Subsub**	**Denominación**	**PRESUPUESTO ACTUAL**
Sub	**Ítem**	**Asig**	**Asign.**	**Asign.**		
22					**BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO**	
	01				**Alimentos**	
		001			Alimentos	**500.000**

	02				**Textiles Vestuario Y Calzado**	
		001			Textiles y acabados textiles	**650.000**
		002			Vestuario, accesorios y prendas diversas	**500.000**
	03				**Combustibles Y Lubricantes**	
		001			Para vehículos	**44.000.000**
		003			Para calefacción	**8.000.000**
	04				**Materiales De Uso Y Consumo Cte.**	
		001			Mat. Oficina	**11.000.000**
		003			Productos Químicos	**2.000.000**
		004			Productos Farmacéuticos	**150.723.059**
		005			Materiales y Útiles Quirúrgicos	**19.000.000**
		007			Materiales y Útiles de Aseo	**6.000.000**
		009			Insumos, Repuestos y accesorios computacionales	**6.000.000**
		010			Materiales para mantenim. Y Reparac. Inmuebles	**4.000.000**
		011			Repuestos y Accesorios para mant. Y Reparac. Vehi	**3.800.000**
		013			Equipos Menores	**400.000**
		999			Otros	**2.500.000**
	05				**Servicios Básicos**	
		001			Electricidad	**29.500.000**
		002			Agua	**17.000.000**
		003			Gas	**5.500.000**
		005			Telefonía Fija	**9.000.000**
		006			Telefonía Celular	**4.000.000**
		007			Acceso a Internet	**1.000.000**
		008			Enlaces Comunicaciones	**1.000.000**
	06				**Mantenimiento Y Reparaciones**	
		001			Mantenimiento y Reparaciones de Edificaciones	**3.000.000**
		002			Mantenimiento y Reparación de Vehículos	**13.000.000**
		004			Mantenimiento y Reparac. Máquinas y Equipos de Oficina	**500.000**
		006			Mantenimiento y Reparac. De otras Maquinarias y Equipos	**6.000.000**
		007			Mantenimiento y Reparac. Equipos Informáticos	**500.000**
	07				**Publicidad y Difusión**	
		001			Servicios de Publicidad	**0**
		002			Servicios de Impresión	**7.000.000**
	08				**Servicios Generales**	

		001			Servicio de Aseo	**2.000.000**
		002			Servicio de Vigilancia	**36.000.000**
		007			Pasajes, Fletes y Bodegajes	**3.150.000**
		008			Salas Cunas y/o Jardines Infantiles	**7.100.000**
		999			Otros Servicios	**910.000**
	09				**Arriendos**	
		002			Arriendo de Edificios	**0**
		003			Arriendo de Vehículos	**1.500.000**
	10				**Servicios Financieros y de Seguros**	
		002			Primas y Gastos de Seguros	**11.000.000**
	11				**Servicios Técnicos y Profesionales**	
		002			Cursos de Capacitación	**10.000.000**
		003			Servicios Informáticos	**5.500.000**
	12				**Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo**	
		002			Gastos Menores	**4.680.000**
		999			Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	**24.200.000**
29						
	04				Mobiliario y otros	**2.000.000**
29					**Adquisición de Activos no Financie-ros**	
	05				Máquinas y Equipos	
		001			Máquinas y Equipos de Oficina	**2.000.000**
		999			Otras Máquinas y Equipos para Salud	**3.500.000**
	06	**001**			Equipos Informáticos	**3.000.000**
					TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	**472.613.059**
					TOTAL GASTOS PRESUPUESTARIOS	**2.559.263.059**

XI. DEFINICIÓN DE METAS INTERNAS 2011-2012 DEPARATAMENTO DE SALUD DE SAN CLEMENTE

META	ACTIVIDAD	VERIFICADOR
Contar con un manual de procedimientos y/o organización	Elaboración de manual por cada equipo	Existencia de manual en cada unidad Nº de unidades con manual actualizado. Nº de manuales.
Actualización semanal del sistema de inscripción Percápita.	Entrega de listados semanales de atenciones.	Nº de listados entregados por sector y unidad. Nº de actualizaciones mensuales
Diagnóstico de satisfacción usuaria	Elaboración y aplicación de encuesta de satisfacción usuaria.	Nº de encuestas aplicadas % de satisfacción.
Plan de disminución de filas y aglomeraciones	Diseño de un plan para disminuir filas	Nº de planes diseñados. Existencia o no de filas. Tiempo de resolución de filas en minutos.
Una mesa territorial por cada sector rural.	Constitución de mesas territoriales	Nº de mesas funcionando. Nº de reuniones realizadas. Actas de las reuniones.
Un consejo de desarrollo de salud CESFAM	Reorganización de Consejo de Desarrollo de salud.	Nº de integrantes del CDS. Nº de reuniones realizadas. Actas de los concejos.
Disminución tiempos de tramitación con respuesta en 72 horas	Elaboración de un protocolo de tramitación en DESAM	Nº de días promedio de respuesta a los trámites solicitados.

XII. PROGRAMAS DE SALUD 2012

a) PROGRAMA DEL NIÑO Y DE LA NIÑA.

El seguimiento de salud de los niños se inicia en la atención integral proporcionada a la madre, el padre e hijo en el control de la diada y continua con atenciones para evaluar en estado de salud, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados y las intervenciones psicoeducativas que fortalecen las habilidades en la crianza.

ÁREA DE PROMOCIÓN

Objetivos

1. **Promover acciones de estilos de vida saludables, desarrollo integral de niños y niñas.**
2. **Promover acciones de estilos de vida saludables y del desarrollo integral de niños y niñas.**
3. **Promover que los niños participen en actividades grupales vinculados a alimentación saludable y actividades fija.**
4. **Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.**
5. **Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.**

Metas:

- realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en guía en algún espacio comunitario según realidad local.
- Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridos en guía en el entorno educacional y espacios comunitarios.
- 100% de los controles de salud se entregan consejos breves de alimentación saludable y actividad física.
- 100% de los controles de las gestantes se entregan consejos breves de alimentación saludable y lactancia materna.
- 50% de los niños bajo control, entre 3 a 6 años participando en talleres.
- 80% de cobertura de consulta nutricional al 5ºto mes de vida con refuerzo en lactancia materna y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6ºto mes.
- 50% de cobertura de consulta nutricional individual o grupal a los 3 años y 6 meses de vida.

Meta: construir línea base.

ÁREA DE PREVENCIÓN

Objetivos:

1. **Fortalecer el control de salud con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral**.
2. **Fortalecer el control de salud con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.**
3. **Fortalecer la cobertura de salud de los niños con énfasis en el control de los 2 años y 6 meses y a los 4 años y 6 meses.**
4. **Fortalecer la creación y mantención de un vínculo seguro entre el niño (a) y la madre, padre o figura significativa en el cuidado.**
5. **Detección oportuna de niños (a) con rezago y déficit en un desarrollo integral.**

6. **Fortalecer el control de salud del niño por la pesquisa de enfermedades prevalentes menores de 10 años.**
7. **Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles**
8. **Reducir la carga de enfermedades por 1ºera dosis de vacuna trivirica al año de edad.**
9. **Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo.**
10. **Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso SP y OB y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas menores de 6 meses.**
11. **Mejorar y mantener la salud bucal de niños en edad preescolar y escolar.**
12. **Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses.**
13. **Disminución de complicación asociada a sífilis congénita**
14. **Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el periodo de gestación hasta los 3 meses de edad.**

Metas:

- realizar al menos 4 talleres con metodología NADIE ES PERFECTO a padres a madres y/o cuidadores de niños menores de 72 meses bajo control por establecimiento.
- Lograr en un 5% de padres y/o cuidadores de niños mayores de 72 meses bajo control, ingresen a los talleres con metodología NADIE ES PERFECTO
- mantener el % respecto a un mínimo de niños inscritos cuyos padres o cuidadores asisten al menos 3 sesiones del taller de autocuidado: estimulación y normas de crianza.
- 100% de los niños tienen en control de salud a los 2 años.
- 100% de los niños tienen su control de salud a los 4 años.
- 100% de niños de 6 años con control de salud al día.
- % de rescate de niños inasistentes a controles de salud con énfasis a los 2 años y 6 meses y de 4 años y 6 meses.
- aumentar en un 10% la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de una madre, padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido al año 2011.
- 100% de niños entre 1 mes y 2 meses con protocolo neurosensorial aplicado.
- 90% de niños de 8 meses con aplicación de DPM en el control de salud.
- 90% de niños de 12 meses se les aplica pauta breve en el control de salud.
- 90% de niños de 18 meses con aplicación de DPM en el control de salud.
- 50% de niños de 24 meses se les aplica pauta breve en el control de salud.
- Aumentar en un 5% los controles de salud con TEPS a los 36 meses de edad.
- Actividad: control de salud de los 4 y 5 años con énfasis en aplicación de Screening visual, auditivo, y de presión arterial.
- 50% de los controles realizados a los niños de 48 a 71 meses complicaciones de Screening visual, auditivo, y de presión arterial.
- 5% de los niños de 1ºro básico de los establecimientos educacionales con controles realizados.
- cobertura comunal no inferior al 95%
- Cobertura comunal, de vacunación no inferior al 95%
- 100% de los controles de salud se entregan consejerías breves, en alimentación saludable y actividad física, en las guías para una vida saludable.
- 100% de cobertura de los niños menores de 6 Años bajo control en malnutrición por exceso reciben consejerías en alimentación saludable y actividad física.
- Actividades programa vida sana destinado a niños mayores de 6 años

- Aumento el % de niños mayores de 6 años que mejora condiciones cardiovasculares, al término de los 4 meses de intervención
- 80% de los niños que asisten a control de salud a los 18 meses de edad son evaluados en salud bucal.
- Actividad: control de salud a los 18 meses con aplicaciones de pautas de evaluación buco-dentario.
- Educación de alta odontológica en mantenciones de salud bucal.
- 100% de los niños 2,4 y 6 años con alta odontológica reciben educación en técnica de cepillado por odontólogo o técnico paramédico.
- 100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivados a examen radiológico de caderas.
- 100% de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en requerimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados, derivados para finaliza estudios y requerimientos.
- Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación hasta los 3 meses de edad del niño.

ÁREA DE TRATAMIENTO.

Objetivos:

1. **Disminuir la incidencia de déficit de desarrollo psicomotor en los niños detectados con rezago en su evaluación del DPM.**
2. **Aumentar el porcentaje de niños recuperado del déficit del DPM**
3. **Restablecer el vínculo seguro entre el niño y la madre, padre o cuidador.**
4. **Brindar atención integral y apertura de niños con problemas y trastornos mentales.**
5. **Brindar atención integral y oportuna a niños con problemas y trastornos mentales.**
6. **Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (S. peso, obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas.**
7. **Mejorar y mantener la salud bucal de niños en edad preescolar y escolar mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia**
8. **Incrementos en las coberturas de atención odontológica integral en niños de 6 años (Ges salud oral)**
9. **Disminuir la prevalencia de descompensaciones por enfermedades respiratorias**
10. **Contribuir a la disminución de mortalidad e menores de 7 meses en riesgo moderado- grave de morir por neumonía.**

Metas:

- 100% de los niños evaluados con un rezago en un desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.
- 90% de los niños diagnosticados en déficit en las evaluaciones de 8, 18, y 36 meses recuperados.
- 90% de los niños con déficit (riesgo y rezago) en el DPM ingresan a modalidades de estimulación.
- 100% de los niños menores de 4 años diagnosticados en déficit reciben 2 o más visitas integrales.
- 100% de los niños menores de 1 año cuyas madres, padres o figuras significativas fueron evaluados con apego inseguro, participen de talleres de autocuidado, estimulación y normas de crianza.
- 100% de niños menores de 6 meses bajo control con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica para diagnóstico

- 100% de las familias de niños menores de 9 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben visita domiciliaria.
- 90% de familias de niños menores de 9 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben al menos una intervención psicosocial familiar.

- 100% de los niños con sospecha de trastorno hipercinético de la atención reciben consulta médica para diagnóstico.
- 90% de los niños con confirmación diagnóstico de trastorno hipercinético de la atención reciben tratamiento integral según guía clínica.
- 100% de la cobertura de niños menores de 6 años bajo control en malnutrición por exceso reciben consejería en alimentación saludable y actividad física.

  Programa Vida sana
- Aumentar el porcentaje de niños mayores de 6 años que mejora condiciones cardiovasculares al término de los 4 meses de intervención
- 30% de coberturas en altas odontológicas totales en los niños de 2 años beneficiarios o inscritos.
- 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños de 4 años beneficiarios o inscritos.
- Alcanzar un 70% de cobertura en altas odontológicas en niños de 6 años beneficiarios o inscritos.
- Aumentar en un 30% la cobertura de las actividades educativas a población en riesgo.

ÁREA DE REHABILITACION:

Objetivo:
Aumentar la cobertura de atención de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxigeno domiciliario, AVNI, asma, fibrosis quistica9
Meta.

- Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades crónicas por profesional kinesiólogo.

b) **PROGRAMA DEL ADOLESCENTE Y FAMILIA**

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivos:

Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo (10-14 años)

Metas:

- Taller de habilidades parentales para padres o adulto significativo. (2 actividades por sector.)
- Actividad de promoción de la salud frente al Tabaquismo. (1 por sector.)

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN.

Objetivo:

1. **Realizar control anual de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes.**
2. **Disminuir el Nº de adolescentes consumidores de tabaco.**
3. **Aumentar el Nº de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo**
4. **Aumentar el ingreso y control de adolescentes en regulación de fertilidad.**
5. **Disminuir transmisión vertical de la sífilis.**
6. **Disminuir el Nº de embarazos en adolescentes (10-19 años)**
7. **Disminuir la transmisión vertical del VIH**
8. **Aumentar el Nº de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2º embarazo adolescente.**
9. **Gestantes, madres y padres con habilidades parentales y apoyo para la crianza.**
10. **Disminuir las adolescentes con malnutrición durante su gestación.**
11. **Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.**
12. **Derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Obesidad y síndrome metabólico.**
13. **Mantener y mejorar la salud bucal adolescente a los 12 años**
14. **Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.**
15. **Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de hipertensión (presión arterial inferior a140/90 mm Hg en el ultimo control).**

Metas:

- Exámenes de medicina preventiva a adolescentes al 5% de los adolescentes por Sector.
- Detección y Consejería a adolescentes consumidores de tabaco detectados en Examen anual de salud.
- Consejería en Salud sexual y reproductiva y Consejería regulación de fertilidad.
- Establecer en cada sector horario de atención para adolescentes por Matrón/a.
- Control de regulación de Fertilidad. (100% de los que lo soliciten)
- Establecer en cada sector horario de atención para adolescentes por
- Tamizaje para Sífilis durante el embarazo, 100% de las embarazadas (Toma de VDRL)
- Consejería para VIH a Gestantes y oferta de Test VIH (100% de gestantes)
- Actividad de información y promoción de sexualidad segura y prevención del embarazo adolescente por sector (1 para adolescentes menores de 15 años y 1 para adolescentes mayores de 15 años)
- Monitoreo y consejería al 100% de madres adolescentes al 6º mes por matrona para educar en el uso correcto y adherencia al control de regulación de fertilidad.
- VDI a madres adolescentes de niños menores de 1 años para prevenir 2º embarazo.

- Programa NADIE ES PERFECTO. (30% de madres y padres adolescentes asisten a 4 sesiones del programa)
- Derivación a Nutricionista de adolescentes (100%) gestantes con malnutrición
- Talleres de autocuidado CHCC.
- Evaluación nutricional al 6º mes post-parto y derivación a nutricionista de adolescente con malnutrición.
- Consejería nutricional a adolescentes con malnutrición por déficit o exceso (al 100%)
- Seguimiento alimentario nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable.
- Establecer en cada sector horario de atención para adolescentes por Nutricionista.
- Consulta de Morbilidad Consulta Nutricional (100% de adolescentes con obesidad y síndrome metabólico)
- Indicación de actividad física (60% de adolescentes con obesidad y síndrome metabólico)
- Actividad de sensibilización en colegios resistentes. (Alumnos, padres y/o apoderados, profesores) 1 por sector.
- Consulta odontológica (73% de adolescentes de 12 años)
- Derivación del 100% al Programa de Salud Mental
- Control y tratamiento de salud cardiovascular.
- 2,5% de incremento de cobertura

ÁREA ESTRATÉGICA TRATAMIENTO.

Objetivos:

1. **Disminuir el Nº de embarazos en adolescentes (10 – 19 años)**
2. **Disminuir transmisión vertical de la sífilis.**
3. **Disminuir la transmisión vertical del VIH**
4. **Aumentar el Nº de adolescentes que reciben apoyo y tratamiento por condiciones de riesgo biosicosocial**
5. **Aumentar el Nº de adolescentes gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biosicosocial durante su gestación.**
6. **Detección, consejería y derivación efectiva de adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas en el control prenatal de ingreso.**
7. **Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.**

Metas:

- Indicación MAC a adolescentes en riesgo y a quienes lo soliciten (100%).
- Derivación oportuna enfocada a violencia sufrida por adolescentes (VIF, violencia escolar, violencia comunitaria, abuso sexual, etc.)
- Derivación a especialistas y monitoreo de los casos de adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y/o Violencia grave.
- Derivación efectiva de adolescentes gestantes en que se ha detectado sospecha VIF.
- Aplicación en el control prenatal de ingreso de Pauta de detección de Riesgo psicosocial
- Detección y consejería a adolescentes gestantes consumidoras de tabaco detectadas en el control Prenatal de ingreso.
- Establecer línea base Chile Crece Contigo.
- 100% de adolescentes con problemas y trastornos de salud mental reciben atención integral y oportuna en el Programa Salud Mental.

c) **PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

El trabajo del programa de la mujer para el presente año, se centrará en los objetivos estratégicos y metas de impacto que el ministerio ha definido para la década 2011- 2020.Esto implica determinar acciones tendientes a:

1. Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA, mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
2. Reducir la tasa de mortalidad por cáncer específicamente el cáncer cérvico uterino y de mama.
3. Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes, mediante mejoramiento de la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente.
4. Disminuir el embarazo adolescente en población menor de 19 años.
5. Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica, en este aspecto se requiere, indicaciones e instrucción de cómo y con que recursos se trabajara este componente.
6. Disminuir listas de espera.
7. Propender a otorgar servicio de calidad, y disminuir la insatisfacción Usuaria; mejorar la percepción de los usuarios en relación a la satisfacción por las prestaciones recibidas.
8. Contribuir con alcanzar las metas sanitarias en la pesquisa precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades cardiovasculares, cuidado del medio ambiente y afianzar la instalación efectiva del modelo de salud integral, enfoque familiar y comunitario.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva atraviesa todas las etapas de la vida de las personas, marcado por sucesos vitales de alto valor emocional, como es la formación de pareja, familias, las gestaciones resultantes de estas relaciones afectivas, que acompañan a las personas a través de toda la existencia. Del mismo modo adoptar conductas riesgosas en el ejercicio de la sexualidad suelen culminar en gestaciones no deseadas, infecciones de trasmisión sexual, con un componente negativo para la salud mental de los afectados que pueden ser adolescentes, jóvenes, adultos, y adultos mayores. La realidad local, imprime, el sello particular de las acciones a realizar en el año programático de acuerdo a las características de la comuna, y los diversos sectores poblacionales que la componen.

Las actividades destinadas al cuidado de la salud de la mujer y su familia a lo largo de la vida están basadas en los principios y enfoques que expresan el reconocimiento de los derechos de las personas de parte del Estado y a su rol de entregar protección social a la población más desfavorecida para disminuir las desigualdades en salud.

Las acciones del programa de salud Sexual y Reproductiva debe tener presente en su accionar, lo concerniente a los derechos ciudadanos, considerar los determinantes sociales de la salud de la mujer y su familia, incluir el enfoque de genero en salud, la interculturalidad, y el abordaje intrasectorial e intersectorial de todos los aspectos de manera de ser efectivos en favorecer el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias usuarias y por ende de las condiciones de salud, cuyo componente, este ultimo determina preponderantemente el grado de desarrollo de las personas.

Necesario es mantener una comunicación fluida con todos los niveles de atención de la red, de manera tal, que la referencia y contra referencia de todos los procesos que implica la salud de los usuarios, se realice de manera expedita, sean estos la transmisión de información en todos los sentidos hasta la referencia de los propios usuarios, fin ultimo de nuestro accionar en el sistema de salud.

Nuestra misión o tarea nos invita a favorecer con nuestro trabajo, el prolongar la vida saludable o mejorar la salud de la mujer prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad, y al mismo tiempo, reducir las inequidades, traducida en disminuir las desigualdades en salud, mejorando la salud de las mujeres y sus familias pertenecientes a aquellos sectores mas desfavorecidos de la sociedad.

Gran importancia cobra la prevención y promoción, que se encuentran ligadas a las estrategias asistenciales, que deben ser fortalecidas a través del Modelo de Salud, que se distingue por ser un Modelo de Atención Integral en Salud.
En consideración a lo anterior, las acciones a programar se centraran en contribuir a una acogida segura y afectuosa a las nuevas personas que llegan a formar parte del hogar, los Recién Nacidos, en facilitar el acceso a tratamiento aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia, (padre, madre, cuidadores y cuidadoras), en la crianza, teniendo presente estilos de crianza con enfoque de género, que aseguren la corresponsabilidad de los adultos, hombres y mujeres. En la adolescencia, es fundamental una atención respetuosa y confidencial a las y los jóvenes, que incentive y apoye las conductas de autocuidado y de respeto a los demás, para que lleguen a formar parte de la identidad de los adolescentes como sujetos de derechos y deberes. Otorgar especial énfasis en el área de la Salud Sexual y Reproductiva, previniendo las gestaciones no planificadas, y las ITS, y en los casos que estas se presenten, constituir un acompañamiento y apoyo eficaz en el desarrollo de la gestación y tratamiento de la morbilidad derivada del estado y otras patologías que afecten a los adolescentes.

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para mujeres y hombres adultos, en la adolescencia y la adultez mayor. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, opción sexual ni cultura. El énfasis está en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención Personalizada, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional; la detección de la violencia sexual y de género; de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama. Incorporar acciones orientadas a la corresponsabilidad en el proceso reproductivo y el respeto por las diferencias culturales.
Las actividades del Programa de Apoyo al Desarrollo Biosicosocial, incorpora a las acciones tradicionales, las innovaciones del componente de salud, Chile Crece Contigo, cuya principal preocupación es incrementar la detección de factores de riesgo psicosocial que podrían afectar la salud y el desarrollo de un niño o una niña en sus primeros años de vida, y facilitar el acceso de niños, niñas y familias a los servicios necesarios para disminuir los riesgos y para recuperar los rezagos y retrasos.

PRESTACIONES:
1. Control y Consejería Preconcepcional.
2. Control Prenatal, a lo menos 5 controles prenatales, el primero antes de las 14 semanas, los controles sucesivos, intercalados con los talleres de preparación para el nacimiento y la crianza.
3. Control de Salud de la Díada. En lo posible entre los 07 y 10 días de vida pos parto.
4. Control de Salud de Recién Nacido. En lo posible antes los 07 y 10 días de vida
5. Control de Puerperio, antes de los 10 días.
6. Consulta de Lactancia(considerarla como urgencia)
7. Consulta de morbilidad Obstétrica.
8. Consulta de Urgencia Obstétrica.
9. Control de Regulación de la Fecundidad.
10. Consulta de Morbilidad Ginecológica.
11. Consulta de Urgencia Ginecológica.
12. Consulta I.T.S.
13. Control Ginecológico.
14. Control Sanitario.
15. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.(MAC, ITS, VIH, Sexualidad)
16. Consejería Antitabáquica.
17. Consejería Autocuidado en Salud.

18. Visita Domiciliaria Integral.
19. Talleres educativos y/o Educación Grupal.
20. Examen de Medicina Preventivo.

A continuación se detalla las estrategias del Programa sobre las que se debe enfatizar por su importancia en la salud global de la mujer y su familia. Un sinnúmero de actividades no se describe pero han sido enunciadas en la introducción y se relaciona a aquellas relacionadas con el desarrollo del modelo que contemplan la Coordinación Intrasectorial y el Trabajo Comunitario.

1. Promoción de estilo de vida saludable
2. Promoción del desarrollo integral de niños y niñas
3. Realizar intervención educativa para favorecer vínculo y apego desde la etapa prenatal
4. Favorecer la integración familiar en el autocuidado de la salud familiar, y participación activa de sus miembros en eventos tales como asistencia a controles de salud de hijos, control prenatal, talleres educativos, entre otros.
5. Promover y realizar control prenatal precoz, antes de las 14 semanas
6. Promover y realizar control precoz de la Díada, Puérpera-RN, entre los 07 y 10 días.
7. Favorecer la lactancia materna duradera
8. Detección temprana de riesgos psicosociales en gestantes y puérperas e intervención intersectorial oportuna.
9. Favorecer la consulta de salud sexual y reproductiva de adolescentes
10. Promoción de conducta sexual responsable
11. Educación a estudiantes en temáticas de SSR, especialmente, MAC y prevención ITS y VIH.
12. Disponer la gama de métodos anticonceptivos para elección informada de las usuarios/as
13. Detección precoz de riesgo cardiovascular en mujeres, independiente de la edad, e intervención y seguimiento de tal condición
14. Realizar control y seguimiento nutricional gestantes con mal nutrición por exceso.
15. Derivación a especialidad a adolescentes pesquisadas con Síndrome Metabólico.
16. Otorgar atención dental preventiva y recuperativa al 100% de las gestantes.
17. Lograr 60% cobertura en examen Físico de mama, en mujeres > de 35 años
18. Lograr 60% cobertura en examen PAP, en mujeres > de 25 años
19. Focalizar el examen mamografía en mujeres con riesgo de cáncer.
20. Realizar control de climaterio mujer Peri y postmenopáusica.
21. Derivación de mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas a especialista por diagnóstico de prolapso genital e incontinencia urinaria
22. Promover la participación comunitaria.

d) **PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO**

Los principales problemas de salud en nuestro país son las enfermedades crónicas no Transmisibles, Cardiovasculares, Tumores malignos, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. El 80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital. Por ello, el énfasis está en los controles preventivos de salud para detectar y tratar precozmente las enfermedades y para apoyar a las personas a reducir las condiciones de riesgo.

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. Existe una interrelación entre la presencia de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías. Es fundamental además, considerar que casi todos los hombres y una proporción creciente de mujeres desempeñan un trabajo remunerado cuya condición afecta la salud y están sujetos a horarios y restricciones para acudir a controles de salud.

1.- PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Chile, Siendo los principales componentes de la mortalidad cardiovascular las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares

1.1- AREA PROMOCION Y PREVENCION

OBJETIVOS

- Detectar condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad en una etapa temprana.

