

[Escribir texto]

# Plan de salud 2015.

## Indice

Encargados de la realización del plan de salud 2015.....	3
Equipo gestor.....	5
Introducción .....	6
Descripción de la comuna.....	8
Población inscrita y validada.....	13
Caracterización sociodemográfica comunal .....	16
Autoridades comunales .....	19
Direcciones y contactos salud comunal.....	21
Visión y misión.....	22
Estructura organizacional CESFAM.....	23
Equipos de cabecera.....	24
Programas y unidades de apoyo.....	25
Convenios de resolutiveidad.....	26
Proyectos.....	25
Mejoras en infraestructura, equipamiento y recurso humano .....	29
Programa Chile crece contigo.....	31
Promoción.....	47

Vida sana.....	55
Rehabilitación de base comunitaria.....	56
Sala era.....	58
Nómina de funcionarios .....	62
Diagnóstico participativo y concejo consultivo.....	70
Programción por ciclo vital.....	76
Encuesta de satisfacción usuaria 2014.....	157
Capacitación del personal.....	164
Desafíos 2015.....	168
Oferta de salud según ciclo vital.....	169
Metas sanitarias e índice de actividad de atención primaria.....	172
Presupuesto de salud 2015.....	174

## Encargados realización del plan de salud

---

Sr. Carlos Zúñiga Zapata.	Director Departamento de Salud
Dra. Karen Figueroa López	Médico Familiar, Directora CESFAM
Sra. Ivonne Madariaga Álvarez	Kinesióloga. Jefatura sector 1
Srta. Evelyn Bugueño Echeverría	Enfermera. Jefatura sector 2
Srta. Marcia Herrera González	Enfermera. Encargada programa del adulto
Srta. Alejandra Jiménez Contreras	Kinesióloga. Encargada de Calidad
Srta. Silvia González Santana	Kinesióloga. Referente programas ERA, , postrados y SIGGES
Dra. Mariana Ormazabal Mayol	Odontóloga. Encargada programa odontológico
Srta. Jacqueline Diaz Briceño	Matrona. Encargada programa de salud sexual y reproductiva de la mujer
Srta. Gladys Gonzalez	Matrona. Encargada programa Chile Crece contigo
Sr. Cristian Figueroa Gamboa	Nutricionista. Referente de convenio complemento GES

---



## Equipo Gestor

---

Dra. Karen Figueroa López	Médico. Directora Cesfam
Sra. Ivonne Madariaga	Kinesióloga. Jefe sector 1
Sra.. Evelyn Bugueño Echeverría	Enfermera. jefe sector 2
Sra. Leslie Olivares Menay	Enfermera. encargada de esterilización, coordinadora de paramédicos
Sra. Marcia Herrera González	Enfermera, jefe programa del adulto
Sr.Cristian Figueroa Gamboa	Nutricionista , encargado de convenios complementarios
Sra. Alejandra Jimenez contreras	Kinesióloga, encargada de calidad
Srta. Nataly hormazabal Jil	Asistente social , jefe de some
Sra. Jaquelina Diaz	Matrona, encargada del programa de salud sexual y reproductiva de la mujer.

---

## INTRODUCCIÓN

Para llevar a cabo una atención de calidad, basada en un enfoque integral de las familias de nuestra comuna de Hijuelas, es que todos los años realizamos el plan comunal de salud. Este instrumento de trabajo, nos permite evaluar la gestión del área de salud de la comuna, realizar un diagnóstico de salud, establecer estrategias para pulir los puntos deficientes y trazar los lineamientos que nos permitan llevar a cabo nuestra visión y misión.

El Plan Comunal de Salud año 2015, por lo tanto, es formulado, mediante una acuciosa evaluación de todos los programas de salud, e incorpora la atención de todos los usuarios, tanto en los espacios urbanos como rurales, abarcando todo su ciclo vital.

Este plan, también debe también establecer estrategias para resolver la demanda, producto de los problemas emergentes en salud de los habitantes de Hijuelas, contemplando un enfoque biopsicosocial como lo plantea la Reforma de Salud, el sistema de protección social a grupos prioritarios y las características sociodemográficas de una población con tendencia creciente al envejecimiento.

El trabajo mancomunado con otras áreas de la municipalidad y el apoyo constante de la Señora Alcaldesa, nos ha permitido llevar a cabo proyectos en el área de salud que nos permiten actualmente brindar una mejor calidad de atención. Nuestro principal objetivo es dar respuesta accesible, oportuna y eficiente a las necesidades de la población. Considera para ello las distintas dimensiones del individuo y su familia, no sólo los criterios biomédicos, sino también los referentes al entorno social, cultural, laboral, económico, la accesibilidad a sistemas de salud y de protección social.

Los lineamientos de la actual Reforma de Salud hace que nuestro accionar se base en el Modelo de Salud Familiar, el cual el Municipio de Hijuelas ha incorporado en sus Políticas Locales de Salud, teniendo presente la importancia del trato humanizado, oportuno y eficiente a cada uno de nuestros usuarios y sus familias; el fortalecimiento del trabajo en equipo, la intersectorialidad y el enfoque comunitario. Este modelo de atención, nos plantea un desafío constante para lograr la continuidad de la atención a lo largo de todo el ciclo vital, haciendo un uso eficiente de los recursos municipales, orientados en las políticas sociales y programas existentes. Esta nueva forma de atención debe vencer el actual paradigma de la atención medicalizada y netamente enfocada en el tratamiento de enfermedades, para avanzar en tareas de promoción y prevención de la salud, empoderando a los individuos y sus familias en tareas de autocuidado.

Este plan de salud, es dinámico y está en constante evaluación y proceso de fortalecimiento, por lo que debe ser analizado y evaluado permanentemente y contemplar además la satisfacción de nuestros usuarios, por lo que es probable que sus aspiraciones sean llevadas a cabo en un plazo mayor que un año. Presentamos ahora, los avances y proyecciones para el año 2015.

## **Descripción de la comuna**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA COMUNA**

Las Hijuelas, lugar antes llamado “LAS HIJUELAS DE TORREJON” en honor al apellido de quien fue su dueño, don Manuel de Torrejón y Puente, Corregidor de Quillota en el año 1718.

La historia da cuenta que este Edil personaje compró tierras al famoso Capitán y Encomendero don Alonso Campofrío, quien fuera marido de doña Catalina de los Ríos (La Quintrala).

Las tierras fueron compradas por el Matrimonio constituido por don Manuel de Torrejón y doña Ignacia de Heredia, la vinculación de ambos permitió tener una abundante cantidad de hijos. Esta singular división de las tierras hace florecer el llamado sector de Las Hijuelas.

Las Hijuelas desde esta época, adquiere cuerpo en cada uno de sus territorios, los que en su desarrollo empiezan a ser localidades importantes.

Se cuenta que la Hacienda llamada El Romeral, perteneció al valiente capitán y maestro de campo que fue jefe de Estado Mayor, allá por el año 1700. Don Francisco de Aragón, soldado que vino a Chile como muchos a ganar fama y fortuna en la Conquista de Chile.

La Hacienda de Romeral era gemela a la de Ocoa, que le hace frente por la orilla del río. Cuando los Jesuitas se establecieron en las tierras cercanas a Las Hijuelas, La Cruz y La Calera, estimaron conveniente agregar una estancia de vacas para que les surtiera de productos lácteos, por tal motivo el Padre Jesuita Pedro de Ovalle, compró los terrenos de Ocoa en la cantidad de cuatro mil pesos, esto permite que en el avance pausado de Las Hijuelas, incorporar como una de sus tradiciones la crianza de ganado. Otras de las actividades que se vieron favorecidas con la adquisición de estos terrenos fue la Agricultura, que promovió el cultivo de trigo.

Después de algunos años, los Jesuitas fueron expulsados y sus terrenos rematados.

Las familias Echeverría y Aragón, hijos de los antiguos dueños de El Romeral, compran los terrenos dejados por los Jesuitas. Con lo que Las Hijuelas, se vincula a un grupo de familias que no sobrepasa de cinco.

Hacia el año 1870, ambas Haciendas estaban partidas en ocho Hijuelas, tres de las cuales pertenecían al Romeral, propiedad de la familia Morandé Echeverría, las cinco restantes de Ocoa pertenecían a don Rafael Echeverría y don José Manuel Guzmán.

La vida cotidiana de Las Hijuelas por tanto, es tradicionalmente apacible. Esto se debe a que la administración de estas tierras se base en las características particulares de estas familias, las que suministraron un ambiente cultural recargado a la privacidad de la familia y a la celebración de muchas fiestas. En la actualidad se realiza como actividad tradicional la práctica de la Rayuela, El Rodeo, Pillar el Chancho, El Palo Encebado y otras actividades típicas de nuestro campo.

## **ASPECTOS FÍSICOS DE LA COMUNA**

Administrativamente, la comuna de Hijuelas forma parte de la Provincia de Quillota en la Región de Valparaíso. Se localiza entre las latitudes 32° 44' y 31° 00' Sur y las longitudes 71° 00' y 71° 12' Oeste.

### **Límites de la Comuna**

Al Norte, con las comunas de La Calera y de Nogales, con el camino El Olivo, desde el Río Aconcagua hasta el camino antiguo de Nogales a Hijuelas. Desde el camino El Olivo hasta La Puntilla de Purutún, desde ahí por la línea de cumbres que limita por el Sur y Oriente la Hoya de la Quebrada del Cura. Desde el Morro La Cruz hasta la línea de cumbres que limita por el Oriente la Hoya de la Quebrada del Cura hasta el cordón de los cerros de Catemu, pasando por el cerro El Caquicito.

Al este, con la provincia de San Felipe de Aconcagua. Desde el cordón de los cerros de Catemu, desde la línea de cumbres que limita por el Sur la hoya del Estero El Carretón hasta la Puntilla del Romeral, junto con el Río Aconcagua pasando por el cerro El Portillo y el trigonométrico Grada, para continuar junto al Río Aconcagua, desde La Puntilla del Romeral hasta La Puntilla La Calavera, posteriormente, por la línea de cumbres divisorias secundarias de aguas desde La Puntilla La Calavera hasta el cerro El Roble, pasando por el trigonométrico Reloj y el Morro El Peumo; la línea cumbre que limita por el Sur la Hoya del río Aconcagua, desde el cerro el Roble hasta el cerro Puntilla El Imán.

Al Sur, con la comuna de Olmué y la región Metropolitana. Limitando con el Norte de la Hoya del Estero Limache, desde el cerro La Puntilla hasta el cerro La Campana.

Al Oeste, con la comuna de La Calera y de Quillota. Desde el cerro La Campana hasta el cerro Santa Teresa, continuando por el Río Aconcagua hasta El Olivo.

### **Emplazamiento**

La comuna de Las Hijuelas es parte de las cuencas del Aconcagua, cuyo emplazamiento se localiza en el nivel medio del río del mismo nombre. En esta área encontramos tres grandes unidades:

Cordón Montañoso, perteneciente a la Cordillera de La Costa, cuyas alturas que sobrepasan los 1.500 m.s.n.m. le sirven como límite natural.

Río que atraviesa la comuna con una dirección Este a Oeste, para luego tomar una dirección Noreste.

Fondo de Valle, caracterizado por pendientes suaves y ondulares.

### **MAPA COMUNAL**

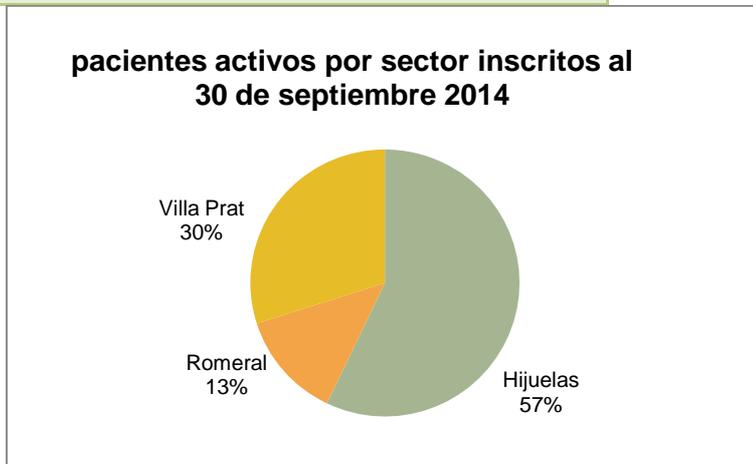


**MAPA TURÍSTICO**



## POBLACIÓN INSCRITA COMUNA DE HIJUELAS

<b>Cantidad de activos por sector inscritos al 30 de Septiembre del 2013</b>	
<b>Hijuelas</b>	<b>9.906</b>
<b>Romeral</b>	<b>2.255</b>
<b>Villa Prat</b>	<b>5.187</b>
<b>TOTAL</b>	<b>17.349</b>



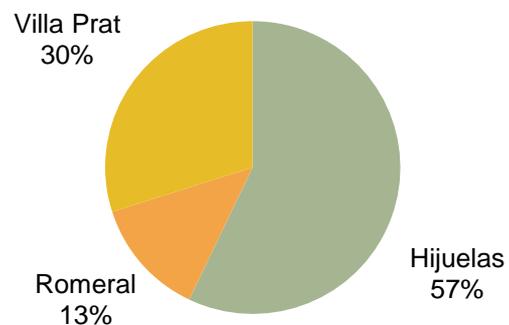
## POBLACIÓN INSCRITA HIJUELAS 2013

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	- 1	12-23	2-5	6-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 Y +
		año	meses	años	años	años	años	años	años	años	años	años	años
HIJUELAS	9.906	132	132	563	493	702	839	846	1.447	1.392	1.414	915	1.030
ROMERAL	2.255	30	30	128	112	160	191	193	330	317	322	208	234
VILLA PRAT	5.187	69	69	295	258	368	439	443	758	729	741	479	859
TOTAL	17.349	231	232	986	863	1.230	1.469	1.482	2.535	2.438	2.477	1.603	1.803

## POBLACIÓN ASIGNADA COMUNA DE HIJUELAS

Cantidad de activos por sector inscritos al 30 de Septiembre del 2013	
Hijuelas	11.046
Romeral	2.515
Villa Prat	5.784

### pacientes activos por sector inscritos al 30 de septiembre 2014



<b>TOTAL</b>	<b>19.345</b>
--------------	---------------

### POBLACIÓN ASIGNADA HIJUELAS 2013

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	- 1	12-23	2-5	6-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 Y +
		año	meses	años									
HIJUELAS	11046	170	164	594	831	881	923	951	1591	1402	1470	1037	1032
ROMERAL	2515	39	39	135	189	201	210	217	362	319	335	236	235
VILLA PRAT	5784	89	89	311	435	461	483	498	833	734	770	543	541
<b>TOTAL</b>	<b>19345</b>	<b>4624</b>	<b>297</b>	<b>1041</b>	<b>1456</b>	<b>1543</b>	<b>1646</b>	<b>1666</b>	<b>2786</b>	<b>2455</b>	<b>2574</b>	<b>1816</b>	<b>1808</b>

### PERCÁPITA:

La siguiente tabla, muestra la variación del per cápita en los últimos años

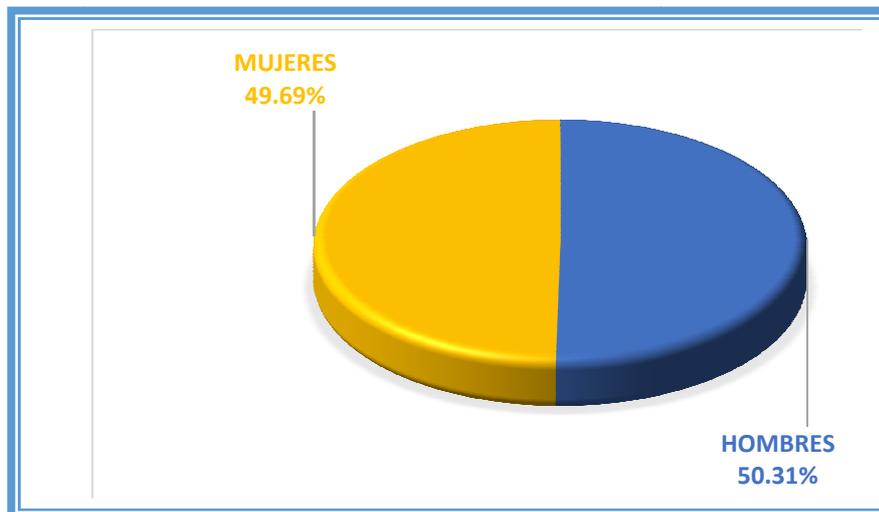
Año	Inscritos	Aporte individual I	TOTAL
<b>2011</b>	<b>15.432</b>	<b>\$ 3.734</b>	<b>\$ 57.633.583</b>
<b>2012</b>	<b>16001</b>	<b>\$ 4.270</b>	<b>\$ 71.926.961</b>
<b>2013</b>	<b>17349</b>	<b>\$4.769</b>	<b>\$ 82.753.667</b>

## **CARACTERIZACIÓN SOCIO - DEMOGRÁFICA**

### **COMUNAL**

La región de Valparaíso tiene una totalidad de 1.539.852 habitantes, de Hijuelas 16.014 habitantes, distribuidos en una extensión territorial de 283,70 km<sup>2</sup> siendo conformada por 9.625 hombres y 9.507 mujeres según CENSO 2012. La población urbana totaliza 8.196 habitantes y la rural 7.818. El índice de masculinidad es de 101,2.

A continuación se muestra un gráfico con la distribución de la población comunal según género.



### **Estratificación comunal por edades.**

El conocimiento de la distribución comunal por edades es fundamental para el desarrollo de políticas tanto educacionales, económico-laborales y de salud pública, ya que según la potencial demanda, es que se van a priorizar y/o diseñar programas de trabajo.

<b>DISTRIBUCIÓN ETÁTERA DE LA COMUNA DE HIJUELAS SEGÚN POBLACIÓN JOVEN, ADULTA Y TERCERA EDAD AÑO 2002</b>				
<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>POB. TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>0 A 19 AÑOS</b>	3001	2812	5813	36.3%
<b>20 A 64 AÑOS</b>	4521	4400	8921	55.7%
<b>65 AÑOS Y MAS</b>	639	641	1280	8.0%
<b>TOTAL</b>	8161	7853	16014	100,0%

Fuente: XVII Censo de Población y VI de Vivienda, INE 2002

## **Evolución**

A partir de la información censal del periodo comprendido entre los años 1952 al 2002, es posible inferir que la comuna de Hijuelas, experimentó un importante aumento de la población a partir del año 1960, de acuerdo a Ana María Errázuriz (Manual de Geografía de Chile, Editorial Andrés Bello, 1992) el aumento es generado por las realizaciones, en materia social, que establecieron la asignación de familiar y el salario mínimo para los campesinos.

Otro elemento determinante en el crecimiento de la población de la comuna es el desarrollo de la primera reforma agraria de 1962, que permitió el acceso del campesinado a la propiedad de la tierra, además de elevar su condición de trabajo. Es importante destacar que el mejoramiento de las condiciones higiénicas permitió una importante disminución de las tasas de

Otro elemento determinante en el crecimiento de la población de la comuna es el desarrollo de la primera reforma agraria de 1962, que permitió el acceso del campesinado a la propiedad de la tierra, además de mortalidad y un aumento en la esperanza de vida.

### **Estructura de la Población: Estructura Urbana - Rural de la Comuna.**

Según los resultados del Censo de Población y Vivienda 2002, en la Comuna de Hijuelas residen 16.014 habitantes, de los cuales, 8.193 se localizan en el área urbana, y 7.821 se encuentran radicados en el área rural.

#### **POBLACION TOTAL COMUNAL, SEGÚN ÁREA URBANA / RURAL**

<b>POBLACION</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>URBANA</b>	8193	51,2%
<b>RURAL</b>	7821	48,8%
<b>TOTAL</b>	16014	100,0%

De acuerdo a la tabla el mayor número de la población, se localiza en el área urbana, representando el 51.16% del total comunal, en cambio, la población Rural representa el 48.84% del total comunal.

El predominio de la población Urbana, de acuerdo a ERRAZURIZ ANA MARIA (Manual de Geografía de Chile, Editorial Andrés Bello, 1992), es producido por la emigración rural-urbano de la componente femenina, que corresponde a jóvenes adultas (15 a 64 años), potencialmente activas. Que migran con el propósito de mejorar las condiciones de vida, ya que en el área rural se manifiesta una falta de oportunidades. Producto de la inequidad de géneros que ha modificado la posición relativa de la mujer en ciertos ámbitos productivos, respecto al hombre. Esta desigualdad está representada en el reducido mercado laboral de las mujeres en el área rural, se debe a la tipología y especificidad de la actividad económica predominante de cultivo, que requiere de la mano de obra masculina. A partir de lo anterior, es necesario promover la

transversalidad en la equidad de género, que consienta la igualdad de oportunidades tendientes a resolver las necesidades prácticas de la mujer. La igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres contribuirá en el desarrollo de los procesos de modernización y democratización del estado.

