



PLAN DE SALUD 2016 MUNICIPALIDAD DE PITRUFQUÉN



TRABAJO PLAN DE SALUD

- Equipo Gestor

EDICIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL

- Andrea Molina Molina

COMISIÓN DE TRABAJO PLAN DE SALUD COMUNAL

- Viviana Arroyo
- Andrea Molina
- Jessica Montiel
- Camila Candia
- Claudia Jiménez
- Leidy Inostroza
- Pilar Miranda
- Carolina Pacheco
- Nadine Neira
- Alejandro Toro
- Karen Sandoval
- Erika Ulloa
- Sylvia Agurto

❖ *Apoyo técnico SSASUR. Pauta de contenidos mínimos.*

INDICE

INDICE.....	3
INTRODUCCION	7
DIAGNOSTICO COMUNAL	8
Información básica.....	8
Población 2015.....	10
Población por etnia declarada.....	11
RED DE PRESTADORES DE SALUD EN LA COMUNA	12
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE PITRUFQUÉN.....	12
Disposiciones generales.....	12
Descripción Consultorio General Rural (CGR) Pitrufquén.....	12
CARTERA DE SERVICIOS CGR.....	13
Programa de salud del niño y la niña.....	13
Programa de salud del adolescente	13
Programa de la mujer.....	14
Programa del adulto.....	14
Programa del adulto mayor	15
Actividades con garantías explícitas en salud asociadas aProgramas.....	15
Actividades generales asociadas a todos los programas.....	16
PERFIL NUEVA CONSTRUCCIÓN CESFAM	16
Recursos físicos.....	16
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR CECOSF ULTRAESTACION	19
CARTERA DE SERVICIO CECOSF ULTRAESTACIÓN	20
POSTAS RURALES	22
EQUIPO SALUD RURAL	23
ROLES DE LA POSTA DE SALUD RURAL	24
Cartera de servicios zona rural	24
SECTORIZACIÓN COMUNAL	26
Nómina de organizaciones que trabajan las postas de salud rural	29
Agrupaciones comunitarias sector CECOSF	30
SITUACIÓN DE POBREZA DE LA COMUNA	31
SITUACIÓN DE EDUCACIÓN.....	32
ORGANIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL	33
Derivaciones a CGR Pitrufquén.....	34

Derivaciones de CGR a Hospital de Pitruquén	35
Derivaciones de DSM (CGR, Postas y CECOSF) a Municipalidad	35
Derivaciones de DSM (CGR, Postas y CECOSF) a otras especialidades médicas	36
INFORMACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD	37
NATALIDAD	37
ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN AÑOS POR PERIODO Y SEXO	37
ÍNDICE AVPP	38
MORTALIDAD GENERAL E ÍNDICE DE SWAROOP	39
Mortalidad Infantil:	39
Mortalidad adultos mayores:	40
Mortalidad por causas:	41
EGRESOS HOSPITALARIOS	42
MORBILIDAD	44
Consultas de Morbilidad comunal:	44
Consultas Consultorio General Rural	45
Consultas CECOSF	46
Consultas postas rurales	48
Licencias Médicas	50
EVALUACIÓN SITUACIÓN 2015	52
Cumplimiento planes de acción	52
EVALUACIÓN PAUTA	55
Eje de promoción	55
Participación: Consejo de desarrollo local	58
PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL EN APS	60
CALENDARIOS RURAL 2015	62
CUMPLIMIENTO METAS IAAPS (CORTE JUNIO 2015)	64
CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS (Corte Junio 2015)	67
COBERTURA PROGRAMA DE VACUNACIÓN	69
PLAN DE TRABAJO DE VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA Y ANTINEUMOCOCICA 2015	69
PLAN DE TRABAJO DE VACUNACIÓN VACUNACION ESCOLAR AÑO 2015	72
COBERTURAS VACUNAS	73
RESOLUTIVIDAD	74
CAPACITACIONES	75
Convenios 2015	77
PLAN DE ACCIÓN 2016	79

PRESUPUESTO.....	79
DOTACIÓN PERSONAL	84
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN 2016.....	86
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES CON PERTINENCIA SOCIOCULTURAL Y ENFOQUE DE GÉNERO.....	90
MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA.....	90
SALUD MATERNA Y PERINATAL – NEONATAL.....	91
SALUD EN LA INFANCIA:	97
SALUD DEL ADOLESCENTE.....	104
SALUD EN EDAD ADULTA	117
SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES.....	127
ESTRATEGIAS TRANSVERSALES.....	135
ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN.....	136
Estrategia de atención domiciliaria en personas con dependencia severa.....	142
Estrategias Transversales: Programas Respiratorios.....	145
SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS.....	146
PROGRAMA DE TUBERCULOSIS.....	148
TRABAJO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO.....	151
EJE DE PROMOCIÓN	151
EJE PREVENCIÓN.....	152
EJE ENFOQUE SALUD FAMILIAR.....	158
TALLERES PROGRAMA CARDIOVASCULAR	159
EJE INTERSECTOR Y TERRITORIO.....	165
EJE CENTRADO EN LA ATENCIÓN ABIERTA	167
EJE TECNOLOGÍA.....	168
CALENDARIO RADIAL	169
EJE CALIDAD	171
PLAN DE ACCIÓN: DISMINUCIÓN POLICONSULTANTES HOSPITAL PITRUFQUÉN INSCRITOS.....	173
Plan Satisfacción Usuaría.....	177
PLAN DE PROMOCION DE SALUD COMUNAL 2016.....	179
EJE PARTICIPACIÓN CONSEJO DESARROLLO	183
Resumen Diagnóstico Participativo CECOSF Ultraestación.....	186
ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y DE APOYO A LA GESTIÓN DEL PROGRAMA	193
ACTIVIDADES AUTOCUIDADO.....	193

PLAN DE TRABAJO PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL PARA EL 2016	194
PLAN COMUNAL DE SALUD BUCAL	199
PROGRAMA ODONTOLÓGICO APS COMUNAL	200
PLAN DE DIFUSIÓN MESES TEMÁTICOS	202
POLICLINICO NANEAS	203

INTRODUCCION

El plan de salud comunal es la herramienta operativa de una localidad y que recoge las orientaciones sectoriales, para el despliegue de actividades según su contexto local, además de las expectativas y necesidades de la población a cargo

En este plan, se enmarcan las distintas actividades con que cuentan, tanto los centros de salud, como los usuarios de éstos. Este año se ha prestado especial atención a la implementación del Modelo de Salud Familiar, el cual es la guía de todo el proceso sanitario, tanto en el sector urbano como rural. No sólo se buscarán actividades que logren el bienestar físico individual, sino que ahora, se hace énfasis en la familia, entorno del usuario, comunidad, y cómo estos componentes se relacionan entre si.

Está la convicción de que cada información descrita en este plan, logra aportar en gran medida a la creación de un modelo de atención con enfoque familiar y comunitario e indica también, el camino que se recorrerá en los próximos años la salud de Pitrufquén.

Cada una de las actividades compromete tanto a los funcionarios en su trabajo, como a los usuarios y sus familias en el empoderamiento de su salud, ya que si bien las actividades de rehabilitación y tratamiento cobran un rol importante, son las actividades de promoción y prevención las que son la base de la salud en atención primaria.

DIAGNOSTICO COMUNAL

Información básica

La comuna de Pitrufquén, pertenece a la Provincia de Cautín, región de la Araucanía. Se encuentra ubicada a una distancia de 30,6 km al sur de la ciudad de Temuco, con una superficie de 580,7 km²., lo que representa un 1,8% de la superficie de la Región.

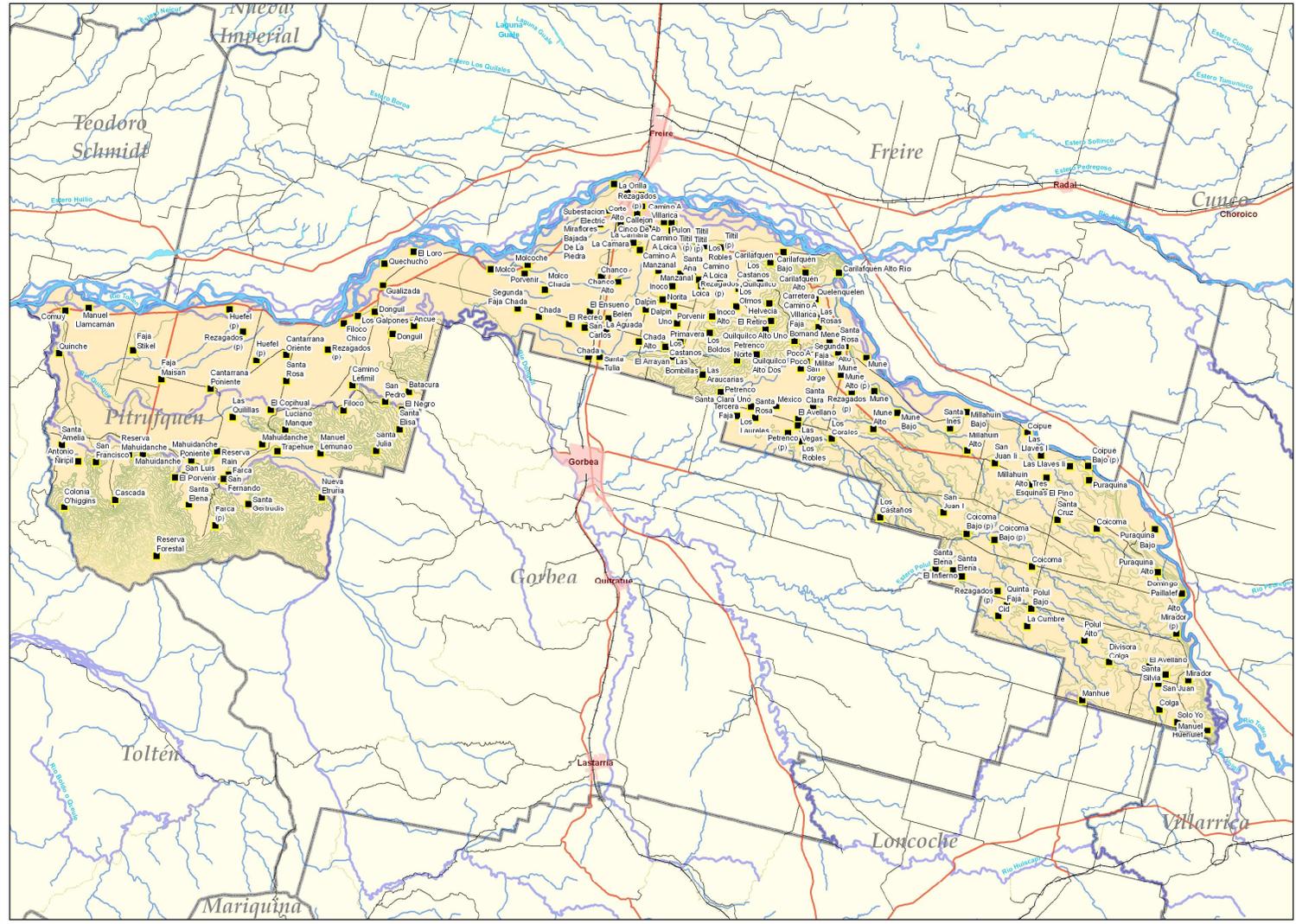


La comuna limita al Norte con las comunas Freire, al este con la comuna de Villarrica, hacia el sur limita con las comunas de Gorbea y Loncoche y al Oeste con las comunas de Tolten y Teodoro Schmidt.