METAS

- Alcanzar una cobertura de EMP 27,5% en hombres de 25 a 44 años
- Alcanzar una cobertura de EMP de 27,5% en mujeres de 45 a 64 años

ACTIVIDADES

- Aplicación de EMP en población adulta con énfasis en grupos etários focalizados.
- Fomentar el autocuidado en salud en funcionarios del Departamento de Salud.
- Fomentar el autocuidado en salud en la comunidad.
- Difusión del EMP en comunidad a través de volantes, afiches, reuniones con la comunidad, contacto con lugares de trabajo.
- Difusión de Hábitos de Vida Saludable en comunidades a través de consejo de desarrollo.
- Implementación de Talleres de prevención de patologías cardiovasculares y estilos de vida saludables.
- Implementar en centros de atención, agenda para la aplicación de EMP por recursos capacitados en horarios flexibles.
- Aplicación de EMP en lugares de trabajos de la comuna mediante recursos capacitados
- Derivación por equipo de salud de personas objetivos para aplicación de examen
- Jornadas de autocuidado en sectores

1.2- AREA TRATAMIENTO

OBJETIVOS:

- Reducir la morbimortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas
- Mejorar adhesividad al control de pacientes con patologías cardiovasculares
- Mejorar eficiencia y efectividad del PSCV focalizando recursos según nivel de riesgo cardiovascular

METAS:

- Aumentar 10% de cobertura de hombres bajo control en PSCV (N° de hombres en PSCV/N° de personas en PSCV x 100)
- Aumentar un 3 % respecto año 2011 cobertura de población HTA de 20 años y más bajo control (N° de personas de 20 y más años HTA bajo control en PSCV/N° total de personas hipertensas según prevalencia local de HTA en población beneficiaria x 100)
- Aumentar un 3% respecto año 2011 cobertura de población DM de 15 años y más bajo control.(N° de personas de 20 y más años DM bajo control en PSCV/N° total de personas diabéticas según prevalencia local de Diabetes en población beneficiaria x 100)
- Aumentar 3% respecto año 2011 cobertura de población dislipidémica de 20 años y más bajo control (N° de personas Dislipidémicos bajo control en PSCV/N° total de personas dislipidémicas según prevalencia local x 100)
- Alcanzar un 60% de personas HTA con PA de 140/90 mm/hg. (N° de personas hipertensas bajo control con PA bajo 130/85 mm Hg/N° total de personas hipertensas bajo control x 100)
- Alcanzar un 50% de personas DM con HbA1c < 7% (N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con nivel de HbA1c <7%/N° total de personas diabéticas bajo control x 100)
- Alcanzar un 35% de personas dislipidémicas con colesterol total < 200 mg/dl (N° de personas Dislipidémicos con colesterol total < 200 mg/dl/N° total de personas Dislipidémicos bajo control en PSCV x 100)
- Incrementar 05% compensación respecto cobertura año 2010 de personas con riesgo alto muy alto (N° personas con RC Alto y Muy Alto compensados/N° total de personas con RC Alto y Muy Alto x 100)
- Reducir al menos un 5% de peso inicial en personas obesas que ingresan a PSCV o al termino de su intervención (N° de personas obesas que logran bajar un 5% de su peso inicial/N° total de personas obesas del PSCV x 100)
- Clasificar riesgo cardiovascular al 100% de población bajo control de PSCV mediante aplicación de instrumento “Tablas chilenas de riesgo coronario”
- Aplicar pauta de detección de ERC al 100% de población bajo control de PSCV (N° de personas bajo control en PSCV con aplicación de pauta de detección/N° total de personas bajo control en PSCV x 100)
- Aplicar instrumento Qualidiab a 100% de diabéticos recién ingresados y cada 3 años a diabéticos bajo control.
- Aplicar a 100% de pacientes diabéticos bajo control Evaluación anual de Pié Diabético (N° de personas diabéticas bajo control que se realizó en últimos 12 meses evaluación de pie diabético/N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV x 100)
- 100% de personas con diabetes bajo control con ulceras activas reciben manejo avanzado de heridas (N° de personas con diabetes bajo control con ulceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV con ulceras activas de pie x 100) (N° de personas diabéticas con amputación de extremidades inferiores/N° total de personas diabéticas bajo control en PSCV x 100)

ACTIVIDADES:

- Pesquisa de patología hipertensiva a través de la aplicación de EMP o EFAM
- Pesquisa de diabetes tipo 2 a través de aplicación de EMP o EFAM
- Pesquisa de patología dislipidémica a través de aplicación de EMP o EFAM
- Aplicar instrumento “Perfil de Presión Arterial” para la pesquisa de pacientes con sospecha de patología hipertensiva según normas.

- Realizar examen de laboratorio confirmatorio en paciente sin síntomas clásicos y con sospecha de Diabetes para su clasificación en: Diabetes, Glicemia alterada en ayunas (GAA) o Intolerancia a Glucosa Oral (IGO)
- Incorporar Consejerías Grupales a pacientes bajo control de PSCV compensados o clasificados como riesgo bajo o moderado según tablas.
- Garantizar el tratamiento farmacológico completo de acuerdo a guías clínicas AUGE
- Aplicación de instrumentos de pesquisa de complicaciones como Evaluación de Pie Diabético y Examen de Fondo de Ojos en pacientes diabéticos bajo control
- Derivación a Atención Podológica de pacientes diabéticos tipo 2 con factores de riesgos evaluados en Examen de Pie Diabético
- Derivación a Manejo Avanzado de Heridas de pacientes con ulceras por pie diabético pesquisados
- Manejo Avanzado de Ulceras por Pie Diabético por recurso enfermera capacitada
- Derivación a Evaluación Anual de Fondo de Ojos a todos los pacientes diabéticos bajo control
- Evaluación de Fondo de Ojos por médico oftalmólogo en atención primaria
- Implementar horario de atención diferida a personas que trabajan
- Clasificar los pacientes de PSCV según riesgo coronario y según estratificación, implementar plan terapéutico y seguimiento diferenciado
- Asegurar que los equipos de salud conocen y aplican las orientaciones técnicas del PSCV
- Manejo estandarizado de Tarjeteros de Pacientes Bajo Control
- Identificación de pacientes inasistentes a control para su rescate
- Constituir un Club de Diabéticos por sector
- Reproducción de videos educativos en salas de espera relacionados a estilos de vida saludable
- Identificación de pacientes inasistentes para su rescate y/o visita domiciliaria
- Auditar los ingresos al PSCV del último mes (exámenes completos, adecuada clasificación de riesgo CV, indicación terapéutica apropiada, etc.); fichas clínicas de pacientes con más de 6 meses bajo control (ej. logro de las metas terapéuticas); fichas de pacientes con más de 1 año de antigüedad en el PSCV (muestra de pacientes).
- Monitoreo semestral de las tasas de cobertura y compensación y difusión de los resultados.
- Evaluaciones cualitativas: satisfacción de los usuarios, identificar causas por las cuales algunos grupos no acceden al PSCV.

2.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS DEL ADULTO

2.1- EPOC- ASMA

La EPOC es un problema de salud pública, por su alta prevalencia y condición progresiva, con deterioro significativo de la calidad de vida y gran impacto económico en las personas y los sistemas de salud.
El Asma Bronquial es una de las afecciones respiratorias crónicas más frecuentes del adulto. Sin embargo: la carencia de un agente etiológico único, su predisposición familiar poligénica, la intermitencia de su sintomatología clínica altamente relacionada con el ambiente, las variadas actividades desarrolladas por los pacientes, y la carencia de un examen de laboratorio que permita confirmar su presencia, no han permitido llegar a definir con precisión su diagnóstico

OBJETIVOS:

- Aumentar cobertura de pacientes con diagnostico de EPOC en control sala ERA.
- Aumentar cobertura de pacientes con diagnostico de asma en control sala ERA.
- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos.

- Mantener pacientes con diagnostico de patologías respiratorias crónicas bajo control, prevenir descompensaciones y manejo adecuado de crisis.
- Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxigeno domiciliario, Asma, Fibrosis Quística, Epoc).
- Prevenir las exacerbaciones de EPOC desencadenadas por infecciones, contaminación intradomiciliaria y falta de adherencia a tratamiento.

METAS

- Establecer línea de base de ingreso a programa de pacientes con patologías respiratorias crónicas.
- Disminuir episodios de exacerbaciones o descompensaciones por patologías respiratorias crónicas (N° de personas atendidas por crisis de patologías crónicas respiratorias/N° de personas en cobertura por patologías crónicas respiratorias x 100)

ACTIVIDADES

- Realizar espirometria de ingreso y radiografía de tórax a todo paciente con sospecha de patología respiratoria crónica para su ingreso y respectiva clasificación
- Difundir protocolo claro de diagnostico y tratamiento del paciente EPOC en los equipos de sector
- Consejería antitabáquica a pacientes fumadores bajo control.
- Vacunación anti influenza en pacientes con patologías respiratorias crónicas.
- Educación en reconocimiento de signos y síntomas de riesgo a pacientes con patologías respiratorias crónicas.
- Control kinésico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.
- Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.
- Control de urgencia a pacientes en crisis.
- Educación en reconocimiento de signos y síntomas de riesgo a pacientes con patologías respiratorias crónicas

3.- DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas

OBJETIVOS

Brindar atención integral a personas adultas con trastornos mentales.

METAS

- 100% de personas de 20 años y más inscritas y diagnosticados con Depresión Leve y Moderada reciben tratamiento Integral.(N° de personas de 20 y mas años inscritas y diagnosticadas con depresión leve o moderada que reciben tratamiento integral/ Total de Personas de 20 años más inscritas *100
- 40 % de la prevalencia estimada es pesquisada y diagnosticada (10% para mujeres y 4 % para hombres). Nro. De personas de 20 años y más inscritas, diagnosticadas con depresión/ Total de personas de 20 años y mas inscritas con posible depresión según prevalencia estimada x 100)
- 50% de las familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento reciben VDI y/o consejería familiar. (N° de familias con miembro con Depresión ingresada a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería Familiar/Total de Familias con miembro con Depresión ingresados a tratamiento*100)
- 100% de las madres inscritas que presentan depresión postparto reciben VDI. (N° de madres inscritas y con depresión postparto que reciben VDI/ Total de madres inscritas y con Depresión Postparto *100)

ACTIVIDADES

- Examen de salud anual con aplicación de instrumentos de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales

4.- CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

OBJETIVOS

- Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponde a las personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas (problemático perjudicial o dependencia)

METAS

- 100 % de las personas inscritas de 20 años y más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda (N° de personas inscritas de 20 años y mas detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados/ Nro. Total de personas inscritas de 20 años y más * 100)

ACTIVIDADES

- Pesquisa factores de riesgo a través de examen anual preventivo
- Intervención preventiva por equipo profesional
- Intervención terapéutica por equipo profesional

5.- PRIMER EPISODIO ESQUIZOFRENIA

OBJETIVOS

- Detectar precozmente y referir e forma oportuna a las personas entre 20 y 40 grados años con sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia

METAS

- Derivación a especialidad del 100% de personas inscritas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia. (N° de personas inscritas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados/ Total personas inscritas entre 20 y 40 años *100)

ACTIVIDADES

- Intervención Preventiva
- Intervención Terapéutica

6.- PARKINSON

Se inicia generalmente en las personas entre los 50 y 60 años, aunque se encuentra en personas de menor edad, es crónica y progresiva, causando una pérdida paulatina de la capacidad física y mental, hasta llegar a la discapacidad total.

La mayor de los pacientes de Parkinson se encuentran en situación de doble vulnerabilidad: vejez y discapacidad

META

- Mejorar la calidad de vida y capacidad funcional de las personas enfermas de Parkinson
- Apoyar a la familia y cuidador de la persona enferma de Parkinson
- Diagnostico diferencial de Síndrome Parkinsoniano
- Derivación a Nivel Secundario para diagnostico diferencial e inicio de tratamiento
- Rehabilitación integral por equipo multidisciplinario
- Mantención y supervisión de la terapia por médico de atención primaria

ACTIVIDADES

- Diagnostico diferencial de Síndrome Parkinsoniano.
- Derivación a Nivel Secundario para diagnostico diferencial e inicio de tratamiento.
- Rehabilitación integral por equipo multidisciplinario.
- Mantención y supervisión de la terapia por médico de atención primaria.
- Atención kinesiológica integral ambulatoria.
- Apoyo psicosocial a paciente y familia.
- Entrega de ayudas técnicas.

7.- ARTROSIS DE RODILLA Y/O CADERAS LEVE A MODERADA EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MÁS

La importancia de la Artrosis u Osteoartritis (OA) radica en su alta frecuencia, las molestias que ocasiona a quienes la padecen y el importante deterioro funcional que suele asociarse al compromiso de rodillas y/o caderas

OBJETIVOS

Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de las personas de 55 años y más

METAS

- 100% de pacientes con diagnostico de OA de rodilla o cadera será ingresado a programa (N° de pacientes con diagnostico de OA de rodillas o cadera ingresados)
- Aumentar número de pacientes derivados a sala de rehabilitación (N° de personas de 55 años y más con OA ingresados en Sala de Rehabilitación Comunitaria/N° de personas de 55 años más en cobertura por OA)

ACTIVIDADES

- Talleres individuales o grupales referente a enfermedad, métodos diagnósticos, opciones de tratamiento y pronóstico de su enfermedad.
- Talleres de ejercicios individuales o grupales para mejorar la condición de musculatura de las extremidades inferiores.
- Consulta nutricional con el objetivo de lograr normalidad a todo paciente sobrepeso u obeso
- Evaluación Kinésica funcional.

8.- EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS

La epilepsia en el adulto tiene implicancias intelectuales, psicosociales y económicas, por lo que su diagnóstico, tratamiento precoz y correcto, impacta en los indicadores de salud como los años de vida saludables.

OBJETIVOS

- Que el paciente y/o tutor, mantenga conductas de manejo y cumplimiento de las terapias.
- Apoyar los objetivos terapéuticos.
- Que el paciente reconozca factores de riesgo que interfieran el pronóstico de la enfermedad
- Lograr la reinserción escolar y/o laboral del paciente

METAS

- 100% de personas con sospecha de epilepsia son derivados a Nivel Secundario para su diagnostico e indicación terapéutica
- 100% de personas con diagnostico de epilepsia no refractaria son controlados en atención primaria y reciben su tratamiento garantizado según guías clínicas

ACTIVIDADES

- Educación individual al paciente y su familia referente a patología
- Controles de salud por equipo de salud
- Apoyo psicosocial a paciente y familia.

e) **PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**

Considerando que la vida es un continuo y la salud requiere un continuo de cuidados, es que se nos hace fundamental considerar las características biológicas, las vulnerabilidades, oportunidades y comportamientos propios de esta etapa de la vida.

El incentivo y apoyo a la mantención de hábitos saludables y los controles periódicos preventivos, se hacen imprescindibles en nuestros adultos mayores para mantener su funcionalidad el mayor tiempo posible. Sin olvidarnos de detectar precozmente las distintas patologías que afectan este grupo etáreo, con el fin de facilitar el acceso a tratamiento oportuno.

Todo esto sin perder de vista el creciente aumento de nuestra población adulta mayor, con una sostenida baja en la tasa de natalidad. Lo cual nos sitúa hoy en un escenario bastante complejo, para poder satisfacer las múltiples necesidades de salud de esta población y es un desafío en los años venideros.

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

OBJETIVO

- Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.
- Mantener población adulta mayor autovalente y recuperar autonomía de población co grado de dependencia.
- Mantener la nutrición adecuada de los AM.

META

- Establecer línea base e incrementar en un 5% los AM que participan en OSC.
- 75% de adultos mayores inscritos con examen de medicina anual.
- 100% de AM de 70 años y más, y menores en caso de ser beneficiarios de programa

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

OBJETIVO

- Intervención Preventiva o terapéutica en los AM con sospecha de maltrato.
- Evitar abusos y violencia hacia los adultos mayores.
- Prevenir accidentes en actividades de la vida diaria, promoviendo la actividad física.
- Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.
- Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 mg/grs.)
- Administración de una dosis de vacuna neumococica polisacarida a los 65 años de edad.

METAS

- 100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.
- 75% de AM inscritos con examen de medicina anual.
- 100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.
- 100% de las personas diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.
- Incrementar en un 50% la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

OBJETIVOS

- Diagnosticar y tratar en AM.

- Aumentar el nº de AM con Depresión que reciben tratamiento.
- Diagnosticar y tratar en APS, en Centro de Rehabilitación Comunitaria.
- Facilitar y/o corregir la ejecución de una acción o actividad.
- Mantener buen control metabólico de pacientes diabéticos, HTA, con cifras tensiónales dentro de parámetros normales
- Aumentar la cobertura efectiva de personas con Hb1ac inferior a 7% en el último control.
- Detectar Retinopatía Diabética incipiente.
- Reducir ulceras y amputaciones por pie diabético.
- Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud.

METAS

- 75% de AM inscritos con examen de medicina anual.
- AM inscritos y diagnosticados con Depresión, reciben tratamiento integral.
- 100% de los AM ingresados al GES con artrosis de rodilla y/o caderas.
- 100% de los pacientes AM que requieran ayudas técnicas.
- 40% de los pacientes bajo control mantienen buen control de su enfermedad.
- A lo menos un 1,0% de Incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1ac <7% respecto al año anterior.
- 100% de las personas diabéticas bajo control con ulceras activas reciben manejo avanzado de heridas en la APS. y la atención ambulatoria de especialidad.
- 90% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV tiene fondo de ojo por oftalmólogo.
- 100% de los AM bajo controlen PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.

SALA ERA.

El programa de control de las enfermedades respiratorias del adulto es un producto nacional, que debe coordinar las acciones que se lleven a cabo sobre este tema en los tres niveles de atención, ejecutado preferentemente en la atención primaria y cuyas normas deben ser aplicadas progresivamente en todos los establecimientos de salud.

Objetivo General

Reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile, para de esta manera mejorar su calidad de vida.

Prestaciones

- Atención Kinésica respiratoria a pacientes mayores de 65 años con diagnostico de Neumonía adquirida en la comunidad NAC.
- Control kinésico en pacientes con Asma Bronquial, EPOC, Neumonía adquirida en la comunidad y pacientes Limitadores Crónicos al Flujo Aéreo, desde los 20 años y durante todo su ciclo vital.
- Realización de exámenes de función pulmonar, tales como: flujometría y espirometrías.
- Realización de Baciloscopías en pacientes sintomáticos respiratorios por observación de tuberculosis.
- Atención Kinésica respiratoria a los pacientes mayores de 20 años que presenten patología respiratoria aguda.
- Realización de Hospitalizaciones Abreviada a pacientes mayores de 20 años, con crisis obstructivas respiratorias.
- Control del uso adecuado de inhaladores, según prescripción medica.
- Derivación según flujograma, de pacientes crónicos y/o agudos descompensados.

- Entrega de informes de radiologías de tórax, por convenio con IRAMA.
- Educación sobre correcta técnica inhalatoria, estilo de vida saludable, principalmente tabaquismo y prevención de enfermedades respiratorias.
- Rescate de pacientes inasistentes a domicilio.
- Derivación a medico de Sala ERA, a pacientes EPOC, con observación de oxigeno domiciliario.
- Realización de ejercicios respiratorios en pacientes mayores de 20 años, con patología respiratoria aguda y/o crónica, para evitar crisis respiratorias.

PROGRAMA DE POSTRADOS

El Programa de Postrados es de apoyo a personas con postración severa o pérdida de la autonomía, para mejorar el cuidado y la calidad de vida de estos pacientes y de su entorno familiar, apoyando particularmente a los cuidadores familiares.

Objetivos.

- Capacitación a cuidadores con el objeto de velar por la condición y calidad del cuidado al interior del domicilio.
- Apoyo y asistencia técnica por un equipo de salud a personas con postración permanente y/o pérdida de autonomía, a través de visita domiciliaria (VDI).
- Entrega de un estipendio para el cuidador de personas postradas y/o con pérdidas de autonomía, en situación de indigencia o pobreza.

Beneficiarios del programa.

- Las personas que de manera, permanente, sufren de postración y/o pérdida de autonomía severa, beneficiarios del Sistema público de salud.

Definición de postrados.

- Es aquella persona que por diversas razones se encuentra de manera permanente con una pérdida severa de su autonomía, por lo que necesita de otras personas para que satisfagan sus necesidades básicas.

Requisitos para ser beneficiarios del programa

- Ser postrado permanente: Persona que requiere apoyo, guía y supervisión total de actividades de la vida diaria.
- Según Índice de Katz: Bañarse, vestirse, usar el inodoro, continencia de esfínteres, trasladarse, alimentarse.
- Presentar Pérdida de autonomía severa: El beneficiario debe estar diagnosticado por Médico.
- Pertenecer a cualquier grupo etáreo
- Que la persona postrada severa o con pérdida de la autonomía se encuentre incluida en el Programa de Postrados de Atención Domiciliaria en APS.
- La persona NO debe encontrarse en residencia institucionalizada.
- Debe contar con un familiar o cuidador responsable que viva con ella en el domicilio y se comprometa a participar, en la medida de lo posible, en una capacitación o reforzamientos si lo requiere.
- Para que el cuidador reciba el Estipendio, el beneficiario debe estar clasificado como pobre no indigente o indigente mediante evaluación social del Municipio o clasificación CAS (FONASA A, con pensiones asistenciales, Chile Solidario, etc)
- Además para Estipendio: Visita domiciliaria para evaluar sobrevida persona, mantención de la atención en el cuidado por el cuidador. Mantención de estándares de higiene personal.

Beneficios para Postrados.

- Visita domiciliaria de diagnóstico y plan de intervención por parte del equipo de salud de cabecera.

- Capacitación o refuerzo al familiar cuidador de persona postrada y/o con pérdida de autonomía si procede.
- Entrega de estipendio mensual al cuidador familiar que consiste en $20.000 pesos.
- Atención domiciliaria en el plan de salud familiar.
- VDI en el plan de salud familiar.
- PNAC.
- Programa Nacional de Alivio del dolor y Cuidado Paliativos.
- Consejería familiar en el plan de salud familiar.
- Consulta Social.
- Colchón anti escaras.
- Fármacos, etc.

Otras acciones con Pacientes postrados

- Visitas domiciliarias a pacientes postrados, para atención kinésica Integral (respiratoria y motora).
- Educación a cuidadores y familiares de los pacientes postrados, sobre cuidados básicos de los pacientes, ejercicios, movilizaciones, cambios de posición, etc. (entrega de materiales didácticos: trípticos, dípticos, etc.)
- Realización de sesiones Educativas a cuidadores de pacientes postrados y del Hogar de Ancianos de nuestro sector.
- Realización de talleres de Ejercicios para pacientes del Hogar de cada sector.

f) **PROGRAMA ODONTOLOGICO**

El departamento de Salud de San Clemente tiene como objetivo fomentar, mantener y recuperar la salud de la población a través de la implementación de intervenciones promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías orales más prevalentes. A su vez el programa odontológico tiene como propósito contribuir al desarrollo integral del individuo, mejorando su calidad de vida, a través de acciones antes mencionadas, además de la recuperación y rehabilitación de la Salud buco Dental, en el marco del **Programa Nacional de Salud Buco Dental.**

Actividades en Salud Oral:
En la atención odontológica de nuestro departamento se persigue aumentar la oportunidad y acceso de grupos prioritarios:

- En la atención Odontológica integral de los niños de 6 años, embarazados y adultos de 60 años (GES) se realizan actividades de promoción, preventivas, recuperativas y de rehabilitación según necesidad, entregando además un kit dental (cepillo, seda, pasta y cepillo de prótesis según indicación).
- En la atención Odontológica integral de los niños de 2, 4 y 12 años, se realizan actividades de promoción, preventivas y recuperativas, según necesidad.
- Se atiende al 100% de las personas que consultan por urgencia odontológica ambulatoria cumpliendo con la garantía GES.
- Modulo Dental JUNAEB, estrategia en conjunto de JUNAEB con Ilustre Municipalidad de San Clemente.
- Programa Hombres y mujeres de escasos recursos en conjunto con SERNAN- Chile solidario.
- Programa de resolución de especialidades, según convenio el Servicio de Salud del Maule.

Programación comunal cualitativa

- El proceso de programación de actividades asistenciales en el Departamento de Salud de la comuna es una fase importante y delicada en la planificación de salud.
- En él intervienen diversos factores o elementos que influyen decisivamente en la implementación de las políticas sectoriales.
- Por una parte se confrontan la problemática de salud y las características locales existentes, configurando un diagnostico actualizado y por otra, se realiza un balance entre los recursos disponibles y su potencialidad para cubrir las demandas existentes y alcanzar los objetivos propuestos.
- Inevitablemente se deberá establecer prioridades en la utilización de los recursos para lograr cubrir las brecha entre estos y las necesidades existentes.

Objetivos generales.

- Elevar el nivel de salud bucal de la población y promover su preservación.
- Disminuir la incidencia y/o prevalencia de las enfermedades buco dentales más frecuentes y sus factores de riesgo.
- Enfatizar las acciones de promoción, prevención y educación en Salud Bucal.
- Otorgar prioridad en la atención asistencial odontológica a los grupos de mayor riesgo, privilegiando la atención de menores de 19 años y gestantes.
- Garantizar la atención de Urgencia Odontológica a toda la población

Objetivos operacionales

- Desarrollar programas preventivos individuales y colectivos en el quehacer odontológico.
- Promover la participación activa de la comunidad a fin de lograr una actitud responsable y una atención integrada, de alta calidad, que responda a los problemas de salud bucal existentes a nivel local.
- Promover una política de desarrollo y mantención del recurso humano, de acuerdo con las necesidades de salud bucal de la población.
- Fortalecer la prevención de riesgos y enfermedades profesionales en los miembros del equipo odontológico.
- Aumentar la eficiencia y eficacia de los recursos disponibles, optimizando la calidad de la atención y aumentando las coberturas.
- Seguir implementando sistemas de atención que permitan mejorar el acceso y las coberturas de la atención odontológica integral , reales avances han sido por ejemplo: aumentar el número de horas odontológicas, favorecer la adquisición de insumos y equipos para el desarrollo de la labor, distribuir los profesionales de forma de abarcar el total de la comuna y no solo el sector urbano, comenzar a diseñar y sentar las bases de un servicio de urgencia odontológico (SAPU dental) para brindar atención de urgencia de libre demanda a la población.

Salud de las gestantes

Objetivo 1

Aumentar el número de mujeres gestantes, con prioridad en primigestas, con salud bucal recuperada.
Actividad: Alta odontológica integral.
Meta: 60% de cobertura en altas odontológicas totales, en gestantes ingresadas a control en el establecimiento.

Objetivo 2

Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes
Actividad: Consulta odontológica integral
Meta: 60% de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público

Objetivo 3

Proteger la salud bucal de las gestantes en Riesgo de Parto Prematuro derivadas de control prenatal, a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental.
Actividad: Consulta odontológica integral
Tratamiento de “Desinfección bucal total” (TDBT).
Meta: 90 % de cobertura en Tratamiento de “Desinfección bucal total” (TDBT) en embarazadas en riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud

SALUD INFANTIL

Objetivo 1

Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar.
Actividad: Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Bucodentarias.
Educación al alta odontológica en mantención de Salud Bucal 100% de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica reciben educación en técnica de cepillado por Odontólogo o Técnico paramédico
Metas:

- 80% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal
- 100% de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica reciben educación en técnica de cepillado por Odontólogo o Técnico paramédico.

Objetivo 2

Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar, mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia Atención odontológica integral a niños y niñas.

Metas:

- 30 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, beneficiarios o inscritos
- 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños y niñas de 4 años, beneficiarios o inscritos

Objetivo 3

Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 6 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años)

Actividad: Atención odontológica integral según la evaluación de cada caso, de acuerdo a Guía Clínica GES

-Metas: 70 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, beneficiarios o inscritos

Salud del adolescente

Objetivo

Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.

Actividad: Consulta odontológica integral

Metas:

- 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o inscritos en SNSS.
- 10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo.

Salud del adulto

Objetivo 1

Proteger la salud bucal de las gestantes con alto riesgo obstétrico derivadas de control prenatal, a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental.

ACTIVIDAD: Consulta odontológica integral: Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT).

Meta: 90 % de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT) en embarazadas con alto riesgo obstétrico en control en el Centro de Salud.

Objetivo 2

Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a

Actividad: Consejería Breve en Tabaquismo

Meta: 25% de las gestantes con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo

Objetivo3

Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes

Actividad: Consulta odontológica integral

Meta: 60% de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público

GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años

Actividad: GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años

Meta: 50 % de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el Sistema Público.

g) **PROGRAMA DE SALUD MENTAL**

El nuevo modelo de salud familiar, enfatiza en la detección de factores de riesgo y fortalecimiento de la capacidad de autocuidado mediante la potenciación de factores protectores personales, familiares y comunitarios. Este Programa se inserta como una instancia de trabajo interdisciplinario tendiente a abordar factores psicosociales dentro del marco de la salud integral.

SALUD INFANTIL
OBJETIVO
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con Problemas y trastornos mentales
ACTIVIDADES

- Consulta Médica Para diagnostico de niñas y niños con sospecha de Maltrato infantil y/ o abuso sexual.
- Visita Domiciliaria Integral a familias de niños/as con diagnostico de maltrato infantil y/o abuso sexual.
- Intervención psicosocial familiar.
- Consulta médica para diagnóstico de niñas/os con sospecha de Trastornos Hipercinético y de la Atención.
- Consulta médica para diagnóstico de niñas/os con sospecha de Trastornos Hipercinético y de la Atención.
- Tratamiento Integral de niños/as con confirmación diagnostica de un Trastorno Hipercinético y de la Atención, según Guía Clínica.

METAS:

- 100% de niñas/s menores de 6 años con sospecha de abuso o maltrato.
- 100% de familias de niños/as menores de 9 años bajo control con diagnostico de maltrato infantil y/o abuso sexual.
- 90% de familias de niños/as menores de 9 anos bajo control y con diagnostico de maltrato infantil y/o abuso sexual.
- 100% de niños/as con sospecha de trastorno hipercinético.
- 90% de los niños/as con confirmación diagnostica de trastorno hipercinético.