## **AUTORIDADES COMUNALES**

### **ALCALDESA**



## CONSEJALES

<p><b>Germán Vicencio Vargas</b> CONCEJAL FONO: 82339316 Mail: <a href="mailto:gvicencio@hijuelas.cl">gvicencio@hijuelas.cl</a></p> 	<p><b>Héctor Osorio Lopez</b> CONCEJAL FONO: 76492873 Mail: <a href="mailto:hosorio@hijuelas.cl">hosorio@hijuelas.cl</a></p> 
<p><b>Eloy Tapia Oyanedel</b> CONCEJAL FONO: 82339320 Mail: <a href="mailto:etapia@hijuelas.cl">etapia@hijuelas.cl</a></p> 	<p><b>Romina Basáez Olivares</b> CONCEJAL FONO: 66871168 Mail: <a href="mailto:rbasaez@hijuelas.cl">rbasaez@hijuelas.cl</a></p> 
<p><b>Omar Olivares Seura</b> CONCEJAL FONO: 82339325 Mail: <a href="mailto:oolivares@hijuelas.cl">oolivares@hijuelas.cl</a></p> 	<p><b>Roxana Saavedra Pimentel</b> CONCEJAL FONO: 82339323 Mail: <a href="mailto:rsaavedra@hijuelas.c">rsaavedra@hijuelas.c</a></p> 

## **DIRECCIONES Y CONTACTOS RED DE SALUD COMUNAL:**

### **FONOS**

---

CESFAM HIJUELAS <a href="mailto:consultoriohijuelas@hijuelas.cl">consultoriohijuelas@hijuelas.cl</a>	Manuel Rodriguez 465. Hijuelas	33272564 33272822 33271165
Director Departamento de Salud Carlos Zúñiga Zapata <a href="mailto:czuniga@hijuelas.cl">czuniga@hijuelas.cl</a>	Manuel Rodriguez 465. Hijuelas	332290180
Directora CESFAM Dra. Karen Figueroa López <a href="mailto:kfigueroa@hijuelas.cl">kfigueroa@hijuelas.cl</a>	Manuel Rodriguez 465. Hijuelas	332290103
Posta Rural Villa Prat. Encargado, Sr Luis Bugueño flores	Villa Prat 96 OcoaHijuelas.	32272571
Posta Rural Romeral. Encargado Sr. Luis Arancibia Rivera	Hidráulica s/n Hijuelas	332272505

---

**Declaración de visión y misión:**

**MISIÓN**

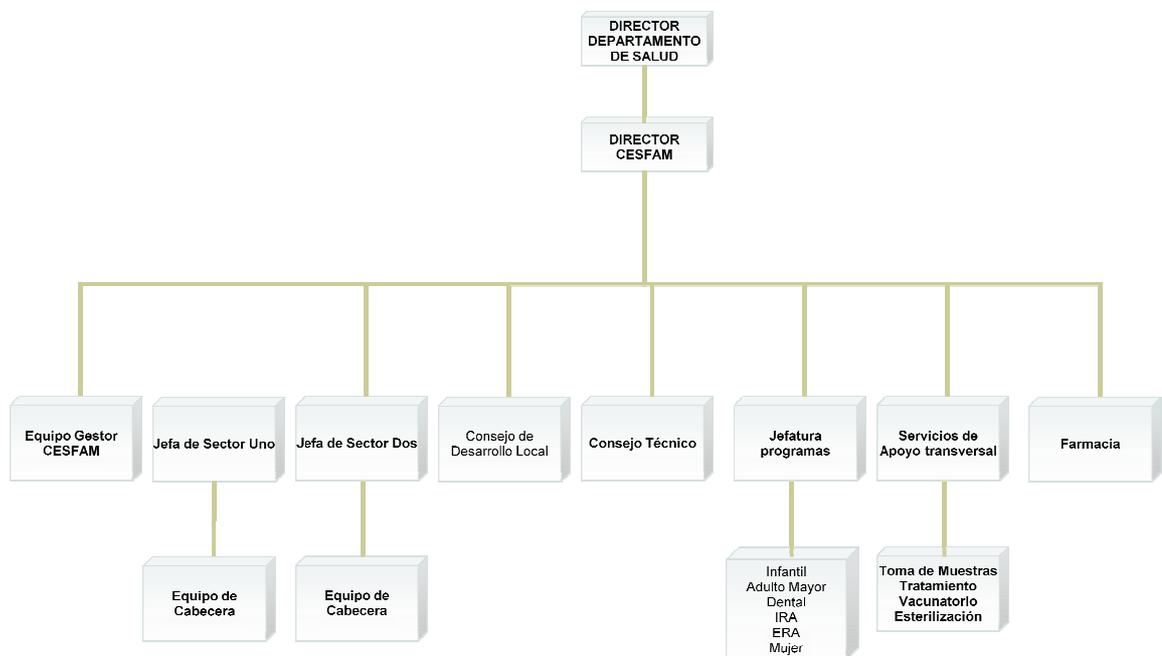
Entregar salud a las familias de Hijuelas con calidad e igualdad a través de un enfoque integral y comunitario

**VISIÓN**

Ser el mejor centro de salud familiar optimizando los recursos, con un equipo de trabajo multidisciplinario, calificado, unido e inserto en la comunidad

## **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL CESFAM**

El siguiente organigrama muestra la estructura de la Dirección Comunal de Salud, sus directivos, y equipos que lo conforman, para lograr dar una buena atención de salud a la comunidad de Hijuelas



## **EQUIPO DE CABECERA**

Para dar cumplimiento al modelo de salud familiar, cada sector trabaja en base a equipos de cabecera, los que están conformados de la siguiente forma:

- **Médico**
- **Enfermera**
- **Paramédico**
- **Nutricionista**
- **Psicólogo**
- **Asistente social**
- **Nutricionista**
- **Kinesiólogo**
- **Matrona**
- **Odontólogo**
- **Administrativo**

### **Programas y unidades de apoyo transversal:**

- Programa de salud mental.
- Sala de Rehabilitación de base comunitaria
- Programa medioambiental
- Programa de seguimiento médico, IRA y ERA

### **PROGRAMAS EN CURSO**

Tenemos implementados los siguientes programas y convenios para el beneficio de nuestros usuarios:

- Programa Cardiovascular
- Programa Cuidado Paciente postrados
- Programa de control y tratamiento Enfermedades Crónicas
- Programa Odontológico Familiar
- Programa Odontológico Adulto
- Programa Odontológico Mujeres y Hombres Escasos Recursos
- Programa Altas Integrales Odontológicas
- Programa Prevención Cáncer Cervico Uterino
- Programa Desarrollo Bio sicosocial
- Programa IRA y Era
- Programa Resolución de Especialidades
- Programa Promoción de Salud

- Programa Salud Mental
- Programa de rehabilitación Comunitaria

### **Convenios resolutividad:**

Los siguientes convenios están vigentes para la resolución de las necesidades de nuestros usuarios

- atención oftalmológica y entrega de lentes.
- Atención de otorrinolaringólogo y entrega de audífonos.
- Convenio de mamografías y ecotomografías mamarias.
- Convenio de ecotomografías abdominal.
- Atención dermatológica y cirugías menores
- Programa complementario de exámenes de laboratorio.
- Rx caderas

### **CONVENIOS:**

Convenio de ejecución programa de apoyo al desarrollo Bio - psicosocial en las redes asistenciales

Convenio apoyo a la gestión fármacos

Programa odontológico integral

Programa odontológico del adulto

Programa odontológico familiar

Convenio programa GES preventivo en salud bucal en la población preescolar en atención primaria de salud

Convenio Programa de imágenes diagnosticas en APS

Convenio programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa

---

Convenio promoción de salud.

Convenio programa de rehabilitación integral en la red de salud

Convenio programa apoyo de la gestión a nivel local en atención primaria (Refuerzo consultorios continuidad de la atención).

Convenio programa resolutiveidad en APS

Convenio programa de atención integral de salud mental en APS

Convenio programa de atención de urgencia en Consultorios Generales Rurales

convenio programa ERA

---

### **Convenio universidades, institutos y centro de formación técnica:**

A través de los estudiantes e internos, hemos podido contar con más recurso humano. El trabajo mancomunado con los profesionales locales, no tan sólo ha permitido la resolutiveidad de la contingencia diaria , sino también ha permitido el trabajo intersectorial con la comunidad escolar, apoderados, y con el entorno familiar y social de los pacientes que más requieren de nuestra ayuda.

Se ha trabajado en temáticas de obesidad infantil, violencia intrafamiliar, salud dental, promoción de salud, alimentación saludable, estilo de vida saludable, tabaquismo, temáticas de salud mental, cuidados de los cuidadores de pacientes postrados, entre otros.

Los convenios actualmente vigentes abarcan alumnos e internos de las siguientes carreras:

- Medicina

- Nutrición
- Obstetricia
- Odontología
- Enfermería
- Psicología
- técnicos en nivel superior de enfermería

Las siguientes instituciones: cuentan con convenios actuales:

- Universidad Finis Terrae.
- Universidad de Viña del mar
- Universidad de las Américas
- Universidad e Instituto Santo Tomás
- Universidad de Aconcagua

Además recibimos alumnos de las siguientes entidades:

- DUOC
- INACAP
- AIEP
- Liceo de Limache

## **PROYECTOS**

### **Proyectos en Ejecución:**

1. Construcción Centro de Salud Familiar en sector de OCOA: fondo FNDR por \$ 1.544.954.000 , con una superficie de 969 metros cuadrados, Incluye obras civiles, asesoría especializada, equipos y equipamiento. beneficiará a 5.000 personas y permitirá la efectiva sectorización y aplicación del modelo de salud familiar.

2. Construcción Posta salud rural de Romeral: fondo FNDR por \$276.301.000. incluye obras civiles, consultoría, equipos y equipamiento. Una superficie de 270 m2. Beneficiará una población aproximada de 2.100 usuarios.
3. Sala de estimulación: se trasladará desde su ubicación actual, área piscina municipal a dependencias del Cesfam Hijuelas.

### **Proyectos presentados:**

#### **Fondo: CIRC 33**

1. Adquisición Mini bus Consultorio de Salud, Monto a solicitar: \$ 20.110.000

### **Mejoras en infraestructura año 2014:**

- Cambio bodega de entrada: lo que permite mejorar el acceso a los estacionamientos
- Techumbre maquinas de ejercicios: permite realización de actividad física al aire libre, evitando las inclemencias climáticas.
- Bodega de leche y farmacia: se adquieren dos containers lo que permitirá ordenar los insumos farmacológicos y la bodega de lecha, centralizando el despacho y pudiendo llevar un mejor control del stock vigente.
- Patio de juegos: se realiza el hermoseamiento y habilitación del patio de juegos para niños, lo que permite un entorno más agradable a los pequeños en la sala de espera

- Habilitación de calle de entrada a Cesfam: se extraen las rejas exteriores y se realiza ampliación de estacionamientos, lo que permitirá mejorar accesos y salidas especialmente de vehículos de emergencia.
- Ampliación Estacionamiento. Se realiza en conjunto con la mejora en los accesos una ampliación de los estacionamientos , para dar capacidad a vehículos tanto del personal de salud como de los usuarios del Cesfam
- Mejoramiento estructural en sala de espera: construcción de techumbre sala de rehabilitación ( en diseño)
- Reparación del piso de sala de rehabilitación.
- Arreglo de infraestructura de tratamiento y esterilización

## **EQUIPAMIENTO:**

- Adquisición de nuevos insumos para sala de esterilización, tales como incubadora e indicadores biológicos que permitirán cumplir con normas de calidad en esterilización.
- Implementación de sistema telefónico en todas las salas de atención del CESFAM y en línea con la Ilustre municipalidad de Hijuelas.
- Adquisición de reanimadores automáticos para servicio de urgencia rural.

## **Recurso humano**

- Contratación de nuevos profesionales, en las distintas categorías de la APS tales como médicos, odontólogos, enfermera, parvularia, arquitecto, técnicos Paramédicos y administrativos.
- Capacitaciones a los funcionarios para el desafío de implementar el nuevo modelo de Salud Familiar.
- Capacitación a los encargados de la sala de esterilización en métodos de esterilización de material de uso clínico en curaciones, odontología y obstetricia, dicha actualización se enfoca a los procesos a seguir
- Capacitación al personal sobre trato al usuario.
- Capacitación a paramédicos y médicos en reanimación cardiopulmonar básica, avanzada y el uso del desfibrilador automático

## **PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO:**

Chile Crece Contigo es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.

Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición, pre kinder o primera infancia (alrededor de los 4 o 5 años de edad).

En el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a, es que Chile Crece Contigo consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas.

De esta manera, a un mismo niño o niña se le estará brindando apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: salud,

educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su entorno, entre otros. Esto es lo que se llama integralidad de la protección social.

### ***Sesiones Educativas del Programa Chile Crece Contigo***

Las Sesiones Educativas se realizarán 4 mensualmente los días martes, miércoles y jueves de la primera semana de cada mes y el día miércoles de la segunda semana de cada mes, desde las 16:00hrs a las 17:30hrs en el casino del CESFAM.

La citación a la gestante será entregada por la Matrona durante el según control prenatal y posteriormente durante la Sesión Educativa las siguientes citaciones serán anotadas en Agenda Salud de la Mujer de cada gestante, la sección de talleres grupales.

Los contenidos entregados a las gestantes y a sus acompañantes son los siguientes:

#### **Primera Sesión Educativa: 16 a 18 semanas de gestación**

“Iniciando a las madres en el conocimiento de la gestación y el parto como un evento normal”.

Profesionales participantes:

#### ❖ Matrona

- Cambios físicos y psicológicos de la gestación
- Estimulación prenatal

#### ❖ Asistente Social

- Beneficios legales de la gestante

#### ❖ Ingeniero Ambiental

- Cuidados medioambientales durante la gestación

Entrega de Tríptico: Programa de Apoyo al Recién Nacido

## Nuevo Postnatal

### **Segunda Sesión Educativa:** 22–23 semanas de gestación

“Reforzando estilos de vida saludable y cuidados de la gestación”.

Profesionales participantes:

- ❖ Nutricionista: Alimentación saludable durante la gestación
  
- ❖ Dental : Cuidados odontológicos durante la Gestación
  
- ❖ Matrona: Apego madre-padre-hijo

Entrega de Cartilla para el apoyo en la crianza y desarrollo de niños y niñas: Ape Porteo y uso del portabebé, Consuelo efectivo del llanto

### **Tercera Sesión Educativa:** 27 a 28 semanas de gestación.

“Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto”.

Profesionales participantes:

- ❖ Matrona
  - Tipos de parto y periodos del parto
  - Signos y síntomas del trabajo de parto
  - Rol del padre en el trabajo de parto
  
- ❖ Kinesiología
  - Ejercicios de respiración y de balón
  - Ejercicios perineales

- Ejercicios de relajación

**Cuarta Sesión Educativa:** 32–33 semanas de gestación.  
“Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido y del puerperio”.

Profesionales participantes:

❖ **Matrona**

- Orientación sobre el puerperio
- Cuidados del RN
- Técnica de lactancia

❖ **Nutricionista**

- Importancia de la lactancia materna

❖ **Kinesiología**

- Ejercicios de respiración y de balón
- Ejercicios perineales
- Ejercicios de relajación

Entrega de Cartilla para el apoyo en la crianza y desarrollo de niños y niñas: Lactancia materna, Extracción de leche

**Quinta sesión Educativa:** 36 semanas de gestación.

“Reconociendo el lugar del parto y nacimiento, a través de visita guiada a la maternidad”

La gestante se deberá presentar en el Hospital de La Calera un día viernes a las 15:00hrs. En el caso de que la gestante esté en Alto Riesgo Obstétrico se deberá presentar en Hospital San Martín de QTA según calendario de establecimiento. En ambos Centros de Salud será recibida por la Matrona encargada del Programa Chile Crece Contigo.

### **Control Diada o Triada**

Los controles de diadas se efectuarán a todo recién nacido, perteneciente a Hijuelas, Villa Prat, Hidráulica y Sombra, entre los primeros 10 días de vida postparto de acuerdo al “Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo” año 2008, Capítulo XIII “Atención Integral Durante el Postparto” y El “Catálogo de Prestaciones” año 2010, Capítulo IV “Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña”. Para esto, se ha determinado 2 horas por día, de lunes a Jueves de 11:30 a 12:30hrs.

En donde se realizará:

- Examen físico de la puérpera
- Examen físico del recién nacido
- Consejería de Regulación de Fecundidad
- Educación sobre cuidados personales de la puérpera
- Educación sobre cuidados de recién nacido
- Educación sobre técnica de lactancia
- Escala de Edimburgo
- SCORE
- Pauta de detección de Riesgo Biopsicosocial (PRB) para ingreso a modalidades de apoyo al desarrollo infantil
- Derivación del niño/a junto con su cuidador a Sala de Estimulación
- Certificado de Asignación Familiar, cuando corresponda
- Licencia postnatal, cuando corresponda

- Entrega del set de estimulación “Acompañándote a Descubrir I”
- Entrega de Cartilla para el apoyo en la crianza y desarrollo de niños y niñas: El Sueño y Masajes

Finalizado el control, la mujer quedará citada para Regulación de Fecundidad o Control Ginecológico con Matrona y el recién nacido quedará citado a Control de Niño Sano con Enfermera y a Sala de Estimulación con Parvularia encargada de esta.

En el caso que el recién nacido no asista a primer control dentro de los 10 a 12 días, será entregada citación para control con Enfermera de su sector y la madre quedará citada a control de Puérpera.

### **Taller Nadie es Perfecto**

Permite fomentar las habilidades de crianza en padres, madres y cuidadoras(es) de niños/as de 0 a 5 años. En donde se realizan encuentros grupales o asesorías personales, dirigidos a compartir experiencias de crianza en familia, aprender de otros y recibir orientaciones en problemas frecuentes para fortalecer el desarrollo de niños y niñas. El taller es realizado por un profesional entrenado como Facilitador.

Se realizarán 2 talleres por facilitador durante el primer semestre y 2 talleres por facilitador durante el segundo semestre.

### **Reuniones**

Las reuniones del Equipo de Salud con ambos sectores se realizan mensualmente y las extendidas bimensualmente el último día hábil del mes. En estas reuniones se tratan temáticas relacionados con coordinación, metas y derivación. Desde noviembre 2014 se comenzarán a trabajar estudios de casos, con el fin de poder entregar una atención integral y que el equipo de trabajo tenga una visión holística sobre el usuario y su familia. Estas, para el año 2015 se realizarán con la misma continuidad.