Su población representa el 2,5% de la población regional, lo que corresponde a un 3,1% de la población provincial. La distribución por sexo muestra que por cada 100 mujeres hay 97,1 hombres.



Mapa Base Comuna de Pitrufquén



Centros Poblados
■

Cuerpos de Agua
☁

Límites Comunales
□

Áreas urbanas
+

Línea Férrea
—+—

Red Vial

- +— Pavimento
- /— Ripio
- \— Tierra

Red Hidrográfica

- Canales
- Esteros
- Quebradas
- Ríos

0 1,25 2,5 5 KMTS

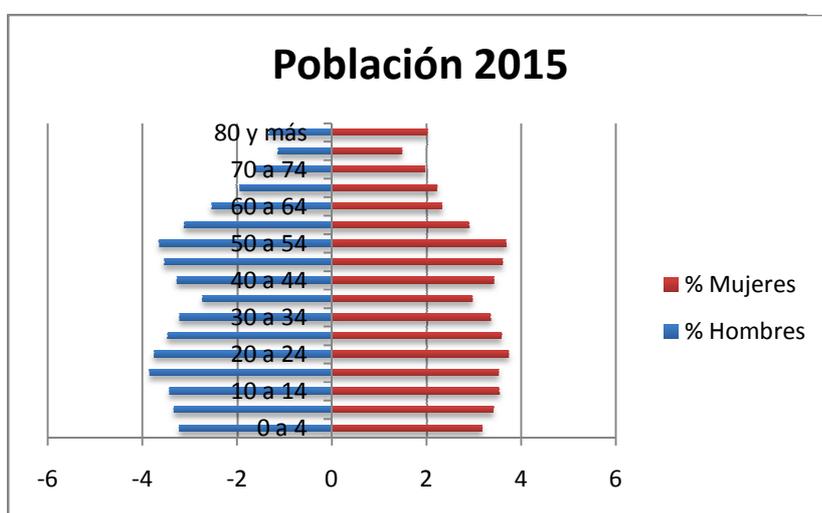
Base Cartográfica:
1:0.0 (2000)
1:0.0 (2008)

"Los mapas impresos por esta unidad, que se refieren o relacionan con los límites y fronteras de Chile, no comprometen en modo alguno al Estado de Chile de acuerdo al Artículo 2º, letra g del DFL Nº 03 de 1979, del Ministerio de Relaciones Exteriores."

Elaborado por Sistema Integrado de Información Territorial.
Asesoría Parlamentaria BCI.
Teléfono: 226 31 56 e-mail: silt@bcn.cl, 17 de Abril 2008

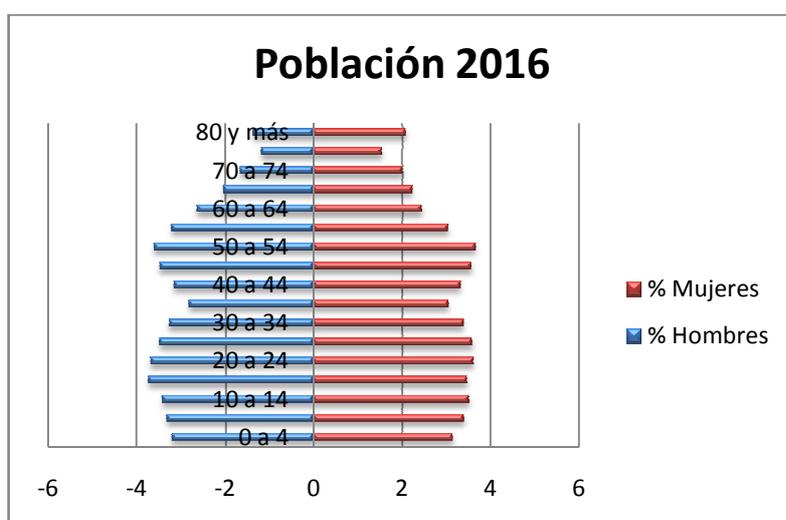
Población 2015

La población estimada para el año 2015, según la proyección del Censo 2002, para la comuna de Pitrufquén es de 24502 habitantes, siendo 12022 hombres y 12480 mujeres. Para el año 2016 se proyecta una población de 24585 habitantes, siendo de ellos 12051 hombres y 12.534 mujeres. Tal como ocurre a nivel país, la población de adultos mayores ha ido en considerable aumento, transformándose la tradicional pirámide en casi un rectángulo, lo que debe llevar a mejorar las políticas públicas orientadas a esta población, la que ha ido en aumento gracias a la adición de años de esperanza de vida.



Fuente: INE

Estimación población 2016



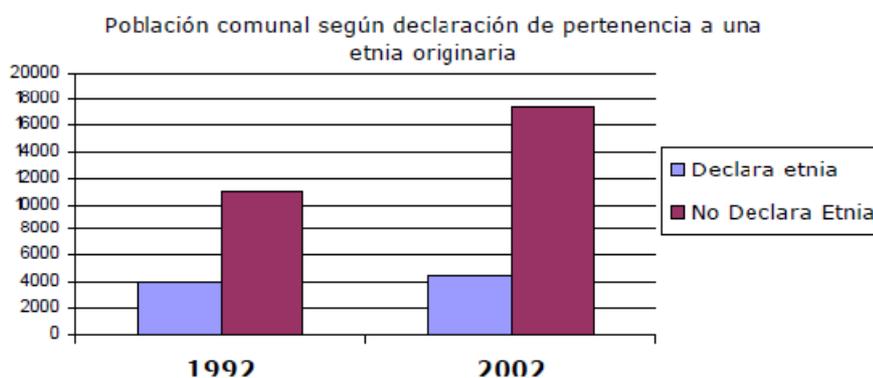
Fuente: INE

Población por etnia declarada

Según los datos del censo del año 2002 (actuales más confiables), la población que se declara con algún tipo de etnia corresponde a 20,7%, en su mayoría población de origen mapuche.

	Año 1992		Año 2002	
	Población	%	Población	%
Declara	3.874	25,1	4.560	20,7
No Declara	10.977	73,9	17.428	79,3
Total	14.851	100	21.988	100

Nota: Diferencia de método no permite comparación intercensal.



Fuente: Censo 2002, INE

RED DE PRESTADORES DE SALUD EN LA COMUNA

Los establecimientos de salud que componen la red de prestadores de la comuna están compuestos por:

- Un Hospital comunal, Nudo para 6 comunas. Cuenta con especialidades para resolución de la red asistencial.
- 6 Postas de Salud Rural y 7 Estaciones Médico Rurales.
- 1 CECOSF.
- 1 CESFAM

DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE PITRUFQUÉN

Disposiciones generales

La Directora de Departamento de Salud es la Sra. Verónica Aravena Flores. Dependen del Departamento de Salud el CESFAM, el CECOSF y sus respectivas Postas de Salud Rural.

Descripción Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Pitrufrquén

El CESFAM de Pitrufrquén, cuyo código proporcionado por el SSASUR es 21-353, se encuentra ubicado en el Sector Oriente de la Comuna de Pitrufrquén en calle Domingo Santa María #520. Es un establecimiento inserto en el nivel local, no se encuentra normalizado, comenzó a funcionar el 9 de mayo de 2011, el proyecto consistió en la readecuación y habilitación de una infraestructura existente, donde funcionaba el CAD.

Se trabaja en actividades de Promoción, Prevención y Participación con los usuarios del sector urbano y peri-urbano, considerando los lineamientos del ministerio de salud, teniendo en cuenta también que es una de las actividades consideradas primordiales en la implementación del modelo de salud familiar.

Es importante mencionar que la infraestructura remodelada no se condice con la cantidad de actividades asistenciales correspondientes a la atención primaria, cartera de prestaciones del Consultorio, considerando en el corto plazo un proyecto de ampliación del establecimiento, además en este periodo de tiempo hay que focalizarse en el proceso de obtención de la autorización sanitaria de la infraestructura actual.

Actualmente, tiene un 50,4% de aprobación de la nueva pauta de certificación de CESFAM (Resolución 5825 del 17 de noviembre de 2015. Se adjunta en anexo 2) por lo que ya califica para ese tipo de establecimiento, ya que el porcentaje de exigencia es de un 30%, pero aun está en espera el decreto.

CARTERA DE SERVICIOS CESFAM

Programa de salud del niño y la niña

- Control de salud del niño
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Control de malnutrición
- Consulta de lactancia materna
- Educación a grupos de riesgo
- Consulta nutricional
- Consulta de morbilidad
- Control de enfermedades crónicas
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
- Consulta kinésica
- Consulta de salud mental
- Vacunación
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Atención a domicilio

Programa de salud del adolescente

A nivel de cartera de servicios, si bien no existe un programa de salud estructurado para el adolescente, igualmente se entregan las prestaciones que a continuación se detallan:

- Control de salud
- Consulta morbilidad
- Control crónico

- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico preventivo
- Educación grupal
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta morbilidad ginecológica
- Intervención Psicosocial
- Consulta y/o consejería en salud mental
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria: Este programa contempla a aquellas adolescentes incorporadas a control prenatal donde se les beneficia con la entrega de Purita Mamá.
- Atención a domicilio
- Examen de Medicina Preventiva (Ficha Claps)

Programa de la mujer

- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico preventivo
- Educación grupal
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta morbilidad
- Consulta nutricional
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- PAP
- Examen físico de mamas
- Paternidad responsable
- Planificación Familiar
- Examen de Medicina Preventiva

Programa del adulto

- Consulta de morbilidad
- Examen de Medicina Preventiva
- Consulta y control de enfermedades crónicas (PSCV, EPOC, EPI)
- Consulta nutricional
- Control de salud
- Intervención psicosocial
- Consulta y/o consejería de salud mental
- Educación grupal
- Atención a domicilio
- Atención podología a pacientes con pie diabético

Programa del adulto mayor

- Consulta de morbilidad
- Consulta y control de enfermedades crónicas
- Consulta nutricional
- Control de salud
- Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor
- Intervención psicosocial
- Consulta de salud mental
- Educación grupal
- Consulta kinésica
- Vacunación anti-influenza
- Atención a domicilio
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
- Atención podología a pacientes con pie diabético

Actividades con garantías explícitas en salud asociadas aProgramas

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: Consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de Adolescente, Adulto y Adulto Mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en Programas Adolescente, Adulto y Adulto Mayor.
- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos
- Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: Consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: Consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: Consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto y adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programas del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: Consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.