SALUD ADOLESCENTE
OBJETIVO 1
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.
ACTIVIDAD

- Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales. (CLAP)
- Examen de salud anual con aplicación de AUDIT
- Intervención Preventiva para adolescentes con consumo riesgoso de alcohol.
- Examen de salud anual con aplicación de GHQ12 para detección de depresión.
- Consulta médica para diagnostico de depresión.
- Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a Adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas.
- Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes de 15 años y mas con diagnostico de depresión.

- Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes de 10 a 14 años con diagnostico de depresión.
- Visita Domiciliaria Integral y/o Consejería Familiar para completar evaluación diagnostica y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda según guía clínica GES
- Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ

METAS

- 5 % de adolescentes con sospecha a los que se les realiza examen de salud anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o trastornos mentales.
- 100% de los Adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual se les aplica el AUDIT.
- 90% de los adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 reciben intervención preventiva.
- 5 % de adolescente inscritos de 15 años y más a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación de CHQ12
- 100% de adolescentes con sospecha de depresión detectada en el examen de salud anual.
- 100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas.
- 100% de adolescentes de 15 años y mas con diagnostico de depresión leve, moderada o grave.
- 100% de adolescentes de 15 años y mas con diagnostico depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad
- 50% de adolescentes de 10 a 14 años con diagnostico de depresión reciben tratamiento y derivación según corresponda.
- 50% de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por depresión.
- 100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra

OBJETIVO 2

Aumentar el número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.

ACTIVIDADES

- Pesquisa de violencia sufrida por adolescentes.
- Primera respuesta en situaciones de VIF o abuso escolar detectada en adolescentes
- Derivación a especialistas y monitoreo de los casos de adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y/o violencia grave.

METAS

- 100% de adolescentes identificados con abuso sexual, Violencia física o psicológica (VIF), por sexo y rango etario.
- 100% de adolescentes en situaciones de abuso sexual VIF, escolar o comunitaria desagregada por sexo y rango etario.
- 100% de adolescentes con abuso sexual, violencia grave, desagregados por sexo y rango etario.

SALUD ADULTOS

OBJETIVO 1

Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas de trastornos mentales.

ACTIVIDAD

Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales. (AUDIT – GOLDBERG)

META

100% de personas adultas con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna.

OBJETIVO 2

Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias

ACTIVIDADES

- Tratamiento integral a toda persona con diagnostico de depresión leve, moderada o grave, según Guía Clínica (GES)
- Derivación a especialidad a toda persona con diagnostico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida.
- VDI para completar evaluación diagnostica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda.
- Sesiones de psicoeducacion para comprensión de la enfermedad y fomento del apoyo terapéutico.
- VDI a las madres en tratamiento por depresión postparto para evaluar las condiciones familiares, sociales y del entorno, la existencia y uso de soporte social y redes de apoyo, la dinámica familiar, sus recursos y capacidades y apoyar la organización de ayuda práctica domestica.
- Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas.
- Derivación a consulta médica a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico.
- Consulta médica para confirmación de sospecha de primer episodio esquizofrenia a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico.
- Derivación a especialidad a toda persona con sospecha de primer episodio de esquizofrenia.

METAS

- 100% Tratamiento integral a toda persona con diagnostico de depresión leve, moderada o grave.
- 100% de personas de 20 años y más, inscritas y diagnosticadas derivadas.
- 50% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería Familiar.
- 50% de familias con miembro con diagnostico de Depresión ingresado a tratamiento.
- 100% de las madres inscritas que presentan depresión posparto.
- 100 % de las personas de 20 años y más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda.
- 100% de las personas derivadas a consulta médica con síntomas presuntivos de un episodio psicótico.
- 100% de personas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia.

OBJETIVO 3

Apoyar a mujeres puérperas que presentan condiciones de riesgo Psicosocial.

ACTIVIDAD

- Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.

META

- 90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.

SALUD ADULTO MAYOR

OBJETIVO 1

Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.

ACTIVIDAD

- Control de salud: Diagnostico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión.

META

- 100% de AM.

OBJETIVO 2

Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial
Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.

ACTIVIDAD

- Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local.
- Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas

META

- 100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.
- 100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.

h) **SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL A LA INFANCIA, CHILE CRECE CONTIGO**

El sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo" (CHCC), tiene como objetivo ofrecer un conjunto integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar las oportunidades de desarrollo de niños, niñas en sus familias y comunidades. Se define como "una red integrada de servicios que opera en el territorio municipal", en la que cada sector pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia.
El programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, que es el componente de salud del sistema, pone al servicio de las redes de salud, los estándares para una atención integral de los niños, niñas, sus familias y comunidades, con el objeto de alcanzar el máximo potencial de desarrollo:

PROGRAMA de APOYO al DESARROLLO BIO-PSICOSOCIAL

Gestación: Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal. Trabajado en APS con:
- Fortalecimiento de los cuidados prenatales
- Desarrollo del Plan de Salud con Enfoque Familiar
- Educación a la Gestante y su Pareja o Acompañante.

De 0 a 4 años de edad. **En APS**:
- Fortalecimiento del Desarrollo Integral del niño; fortaleciendo el Control de Salud del niño para el desarrollo integral; intervenciones Educativas de Apoyo a la Crianza, estando en estos momentos formándose nuestros Facilitadores del Taller Nadie es Perfecto cuyo programa educativo trabaja las habilidades parentales.
- Atención de Niños y niñas en situación de vulnerabilidad; fortaleciendo las intervenciones en niños con riesgos, rezago y déficit en su desarrollo integral.

En resumen las actividades del PADBP incluyen algunas que históricamente el sector salud ha realizado tanto a las gestantes, como a los niños (as) durante sus primeros 4 años. Las principales innovaciones del componente de salud de CHCC es incrementar la detección de factores de riesgo psicosociales que podrían afectar la salud y el desarrollo de un niño o niña en sus primeros años. Al mismo tiempo se enfatiza el seguimiento al desarrollo (motor, lenguaje, social y emocional) normal, facilitando el acceso de niños y sus familias a los servicios necesarios para disminuir los riesgos y para recuperar los rezagos y retrasos, para lo cual se cuenta contamos con una Sala de Estimulación a cargo de una Educadora de Párvulos anexada recientemente al CESFAM que trabaja con estos niños.

i) **PROGRAMA SALUD DEL MEDIO AMBIENTE**

La salud y el medio ambiente están íntimamente relacionados, **la calidad y la salubridad del entorno son vitales para una buena salud. Según** la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) en su concepto de **medio ambiente y salud**, se incluyen tanto los efectos dañinos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, así como los efectos en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico y social en general, incluida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte.

En cuanto a la temática medioambiental, el MINSAL, pone énfasis en el cuidado de la salud materno-infantil, es por esto que su preocupación está puesta en detectar problemas de salud asociados a factores ambientales. Así mismo, las estrategias de intervención que se han desarrollado en este tema son de difusión a la población en general y especialmente a las parejas que se encuentran en período reproductivo sobre prevención y alertas relativas a la contaminación con plomo y mercurio y los efectos del humo del tabaco en niños y niñas.

OBJETIVOS.

Los objetivos principales del programa salud del medio ambiente para el año 2011 son los siguientes:

- Identificar focos de contaminación medioambiental que pueda ser una amenaza para la salud de la comunidad.
- Prevenir la proliferación de enfermedades derivadas de factores del medio ambiente.
- Promover acciones educativas y de difusión que apunten al tema de salud-medio ambiente.
- Empoderar a las personas de la comunidad respecto de temas medioambientales.
- Fomentar el rol protector de madres y padres respecto de la salud medioambiental de sus hijos/as.
- Desarrollar actividades programáticas tendientes a evitar que las personas enfermen y mueran por enfermedades transmitidas por los animales e insectos vectores.

ACTIVIDADES.

Gestión y trabajo intersectorial.

- Activar comité medio ambiente.
- Trabajar en torno a la revisión y construcción de Ordenanzas Municipales en temáticas medioambientales.
- Establecer protocolo de acción frente a denuncias medioambientales (recepción, coordinaciones, derivaciones, etc.).

Salud ambiental infantil.

- Promoción de factores protectores ambientales para gestantes y recién nacidos.
- Prevención de intoxicaciones por metales pesados, exposición al humo de tabaco y otros contaminantes.
- Tenencia responsable de mascotas.
- Manejo de la basura.

Zoonosis y Vectores.

1. Directriz Específica Rabia:

- Desarrollar las actividades del Programa de Prevención de Rabia en el Hombre y los Animales a nivel local.
- Liderar la implementación de un sistema permanente de control de la población canina con participación de la comunidad.

2. **Directriz Específica Hidatidosis:**

- Desarrollar actividades de prevención.
- Identificar áreas de mayor prevalencia de hidatidosis humana para implementar programas integrados de prevención y control.

3. **Directriz Específica Hanta:**
- Desarrollar programas estratégicos de prevención y de control ambiental en coordinación con el resto del intrasector y con el extrasector.

4. Directriz Específica Teniasis/Cisticercosis
- Realizar investigación de casos de neurocisticercosis humana o animal a objeto de determinar acciones de prevención y control.

ISUGERENCIAS PARA LOS SECTORES SOBRE ACTIVIDAD DE SALUD DEL MEDIO AMBIENTE.

1.- Contaminación.

Ej. Actividad Discusión de un caso clínico sobre Contaminantes de aire interior.

2.- Entorno Laboral Saludable.
"Un entorno laboral saludable promueve una buena salud, que es un recurso primordial para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de los ambientes laborales. A continuación se sugieren algunas acciones a tener en cuenta en esta estrategia:
- Formar comité de salud ocupacional que se ocupe de la seguridad al interior del lugar de trabajo y de la ergonomía de los/as trabajadores/as.
- Creación departamento de bienestar, el cuál contemple beneficios tanto para los/as funcionarios/as como para su familia directa.
- Fomentar el autocuidado de los equipos de trabajo.

3.- Promoción de prácticas saludables en Establecimientos educacionales.
"El conjunto de comportamientos asociados a una vida sana, tiene mayor posibilidad de ser adoptado por las personas y de perdurar a lo largo de sus vidas, si el aprendizaje comienza precozmente y existe un reforzamiento continuo". A continuación se sugieren algunas actividades para trabajar en esta estrategia:
- Creación de kioscos saludables.
- Promover colaciones saludables.
- Disminuir la generación de residuos producidos por la elaboración y consumo de comida chatarra. Es decir, promover el compostaje (materia orgánica).
- Realizar actividades de reflexión y relajación entre la comunidad educativa, dado que estas prácticas ayudan a la concentración, sobre todo de los niños y las niñas; así mismo, fomenta la valoración por el silencio, contrarrestando la contaminación acústica que se produce a diario en los establecimientos educacionales.
- Promover caminatas y actividades educativas al aire libre, ya que es una forma más dinámica y entretenida de aprender, pone en contacto a los/as niños/as con su entorno y también promueve la actividad física, la cual nos ayuda a tener una vida más saludable.
- Tomar en cuenta las efemérides que se presentan a continuación y elaborar una actividad.

j) **PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD 2012**

La **promoción de la salud** es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla[1]Es un área de la salud pública que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. También se define como el proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta.

Además se enfatiza también en la Prevención en el ámbito de la salud es una tarea fundamentalmente educativa y formativa, la cual permite proponer y obtener cambios de conductas en las personas, anticipar e identificar las situaciones o acciones de riesgo, así como, reconocer los ambientes peligrosos

La Promoción de la Salud cuenta con varias estrategias centrales para alcanzar sus objetivos. Entre ellas, destacan:

- Abordaje por Contextos - Entornos para Promoción de Salud
- Comunidad y Desarrollo Comunitario
- Trabajo Interdisciplinario e Intersectorial
- Educación en Promoción de Salud
- Comunicación en Promoción de la Salud
- Políticas Públicas Saludables e Inclusión Social

Las orientaciones programáticas 2012 se enfocaran preferentemente a: Comunas Saludables, Entornos Laborales Saludables y Establecimientos Educacionales Promotores de la Salud coordinados desde nuestro equipo del Departamento de Salud y con apoyo de otras entidades Municipales.

Promoción de la salud de acuerdo al ciclo vital 2012.

NIÑOS Y NIÑAS.

Objetivo:

Promover acciones de estilos de vida saludables y del desarrollo integral de niños y niñas.

Actividades:

Promoción de estilos de vida saludable, enfatizada en la adquisición de hábitos alimentación saludables y fomento de la actividad física, además de factores protectores en prevención de drogas.

ADOLESCENTES.

Objetivo

Entregar información sobre las acciones preventivas de salud en torno a diversas temáticas planteadas con el fin de aumentar el conocimiento en ellas.

Actividades:

Talleres y actividades de prevención de consumo de tabaco en colegios y prevención de drogas y fomento de estilos de vida saludable y promoción de salud integral tanto para adolescentes y padres y/o apoderados

Actividades de prevención de embarazo adolescente y métodos anticonceptivos y de prevención de VIH

ADULTOS.

Objetivo:

Difundir a la comunidad beneficios de la alimentación saludable y práctica continúa de ejercicio físico y auto cuidado de salud a través de actividades comunales
Actividades:
Realizar actividades de promoción de estilos de vida saludables mediante el trabajo directo con la comunidad y grupos presentes en la comuna, enfocados a difundir y contribuir al cambio de percepción de la comunidad en torno a la importancia del auto cuidado, la prevención y cambios de hábitos.

ADULTOS MAYORES.

Objetivo 1**.** Fomentar estilos de vida saludables en la población adulta mayor de San Clemente.
Actividad:
Realizar talleres preventivos de enfermedades ligadas a la tercera edad
Objetivo 2. Promover la inserción y participación social de la población adulta mayor en torno a actividades de promoción de salud.
Actividades:
Realizar Encuentro de adultos mayores enfatizado en la práctica de ejercicio físico.
Fomentar el auto cuidado del adulto mayor en las diversas áreas de salud

SUGERENCIAS PARA LOS SECTORES PARA EL TRABAJO DE PROMOCION DE LA SALUD

El programa de promoción opera a través de tres grandes **estrategias**, privilegiando aquellas de mayor potencialidad para su desarrollo, las cuales son: **Comunidades Saludables, Entornos Laborales Saludables y Escuelas Promotoras de la Salud.**

1.- TRABAJO CON LA COMUNIDAD

a) Promoción de la salud en grupos vulnerables.
b) Promoción de vida saludable en sectores rurales.
c) Promoción de entornos saludables trabajo coordinados con red comunal.

2.- PROMOCION DE ENTORNOS LABORALES SALUDABLES

d) Orientado a funcionarios del Departamento de Salud.

3.- ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PROMOTORES DE LA SALUD

- Realización de trabajo coordinado de parte del equipo de salud de cada sector con establecimientos educacionales.
- En aspectos generales se considerara la información recopilada en diagnósticos participativos de salud para generar instancias de trabajo con la comunidad, entendiendo la importancia del trabajo en conjunto con estas.
- Fortaleciendo la redes de apoyo y los factores protectores psicosociales como punto fundamental para realizar un trabajo a largo plazo.
- Considerar a todos los grupos de edades y organizaciones sociales de cada sector.
- La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas, comunidades y a la sociedad, incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político, social y gubernamental, donde cada sociedad tiene su propia representación en torno a la salud.
- La Promoción de la Salud permite desarrollar y fortalecer, habilidades y capacidades de los individuos, en su entorno familiar y social, buscando promover acciones dirigidas a modificar los Condicionantes o determinantes sociales, Factores protectores psicosociales, Ambientales y Económicas, impactando en la salud tanto individual como colectiva.

Matriz de Actividades propuestas en los diversos ámbitos de acción.

Ámbitos de acción	Actividades	Presupuestos
Comunales : acciones individuales, familiares y comunitarias para mantener la salud	• Ferias saludables y costumbrista e iniciativas saludables en postas rurales • Corrida familiar "San Clemente elige vivir sano"	$ 1.200.000 S 1.600.000
	• Campeonato regional de natación. • Cicletadas familiares • Encuentro comunal de cueca Adulto mayor (practica de actividad física) y Baile entretenido sector rural	$ 1.600000 $800.000 $ 1.600.00
Educativas	• Jornada Saludable para cuidadores de postrados • Jornadas de estilos de vida saludable con preescolares de la comuna • Actividades de salud escolar en prevención de alcohol , drogas y/o VIH	$ 400.000 $400.000 $800.000
Entorno laboral	• Campeonato deportivo para funcionarios públicos • Jornadas de yoga	$1.600.000

k) **CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN**

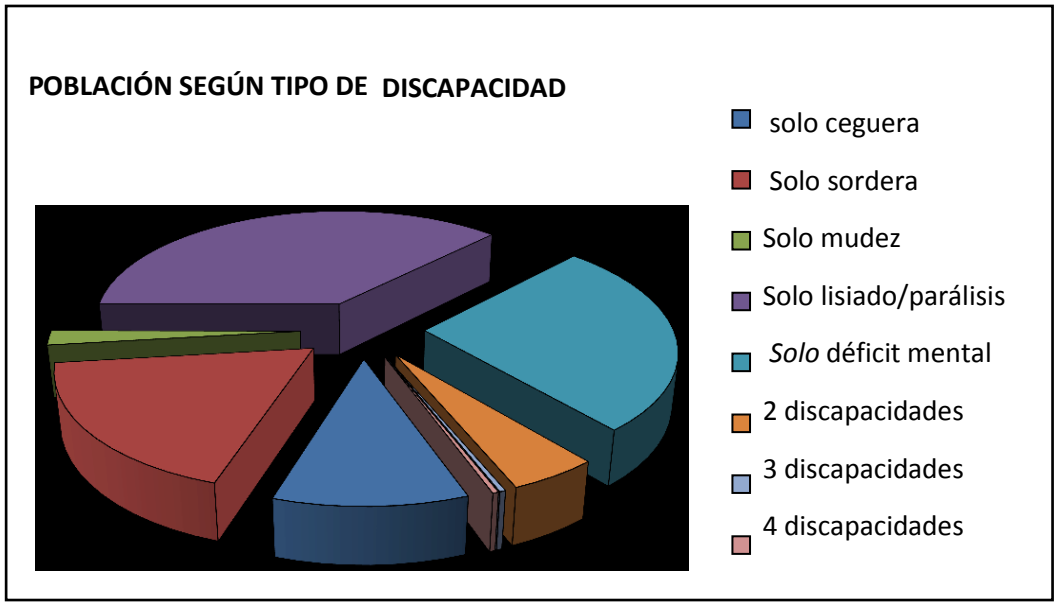
DISCAPACIDAD

Los datos más recientes entregados por la encuesta Casen 2006 señalan que en Chile existe un 12,98% de población con discapacidad, en la séptima región posee 8,5%, no existe registro del porcentaje de discapacidad a nivel comunal entregada por encuesta dicha encuesta.

La discapacidad equivale a un 2,2 % de la población del País, en San Clemente el porcentaje de población con discapacidad aumenta paulatinamente llegando a un 3,0%.

Respecto a la diferencia de la población por sexo, a nivel nacional para los hombres corresponde al 53.4% y mujeres 46.6%, esta proporción se mantiene a nivel regional provincial y comunal, se destaca que a cualquier nivel los hombres con discapacidad superan el 50% de la población total con discapacidad, como lo muestra la siguiente tabla:

Del porcentaje total de población con discapacidad a nivel comunal que corresponde al 3.0%, existen distintas tasas dependiendo del tipo de deficiencia, esto se muestra en el gráfico.



Fuente: INE, CENSO 2002

Se desprende del grafico anterior que el tipo de discapacidad que posee mayor frecuencia es parálisis/lisiado, seguida del déficit mental y posteriormente solo sordera.

Respecto a la población con discapacidad por grupo etáreo destaca que el mayor número de personas discapacitadas con deficiencia mental se encuentra entre los rangos

0-19 y 20-64 años, en cuanto al rango etáreo 65 y más poseen una o más discapacidad y siendo mayor el número de personas que poseen discapacidad lisiado/parálisis. Los datos por grupo etáreo se muestran en el siguiente cuadro:

BENEFICIOS DE SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Para este ítems se consideró como beneficios de Salud la indicación y obtención de ayudas técnicas financiadas por SENADIS Talca a personas que viven en San Clemente, durante el año 2010, 20 personas fueron beneficiados con la aprobación de las ayudas técnicas solicitadas y el total de ayu-

das técnicas entregadas fueron 21, en la siguiente tabla se desglosan las ayudas técnicas entregadas:

Ayudas técnicas entregadas por SENADIS durante el 2011

Ayuda técnica	Número
Sillas de ruedas	**10**
Audífono	1
Cojín antiescaras	3
Colchón antiescaras	2
Ortesis/prótesis	2
Endoprotesis	1
AVD	1
Elementos de rehabilitación	1

Fuente: SENADIS 2011

CARACTERIZACION CCR COMUNA DE SAN CLEMENTE

El Centro de Rehabilitación con base Comunitaria de San Clemente, es el único establecimiento de su tipo en la comuna, comenzó la atención de público en octubre del 2009 en el Sector de Ramadillas en San Clemente.

El CCR San Clemente surge por un fortalecimiento de las políticas de salud pública que ampliaron la atención de rehabilitación a lo largo del país, tomando en cuenta cambios demográficos y epidemiológicos de la población y los objetivos sanitarios de la reforma de salud. Si bien dicha política en San Clemente se inició como Sala de Rehabilitación Integral, en la cual la cobertura correspondía al manejo de las patologías GES (artrosis de rodilla y cadera) además de una serie de patologías correspondiente a sala PAME, actualmente el CCR opera bajo el modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y cubre la atención a personas con Enfermedad de Parkinson, Lumbago crónico reagudizado, Hombro doloroso, Parálisis Facial Periférica, Secuelados de AVE egresados de nivel secundario y además pacientes con trastornos de marcha y equilibrio.

Las personas ingresadas al Centro Comunitario de Rehabilitación, reciben un modelo de atención integral, basada en la atención al paciente en situación de discapacidad ya sea permanente o transitoria, a su familia y al medio que lo rodea, transformándose en una instancia de participación social y comunitaria, igualdad de oportunidades y la integración psicosocial.

La infraestructura del CCR cuenta con sala de espera, gimnasio multifuncional, sala de terapia ocupacional, cocina, 2 baños de usuarios, 1 baño del equipo de rehabilitación.

PRESTACIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL DEL CCR A LA COMUNIDAD

Una vez que el usuario es ingresado a evaluación funcional (evaluación kinésica del adulto mayor y mental abreviado) ya sea por Kinesiólogo o por Terapeuta Ocupacional, desde entonces se entrega el consentimiento informado, se dialoga los objetivos, se planifica el tratamiento con el usuario y/o cuidador, por último se firma el Plan de la Intervención.

El tratamiento

- Terapias individuales a pacientes que presenten sobre EVA 6 para el alivio del dolor a través de fisioterapia.
- Evaluación específica por Terapeuta Ocupacional a los pacientes que lo ameriten.
- Terapias grupales de ejercicios dirigidos pacientes con Lumbago crónico, hombro doloroso, y patologías de origen Osteomuscular, dentro de las cuales se trabaja flexibilidad, movilidad articular, fortalecimiento muscular, actividades psicomotrices para mejorar el equilibrio estático y dinámico, estimulación cognitiva, entrenamiento de AVD, sociabilización, actividades recreativas y

uso del tiempo libre.

- Educación a usuarios, cuidadores y/o familiares sobre sus patologías, entrenamiento en AVD, transferencias y cuidados al cuidador.
- Visita Domiciliaria Integral por Kinesiólogo y/o Terapeuta Ocupacional para evaluar barreras arquitectónicas y realizar adaptaciones en el hogar.
- Se realiza entrenamiento del uso de ayudas técnicas del Aporte GES.
- Se deriva a agrupaciones comunitarias activas que sean del interés del paciente con el fin de logra inclusión social.

Prestaciones del CCR:

- Elaboración dípticos informativos sobre las patologías incluidas en CCR.
- Formación de monitoras para la comunidad.
- Actividades conjuntas con encargada de la Oficina de la Discapacidad de la comuna, para difundir y educar sobre temas pertinentes.
- Creación de redes de apoyo con agrupaciones comunitarias de adultos mayores en San Clemente.
- Redes de apoyo con agrupación de discapacitados en San Clemente.
- Elaboración de diagnostico participativo de la comuna.



Esta es la actual red comunitaria con que cuenta el CCR para la solicitud y entrega de apoyo material e informacional. La conformación de ésta red tiene como finalidad aumentar las oportunidades de apoyo de las personas y familiares que poseen un miembro con discapacidad transitoria o permanente. La meta de toda persona que ingresa al CCR es lograr la inclusión en la actividad y/o oficio que refiere como significativo, por lo anterior, nuestro objetivo es lograr la inclusión familiar, laboral, educacional y/o comunitaria de nuestros usuarios, por lo tanto es fundamental que el equipo de rehabilitación trabaje para aumentar, fortalecer y darle operacionalidad a dicha red, ya que de ésta dependerá en parte el éxito de nuestra intervención.

Organizaciones Comunitarias:

- Consejo de Desarrollo Local de Salud.
- Consejo Comunal para la Discapacidad.
- Unión Comunal del Adulto Mayor.
- Centro del Adulto Mayor "Nuevos Años de Santa Elena".
- Centro de Adulto Mayor "la Higuera en Flor".
- Centro de Adulto Mayor de Corralones.
- Grupo de Diabéticos de los Montes
- Club Deportivo Racing.
- Grupo de Monitoras en Salud

FORTALEZAS DEL CCR:

- Existe una buena difusión de las actividades desarrolladas en el CCR a través de medios radiales y escritos locales, que permiten informar las autoridades y a la población sobre la existencia y accesibilidad a este Centro.
- Existencia de un flujograma de derivación, lo que contribuye a una disminución considerable en el número de interconsultas de patologías que no cubre el CCR.
- Dialogo expedito y continuo con la Encargada de la Oficina de la Discapacidad, realizando actividades en conjunto.
- Dialogo con encargados representativos de la comunidad como son Departamento de Organizaciones Comunitarias y Programa Vínculos.
- Realización del curso 2011 "Formación de Monitoras en Actividad Física para Adultos Mayores" .
- Existencia de estrategias para aumentar y fortalecer las redes comunitarias, existiendo una relación sólida que permite asesorar e intercomunicarse para el buen funcionamiento de dichas agrupaciones.
- Cobertura permite un tratamiento integral a los pacientes, con enfoque biopsicosocial eficiente y permanente.

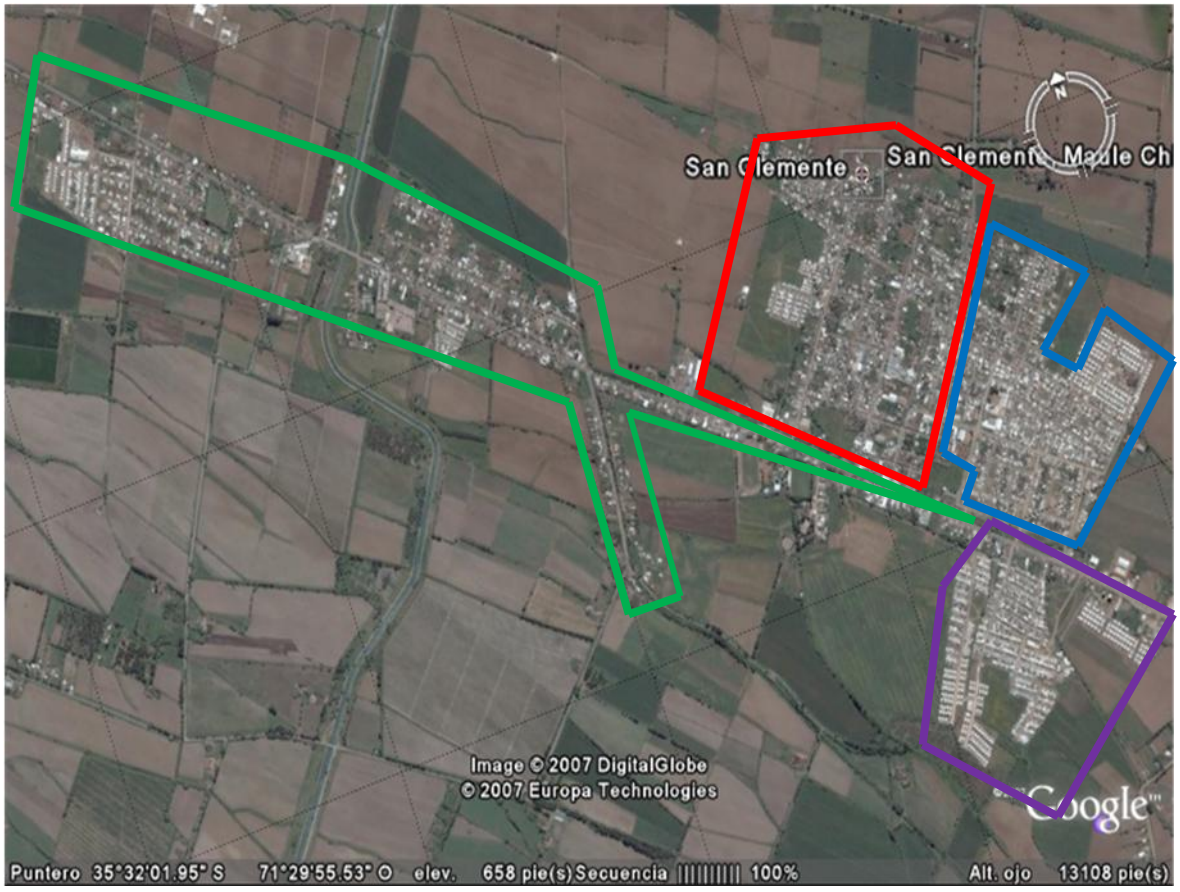
FALENCIAS DEL CCR:

- Equipo profesional sin capacitación en el Modelo de Rehabilitación Integral, lo cual dificulta en la comprensión de los conceptos y el desarrollo de actividades que presentan una sólida base en la rehabilitación comunitaria.
- Larga lista de espera para evaluación-atención Kinésica (alrededor de dos meses) ya que se cuenta con un kinesiólogo que no da abasto con la demanda.
- Importante cantidad de deserciones principalmente por carencias económicas y lejanía del lugar
- El equipo profesional utiliza largo tiempo del día en labores administrativas de tipo estadística y de secretaria, ya que no se cuenta con Administrativo que apoye en dichas actividades.
- Dificultad en el cumplimiento de las Visitas Domiciliarias integrales por carencia de transporte.
- No se cuenta con un inmueble apto para realización de terapias, ya que la regulación de la temperatura ambiental va desde los extremos dependiendo la temporada del año.
- No existe una cantidad suficiente de implementos para terapia grupales, además de escaso material como bastones, pelotas, etc.
- No hay material para la confección de Ortesis de parte de la terapeuta ocupacional.