[Escribir texto]

**Actividades Año 2014**

**Ingreso de Embarazo**

<i>Hijuelas</i>	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Total
<b>Gestantes ingresadas</b>	11	16	8	10	9	17	13	10	3	12	109
<b>Ingreso ≤ 14 semanas</b>	9	12	6	9	9	15	12	9	2	10	93

<i>Romeral</i>	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Total
<b>Gestantes ingresadas</b>	2	2	2	4	0	2	2	0	1	3	18
<b>Ingreso ≤ 14 semanas</b>	1	2	1	4	0	2	2	0	1	3	16

<b>Villa Prat</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Total</b>
<b>Gestantes ingresadas</b>	10	3	1	13	6	2	5	2	8	5	55
<b>Ingreso ≤ 14 semanas</b>	10	3	1	5	6	2	5	2	8	4	46

<b>Secto I y II</b>	<b>Enero</b>	<b>Febrero</b>	<b>Marzo</b>	<b>Abril</b>	<b>Mayo</b>	<b>Junio</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Total</b>
<b>Gestantes ingresadas</b>	23	21	11	27	15	21	20	12	12	20	182

### **Ingreso a Sesiones Educativas CHCC**

#### **Enero 2014 - Abril 2014**

Sector	
Hijuelas	80
Villa Prat	30
Romeral	8
Total	118

#### **Ingreso por mes a Sesiones Educativas CHCC año 2013**

Mes	Hijuelas	Villa Prat	Romeral	Total mes
Enero	10	4	1	15
Febrero	10	2	0	12
Marzo	11	4	2	17
Abril	8	5	0	13
Mayo	11	4	1	16
Junio	3	2	1	6
Julio	2	3	0	5
Agosto	13	1	0	14
Septiembre	4	0	2	6

Octubre	5	2	1	8
Noviembre	3	3	0	6
Diciembre				
Total Anual	80	30	8	118

**indicadores del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial 2014**

**Indicadores de inversión PADBP**

°	NOMBRE DE INDICADOR	DEFINICIÓN DE DATOS (NUMERADOR/DENOMINADOR)	META 2014	Ponderación	Hijuelas		Romeral		Villa Prat	
					TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
1	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a	Número de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a gestantes en riesgo según EPsA aplicada en el primer control prenatal	1,5%	15,0%	57	172.7%	8	133.3%	7	100.0%

	familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPsA.	Número de gestantes con riesgo al ingreso a control prenatal según EPsA			<b>33</b>		<b>6</b>		<b>7</b>	
<b>2</b>	% de gestantes con riesgo según EPsA aplicado al ingreso a control prenatal que están bajo control bajo control en el período y que recibieron 2 o más Visitas Domiciliarias Integrales	Número gestantes con riesgo según EPsA aplicado al ingreso a control prenatal que están bajo control en el período y que recibieron 2 o más Visitas Domiciliarias Integrales	20,0%	10,0%	<b>3</b>	<b>1.4%</b>	<b>2</b>	<b>6.1%</b>	<b>8</b>	<b>24.2%</b>
		Número de gestantes con riesgo según EPsA aplicado al ingreso a control prenatal que están bajo control en el período			<b>217</b>		<b>33</b>		<b>33</b>	
<b>3</b>	% de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido(a)	Número de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido(a)	70,0%	15,0%	<b>70</b>	<b>72.2%</b>	<b>18</b>	<b>72.0%</b>	<b>34</b>	<b>73.9%</b>
		Número de recién nacidos ingresada a control			<b>97</b>		<b>25</b>		<b>46</b>	
	% de madres, padres o	Madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 6 años que	Ju n.: 2,5%	5,0%	<b>5</b>	<b>0,0%</b>	<b>7</b>			

4	cuidadores(as) de niños(as) menores 6 años que ingresa a talleres Nadie es Perfecto en relación a población bajo control niños(as) menores 6 años	ingresa a talleres Nadie es Perfecto	Dic.: 5,0%							
		Población bajo control de niños(as) menores de 6 años				0				
5	Promedio de asistencia a talleres Nadie es Perfecto cerrados a la fecha de corte correspondiente a facilitadores vigentes a la fecha de corte	Suma de asistentes a sesiones de talleres cerrados de Nadie es Perfecto de facilitadores vigentes a la fecha de corte	6,0%	5,0%	10	166.7%	42	700.0%		
		Número de sesiones de talleres Nadie es Perfecto cerrados realizados por facilitadores vigentes a la fecha de corte			6		6			
6	Promedio de talleres Nadie es Perfecto iniciados por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Número de talleres Nadie es Perfecto iniciado por facilitadores vigentes a la fecha de corte	Jun: 1,7	5,0%	2	0,0	1	0.3%		
		Número de facilitadores Nadie es Perfecto vigentes a la fecha de corte	Dic: 3,4		1		3			

7	Promedio de sesiones de talleres Nadie es Perfecto cerrados a la fecha de corte	Número de sesiones Nadie es Perfecto realizadas de talleres cerrados a la fecha de corte	6,0	5,0%	0	0,0	1	1.0%		
		Número de talleres Nadie es Perfecto cerrados a la fecha de corte			0		1			
8	Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación	Nro.niños(as) con resultado de déficit desarrollo psicomotor en primera evaluación, ingresados a sala estimulación	90,0%	20,0%	5	62.5%	4	100%	15	107.1%
		Número de niños(as) con resultado de déficit en EEDP y TEPSi en la primera evaluación			8		4		14	
9	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor	Nro.Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias niños(as) con resultado déficit desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSi	1,5	20,0%	11	1,4%	3	0.8%	14	1.0%
		Número de niños(as) con resultado de déficit en EEDP y TEPSi en la primera evaluación			8		4		14	

según EEDP y TEPSi							
--------------------	--	--	--	--	--	--	--

### Indicadores de contexto PADBP

o	NOMBRE DE INDICADOR	DEFINICIÓN DE DATOS (NUMERADOR/DENOMINADOR)	M ETA 2014	Ponde ración	Hijuelas		Romeral		Villa Prat	
					TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
1	% de controles de salud entregados a niños(as) menores de 1 año en los que participa el padre.	Número de controles de salud entregados a niños(as) menores de 1 año en los que participa el padre.	20,0%	20,0%	205	23.7%	40	23.1%	58	17.0%
		Número de controles de salud entregados a niños(as) menores de 1 año			864		173		341	

2	Porcentaje de controles de salud entregados a niños(as) mayores de 1 año y menores de 5 en los que participa el padre.	Número de controles de salud entregados a niños(as) mayores de 1 año y menores de 5 los que participa el padre.			<b>90</b>	<b>13,1%</b>	<b>13</b>	<b>14,8%</b>	<b>42</b>	<b>10.7%</b>
		Número de controles de salud entregados a niños(as) mayores de 1 año y menores de 5 años	12,0%	15,0%	<b>688</b>		<b>88</b>		<b>393</b>	
3	Porcentaje de niños(as) con rezago derivados a modalidad de estimulación	Número de niños(as) con rezago derivados a modalidad de estimulación			<b>17</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>115.4%</b>
		Número de niños(as) con resultado de rezago en EEDP y TEPSi en la primera evaluación	80,0%	40,0%	<b>17</b>		<b>1</b>		<b>13</b>	
4	Porcentaje de niños(as) de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM reevaluados y recuperados	Número niños(as) de 7 a 11 con resultado 'Normal' (sin rezago) en reevaluación y que en la primera aplicación tuvieron resultado de rezago, riesgo o retraso.	80,0%	25,0%	<b>6</b>	<b>100.0%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>
		Número de niños(as) de 7 a 11 meses reevaluados.			<b>6</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD EN HIJUELAS.**

Los determinantes más importantes de la salud de la población son los estilos de vida y el ambiente físico y social; por lo tanto, desarrollar iniciativas que apunten hacia la promoción de la salud que aborden dichos determinantes, son fundamentales para lograr mejoras significativas, sostenidas y equitativas en el estado de salud de las personas.

En Chile, en la actualidad, potenciar acciones de Promoción de Salud, desarrollando entornos saludables y hábitos y/o estilos de vida saludable, forma parte de la Estrategia Nacional de Salud, trazada para la década 2011 – 2020, a través del objetivo estratégico N° 3. El objetivo N° 3 se refiere a factores de riesgo vinculados a la meta de “salud óptima”, cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población asociados a estilos de vida saludable. A su vez, el programa contribuirá indirectamente al cumplimiento de metas vinculadas al objetivo N° 4 en lo que respecta a mejorar la salud de las personas a través del curso de vida, al objetivo N° 5 referido a la reducción de inequidades en salud y al objetivo N° 7, que se relaciona con fortalecimiento de la institucionalidad del sector salud, incrementando la gobernanza y participación, entre otras acciones.

Estos desafíos sanitarios proponen a las políticas públicas de salud el objetivo de reducir los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, conducta sexual y consumo de drogas ilícitas. Dichas metas implican incrementar los estilos de vida saludables y crear entornos saludables abordando la meta de salud óptima, que involucra aumentar los factores protectores para la salud de las personas.

La promoción de la salud es una estrategia a largo plazo que tiene una amplia concepción de la salud, reafirma el papel que ésta juega en el desarrollo de las sociedades y la asume como un bien social que debe ser construida con la participación de todos los sectores. Es por ello que se destaca los desarrollos operacionales que trascienden el sector salud y enfatiza la formulación de políticas públicas que sustenten la creación de opciones saludables para la población.

Las áreas objetos de la promoción de la salud son los ambientes, los comportamientos y estilos de vida y los servicios de salud. Enfatiza las acciones a nivel local, prioriza el enfoque de municipios saludables como un modelo que permite analizar el desarrollo de la promoción de la salud, con base en el fortalecimiento de la participación social.

El desarrollo económico no asegura el logro de los objetivos de la salud; por el contrario, es posible reconocer hoy problemas de Salud asociados al desarrollo económico. Por lo tanto, el Sector Salud debe construir una interpretación diferente de los fenómenos de Salud y enfermedad, considerando las variables sociales, económicas, culturales y

ambientales que influyen sobre ellos, en un análisis más amplio y profundo. En este sentido, la promoción pone énfasis en la Salud, no en la Enfermedad.

**Los actores que intervienen en la Promoción de la Salud son:**

El sector Salud, municipios y otros sectores sociales.
El sector privado y solidario ligado a la Salud.
Organizaciones territoriales y funcionales.
Persona, familias y comunidades.
Equipos de Salud.

**OBJETIVOS DE LA PROMOCION DE SALUD EN**

**HIJUELAS**

- Contribuir al fortalecimiento de una Cultura de la Salud en la Comuna de Hijuelas, sustentada en ambientes saludables y en estilos de vida que favorezcan la Salud.
- Identificar y priorizar a nivel local, áreas problemas susceptibles de ser incluidas por la estrategias de la Promoción en Salud.
- Impulsar el desarrollo social con base en principios de equidad y derechos de la comunidad a la Salud y Bienestar.
- Impulsar el desarrollo y consolidación de la comuna y comunidades saludables para materializar las acciones de Promoción de la Salud.
- Fortalecer el trabajo intersectorial para la calidad de vida y promoción de la salud de los habitantes de la comuna.
- Fortalecer la participación de las personas, familias y comunidades en instancias que promuevan la salud.
- Promover la autorresponsabilidad de las personas, familias y comunidad en el autocuidado de su salud y del medio ambiente.

## **ESTRATEGIAS DE LA PROMOCIÓN DE SALUD EN HIJUELAS**

Para lograr los cambios en Salud, la promoción identifica las siguientes estrategias a nivel local:

- Fomentar la formulación de Políticas Públicas saludable en distintas áreas del bienestar para proteger, fomentar y mejorar la Salud.
- Diseñar actividades de comunicación social para orientar a la comunidad en la creación de ambientes, comportamiento y estilos de vida saludables, a través de los medios de comunicación social y del intercambio recíproco de saberes.
- Fomentar los procesos que promueven las acciones educativas que incrementan las capacidades y recursos de la comunidad para defender y mejorar su Salud.
- Propiciar la recopilación, difusión e intercambio de información sobre política, planes y programas, metodología y experiencias concretas en proyectos interdisciplinarios y en el desarrollo de Municipios y Comunidades Saludables.
- Apoyar estudios e investigaciones cuyos resultados tengan aplicación inmediata en el perfeccionamiento, ejecución y evaluación de planes y programas de promoción y prevención.
- Estimular, a través de la Participación Social, la acción Comunitaria y la intervención ciudadana, en la búsqueda de la salud como bien colectivo.
- Estimular programas intersectoriales de promoción de la Salud y movilizar recursos que apoyen la promoción de la salud.

## **METAS EN PROMOCIÓN DE SALUD EN HIJUELAS**

La Comuna de Hijuelas ha tomado como suya la propuesta de hacer de ésta una comuna más saludable, lo cual implica que sus organizaciones locales, autoridades y ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y bienestar de todos los habitantes de la Comuna. En este aspecto se otorga especial atención a las estrategias dirigidas al desarrollo en salud, en el marco de las decisiones de la comuna y del gobierno local, lo que implica una propuesta en las acciones de salud donde se potencian e integran los diferentes actores, de lo cual se desprende:

- Compromiso y participación de autoridades locales con la promoción y calidad de vida de la comuna.
- Se han destinado recursos económicos para apoyar el trabajo.

## **PLAN COMUNAL DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LA COMUNA DE HIJUELAS**

Se han generado y optimizado las estructuras organizacionales y se ha renegociado y redefinido roles en torno a tareas específicas, como el departamento de salud comunitaria y familiar, equipos gestores del CESFAM y equipos de promoción de cada establecimiento.

Mediante el diagnóstico participativo (Pladeco 2007-2012; el actual está desarrollo aún), esta población manifiesta diversas inquietudes y necesidades, algunas ya implementadas y otras en vías de serlo, destacándose las siguientes:

- aumentar espacios deportivos y actividades deportivas que disminuyan el sedentarismo.
- desarrollo de actividades culturales.
- aumentar programas de charlas en temas de salud.
- educar en temas de limpieza y eliminación de basura.
- capacitar en materia agrícola, entre otros.

El trabajo con deportes y educación, se ha estado logrando motivar a los niños y adolescentes a la práctica de actividad física por medio del deporte. Además, en el componente de alimentación saludable, se han realizado actividades prácticas con buena recepción e impacto en los niños. También se llevó a cabo teatro foro, con la temática de alimentación saludable, educando de forma lúdica a los niños de enseñanza básica. Durante este año, se logró integrar al equipo de trabajo intersectorial el área de Medioambiente y Sala de Rehabilitación, aumentando la oferta de servicios en la Ferias Saludables, lo cual tuvo muy buena acogida por la población, resultando exitosas dichas actividades masivas. Cabe destacar que en todas las actividades realizadas, el componente de Alimentación Saludable estuvo presente, entregándose frutas, agua, folletos educativos, charlas y resolución inmediata de dudas espontáneas.

Para este año, a través de la nueva mesa intersectorial (Educación, Medioambiente, Sala de Rehabilitación, Deportes, Prodesal, Salud Mental y Cesfam propiamente tal) se trazaron lineamientos de acuerdo a la realidad local actual. En el área de Salud Mental, en la comuna de Hijuelas, existe una población en riesgo de contraer patologías asociadas al deterioro en los estados de ánimo, por diversas causas; relacionadas al aislamiento, inhibición, abandono, entre otras. Existiendo la necesidad de promover las relaciones con las personas, a través de algunos espacios de comunicación y trabajo (Programa de Salud Mental). Por lo que un lugar que albergue grupos en actividades relacionadas con la naturaleza permite minimizar el riesgo de caer en estados depresivos que anulan al individuo.

La formación de un “Huerto Comunitario”, posibilita y da oportunidad a que profesionales del área de Salud desempeñen labores en este sentido. Establecer cambios en los estilos de vida y en las rutinas con el objetivo de

mantener a los usuarios activos, realizando actividades significativas con el fin de promover el desarrollo cognitivo, físico y social, esta últimas de gran importancia debido al impacto que genera en las personas la participación social y sentirse perteneciente a un grupo, lo cual influirá de forma positiva en la autoestima, lo que favorecerá directamente el estado de salud de los participantes (Macarena Azócar, Sala de Rehabilitación).

En la temática de Medioambiente, a través de encuestas realizadas a la comunidad y trabajo de terreno, se ha podido constatar la poca información existente en la comunidad acerca del manejo adecuado y reducción de residuos, esto se ve reflejado en la proliferación de micro-basurales y basurales clandestinos, diseminados en diferentes puntos de la comuna. La inexistencia de un manejo adecuado de los residuos sugiere la necesidad de educar a la comunidad en este tema. Es posible lograr la reducción de residuos por medio de educación ambiental (talleres). Así mismo, promover el valor ambiental y cultural del territorio de hijuelas permitirá mantener las condiciones ambientales existentes por más tiempo, reduciendo las externalidades negativas causadas por la falta de información (Yerko Garrido, Medioambiente).

En la temática de Malnutrición por exceso (alimentación saludable), tras una evaluación antropométrica a la Escuela Adriana Riquelme, pudimos obtener una muestra de la prevalencia de malnutrición por exceso en los escolares de nuestra comuna. Dichos resultados fueron: 1°Básico 20% de Obesidad y 20% de Sobrepeso. Resultados nacionales arrojan que al momento de ingresar al colegio, la prevalencia de obesidad es de un 23,2% aproximadamente. Coincidiendo estadística local con la nacional. de 2° a 4° Básico, un 29,5% de sobrepeso; de 5° a 7° Básico un 18.6% de obesidad y 8° Básico 23,1%, superando en 5% el promedio a nivel país. Siendo esencial continuar con nuestra labor de intervención en el componente de alimentación saludable y actividad física (Fernanda Figueroa, Nutricionista).

No se cuenta con una cifra de prevalencia en cuanto al consumo de tabaco, pero siempre será un componente a trabajar, principalmente en edades tempranas (ciclo básico completo) incorporando metodologías educativas innovadoras.

## ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD AÑO 2014

En el contexto de Promoción de Salud en la atención primaria y el Programa Comunal de Promoción de Salud, es que se lograron realizar diversas actividades en distintos ámbitos y entornos. Se presentan a continuación:

MES	ÁMBITO	ENTORNO	ACTIVIDAD
Marzo	Alimentación Saludable	Comunal, Educacional, Laboral	Abogacía con autoridades locales para generar compromisos en el ámbito de alimentación saludable.
			Elaboración y ejecución de un plan de trabajo conjunto Intersectorial vinculado a la alimentación saludable.
	Actividad Física		Abogacía y generación de compromisos con las autoridades locales en actividad física.
			Elaboración y ejecución de un plan de trabajo conjunto Intersectorial vinculado a la actividad física.
Vida Libre de Humo de Tabaco	Abogacía y generación de compromisos con las autoridades locales en vida libre del humo de tabaco.		
Abril - Mayo	AS, AF, VLHT		Gestión con diversas entidades, autoridades, intersector, etc. Para definición de fechas y logística de las actividades a realizarse durante el año.
Junio	Alimentación Saludable	Educacional	Derivación de niños con malnutrición por exceso en conjunto con sus padres, a la APS. Escuela Mónica Hurtado.
	Actividad Física	Comunal	Mejoramiento de Plazas Saludables instaladas por el programa. Techo y loza. Talleres vecinales de actividad física, de baile entretenido, etc. segmentada por grupos etarios y con enfoque de equidad de género.
		Educacional	Taller deportivo de básquetbol. Liceo Luis Laborda.
Julio	Actividad	Comunal	Talleres de actividad física en

	Física	, Educativa	la Febre y Hualcapo, taller deportivo Liceo Luis Laborda.
Agosto	Alimentación Saludable	Comunal	Talleres educativos y/o prácticos sobre guías alimentarias y etiquetado nutricional de alimentos, dirigidos a organizaciones sociales. Unco Hijuelas Centro.
			Construcción invernadero en CESFAM.
	Educativa		Elaboración e implementación de estandarización de colaciones saludables.
			Teatro educativo escuelas sector Ocoa.
	Actividad Física	Comunal, Educativa	Talleres de actividad física en la Febre y Hualcapo, taller deportivo Liceo Luis Laborda.
Vida Libre de Humo de Tabaco	Educativa	Difundir el concurso "Me Gusta No Fumar" a todos los colegios de la comuna.	
Septiembre	Alimentación Saludable	Comunal	Difundir las Guías Alimentarias para la población chilena y el etiquetado nutricional, en la población, a través de boletines informativos creados en el CESFAM.
		Laboral	Promover la distribución periódica, durante las jornadas laborales de colaciones saludables tales como frutas y agua. Entregando frutas a los funcionarios.
	Actividad Física	Comunal, Educativa	Talleres de actividad física en la Febre y Hualcapo, taller deportivo Liceo Luis Laborda.
	Vida Libre de Humo de Tabaco	Educativa	Inscripción de cursos al concurso "Me gusta no fumar" y asesoría en el mismo. 3 cursos en la comuna: 2 de Liceo Luis Laborda y 1 de Escuela Mónica Hurtado.
Octubre	Alimentación Saludable	Comunal	Feria Saludable en parque Los Naranjos.
		Educativa	Teatro educativo en colegios de Hijuelas Centro.
			Teatro educativo en salas cunas de la comuna. Celebrando el Día de la Alimentación.
Actividad	Comunal,	Talleres de actividad física en	

	Física	Educacional	la Febre y Hualcapo, taller deportivo Liceo Luis Laborda.
	Vida Libre de Humo de Tabaco	Comunal, Educacional y Laboral.	Adquisición de set de pulmones educativos para ser usados en talleres, ferias saludables, etc.
		Educacional	Talleres demostrativos a cursos participantes del concurso "Me Gusta No Fumar"
Noviembre	Alimentación Saludable	Comunal	Charla alimentación saludable a Unco de Ocoa.
			Charla alimentación saludable a menores de 0 a 3 años de edad.
	Actividad Física	Comunal, Educacional	Talleres de actividad física en la Febre y Hualcapo, taller deportivo Liceo Luis Laborda.
		Comunal	Encuentro de Zumba, Feria Saludable y Día de la Alimentación Saludable a través de obra de teatro, stand de todas las áreas de la salud, entrega de agua y fruta.
		Educacional	Encuentro deportivo de hándbol, fútbol y volleyball.
Vida Libre de Humo de Tabaco	Comunal	Celebración Día Sin Fumar.	
Diciembre	Alimentación Saludable	Comunal	Obra de teatro en sector Ocoa, temática Alimentación Saludable.
		Comunal	Taller práctico con Unco Hijuelas y Ocoa con recetario saludable para ser replicado en sus juntas de vecinos.
		Educacional	Construcción invernadero en Escuela Ana Jesús Ibacache.
	Reunión con dueños de kioscos de los establecimientos educacionales municipalizados.		
Vida Libre de Humo de Tabaco	Educacional	Entrega premio a curso mejor evaluado de la comuna en concurso "Me Gusta No Fumar".	

## **PROYECCIONES 2015 EN PROMOCIÓN DE SALUD**

- Integrar al menos a una empresa de la comuna para trabajar en temas de promoción de salud.
- Integrar en los invernaderos la temática de reciclaje a través de Medio Ambiente.
- Sembrar y cosechar en invernadero del Cesfam y de escuela Ana Jesús Ibacache.
- Realizar propaganda masiva para promocionar actividades.
- Mejorar stands utilizados en Ferias Saludables.
- Celebrar a nivel laboral en Cesfam el Día de la Alimentación Saludable y Día Sin Fumar.

### **PROGRAMA PILOTO “VIDA SANA: Intervención en Obesidad en Niños, Adolescentes y Adultos”.**

Su propósito es contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles, en Chile, a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las personas respecto del manejo de los riesgos relacionados.