Actividades generales asociadas a todos los programas

- Visita domiciliaria integral
- Consulta social
- Tratamiento y curaciones
- Extensión Horaria
- Intervención Familiar Psicosocial
- Diagnóstico y control de la TBC
- Evaluación de familia de riesgo
- Atención Domicilio a pacientes postrados
- Visita Domiciliaria integral
- Dispensación de medicamentos en farmacia
- Vigilancia Epidemiológica
- Atención SOME (Servicio de Orientación Médica y Estadística)
- Trabajo Intersectorial y Comunitario
- PNAC

PERFIL NUEVA CONSTRUCCIÓN CESFAM

(Fuente: Secretaría de Planificación Comunal, SECPLAC)

La problemática que se presenta en el actual Centro de Salud, se puede definir como la escasa capacidad para dar solución a la demanda de atenciones de salud de la población Per-Cápita de la comuna de Pitrufquén. Cabe destacar que este dispositivo se adecuó a un establecimiento educacional existente, el cual ya no tiene ninguna posibilidad de poder readecuar recintos para dar cumplimiento a los nuevos estándares ministeriales para dispositivos sanitarios de este tipo (aumento de la superficie útil para boxes de atención, dimensiones de los baños, infraestructura de apoyo, manejo de residuos sólidos y accesibilidad de los pacientes entre otros). Por otra parte está el inconveniente de no poder cumplir con el Modelo de Atención impactando principalmente en lo que se refiere a recintos, ya que no se pueden realizar actividades necesarias para cumplir con los Programas de Salud Comunitaria, incidiendo directamente en la satisfacción usuaria.

Recursos físicos

Se elaboró el Programa Médico Arquitectónico para la Reposición del establecimiento considerando de base el PMA referencial para 20 mil habitantes al

cual se adicionaron los recintos variables calculados previamente, a continuación se muestra el resultado:

Programa médico arquitectónico

ÍTEM	m2	N° Recintos	Total M2
1.- ÁREA ATENCIÓN CLÍNICA			
Box Clínico Multipropósito Tipo 1	12	12	144
Box Clínico Multipropósito Tipo 2	12	10	120
Box Ginecológico con baño	22	3	66
Box Dental (puestos de trabajo)	14	6	84
Unidad Satélite SOME con archivo fichas (full space)	16	3	48
Sala espera	20	3	60
Sala trabajo Clínico Grupal	16	3	48
Baños Acceso Universal con mudador abatible	4	6	24
Baños personal	1,5	6	9
1.1.- Recintos comunes de atención			
Box IRA	24	1	24
Box ERA	24	1	24
Sala Toma Muestra y baño	22	1	22
Box Ecografías (con baño)	14	1	14
Box Vacunatorio	16	1	16
Sala Multiuso (Educación grupal, trab comunitario y auditorio)	42	1	42
Box Curación y Tratamiento	24	1	24
Box Atención de Urgencia	16	1	16
Box Cirugía Menor	16	1	16
Vestidor con lavado quirúrgico	8,0	1	8,0
Sala trabajo sucio	4,0	1	4,0
Sala Atención de Víctimas c/ baño	22	1	22
Sala Espera General	20	1	20
Baños Acceso Universal	4	2	8
Baños personal	1,5	2	3
RX dental digital y sala de comando	8	1	8
SOME Urgencia/ procedimientos	8	1	8
Box Podología	12	1	12
Sala de Rehabilitación	100	1	100
Laboratorio	90	1	90
Aseo	4	1	4
2.- ÁREA DE APOYO TECNICO			
<i>2.1.- Unidad de Farmacia</i>			
Sala Espera	12	1	12
Despacho Farmacia	18	1	18
Bodega Farmacia	24	1	24
<i>2.2.- Unidad de Programas de Alimentación</i>			
Sala Espera	12	1	12
Despacho P.N.A.C	18	1	18

ÍTEM	m2	N° Recintos	Total M2
Bodega P.N.A.C	24	1	24
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Área limpia y estéril	24	1	24
3.- AREA ADMINISTRATIVA			
3.1.- Unidad de Dirección y Gestión			
Oficina Dirección	9	1	9
Secretaria Dirección	8	1	8
Oficina Subdirector Administrativo	9	1	9
Bodega Administrativa	2	1	2
Cafetería (sin cocina)	38	1	38
Vestuarios con baño	44	1	44
Baños personal	1,5	2	3
3.2.- Unidad de SOME			
Some general (3 puestos: horas, inscripción y recaudación. 2 puestos en CESFAM de 5.000 y 10.000 hbts))	18	1	18
Archivo, espacios fullspace	10	1	10
Oficina Jefe SOME	9	1	9
Oficinas de Calificación de Derecho	9	1	9
Oficina técnica (informes)	9	1	9
O.I.R.S.	8	1	8
Sala equipos Tecnologías de Información y Comunicación	12	1	12
Sala de estimulación temprana con bodega	18	1	18
4.- ÁREA SERVICIOS GENERALES			
Recinto de Aseo (Interior del CES)	4	2	8
Bodega General	12	1	12
Depósito de Residuos Sólidos (al exterior del CES)	30	1	30
Tableros eléctricos secundarios	1,2	2	2,4
Sala de Tableros Eléctricos y Grupo Electrónico	20	1	20
Sala guardias, choferes y encargado de mantención del edificio	9	2	18
Sala Caldera y Equipos Térmicos	16	1	16
Sala Servicios externos	12	1	12
Espacio de gases clínicos	12	1	12
Gabinete Incendios	0,8	3	2,4
Estacionamiento ambulancia (cobertizo media sup.)	12	0,5	6
5.- Espacios exteriores			
Sala Bomba, estanque de agua			
Estacionamiento personal			
Estacionamiento público			
Patio carga			
TOTAL RECINTOS			1.565
MUROS (10%)			156
CIRCULACIONES (44%)			757
TOTAL			2.479

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR CECOSF ULTRAESTACION

El CECOSF Ultraestación se encuentra ubicado en el Sector Ultra Estación de la Comuna de Pitrufoquén en calle Nueva # 589, fue inaugurado el 07 de Diciembre del 2007.

Los usuarios del Centro están compuestos por familias que habitan un sector geográfico reducido, beneficiarios del sistema público de atención, incluyendo a todos los centros educativos presentes en el área como son Liceo Monseñor Guillermo Hart, Liceo José Miguel Carrera, Escuelas Las Américas, Jardín infantil y Sala Cuna Pichi Keche, Sala Cuna LLampukquen, Sala Cuna y Jardín Infantil Eluney u otros, asimismo es sector Ultraestación posee más de 21 poblaciones aproximadamente se mencionan las siguientes:

1. Villa América
2. Villa Los Ríos
3. Villa Independencia
4. Villa El Bosque
5. Villa Los Esteros
6. Gabriela Mistral
7. Los Cruceros
8. La Unión
9. Tte. Hernán Merino Correa
10. Los Rosales
11. Vista Hermosa
12. Villa Los Lagos
13. Villa San David
14. Villa Los Volcanes
15. Villa La Esperanza
16. Villa Los Coigües
17. Villa Las Camelias
18. Villa la Rosa Mena
19. Villa los Bomberos de Chile
20. Villa La Paz
21. Villa Eugenio Tuma
22. Villa los Copihues

La Población inscrita año de 2014 está conformada por:

- Beneficiarios Totales: 10294
- Beneficiarios con ficha clínica: 4480
- Fichas Familiares: 3145

CARTERA DE SERVICIO CECOSF ULTRAESTACIÓN

Prevención:

- Control neurosensorial, para niñas/os de 1 mes ejecutada por médico.
- Control de desarrollo psicomotor, para niñas/as de 2 meses a 6 años, ejecutada por enfermera
- Control de salud de la población infantil entre 6 y 9 años ejecutados por enfermera/nutricionista
- Controles de salud en población de 10 a 19 años, ejecutada por enfermera/nutricionista.
- Control de salud escolar visión, columna para educación básica y media según objetivo ejecutada por enfermera.
- Control de malnutrición en población infantil de 2 a 9 años, ejecutada por nutricionista
- Atención a domicilio (alta precoz) en población infantil en población menor a 10 años ejecutada por médico.
- Control de lactancia materna en madres de niños menores de 6 meses ejecutado por matrona.
- Control prenatal en población adolescente en población de 10 a 19 años ejecutado por matrona.
- Control de puerperio en población adolescente de 10 a 19 años ejecutado por matrona.
- Control paciente crónico respiratorio de 5 a 19 años, ejecutado por kinesiólogo
- Control de regulación de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años ejecutado por matrona
- Consejería en salud sexual y reproductiva en población adolescente de 15 a 19 años ejecutado por matrona
- Control ginecológico en población adolescente de 10 a 19 años ejecutado por matrona
- Control nutricional en población adolescente en población adolescente 10 a 19 años ejecutado por nutricionista
- Atención en domicilio alta precoz en población adolescente de 10 a 19 años ejecutado por matrona.
- Control prenatal en mujeres embarazadas mayores de 20 años ejecutada por matrona.
- Control puerperio en mujeres embarazadas mayores de 20 años ejecutada por matrona
- Control regulación de la fecundidad en mujeres entre 20 y 49 años ejecutada por matrona
- Consejería en salud sexual y reproductiva en población mujeres entre 20 a 49 años ejecutada por matrona.
- Control ginecológico preventivo de mujeres, considera EMPA, mujeres de 20 a 64 años ejecutado por matrona.
- Control nutricional en mujeres embarazadas ejecutada por nutricionista
- Control de climaterio en mujeres de 65 años y más ejecutado por matrona
- Control pre-concepcional en mujeres de 20 a 40 años ejecutado por matrona
- Control ginecológico en mujeres de 20 años y más ejecutado por matrona
- Control de salud en adultos en población de 20 a 64 años hombres ejecutado por enfermera y medico
- Controles de salud en adultos mayores población de 65 años y más ejecutada por enfermera, médico y podólogo.
- Atención a domicilio en adultos mayores en población de 65 años y más ejecutada por el equipo de salud.
- Visita domiciliaria integral a la población total ejecutada por el equipo de salud.