XIII. PROGRAMACIÓN DE LOS SECTORES INFORMACION DE LOS SECTORES

1.- CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza Bustos

MAPA SAN CLEMENTE URBANO



a) **SECTOR ROJO,**

Descripción del sector:
El Sector Rojo nace el año 2007, a raíz de la sectorización territorial de la comunidad, como uno de los aspectos iniciales indispensables en la transformación al Modelo de Atención en Salud Familiar. Comprende un grupo poblacional mayoritariamente urbano, con un componente suburbano ubicado en el sector nororiente del territorio del sector.

La actividad económica de este grupo de usuarios es mayoritariamente agrícola, del tipo temporero, tanto para hombres como mujeres, existe minoría de trabajadores que laboran en la actividad de la construcción y minería en otras regiones del país, como también en servicios, y comercio.
Socialmente la composición de estos usuarios es heterogénea y en transición, ya que un área es antigua con existencia de adultos mayores y migración de familias desde el área rural a las poblaciones recientemente habitadas y a las que serán entregadas en los últimos meses del presente año. La escolaridad va desde enseñanza media completa a analfabetos, por el mismo factor de migración, y la falta de oportunidades de los habitantes del sector rural, y adultos que se encuentran en grupos etáreos superiores a los 40 años de edad.

Descripción Geográfica: El Sector Rojo, se encuentra ubicado en el área urbana de la Comuna de San Clemente, sus límites comprenden por el Norte Quebrada de Agua, por el sur terrenos agrícolas (villas Don Sebastián), por el Este calle Alejandra Cruz, por el Oeste, calle Huamachuco a la altura de la estación de servicio Copec.
Localidades, que lo conforman:
Calles: Huamachuco (Nº 1 al 800), Alejandro Cruz, Carlos Silva, Clodomiro Silva, Enrique Vargas, Manuel Rivera, Humberto Silva, Eleodoro Vergara, Alejandro Concha, Cienfuegos.
Poblaciones: Cinco de Noviembre, Carlos Ibáñez, Veintiuno de Marzo, Unión y Progreso, Gabriela Mistral, Don Sebastián I-II-III, El Esfuerzo, Entre Ríos,
Localidades Suburbanas: Quebrada de Agua, Población Santa Rosa, Pobl. María Francisca, El tropezón, Parcelas Manuel Larraín
Durante el año 2011 se ha adicionado nuevas poblaciones según detalle: Ubicadas al poniente de la villa Entre Ríos: Población Las Palmas, 149 viviendas; Los Sesenta 115 viviendas, Los Alerces 148 viviendas, Doña Estela 58 viviendas, y San José 150 viviendas. Ubicadas al Sur de Villa Don Sebastián, Villas: Don Eduardo I con 125 viviendas, Don Eduardo II con 69 viviendas. En total 814 nuevas viviendas.
Además, otorga las prestaciones no cubiertas por las rondas rurales, a los usuarios residentes en los sectores de: Vilches, Carretones, Los Montes, Corel, El Colorado, Bramadero, La Suiza, Armerillo, La Mina, Maitenes, Buenos Aires. Entre estas acciones se contempla, las consultas de morbilidad, urgencia médica, ginecoobstétrica y dental.

MAPA DEL SECTOR ROJO



Organizaciones Comunitarias:
Territoriales. Juntas de Vecinos: Villa Cordillera, Veintiuno de Marzo, Villa Don. Sebastián I-II-III. Villa San Sebastián, Gabriela Mistral, El Tropezón, Cinco de Noviembre, Villa Entre Ríos, Unión y Progreso, San Clemente Centro, Comité John Kennedy, Carlos Ibáñez del Campo, Loa Alerces, Los Sesenta.
Funcionales: Club de Diabéticas, Racing Club Adulto Mayor, Deportivo San Clemente, Deportivo Racing Club, Jubilados y Montepiados de San Clemente, Cruz Roja, Hogar de Ancianos San Juan Apóstol, Escuela Arturo Prat, Escuela San Clemente, Colegio Clementinos, Jardín Infantil San Clemente, Jardín infantil Mickey Mouse, Jardín Infantil ABC, Iglesia Católica, Iglesia Evangélica, Carabineros.
El equipo de cabecera del Sector lo coordina la profesional matrona y esta integrado por : Matrona, Enfermera, Odontóloga, Nutricionista, cuatro Técnicos Paramédicos, uno de ellos TENS Dental, en jornada de 44 horas; Asistente Social, Psicóloga y Auxiliar de Aseo, en jornada de 22 horas, y Médico en jornada de 66 horas.
Jerarquización de problemas realizado por el equipo:
Del análisis FODA, se concluye que los principales problemas de acuerdo a orden decreciente son:

- **Falta de vehículo**: Este medio de transporte es esencial para la ejecución de diversas acciones comunitarias y afecta a todos los integrantes en el rendimiento y la oportunidad de las acciones para con los usuarios, ya sea, visita domiciliaria y atención de postrados, familias con algún riesgo, rescate de pacientes de los diferentes programas, vacunación escolar, citaciones especialidades y Ges, coordinación y ejecución de actividades de promoción de la salud, con grupos comunitarios.
- **Atraso en alimentación y retroalimentación del sistema informático de programas SISGES-SISMAULE**. La alta demanda de interconsultas, por los diferentes profesionales, la gestión de obtención de horas tanto a nivel interno como secundario y la posterior información y entrega al usuario, esta generando retraso creciente en el ingreso de datos a SisMaule, referencia contrareferencia y SGGES.
- **Falta de soporte logístico adecuado para el trabajo administrativo**, lo que genera, pérdida de tiempo y trámites inútiles de los funcionarios y usuarios. Red Internet lenta, caídas frecuentes de Internet, desactualización de sistemas informáticos en uso, falta de mantención de equipos, falta de programas para agilizar el trabajo administrativo y estadístico de las diferentes secciones del sector, comunicación por teléfono celular limitada, ruidos ambientales e interrupciones permanentes a la digitadora. Este aspecto tiene alta incidencia en el punto anterior.
- **Falta de instancia para coordinación de los equipos sectoriales**: discontinuidad de reuniones de trabajo, citaciones improvisadas para situaciones específicas, cambios logísticos y funciones de las personas, que son desconocidas.
- **Burocracia en los traslados de usuarios**: Tardanza excesiva en la recepción de los documentos traslados de los usuarios, internos y externos, por trámites burocráticos y detención en unidad de recepción, sin darle curso al sector correspondiente.
- **Descoordinación en la atención de urgencia entre CESFAM y SAPU**. No existe una pauta a seguir ante la solicitud desde el Cesfam de atención de urgencia y/o ambulancia. Se obtiene respuesta discordante desde el SAPU y poca diligencia en la llegada de la ambulancia, en oportunidades el tiempo que media entre la solicitud de ambulancia, la salida de esta hacia el Cesfam y la hora en que efectivamente se hace presente, suele ser excesivo.

b) **SECTOR AZUL**

Poblaciones que cubre:
Villa Paraíso Cordillera, Villa Elisa Álvarez, Villa San Clemente I, Villa San Clemente II, Villa San Clemente III, Villa Santa Hilda, Villa Edén, Villa Nueva los Huertos, Población John Kennedy, Población 5 de abril,

Población Pablo Neruda, Calle Alberto Torres, Calle Huamachuco (desde Supermercado Unimarc hasta Supermercado Reyes).

Reseña histórica-económica-social:

En el año 1894, dado el crecimiento poblacional de San Clemente, se creó la primera Municipalidad, luego a fines del Siglo XIX se crea la primera escuela de la ciudad, y a comienzos del siglo XX se construye la vía férrea que unía San Clemente con Talca.

Ahora bien, en nuestros días se configura un sistema de división de la comuna en torno a sectores, villas y poblaciones. En este sentido se puede observar que aquellas circunscritas geográficamente al sector azul son asimétricas en términos de su origen, datando en algunos casos con más de tres décadas (Los Huertos, Villa Edén) mientras que otras son recientes, con una creación de no más allá de cinco años (Villa San Clemente I, II y III y Villa Paraíso Cordillera).

El sector azul cuenta con 5228 (aprox.) habitantes inscritos. La esperanza de vida de la población equivale a la esperanza de vida nacional, que corresponde a 75 años en hombres y 80 años para la mujer. Existen poblaciones donde la mayoría de los habitantes son adultos mayores como la Villa Santa Hilda y otras en cambio como la Villa San Clemente I y II es mayor la presencia de niños. En cuanto a la vivienda, la mayoría de las viviendas son de material sólido, cuentan con saneamiento básico, pasando el camión recolector de basura 3 veces por semana. Las calles se encuentran pavimentadas y el entorno es limpio, exceptuando la zona donde existen sitios eriazos, que se encuentra en calle Orlando Frank entre la Villa Paraíso y Villa Elisa Álvarez, contaminados con basura. Los lugares de recreación con los que cuentan los habitantes del sector azul son; áreas verdes en la mayoría de sus villas, juntas de vecinos en la cuales se realizan actividades en sus sedes como clases de gimnasia y convivencias, multicanchas para practicar deportes, etc.

Como elemento complementario a lo que refiere la elaboración del diagnóstico social del sector, se realizó un estudio socio familiar de carácter cuantitativo, llevado a cabo por el equipo profesional, administrativo y alumnos en práctica a una muestra intencionada no probabilística de 154 familias de nuestro sector, pertenecientes a un radio de acción que para efectos de este análisis comprende geográficamente 12 poblaciones, pertenecientes al mismo, en el cual se desprenden entre otros los siguientes análisis:

- La muestra representativa señala que el 85,7% del universo analizado, viven con un ingreso entre uno y dos sueldos mínimos, el 9.1% lo hace con un ingreso entre dos y tres ingresos mínimos y solo un 5,2% hace referencia a vivir con un ingreso superior que va desde los tres ingresos mínimos mensuales.
- Respecto al nivel de instrucción de la muestra analizada, cabe destacar el alto porcentaje de personas que señalan no haber recibido nunca escolaridad, alcanzando la cifra de un 12,6%. Asimismo, un 19,4% manifestó recibir solo educación básica completa. Un 13,8% contestó haber continuado estudios superiores en la que solo un 4,5% de ellos logró finalizarlos.

MAPA DEL SECTOR AZUL



Perfil epidemiológico de morbilidad por ciclo vital:

TIPO DE CONSULTA	TOTAL	POR DE EDAD (en años)								POR SEXO		A BENEFICIARIOS
		Menor de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 64 años	65 y más	Hombres	Mujeres	
TOTAL	2.806	181	296	212	157	153	110	1.170	527	1.130	1.675	2.822
IRA ALTA	264	25	75	42	16	6	10	73	17	108	156	267
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	285	82	104	49	9	2	1	27	11	145	136	295
NEUMONÍA	8	1	1					2	4	5	3	8
OTRAS RESPIRATORIAS	88	12	17	11	3	4	2	26	13	41	50	91
ASMA	73		1	8	12	6	2	24	20	25	48	73
ENFERM. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	56		1	2				12	41	19	37	56
OBSTETRICA												
GINECOLOGICA												
OTRAS MORBILIDADES	2.032	61	97	100	117	135	95	1.006	421	787	1.245	2.032

Organizaciones comunitarias: territoriales y funcionales:

Nombre de la Organización	Ubicación	Director / Presidente
Jardín Infantil "Mi Pequeña Tribu"	Villa San Clemente II	Srta. Silvana Lizama
Escuela Diferencial San Clemente	Los Huertos Las Palmeras Nº 30	Sra. Vilma Farbar Villaseca
Colegio Paula Montal	Los Espinos con Paula Montal s/n	M. María Elena González
Jardín Bosque de Niños	Villa Inglesa	Sra. Fanny Cofré
Escuela de Lenguaje	Calle Paula Montal	Sra. Ana Ortega Rojas
J. Vecinal Sta. Hilda	Elisa Álvarez	Sra. Carlina Jara
J. Vecinal Los Huertos	Los Huertos Los Ulmos Nº 593	Sra. María Castro
J. Vecinal Villa Nueva Los Huertos	V. Nueva Los Huertos Psje. 2 Nº325	Sr. Manuel Rojas
J. Vecinal 5 de Abril	Pobl. 5 de Abril Nº 566	Sr. Ricardo Vargas
J. Vecinal Villa Edén	Villa Edén	Sra. Ana Gajardo Villagra
J. Vecinal Paraíso Cordillera	Pobl. Paraíso Cordillera Calle 1 Nº738	Sr. Fernando Salazar
J. Vecinal Villa Inglesa	Villa Inglesa Los Castaños Nº 389	Sra. Lidia Ramírez
J. Vecinal Villa San Clemente I	Villa San Clemente I Las Palmeras Nº 571	Sr. Efraín Muñoz
J. Vecinal Villa San Clemente II	Villa San Clemente II Salvador A. Nº 711	Sr. José Escobar
J. Vecinal Villa San Clemente III	Villa San Clemente III Salvador A. Nº 801	Sra. Flor Muñoz
Comité John Kennedy		Sr. Juan Mella
J. Vecinal Villa Elisa Álvarez	Villa Elisa Álvarez Sitio Nª 69	Sr. Orlando Urrutia
Club Adulto Mayor Sta. Teresita	Pobl. John Kennedy	Sra. Carmen Muñoz
2º Compañía de Bomberos	Villa Elisa Álvarez	Sra. Norma Sepúlveda

Equipo de trabajo:

- Jefe de Sector: Gabriela Fuentes Valdés – Psicóloga.
- Jefe de Sector (s1): Cristian Fuentes Negrete- Técnico Paramédico.
- Jefe de Sector (s2): Luis Quinteros Cáceres – Odontólogo.
- Erick Tapia Araneda: Médico
- Edison Celi Valencia: Médico
- Manuel Cerda Inzunza: Enfermero
- Hermes Álvarez Soto: Asistente Social.
- Fabiola Brito: Matrona
- Katerin Carreño Rojas: Nutricionista
- Rosa Valenzuela Arriagada: Técnico Paramédico
- Aly Villegas Rojas: Técnico Paramédico
- Johana Tapia Pérez: Técnico Paramédico.
- Cecilia Rojas Núñez: Administrativo
- Orieta Rodríguez Cepeda: Administrativo
- Marta Marabolí Eyzaguirre: Administrativo
- María Gajardo Dupa: Auxiliar de Aseo.

ANALISIS F.O.D.A.:

Fortalezas:

- Coordinación y comunicación adecuada como sector
- Buena disposición en trabajo en equipo
- Equipo Completo
- Infraestructura
- Equipo visualiza poco rechazo de atención
- Alta permanencia de los integrantes del equipo
- Competencias profesionales y técnicas adecuadas
- Conocimiento de la población usuaria.

Oportunidades:

- Coordinación con recurso externo
- Capacitaciones
- Cercanía territorial a instituciones públicas y servicios

Debilidades:

- Inestabilidad laboral, por contratos a plazo fijo.
- Falta contacto con dirigentes de población sector azul
- Falta horas enfermero
- Falta personal SOME
- Falta conexión estable a internet
- Falta mantención y reparación
- Falta de Box.
- Falta de horas Sala ERA.

- Falta de computadores y mantención de los ya existentes.

Amenazas:

- Sobredemanda de los usuarios
- Falta horas vehículo
- Falta insumos oficina
- Rotación y cambios de integrantes del equipo
- Falta de trabajo coordinado y en equipo con otros sectores
- Falta de Gestión OIRS

c) **SECTOR VERDE**

Introducción

Desde el enfoque de salud familiar se requiere una atención para los usuarios que implique todos los ámbitos de la salud que inciden en el bienestar físico, mental y social de la población.

Siendo la salud un factor fundamental del desarrollo humano, la propuesta del nuevo modelo ha de permitir coordinar en conjunto con la población y en red con otros Sectores y Servicios en la perspectiva de una mejor calidad de vida.

El nuevo paradigma de atención en salud, implica un enfoque biopsicosial y comunitario que involucra al individuo, familia y su entorno comunitario, como una forma de proporcionar atención integral, promocional, preventiva y oportuna

Como Equipo de Salud, nos hemos comprometido a abordar la problemática de nuestro sector implementando estrategias de intervención en red, que permitan responder eficientemente los requerimientos de la realidad de nuestra población.

Poblaciones Sector Verde

El Álamo Norte, El Almendro, La Estrella, Población Soberanía Norte, Población Soberanía Oriente, San Luis de Alico, Huamachuco (bomba Copec – Canal Maule), Santa Teresa (La Raya), Bajo Perquin, San Diego Sur y Norte, Villa Los Aromos, Tres Puentes, Villa Maule, Villa Conavicoop, **Chile Nuevo,** Huamachuco Ramadilla, San Valeriano, Palo Seco, Población Chile Nuevo, V. Esperanza, V. Aurora, Los Pozos, Villa Nueva Ilusión, Villa 16 de Julio, Villa Los Robles

Además atiende urgencias de los siguientes sectores rurales: Aurora, Chequén, Santa Elena, San Máximo.

Con límites desde Puente, canal Maule hasta el Centro de Servicio COPEC, abarca el área periurbana. Hacia Talca: Mercedes, Las Rastras, La Obra, Huilquilemu, Porvenir, El Sauce, Santa María, El Bolsico, etc.

Reseña histórica- económica y social

El sector verde comienza su formación en el mes de abril del año 2009, no obstante es a mediados del mes de octubre cuando se conforma en su totalidad. Comprende la atención de los habitantes de poblaciones ubicadas en el radio urbano de la comuna además de algunos sectores rurales mencionados.

De acuerdo a la población beneficiaria atendida en el sector cabe destacar que está en su gran mayoría pertenece al grupo etáreo comprendido entre los 20 y 64 años de edad, siendo mayor al 50% la población femenina. Los usuarios del sector presentan un nivel socioeconómico medio bajo, realizando actividades de construcción y agrícolas de temporada principalmente.

El sector rural se caracteriza principalmente por poseer una población donde la gran mayoría de ésta desempeña actividades de carácter agrícola. Ésta producción se relaciona primordialmente con planta-

ciones de trigo, cebada cervecera, maíz y vid. Además existe una amplia producción de frutas y hortalizas que abastecen a la comuna de Talca y sus alrededores.
Respecto a la ganadería que se presenta en el sector, es posible encontrar criaderos de bovinos, caballares, cerdos, ovinos – caprinos y aves.
En el mes de Agosto del 2011 se propone la Estrategia que el Cecof Chile Nuevo pase a formar parte del Sector Verde, principalmente por la cercanía que tiene este con el Cesfam. A través de esta estrategia se propone fomentar la Promoción de la Salud y el Autocuidado de la población que allí reside, en forma diaria se realizan rondas de los distintos profesionales que componen el equipo de Salud, realizándose en forma permanente Talleres, Charlas y Visitas Domiciliarias, además de la atención en el establecimiento de Medico, Matrón, Psicóloga, Asistente Social, Enfermero y Nutricionista.

MAPA DEL SECTOR VERDE:



Catastro de organizaciones comunitarias del sector:

Juntas de vecinos:
JJVV San Diego Norte, San Diego Sur, Los Almendros, El Álamo, El Alba, La Estrella, San Luis de Alico, San Jorge Norte, Bella Unión, Villa Los Aromos, San Francisco, Conavicoop. Santa Isabel, Soberanía Norte, El Bolsico, San Agustín, Bajo Perquin, San Valeriano, Tres Puentes Ramadilla y Los Treguiles.

Organizaciones sociales de chile nuevo:
Temporeras Nuevo Milenio, Adulto Mayor Chile Nuevo, Grupo de Allegados Nº 1, Grupo de Allegados Nº 2, Club Deportivo Chile Nuevo, Junta de Vecinos Chile Nuevo, Comité Villa Los Robles, Comité Villa 16 de Julio, Comité Villa Ilusión, Junta de Vecinos Villa Esperanza, Junta de Vecinos Villa Aurora, Local Iglesia Evangélica Pentecostal Metodista, Local Iglesia Evangélica Pentecostal, Comunidad Cristiana Ramadillas, Iglesia Evangélica, Comité Villa Florencia, Villa Los Aromos, Temporeras Nuevo Amanecer, Grupo de Diabéticos Santa Virginia.

Identificación de equipo de trabajo

Nombre	Cargo
Andrea Yáñez Castillo	Coordinadora Sector Nutricionista
Solange León	Médico
Sandy Alarcón	Medico
Wladimir Venegas Cifuentes	Odontólogo
Romilio Morales	Odontólogo
Walkiria San Martin	Enfermera
Miguel Ángel Arriagada	Matrón
Virginia Aguilar Valenzuela	Asistente Social
Natalia González	Psicóloga
Claudia Sepúlveda José Ferrada Reyes Ana Zúñiga Arriagada	TENS Verde
María Cerpa Zurita Susana Retamal Santander	TENS Chile Nuevo
Ruth Albornoz Olivares Mónica Villagra	Asistente Dental
Teresa Neira González José Loyola Valdés Liliana Becerra García	Personal Administrativo

ANALISIS F.O.D.A

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
• Equipo de trabajo comprometido en alcanzar objetivos institucionales. • Algunos integrantes contribuyen con recursos personales para el logro de objetivos. • Buena comunicación dentro del equipo.	• Infraestructura adecuada para implementación del modelo de salud familiar. • Suficientes horas de Equipo Psicosocial. • -Aumento de prestaciones entregadas por el Servicio	• Insuficiente capacitación en el modelo de salud familiar. • Insuficientes actividades de promoción y prevención grupal. • Falta de iniciativa de algunos integrantes del equipo para trabajar en modelo de salud familiar. • Escaso conocimiento biodemografico de la Población. • Deficiente coordinación al interior del equipo.	• Poco compromiso de la comunidad en actividades participativas. • Funcionarios contratados a plazo fijo. • Insuficiente recurso de movilización para realizar atenciones a pacientes en domicilio. • Falta de mantención de equipos computacionales. • Dispersión geográfica.

d) **SECTOR SAN MAXIMO**

INTRODUCCIÓN

El 2010 ha sido un periodo de transición en el equipo humano del sector; esto trae altibajos en todo lo que conlleva la atención al usuario. Nuestro equipo es joven; y está la motivación para lograr los objetivos del modelo de salud familiar. Para el próximo año nuestros objetivos serán ambiciosos; siempre considerando que las condiciones deben ser las adecuadas; retomar el trabajo comunitario que empezó una compañera de trabajo que ya no está con nosotros; incentivar el trabajo en salud familiar; para lograr resolutividad y la atención integral para nuestros usuarios.

Antecedentes generales del sector.

Poblaciones del Sector:
Villa Ilusión, San Máximo # 38(San Luis 1 y 2), Villa Nueva Esperanza, Villa Las Vertientes, Villa Arco iris, San Máximo Poniente, El Alba, Huamachuco vereda sur, desde entrada a Villa San Sebastián al Alba

Descripción Sociocultural.
Las características de la población en general se asocian a una población predominantemente adulta joven trabajadora, viviendas familiares, de clase media -baja, con sectores de un mejor nivel debido a las viviendas de predominio entregadas por subsidio las cuales en alguna proporción han sido mejoradas; con saneamiento básico completo.
Sus calles están pavimentadas, con pasajes y calles en su mayoría bien señalizados al igual que la numeración de las casas; muchas de ellas en bloques, y otras pareadas, salvo en el Alba que predominantemente es rural. Cuenta con un buen acceso de locomoción colectiva, y minibuses interurbanos a través de la calle Huamachuco que se encuentra dentro de sus límites externos.
En este sector hay una distribución homogénea de locales de comercio de barrio para el abastecimiento de comestibles básicos y de menor escala. La Población de San Máximo cuenta con una multicancha, áreas verdes de regular mantención, con juegos infantiles.

Organizaciones comunitarias del sector:
Junta de Vecinos San Máximo Poniente, Junta de Vecinos San Máximo # 38 (Villa San Luis), Junta de Vecinos Villa Arco Iris, Junta de Vecinos Villa Las Vertientes, Junta de Vecinos Villa Ilusión, Junta de vecinos Villa Nueva Esperanza, Jardín Infantil Arco iris, Sala Cuna Peter Pan, Colegio Altas Cumbres, Capilla San Máximo, Club de Adulto Mayor (inactivo), Club Deportivo masculino

El Sector de San Máximo, comprende el polo sur oriente de la Comuna de San Clemente, siendo sus límites territoriales: por el Norte calle Huamachuco borde territorial Sector rojo, por el sur terrenos eriazos. Hacia el poniente con territorio en área de influencia correspondiente a Sector Azul. En el sector oriente con área influencia de Sector Verde (otros sectores no pertenecientes a ningún urbano).

MAPA SECTOR SAN MÁXIMO



Equipo de Trabajo del sector

Nombre	Cargo
Marcela Sepúlveda	Enfermera. Coordinadora Sector San Máximo
Javier Indacochea	Médico
Roberto Bruna Rojas	Matrón
Katherine Carreño Rojas	Nutricionista
Silvia Alarcón	Asistente Social
Natalia Ayala	Psicólogo
Carmen Gloria Valenzuela Victoria Núñez Castillo Marjory Canales	TENS
Alicia Pizarro Quezada	Administrativa
Anita	Auxiliar de Servicio

El sector San Máximo tiene gran densidad poblacional, de la cual el grupo etario joven es el predominante, su estrato socio económico es medio-bajo. Según nuestra cobertura, hay 178 lactantes tantas embarazadas en promedio, tantos crónicos y 90 adultos mayores bajo control.

Problemas identificados a nivel comunidad:

- La gran cantidad de adolescentes embarazadas, que va de la mano de la falta de orientación tanto de ellas, como de sus madres al abarcar estos temas dentro del hogar.
- El sedentarismo de toda la población en general, ya que es un problema que abarca desde los niños, a los adultos reflejándose en obesidad y conductas poco saludables, los niños obesos, dueñas de casa que no se dan tiempo para hacer actividad física, entre otros.
- Hay mucha población en riesgo biopsicosocial que necesita apoyo psicológico.

Problemas identificados a nivel del equipo de Salud y USAF San Máximo:

- La infraestructura de la planta física es pobre, llevando a hacinamiento y riesgo de contagio de enfermedades; falta ventilación, y la tapa del alcantarillado quebrada es un riesgo de accidentes para la comunidad, no se cuenta con un buen baño ni mudador. Además USAF es una sede social, que no puede ocupar Villa Arco iris por el temor de que haya robos o pérdidas de materiales y equipos del micro-centro.