En nuestra comuna, la intervención se realiza a 44 personas (24 niños y 20 adultos) con sobrepeso u obesidad y consiste en:

- Diagnóstico nutricional (medición antropométrica)
- Diagnóstico psicológico
- Intervención nutricional
- Tratamiento psicológico
- Exámenes de sangre (glicemia en ayunas, perfil lipídico)
- Test de caminata de 6 minutos
- Sesiones de actividad física con profesor y kinesióloga
- Talleres nutricionales
- Talleres con psicóloga

El período de intervención es de 4 meses, tiempo en el cual se trabaja de forma integral (nutricionista, psicóloga, kinesióloga y profesor de educación física) para que el paciente mejore su estado nutricional y de salud o, al menos, mantenga la condición con la que comenzó el programa.

Cada año se trabaja con grupos de personas de distintos sectores de la comuna y establecimientos educacionales para, de esta forma, ir abarcando paulatinamente el total de la comuna, utilizando un sistema de equidad.

## REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA

La Sala de Rehabilitación Comunitaria, constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la Rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad, ya que la esencia de esta estrategia es la participación activa de los diversos actores de la comunidad, las propias personas con discapacidad, sus familias y organizaciones para lograr la plena inclusión.

La sala de rehabilitación comunitaria del CESFAM Hijuelas cuenta con 2 kinesiólogos 22 horas cada unos, 1 Terapeuta Ocupacional 44 horas, 1 Fisioterapeuta 11 horas.

### ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN SALA

---

Atención Individual

Atención Grupal

Accidente vascular encefálico,  
Artrosis,  
Parkinson,  
Endoprótesis Cadera  
Patologías de la Articulación del  
Hombro.

Educación

Hipertensión Arterial  
Artrosis  
Parkinson

Talleres Cuidado  
a los Cuidadores

Prevención de caídas  
Ergoterapias

Confección de Órtesis  
y Adaptaciones

Entrenamiento en AVD

Visita Domiciliaria  
Integral

---

---

Consejerías Individual  
y Familiar

---

### Actividades Sala de Rehabilitación Comunitaria proyectadas al 2015

Atención Individual

---

Atención Grupal

Accidente Vascular Encefálico  
Artrosis,  
Parkinson  
Endoprótesis Cadera  
Patologías de la Articulación del Hombro.

Educación

Hipertensión Arterial  
Artrosis  
Parkinson,  
Ergonomía en el trabajo  
Autocuidado para funcionarios del  
CESFAM  
Prevención de discapacidad en Colegios.

Talleres Cuidado a los  
Cuidadores

Prevención de caídas  
Ergoterapias,  
Reciclaje de Papel  
De educación a pacientes con dolor  
crónico  
Actividad física para prevenir  
discapacidad  
Higiene Postural.

Confección de Órtesis  
y Adaptaciones

Entrenamiento en AVD

Visita Domiciliaria  
Integral

---

---

Consejerías Individual  
y Familiar

Atención a  
funcionarios del  
CESFAM

---

## **SALA ERA**

### **Definición y Objetivo:**

El Programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) es un programa nacional cuyo objetivo principal es reducir la morbimortalidad de este tipo de enfermedades en los pacientes de 15 años y más para, de esta manera, mejorar su calidad de vida.

Para cumplir con este objetivo es necesario realizar acciones en los siguientes ejes:

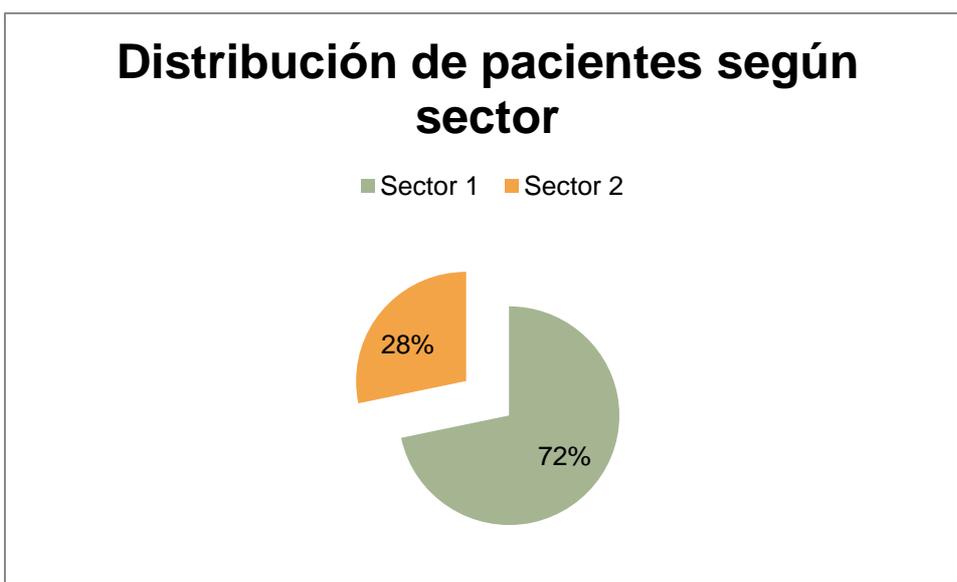
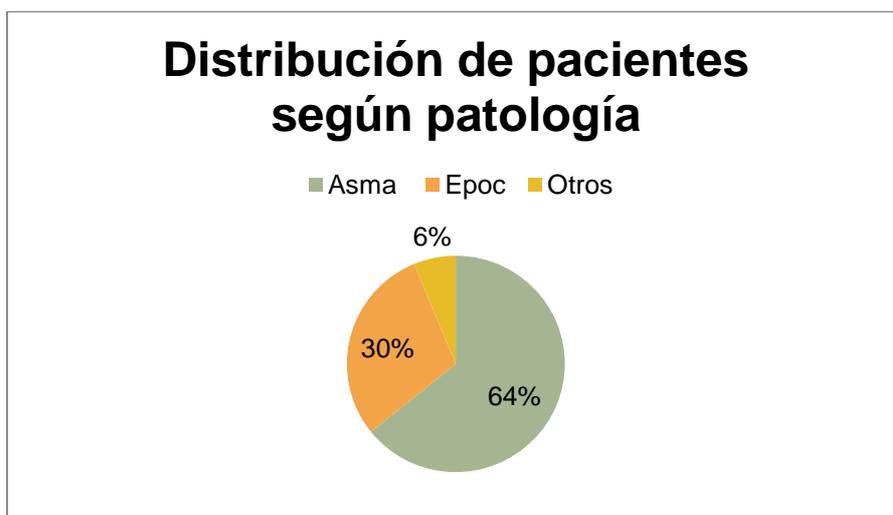
- ❖ Aumentar la cobertura de la población bajo control de pacientes respiratorios crónicos en Atención Primaria de Salud con alguna patología GES (Asma, EPOC) con el objetivo de disminuir complicaciones y exacerbaciones
- ❖ Reducir la tasa de mortalidad en los adultos mayores por Neumonía (NAC)
- ❖ Aplicar estrategias de Promoción y Prevención de Salud para disminuir la prevalencia del tabaquismo en la población de riesgo y sus complicaciones contribuyendo a mejorar su nivel de salud
- ❖ Avanzar hacia la eliminación de Tuberculosis pesquizando sintomáticos respiratorios para evaluación mediante Baciloscopía
- ❖ Mejorar accesibilidad y satisfacción del usuario

### **Realidad Local:**

Estructuralmente cuenta con una sala de observación, control y procedimientos para enfermos respiratorios crónicos adultos.

Las patologías que están bajo control en este programa son Asma, EPOC y otras como LCFA, Secuelas de TBC, Bronquictasias, entre otras.

Nuestra comuna cuenta con una Sala ERA en CESFAM Hijuelas que controla a 358 pacientes asmáticos, 165 pacientes con EPOC y 35 pacientes que presentan otras patologías crónicas respiratorias. De este importante número de pacientes, 158 corresponden al Sector 2 y son controlados por Kinésióloga una vez a la semana en Villa Prat y Romeral y controlados por médico en Hijuelas según la necesidad de cada uno de ellos.



### **Actividades 2014:**

- Durante el año 2014 se vió necesario aumentar las hora disponibles para examen de función pulmonar de media jornada a jornada completa por la alta demanda de este examen para evaluar sospechas de posibles ingresos al programa y porque además se ha considerado realizar a aquellos pacientes fumadores que ya presentan deterioro en su calidad de vida o que aun no presentan síntomas pero solicitan conocer su estado de función pulmonar.
- La Sala ERA además ha participado en Promoción de Salud apoyando en la comunidad educativa con talleres para sus alumnos acerca de ambientes libres de humo de tabaco y daño que provoca, así como también en ferias saludables y Día Internacional Sin Fumar para crear conciencia en la comuna acerca de lo importante que es mantener una conducta saludable sin hábito tabáquico.

### **Desafíos 2015**

- Para el año 2015 es necesario establecer un acercamiento mayor con talleres antitabaco a los apoderados de los colegios de nuestra comuna para fortalecer lo entregado a los alumnos,
- Trabajo integral con las familias de los pacientes bajo control en Sala ERA realizando Visitas Domiciliarias Integrales y educaciones grupales a la familias.
- Postular al nuevo CESFAM de Ocoa, actualmente en construcción, para que cuente con la infraestructura y el Recurso Humano para una Sala de Enfermedades Respiratorias Mixta, es decir, que cuente con Sala IRA y ERA para poder controlar a la población infantil y adulta de ese sector.
- Gracias a la implementación con la que cuenta nuestro CESFAM en su Sala de Rehabilitación comunitaria, la Sala ERA aprovechará estas instalaciones para comenzar un Programa de Rehabilitación Pulmonar para aquellos pacientes con un severo deterioro de su capacidad física, buscando como objetivo mejorar su participación en actividades laborales y sociales, disminuir su deterioro respiratorio y funcional, mejorando así su calidad de vida y la de sus familias
- Rescate de pacientes inasistentes.
- Mejorar registros locales para determinar impacto de nuestras actividades y de Sala ERA en la comunidad y registro en SIGGES de pacientes bajo control con Asma y EPOC
- Fortalecer redes con Atención Secundaria para aquellos pacientes que requieran evaluación de especialista Broncopulmonar.
- Mejorar cobertura de pacientes sintomáticos respiratorias que tienen Baciloscopia y que se encuentran en control en Sala ERA

- Continuar con capacitación y actualización permanente acerca del manejo de la Sala, patologías tratadas, tabaquismo, función pulmonar, rehabilitación respiratoria.
- Creación de protocolos y manual de procedimientos de actividades realizadas en Sala con el objetivo de garantizar la calidad de la atención y la seguridad a los pacientes.

[Escribir texto]

## FUNCIONARIOS CESFAM HIJUELAS

apellido paterno	apellido materno	nombre	lugar de desempeño	cargo
<b>AGUILERA</b>	SILVA	DANIELA	VILLA PRAT	PARAMEDICO
<b>ARANCIBIA</b>	CASTRO	VERONICA DEL C.	LA SOMBRA	PARAMEDICO
<b>ARANCIBIA</b>	RIVERA	LUIS GABRIEL	ROMERAL	PARAMEDICO
<b>ARAOS</b>	DELGADO	IRENE NICOL	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>ASTUDILLO</b>	VERGARA	MARCELA LORETO	CESFAM HIJUELAS	ASIST. SOCIAL
<b>BARRAZA</b>	GODOY	JOHANA SOLEDAD	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>BISHARA</b>	YAÑEZ	ROMINA	CESFAM HIJUELAS	CIRUJANO DENTISTA
<b>BONVALLET</b>	COMMENNTZ	SOFIA	CESFAM HIJUELAS	CIRUJANO DENTISTA
<b>BRIONES</b>	CARRASCO	HUGO	CESFAM HIJUELAS	PODOLOGO
<b>BUGUEÑO</b>	ECHEVERRIA	EVELYN FABIOLA	VILLA PRAT	ENFERMERA
<b>BUGUEÑO</b>	PAREJA	JOSELYNE	CESFAM HIJUELAS	TECNICO EN ODONTOLOGIA
<b>BUGUEÑO</b>	FLORES	ANADIS DEL CARM	VILLA PRAT	PARAMEDICO
<b>BUGUEÑO</b>	FLORES	LUIS ALBERTO	VILLA PRAT	PARAMEDICO
<b>BUSTAMANTE</b>	VILLARROEL	YESENIA	ROMERAL	PARAMEDICO

<b>CASTILLO</b>	ESTAY	NELIA ROSA	DEPARTAMENTO DE SALUD	AUXILIAR
<b>CEA</b>	VARAS	MARJORIE ELENA	CESFAM HIJUELAS	DIRITADORA GES
<b>CORTES</b>	SARMIENTO	JOSE	CESFAM HIJUELAS	CONDUCTOR
<b>COYOPAE</b>	HERNANDEZ	ROSA OLINDA	VILLA PRAT	ASIST. SOCIAL
<b>CUBILLOS</b>	PASACHE	ISRAEL JONATAN	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>DE POLSI</b>	CERRUTI	MARIANA ALEJANDRA	CESFAM HIJUELAS	MEDICO SALUD MENTAL
<b>DIAZ</b>	BRICEÑO	JACQUELINA DEL	CESFAM HIJUELAS	MATRONA
<b>DONOSO</b>	PACHECO	MARIA ISABEL	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>Estay</b>	Alfaro	Nancy	CESFAM HIJUELAS	Auxiliar de aseo
<b>FIGUEROA</b>	GAMBOA	CRISTIAN JOSE	VILLA PRAT / ROMERAL	NUTRICIONISTA
<b>FIGUEROA</b>	LOPEZ	KAREN VANESA	CESFAM HIJUELAS	MEDICO
<b>FIGUEROA</b>	PEREZ	FERNANDA GABRIELA	CESFAM HIJUELAS	NUTRICIONISTA
<b>FREZ</b>	GONGORA	PAMELA NATALIA	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>GAMBOA</b>	MENAI	AMALIA	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>GARRIDO</b>	ZUÑIGA	YERKO	CESFAM HIJUELAS	ENCARG. AMBIENTAL
<b>Garrido</b>	Aravena	Luis	CESFAM HIJUELAS	Paramédico

<b>GONGORA</b>	CABRERA	EMILIA VERONICA	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>GONZALEZ</b>	SANTANA	SILVIA ERNESTIN	CESFAM HIJUELAS	KINESIOLOGO
<b>GONZALEZ</b>	ARAVENA	GLADYS ALEJANDRA	CESFAM HIJUELAS	MATRONA
<b>GONZALEZ</b>	SALAZAR	CATHERINE	CESFAM HIJUELAS	CIRUJANO DENTISTA
<b>GUERRERO</b>	VILLAGRA	CAMILA	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>GUERRERO</b>	VALENCIA	LUIS IGNACIO	CESFAM HIJUELAS	CONDUCTOR
<b>HERRERA</b>	GONZALEZ	MARCIA VIVIANA	CESFAM HIJUELAS	ENFERMERA
<b>INTRIAGO</b>	ALCIVAR	PATRICIA ALEXANDRA	CESFAM HIJUELAS	MEDICO
<b>ITURRIETA</b>	CISTERNAS	JOSE PATRICIO	CESFAM HIJUELAS	CHOFER
<b>JELDES</b>	VELASQUEZ	PEDRO EMILIO	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>JIMENEZ</b>	CONTRERAS	ALEJANDRA ANDREA	VILLA PRAT	KINESIOLOGO
<b>MADARIAGA</b>	ALVAREZ	IVONNE LORENA	CONSULTORIO MUNICIPAL	KINESIOLOGO
<b>MALDONADO</b>	CASTRO	XIMENA	CESFAM HIJUELAS	MEDICO IRA ERA
<b>MATURANA</b>	MATURANA	ROSALIA	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>MOLINA</b>	CACERES	ISRAEL FERDINANDO	CESFAM HIJUELAS	AUXILIAR
<b>MONTECINOS</b>	PORRAS	CECILIA ISABEL	VILLA PRAT	MATRONA

<b>MONTINO</b>	LINDERMANN	ANA VICTORIA	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>MONTINO</b>	AGUIRRE	LORETO	CESFAM HIJUELAS	PARVULARIA
<b>MORALES</b>	CORDOVA	DANIELA	CESFAM HIJUELAS	CIRUJANO DENTISTA
<b>OLAZO</b>	CAMPOS	ALEZ	CESFAM HIJUELAS	ARQUITECTO
<b>OLIVARES</b>	GARATE	LUIS GUSTAVO	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>OLIVARES</b>	JERALDINE	GLADYS	CESFAM HIJUELAS	KINESIOLOGA
<b>OLIVARES</b>	TAPIA	FREDERICK MARCEL	VILLA PRAT	ADMINISTRATIVO
<b>OLIVARES</b>	MENAY	LESLIE	CESFAM HIJUELAS	ENFERMERA
<b>ORDENES</b>	PLAZA	ELIZABETH SANDRA	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>ORMAZABAL</b>	JIL	NATALI DENISE	CESFAM HIJUELAS	TRABAJADORA SOCIAL
<b>ORMAZABAL</b>	MAYOL	MARIANA ALEJANDRA	CESFAM HIJUELAS	CIRUJANO DENTISTA
<b>ORREGO</b>	TORRES	ORLANDO MANUEL	CESFAM HIJUELAS	CIRUJANO DENTISTA
<b>Ortiz</b>	Ramirez	Nicol	CESFAM HIJUELAS	FISIOTERAPEUTA DEPORTIVO
<b>OSORIO</b>	ESTAY	CAROLINA	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>OSORIO</b>	MONTENEGRO	PAOLA DEL CARME	VILLA PRAT	PARAMEDICO
<b>OSORIO</b>	OSORIO	MARIANELA	VILLA PRAT	PARAMEDICO
<b>PACHECO</b>	FERNANDEZ	MONICO	CESFAM HIJUELAS	TECNICO EN ODONTOLOGIA

<b>PASTEN</b>	BRITO	CONSTANZA PILAR	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>PEREZ</b>	CASCANTE	JOSE	CESFAM HIJUELAS	MEDICO
<b>PEREZ</b>	LIZAMA	RENATO VICTOR	CESFAM HIJUELAS	ASESOR COMPUTACIONAL
<b>PINO</b>	COLLAO	VERONICA DEL C.	VILLA PRAT / ROMERAL	TECNICO EN ODONTOLOGIA
<b>PONCE</b>	VERA	JAIME HUMBERTO	CESFAM HIJUELAS	MEDICO
<b>REJAS</b>	CUBILLO	ALFREDO	CESFAM HIJUELAS	MEDICO
<b>RIVERA</b>	ARANCIBIA	CARMEN GLORIA	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>SAAVEDRA</b>	VALDES	JOSELYNE	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>SALGADO</b>	GARCIA	MARIELA	VILLA PRAT / ROMERAL	ENFERMERA
<b>SALINAS</b>	VALDEBENITO	RODRIGO IGNACIO	CESFAM HIJUELAS	AUXILIAR CHOFER
<b>SANTIBAÑEZ</b>	LOYOLA	CARLOS ALFONSO	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO
<b>SERRANO</b>	PONCE	GUILLERMO ENRIQ	CESFAM HIJUELAS	AUXILIAR
<b>SERRANO</b>	LILLO	FANNY	CESFAM HIJUELAS	PSICOLOGO
<b>SIERRALTA</b>	REINOSO	CAROL	CESFAM HIJUELAS	PARVULARIA
<b>SOLIS</b>	TORREALBA	CARMEN EUGENIA	CESFAM HIJUELAS	QUIMICO FARMACEUTICO
<b>TAPIA</b>	LOPEZ	CARLA	CESFAM HIJUELAS	PARAMEDICO

		DANIELA		
<b>TILLERIA</b>	LEYTON	DAGOBERTO	CESFAM HIJUELAS	KINESIOLOGO
<b>VEGA</b>	GONZALEZ	GRACE ADYS	VILLA PRAT	ADMINISTRATIVO
<b>VIDAL</b>	CABRERA	MYRIAM ELCIRA	CESFAM HIJUELAS	ADMINISTRATIVO
<b>ZUBICUETA</b>	HUINE	MARIA JOSE	CESFAM HIJUELAS	TEC. ODONTOLOGIA
<b>ZUÑIGA</b>	ZAPATA	CARLOS	CESFAM HIJUELAS	DIRECTO DEPTO. SALUD

[Escribir texto]

## **FUNCIONARIOS SERVICIO DE URGENCIA RURAL**

APELLIDO		NOMBRE	CARGO
BUSTAMANTE	VILLARROEL	YESENIA	PARAMEDICO
CORDOVA	BERNAL	CARLOS	PARAMEDICO
CORTES	SARMIENTO	JOSE	CONDUCTOR
ESCOBAR	AREVALO	FRANCISCO	CONDUCTOR
FIGUEROA	LOPEZ	KAREN	MEDICO
FUENTES	FUENTES	ANA	PARAMEDICO
GARRIDO	ARAVENA	LUIS	PARAMEDICO
GONZALEZ	SANTANA	SILVIA	KINESIOLOGA
GUERRERO	VALENCIA	LUIS	CONDUCTOR
JOSE	ITURRIETA	CISTERNAS	CONDUCTOR
MONTINO	LINDERMANN	ANA	PARAMEDICO
PALMA	RAMIREZ	DENISSE	PARAMEDICO
PEREZ	Cascante	JOSE	MEDICO
REYES	ARREDONDO	IGNACIO	MEDICO
SAEZ	SALINAS	KARINA	PARAMEDICO
SALINAS	VALDEBENITO	LUIS	CONDUCTOR
SANTIBAÑEZ	LOYOLA	CARLOS	PARAMEDICO
SAQUICELA	OCHOA	JOHN	MEDICO
SUÁREZ	FERNANDEZ	PAULA	PARAMEDICO
TAPIA	LOPEZ	CARLA	PARAMEDICO
TORO	PEREZ	JAIME	MEDICO
VAES	TAPIA	MAGIN	PARAMEDICO
JIMENEZ	CONTRERAS	ALEJANDRA	KINESIOLOGA

## **MEDICOS EXTENSIÓN HORARIA**

PATERNO	MATERNO	NOMBRES	ROL/CARGO
ALVAREZ	FRIGOLETT	LORENA	MEDICO
DIAZ	HORMAZABAL	FRANCISCO	MEDICO
FUENTES	HERMOSILLA	HUGO	MEDICO
HOFMANN	CASAS	CRISTIAN	MEDICO
KIRMAYR	ZAMORANO	PABLO	MEDICO
MUÑOZ	VILLANUEVA	DIEGO	MEDICO
ONDARZA	MACHUCA	CAMILA	MEDICO
PEIRANO	GASMAN	SEBASTIAN	MEDICO
REINOSO	ARAYA	CLAUDIO	MEDICO
ROJAS	LAVIA	IGNACIO	MEDICO

SERCE	PEZOA	PIA	MEDICO
SUAREZ	MADARIAGA	ROMINA	MEDICO
TORO	PEREZ	JAIME	MEDICO
HORMAZABAL	OPITZ	PATRICIO	MEDICO

## **DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO**

### **INTRODUCCIÓN**

El Centro de Salud Familiar de la comuna de Hijuelas, en cumplimiento a los requerimientos del Ministerio de Salud, realiza el siguiente informe de **DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD**, el cual apunta como objetivo general a identificar las principales problemáticas sentidas por la comunidad hijuelense; el referido se lleva a cabo con la participación de la comunidad usuaria de nuestro servicio, quienes son los principales actores, receptores y referentes en la identificación de carencias y nodos críticos que se manifiestan en la comunidad.