- Control odontológico de mantención en población de 2 y más años ejecutada por odontólogo
- Control odontológico de niño sano en población de 2 a 9 años ejecutada por odontólogo
- Aplicación de barniz de flúor a nivel comunitario en población de 2 a 5 años ejecutada por odontólogo e higienista dental.
- Consulta social en población total por familia ejecutada por la trabajadora social.

Promoción:

- Educación grupal en población de hasta 2 años ejecutada por el equipo de salud.
- Educación grupal población hasta 2 años en riesgo ejecutada por el equipo de salud
- Educación grupal en niños de 2 a 5 años ejecutada por el equipo de salud
- Educación grupal en población de 2 a 5 años obeso realizado por el equipo de salud
- Educación grupal en población adolescente entre 10 a 19 años por el equipo de salud.
- Educación grupal en mujeres de 45 y más años ejecutado por el equipo de salud
- Educación grupal en adulto en población de 20 a 64 años ejecutado por el equipo de salud.
- Consejería familiar en población total por familia ejecutada por el equipo de salud
- Educación grupal ambiental realizada a la población total por parte de todo el equipo de salud.

Diagnóstico y tratamiento:

- Consulta nutricional en población infantil en población menor de 10 años ejecutada por nutricionista.
- Consulta por déficit en el desarrollo psicomotor en población menor de 2 años ejecutado por enfermera
- Consulta por déficit en el desarrollo psicomotor en población de 2 a 6 años ejecutado por enfermera
- Consulta y/o consejería de salud mental en población infantil menor de 2 años ejecutada por medico
- Consulta y/o consejería de salud mental en población infantil de 2 a 9 años ejecutada por medico
- Consulta y/o consejería de salud mental en población adolescente de 10 a 19 años ejecutada por médico y enfermera.
- Consulta anticoncepción de emergencia en población de 15 años y más ejecutada por matrona.
- Consulta nutricional en adultos en población de 20 a 64 años ejecutada por nutricionista
- Consulta y / o consejería en salud mental en adultos población de 20 a 64 años ejecutada por medico
- Intervención psicosocial en adultos en población de 20 a 64 años ejecutada por trabajadora social
- Consulta nutricional en adultos mayores de 65 años y más ejecutada por nutricionista
- Consulta y/o consejería en salud mental en adultos mayores población de 65 años y más ejecutada por medico
- Medición de agudeza visual en población de 65 años y más ejecutada por enfermera
- Consulta de crónico en población infantil menor de 10 años ejecutada por medico
- Consulta de crónico población adolescente de 10 a 19 años ejecutada por medico
- Intervención psicosocial en población adolescente de entre 10 a 19 años ejecutado por trabajadora social, médico y enfermera
- Consulta de crónicos en adultos de 20 a 64 años HTA ejecutados

- por enfermera, médico y nutricionista
- Consulta de crónicos en adultos 20 a 64 años DM ejecutado por enfermera, médico, podólogo, nutricionista y odontólogo.
- Consulta de crónicos en adultos EPI, DE 20 A 64 años ejecutado por médico.
- Consulta de crónicos en adultos de 20 a 64 años ejecutado por klgo, médico y enfermera
- Consulta atención respiratoria en población de 0 a 19 años ejecutada por klgo
- Consulta atención respiratoria en población de 20 años y más ejecutada por klgo.
- Visita domiciliaria atención respiratoria, población total ejecutada por klga.
- Control de crónicos en adultos mayores HTA población de 65 años y más ejecutada por médico y enfermera.
- Control de crónicos adultos mayores DM en población de 65 años y más ejecutada por médico, enfermera y odontólogo
- Control de crónicos en adultos mayores EPI población de 65 años y más ejecutada por medico
- Control de crónicos en adultos mayores de 65 años y más EPOC ejecutada por médico y kinesiólogo
- Intervención psicosocial en adultos mayores en población de 65 años y más por asistente social.
- Tratamiento y curaciones para la población total ejecutada por TNSE
- Tratamiento odontológico integral para la población total ejecutada por odontólogo.

Otras Prestaciones Derivadas al CGR:

- Campañas de Inmunización.
- Apoyo a equipo CSR en Visitas Domiciliarias a pacientes con Dependencia Severa.

Prestaciones otorgadas por el CGR a usuarios CECOSF:

- Kinesiólogo para rehabilitación motora, IRA y ERA

POSTAS RURALES

La red de salud rural se compone de 6 postas rurales y 7 estaciones médico rurales, ubicadas estratégicamente en dirección camino a Toltén y camino a Villarrica:

Postas:

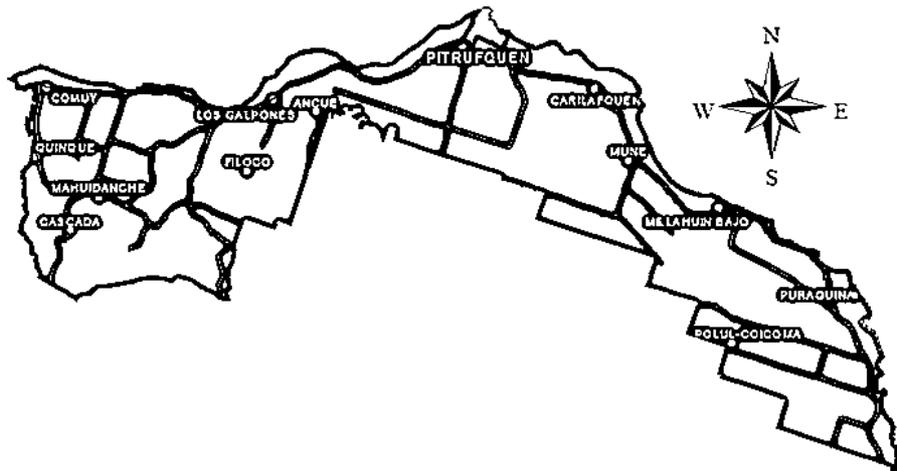
- PolulCoicoma (un funcionario residente)
- Puraquina (un funcionario residente)
- Millahuin (un funcionario residente)
- Galpones (un funcionario residente)
- Comuy (un funcionario residente)
- Mahuidanche (un funcionario residente)

Estaciones médico rurales:

- Cascada
- Mune

- Carilafquen
- Quinque
- Reserva Raín
- Filoco
- Ancué.

Mapa de postas rurales



EQUIPO SALUD RURAL

El equipo de salud rural constituye el equipo de cabecera de la población bajo su jurisdicción, tiene un carácter multidisciplinario y tiene como misión cumplir las metas y objetivos que anualmente determine el plan de salud comunal y las orientaciones programáticas, bajo la mirada del modelo de salud integral con enfoque familiar, con una estrategia comunitaria y con un enfoque biopsicosocial y con pertinencia cultural. Cabe destacar que el equipo de salud rural es dependiente del Consultorio.

Población Beneficiaria

La población según encuesta vigente del sector rural se encuentra dispersa geográficamente y distribuida de la siguiente forma:

Población Total por posta	Numero de Familia	Postas
1380	432	Comuy
1091	370	Mahuidanche

1106	348	Galpones
1283	370	Millahuin
517	183	Puraquina
272	98	Polul
5.649	1.801	Total beneficiarios

ROLES DE LA POSTA DE SALUD RURAL

Su rol en las comunidades rurales, responde a la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario y con pertinencia cultural, en base a los siguientes ejes:

- Integralidad de la atención y continuidad de los cuidados.
- Desarrollo comunitario y participación social.
- Accesibilidad.
- Integración con la red asistencial.
- Garantías Explícitas en Salud.
- Anticipación al daño.
- Población a cargo.
- Emergencias y catástrofes.
- Zonas Fronteriza

Cartera de servicios zona rural

La Cartera de Servicios y sus orientaciones del equipo rural son programadas para realizar dentro de año y así dar cumplimiento a las exigencias emanadas desde el Ministerio de Salud.

ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE	ATENCIÓN DEL NIÑO
Control de salud	Control de Salud niño sano
Consulta de morbilidad	Evaluación del desarrollo psicomotor

Control crónico	Control de malnutrición.
Control prenatal	Control Lactancia Materna
Control de puerperio	Educación a grupos de riesgo
Control de regulación de fecundidad	Consulta nutricional (5 meses y 3 años 6 meses)
Consejería en salud sexual y reproductiva	Consulta de morbilidad
Control ginecológico preventiva	PNAC - PACAM
Educación grupal	
Consulta morbilidad obstétrica	
Consulta morbilidad ginecológica	
Intervención psicosocial	
Consulta y/o consejería en salud mental	
ATENCION DEL ADULTO	ATENCION DE LA MUJER
Consulta de morbilidad	Control prenatal
Consulta y control de enfermedades crónicas	Control puerperio (díada)
Consulta nutricional	Control de regulación de fecundidad
Control salud	Consejería de salud sexual y reproductiva
Intervención psicosocial	Control ginecológico preventiva
Consulta y/o consejería de salud mental	Educación
Educación grupal	Consulta morbilidad obstétrica
Atención en domicilio	Consulta morbilidad ginecológica
atención a domicilio	Consulta nutricional (6 mes post parto y otras)
Atención podología a pacientes con pie diabético	PNAC
Curación de pie diabético	Ecografía obstétrica del primer trimestre
Intervención grupal de actividad física	Atención dental para embarazadas
	Chile Crece Contigo
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	ATENCION DEL ADULTO MAYOR
Examen de salud	Consulta de morbilidad
Educación grupal	Consulta y control de enfermedades crónicas
Urgencias	Consulta nutricional
Exodoncias	Control salud

Destartraje y pulido coronaria	Intervención psicosocial
Obturaciones temporales y definitivas	Consulta y/o consejería de salud mental
Aplicación sellantes	Educación grupal
Pulpotomias	Consulta kinésica (ERA y rehabilitación)
Barniz de flúor	Vacunación anti influenza
GES	atención a domicilio
	PACAM
	Atención podología a pacientes con pie diabético
	Curación de pie diabético
	POSTRADOS
	Visita domiciliaria
	Toma De exámenes en domicilio
	Procedimientos

SECTORIZACIÓN COMUNAL

Para la planificación en salud, la comuna de Pitrufquén se divide territorialmente en 4 sectores:

1. **Sector Amarillo:** corresponde geográficamente a la población urbana que se encuentra al norte de la calle Francisco Bilbao (línea de corte), más familias del sector rural inscritas en el CESFAM.
2. **Sector Azul:** corresponde geográficamente a la población urbana que se encuentra al sur de la calle Francisco Bilbao más los sectores periurbanos.