- La gente espera mucho rato a la intemperie por una consulta médica en las mañanas, porque llega muy temprano para alcanzar número; situación que se agrava en invierno por las lluvias y el frío de la madrugada, más para personas ya enfermas, adultos mayores.
- La comunidad percibe mal modo de atender al usuario; mala dación de horas, a los adultos mayores les es difícil llegar de madrugada a una hora médica. Además de falta de horas del equipo psicosocial. Estas situaciones generan una migración de población a atenderse al CESFAM, mientras aquí hay disponibilidad para atender a la población del sector.

Jerarquización Situaciones Problema

Análisis soluciones:

En Problemas identificados a nivel comunidad:

- Embarazo adolescente:

Como equipo de salud se intervendrá en este punto realizando charlas tanto como para adolescentes y papás en liceos, escuelas, reuniones de apoderados, juntas vecinales de orientación hacia una sexualidad responsable, con un equipo multidisciplinario. A su vez, motivar a una consulta previa de matrón. Se conversa con encargada de promoción para solventar esta planificación.

- Sedentarismo:

Se abordará estrechamente con la comunidad, ya que ellos mismos ya han percibido este problema; San Máximo, por ejemplo, llevó a cabo exitosamente un proyecto de actividad física. Es importante como equipo de salud, promover estilos de vida saludables mediante la educación a todo grupo etario. Buscar posibilidades a postular proyectos que aumenten la actividad física en la población primeramente de la población más sedentaria, como mujeres adultas, adultos mayores.

- Falta de apoyo de salud mental en habitantes en riesgo bio-psicosocial: Con nuestro equipo completo, como se prevé para el próximo año, se sustentará el apoyo de salud mental en habitantes en riesgo bio-psicosocial, aumentando visitas integrales.

Análisis soluciones para los Problemas identificados a nivel de equipo de salud:

Infraestructura.

La comunidad de San Máximo fue enfática en este punto. Las condiciones de espera por horas médicas, el hacinamiento, poca ventilación, riesgo de accidentes, que no se cuente con baño ni mudador y la tardanza en al menos reparaciones pertinentes lleva a la molestia constante y así también a un sentimiento de abandono tanto para la comunidad como para el equipo de salud. Por ello, se ha retomado el realizar una encuesta a la población que mida la cantidad susceptible de atenderse aquí, para optar a un proyecto por cambio de planta física. Además la comunidad pidió una reunión para tocar estos temas con los dirigentes de la comuna, estando entre ellos el alcalde, y la directora de salud comunal.

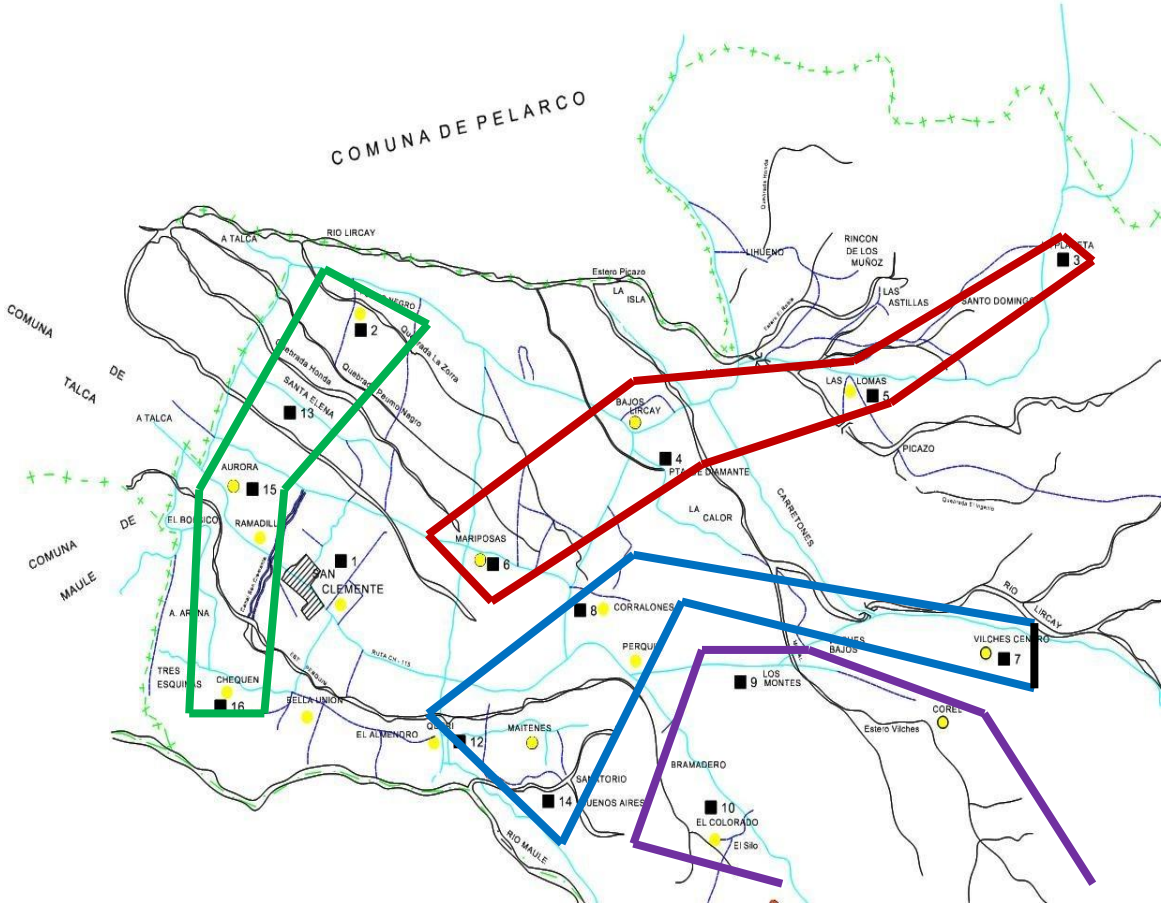
Espera por horas médicas.

Se esperan obtener soluciones definitivas para instalación de puertas y chapas en San Máximo, para que así los usuarios puedan entrar en la mañana cuando lleguen a esperar por horas de morbilidad, a su vez, coordinar con alguien de la comunidad o auxiliar el que llegue a abrir la puerta en las mañanas.

Mala dación de horas y mala atención.

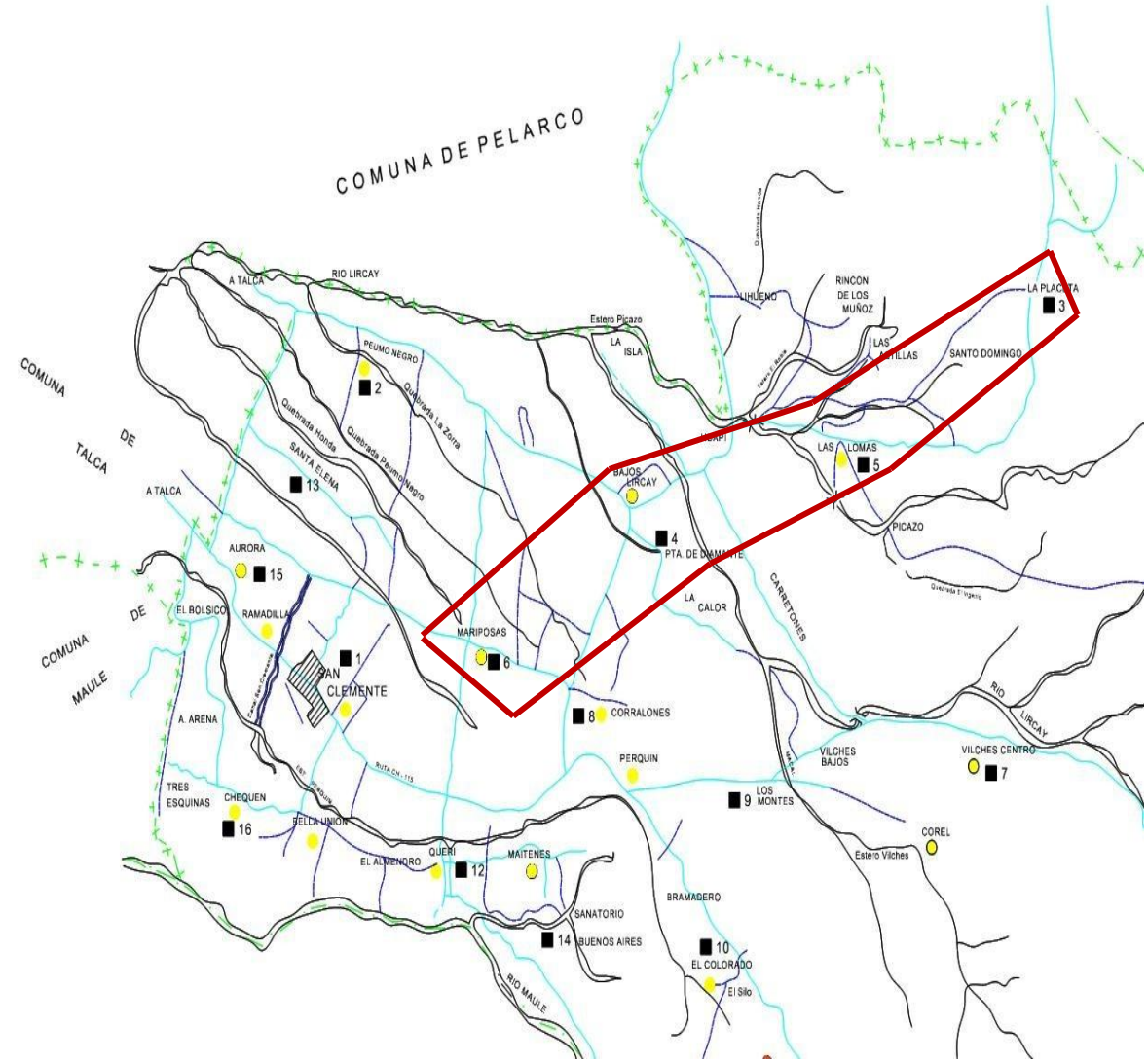
Se trabajará en reuniones de sector el trato al usuario; así como la sensibilidad del equipo para con los pacientes, enfatizando en la resolutividad. De los cupos diarios para morbilidad se reservarán con más tolerancia horaria 3 números para menores de 5 años y 3 para mayores de 65 años, lo que se irá evaluando constantemente en reuniones de sector.

2.- AREA DE SALUD RURAL



a) SECTOR RURAL NORTE

MAPA DEL SECTOR NORTE



POBLACIONES, VILLAS, VILLORIOS Y LOCALIDADES

MARIPOSAS: Villorrio San Juan, Santa Delia, Villorrio Centro, Sector Lorena, Población Tres Puertas**.**

LAS LOMAS: El Roble , Las Astillas, El Rincón de los Muñoces, Las Lomas Norte, Alta y Centro, Picasso Alto, La Higuera, La Peña, Santa Raquel.

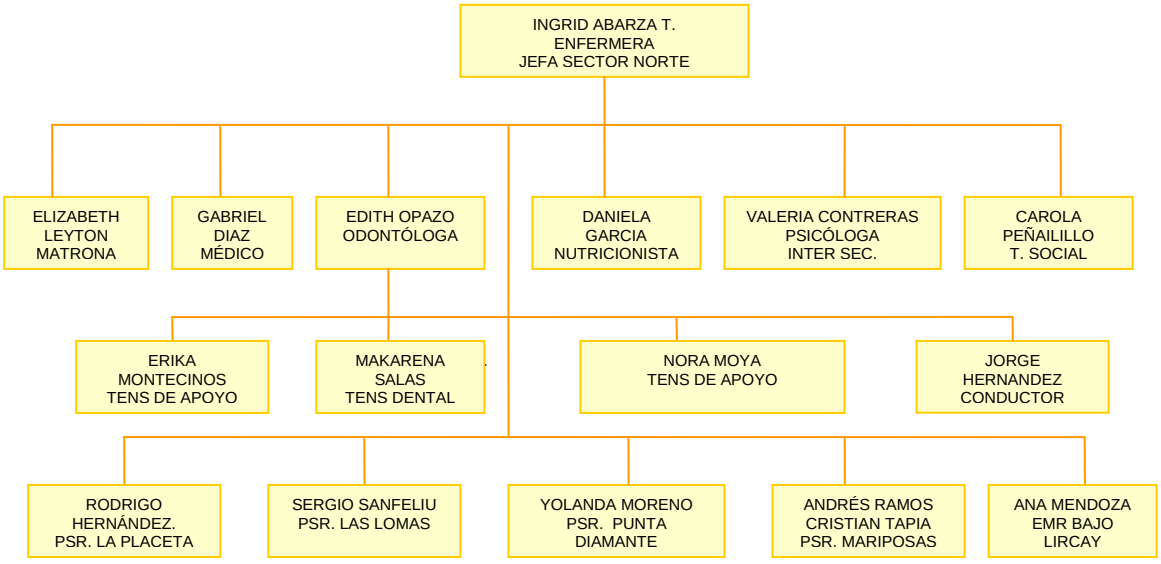
PUNTA DE DIAMANTE: Santa Isabel, Santa Regina, La Higuera, Bajo Lircay, El calor, Villorrio Punta de Diamante.

LA PLACETA: Lo Beño, Lomas Gaticanas, El Roble, Cerrillos.

DESCRIPCIÓN DEL SECTOR

El Sector Norte está situado en sentido nor-poniente de la comuna, limita al poniente con Santa Delia, Santa Elena Y Peumo Negro; por el norte con las comunas de Pelarco, Río Claro y Molina, mientras que por el sur-oriente limita con San Clemente, Corralones, y Vilches. Está conformado por localidades netamente rurales, cuya actividad principal es el trabajo agrícola de temporada. A su vez, lo conforman 4 Postas rurales y una EMR.

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO DEL SECTOR



ORGANIZACIONES COMUNITARIAS.

SECTOR MARIPOSAS: 7 Juntas de vecino, 3 Establecimientos educacionales, Carabineros, 5 Clubes deportivos, 4 Iglesias católicas, 5 Iglesias evangélicas, 1 club de adulto mayor, 1 cooperativa de agua, 1 Club de Huasos, 1 Agrupación de productores de Tabaco, 1 Agrupación de Mujeres emprendedoras.

SECTOR PUNTA DIAMANTE: 3 Establecimientos educacionales, 4 Juntas de vecino, 2 Adulto Mayor, Carabineros, 1 club Deportivo, 4 Iglesias católica, 1 Iglesia evangélica, 1 comité de agua potable.

SECTOR LAS LOMAS: 8 Junta de Vecinos, 1 Comité Agua Potable, 1 Club deportivo Las Lomas, 2 Iglesias Católicas, 1 Iglesia Evangélica, 1 Club de Adulto Mayor, 3 Establecimientos educacionales.

SECTOR LA PLACETA: 1 Establecimientos educacionales, 1 club de adulto, 2 juntas de vecino, 1 comité de agua.

POBLACIÓN COMUNA DE SAN CLEMENTE SEGÚN PERCAPITA

Postas	Población Infantil	Población Adolescente	Población Adulto	Población Adulto Mayor	Total
La Placeta	30	49	229	57	365
P. Diamante	108	138	623	190	1059
Las Lomas	99	155	552	109	915
Mariposas	243	339	1212	215	2009
Total	480	681	2616	571	4348

Gráfico de la Población según postas del Sector Norte Año 2011

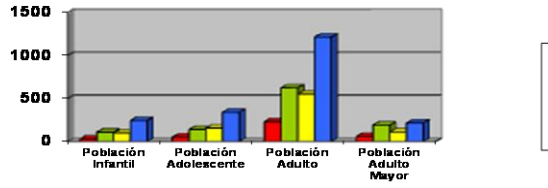
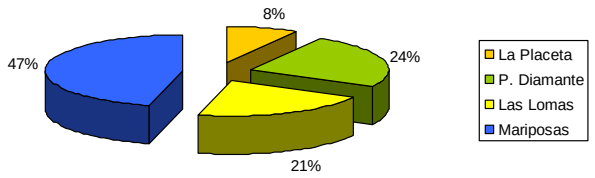


Gráfico de la Población Total por postas del Sector Norte



COBERTURAS DE PROGRAMAS

Pacientes bajo control del programa salud mental correspondiente al sector es de 232, de los cuales el 51% de ellos padece de Depresión, un 3% Trastorno Hipersinéticos, 0% esquizofrenia, 4% alcohol y droga, 15% VIF, 2% Maltrato Infantil, 39% otros trastornos (T. Bipolar, T. Ansiedad, T. Emocionales y comportamientos sociales, retardo mental, T. personalidad, T. desarrollo).

Cobertura PAP: 129.3%; EMPA mujer: 156.6%: Cobertura obesos < 6 años: 12.8%; Cobertura de HTA: 112.6%; Diabetes mellitas: 97.9%; Eficacia HTA: 62.4%; Eficacia diabetes: 42.8%. Cumplimiento EFAM 49.8%, EMPA masculino 75.4% ; Ingreso precoz de embarazo: 100%

Cobertura Vacunas de los 6 meses: La Placeta 33%, Las Lomas 60%, Punta Diamante 88%, Mariposas 61%.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

ANTECEDENTES DE MORBILIDAD: Principales causas de morbilidad en el sector

Sistemas	0 – 9 años	10 – 19 años	20 – 64 años	65 y más años
Respiratorio	75 %	40 %	15 %	30 %
Digestivo	10 %	25 %	20 %	13 %
Músculo Esquelético	-	15 %	45 %	45 %
Urinario	-	2 %	8 %	7 %
Oftalmológico	1 %		1 %	-
Circulatorio	-		6 %	-
Endocrino	-		1 %	-
Neurológico	-	5%	4 %	-
Dermatológico	15 %	13 %		5 %

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMUNITARIO

Para llevar a cabo el diagnóstico comunitario participativo, se realizó una reunión en el Centro Comunitario de la Comuna de San Clemente, con la presencia de los presidentes de las Juntas de Vecinos

de Punta de diamante, Mariposas y Bajo Lircay, en donde se dió a conocer los problemas y/o necesidades detectadas por la comunidad donde se priorizaron los temas relacionados a la infraestructura, atención , entorno, acceso, etc., relacionados directamente con el ámbito de salud en el cual podamos intervenir por medio de actividades enfocadas a promoción, prevención y tratamiento.

Posterior a ellos se dieron a conocer un listado de otros problemas y/o necesidades las cuales requieren de gestión e intervención de otras entidades locales, regionales y nivel central.

ANALISIS FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDAD	DEBILIDAD	AMENAZAS
-Equipo multidisciplinario.	Existencia de establecimientos educacionales.	Dificultad en comunicación del equipo por diversidad en lugares de trabajo.	-Actividad laboral agrícola. -Alta dispersión geográfica de la población.
La buena llegada con la comunidad.	Grupos de apoyo; existencia de junta de vecinos y otros.	Infraestructura: espacio físico reducido, para realizar actividades masivas.	Bajo nivel educacional en la población adulta.
Capacidad de adaptación laboral a las adversidades.	Usuario: gran demanda asistencial de morbilidad y controles de salud.	Trasporte insuficiente para traslado de funcionarios de salud, atrasando la llegada a las postas.	Infraestructura deficiente y escasez de recursos. Caminos no pavimentados

PROBLEMÁTICAS A NIVEL COMUNITARIO Y OBSERVADOS POR EL EQUIPO DE SALUD

MARIPOSAS:

- CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGA EN JÓVENES
- OBESIDAD
- INFRAESTRUCTURA
  Sala de espera muy pequeña, falta de servicio higiénico para la población, espacio insuficiente para atención de profesionales (box y sala de reuniones), problemas eléctricos, falta de silla de ruedas.
- RECURSO HUMANO
  Sobrecarga de trabajo de Paramédico en el inicio de la jornada, por horarios diferidos
- FALTA DE EDUCACIÓN AMBIENTAL
  Canales contaminados, tenencia responsable de mascotas, riesgos en fumigación, contaminación de agua de regadío.
- PRESENCIA DE GARRAPATAS Y RATAS.

PUNTA DIAMANTE

- TEMOR POR HANTA
- FALTA DE PREVENCIÓN DENTAL
- FALTA DE MONITORES EN SALUD

LAS LOMAS

- CONSUMO DE TABACO – ALCOHOL
- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
- VIOLENCIA ESCOLAR

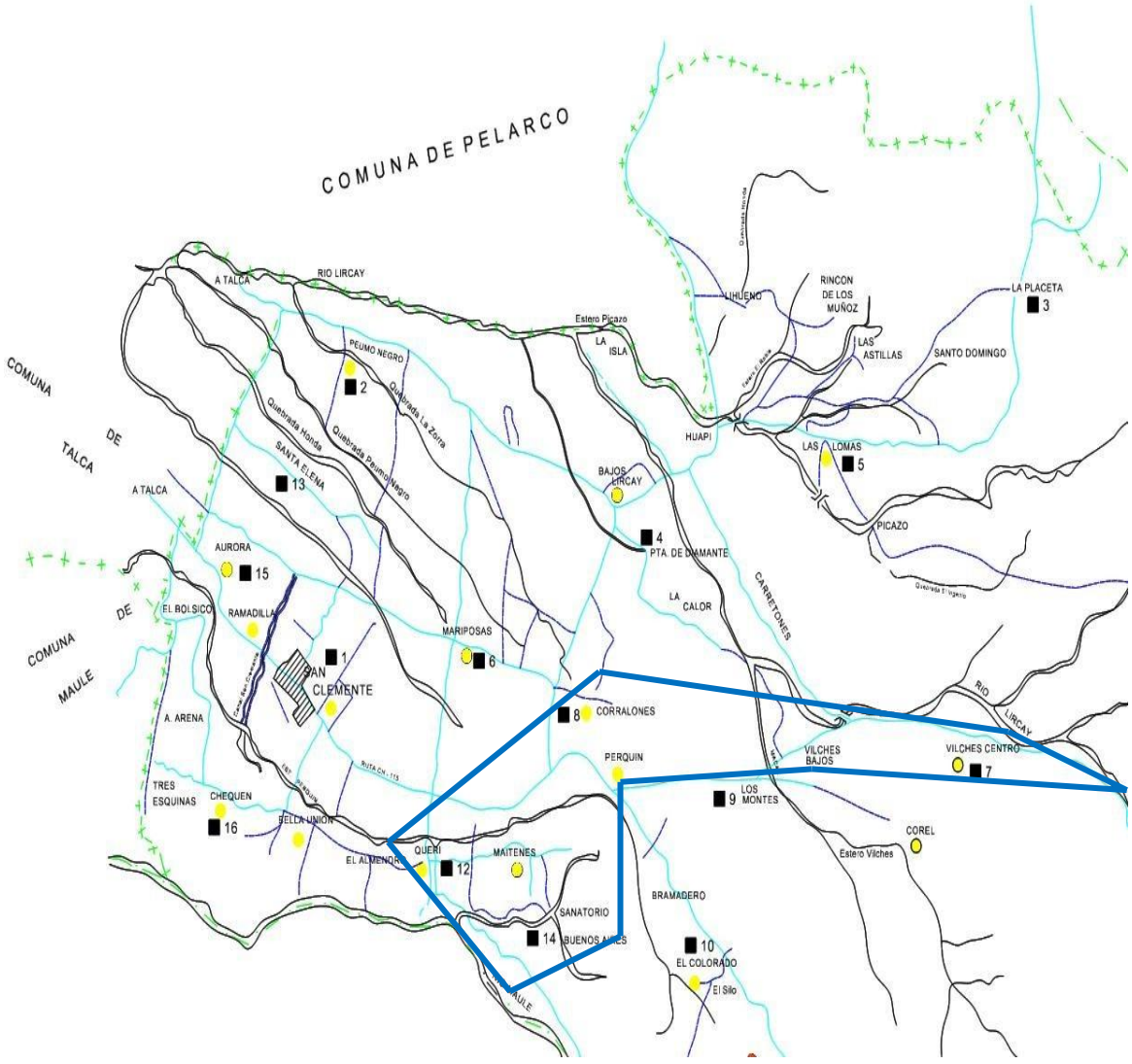
LA PLACETA

- DIFICULTAD EN ACCESO A LA POSTA

Camino en mal estado, mala ubicación de la posta y rechazo de la comunidad de acceder a la posta para su atención por acontecimientos recientes.

b) SECTOR RURAL SUR

MAPA DEL SECTOR



Postas Sector Sur	Sectores y localidades que cubren	
Posta Corralones	Bajo Perkin	Lomillas
	Corralones	El Olivar
	Corralones Norte	Corralitos
	Chorrillos	San Alberto
	Lorena	Miraflores
Posta Maitenes	Queri	Población El Níspero
	Los Almendros	Renovación Queri
	La Palmera	El Álamo Norte
	Villa Rota	La Raya
	Perkin Sur	Población San Pedro
	Población 13 de Mayo	
Posta Buenos Aires	Población Buenos Aires	San Darío
	Villorrio San Enrique	Sanatorio
	Sanatorio Alto	San Francisco
	San Roque	
Posta Vilches	Vilches Bajo	Carretones
	Vilches Centro	Bocatoma
	Vilches Alto	

DESCRIPCION DEL SECTOR

Históricamente el sector perteneció a grandes latifundistas, el que después fue parcelado en terrenos (Reforma Agraria, 1962). Actualmente éstas pertenecen a sucesiones, las que no han sido legalmente regularizadas, además se han localizado "villorrios" en las periferias de las localidades rurales menores. Estos se refieren a un reasentamiento diferenciado de la vivienda tradicional rural, pero de bajo estándar constructivo y socioeconómico, que responde a una demanda habitacional

Ahora, por falta de capital, debilitamiento de la agricultura, tecnificación; se ha generado una escasez en la demanda de mano de obra y por ende mínimas oportunidades laborales. Dadas estas razones, es que

el hombre se ha visto en la obligación de emigrar hacia centros poblados o grandes urbes donde existe demanda de mano de obra.
La mujer, por su condición maternal debe quedarse al lado de la familia, proporcionando los cuidados y atenciones que ésta requiere, sin embargo en su calidad de sujeto activo e inserto en la dinámica social actual se impulsa a crear espacios laborales domésticos que le generen más tarde retribuciones económicas.
La actividad económica y productiva es predominantemente orientada a producción agrícola, turística y silvicultura.
El Sector Rural Sur reviste especial importancia en esta comuna por su potencial turístico ya que su generosa naturaleza atrae gran cantidad de visitantes durante todo el año, quienes demandan nuestros servicios de salud, particularmente atenciones de urgencia y morbilidad aguda

Ruta Turística Arco Oriente.

Comprende la ruta que va desde Cruce El Olivar, Corralones, Bajo Lircay hasta llegar a la comuna de Molina. Eje transversal de la región paralelo a la ruta 5, ubicada al inicio de la precordillera, está inserta en el sector agrícola de San Clemente e integra espacialmente las comunas cordilleranas San Clemente – Pelarco – Río Claro – Molina.

Reserva Nacional Altos de Lircay

Hacia el sector cordillerano a 35 Km. de San Clemente, se ubica la localidad de Vilches y La Reserva Nacional Altos del Lircay, se puede acceder por caminata o cabalgata al Valle del Venado, el Paso Nevado, al Enladrillado y al Volcán el Descabezado Grande.

Por otro lado, en la meseta de forma triangular que se forma entre el río Lircay, el estero de Vilches y La Cordillera del Peine Oriente. En este lugar, existen diversos sectores para la recreación: Salto del león, El Morillo, Valle del Venado, Piedra las Tacitas, El Enladrillado, lugar de mitos y leyendas.