En la realización se utilizó el Enfoque Familiar y Comunitario de Salud, llevándose a cabo través de la realización de reuniones con el Consejo Consultivo de Salud, el cual está compuesto por representantes de la comunidad y de las diferentes instituciones territoriales y/o funcionales de la comuna, además, de la aplicación de encuestas a los usuarios de nuestro servicio, quienes otorgarán sus percepciones y visiones respecto al servicio recibido.

La medición de las respuestas integró tanto el enfoque cualitativo como cuantitativo, ya que de este modo se logra la priorización de problemas e interpretación de la construcción social que gira en torno al tema. Así de esta forma se podrá promover y planificar en torno a la realidad local de nuestra comuna.

## **DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO**

### **CESFAM DE LA COMUNA DE HIJULAS**

**AÑO 2014**

El nuevo Enfoque de Salud Familiar y Comunitario como su nombre lo manifiesta, hace referencia como eje central a la persona, la familia y la comunidad, todos actores activos y colaborativos en la resolución de las problemáticas, que inciden en la calidad de vida de las personas, pudiendo generar un deterioro en la salud.

En base a lo referido previamente, generar instancias de participación social, con la utilización de una metodología participativa, serían medidas colaborativas en la realización del Diagnóstico de Salud, que permita conocer la realidad local, llevando a planificar en base a las necesidades detectadas.

Siguiendo lo enunciado previamente, al conocer las necesidades de la población y cogniciones de los pacientes respecto, se podría realizar una objetivación de las dimensiones que se debieran de considerar en la creación del Plan de Salud Comunal y de este modo subsanar los nodos críticos, incorporando los requerimientos de la comunidad con sus significados y significantes.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Generar un DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD, mediante la participación social del Consejo Consultivo de Salud y comunidad local, quienes en grupos de discusión y aplicación de encuestas, logren entregar apreciaciones en cuanto a la salud local.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Suscitar la participación e inclusión social de los usuarios de salud, mediante convocatoria y encuestas de satisfacción usuaria de salud.
- Levantar datos concretos acerca de las principales carencias en el servicio otorgado, conociendo las necesidades y peticiones de los pacientes.

## **HALLAZGOS**

Las principales problemáticas evidenciadas por la comunidad usuaria del Centro de Salud Familiar de la Comuna de Hijuelas, se detallaran a continuación en forma jerárquica.

- ❖ Escases de horas médicas.

El centro de Salud Familiar pese a contar con médicos de planta en jornada completa y médicos en extensión horaria, no logra satisfacer la demanda de los usuarios de salud, debido a que en etapa invernal, las morbilidades se acrecientan y las enfermedades de tipo contagioso también se agudizan.

❖ Vías de acceso al Centro de Salud Familiar.

El Establecimiento se encuentra ubicado en un sector céntrico de la comuna, pese a ello, los usuarios deben de caminar unos 50 metros aproximadamente para llegar a la puerta principal del CESFAM; este trayecto está obstaculizado debido a los problemas de asfalto de las veredas, las cuales están dañadas y con baches, lo que dificulta la entrada de sillas de ruedas y pudiera generar caídas debido al daño estructural que presentan.

❖ Daños Estructurales en las Postas.

Las postas del Centro de Salud Familiar de la comuna, están deterioradas en cuanto a lo estructural y los box de atención son insuficientes.

❖ Infraestructura insuficiente

El Centro de Salud Familiar ha crecido en cuanto a su infraestructura en los últimos años, por lo demás, la población per cápita también ha aumentado y por tanto el equipo de salud, debido a lo referido es que las instalaciones, especialmente los box de atención se han vuelto insuficientes, lo que retrasa el tiempo de las atenciones.

❖ Tiempo de espera para tratamientos de curaciones y/o inyectables.

Debido a la falta de box, los tiempos de espera han ido en aumento, ya que debe de desocupar un profesional y/o terminar con la atención de un paciente, para poder ingresar a otro, debido al espacio reducido, el cual no permite la instalación de otra camilla para realizar los procedimientos.

❖ Tiempo de Espera en las Interconsultas de Especialidades Médicas.

Debido a ser un Centro de Atención Primaria las interconsultas de especialidades, deben ser derivadas a la atención Secundaria o Terciaria de Salud, en lo cual no hay injerencia de nuestro servicio.

❖ Falta Horas Dentales.

Debido a la atención por programas de salud oral realizados en el Cesfam, las horas dentales son insuficientes para la población, ya que se debe de dar respuesta a los requerimientos del servicio y la cobertura de estos genera escases de las mismas.

❖ Falta de juegos seguros para los niños y niñas.

El Centro de Salud cuenta con un sector de juegos para niños, el cual es insuficiente considerando la población percápita del establecimiento.

❖ Trato Usuario.

Los usuarios hacen hincapié en el trato del personal de salud, los cuales refieren tener un trato indiferente ante sus dolencias y/o problemáticas.

❖ Falta de Ayudas Sociales.

El centro de Salud Familiar no contempla ítems de ayudas sociales asistenciales, como lo son la compra de medicamentos.

❖ Falta de Ambulancia.

El Centro de Salud Familiar sólo cuenta con una ambulancia, la cual no siempre está disponible a los llamados de urgencia, debido a que realiza los traslados de los pacientes del Cesfam y de las Postas Rurales de la Comuna.

❖ Falta de Especialidades Médicas.

El Centro de Salud Familiar, por ser un centro de atención primaria no cuenta con especialidades médicas.

❖ Falta de Información de los Programas.

En el Centro de Salud Familiar se llevan a cabo diferentes programas, los cuales no son conocidos por toda la comunidad.

## CONCLUSIONES.

El realizar un Diagnóstico Participativo, ha sido de gran utilidad, ya que genera instancias de dialogo, donde se puedan apreciar las principales falencias apreciadas por la comunidad, pudiendo planificar en base a ellas, como también, poder dar a entender cuáles son nuestros alcances como institución y hasta donde podemos modificar las carencias.

Cabe destacar, que los pacientes que generalmente requieren de los servicios, tienen una actitud influenciada por sus estados biopsicosociales de necesidad, dificultad que no sólo es entendida como enfermedad sino como la privación de su bienestar, lo cual genera que el paciente realice representaciones y procesos mentales influenciados por la situación y las determinantes sociales.

Debido a lo referido previamente, nuestro trabajo como Centro de Salud Familiar se ha visto enriquecido con el acercamiento a la realidad local, considerando sus necesidades y de este modo lograr un trabajo con perspectiva holística y empoderado, llegando a ser una red activa con validación

### LISTADO DE MIEMBROS DE CONSEJO CONSULTIVO

<b>NOMBRE</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
SERGIO GALLARDO SALINAS	J. V EL RETIRO
LAURA HUERTA C	J. V BARRACITA
MARÍA CRISTINA ROJAS C	J.V CONCHALI
MARÍA ANGÉLICA OLIVARES	J.V CONCHALI
GERMÁN GUTIERREZ	J.V LA SOMBRA
ANA OLIVARES P.	J.V MANUEL RODRÍGUEZ
ALICIA LATOJA	J.V PETORQUITA
AMALIA ELOS	J.V PETORQUITA
JUANA LOPEZ	J.V MANUEL RODRÍGUEZ
MARIA DONOSO C.	J.V BARRACITA
SILVIA OLIVARES	J.V LA SOMBRA
RAÚL ONETTO G.	J.V PUNTA DE TORREJÓN

MARIA PÉREZ SAAVEDRA  
MARTA TREJO ROZAS  
MARÍA FERNÁNDEZ

J.V LOS NARANJOS  
J.V MANUEL RODRIGUEZ  
J.V CUATRO ESQUINAS

## PROGRAMAS POR CICLO VITAL EN DESARROLLO EN EL CESFAM

Cada etapa de la vida tiene características propias, desafíos y oportunidades distintas, junto a diferentes expectativas y comportamientos. En el cuidado continuo de la salud, debe considerar que la transición de una etapa a la siguiente, suele tener características particulares y requerir también un abordaje específico.

Las prestaciones se tienen que desarrollar y ofrecer de forma coherente en el curso de vida de las personas, otorgando un adecuado acompañamiento de manera continua, respetuosa y participativa.

### 1. Salud Materna y Neonatal

La vida intrauterina y los primeros 2 años de vida son etapas en las que se puede “programar” la salud y desarrollo del ser humano. La instalación de las estrategias necesarias para lograr un nacimiento seguro, pueden disminuir en forma significativa el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido.

#### Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: Preparación para el parto y crianza.	Talleres de 4 sesiones para gestantes.
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.

#### Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Detectar embarazadas con factores de riesgo biomédico.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal

		vigente.
Detectar factores de riesgo de parto prematuro.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	100% de gestantes con aplicación de Escala de Edimburgo.	Aplicar Escala de Edimburgo gestantes segundo control prenatal.
	Construir línea de base de detección de depresión en gestantes	Detección en gestantes con sospecha de depresión
Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA))	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.
Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.	90% de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.
	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.

Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.	100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación.	80% de madres en gestación con talleres sobre prevención de IRA-ERA.	Taller a madres desde el período de gestación sobre prevención de IRA-ERA.
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	100% de puérperas y recién nacidos antes de los 11 días de vida acceden a control de salud	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 11 días de vida.
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	100% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.
Pesquisa oportuna de las gestantes con infección por T. cruzi para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	Establecer línea de base de detección de gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y confirmación, según corresponda.	Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas al 100% de las gestantes que presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. cruzi definidos en la anamnesis dirigida señalada en la Norma General Técnica N° 0162 del MINSAL.
	Establecer línea de base de porcentaje de examen de detección realizado en gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y	

	confirmación, según corresponda.	
	100% de Exámenes de confirmación por infección por T. cruzi. en gestantes que ingresan a control con examen de tamizaje con resultado reactivo	
	Establecer línea de base de porcentaje de examen de detección realizado en recién nacidos con infección congénita por T. cruzi., hijos de madre con enfermedad de Chagas.	Tamizaje y confirmación diagnóstica de los recién nacidos con infección congénita por T. cruzi., hijos de madres con enfermedad de Chagas.
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	100% de las embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestación prenatal
	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal
	100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO	
Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas.	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la

		confidencialidad.
	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas –citadas.	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.
	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	≥ 38% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Aumentar en 5% las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva
Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género	Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género.

### Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
----------	------	-----------

Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	Atención odontológica integral a la embarazada.
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. Aumento de cobertura preventiva	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.
Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar el % de ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.
Aumentar cobertura de tratamiento gestantes con depresión.	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior.	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión.

## 2. Salud en la Infancia

El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil de salud se inicia en la gestación y continúa a lo largo de la vida del niño o la niña (0 a 9 años). Por lo tanto, la atención de salud proporcionada a niñas y niños debe promover la lactancia materna y alimentación saludable, vigilar la trayectoria del desarrollo con screening periódicos, detectar precozmente las enfermedades más frecuentes, velar por el temprano tratamiento, prevenir enfermedades infecciosas, adicciones y maltrato, y fomentar las competencias parentales para la crianza respetuosa.

El Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC) constituye uno de los pilares del Sistema Intersectorial de Protección Social, ha sido definido como una “red integrada de servicios que opera en el territorio municipal” en la que cada sector de políticas sociales pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia. Además tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar las oportunidades de desarrollo de niños, niñas en sus familias y comunidades.

### Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años

<p>Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.</p>	<p>80% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.</p>	<p>Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.</p>
	<p>50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.</p>	<p>Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.</p>
<p>Lograr un 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.</p>	<p>Incremento de 2 puntos porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.</p>	<p>Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y esforzar las técnicas correctas de</p>

		amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia.
Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil.	20% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre
	12% de controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre.	Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre

### Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
----------	------	-----------

Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Promedio de 6 talleres de “Nadie es Perfecto” iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control.
	5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control.
	50% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a taller de	Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación

	prevención IRA	viral
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.
	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses
	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre, padre o figura significativa en el control de salud de los 4 meses de edad en relación a lo obtenido en el año	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre, padre o figura significativa.

	2014.	
	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	90% niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.
	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).

Psicomotor (en el control de salud).	
50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor.
90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.(Primera evaluación).
50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.

Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Cobertura de vacunación.	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año
	Cobertura de vacunación.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.
	Cobertura de vacunación.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.
	Cobertura de vacunación	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.

<p>Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y niños de 2 a 9 años</p>	<p>50% de niñas/os entre 2 a 9 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.</p>	<p>Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 9 años.</p>
<p>Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.</p>	<p>60% de niños bajo control de factores eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional</p>	<p>Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.</p>

	de salud de infancia.	
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	90% de los niñas/os que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal.	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Bucodentarias.
	100% de niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado a niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico

odontología.	
100% de la matrícula convenida con JUNJI, Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados reciben actividad preventiva y entrega de kit de higiene.	Programa Sembrando Sonrisas: Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral.
75% de la matrícula convenida con JUNJI, Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y	Programa Sembrando Sonrisas: Aplicación de flúor barniz comunitario

	Particulares Subvencionados seleccionados reciben prevención específica.	
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.
	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 48 a 71 meses inscrito en establecimiento de salud.

<p>Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años (al menos 2 controles en el periodo).</p>	<p>Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años.</p>
<p>Disminuir la inasistencia en niñas y niños de 24 a 71 meses a control de salud respecto al año anterior.</p>	<p>Rescate de niñas y niños de 24 a 71 meses inasistentes a control de salud.</p>
<p>Establecer una Línea Base de controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico</p>	<p>Controles de salud individuales realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico</p> <hr/> <p>Controles de salud grupal realizados en establecimiento</p>

		educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico
	90% de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave reciben visita domiciliaria.	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave.
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.

### Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años, mediante medidas	$\geq$ 45% de cobertura en altas odontológicas totales en las niñas/os de 2	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 10 años.

<p>promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.</p>	<p>años, inscritos y validados. Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 10 años.</p>	
	<p>≥ 45% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.</p>	
	<p>100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad</p>	<p>Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años.</p>
<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales</p>	<p>Aumentar la atención de niños y niñas(5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos, en</p>	<p>Ingreso a tratamiento de niñas/os(5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos</p>

relación al año anterior	
Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, en relación al año anterior.	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia
Establecer una Línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hiperactivo (0 a 9 años)	Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hiperactivo (0 a 9 años)
Línea base de casos revisados en	Casos revisados en consultoría de Salud

	<p>consultoría de Salud Mental a niñas/os (0 a 9 años)</p>	<p>Mental</p>
	<p>Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior</p>	<p>VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior</p>
<p>Mantener y mejorar la salud bucal de la población infantil de 2 a 5 años.</p>	<p>100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad</p>	<p>Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años.</p>
<p>Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM</p>	<p>80% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de</p>	<p>Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria.</p>

	estimulación del DSM.	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.	
	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo

<p>Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento</p>	<p>Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados</p>
<p>Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan</p>	<p>Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación</p>
<p>90% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.</p>	<p>Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.</p>

<p>90% de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.</p>	<p>Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor</p>
<p>Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento</p>	<p>Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados</p>
<p>Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan</p>	<p>Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación</p>

<p>Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.</p>	<p>Aumentar en un 10% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.</p>	<p>Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.</p>
<p>Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja</p>	<p>100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación medica por IRA Baja</p>	<p>Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación medica por IRA Baja en menores de 5 años</p>

### 3. Salud en la Adolescencia y Juventud

La adolescencia y juventud, es una etapa con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludable, se producen importantes cambios y desarrollo, a nivel biológico, psicológico y social de un individuo. Estos cambios pueden determinar un conjunto de fortalezas para el desarrollo y en otros ambientes más vulnerables, pueden aumentar los riesgos para la salud.

Es por esto que la atención de salud de adolescentes y jóvenes, debe abordarse en forma integral, con enfoque de curso de vida, familiar y comunitario, que considere la participación activa de ellos y ellas, sus familias, escuelas y comunidad, en un marco de derechos y con equidad de género e interculturalidad.

#### Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Fortalecer las habilidades parentales como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-19 años.	100% de Educaciones grupales planificadas, realizadas.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 19 años.
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales.	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales

#### Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	100% de controles planificados, realizados.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.
	50% de los controles planificados se realizan en establecimientos educacionales.	

Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de edad fértil.	Aumentar en un 2% los controles preconcepcional de la mujeres en edad fértil en relación al año anterior.	Control preconcepcional.
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad).	Aumentar en 5 % las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior.	Consejería en salud sexual y reproductiva.
Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.
Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género.	Aumentar la atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género.
	Aumentar la atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género

Cobertura de vacunación	de	Cobertura de vacunación	de	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico
Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes.		>90% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista <sup>40</sup>		Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente.		100% de los adolescentes de 12 y 15 a 19 años que ingresan a tratamiento odontológico han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.		Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los adolescentes que ingresan a tratamiento.
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR). (10 a 14 y 15 a 19 años).		Aumentar en un 10% línea base 2014 el número de consejerías en SSR otorgadas a adolescentes mujeres y hombres.		Consejería en SSR.
Aumentar la detección de Depresión Postparto.		100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 2 meses de vida del niño y niña.		Aplicar a madres Escala Edimburgo (EPDS) a los 2 meses de vida del niño y niña.
		100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a.		Aplicar a madres Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a.

Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS.	Aumentar en un 10% consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS.	Consejería en salud sexual reproductiva en adolescentes.
		Consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes.
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa. Regulación de fertilidad, en comparación al año anterior.	Aumentar el ingreso de Adolescentes al programa de	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 20 años (10 a 14 y 15 a 19 años).	100% de adolescentes planificados, reciben consejería en salud sexual reproductiva.	Consejería en salud sexual y reproductiva.
	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 20 a 24 años con respecto al año anterior.	Consejería en VIH/SIDA e ITS a jóvenes de 20-24 años.
Aumentar el número de visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial.	Aumentar en un 10% las Visitas Domiciliarias Integrales (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.
		Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.

Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.
	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en adolescentes de 10 a 19 años.	50% de adolescentes entre 10 a 19 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adolescentes entre 10 a 19 años.
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en adolescentes.	100% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol reciben intervención breve (o intervención preventiva).	Intervención Preventiva (o Intervención Breve).
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio de 10 a 19 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.
	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.

Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en jóvenes.	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al menos al 10% de la población inscrita entre 20 y 24 años.	Realizar tamizaje consumo de alcohol. <sup>41</sup>
	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95% de la población 20 -24 años inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a tamizaje realizado.	Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.
Detección temprana de jóvenes (10-19 años) con sospecha de trastornos mentales.	Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12).
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo en personas de 20 a 24 años.	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de 20 a 24 años inscrita validada.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en personas de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en jóvenes 20 a 24 años.	50% de jóvenes entre 20 a 24 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.	Programa Vida Sana (PVS) destinado a jóvenes entre 20 a 24 años.

Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas jóvenes de 20 a 24 años en riesgo.	100% de las personas jóvenes de 20 a 24 años diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas jóvenes hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 20-24 años.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con hipertensión arterial respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas.
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 20-24 años.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con diabetes respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis de 15 a 24 años.	Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar entre 15 y 24 años diagnosticados por cultivo	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 15 a 24 años
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Realizar examen de VIH en personas de 20-24 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad.