3. **Sector CECOSF:** corresponde geográficamente a la población inscrita en CECOSF y aledaña a su sector.



4. **Sector Rural:** corresponde a las familias usuarias de postas rurales y estaciones médico rurales.

Recepción de Registros de Inscritos		
PROCESO 2015-2		
Fecha de Corte : 30/09/2015		
Fecha de Recepción : 02/10/2015		
Entidad: MUNICIPALIDAD		
Nombre: PITRUFQUEN		
Código	Establecimiento	Reg. Recibidos
17110	MAHUIDANCHE	0010811
17111	MILLAHUIN	0010752
17189	ULTRAESTACION PITRUFQUEN	0006149

El total de usuarios inscritos en las 3 bases de datos corresponde a 27712 personas.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La importancia del trabajo comunitario es esencial en el modelo, si bien no se trabaja con todas las agrupaciones (más adelante se detalla con las que se trabaja).

SECTOR CESFAM

- Consejo Desarrollo Local CGR Pitrufrquén
- Agrupación Apoyo a la Cultura
- Agrupación Cultural Amigos de la Música
- Agrupación Cultural Banda Pitrufrquén
- Agrupación Cultural Pitrufrquén Agrupa

- Agrupación Folklórica Voces del Atardecer de Pitrufoquén
- Agrupación Monitoras de Salud en Atención del Adulto Mayor
- Agrupación Mujeres Jefas de Hogar
- Agrupación Skateboard Pitrufoquén
- Agrupación Solar
- Artesanos de Pitrufoquén
- Asociaciones Animales Por la Vida
- Asociación de Basquetbol de Pitrufoquén
- Asociación de Empleados Municipales de la Educación de Pitrufoquén
- Asociación de Fútbol Amateur de Pitrufoquén
- Centro de Padres y Apoderados Colegio Adventista
- Centro de Padres y Apoderados Escuela Unión Latinoamericana
- Centro de Padres y Apoderados Jardín Infantil Principito
- Centro de Padres y Apoderados Sala Cuna y Jardín La Oruguita
- Centro de Padres y Apoderados y Amigos Escuela Especial Anmillan de Pitrufoquén
- Centro General de Padres y Apoderados del Liceo de Ciencias y Humanidades
- Centro General de Padres y Apoderados Escuela Juan Bautista Chesta
- Centro General de Padres y Apoderados Leonardo Da Vinci School
- Club de Adulto Mayor Arco Iris
- Club de Adulto Mayor La Esperanza
- Club de Adulto Mayor Renacer Otoñal
- Club de Ajedrez El Cóndor de Pitrufoquén
- Club de Lisiados Stephen W. Hawking
- Club de Motociclistas Escorpiones Negros de Pitrufoquén
- Club de Rayuela Independiente de Pitrufoquén
- Club de Rodeo Chileno de Pitrufoquén
- Club Deportivo Árabe
- Club Deportivo Blanco Encalada
- Club Deportivo Escolar Madres Dominicanas
- Club Deportivo Guillermo Eyzaguirre
- Club Deportivo Lisperguer
- Club Deportivo Los Potables
- Club Deportivo Magisterio
- Club Deportivo Villa Los Copihues
- Colegio de Profesores de Chile AG
- Comité de Adulto Mayor Futa Keche de Pitrufoquén
- Comité Pro Desarrollo Gente con Fuerza
- Comité Pro Desarrollo Villa Pumalal
- Conjunto Folklórico Quitral
- Cuerpo de Bomberos de Pitrufoquén
- Escuela Deportiva Punto de Quiebre de Pitrufoquén
- Feriantes Pequeños Productores Campesinos de Pitrufoquén
- Fundación Damas de Blanco de Pitrufoquén
- Grupo de Cooperadores de San Vicente de Poul
- JVV Central Comercial N° 1
- JVV Manuel Rodríguez N° 2
- JVV N° 4 Unión y Progreso
- JVV Villa Bicentenario
- JVV Villa Cacique Paillalef
- Mesa Comunal de Mujeres Rurales
- Unidad Vecinal N° 9
- Unión Comunal de Agrupaciones Culturales
- Unión Comunal de JVV de la Comuna de Pitrufoquén

Nómina de organizaciones que trabajan las postas de salud rural

Posta Polul	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Salud • Bomberos
Posta Puraquina	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Salud • Comunidad indígena • Escuela Susana Ortiz de Colga
Posta Millahuin	<ul style="list-style-type: none"> • PMI la Gotita • Comité de Salud • Junta de Vecinos • EMR Mune • Comité de Salud • EMR Carilafquen • Comité de Salud • Escuela Particular de Carilafquen
Posta Galpones	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Salud • Junta de Vecinos • Comunidad Indígena • Escuela los galpones • EMR Filoco • Comité de Salud • EMR Ancue • Club Deportivo
Posta Mahuidanche	<ul style="list-style-type: none"> • Colegio Reserva Forestal Mahuidanche • Jardín Infantil los Grillitos • Bomberos • Junta de Vecinos • Grupo Amigos de la Posta • EMR Rain • Comité de Salud • EMR Cascada • Comité de Salud
Posta Salud Rural Comuy	<ul style="list-style-type: none"> • Carabineros de Chile • Comité de Salud • Club de adulto mayor • 5° compañía de Bombero • Comunidad Indígena • Club deportivo • Comité de agua potable • Junta de vecinos • Liceo la frontera • Sala cuna • Iglesia centros bíblicos • Iglesia del señor • Iglesia católica • EMR Quinque • Liceo Particular subvencionado • Comité de Salud

Agrupaciones comunitarias sector CECOSF

N°	NOMBRE
1.	Junta de Vecinos Vista Hermosa Villa Los Ríos II y III
2.	Junta de Vecinos La Unión
3.	Junta de Vecinos Gabriela Mistral
4.	Junta de Vecinos Los Rosales
5.	Junta de Vecinos Bomberos de Chile
6.	Junta de Vecinos Villa Los Lagos
7.	Junta de Vecinos Villa La Paz
8.	Junta de vecinos 18 de Septiembre
9.	Junta de vecinos Tte. Merino Correa N°7
10.	Junta de vecinos Villa Eugenio Tuma
11.	Junta de vecinos Los Cruceros
12.	Junta de vecinos Villa América
13.	Junta de vecinos Villa La Esperanza
14.	Junta de vecinos Rosa Mena
15.	Junta de vecinos las camelias
16.	Junta de vecinos Los Esteros
17.	Junta de vecinos villa el bosque
18.	Junta de vecinos los copihues "gente con fuerza"
19.	Junta de vecinos Villa Los Rios I
20.	Junta de vecinos Villa Bicentenario
21.	Junta de vecinos villa independencia
22.	Comité de Vivienda Villa El Progreso
23.	Comité de Vivienda Las Abejitas
24.	Club de adulto mayor las golondrinas
25.	Taller de manualidades las violetas
26.	Grupo de adulto mayor la esperanza
27.	Asociación Indígena Txepewin Pu Lamgen Pu Peñi
28.	Agrupación Defensoría Comunitaria
29.	Centro De Padres y Apoderados Pichi Keche
30.	Centro De Padres y Apoderados Sala Cuna Y Jardín Eluney
31.	Centro De Padres y Apoderados Liceo Monseñor Guillermo Hartl
32.	Centro De Padres y Apoderados Escuelas Las Américas
33.	Centro De Padres y Apoderados Llampudken
34.	Centro de Alumnos Monseñor Guillermo Hartl
35.	Centro de Alumnos Politécnico
36.	Centro de Alumnos TheForesSchool
37.	Centro de Alumnos Liceo Ciencias y Humanidades

SITUACIÓN DE POBREZA DE LA COMUNA

La nueva medición de pobreza por ingresos incorporó cambios que consideran prácticas utilizadas a nivel mundial y estándares más exigentes asociados al actual nivel de desarrollo del país.

Entre los principales cambios incorporados, cabe destacar:

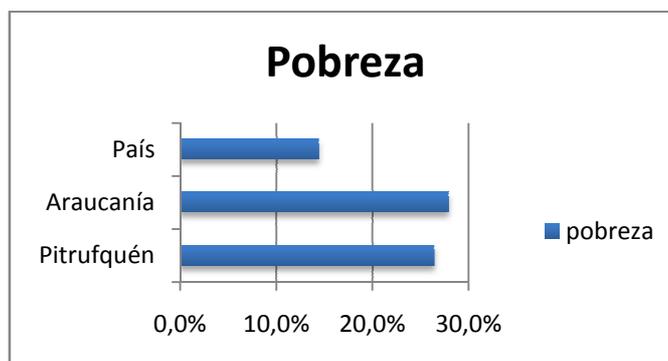
1. Actualización línea de pobreza y pobreza extrema. Realizada a partir de una actualización de la Canasta Básica de Alimentos, y de la Canasta Básica de Bienes y Servicios No Alimentarios (en base a información de la VII Encuesta de Presupuestos Familiares, EPF, de 2011-2012). Además, se redefine el valor de la línea de pobreza extrema en 2/3 del valor de la línea de pobreza y elimina línea diferenciada para zonas urbanas y rurales.
2. Utilización de escalas de equivalencia. En vez de tener una única línea de pobreza y de pobreza extrema (expresada en valores per cápita), se definen distintas líneas de pobreza y de pobreza extrema, cuyos valores dependen del tamaño del hogar.
3. No ajuste de variables de ingresos a sistema de cuentas nacionales: A efectos de no introducir sesgos que afectan la magnitud y estructura de los ingresos recolectados por la encuesta Casen (y en congruencia con los lineamientos seguidos por países de la OECD), se deja de practicar el ajuste de las variables de ingreso a las estimaciones de la Cuenta de Ingresos y Gastos de los Hogares del Sistema de Cuentas Nacionales.
4. Ampliación de la imputación por concepto de arriendo imputado. Se extiende esta imputación desde las viviendas habitadas por sus propietarios (que ya la pagaron o la están pagando), a los casos de viviendas cedidas (por trabajo, familiar u otro) y en usufructo.

Según esta nueva medición, la comuna de Pitrufquén tiene un 26,4% de Pobreza, que corresponden a 6387 personas.