Tramo Altos de Lircay

Se encuentra al interior de la reserva Altos de Lircay. El sendero comprende una longitud habilitada de 33 Km, conduce primero hacia el sector la laguna del Alto, que se encuentra al interior de un cráter extinto, y El Enladrillado

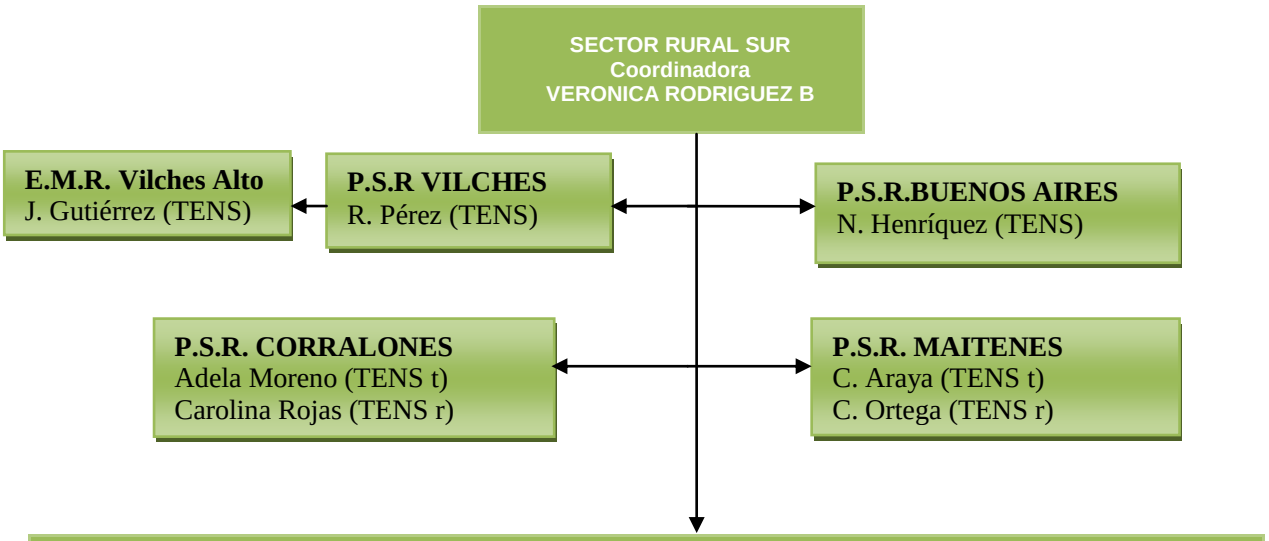
Una de las ventajas comunales es el expedito acceso a la mayoría de los atractivos, en especial aquellos ubicados en los sectores más altos de la comuna, prácticamente durante cualquier época del año, ya que presenta buenas condiciones de accesibilidad y conectividad, esto permite que las localidades que por el umbral de tamaño poblacional no les da la posibilidad de generar equipamientos y servicios suficientes para satisfacer las necesidades de sus residentes, el factor de accesibilidad a los sistemas de transporte público y/o la disponibilidad de un buen estándar de infraestructura de interconexión resulten ser un factor clave para su mayor desarrollo e incremento de la calidad de vida de sus habitantes

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS SECTOR RURAL SUR

Sector	Organización	
MAITENES	**J de V Los Paltos**	**Pequeños productores Procesal de Queri**
	J de V Los Almendros	**Centro de Padres Jardín Infantil Esterito de Queri**
	J de V Queri	**Centro de Padres Escuela de Queri**
BUENOS AIRES	**J de V Sanatorio Los Maitenes**	**J de V Sanatorio Alto**
	J de V San Enrique	
VILCHES	**J de V Carretones**	**Vilches Forjando Turismo**
	J de V Bocatoma	**Progr. De Mejoramiento a la**

		Infancia
	J de V Vilches Bajo	Consejo Local de Salud Vilches Alto
	J de V Vilches Alto	Agrupación Cultural El Renacer de Vilches Alto
	J de V Vilches Centro	Centro de Padres Los Robles Vilches Centro
	Parada Turística Los Buenos Amigos de Vilches	Centro de Padres Escuela Vilches Alto
	Club de Huasos Sol y Sombra	
CORRALONES	J de V Corralones Centro	Grupo Ad. Mayor Amor y Paz
	J de V Corralones Norte	J de V Chorrillos
	J de V El Olivar	J de V Miraflores
	J de V Bajo Perkin	J de V San Alberto
	J de V Chorrillos	Mesa de Mujeres Rurales
	Grupo Juvenil Nuevo Estilo	

EQUIPO DE TRABAJO SECTOR SALUD RURAL SUR



Equipo de Ronda Titular				
M. Angulo (Médico) Lucía Barrios (Tens)	V. Rodríguez (Enfermera) M. Saravia (Tens)	V. Morales (Matrona)	K. Henríquez (Asistente Social)	J. Poblete (Conductor)

Equipo Multisectorial			
K. Rodríguez- G. Parraguez	Angélica Escobar	E. Opazo (Odontó-	G. Oróstica – F. Gálvez

D. García (Nutricionistas)	(Podóloga)	loga) M. Salas (Tens)	V. Contreras (Psicólogos)

POBLACION CUANTITATIVA (Per cápita 2011)

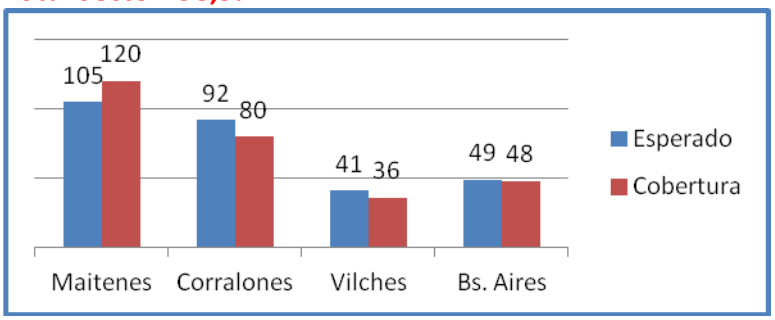
Sector	Población INE (correg. Inscrip. Percapita/Cobertura Jun. 2011)
Maitenes	1618
Vilches	1181
Corralones	1443
Buenos Aires	719

COBERTURAS DE PROGRAMAS A SEPTIEMBRE 2011

PROGRAMA INFANTIL

Posta Maitenes 114%; Posta Corralones 86,9%; Posta Vilches 87,8%; Posta Buenos Aires 97,9%;

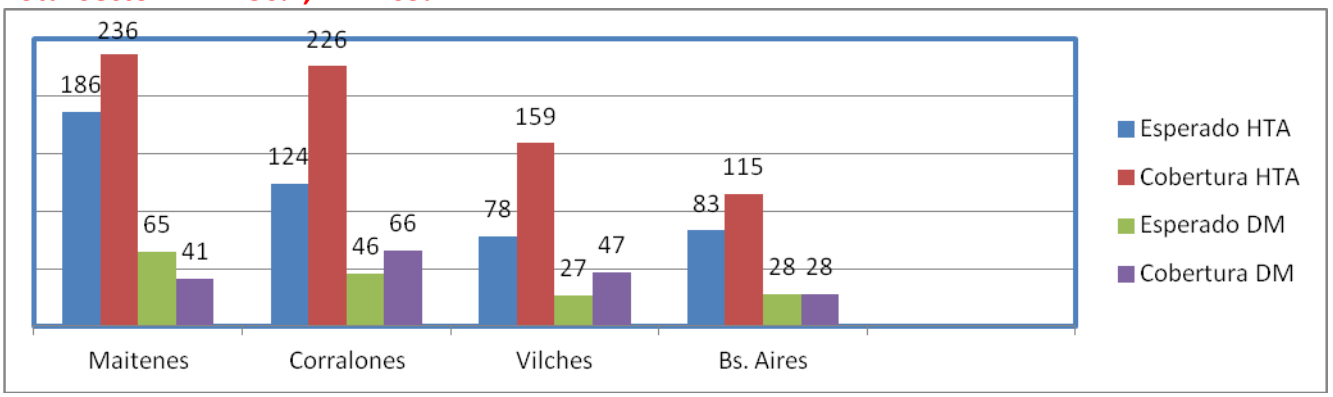
Total Sector: 98,9%



PROGRAMA DEL ADULTO (Cardiovascular)

Posta Maitenes HTA 126%, DM 67%; Posta Corralones HTA 182%, DM 143%; Posta Vilches HTA 203%, DM 174%; Posta Buenos Aires 138%, DM 100%.

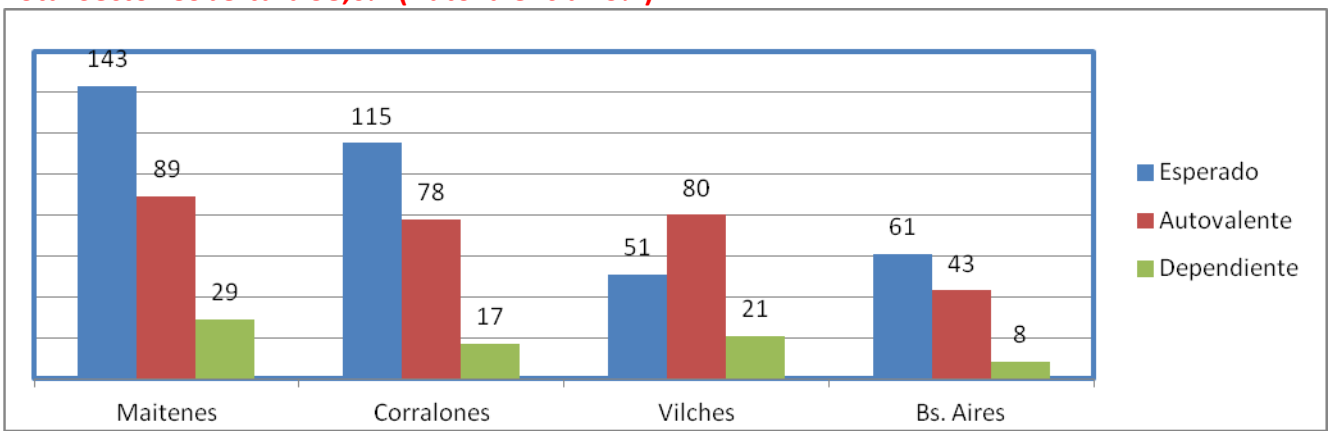
Total Sector HTA 156%, DM 109%



PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

Posta Maitenes 82% (Autovalencia 75%); Posta Corralones 82% (Autovalencia 82%); Posta Vilches 198% (Autovalencia 79%); Bs. Aires 84% (Autovalencia 84%),

Total Sector Cobertura 98,6% (Autovalencia 79%)

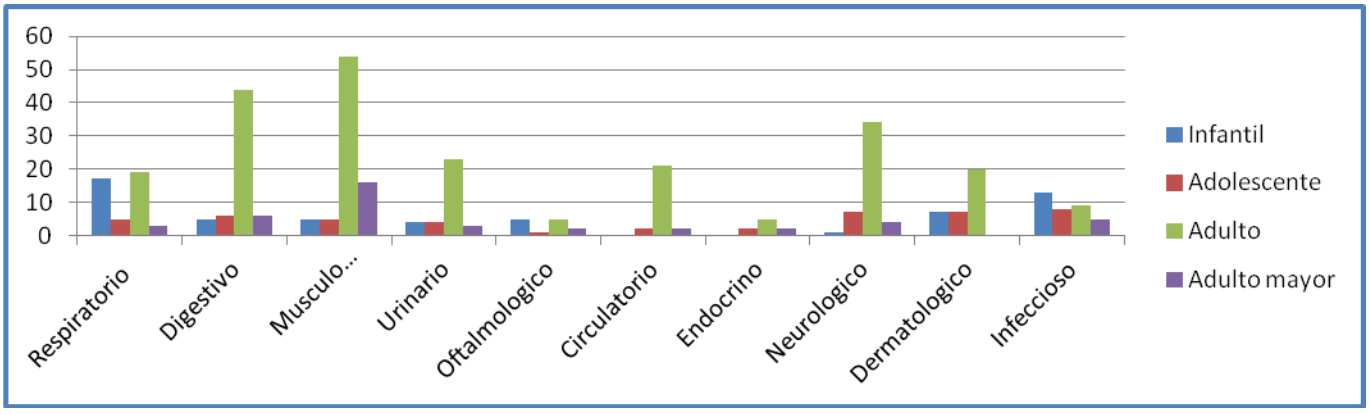


PROGRAMA DE LA MUJER

Coberturas PAP y EFM	**PAP**	**EFM**
N°	723	878
%	70%	86%
Cobertura Ingresos Precoz de Embarazo	**Total Ingresos de Embarazo**	**Total Ingresos de Embarazo Precoz**
N°	31	28
%	100%	90, 3%

Coberturas EMPA	**Total EMPA a realizar a Dic. 2011**	**Total EMPAS Tomados (Oct.11)**
N°	57	45
%	100%	79,9%

PERFIL DE MORBILIDAD POR GRUPO ETAREO SECTOR RURAL SUR



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

Se realizó convocatoria a representantes sociales en Centro Comunitario para la ejecución de un Diagnóstico Participativo de Salud Rural al cual asistieron presidentes de juntas de vecinos del sector, con quienes se detectan o manifiestan los siguientes temas, información que servirá de referencia para el Plan de Salud Comunal 2012.

Atención Usuaria	Infraestructura	Comunidad y Medio Ambiente
Aviso oportuno de suspensión de rondas profesionales o de toma de exámenes.	Ampliación de salas de espera	Alcoholismo y drogadicción en jóvenes
Atención de horas de especialidad (oftalmólogo-otorrino)	Disponibilidad de baños hombre y mujeres y/o discapacitados	Vertedero en sector Maitenes
Atención dental a grupos etáreos no prioritarios.	Disponibilidad de mudador en los baños	Plagas de moscas y ratones especialmente Maitenes
Falta disponibilidad de ambulancia para traslados.	Mejorar condiciones de acceso a la posta	Pediculosis en establecimientos educacionales
	Disponer de área administrativa diferente a las áreas clínicas	
	Calefacción en Postas de Salud Rural	

ANALISIS FODA (Funcionarios)

FORTALEZAS:

- Disminución de la extensión territorial a partir del próximo año, lo que permitirá aumentar la frecuencia de rodas en sectores más grandes
- Trabajo multidisciplinario
- Buenas relaciones interpersonales en el equipo
- Capacitación modelo de salud familiar

OPORTUNIDADES

- Disminución de stress laboral del equipo de salud por cambio diario de lugares de atención
- Trabajo coordinado del equipo
- Facilidad y fomento de trabajo comunitario
- Contratación de personal necesario.
- Conformación a partir de Agosto 2011 de Unidad Administrativa de Salud Rural dependiente de Dirección Comunal
- Mejoramiento en percepción de usuarios de nueva estructura organizacional y cumplimientos

DEBILIDADES

- Falta de infraestructura adecuada e insumos
- Vehículos no aptos por capacidad de pasajeros para el traslado de equipo de rondas
- Falta integrantes en el equipo: El equipo multidisciplinario no está completo
- Profesionales intersectoriales poco comprometidos con el trabajo del sector

AMENAZAS

- Falta equipo estable que no permite el término de intervenciones planificadas
- Dificultad en el traslado de equipos de ronda

- Dispersión geográfica lo que conlleva a involucrar mucho tiempo en el traslado
- Falta de medicamentos
- Ausencia de reemplazo frente a permisos y licencias prolongadas de TENS.
- CESFAM (Inequidad en la distribución de recursos hacia el sector rural)

DESCRIPCION Y JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

1. **Infraestructura:**

Actualmente, las postas de salud rural del sector (excepto Buenos Aires) no satisfacen los requerimientos para brindar atención profesional en condiciones ergonómicas: Espacio de sala de espera reducido, falta de box de atención, dificultades en suministro de energía eléctrica, desperfectos en sistemas de grifería, mobiliario inadecuado o insuficiente para otorgar las prestaciones.

2. **Falta de profesionales en el equipo de sector:**

- Específicamente, nutricionista y psicólogo dedicación exclusiva y/o 44 horas.
- Administrativo para el sector Maitenes.

3. **Sistema de comunicaciones:**

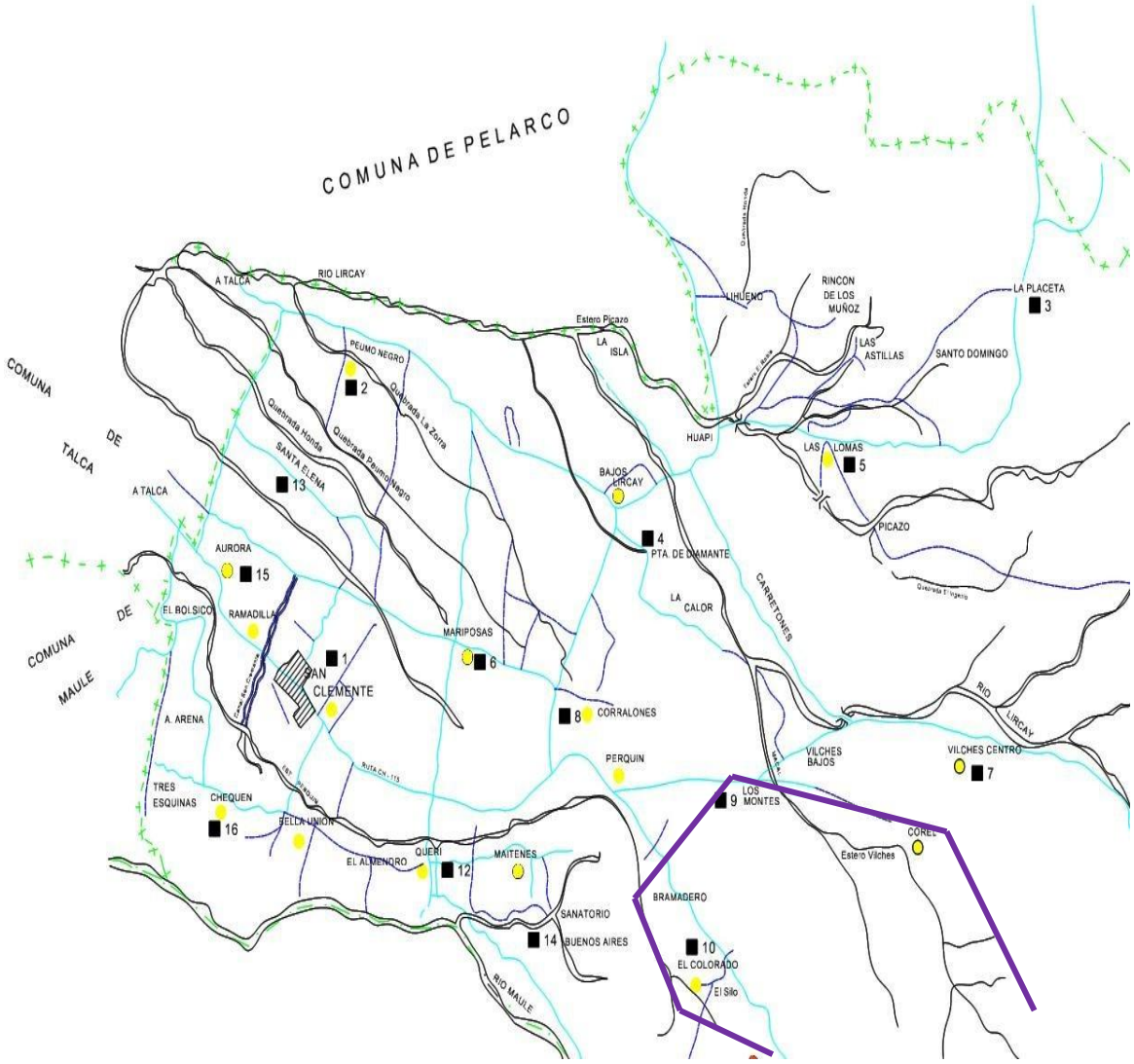
- Mejorar sistemas de comunicación verbal y no verbal de normativas, personal, novedades entre los funcionarios y con los usuarios.
- Sistema de radiocomunicación en Posta de Buenos Aires y Maitenes.
  Mejorar sistema de comunicación en camioneta de traslado

4. **Servicios Higiénicos:**

- Mejorar las condiciones de servicios higiénicos, idealmente diferenciado por sexos y/o existencia de baños para discapacitados.

c) SECTOR RURAL ORIENTE

MAPA DEL SECTOR



Localidades

Colorado: Colorado, Bramadero, Paso Nevado, Armerillo, Las Cabañas, Camino al Lago, Las Majadas, Puente Alto y Pehuenche.

Los Montes: Los Montes, Los Montes Camino Vilches, Corel, El Macal, Bramadero Forestal, Unión Los Montes y Aguas Cristalinas.

La Mina: Los Álamos, La Mina, Puente Cortés, El Médano.

La Suiza: Armerillo, Curillinque, Las Garzas, San Carlos y Villorrio el Olivo.

Descripción del sector:

El sector oriente corresponde generalmente a una localidad caracterizada por una actividad económica orientada mayormente a producción agrícola, turística, a la piscicultura y silvicultura, lo que implica que la comunidad se dedica a trabajos relacionados para sustentar sus necesidades sociales y familiares.

Este sector reviste especial importancia en esta comuna por su potencial turístico ya que su generosa naturaleza atrae gran cantidad de visitantes durante todo el año, quienes demandan nuestros servicios de salud, particularmente atenciones de urgencia y morbilidad aguda.

1. Equipo de trabajo:

Encargado de Sector Oriente						
Juan Carlos Muñoz Fuentes (Matrón)						
Equipo de Ronda						
Ramón Lozano (Medico) Rosa Troncoso (Tens)	Verónica Morales (Enfermera)	Juan C. Muñoz (Matrón) Angélica Saavedra (Tens)	Graciela Oróstica (Psicóloga)	Carolina Morales (Asistente Social)	Karla Rodríguez (Nutricionista)	Raquel Barraza (Conductor)
Equipo Multisectorial						
Angélica Escobar (Podóloga)	Cristián González (Odontólogo) Macarena Salas(Tens)					

P.S.R **LO MONTES** **Gloria Ayala** **Daniela Arriagada**	P.S.R **EL COLORADO** **Álvaro Canales** **Johana Castillo**	P.S.R **LA SUIZA** **Raúl Zurita**	E.M.R **LA MINA** **Eduardo Araya**

2. Organizaciones comunitarias territoriales y funcionales:

Los Montes:	**Colorado:**
J de V Aguas Cristalinas	J de V Bramadero
J de V Los Montes	J de V Forestal Puente Alto
J de V Corel	J de V El Colorado
J de V Macal	J de V Paso Nevado
Coop. Adelanto Nuevo Porvenir	Grupo Emprendedores Valle Los Bramaderos
	Centro de Padres Bramadero

La Suiza:	La Mina:
J de V Armerillo.	J de V La Mina.
J de V San Carlos La Campana.	Coop. Pro adelanto Comunidad El Médano.
J de V La Suiza	J de V Los Álamos Cipreses.
J de V Las Parcelas La Suiza.	
J de V Las Garzas.	

3. Población: distribución de población según ine-percápita.

unidad	POBLACIÓN
LOS MONTES	985
EL COLORADO	1.957
LA SUIZA	660
LA MINA	95
T O T A L	3.697

4. Cobertura de Programas:

Programa de la mujer

Ingreso de embarazos por grupo etáreo:

EDAD	< 15	15 - 16	17 - 19	20 - 34	35 – y +	TOTAL
N°	1	1	4	35	11	52
%	1,9	1,9	7,7	67,3	21,2	100,0

Ingreso de embarazos según estado nutricional:

ESTADO NUTRICIONAL	OBESA	SOBREPESO	NORMAL	BAJO PESO	T O T A L
N°	17	15	18	2	52
%	32,7	28,9	34,6	3,8	100,0

Distribución Estado Nutricional en Gestantes en Control

Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
5,6%	38,9%	33,3%	22,2%

Ingreso precoz de control de embarazo.

INGRESOS TOTALES	INGRESO < 14 SEMANAS	%
52	43	82,7

Cobertura de PAP y EFM.

PAP Vigente de 25 a 64 años: 596 % 60.4

EFM Vigente de 15 y + años: 669 % 67.8

Programa De Salud Infantil

Población infantil bajo control	Los Montes	El Colorado	La suiza	La mina

257	60	171	19	7
100%	23,34%	66,53%	7,39%	2,72%

Población Infantil bajo control según estado nutricional

Riesgo a desnutrir	Desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obesidad
1,5%	0%	60,7%	28,7%	8,9%

Programa ampliado de inmunizaciones.

Vacunas > de 5 años	Los Montes	El Colorado	La Suiza	La Mina
295 / 100%	60 / 20,3%	204 / 69,2%	27 / 9,2%	4 / 1,4%

Salud Mental Población Infantil 0-9 años

	Distribución Salud Mental Infantil			
A. Sexual	Tras. Ansiosos.	Tras. Hiperc.	Tras. Emoc.	Retr. Mental.
10%	10%	20%	50%	10%
N:	10	Colorado: 100%		

Programa Adolescente.

Programa de salud mental

Mal. Inf.	A. Sexual	Tras. An-sioso.	Tras. Alim	Tras. Emoc.	Retr. Men.	Depr. Leve	Depr. Mod.
6%	6%	18%	6%	30%	6%	18%	10%

Programa De Salud Del Adulto

Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)

Total de EMP	Los Montes	El Colorado	La Suiza	La mina
117 / 100%	46 / 39,3%	60 / 51,3%	3 / 2,6%	8 / 6,8%

Programa Cardiovascular

Programa Cardiovascular	Los Montes	El Colorado	La Suiza	La Mina
458	189	212	54	3
100%	41,26%	46,28%	11,79%	0,65%

Programa de Salud Mental Adulto

Trastornos. Personalidad	Alteración. Sexual	Tras. An-sioso.	VIF	Consumo OH	Retraso Mental	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave
3%	2,5%	20%	9%	3,5%	2%	17%	48%	15%

Programa De Salud Del Adulto Mayor

Distribución de Estado Nutricional en Adultos Mayores

Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
13,2%	41,6%	22,5%	22,5%

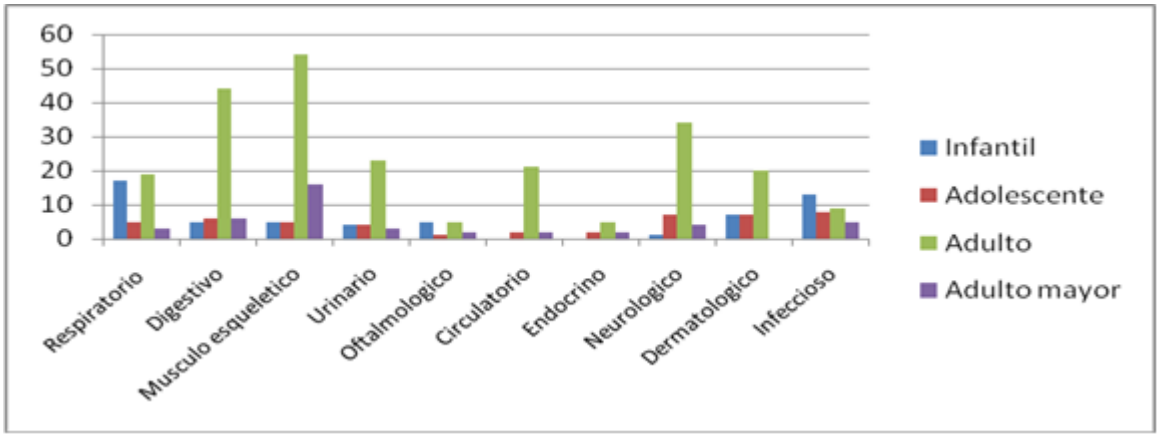
Cobertura EFAM

EFAM	Los Montes	El Colorado	La Suiza	La Mina
143	60	62	14	7
100%	41,95%	43,35%	9,79%	4,89%
Auto Valente sin riesgo	**Los Montes**	**El Colorado**	**LA Suiza**	**LA Mina**
49 / 100%	22 / 44,89%	26 / 53,6%	0 /0%	1 / 2,04%
Auto Valente con riesgo	**Los Montes**	**El Colorado**	**LA Suiza**	**LA Mina**
64 / 100%	18 / 28,1%	32 / 50%	12 / 18,8%	2 / 3,1%
En Riesgo de Dependencia Con Seguimiento	**Los Montes**	**El Colorado**	**LA Suiza**	**LA Mina**
30 / 100%	20 / 66,7%	4 / 13,3%	2 / 6,7%	4 / 13,3%

Funcionalidad del Adulto Mayor

Funcionalidad del Adulto Mayor(KATZ)	Los Montes	El Colorado	LA Suiza	LA Mina
30 / 100%	11 / 36,7%	15 / 50%	4 / 13,3%	0 / 0%
Dependencia Leve	**Los Montes**	**El Colorado**	**LA Suiza**	**LA Mina**
19 / 100%	7 / 36,8%	10 / 53,6%	2 / 10,5%	0 / 0%
Dependencia Moderada	**Los Montes**	**El Colorado**	**LA Suiza**	**LA Mina**
10 / 100%	3 / 30%	5 / 50%	2 / 20%	0 / 0%
Dependencia Severa	**Los Montes**	**El Colorado**	**LA Suiza**	**LA Mina**
1 / 100%	1 / 100%	0	0	0

5. Perfil epidemiológico: Perfil de morbilidad por ciclo vital.



6. Diagnostico participativo comunitario:

A continuación serán presentadas las conclusiones del diagnóstico participativo realizado por integrantes del equipo de salud del sector oriente. Se conto con la participación de representantes de las localidades de los Montes, la Suiza, Armerillo y Colorado.