Promover Sexo Seguro en jóvenes que ejercen comercio sexual.	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual de 20-24 años, respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en jóvenes, que ejercen comercio sexual.
--	--	--

### Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación al año anterior.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.
	Brindar tratamiento a la población adolescente inscritos entre 10 a 14 años.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.
	100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.

<p>Aumentar el ingreso a tratamiento de adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.</p>	<p>Atención a adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.</p>
<p>Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).</p>	<p>Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).</p>
<p>Línea base de jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión</p>	<p>Jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión</p>
<p>Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)</p>	<p>Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)</p>
<p>Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)</p>	<p>Casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)</p>

Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad, Prevención aborto.
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	18% de cobertura de los matriculados en cuarto año de enseñanza media con Altas odontológicas totales de establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados.	Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica: Atención integral a alumnos de cuarto año de enseñanza media.
Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 10% la población bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.
Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios.	Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.
Aumentar la cobertura de tratamiento hipertensión en jóvenes.	Incrementar en al menos 20% respecto a 2014 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.
	Incrementar en un 30% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.

	Incrementar en un 10% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Incrementar en al menos 20% respecto a 2014 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.
	Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.
	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.
Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.

## Rehabilitación

Objetivo	Meta	Actividad
Confeccionar un Plan de Tratamiento Integral (PTI) a los usuarios jóvenes del nivel comunitario de rehabilitación.	80% de los usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación cuenta con PTI.	Realizar PTI a los usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación.

#### 4. Salud en la Edad Adulta

El modelo de atención de salud para este grupo etario debe estar enfocado en la entrega de una atención integral para mujeres y hombres de 25 a 64 años que responda a sus necesidades específicas mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cuenten con la mejor evidencia disponible y de forma oportuna, expedita y de calidad, considerando el principio de equidad a lo largo del curso de vida.

##### Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de edad fértil.	Aumentar en un 2% los controles preconcepcional de la mujeres en edad fértil en relación al año anterior.	Control preconcepcional.
Aumentar la detección de Depresión Postparto.	100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 2 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres Escala Edimburgo (EPDS) a los 2 meses de vida del niño/a
	100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo	Aplicar a madres Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6

	a los 6 meses de vida del niño/a	meses de vida del niño/a
Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad. Prevención aborto
Aumentar el número de personas adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y se controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial.	Ingreso de mujeres y hombres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad, definidos en Normas Nacionales de Regulación de Fertilidad	Ingreso y control a regulación de fertilidad, según criterios de elegibilidad.

Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.
Promover la salud sexual y reproductiva	Aumentar la detección de factores de riesgo y derivar a especialista a parejas con infertilidad	Detectar y derivar en forma oportuna a especialista, a parejas con infertilidad
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Aumentar en 2 % la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según Orientación Técnica (ENS 2011-2020)	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	Aplicación Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio

<p>Aumentar la proporción de mujeres de 45 a 64 años bajo control que requieren terapia hormonal, según puntaje MRS</p>	<p>Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS respecto al año anterior</p>	<p>Aplicación de Terapia según puntaje MRS</p>
<p>Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad).</p>	<p>Aumentar en 5 % las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior</p>	<p>Consejería en salud sexual y reproductiva.</p>
<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que</p>	<p>Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada</p>	<p>Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.</p>

causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	El 100% de los adultos, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome	50% de personas adultas entre 25 a 64 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años.

metabólico, aportando a la prevención de enfermedades transmisibles en personas adultas de 25 a 64 años.	el programa vida sana al término de la intervención	
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas

<p>Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes</p>	<p>Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.</p>	<p>Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.</p>
<p>Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.</p>	<p>100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.</p>	<p>Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.</p>

	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis en personas de 25 a 64 años	Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar entre 25 y 64 años diagnosticados por cultivo	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 25 a 64 años
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad	<p>Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad</p> <p>Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea</p>	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad

<p>Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.</p>	<p>Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.</p>	<p>Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.</p>
<p>Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual</p>	<p>Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.</p>	<p>Control de Salud Sexual en personas que ejercen comercio sexual.</p>
<p>Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio</p>	<p>50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio</p>	<p>Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.</p>
<p>Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema</p>	<p>Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al</p>	<p>Realizar tamizaje consumo de alcohol(*)</p>

de alcohol en adultos	menos al 10% de la población inscrita entre 25 y 64 años.	
	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95% de la población adulta inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos).	Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas víctimas de violencia de genero	Aumentar la atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género

Aumentar la detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.	Aumentar el número de las personas adultas que cuentan con tamizaje GHQ 12.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas (25 a 64 años).
---	---	--

### Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años
	Incrementar en un 30% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	

	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años
	Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una	

	compensación de al menos 80%	
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	
	Aumentar en 10% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl.	
Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.

establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	
Realizar tamizaje para VIH en personas que ingresan a control tuberculosis.	100% de las personas que ingresan a control por tuberculosis, se realizan examen de VIH.	Realizar examen de VIH a personas en control por tuberculosis
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.).	Incrementar con respecto año anterior la cobertura de	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE.

	mamografía vigente en mujeres de 50 a 59 años.	
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años en AUGE y EMPA.
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	Ecografía abdominal a la población de 35 a 49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas)
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas de 25-64 años con cáncer, dolor, dependencia moderada y severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	Atender en forma integral a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.

Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios	Aumentar en 10% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años).	$\geq 50$ % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.
Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres beneficiarias	100% de cumplimiento de altas odontológicas totales programadas para año en curso	Atención odontológica integral Más Sonrisas para Chile
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y	Atención a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.

trastornos mentales.	sus familias en relación año anterior.	
	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave en relación año anterior.	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.
	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 25 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación año anterior	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol
	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)

	Línea base de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)	Adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)
	Al menos 1 grupo de autoayuda por establecimiento que sesiona mensualmente. Ejemplo: Si un establecimiento tiene un grupo de autoayuda se espera que al cabo de un año	Grupos de autoayuda por establecimiento que sesionaron en el mes (Con al menos 1 sesión en el mes)

	tenga 12 sesiones del (1 mensual por grupo). Si tiene dos grupos de autoayuda son 24 sesiones en el año por ambos grupos.	
--	---	--

### Rehabilitación

Objetivo	Meta	Actividad
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.

## 5. Salud de la Personas Adultas Mayores, Familia y Cuidadoras/es

El abordaje de la salud de las personas adultas mayores, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbilidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia. Todos estos esfuerzos deberían traducirse en una mejor calidad de vida para la población adulta mayor.

### Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención
Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato.	Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato.	Entregar atención oportuna a personas mayores de 65 años víctimas de violencia

		hacia el adulto mayor
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de genero	Aumentar la atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género
Prevenir en dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).
Identificar variables biopsicosociales que	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y

<p>podieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio</p>	<p>años y más por neumonía en domicilio</p>	<p>más por neumonía en el hogar</p>
<p>Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles</p>	<p>Cobertura de vacunación</p>	<p>Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente a personas de 65 años y más en control del Programa Adulto Mayor</p>
<p>Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.</p>	<p>Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados</p>	<p>Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, a los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.</p>
<p>Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben</p>	<p>Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM</p>	<p>Difusión a través de trípticos, pagina web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de</p>

PACAM.		PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.
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.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC $\geq$ 30 mg/grs).	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con microalbuminuria en el PSCV.

<p>Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM</p>	<p>El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.</p>	<p>Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.</p>
<p>Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.</p>	<p>Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior</p>	<p>Búsqueda intencionada de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas</p>

<p>Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.</p>	<p>Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes</p>	<p>Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.</p>
<p>Mejorar y mantener la salud bucal del Adulto mayor.</p>	<p>100% de los adultos mayores que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental</p>	<p>Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental en los ingresos odontológicos de adultos mayores.</p>
<p>Diagnóstico precoz de Tuberculosis en las personas de 65 años.</p>	<p>Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar en mayores de 65</p>	<p>Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas</p>

	años diagnosticados por cultivo	de 65 años y más
Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárido 23 valente en los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura de 80% de Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, por morbilidad	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o por morbilidad, con respecto al año 2014	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.

Realizar Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.	100% de visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con dependencia severos	Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.
Realizar Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial	Aumentar el número de visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial, en relación al periodo anterior	Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial
Aumentar detección temprana de consumo de alcohol (Solo aplica a comunas con Vida sana alcohol)	50% de Adulto Mayor bajo control con AUDIT aplicado	Aplicación de AUDIT por patrón de consumo de alcohol y derivar si corresponde.
Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de	Aumentar el número de AM que cuentan con tamizaje para trastornos	Aplicar instrumento de tamizaje para trastornos mentales GHQ-12

trastornos mentales	mentales GHQ-12 en relación año anterior	
Mejorar la calidad de vida de las personas de 65 años y más con cáncer, dolor, dependencia severa.	A lo menos 2 visitas domiciliarias mensuales a personas con dependencia severa.	Evaluación sobre los cuidados que se le otorga a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales e informar sobre la evaluación al paciente y su familia.
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable basadas en guías alimentarias y de actividad física.

### Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
----------	------	-----------

<p>Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnósticos de trastornos mentales</p>	<p>Establecer línea base personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.</p>	<p>Personas de 65 años y más en tratamiento por diagnóstico de trastorno mental de consumo perjudicial o dependencia de alcohol</p>
	<p>100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento en GES</p>	<p>Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión</p>
	<p>Línea base de adultos mayores en tratamiento por depresión (65 años y más)</p>	<p>Adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)</p>
	<p>Línea base de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y</p>	<p>Adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)</p>

	más)	
	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)
Brindar atención a personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer	Aumentar la cobertura de pesquisa a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Consulta médica ante la sospecha de Alzheimer y otras demencias a personas de 65 años y más
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.

	menos 70% en los años siguientes.	
Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Incrementar en un 15%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.

	años siguientes.	
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c < 7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de la menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.

	últimos 12 meses.	
	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente
Evaluar la calidad de la atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos de 65 años o más que tienen una evaluación	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos de 65 años y más en control en PSCV en el

<p>Guía Clínica GES DM tipo 2) que reciben las personas diabéticas mayores de 65 años en control en PSCV.</p>	<p>de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados en los próximos años.</p>	<p>centro centinela.</p>
<p>Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.</p>	<p>Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.</p>	<p>Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consultan por morbilidad o Urgencia y son derivados a Programa ERA.</p>
<p>Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.</p>	<p>100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.</p>	<p>Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.</p>

## Rehabilitación

Objetivo	Meta	Actividad
<p>Ingresar a la red de rehabilitación a los adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial adquirido</p>	<p>80% de adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial (visual o auditivo) adquiridos ingresan a atención en la red de Rehabilitación</p>	<p>Ingreso de adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial adquirido a la red de rehabilitación</p>
<p>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.</p>	<p>10% de personas con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.</p>	<p>Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.</p>

## 6. Programas Transversales

### Programa de Rehabilitación Comunitaria

El Programa de Rehabilitación Integral en las Redes de Salud, es una estrategia transversal a lo largo del ciclo vital y a los grupos etarios, cuyo foco es la población de 20 y más años. Su objetivo es entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutivez a nivel de la atención primaria de salud.

#### Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PSD.	20% de las actividades y participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa 10% de las personas atendidas en el Centro logran la participación en comunidad 40% de actividades y participación son actividades de promoción de la salud	1.- Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.

#### Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	35 % de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad. Entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar

	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	herramientas de autocuidado a los cuidadores.
--	--	---

**Tratamiento-  
Rehabilitación**

Objetivo	Meta	Actividad
Mantener la atención a personas en situación de Discapacidad leve, moderada o severa.	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson , secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria.
Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería individual o Familiar, con el objetivo de resolver los problemas planteados por ellos en torno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad.	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiar	Consejería individual y consejería familiar
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	10%RBC, 10% RI y 50% RR PSD con Visita Domiciliaria Integral	Visita Domiciliaria Integral
Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	50% de PSD que ingresan al programa cuentan con PTI.	Trabajar con Plan de Tratamiento Integral (PTI) consensuado con la persona y/o su familia, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento

Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia	30 % o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia	Procedimientos con énfasis en movilización.
---	--	---

**Programa de atención domiciliaria en personas con dependencia severa.**

Objetivo	Meta	Actividad
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
	Línea de Base	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).
	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para, asumir el cuidado integral del, paciente
	100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web.	Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores

## Programas respiratorios

### Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios.

### Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Reducir la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas respiratorias	5% de pacientes con Asma y EPOC bajo control declaran hogares libres del humo del tabaco	Visita Domiciliaria a pacientes con diagnóstico de Asma y EPOC para declarar sus hogares libres del humo del tabaco.
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad	Visitas Domiciliarias integrales por profesionales de salud, a familias con pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	Aumentar en 30% la cobertura visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).

### Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
Evaluar calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	90% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso al programa.	Aplicar encuesta de calidad de vida al ingreso al Programa.

## **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA**

En el marco del mejoramiento de la atención en salud primaria y apuntando hacia los desafíos que presenta la acreditación en calidad, éste año al igual que los años anteriores se toma una muestra significativa dentro de los usuarios, para evaluar el grado de satisfacción de las prestaciones recibidas en el CESFAM.

Este trabajo consistió en la aplicación de una encuesta para la medición de la satisfacción del usuario externo en nuestra comuna.

Tomando en cuenta que los niveles generales de satisfacción de los años anteriores fueron bastante elevados, es necesario contar con formas de evaluación constante para no perder terreno en la valoración general que tienen los usuarios hacia el CESFAM y sus dependencias, bajo este punto de vista la aplicación de dicho instrumento se establece como una práctica continua a través de los siguientes años, esto para poder establecer puntos de referencia en años futuros, permitiendo medir comparativamente los resultados y así poder trabajar en las debilidades y mantener las fortalezas. En éste marco aplicamos nuevamente dicha encuesta con los resultados que a continuación exponemos.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizaron 100 encuestas, muestra significativa para una población inscritas validada por FONASA, con un formulario previamente redactado, de forma aleatoria. Se realizan 50 encuestas en CESFAM Hijuelas y 50 en Posta Rural Villa Prat Y Posta La Sombra entre los días 17 y 21 de Noviembre del 2014.

Las encuestas fueron entregadas a los usuarios explicando el objetivo general de ésta y su carácter voluntario y anónimo. Éstas fueron realizadas por funcionarios del CESFAM. Los encuestadores se dispusieron a las salidas del CESFAM y Postas de salud rural para abarcar los profesionales que prestan servicios (psicología, nutrición, kinesiología, medico, matrona, enfermera, tratamiento, farmacia, etc), siendo la selección de encuestados de forma aleatoria.

La encuesta constó de 36 preguntas con respuestas que contienen escalas tanto ordinales como nominales, dependiendo del tipo de pregunta. Las preguntas están enfocadas en 3 temas principales: infraestructura, acceso e información y servicios. Además se preguntó qué servicio utilizó el día de la consulta y cómo lo evalúa. Se analizaron 17 preguntas extraídas del instrumento aplicado en 2013.

El tiempo de duración de cada encuesta fue de 4 minutos aproximadamente.

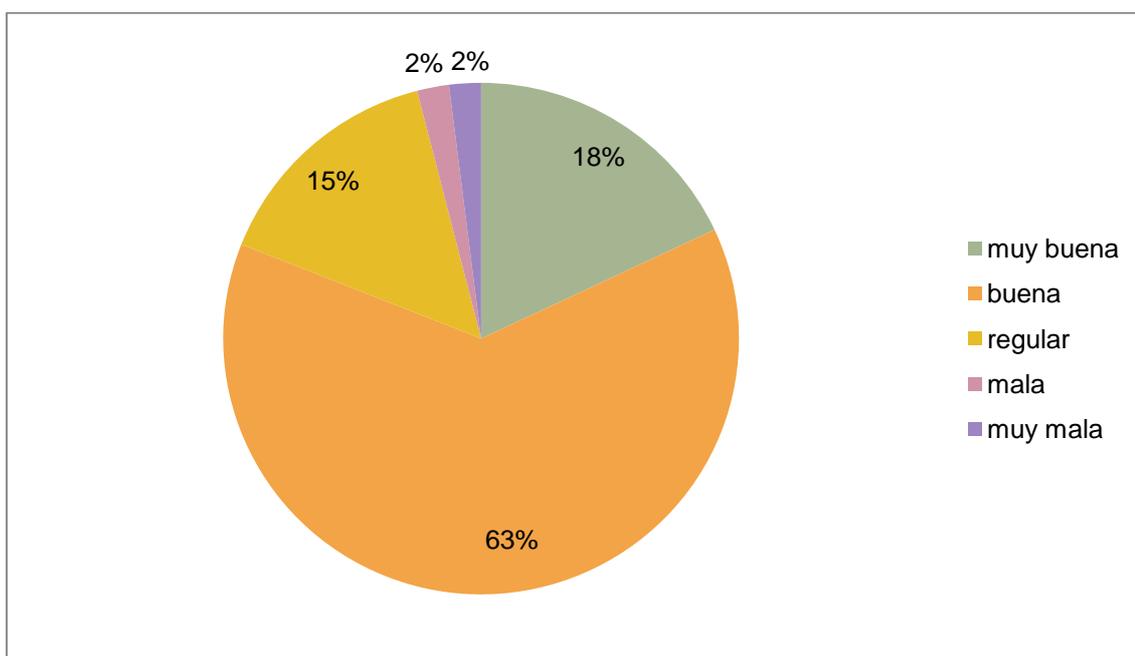
Luego de la obtención de los datos, fueron tabulados en planilla Excel

Criterios de inclusión: personas que asistan al consultorio, mayores de 18 años que hayan recibido alguna atención por el personal del CESFAM.

Criterios de Exclusión: menores de 18 años sin adultos responsables presentes.

## Resultados:

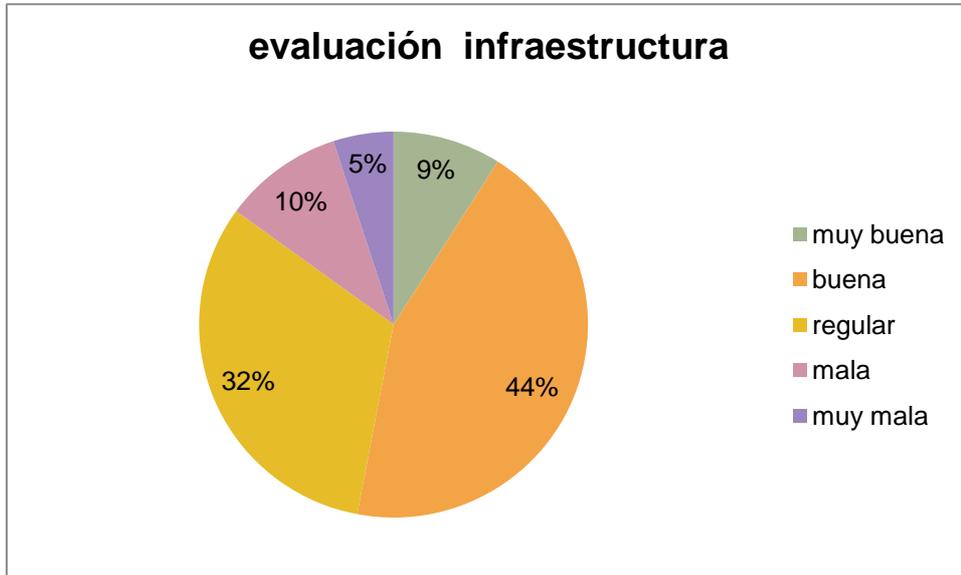
### Evaluación general de la atención del centro de salud



El presente gráfico nos muestra la evaluación general de la atención tanto en el cesfam como en las postas rurales. Como se ve en general la evaluación es buena o muy buena.

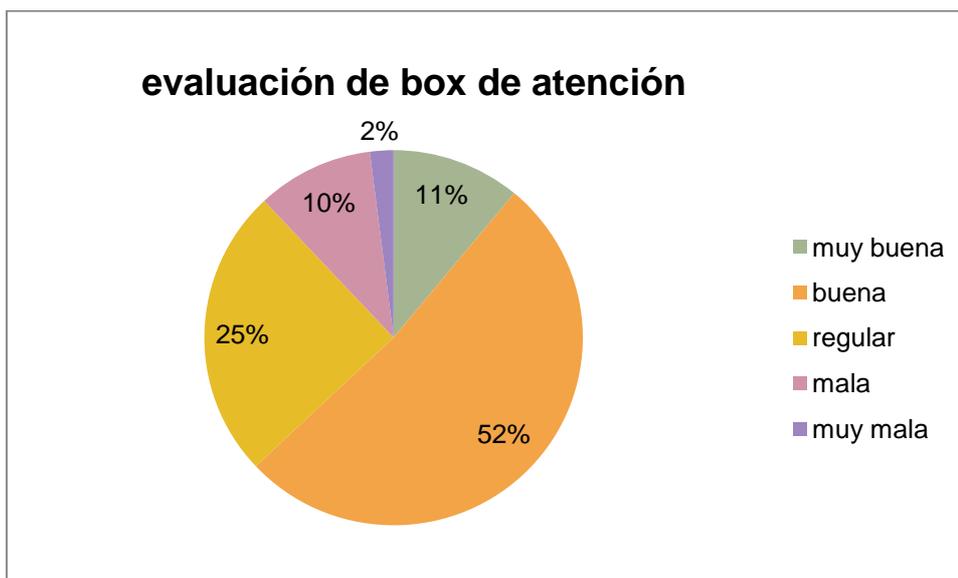
En comparación al año pasado se muestra un aumento en la aprobación de la atención general, subiendo en la evaluación "buena o muy buena" de un 70% a un 81% y bajando en evaluación " muy mala o mala " de un 5% del año pasado a un 4 % actualmente .