Nombre comuna	Número de personas* de situación de pobreza por ingresos 2013	Porcentaje de personas de situación de pobreza por ingresos 2013	Variación registrada en el porcentaje de población en situación de pobreza por ingresos (2011-2013)
Pitrufquén	6.387	26,4%	Disminución significativa

Fuente Casen 2013

Si observamos a nivel regional, se observa un porcentaje de 27,9% (el más alto nacional) y el del Chile es de un 14,4%.



Fuente: CASEN 2013

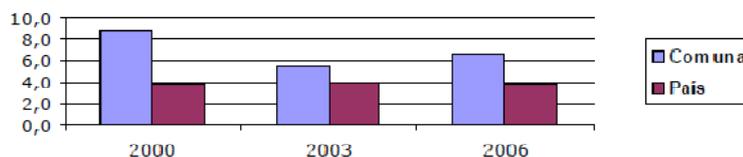
SITUACIÓN DE EDUCACIÓN

Tasa de analfabetismo

Comuna	Año 2000	Año 2003	Año 2006
Analfabetismo	8,8	5,6	6,6

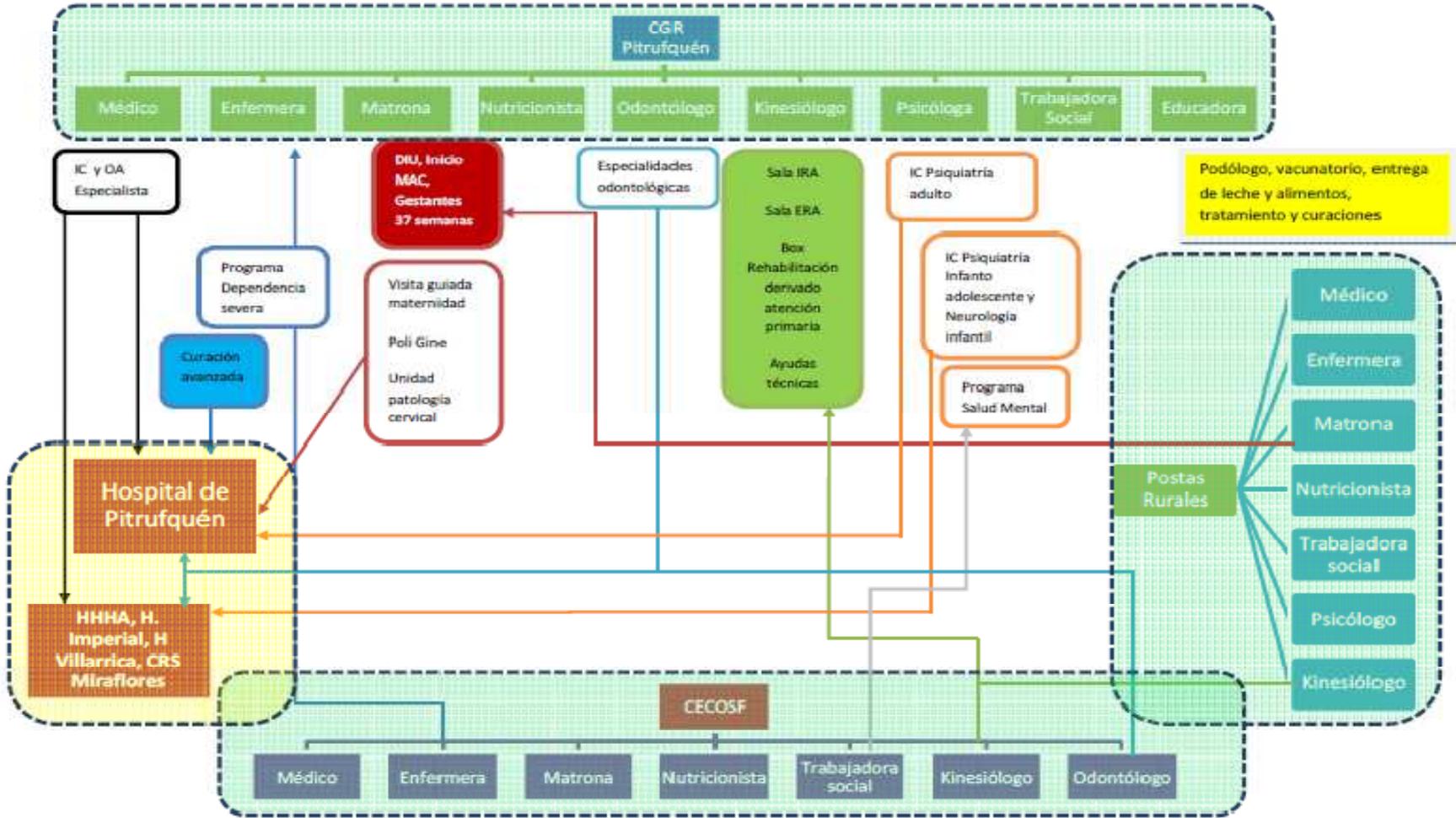
País	Año 2000	Año 2003	Año 2006
Analfabetismo	3,9	4,0	3,9

Tasa de analfabetismo



Fuente Casen 2006

ORGANIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL



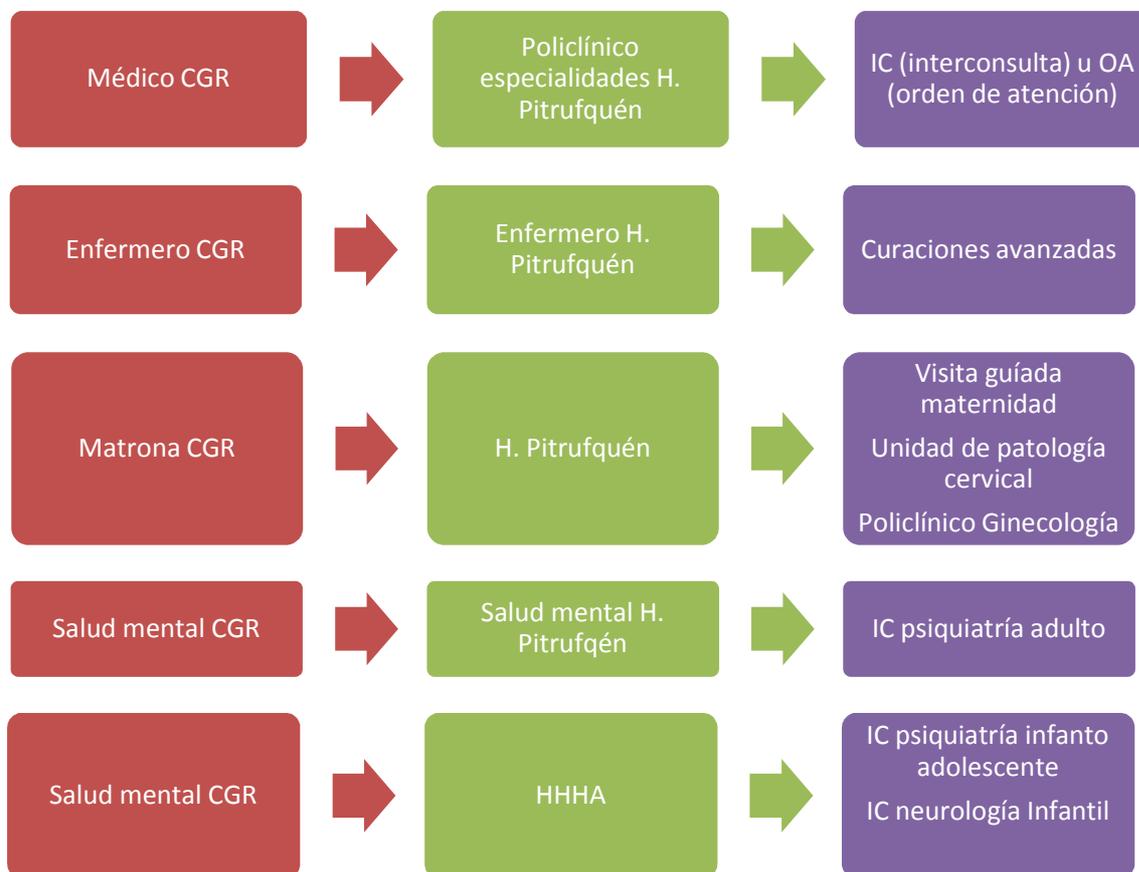
Derivaciones CESFAM Pitrufuén

Las derivaciones se hacen previa coordinación entre los distintos profesionales, ya sea con hora agendada o por otro medio. En caso de derivación de Kinesiólogo, se necesita la correspondiente derivación por médico que incluya el diagnóstico.



Derivaciones de CESFAM a Hospital de Pitrufrquén

Las derivaciones hacia Hospital de producen por e nivel de resolutivez de la atención primaria.



Derivaciones de DSM (CESFAM, Postas y CECOSF) a Municipalidad

Estas derivaciones pueden ser realizadas desde cualquiera de los 3 dispositivos a programa de índole municipal que no necesariamente tengan directamente relación con el departamento de salud, como es DIDECO, Educación, etc.



Derivaciones de DSM (CESFAM, Postas y CECOSF) a otras especialidades médicas

Estas derivaciones son enviadas al resto de la red asistencial, fuera de la comuna, debido al poder de resolutividad.



INFORMACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD

NATALIDAD

La natalidad en la comuna de Pitrufrquén por cada 1000 habitantes es de una tasa del 14,7. Comparándose a nivel regional, es mayor, ya que la novena región tiene una tasa de 13,8. A nivel país la tasa es de 12,2, siendo ésta también menor a la de la comuna

Tasa de Natalidad

Indicador	País		Región		Comuna	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Natalidad X 1000 Habit.	250.643	14,7	13.367	13,8	291	12,2

Fuente. DEIS, año 2011 y tasa de natalidad año 2010

ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN AÑOS POR PERIODO Y SEXO

Como se ve reflejado en la pirámide poblacional, la esperanza de vida ha ido en considerable aumento, lo que lleva a que el grupo de adultos mayores de 65 años y sobre todo, el grupo sobre los 80 años, también ha aumentado. La esperanza de vida, tal como ocurre a nivel país es mayor en las mujeres, siendo de 82,8 años y en hombres de 79,6 años.

Periodo	Ambos sexos	Hombre	Mujer
2010 - 2015	79,1	76,12	82,2
2015 - 2020	79,68	76,68	82,81

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Proyecciones y Estimaciones de Población.