El equipo de salud del sector, junto con otros sectores prepara el encuentro estableciendo una metodología participativa con las técnicas de presentación, análisis individual de problemática de salud, a través de la generación de ideas, problematización en subgrupos a través de la técnica de diálogos ciudadanos lo cual permite una relación más directa y de confianza entre la comunidad y las profesionales que trabajaron directamente con estas.

Temáticas Abordadas	Problemáticas
Infraestructura	Servicios higiénicos en mal estado y petición de mantención. Salas de espera en malas condiciones y box. Cierre perimetral de las postas. Condiciones comunicativas deficientes con postas distantes (La Suiza – La Mina).
Mi barrio y entorno	Condiciones de Locomoción pésimas, con el extremo de perderse horas de atención en postas. Basurales ilegales. Perros vagos, pulgas y garrapatas. Cantinas ilegales, sin autorización municipal.
Salud	Interés de psicoeducación en las poblaciones relacionadas con temas: Autocuidado, drogadicción, alcohol, violencia intrafamiliar y depresión por las profesionales. Horarios de atención los fin de semana en las postas, por otro paramédico generándose turnos, ya que la distancia geográfica cumple un rol importante. Aumento de rondas médicas.

7. Análisis FODA:

FORTALEZA

- Equipo de profesionales y paramédicos insertos en una dinámica armoniosa.
- Competencias y habilidades técnicas acorde a las necesidades acordes a la comunidad.
- Compromiso profesional y vocacional a la comunidad.
- Nueva sectorización permite trabajar con población cautiva asignada con mayor frecuencia y calidad.
- Implementación de los profesionales en el nuevo Modelo de Salud Familiar.

OPORTUNIDADES

- Dirigente proactiva que permite contacto continúo con las necesidades y avances de la comunidad.
- Comunidad con interés de cuidar a los profesionales y en especial a los paramédicos, con interés en participar en lo que permita un mejor servicio.

DEBILIDADES

- Rotación profesional frecuente.
- Profesionales intersectoriales, sin jornada completa perjudica la continuidad de las intervenciones, además imposibilidad de generar trabajo comunitario.
- No contar con el equipo completo para dar atención oportuna.
- Falta de comunicación radial con postas Mina y la Suiza perjudica la resolución de urgencias.
- Ausencia de reemplazo frente a permisos y licencias prolongadas de TENS.

- CESFAM (Inequidad en la distribución de recursos hacia el sector rural)

AMENAZAS

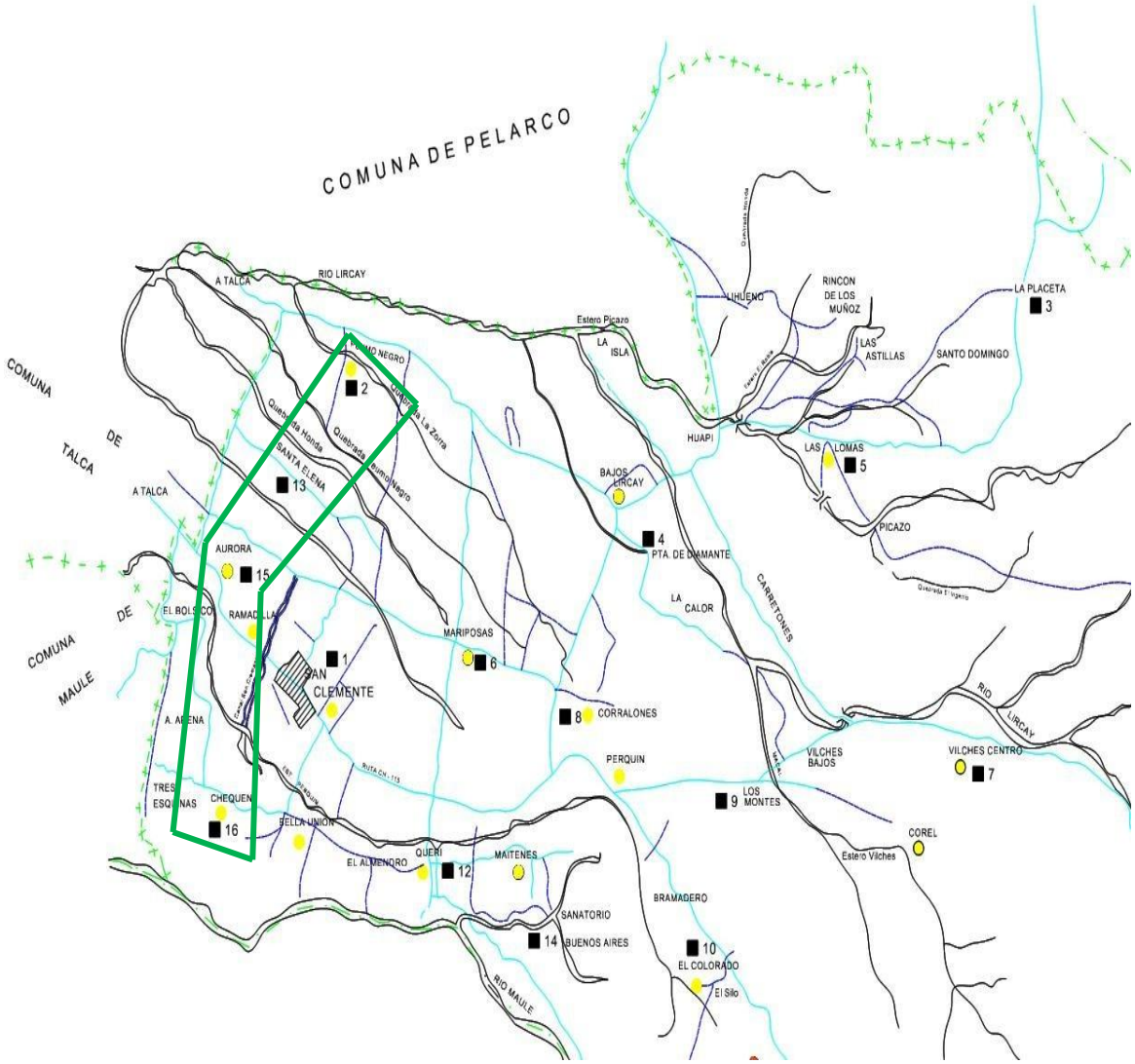
- Alto analfabetismo en los pacientes.
- Gran extensión territorial, lo que aumenta excesivamente el tiempo de traslado.
- Tiempos muertos por la distancia geográfica, impidiendo la llegada de la ronda oportunamente.

8. Descripción y jerarquización del sector:

- Importancia de psicoeducación en problemáticas asociadas a la promoción de estilos de vida saludable, ya que esto permitiría generar cambios importantes en la conceptualización de vida saludable, con el fin de estimular dicha conducta.
- Falta de comunicación radial y/o celular con las postas más lejanas del sector, lo que perjudica la resolución de urgencias por parte del paramédico y equipo de profesionales.
- Conservación de los servicios higiénicos y Box de atención, perjudicando la percepción de calidad por parte de los usuarios.
- Preocupación por la salud de la comunidad frente a la contaminación, ya que se han formado vertederos ilegales creados por personas foráneas a través de camiones.

a) SECTOR RURAL PONIENTE

MAPA DEL SECTOR



RESEÑA HISTORICA

Desde Agosto del año 2011 el sector Poniente se encuentra constituido por los establecimientos de salud de Aurora, Chequen, Peumo Negro, Santa Elena, Flor del Llano y Trafalgar, pasando a formar parte de la Unidad de Terreno.

Este sector cuenta constituido por 7 profesionales y 2 de los cuales se comparten con otro sector, además de 10 TENS, un auxiliar de aseo, un administrativo y un conductor.

Nuestra población a atender se dedica a la actividad agrícola, siendo en un su gran mayoría temporeros y trabajadores en Faenas fuera de la región.

Aurora: Siendo antiguamente este establecimiento una posta de salud rural, en el año 2006 se inaugura como Cecosf, se trata de una forma diferente de entregar prestaciones de salud al usuario, la que tiene como base al denominado Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. Su

punto de generación es la propia comunidad, buscando estimular en ella una respuesta activa que favorezca la participación del beneficiado, de manera que éste asuma un rol como agente de cambio en su propia situación de salud.

Chequen: Proyecto de Posta de Salud Rural fue realizado en periodo alcaldicio de Sra., Luz María Ramírez, y construida e inaugurada en el año 2008.

Cabe señalar que esta necesidad (Posta de Salud Rural), fue sentida por la comunidad y a la vez presentada a la autoridad municipal concretándose en el año anteriormente mencionado. En relación al terreno donde se construyo dicha posta, fue comprado por la comunidad, aportando cada familia del sector $ 5.000, para la obtención del terreno.

Santa Elena: Fue fundada en el año 1988 bajo la administración del alcalde Don Pedro Pablo Alvarez-Salamanca Buchi y por la voluntad de los dueños del fundo Santa Elena quienes donaron los terrenos para la construcción del edificio. Durante el año 2000, Recursos Físicos del SSM destinó los fondos necesarios para la construcción del actual edificio que fue inaugurado en septiembre del año 2001,

Peumo Negro: Se inauguró en el año el 1988 , en un terreno municipal. Anteriormente a esto fue una EMR y por requerimiento de la población paso a ser posta. Su población es mayoritariamente agrícola siendo su mayor producción el cultivo de ají .

POBLACIONES QUE CUBRE EL SECTOR PONIENTE

AURORA	PEUMO NEGRO	CHEQUEN	SANTA ELENA
Flor del Llano	Las Delicias	Las Esmeralda	Casa Viejas
San Agustín	San francisco	Alto Arena	Los Largos
Pocillos	Matacabritos	El Bolsico	San Agustín
Los Pozos	Santa Isabel	San Manuel	Las Delicias
San Jorge Norte	Lagunilla	El olivar	
Santa María		Quineo	
Los Largos			
Casas Viejas			
Victoria Oriente			
Santa Mónica			
Miraflores			

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

AURORA

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	ENCARGADO
Junta de vecinos de Aurora	Nelson Díaz
Junta de vecinos Victoria Oriente	Miguel Castro
Club Deportivo Santa Teresa	Nelson Avendaño

Club de baby fútbol Estrella	Luís Lillo
Cooperativa de agua Potable de Aurora	Clara Escobar
Centro de Padres escuela Aurora	Teresa Zúñiga
Grupo solidario Aurora	Luticiana Leiva
Club de rayuela	Carlos Yañez
Grupo Folklórico	Luís Gajardo
Grupo habitacional San Ignacio	Enrique Huerta/Marco Rojas
Grupo habitacional Renacer de Aurora	Ana Gloria Fuentes
Comunidad Cristiana	Rosa González
Iglesia Evangélica	Fernando Cáceres
Iglesia Evangélica	José Faúndez
Ramada Cadete	Osvaldo Rioseco
Agrupación Evangélica	Kilo Parra
Iglesia Israelita Sabatista	Manuel Parada
Escuela de Aurora	Roberto Aguilera
Adulto mayor Sta. Lucila	Edith Rodríguez
Adulto mayor Higuera en Flor	María Lara
Grupo juvenil “Los Patiperros”	Angélica Aravena
Club de Diabéticos Santa Rita	Rita Rojas
Grupo de barra “Los Microbios”	Julio Gonzalez

SANTA ELENA.

Adulto mayor “Los Jóvenes del Ayer”	María Miño Aravena
Junta de Vecinos	Rosalía Salgado Rojas
Club deportivo Casa Viejas	Cristian Hernández Rojas
Iglesia Católica	Gloria Jerez Morales
Grupo de mujeres dueñas de casa	Carmen Gloria Gálvez
Iglesia Evangélica Miraflores	Juan Campos Gómez
Adulto Mayor “Mis Nuevos Años”	Dilcia Prieto Prieto
Junta de Vecinos	Ana María Ramírez Vergara
Club Deportivo Santa Elena	Julio Prieto Zúñiga
Iglesia Católica	Luisa Zúñiga Cid

Iglesia evangélica	José Cares
Grupo Juvenil	José Luís Sepúlveda

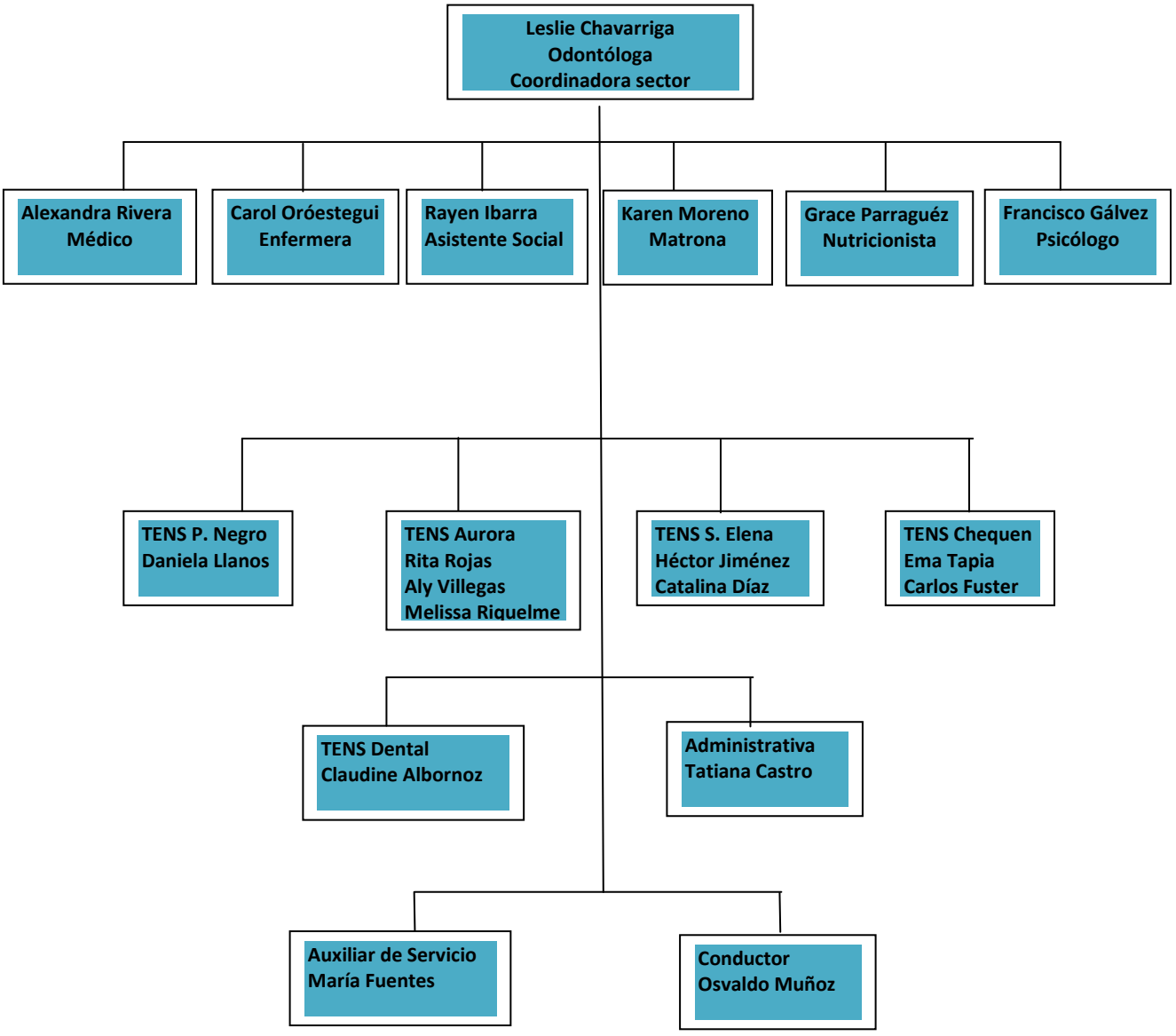
CHEQUEN

NOMBRE ORGANIZACIÓN	PRECIDENTE O COORDINADOR
Club de Adultos Mayores "San Juan La Peña"	Dionisio Carrasco
Club Deportivo "Esmeralda Unido"	Manuel Octavio Muñoz Cartes
Junta de Vecinos "la Esmeralda de Chequen"	Manuel Francisco Lara Tapia
Grupo Habitacional "Villa Los Olivos"	María Muñoz Mondaca
Unida Vecinal n° 14 de Chequen	Cecilia Rojas
Grupo Habitacional "El Puente"	Magdalena Navarrete
Capilla Católica "Sagrados Corazones"	Petronila Torres
Iglesia Evangélica "Maranata"	Pastor René Canales Becerra
Iglesia Evangélica "Apostólica Pentecostal"	Guía Encargado Alejandro Garrido

PEUMO NEGRO:

Junta de vecinos Peumo negro	Verónica Tejo Salazar
Junta de vecinos Las Delicias	Joel Gutiérrez González
Junta de vecinos Santa Isabel	Paola Carrasco Coloma
Junta de vecinos Matacabritos	Marcela Cofre Castro
Junta de vecinos San Francisco	Geovana Hevia Jara
Club deportivo Peumo Negro	Luís Castillo Guzmán
Encargada capilla Peumo Negro	Margarita Carrera Díaz
Centro de madre Peumo Negro	Verónica Tejos Salazar

EQUIPO DE TRABAJO DEL SECTOR PONIENTE

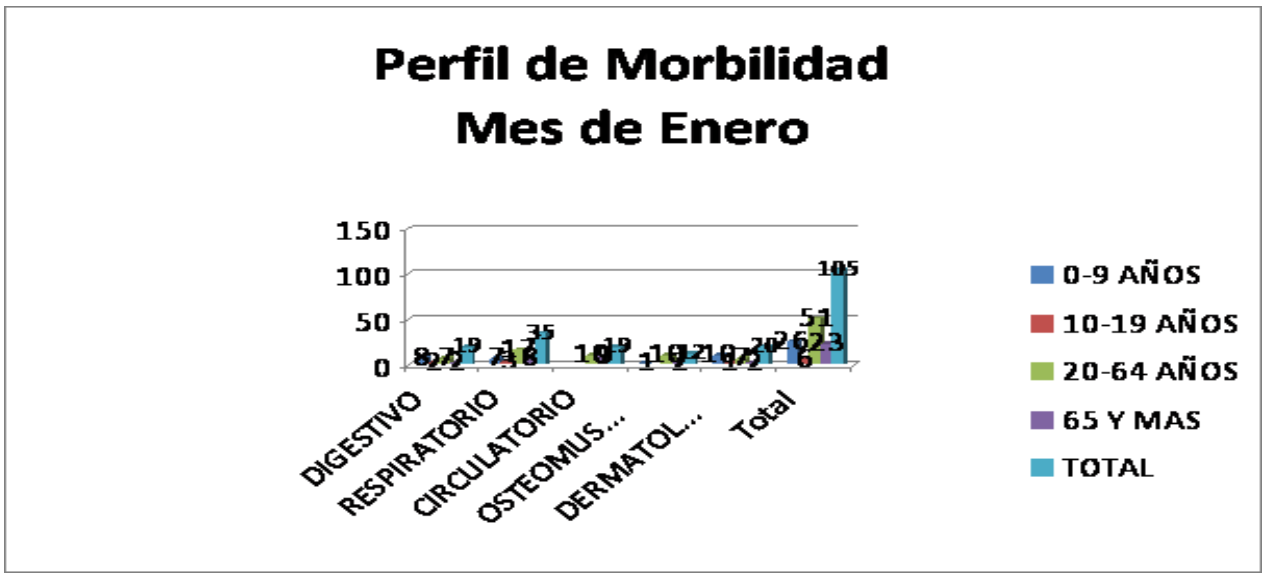


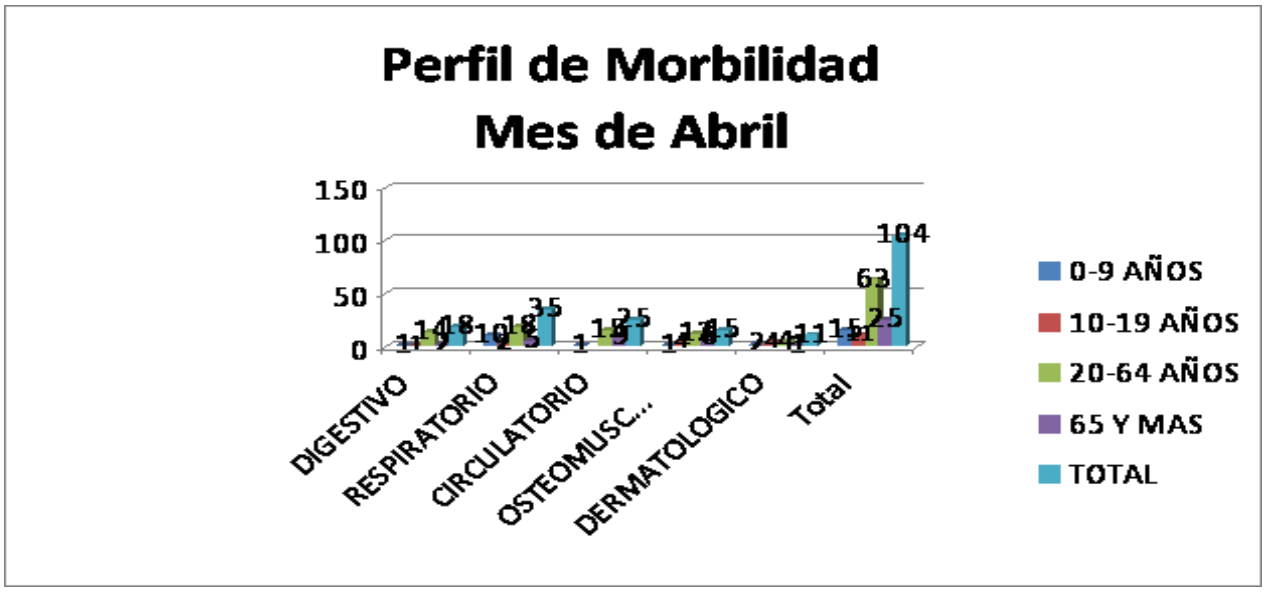
PERFIL EPIDEMILOGICO SECTOR PONIENTE

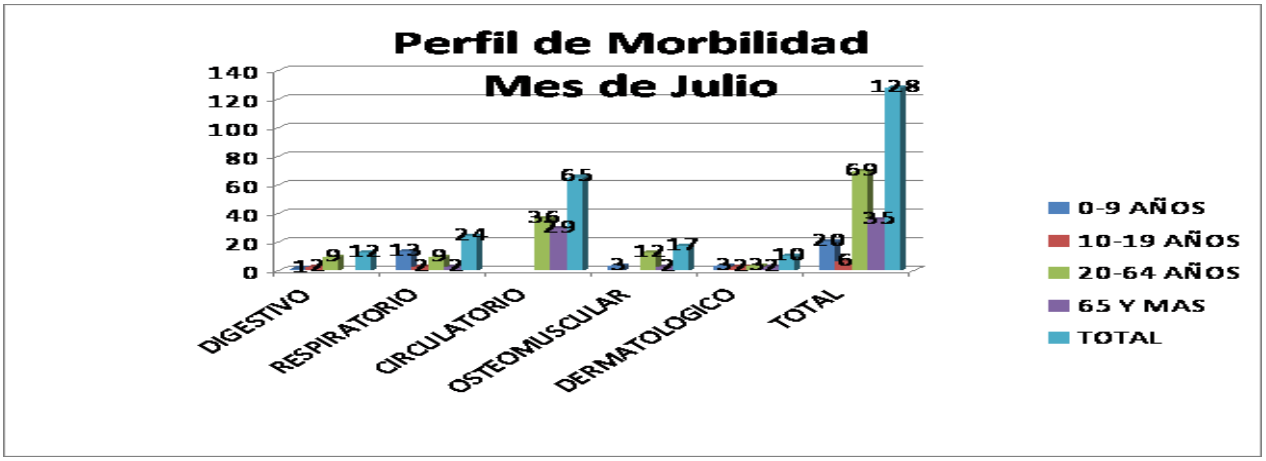
	ENERO				
	0-9 AÑOS	10-19 AÑOS	20-64 AÑOS	65 Y MAS	**TOTAL**
DIGESTIVO	8	2	7	2	19
RESPIRATORIO	7	3	17	8	35
CIRCULATORIO			10	9	19
OSTEOMUSCULAR	1		10	2	12
DERMATOLOGICO	10	1	7	2	20
Total	26	6	51	23	105

	ABRIL				
	0-9 AÑOS	10-19 AÑOS	20-64 AÑOS	65 Y MAS	**TOTAL**
DIGESTIVO	1	1	14	2	18
RESPIRATORIO	10	2	18	5	35
CIRCULATORIO	1		15	9	25
OSTEOMUSCULAR	1	4	12	8	15
DERMATOLOGICO	2	4	4	1	11
Total	15	11	63	25	104

	JULIO				
	0-9 AÑOS	10-19 AÑOS	20-64 AÑOS	65 Y MAS	**TOTAL**
DIGESTIVO	1	2	9		12
RESPIRATORIO	13	2	9	2	24
CIRCULATORIO			36	29	65
OSTEOMUSCULAR	3		12	2	17
DERMATOLOGICO	3	2	3	2	10
TOTAL	20	6	69	35	128


Perfil de Morbilidad
Mes de Enero
150
100
50
0
105
51
DIGESTIVO
RESPIRATORIO
CIRCULATORIO
OSTEOMUS...
DERMATOL...
Total
0-9 AÑOS
10-19 AÑOS
20-64 AÑOS
65 Y MAS
TOTAL


Perfil de Morbilidad
Mes de Abril
150
100
50
0
104
63
35
25
DIGESTIVO
RESPIRATORIO
CIRCULATORIO
OSTEOMUSC...
DERMATOLOGICO
Total
0-9 AÑOS
10-19 AÑOS
20-64 AÑOS
65 Y MAS
TOTAL


Perfil de Morbilidad
Mes de Julio
140
120
100
80
60
40
20
0
128
69
65
35
29
24
DIGESTIVO
RESPIRATORIO
CIRCULATORIO
OSTEOMUSCULAR
DERMATOLOGICO
TOTAL
0-9 AÑOS
10-19 AÑOS
20-64 AÑOS
65 Y MAS
TOTAL

El presente Diagnostico Participativo en Salud, del Sector Poniente, se obtuvo de una reunión de convocatoria abierta hacia los vecinos, agentes claves y dirigentes sociales que pertenecen a Salud Rural (terreno). A esta reunión también fueron invitados un TENS de cada posta, la Trabajadora Social del sector y la Coordinadora del Sector Poniente.

Objetivo General:

- Conocer las problemáticas y/o necesidades en torno a Salud del sector Poniente según la perspectiva de los usuarios de las postas rurales.

Objetivos Específicos

- Categorizar la información recolectada para la programación de las actividades del año 2012.
- Analizar los Datos obtenidos del Diagnostico Participativo.

PRINCIPALES PROBLEMAS ANALIZADOS POR LA COMUNIDAD DEL SECTOR

Es necesario determinar como antecedente metodológico que el método de análisis de los resultados obtenidos dice relación con un ***análisis de contenido*** desde una perspectiva cualitativa, utilizando como criterio de jerarquización de los problemas enunciados por las personas a la ***saturación,*** es decir los contenidos dentro de los discursos de las personas que aparecen con mayor frecuencia

Las categorías que se describirán, para este diagnostico participativo, fueron predefinidas por el equipo del CECOSF, en reunión de equipo, generando categorías de análisis que pudiesen abordar de manera exhaustiva los distintos problemas y necesidades visualizadas por los dirigentes y agentes claves de la comunidad del sector con respecto a Salud en todos sus ámbitos.

Categorías de análisis.-

1. Atención usuaria.
2. Infraestructura y Recursos.
3. Mi entorno mi Barrio

Atención usuaria	**Infraestructura**	**Mi entorno –mi barrio**
Falta de horas medicas (Chequen, F. llano ,Trafalgar)	Falta de insumos	basurales
Documento formal que acredite la toma de decisiones (retiro de medicamentos de las postas)	Mantención de servicios higiénicos	Perros vagos
Exámenes mensuales en Trafalgar (por diabéticos)	Problemas eléctricos	Ausencia de camión recolector de basura en Peumo Negro y poca frecuencia en Chequen
Desconocimiento del procedimiento de interconsultas	Ampliar salas de espera de las postas	Iluminación precaria en flor del llano
	Ventilación de los box	Pavimentación Flor del llano
	Calefacción en salas de espera	Garrapatas
	- Anegamiento por aguas de regadío en Chequen	Señaléticas en Postas
	- Falta de sillas de ruedas (Chequen, Peumo negro y Aurora)	Alcoholismo adolescentes

	-alta de pesa pediátrica en Chequen y peumo Negro	Presencia de VIF
	-Mantención de fosas	maltrato infantil
	-Manutención de áreas verdes	Calle principal de aurora en muy mal estado
	Extintores vencidos	Problemas de movilización directo a San Clemente desde S. Elena , Chequen y Peumo Negro
	Pintura de postas	
	Identificación de las Postas.	