### Evaluación de la infraestructura:



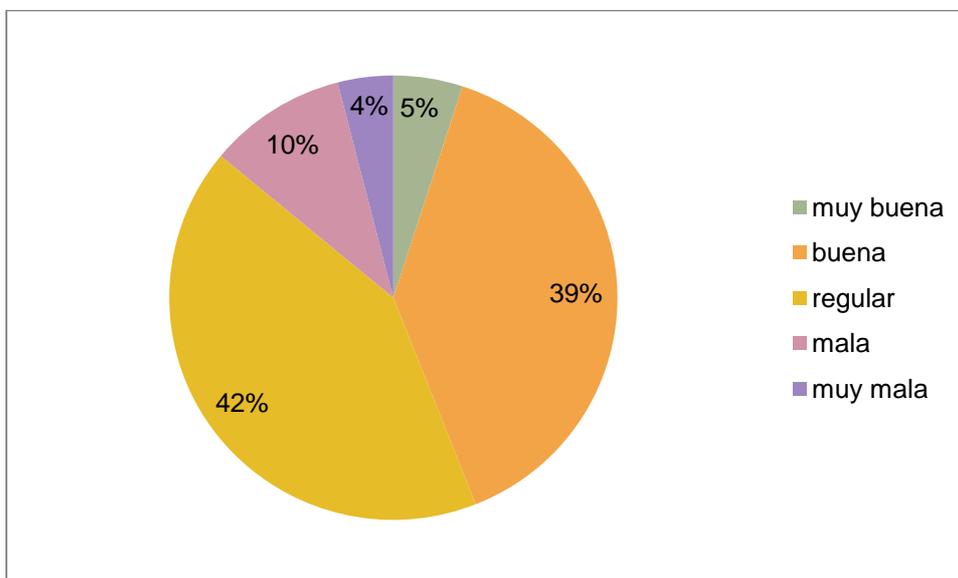
En esta gráfica se denota una tendencia a mayor aprobación en la infraestructura actual, con respecto al año pasado, en que la evaluación “muy buena o buena” alcanzó un 64%, siendo actualmente un 76 %.

## Evaluación de los box de atención



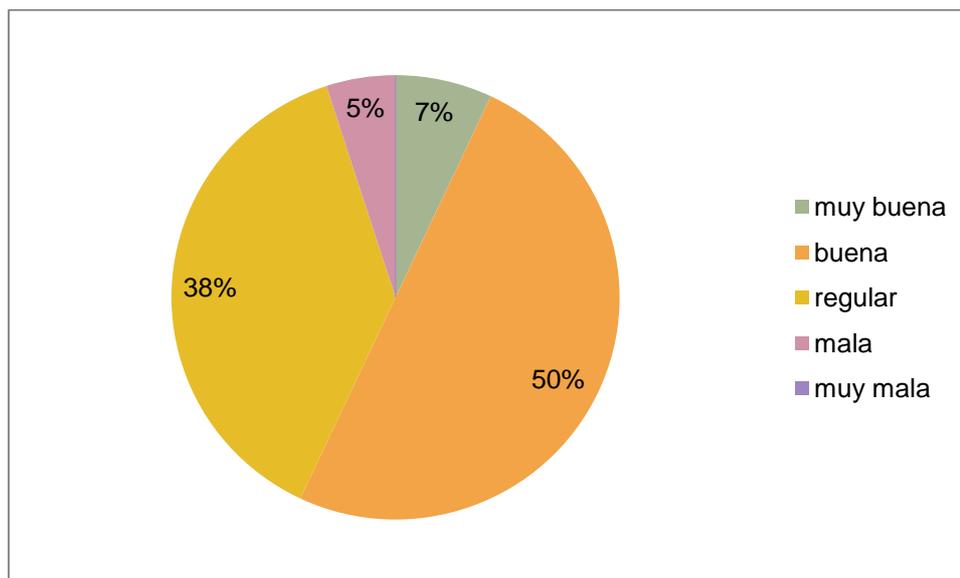
En general se aprecia una evaluación positiva en el lugar donde el profesional presta servicio. Sin embargo queda un descontento de un 13 % de los usuarios que califican este lugar como “malo o muy malo”. Esta desaprobación debería tender a la baja con la apertura de la posta de Romeral y el Cesfam de Ocoa

## Evaluación general de la sala de espera



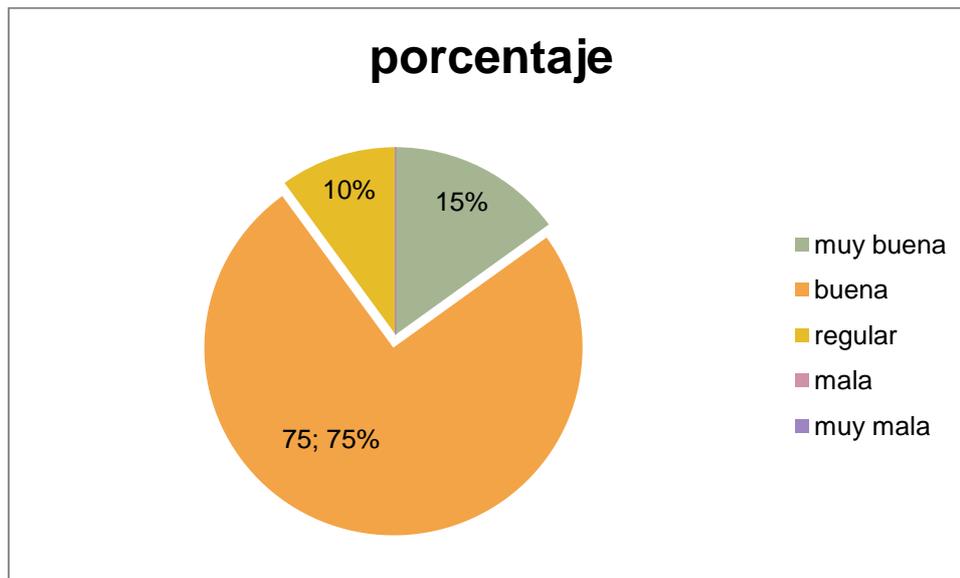
En general se aprecia una evaluación regular de las salas de espera, siendo similares las evaluaciones “ buenas o muy buena “ a la evaluación “ regular”. Esta desaprobación debería tender a la baja con la apertura de la posta de Romeral y el Cesfam de Ocoa.

### Evaluación general de la limpieza del lugar de atención.



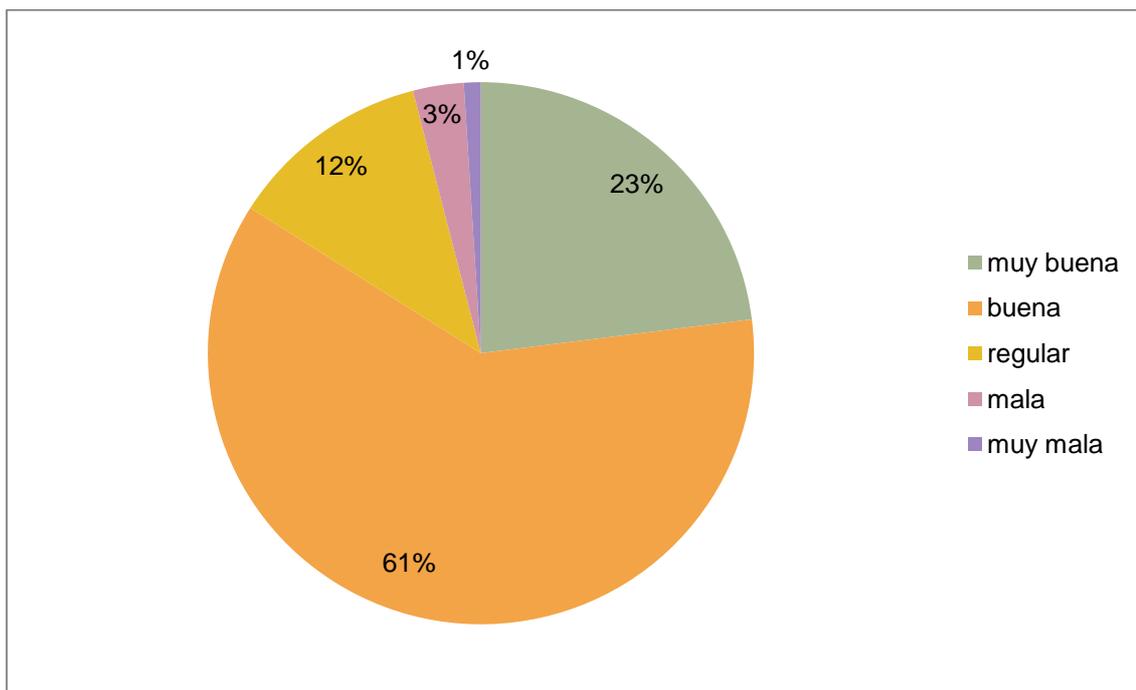
En general, se aprecia en los usuarios una conformidad en la limpieza de los lugares de atención. Sin embargo, debemos trabajar en mejorar la limpieza de las postas rurales, hasta la apertura de los nuevos lugares de atención de romeral y Ocoa.

## Atención del personal administrativo



En general hay satisfacción en la atención del personal administrativo, SOME, secretaría, etc. La evaluación positiva “ muy buena o buena” atención sobrepasa el 90% de las encuestas. No se encontraron en las encuestas evaluaciones “malas o muy malas”. Se mantiene la tendencia positiva del año pasado.

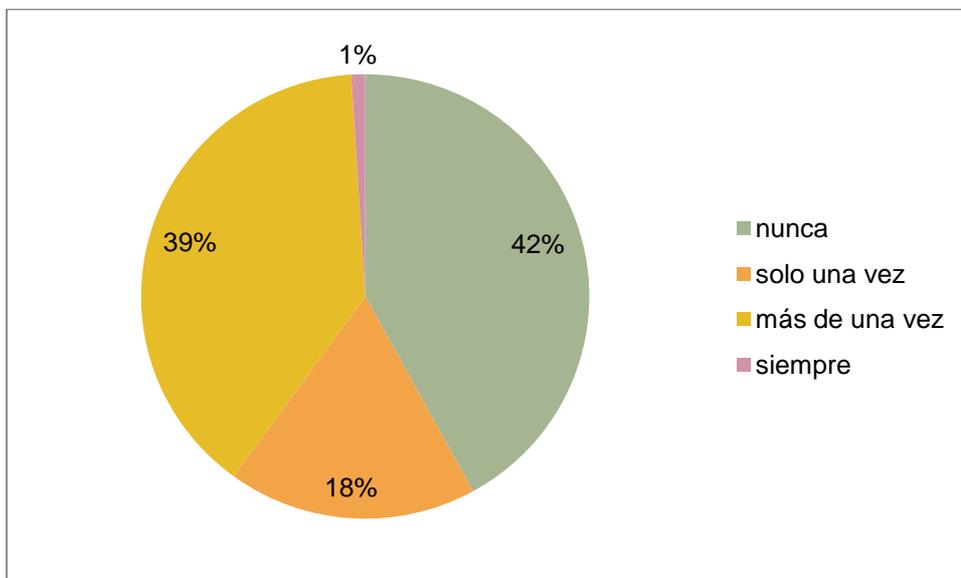
## Evaluación en general de la atención del personal de salud



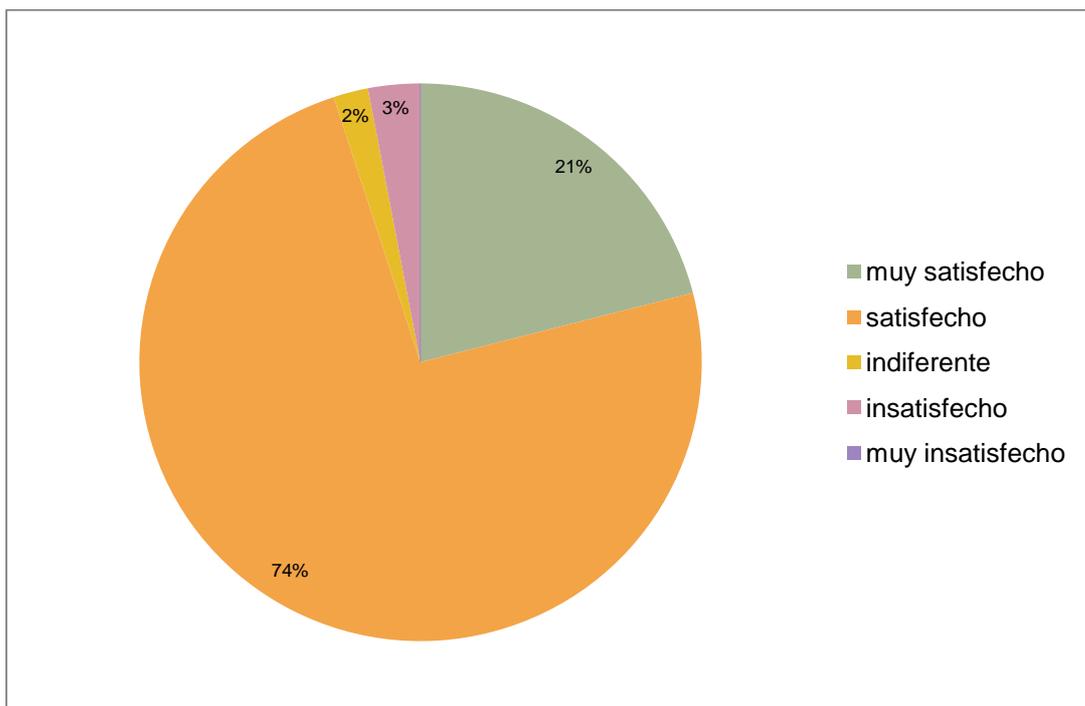
Para la consulta “¿Cómo considera la atención del personal de salud en general?” se produce un efecto similar al ítem anterior, es decir se mantienen los niveles de satisfacción por parte del usuario (*buena + muy buena*), donde la evaluación positiva desciende marginalmente un 86% a un 84 % con respecto al año 2014.

## Evaluación sobre disponibilidad de medicamentos

Para la pregunta , cuantas veces el tratamiento indicado no se encontraba disponible, las respuestas se sitúan en su mayoría en “nunca o sólo una vez”, con un porcentaje acumulado de un 60% Para este ítem, las diferencias más importantes se presentan en una mejora para el stock de medicamentos entregados, los usuarios que nunca encuentran disponibilidad de medicamentos se mantiene en niveles marginales .



## Grado de satisfacción de la atención otorgada



En este gráfico podemos observar que la tendencia positiva (*satisfecho* + *muy satisfecho*) se mantiene e incluso aumenta levemente del 90 al 91 % con respecto al año pasado. Llama la atención que este año no tuvimos usuarios que se manifestaran muy insatisfechos con la atención recibida.

## **CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.**

La capacitación del Personal es uno de los aspectos constitutivos de la Carrera Funcionaria debiendo garantizarse la igualdad de oportunidades para el ingreso y el acceso a la capacitación y al desarrollo de cada funcionario en su respectiva categoría.

Se entiende por Capacitación el perfeccionamiento técnico-profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados en la forma señalada por el marco jurídico de la Ley 19.378.

El 5 de julio del año 2011 se constituye el Comité de Capacitación integrado por representantes de las seis categorías de los funcionarios del Cesfam –Hijuelas, representantes de la asociación de funcionarios, director del CESFAM y el jefe del Departamento de Salud.

Se elabora y aplica al personal una encuesta de interés individuales y generales sobre temas de capacitación para su desarrollo en el año 2014, con el siguiente resultado considerándose en la presentación las de mayor preferencia por parte de cada categoría y del equipo en general. Además de los recursos destinados al plan de capacitación que se explica a continuación, que corresponden a 6 millones, se considera un margen de 2 millones para financiar otras actividades no contempladas en el plan y que por supuesto estén relacionadas con gestión en salud.

[Escribir texto]

PROGRAMA CAPACITACION 2014 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) . SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA - COMUNA DE HIJUELAS

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION	
			A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)		TOTAL	ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS				TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO
1	<b>FORTALECIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN PROGRAMA</b>	Actualizar los conocimientos del programa	12	16	4	13			45	8		1200000		1.200.000	A DEFINIR EXTERNO	ROSA COYOPAE	MAYO
	<b>ACREDITACIÓN</b>	Conocer la normativa de calidad con respecto al proceso de acreditación.		5	2	1	1		9	8		1200000		1.200.000	A DEFINIR EXTERNO	ROSA COYOPAE	SEPTIEMBRE
	<b>DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS</b>	Dar a conocer a los funcionarios sobre la normativa referente a la ley de derechos y deberes de los usuarios	7	15	5	16	10	7	60	8	1200000			1.200.000	A DEFINIR EXTERNO	ROSA COYOPAE	JUNIO
3	<b>PATOLOGÍAS GES</b>	Actualizar conocimientos en patologías y normas GES	1	10	4	13			28	4	0	0	0	0	FONASA	ROSA COYOPAE	JUNIO
6	<b>MANEJO DE EXCEL Y WORD</b>	Actualizar y/o aprender herramientas de word y excel							33	4	0	0	0	0	RENATO PEREZ(PERSONAL INTERNO)	ROSA COYOPAE	MARZO
4	<b>APRENDIZAJE EN FELICIDAD Y AUTOCUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexionar sobre la importancia de la búsqueda de la Felicidad para el desarrollo integral de la salud física individual y colectiva.</li> <li>Incorporar estrategias y acciones para promover el bienestar y la felicidad propia y la de otros.</li> <li>Incorporar estrategias para lograr un clima organizacional y un equipo de trabajo que incorpore emociones positivas que permitan el auto cuidado.</li> <li>Promover la búsqueda de niveles crecientes de bienestar que permitan una mejor calidad de vida para el equipo y los pacientes.</li> </ul>	7	15	5	16	10	7	60	8	1.000.000			1.000.000	A DEFINIR EXTERNO	ROSA COYOPAE	JUNIO
5	<b>AUTOCUIDADO</b>	Adquirir técnicas de autocuidado	5	17	4	16	10	7	59	4	0	0	0	0	ACHS	ROSA COYOPAE	AGOSTO
	<b>APRENDIZAJE EN FELICIDAD Y AUTOCUIDADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflexionar sobre la importancia de la búsqueda de la Felicidad para el desarrollo integral de la salud física individual y colectiva.</li> <li>Incorporar estrategias y acciones para promover el bienestar y la felicidad propia y la de otros.</li> <li>Incorporar estrategias para lograr un clima organizacional y un equipo de trabajo que incorpore emociones positivas que permitan el auto cuidado.</li> <li>Promover la búsqueda de niveles crecientes de bienestar que permitan una mejor calidad de vida para el equipo y los pacientes.</li> </ul>	5	17	4	16	10	7	59	2		1.000.000	-	1.000.000	A DEFINIR EXTERNO	ROSA COYOPAE	MARZO
9	<b>URGENCIA PREHOSPITALARIA Y TRAUMA</b>	Manejar temas relacionados con urgencias y trauma	0	17	4	16	0	7	44	3		1.500.000		1.500.000	A DEFINIR EXTERNO	ROSA COYOPAE	SEPTIEMBRE
8	<b>ELECTRICIDAD Y GASFITERIA BÁSICA</b>	Adquirir conocimientos sobre electricidad y gasfitería						7	7	8		1.050.000		1.050.000	A DEFINIR EXTERNO	ROSA COYOPAE	ABRIL
<b>TOTALES</b>			37	122	36	117	50	42	404	57	2200000	5950000	0	8.150.000	0	0	0



## DESAFÍOS SALUD MUNICIPAL HIJUELAS 2015

<p style="text-align: center;"><b>DESAFIOS SANITARIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfrentar el envejecimiento poblacional</li> <li>• Acortar la brecha en desigualdades e inequidades en Salud</li> <li>• Mantener logros sanitarios alcanzados</li> <li>• Fortalecimiento Modelo Salud Familiar y Comunitario</li> <li>• Fortalecer desarrollo de Centros de Costos</li> <li>• Desarrollo RRHH con equidad</li> <li>• Mejoramiento Calidad Atención</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>GESTIÓN TÉCNICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación del Equipo de Salud para fortalecer el manejo de la información técnica</li> <li>• Fortalecer el trabajo en equipo</li> <li>• Fortalecer el proceso de Sectorización</li> <li>• Actualizar el Diagnóstico participativo</li> <li>• Programación local de acuerdo al diagnóstico participativo.</li> <li>• Evaluación cualitativa de actividades</li> <li>• Análisis de la situación de salud de la comuna</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>DESAFIOS EN GESTIÓN SANITARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información Epidemiológica actualizada y pertinente</li> <li>• Fortalecer la Participación comunitaria</li> <li>• Trabajo en red.</li> <li>• Mejoramiento de los sistemas de registro informático y transmisión de datos</li> <li>• Subir categorización del cesfam , de nivel medio a superior.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo del recurso humano</li> <li>• Estandarización de procesos administrativos</li> <li>• Actualización participativa de los Manuales de Organización</li> <li>• Fortalecimiento de</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>GESTIÓN FINANCIERA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estandarización de procesos financieros y compra de servicios</li> <li>• Análisis y evaluación de presupuestos</li> <li>• Evaluación financiera de proyectos</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>CALIDAD DE LA ATENCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación e información a los clientes externos e internos</li> <li>• Sistema de otorgamiento de horas en SOME</li> <li>• Línea 800 para agendar horas médicas</li> </ul>