Esperanza de vida al nacer, comuna Pitrufrquén, 2000-2025

Componente	Comuna	Región	País
Mujeres, 2005-2010	78,9	80,6	81,5
Hombres, 2005-2010	72,3	73,9	75,75

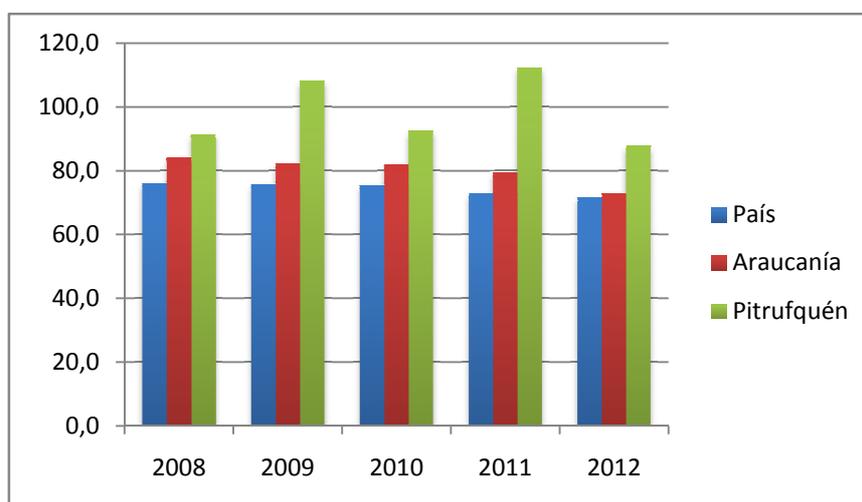
Fuente: MIDEPLAN.

ÍNDICE AVPP

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, tanto a nivel nacional, como para efectuar comparaciones a nivel. El análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables. (Definición de DEIS).

En la comuna de Pitrufrquén, la tasa de años de vida potencialmente perdidos por cada 1000 habitantes es de 87,7 (dato de año 2012 más actual), siendo mayor que la de la región y del país como se observa en el gráfico.

	2008	2009	2010	2011	2012
País	76,1	75,7	75,5	72,7	71,6
Araucanía	84,0	82,2	81,8	79,5	72,8
Pitrufrquén	91,4	108,2	92,4	112,3	87,7



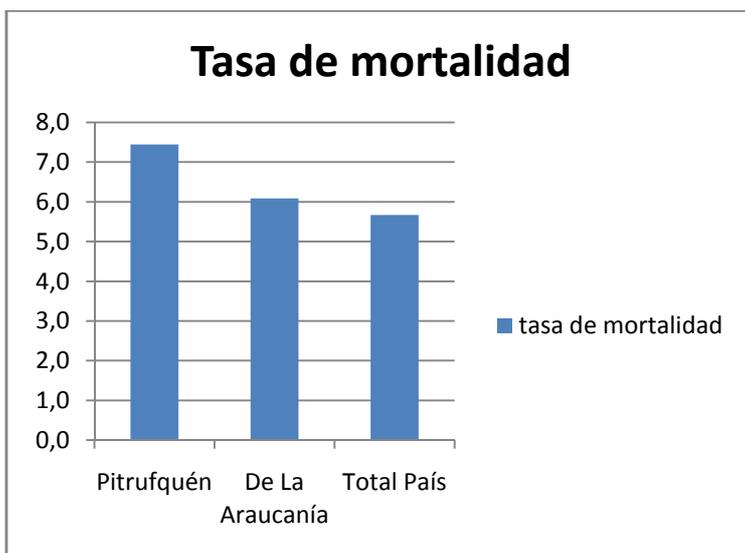
Fuente: DEIS – MINSAL 2012

MORTALIDAD GENERAL E ÍNDICE DE SWAROOP

Según los datos obtenidos del año 2012, la tasa de mortalidad general de la comuna de Pitrufquén es de un 7,4, siendo mayor que el regional, que es de una tasa de 6,1y del nacional de una tasa de 5,7.

El índice de Swaroop o índice de mortalidad proporcional se define como el porcentaje de muertes de personas de 50 años y más de edad, que ocurren en un año, con respecto al total de muertes del mismo año. Para su cálculo se usan los antecedentes de defunciones que proporciona el registro civil y es utilizado para medir el nivel de salud de un país o región. En Pitrufquén es de un 83,4%, siendo menor al del país y el de la región.

Región y comuna	Mortalidad General						ÍNDICE DE SWAROOP		
	Ambos Sexos		Hombre		Mujer		Ambos Sexos	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa			
Pitrufquén	180	7,4	114	9,6	66	5,4	77,8%	72,8%	86,4%
De La Araucanía	6.002	6,1	3.235	6,6	2.767	5,6	78,7%	74,6%	83,5%
Total País	98.711	5,7	51.814	6,0	46.897	5,3	77,4%	72,0%	83,4%



Fuente: DEIS – MINSAL 2012

Mortalidad Infantil:

Se define como tasa de mortalidad infantil a la proporción de muertes de niños menores de 1 año respecto a una población. En Pitrufquén la mortalidad general infantil es de 3,3, siendo menor a la región (7,5) y de la del país (7,4). Si se

observa el cuadro, se produjo una defunción en el período postneonatal y no se produjeron defunciones en el periodo neonatal ni neonatal precoz.

Región y Comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa	Defunciones menores 28 días	Tasa*	Defunciones menores 7 días	Tasa	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa
Total País	1.812	7,4	1.307	5,4	1.034	4,2	505	2,1
De la Araucanía	98	7,5	66	5,1	53	4,1	32	2,5
Pitrufquén	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3

Fuente: DEIS – MINSAL 2012

Mortalidad adultos mayores:

Claramente a mayor número de años es mayor la probabilidad de muerte, en especial en la población de 65 años y más, y mayor aún en la población de 80 y más años.

A nivel comunal, la tasa de mortalidad general de 65 a 79 años, por cada 100 habitantes del grupo de edad y sexo, es de 28,7 siendo menor a la regional y la nacional. Ahora la tasa de mujeres es mayor a la nacional y regional y la tasa de hombres es menor. En el grupo de 80 y más años, la tasa de mortalidad comunal es de 104,1 , siendo menor a la de la Araucanía y la de Chile. Esta tasa se ve significativamente desigual al considerar hombres y mujeres.

Región y comuna	65 a 79 años						80 y más años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Total país	31.320	23,8	17.761	30,2	13.559	18,7	38.611	111,8	15.693	124,6	22.918	104,4
De La Araucanía	1.933	24,6	1.097	30,6	836	19,5	2.412	114,1	1.093	127,3	1.319	105,1
Pitrufquén	56	23,4	31	28,7	25	19,0	76	104,1	47	159,3	29	66,7

Fuente: DEIS – MINSAL 2012

Mortalidad por causas:

Según diagnóstico específico, la principal causa de defunciones en mujeres menores de 14 años es el Síndrome de Down con un 11% de los decesos; en hombres corresponden a los Traumatismos Intracraneal y los Efectos de otras Causas Externas con un 10% de los decesos respectivamente. En mujeres de 15 a 44 años la principal causa de muerte es la Asfixia y los Efectos de otras Causas Externas con un 11% respectivamente; en Hombres son los Traumatismos intracraneal con un 13% de los decesos. En el grupo de 45 a 64 años en mujeres son el Tumor Maligno de Mama y Vesícula con un 7% respectivamente y en hombres es la Enfermedad Alcohólica del Hígado con un 13% de las defunciones. Por último en personas mayores de 65 años la principal causa de muerte, tanto para hombres como para mujeres, la constituye el Infarto Agudo al Miocardio con un 10% y un 11% de las defunciones respectivamente. (Perfil Sanitario Servicio de Salud Araucanía Sur, 2013).

Defunciones según diagnósticos específicos Pitrufquén 2000-2009

Grupos de Edad	Defunciones según Diagnóstico Específico, Pitrufquén 2000 - 2009						Total General
	Mujer		Hombre		Nº	%	
(1) 0 a 14 años	Síndrome de Down	2	11%	Traumatismo intracraneal	3	10%	
	Otras malformaciones congénitas del sistema urinario	1	5%	Efectos de otras causas externas	3	10%	
	Neumonía viral, no clasificada en otra parte	1	5%	Otras malformaciones congénitas	2	7%	
	Otras causas	15	79%	Otras causas	21	72%	
	Total Defunciones	19	100%	Total Defunciones	29	100%	
(2) 15 a 44 años	Asfixia	4	11%	Traumatismo intracraneal	14	13%	
	Efectos de otras causas externas	4	11%	Asfixia	12	11%	
	Parálisis cerebral infantil	2	5%	Efectos de otras causas externas	11	10%	
	Otras causas	28	74%	Otras causas	68	65%	
	Total Defunciones	38	100%	Total Defunciones	105	100%	
(3) 45 a 64 años	Tumor maligno de la mama	8	7%	Enfermedad alcohólica del hígado	26	13%	
	Tumor maligno de la vesícula biliar	8	7%	Infarto agudo del miocardio	17	8%	
	Infarto agudo del miocardio	7	6%	Tumor maligno del estómago	15	7%	
	Otras causas	88	79%	Otras causas	145	71%	
	Total Defunciones	111	100%	Total Defunciones	203	100%	
(4) 65 y más años	Infarto agudo del miocardio	61	10%	Infarto agudo del miocardio	69	11%	
	Neumonía, organismo no especificado	41	7%	Tumor maligno de la próstata	43	7%	
	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado	34	6%	Accidente vascular encefálico agudo	35	5%	
	Otras causas	456	77%	Otras causas	502	77%	
	Total Defunciones	592	100%	Total Defunciones	649	100%	
Total General	760		Total General	986		1.746	

Fuente: DEIS, MINSAL. 2009

EGRESOS HOSPITALARIOS

Los egresos hospitalarios que se produjeron en el Hospital de Pitrufquén en el año 2014 fueron de 3308, siendo mayor en el grupo de edad de 20 a 44 años, seguido por el grupo de 45 a 64 años. El mayor número de egreso se produjo por embarazo, parto y puerperio, siguiendo el grupo de enfermedades del sistema respiratorio.