PLAN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE BRECHAS Y PROBLEMAS DETECTADOS.

En el punto que se describe a continuación se darán a conocer las acciones que emergen en las reuniones con los vecinos de los sectores y en reuniones de equipo, que tienen el objetivo de superar los problemas detectados o brechas encontradas que formaran parte de actividades a realizar durante el año 2012.

Horas médicas:

En este punto se solicitará, nuevamente, aumento de horas profesional medico, para contar con horarios de jornada completa, instalando la necesidad de cumplir con requerimientos que están establecidos en recursos humanos determinados en el servicio salud del Maule.. Por otra parte se afianzara y mejorara la estrategia relacionada con generar cupos en las rondas de atención sin ficha para satisfacer necesidades de morbilidad espontánea por sobre todo en sectores con dificultades de acceso por locomoción y lejanía al servicio de urgencia de la comuna.

Proceso ínter consulta:

Este problema enunciado se abordara con la inclusión del administrativo encargado de ingresar las ínter consultas hacia sistema secundario que a partir del mes de noviembre del 2010, se centralizara en el mismo sector, dando la posibilidad de iniciar procesos de seguimiento más continuos y coordinados con nivel de especialidad.

Exámenes en estaciones medico Rural.:

Se evaluara posibilidad de toma de exámenes según habitabilidad del establecimiento de salud y según normativa ministerial.

Desconocimiento de normativas Básicas en Salud Rural:

Se gestionara un instructivo básico con las normas de salud rural.

Insumos:

Gestionar la posibilidad de no centralizar el abastecimiento de insumos solo en centro base, estableciendo la petición de al menos contar con recursos económicos para la generación de una caja chica que pueda servir para la obtención de materiales cotidianos que se necesitan en el sector.

Manutención de servicios higiénicos, electricidad, mantenimiento de fosas, pintura y extintores:

Solicitar una calendarización oportuna para la mantención trimestral de los servicios básicos de las postas del sector.

Ampliación sala de espera, ventilación. Calefacción:

Solicitar evaluación de SERPLAC para ver la viabilidad de mejorar la distribución de los espacios físicos de las postas. Y solicitar recursos económicos para la ejecución de la anteriormente mencionado y la posibilidad de que exista calefacción de manera permanente en temporada de invierno.

Identificación de posta aurora y Señaléticas:

Se gestionara la posibilidad de obtener recursos internos o ínter sector que permite mejorar las condiciones de identificación de los centros de salud y por otra parte coordinarse con departamentos de transito y obras para la elaboración de señalética desde los caminos principales.

Sillón dental Santa Elena y Chequen:

En este punto es necesario determinar que en el sector de Chequen se obtendrá la posibilidad de instalar un sillón dental en conjunto con el trabajo de obtención de recursos que ha sido realizado por los vecinos del sector. Por otra parte es necesario gestionar para el sector de Santa Elena, la priorización de horas de atención dental por extensión horaria para adultos.

Perros vagos:

Establecimiento de una campaña educativa de tenencia responsable de mascotas, además de la generación de coordinación ínter sector para la posibilidad de realizar operativos de esterilización de mascotas de los sectores con mayor cantidad de perros.

Iluminación flor del llano:

Coordinación intersectorial para postulación en conjunto con las mesas de trabajo de los centros de salud, a proyectos de mejoramiento e instalación de la iluminaría de calidad, en este sentido establecernos como nexo con otras áreas de administración publica y la comunidad de nuestros sectores, debido al impacto directo en la calidad de vida de las personas y su salud.

Plagas de garrapatas:

Establecer en coordinación con encargada de medio ambiente y Seremi de salud operativos de desparasitación de mascotas. Además de campañas de sensibilización y prevención vinculados al tema.

Mantención áreas verdes en postas:

Realizar coordinación con OMIL, para poder obtener recursos humanos en cuanto al cuidado y habilitación de áreas verdes en las postas.

Basurales y ausencia de camión recolector de basura:

Solicitar al municipio ampliar el recorrido de los camiones recolectores de basura de manera que pueda haber recorrido hacia peumo negro.

Elaborar proyecto que permita obtener recursos para la instalación de contenedores de basuras que cumplan con requerimientos técnicos definidos por ministerio de medio ambiente.

Por otra parte gestionar la posibilidad de educaciones con la comunidad para manejo responsable de desechos, reciclaje y compostaje, o construcción contenedores basura por domicilio.

Silla de ruedas y pesa pediátrica:

Solicitud en trámite, para la compra de dichos implementos necesarios.

Anegamiento:

Contactarse de manera formal con el dueño de los campos contiguos a la posta de Chequen.

Alcoholismo adolescente, violencia intra familiar y maltrato infantil:

Generar educaciones en relación a las temáticas anteriormente menciones con el equipo de salud del sector y la comunidad.

Calle principal de Aurora y Flor del llano en mal estado:

Movilizar a las juntas de vecinos y presidentes de juntas comunitarias para poder generar proyectos de pavimentación participativa.

Problemas de transporte (Santa Elena, chequen, peumo negro):

Generar instancias de reunión entre las organizaciones comunitarias del sector y las empresas de locomoción rural, de manera de llegar a un consenso entre la comunidad y la locomoción colectiva.

12. ANALISIS F.O.D.A

Fortalezas:

- Adaptabilidad y flexibilidad del equipo a los cambios definidos por parte del Departamento de Salud
- Practicas habituales de trabajo en equipo
- Profesionales con estudios de postgrado en su especialidad.
- En la población correspondiente al sector de Aurora, se ha logrado mayor nivel de confianza y conocimiento mutuo entre usuarios y equipo.
- Configuración de un vínculo cercano con los dirigentes Sociales y agentes claves de la comunidad de Aurora.
- Equipo con capacidad de innovación en la generación de prestaciones según necesidades y brechas detectadas en los usuarios del sector
- Sector pionero en el fomento continuo de la participación de la comunidad en actividades preventivas y promociónales de la salud, corresponsabilizando a los usuarios en la satisfacción de sus necesidades

Oportunidades:

- Cercanía de centro base desde la posta de Aurora.
- Oportunidad de desarrollar metodologías grupales en los distintos establecimientos del sector.

Debilidades:

- No contar con teléfono de red fija como para realizar coordinaciones con el inter e intrasector
- No contar con un medio de comunicación directa con el conductor del sector
- Falta de insumos oficina, aseo y métodos anticonceptivos.
- Instrumentos de medición en mal estado
- Micro centro Flor del Llano y San Manuel no presentan las condiciones sanitarias y de infraestructura necesarias para prestación de servicios de salud.

Amenaza:

- Estigmatización del sector cuestionando el desempeño sin la claridad de identificación de las brechas definidas por la jefatura.
- Territorialmente las postas a atender por el equipo están cercanas, pero no existen caminos que las unan en forma directa, lo que provoca retraso en las rondas.
- Inestabilidad laboral, por contratos a plazo fijo.
- Dualidad en la categorización del sector entre modelo de posta de salud rural y centro comunitario de salud familiar (Aurora)
- Canales de comunicaciones informales respecto a la generación de reclamos en forma directa a la autoridad local.
- Poca autonomía en manejo de recursos humanos y financieros, que permita flexibilizar de acuerdo a la realidad local.
- Falta de compromiso de la población de algunas localidades pertenecientes al sector poniente, en sus procesos de salud.
- Ocupación laboral temporal de la población atendida, lo que interrumpe los procesos clínicos, disminuyendo la adherencia a tratamiento.

- Determinantes Sociales que impactan directamente en la satisfacción de necesidades de salud en la población (pobreza estacional, dificultades de acceso etc.)

COMPROMISO

El equipo se compromete a que las rondas saldrán 8: 40 de la mañana, siempre y cuando el material (vacunas e instrumental) que se preparan en el Cesfam estén listos a esa hora.

Se hará la repartición de la leche, insumos y medicamentos los primeros días del mes.

Nos comprometemos a buscar todas las estrategias posibles para lograr el cumplimiento de metas y así lograr un mejor estado de salud en nuestros usuarios.

XIV. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN 2012

Las organizaciones de hoy marchan en una dinámica interna hacia el alto desarrollo de habilidades de quienes las integran, una organización requiere no solo de estructuras que fundamenten su existencia, sino también de gente comprometida en el quehacer de la misma, quien forma la existencia de una organización es básicamente su "trabajo en equipo" y equipos de trabajo eficiente y la sinergia que en función de ella se desprende.
La atención primaria no debiera estar exenta de este factor potenciador del recurso humano y aquellos que la dirigen, sus líderes, debieran estar atentos a desarrollar todo el tiempo líderes y equipo de trabajo con una directriz en comunión.
Una organización es exitosa en la base de sus resultados, los resultados son la calidad con la que se entregan las prestaciones comprometidas a la comunidad, sin embargo para que esto suceda el recurso humano debe contar con la motivación y las competencia necesarias en el contexto de la misión y la visión de su organización y que en conjunto se han definido.
La capacitación tiene por fin entregar prestaciones eficientes, de calidad con miras a la búsqueda de resultados en la salud de los usuarios. El objetivo superior es el desarrollo de habilidades transversales que permitan a cada funcionario potenciar los procesos internos de la organización
La capacitación es un continuo en cada organización para permitir una adaptación tecnológica y científica en los procesos tanto internos como externos.
El departamento de Salud requiere hacer las mejoras necesarias al proceso de capacitación con varios desafíos pendientes para el 2012.
Las necesidades son diversas y complejas por un lado, y por otro los recursos son insuficientes, así que habrá que realizar la ecuación que permita maximizarlos.

CONTENIDOS SEGÚN PROGRAMAS

PROGRAMA DEL NIÑO Y DE LA NIÑA:

Para el año 2012 las áreas temáticas en la capacitación serán orientadas en los siguientes temas:

- Líneas de intervención temprana en apegos inseguros.
- Promoción de apego saludable y detección de signos de alarma en las conductas problemáticas de apego.
- Salud Mental de la mujer relacionada con la Crianza Vital (Primera Infancia).
- Pesquisa y detección de signos y síntomas de depresión post-parto. Aplicación de la Escala de Edimburgo.
- Pautas de evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP y TEPSI).

PROGRAMA DEL ADOLESCENTE:

Para este año se pretende seguir capacitando al Equipo de Salud del programa en los siguientes temas:

- Modelos de Diagnostico Cualitativo e Intervención Psicosocial.
- Conocimiento y Aplicación de as Guías de Consejerías en Adolescentes.
- Aplicación de las orientaciones para la Implementación de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes.

PROGRAMA DE LA MUJER:

Para el año 2011 las áreas temáticas en la capacitación serán orientadas en los siguientes temas:

- Capacitación en Lactancia Materna, aspectos clínicos y sistemas de acreditación.

- Pesquisa precoz y manejo del alto riesgo obstétrico.
- Aplicación de Examen de Medicina Preventiva.
- Capacitación del equipo maternal en Salud Bucal.
- Salud Mental de la mujer a través del ciclo vital.

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR:

Para el año 2012 las áreas temáticas en la capacitación serán orientadas en los siguientes temas:

- Prevención de caídas
- Aplicación de Examen de Medicina Preventiva.
- Desarrollar competencias para trabajar con las comunidades.

OTRAS INSTANCIAS DE CAPACITACIÓN RECONOCIDAS PARA EL PLAN 2012

Se suman a las actividades que realizará el Departamento de Salud, todas aquellas impartidas por Organismos Capacitadores reconocidos por el MINISTERIO de Salud, como las realizadas por Universidades, Asociación de Municipalidades, Centros de Formación Superior y Centros de investigación.

FICHA DE PROYECTO: "PLAN ANUAL CAPACITACIÓN LEY Nº 19378" Nº 1
ESTABLECIMIENTO: Depto. de Salud San Clemente AÑO: 2012

1. **LÍNEA ESTRATÉGICA:** Fortalecer la Instalación del Nuevo Modelo de Atención

2. **REQUERIMIENTO:** Enfatizar y profundizar metodologías para el desarrollo del Modelo de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar.

3. **NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Actualización en el Modelo de Atención Integral con Enfoque de Salud Familiar 2º Parte.

4. **BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA:** A pesar de las múltiples actividades realizadas, se hace necesario profundizar las competencias adquiridas a lo largo de los períodos de capacitación, además de actualizar las herramientas que permitan un adecuado acercamiento al entorno familiar de las personas, realizar estudio e intervenciones que no resulten invasivas y que sean un aporte para el trabajo continuo en salud

5. **PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD:** Fortalecer el Modelo de Atención con Enfoque de Salud Familiar a nivel Comunal, generando conductas proactivas en los Equipos de Sector en función de la salud de la Comunidad.

6. **REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES:** Funcionarios del Departamento de Salud San Clemente de la Categorías B- C - D –E y F. que hayan tenido capacitación previa en aspectos básicos del modelo de salud familiar integral.

7. **OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE:** Desarrollar habilidades en el personal y avanzar en la aplicación de herramientas de trabajo mejoren las prácticas de trabajo con las familias beneficiarias de cada sector.

8. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE:**
- Aplicar en la práctica las Bases Conceptuales de la Teoría de Sistemas.
- Aplicar Instrumentos de Diagnostico de Salud Familiar.
- Realizar Diagnósticos integrales en el proceso de Programación.
- Aplicar el enfoque de Riesgo Familiar: Experiencias de Evaluación y Gestión de los Riesgos en el territorio Local.
- Aplicar en la práctica las formas de Intervención Familiar aprendidas con antelación: Entrevista, Visita Domiciliaria, Consejería Familiar.

9. **PRINCIPALES CONTENIDOS:**
- Teoría de Sistemas.
- Instrumentos de Salud Familiar de uso local. (Genograma, Ecomapa, Escala de Apoyo Social, etc.
- Proyección y Aplicación de los Diagnostico de Programación.
- Evaluación de Riesgo Familiar
- Formas de Intervención Familiar: Entrevista, Visita Domiciliaria, Consejería Familiar.

10. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS:

- 16 horas clases teóricas.
- 24 horas práctica en grupos sectoriales.

11. METODOLOGÍA A EMPLEAR:

- Talleres Expositivos.
- Trabajos Grupales presenciales y de entrega posterior (cada sector debe conformar un grupo).

12. PARTICIPANTES ESTIMADOS: 220 funcionarios

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	**0**
B (Enfermeras, Matronas, Psicólogos, Nutricionistas, Kinesiólogos, A. Sociales, T. Ocupacional y otros.)	**40**
C (Técnicos de Enfermería de Nivel Superior.)	**80**
D (Técnicos Paramédicos)	**14**
E (Administrativos, Secretarias, Estadísticos, Digitadores y otros.)	**53**
F (Auxiliares de Aseso, Conductores, Estafetas y otros.)	**29**
TOTAL	**216**
OTROS	**4**
TOTAL GENERAL	**220**

13. COSTO ESTIMADO: $4.000.000

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros **- 003 Pagos a Profesores y Monitores** **- 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).**	$2.000.000.- $2.000.000.-	
Sub-Total	$4.000.000.-	
Costo Total Estimado	**$ 4.000.000.-**	

14. SISTEMA DE APROBACIÓN:

- Evaluación escrita de la parte teórica.

- Informe de Trabajo Grupal al finalizar.

15. PORCENTAJE DE ASISTENCIA: 100%

16. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD:

- **Cuatro Equipos urbanos y cuatro equipos rurales con capacidad de aplicar el enfoque familiar integral**
- **Ocho sectores dispuestos al trabajo en Equipo aplicando herramientas de Salud Familiar.**

17. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC:

Profesional o institución a convenir a través del sistema de compras públicas.

18. RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Comité de Capacitación Comuna de San Clemente.

NOMBRE	MIGUEL ARRIAGADA MADRID
CARGO	DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD
TELÉFONO DE CONTACTO	96302493
E-MAIL	desamsanclemente@gmail.com

19. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION:

Entre el 1º y 2º TRIMESTRE DE 2012

20. INDICADORES:

Número de alumnos capacitados.
Número de trabajos de grupo.
Promedio de notas de los grupos.

FICHA DE PROYECTO: "PLAN ANUAL CAPACITACIÓN LEY Nº 19378" Nº 2
ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD SAN CLEMENTE AÑO: 2012

1. LÍNEA ESTRATÉGICA: Fortalecer la Instalación del Nuevo Modelo de Atención

2. REQUERIMIENTO:
Énfasis en la estrategia de atención Primaria de Salud (APS).Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: Estilos de Vida Saludable. Autocuidado y Protección de la Salud de los trabajadores

3. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Promoción de la Salud laboral y autocuidado para el equipo de salud.

4. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA:
Los Equipos de Salud están en una constante exposición factores estresores cada vez más complejos de sobrellevar.
Con el fin de estimular un adecuado afiatamiento de los equipos, con miras al mejoramiento del trato al usuario es que se quiere optimizar el ambiente laboral para los funcionarios de salud. Lo anterior permitiría disminuir ausencias, conflictos interpersonales y deterioro del trabajo de equipo.

5. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD:
Mejorar el Trabajo de Equipo para la práctica de dinámicas y espacios laborales de Autocuidado en la Salud de los funcionarios de Salud, aplicando técnicas de buen trato y mejorías en la comunicación interpersonal. Especial relevancia tienen los equipos rurales y del SAPU.
Se ha diagnosticado un alto ausentismo laboral y conflictos al interior de los equipos, por lo que una intervención en el clima laboral a través de prácticas de autocuidado colectivo.

6. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES:
Funcionarios del Departamento de Salud de San Clemente de la Categorías A – B – C – D – E y F.

7. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE:
Creación de espacios y prácticas de autocuidado en los funcionarios del departamento de Salud de la Comuna de San Clemente.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE:
- Mejorar los estilos de comunicación entre los integrantes del Equipo de Salud.
- Desarrollar habilidades en el trato y destreza de contención frente a hechos y/o situación de crisis en el Equipo de Salud.
- Aprender las formas de manejo personal frente a situaciones de conflictos en el Equipo de Salud.
- Resolución de Conflictos.

9. PRINCIPALES CONTENIDOS:
- Modelos de Comunicación en Equipos de Trabajo.
- Desarrollo de habilidades en el trato a personas.
- Desarrollo de destrezas de contención en Crisis Grupal.

- Manejo antes situaciones de conflicto en el Equipo de Salud.
- Resolución de Conflictos al interior de un Equipo de Trabajo.

10. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS: 24 horas (3 días)

11. METODOLOGÍA A EMPLEAR:
Talleres Expositivos y Trabajos Grupales presenciales con entrega posterior, dividiendo el programa en dos capítulos (1 y 2).

12. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A (Médicos y Odontólogos)	**16**
B (Enfermeras, Matronas, Psicólogos, Nutricionistas, Kinesiólogos, A. Sociales, T. Ocupacional y otros.)	**36**
C (Técnicos de Enfermería de Nivel Superior.)	**80**
D (Técnicos Paramédicos)	**5**
E (Administrativos, Secretarias, Estadísticos, Digitadores y otros.)	**27**
F (Auxiliares de Aseso, Conductores, Estafetas y otros.)	**15**
TOTAL	**179**
OTROS	**4**
TOTAL GENERAL	**183**

13. COSTO ESTIMADO: $4.000.000.-

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros **- 003 Pagos a Profesores y Monitores** **- 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).**	$2.000.0000.- $2.000.0000.-	
Sub-Total	$4.000.0000.-	
Costo Total Estimado	**$ 4.000.000.-**	

14. SISTEMA DE APROBACIÓN:
Evaluación Escrita y Informe de Trabajo Grupal

15. PORCENTAJE DE ASISTENCIA: 80%

16. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD:

- Mejoramiento del clima laboral.
- Disminución de conflictos interpersonales
- Disminución de ausentismo.

17. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC:

Profesional o institución a convenir a través del sistema de compras públicas.

18. RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Comité de Capacitación Comuna de San Clemente.

NOMBRE	MIGUEL ARRIAGADA MADRID
CARGO	DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD
TELÉFONO DE CONTACTO	96302493
E-MAIL	desamsanclemente@gmail.com

19. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION:

Segundo y cuarto Trimestre del 2011.

20. INDICADORES:

Número de funcionarios capacitados.
Número de licencias médicas de breve lapso.
Resultados en programación colectiva

FICHA DE PROYECTO: "PLAN ANUAL CAPACITACIÓN LEY Nº 19378" Nº 3
ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD SAN CLEMENTE AÑO: 2012

1. LÍNEA ESTRATÉGICA:
Fortalecer la Instalación del Nuevo Modelo de Atención**.**

2. REQUERIMIENTO:
Énfasis en el Rol del Personal de Salud en el Nuevo Modelo. Consejería en Salud. Facilitación del proceso de toma de decisiones en el Usuario. Relación de Ayuda del Equipo de Salud en Resolución de conflictos del individuo y familia.

3. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Consejería de Salud Individual Familiar: apoyo de Equipo de Salud en la resolución de conflictos del individuo y Familia.

4. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA:
En la implementación del Modelo de Atención con Enfoque de Salud, es de vital importancia, que el profesional que identifica diversos factores de riesgo en el usuario, genere de manera inmediata genere un espacio donde pueda aminorar y contener la situación que lo aqueja .El hecho que el usuario se sienta acogido provoca una mayor adherencia a la atención y los distintos programas con los cuales se le puede brindar alguna ayuda.

5. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD:
Falta de manejo apropiado de la técnica de Consejería Individual y Familiar como una herramienta de apoyo al mejoramiento de la implementación del Modelo de Atención.

6. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES:
Funcionarios del Departamento de Salud San Clemente de la Categorías A – B – C y D a los que les corresponde atención clínica directa con pacientes.

7. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE:
Fortalecer la relación de ayuda del Equipo de Salud en la Resolución de Conflictos de Individuo y la Familia.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE:
- Mejorar los modelos de comunicación entre los integrantes del Equipo de Salud.
- Desarrollar habilidades en el trato y destreza de contención frente a hechos y/o situación de crisis en el Equipo de Salud.
- Aprender las formas de manejo personal frente a situaciones de conflictos en el Equipo de Salud.

9. PRINCIPALES CONTENIDOS:
- Técnicas de Consejería.
- Desarrollo de habilidades en el trato a personas.
- Desarrollo de destrezas de contención en Crisis Individual y Grupal.

- Manejo de situaciones de duelo.
- Manejo antes situaciones de conflicto en el Equipo de Salud.
- Resolución de Conflictos al interior de una familia en crisis.

10. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS: 24 horas

11. METODOLOGÍA A EMPLEAR:

- Talleres Expositivos.
- Trabajos Grupales presenciales y de entrega posterior.

12. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A (Médicos y Odontólogos)	**14**
B (Enfermeras, Matronas, Psicólogos, Nutricionistas, Kinesiólogos, A. Sociales, T. Ocupacional y otros.)	**38**
C (Técnicos de Enfermería de Nivel Superior.)	**72**
D (Técnicos Paramédicos)	**13**
E	**0**
F	**0**
TOTAL	**137**
OTROS	**0**
TOTAL GENERAL	**137**

13. COSTO ESTIMADO: $2.000.000.-

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros **- 003 Pagos a Profesores y Monitores** **- 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).**	$1.000.000.- $1.000.000.-	
Sub-Total	$2.000.000.-	
Costo Total Estimado	**$ 2.000.000.-**	

14. SISTEMA DE APROBACIÓN: Evaluación Escrita y Informe de Trabajo Grupal

15. PORCENTAJE DE ASISTENCIA: 100 %

16. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD:

- Equipos con habilidades para realizar consejería breve.
- Funcionarios con destrezas para intervenir en crisis individuales y familiares a propósito de su desempeño laboral.

17. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Profesional o institución a convenir a través del sistema de compras públicas.

18. RESPONSABLE DEL PROYECTO:

Comité de Capacitación Comuna de San Clemente.

NOMBRE	MIGUEL ARRIAGADA MADRID
CARGO	DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD
TELÉFONO DE CONTACTO	96302493
E-MAIL	desamsanclemente@gmail.com

19. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION:

Primer y Segundo Semestre 2012.

20. INDICADORES:

Número de sesiones realizadas.
Número de participantes totales.
Número de trabajos grupales.

FICHA DE PROYECTO: "PLAN ANUAL CAPACITACIÓN LEY Nº 19378" Nº 4
ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD SAN CLEMENTE AÑO: 2012

1. LÍNEA ESTRATÉGICA:
Incorporar Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación.

2. REQUERIMIENTO:
Manejo y aplicación correcta del SIGGES. Manejo de registros y estadísticas en salud Regional, Agenda Electrónica y Ficha Clínica Digital.

3. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:
Manejo Informático a Nivel de Usuario: Sistema Automatizado de Estadísticas, SIS-GES, Ficha Electrónica.

4. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA:
Las exigencias derivadas de la aplicación de la Ley de Garantías Explicitas en Salud con el SIS-GES como mecanismo de monitoreo y traslado de la información del cumplimiento de las garantías, el sistema de referencia y contrarreferencia recientemente habilitado en el Hospital Regional de Talca, el SALUD REM ,las comunicaciones vía email, etc.

5. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD:
La carencia de habilidades en el personal tras la informatización del Sistema Estadístico implementado por el MINSAL y S. S. Maule.

6. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES:
Funcionarios Profesionales y Administrativos del Departamento de salud de San Clemente que necesiten utilizar hayan unidades operativas para la realización de sus tareas.

7. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE:
Capacitar a los funcionarios del DSM en el manejo de herramientas informáticas con el fin de optimizar el proceso de generación de estadísticas, mejorar el cumplimiento del sistema de Garantías Explicitas GES, mediante un apropiado control de producción y gestión de Salud de San Clemente.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE:
- Desplazarse correctamente en páginas de Internet en sitios WEB de interés.
- Utilizar correctamente el Software SALUD-REM
- Manejar el SIGGES y el SIS-Maule.
- Confeccionar las estadísticas y realizar procesos de análisis de la información disponible.

9. PRINCIPALES CONTENIDOS:
- Trabajar en el ambiente de WINDOWS.
- Navegación Internet y Correo Electrónico.
- Uso de los Programas SIS-GES, SIS-Maule, Validación FONASA, SALUD-REM, Agendas electrónicas.

10. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS: 120 horas por cada alumno (a)

11. METODOLOGÍA A EMPLEAR:

- Sistema de "Aprender Haciendo" con talleres de Grupo y Capacitación in situ.
- Monitoreo mensual Personalizado del Avance en el aprendizaje individual.

12. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A (Médicos y Odontólogos)	**16**
B (Enfermeras, Matronas, Psicólogos, Nutricionistas, Kinesiólogos, A. Sociales, T. Ocupacional y otros.)	**36**
C (Técnicos de Enfermería de Nivel Superior.)	**40**
D (Técnicos Paramédicos)	**5**
E (Administrativos, Secretarias, Estadísticos, Digitadores y otros.)	**47**
F (Auxiliares de Aseso, Conductores, Estafetas y otros.)	**15**
TOTAL	**159**
OTROS	
TOTAL GENERAL	**159**

13. COSTO ESTIMADO: $10.000.000.-

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros **- 003 Pagos a Profesores y Monitores** **- 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).**	$6.000.000.- $4.000.000.-	
Sub-Total	$10.000.000.-	
Costo Total Estimado	$ 10.000.000.-	

14. SISTEMA DE APROBACIÓN:
Test de Aplicación Práctica y Observación de trabajo realizado.

15. PORCENTAJE DE ASISTENCIA: 80%

16. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD:

- Mejoría en la elaboración y transmisión de los registros estadísticos.
- Optimización del Sistema de Interconsultas y de los registros GES.
- Disminución de la duplicidad de tareas, fichas clínicas.
- Aplicación de agendas electrónicas.

17. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Ingeniero Informático DSM San Clemente.

18. RESPONSABLE DEL PROYECTO: Director Departamento de Salud

NOMBRE	MIGUEL ARRIAGADA MADRID
CARGO	DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD
TELÉFONO DE CONTACTO	96302493
E-MAIL	desamsanclemente@gmail.com

19. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION:

Marzo a Octubre 2012

20. INDICADORES:

- **Número de funcionarios capacitados.**
- **Número de SOME con agenda electrónica.**
- **% de retraso en los registros GES.**
- **Nº de interconsultas tramitadas por SIS-Maule**