<p>los Consejos Técnicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Líneas de comunicación expeditas</li> <li>• Cartera de Proyectos actualizada</li> <li>• Centros de costos</li> <li>• Evaluación de desempeño</li> <li>• Planificación estratégica</li> <li>• Calidad de la Atención</li> <li>• compromiso y creatividad.</li> <li>• coordinación y participación intersectorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de la estructura de ingresos y gastos</li> <li>• Generación de ingresos propios</li> <li>• Adquisiciones por intermedio de Portal de ChileCompra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcado rápido de urgencia.</li> <li>• Medición de Tiempos de Espera</li> <li>• Medición de rechazos</li> <li>• Evaluación de la satisfacción de usuarios</li> </ul>
<p><b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el diagnóstico participativo</li> <li>• Fortalecer Plan de trabajo con la comunidad</li> <li>• Trabajo intersectorial con Consejos de Desarrollo</li> <li>• Desarrollo de Clubes de pacientes crónicos</li> <li>• Incorporar a la comunidad en el Plan de Promoción.</li> </ul>	<p><b>DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoras en infraestructura del CESFAM de Hijuelas.</li> <li>• Reposición en curso Posta de Romeral.</li> <li>• Construcción en curso Posta de Villa- Prat. (Cesfam Ocoa).</li> <li>• Techumbre de Sala de Rehabilitación Cesfam.</li> <li>• Móvil para traslado de personal y visitas domiciliarias.</li> </ul>	

## OFERTA de salud comunal por ciclo vital:

### Actividades Generales

Prestaciones	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 y mas años
Actividades de Promoción de Salud	x	x	x	x
Actividades Educativas individuales y a grupos de riesgo	x	x	x	x
Actividades del programa de desmovilizados y cuidados paliativos	x	x	x	x
Atención Odontológica	x	x	x	x
Consejería Familiar	x	x	x	x
Consulta Kinesiológica ERA		x	x	x
Consulta Kinesiológica IRA	x	x		
Consulta Lactancia Materna	x	x	x	
Consulta Morbilidad	x	x	x	x
Consulta Nutricional	x	x	x	x
Consulta Salud Mental	x	x	x	x
Consulta Salud Mental bebedor problema		x	x	x
Consulta Social	x	x	x	x
Control enfermedades crónicas cardiovasculares		x	x	x
Control enfermedades crónicas no cardiovasculares	x	x	x	x
Control salud	x	x	x	x
Controles déficit DSM	x			
Entrega PNAC / PACAM	x	x	x	x
Evaluación del DSM con aplicación de escalas	x			
Inmunizaciones	x	x	x	x
Intervención Psicosocial Familiar	x	x	x	x
Intervención Psicosocial Grupal	x	x	x	x
Vigilancia Epidemiológica	x	x	x	x
Visita Domiciliaria ChCC	x	x	x	
Visita Domiciliaria Integral	x	x	x	x
Procedimientos Unidad de Tratamiento	x	x	x	x
Atención de urgencia	x	x	x	x
Atención en sala de rehabilitación		x	x	x
Diagnóstico y control de TBC			x	x
Control por podología			v	v

Prestaciones	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 y mas años
Control Prenatal		X	X	
Control Puerperio		X	X	
Control regulación fecundidad		X	X	
Control desarrollo psicoafectivo del feto y preparación parto		X	X	
Control Preconcepcional		X	X	
Control ginecológico preventivo		X	X	X
Consulta de morbilidad obstétrica		X	X	X
Consulta nutricional de la gestante		X	X	
Consulta ITS		X	X	X
Consejería en salud sexual y reproductiva		X	X	X
Consulta VIH / SIDA		X	X	X
Consejería en VIH		X	X	X
Control Climaterio			X	X
Ecografía Obstétrica del primer trimestre		X	X	
Procedimientos ginecobstétrico (2)		X	X	X

Odontología:

Prestaciones	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 y mas años
Atención oftalmológica		x	x	x
Entrega de lentes		x	x	x
Colocación de prótesis dentales				x
Urgencias odontológicas	x	x	x	x
Exodoncias	x	x	x	x
Destartraje y pulido coronario	x	x	x	x
Obturaciones temporales y definitivas	x	x	x	x
Aplicación sellantes	x	x	x	x
Pulpotomías	x	x	x	x
Barniz de flúor	x	x	x	x

Índice de atención primaria:

Al corte a septiembre del 2014 las metas IAAPS son:

COMUNA	COMPONENTE ACTIVIDAD GENERAL - PONDERADOS										Total Cumplimiento en actividades
	META N°1	META N°2	META N°3	META N°4	META N°5	META N°6	META N°7	META N°8	META N°9	META N°10	
	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años	Cobertura de EMPAM de 65 años y más	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	Cobertura de Altas odontológicas totales en población menor de 20 años	Gestión de reclamos en APS	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	Cobertura Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 y más años	Porcentaje de niños y niñas de 12 y 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor, recuperados	Tasa de visita domiciliaria Integral	
CABILDO	7,4%	7,3%	10,0%	7,4%	9,0%	10,0%	8,7%	9,3%	10,0%	12,0%	91,13%
CALERA	10,0%	10,0%	10,0%	9,0%	8,7%	10,0%	9,9%	9,4%	10,0%	11,0%	97,96%
CONCON	5,9%	8,5%	10,0%	9,0%	9,0%	9,9%	8,4%	9,5%	8,8%	11,9%	90,83%
HIJUELAS	10,0%	9,9%	10,0%	9,0%	9,0%	9,7%	10,0%	10,0%	9,5%	9,1%	96,28%
LA CRUZ	10,0%	10,0%	9,8%	9,0%	9,0%	10,0%	9,5%	10,0%	10,0%	7,2%	94,36%
LA LIGUA	9,9%	10,0%	9,7%	9,0%	9,0%	9,4%	10,0%	10,0%	10,0%	12,0%	99,02%
NOGALES	8,5%	8,6%	10,0%	8,9%	9,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	12,0%	97,04%
OLMUE	8,7%	9,4%	10,0%	9,0%	8,5%	10,0%	10,0%	10,0%	9,4%	11,1%	96,14%
PAPUDO	9,4%	10,0%	10,0%	9,0%	9,0%	10,0%	10,0%	10,0%	9,6%	8,1%	95,05%
PETORCA	10,0%	10,0%	10,0%	8,7%	9,0%	7,8%	8,6%	8,5%	8,6%	12,0%	93,18%
PUCHUNCAVI	6,0%	7,6%	9,7%	9,0%	9,0%	10,0%	10,0%	10,0%	6,6%	11,3%	89,16%
QUILLOTA	8,2%	9,2%	10,0%	9,0%	9,0%	10,0%	9,7%	9,9%	9,4%	9,8%	94,21%
QUILPUÉ	7,4%	10,0%	10,0%	9,0%	9,0%	10,0%	10,0%	10,0%	9,7%	12,0%	97,10%
VILLA ALEMANA	10,0%	8,9%	9,2%	9,0%	9,0%	9,9%	9,7%	9,9%	10,0%	9,9%	95,46%
VINA DEL MAR	9,6%	10,0%	10,0%	9,0%	9,0%	10,0%	10,0%	9,9%	10,0%	11,1%	98,67%
ZAPALLAR	10,0%	10,0%	10,0%	9,0%	9,0%	10,0%	10,0%	10,0%	7,7%	12,0%	97,67%
QUINTERO	8,6%	8,7%	10,0%	9,0%	9,0%	10,0%	10,0%	10,0%	9,5%	12,0%	96,86%

## Metas sanitarias:

Al corte a septiembre 2014, las metas sanitarias son:

COMUNAS	COMPONENTE ACTIVIDAD GENERAL										NIVEL CUMPLIMIENTO
	META Nº1	META Nº2	META Nº3A	META Nº3B	META Nº3C	META Nº4	META Nº5	META Nº6	META Nº7	META Nº8	
	Evaluación Desarrollo Psicomotor	Cobertura Papanicolau	Alta Odontológica Adolescentes 12 años	Alta Odontológica Embarazadas	Alta Odontológica niños 6 años	Compensación diabetes bajo control de 15 y más años	Compensación hipertensos bajo control de 15 y más años	Obesidad en niños(as) menores de 6 años	Consejos de desarrollo de Salud funcionando	Evaluación pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años.	Actividad General
CABILDO	0,00	10,56	2,84	4,17	3,45	2,69	4,16	0,00	12,50	12,50	52,87
CALERA	12,50	11,54	3,45	3,64	3,94	9,04	9,93	0,00	12,50	11,64	78,18
CONCON	9,26	12,31	4,17	4,17	4,16	11,17	11,76	12,50	12,50	12,50	94,50
HIJUELAS	5,56	12,26	3,96	4,17	4,16	12,50	12,50	0,00	12,50	12,50	80,11
LA CRUZ	12,50	12,43	4,07	4,17	3,98	12,01	12,33	0,00	12,50	8,65	82,64
LA LIGUA	3,47	12,46	4,17	3,12	4,16	10,66	11,15	12,50	12,50	9,14	83,34
NOGALES	8,10	12,50	3,92	3,73	4,16	12,19	12,50	0,00	12,50	12,50	82,10
OLMUE	12,50	8,03	3,97	3,69	3,92	9,55	12,50	3,98	12,50	11,84	82,48
PAPUDO	0,00	11,85	4,17	4,17	4,16	11,79	12,50	12,50	12,50	12,50	86,14
PETORCA	12,50	12,50	4,17	4,17	4,16	12,14	12,16	12,50	12,50	10,29	97,10
PUCHUNCAVI	0,00	11,61	4,17	4,17	4,16	10,99	11,78	0,00	12,50	10,29	69,67
QUILLOTA	10,33	10,42	3,68	4,17	4,10	12,50	11,33	12,50	12,50	12,50	94,02
QUILPUE	8,90	11,78	4,17	4,08	3,86	11,50	12,50	12,50	12,50	12,50	94,28
VILLA ALEMANA	9,87	12,12	4,17	3,87	4,16	11,17	11,29	12,50	12,50	10,99	92,64
VIÑA DEL MAR	9,44	12,13	4,13	4,17	3,90	12,12	12,45	0,00	12,50	12,15	82,99
ZAPALLAR	12,50	12,50	4,06	4,17	4,16	12,50	12,50	12,50	12,50	12,50	99,89
QUINTERO	9,26	12,36	3,76	4,17	4,16	12,50	12,50	12,50	12,50	6,05	89,76

**PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL 2015**

<b>CUENTAS</b>	<b>DENOMINACION</b>	<b>MONTO EN M\$</b>
115-00-00-000-000-000	DEUDORES PRESUPUESTARIOS 111	1.635.147
115-03-99-000-000-000	OTROS TRIBUTOS	
115-05-00-000-000-000	C X C TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.536.767
115-05-01-000-000-000	DEL SECTOR PRIVADO	
115-05-03-000-000-000	DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	1.536.767
115-05-03-006-000-000	DEL SERVICIO DE SALUD	1.434.392
115-05-03-006-001-000	ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378 ART. 49	1.104.082
115-05-03-006-002-000	APORTES AFECTADOS	330.310
115-05-03-099-000-000	DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	28.875
115-05-03-100-000-000	DE OTRAS MUNICIPALIDADES	
115-05-03-101-000-000	DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU	73.500
115-08-00-000-000-000	C X C OTROS INGRESOS CORRIENTES	37.800
115-08-01-000-000-000	RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS	37.800
115-08-01-001-000-000	REEMBOLSO ART. 4 LEY N °19.345	
115-13-00-000-000-000	C X C TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	33.280
115-13-03-000-000-000	DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	33.280
115-13-03-099-000-000	DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	33.280
115-15-00-000-000-000	SALDO INICIAL DE CAJA	27.300
	<b>TOTAL</b>	<b>1.635.147</b>

**HIJUELAS**, 29 de Septiembre de 2014.-

VISTOS; teniendo presente las disposiciones legales vigentes que se debe fijar la dotación del personal para el área de salud municipal antes del 30 de septiembre de cada año; considerando las disposiciones legales vigentes establecidas en los Artículo 10° al 12°, Párrafo 1° de la Ley N° 19.378 y Artículos 5° ; 6°; 7° Y 8° del Decreto N° 1.889 que aprueba el Reglamento de la Ley de Atención Primaria de Salud, que corresponde fijar la dotación del personal para el área de salud municipal para el año 2015, para las Categoría A-B-C-D-E-F; dictar luego el decreto que fija la correspondiente dotación con el objeto de enviarlo al Servicio de salud Viña del Mar Quillota para su toma de razón y aprobación respectiva. las disposiciones del D.F.L. Nro.1-20.033, del Ministerio del Interior Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, del 09 de Mayo del 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado, de la Ley Nro.18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades. Por lo tanto al Municipio de Hijuelas a través del Departamento de Salud de Hijuelas, de acuerdo a las disposiciones de los Artículo 10° al 12°, Párrafo 1° de la Ley N° 19.378 y Artículos 5° - 6° y 7° del Decreto N° 1.889 que aprueba el Reglamento de la Ley de Atención Primaria de Salud, y sus modificaciones posteriores, le corresponde fijar la dotación del personal para el área de salud municipal para el año 2015.

**Y CONSIDERANDO;** 1.- La población beneficiaria de Hijuelas es de 21.148 inscritos ( art.11,letra a ) y las Características Epidemiológicas de la Población corresponden a los parámetros esperados, por cuanto en una zona agrícola rural como Hijuelas, las características epidemiológicas son bastante variadas en este aspecto van desde infecciones alérgicas por pesticidas, pobreza de la población y diferentes patologías por la condición geográfica a saber; población con problemas de hipertensión, dislipidemia, diabetes, depresión, enfermedades ostiomusculares, respiratorias (con asma, alergia y EPOC) y obesidad, son las más relevantes de nombrar las cuales requieren de una optima atención.( art.11 letra b)

2.- En razón de las normas técnicas del Ministerio de Salud y el plan de salud comunal se requiere cumplir con todos los programas de atención primaria, incluidas las patologías GES, que implica mantener una optima dotación profesional de médicos cirujanos, cirujanos dentistas, matronas, enfermera, kinesiólogos, psicólogos paramédicos, químicos farmacéutico, nutricionista, enfermeras, y personal de apoyo para el cumplimiento de las labores encomendadas; a saber, deberán ejecutar atenciones en los siguientes programas, entre otros: ( art.11 letra c y d)

2.1. Programa Cardiovascular

2.2. Programa Cuidado Paciente postrado

2.3 Programa de control y tratamiento Enfermedades Crónicas

2.4 Programa Odontológico Familiar

2.5 Programa Odontológico Adulto

2.5 Programa Odontológico Mujeres y Hombres Escasos Recursos

2.6 Programa Altas Integrales Odontológicas

2.7 Programa Prevención Cáncer Cervico Uterino

2.8 Programa Desarrollo Bio sicosocial

2.9 Programa IRA y Era

2.10 Programa Resolución de Especialidades

2.11 Programa Promoción de Salud

2.12 Programa Salud Mental

2.13 Programa de rehabilitación Comunitaria

3.- El área de Salud tiene la responsabilidad de atender, un Consultorio Municipal rural, 2 Postas Rurales con Paramédicos residentes y 5 Estaciones Medico Rurales, lo que hace que el personal requerido sea el máximo para cumplir con las rondas rurales y la atención que la comunidad requiera. ( art. 11 letra e )

4.-Para ello el presupuesto vigente es adecuado, ya que por población inscrita los fondos que se perciben permiten financiar los sueldos y el 15 % de los gastos de funcionamiento, llegando al 100% con los aportes que otorga la Municipalidad de Hijuelas. (art. 11 letra f).

Conforme a lo determinado en los puntos anteriores se da cumplimiento con lo estipulado en la ley 19.378 en su art. 11 letras a, b, c, d, e y f en cuanto a los criterios sobre la determinación de a dotación para el área de salud municipal.

#### **DECRETO N°**

**FIJESE** la dotación para el año 2015 del área de salud municipal la cual será de un total de 4852 horas semanales distribuidas de la siguiente forma:

**CATEGORIA A:** - En esta categoría se precisan un total de 660 horas semanales de acuerdo al siguiente detalle:

- 220 horas de Cirujano Dentista, para atención en el Consultorio y Posta Rural de Villa Prat.
- 396 horas Médicas que se distribuyen a horas semanales en las Postas y Estaciones Médico rurales dependientes y en el Consultorio Municipal que corresponden a Atenciones de Morbilidad, implementación de los programas cardiovascular y otros que permiten una optima atención.
- 44 horas de Químico Farmacéutico, para mejor control en Farmacia del Consultorio, Postas y Puestos de salud.

**CATEGORIA B:** En esta categoría se precisan 1200 horas, semanales con el siguiente detalle de distribución:

- 198 Horas de Enfermera, para atención en el Consultorio, Postas y Puestos de salud dependientes en los programas de salud del niño y el adulto programa crónicos o Cardiovascular.,
- 176 Horas de Matrona para atención en Consultorio, Postas y Puestos de salud, en el programa de la mujer, prevención del Cáncer Cérvico-uterino, programa de desarrollo bio-sicosocial y educación a la comunidad.
- 176 Horas de Asistente Social, para Consultorio, Postas y Puestos de Salud dependientes.
- 132 Horas de Psicólogo, para desarrollo del programa de Salud Mental, trabajo con la comunidad en prevención de la depresión, atención infantil y otras que precise la comunidad.
- 132 horas de nutricionista para programa cardiovascular y enfermos crónicos del consultorio, postas, además para programas de promoción y prevención de salud.
- 220 horas de kinesiólogo de las cuales 44 son para desarrollo del programa IRA, Enfermedades respiratorias Agudas y 88 horas para programa ERA, Enfermedades respiratorias Adultos, además de 88 para programas de recuperación física o tratamientos kinésicos.
- 176 Horas, administrativas Director Departamento de Salud y Asesor computacional en programas mantención y otros profesionales.

**CATEGORIA C:** 396 Hrs.; Esta categoría con la aplicación de la Ley Nº 20.157, y sus modificaciones, beneficiando principalmente a los técnicos de Nivel Superior de Enfermería y Odontológicos, que trabajan en los diferentes programas, cardiovascular, maternal, esterilización, tratamiento, farmacia, postas, odontológicos, PNI, entre otros propios de la atención primaria de salud.

**CATEGORIA D :** - Esta categoría la conforman los Técnicos Paramédico y se precisan 1232 horas semanales las cuales corresponden a :

- 176 Horas para atención en los programas Maternales ( Trabajo directo con Matronas )
- 176 Horas, para atención directa con enfermeras en Consultorio, Postas y Puestos de Salud.
- 176 Horas para Tratamiento y preparación para Médicos ( Consultorio)
- 132 Horas para atención en farmacia
- 132 Horas para atención con Dentista
- 88 Horas para Esterilización.
- 220 Horas para la atención con kinesiólogo programas IRA, ERA y tratamientos kinésicos
- 132 Hrs para la atención en la Posta de Romeral

**CATEGORIA E** : - Para esta categoría se precisan 792 horas distribuidas de la siguiente forma :

- 396 Horas para atención Some, que distribuyen su trabajo en la entrega de números, inscripción Per- cápita, entrega de fichas, archivo de las mismas fichas, calificación de derecho, estadísticas , tramite de ínter consultas, trámites garantías GES, etc.
- 264 Horas de Secretaría y Finanzas, Trámite de correspondencia, archivos, remuneraciones, adquisiciones elaboración de Decretos de Pagos, proceso de licitaciones públicas, decretos administrativos y otros propios de archivo e inventarios.
- 132 Horas de trabajo de estadística del Consultorio Postas y Puestos de Salud Municipal e informática

**CATEGORIA F** :- 572 horas, distribuidas en la siguiente forma:

- 308 Horas en auxiliares Choferes de Ambulancia y Transporte de Personal
- 264 Horas en auxiliares de Aseo y Mantenimiento del recinto.

Enviase dicha Dotación al Servicio de salud Viña del Mar Quillota para su aprobación u observaciones a que haya lugar , manteniendo la Municipalidad el derecho que le confiere el estatuto de Atención Primaria Municipal para reformar o solicitar la aprobación total de dicha dotación de Salud Municipal

ANOTESE, COMUNIQUESE, ARCHIVASE

VERONICA ROSSAT ARRIAGADA

ABOGADA

ALCALDESA

CARLOS CAMPOS VICENCIO

SECRETARIO MUNICIPAL

## **DISTRIBUCIÓN:**

- Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
- Secretaría Municipal
- Salud
- Finanzas
- Control
- Archivo Partes
- Archivo

**VRA/CCV/CZZ/coe**