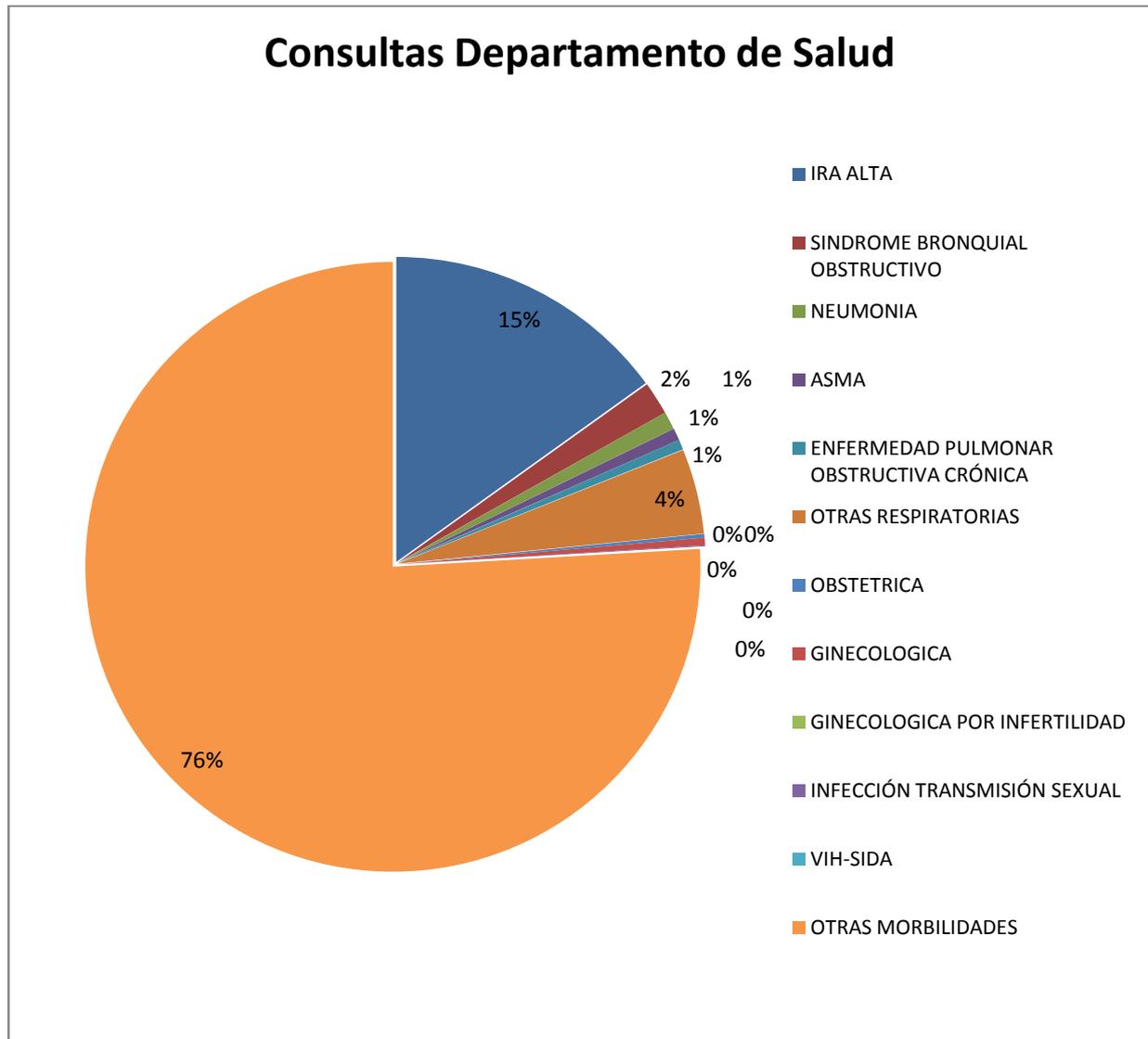
Causas	Grupos de edad (en años)									
	Total	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y más
	3.308	173	157	55	62	246	1.101	590	543	381
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	86	12	20	10	5	1	11	11	7	9
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	137	-	-	-	-	-	31	57	29	20
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	25	-	-	-	-	-	1	8	11	5
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	79	2	-	1	1	-	8	14	36	17
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	59	-	-	1	2	9	24	18	1	4
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	58	2	2	-	1	2	19	15	12	5
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	9	1	3	-	-	-	2	-	2	1
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	13	1	3	-	-	-	1	3	3	2
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	301	-	-	1	1	-	14	102	113	70
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	528	64	87	24	10	6	32	57	125	123
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	298	2	5	4	8	22	65	100	68	24
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	110	-	7	2	3	3	23	27	32	13
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	44	-	-	-	-	3	15	18	6	2
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	269	9	6	2	2	17	75	71	45	42
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	689	-	-	-	4	148	537	-	-	-
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	63	63	-	-	-	-	-	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	6	2	-	-	-	2	1	1	-	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	181	11	10	8	14	15	37	28	32	26
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	187	-	13	2	11	14	59	51	19	18
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	166	4	1	-	-	4	146	9	2	-

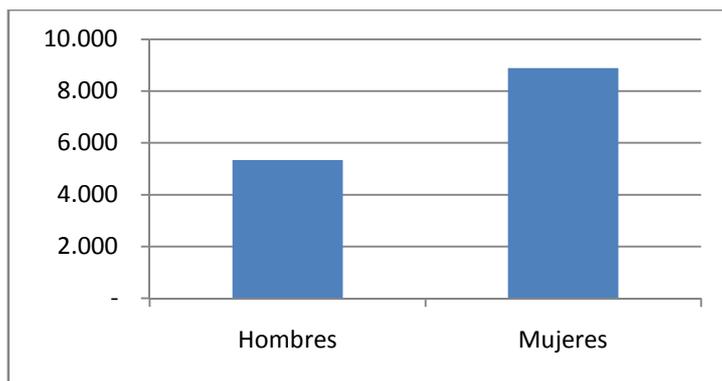
MORBILIDAD

Para este análisis, se consideraron sólo los establecimientos de atención primaria: Consultorio (CGR), CECOSF y Postas Rurales, ya que el Hospital de Pitrufquén no cuenta con policlínico de medicina general, sólo a nivel de servicio de urgencia. Se debe mencionar sí, que el Hospital de Pitrufquén tuvo un total de 1039 consultas.

Consultas de Morbilidad comunal:

Durante el año 2014, a nivel comunal, hubo un total de 14232 consultas, incluyendo los 3 dispositivos de atención. El mayor número de consultas fue realizado por mujeres. El mayor grupo es el de otras morbilidades, que incluye patologías del sistema circulatorio, nervioso, digestivo, urinario, etc.

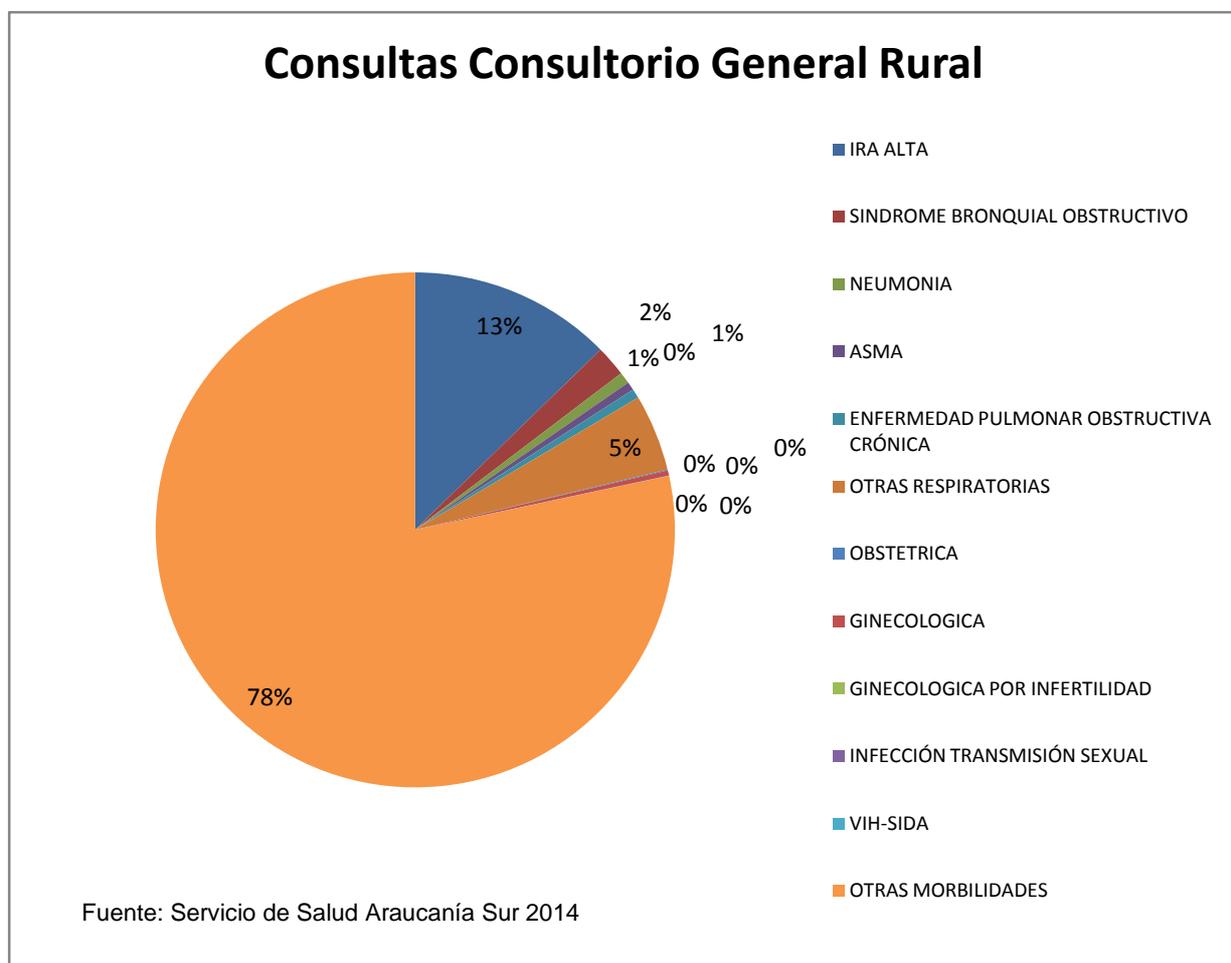


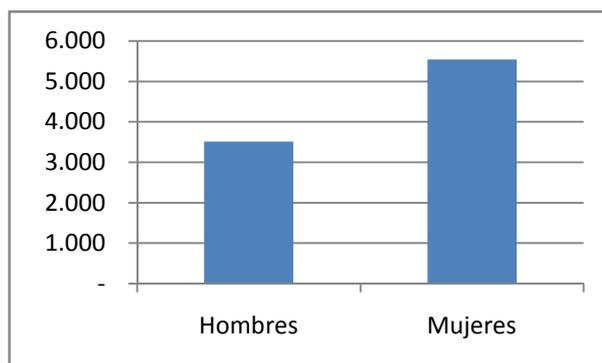


Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014

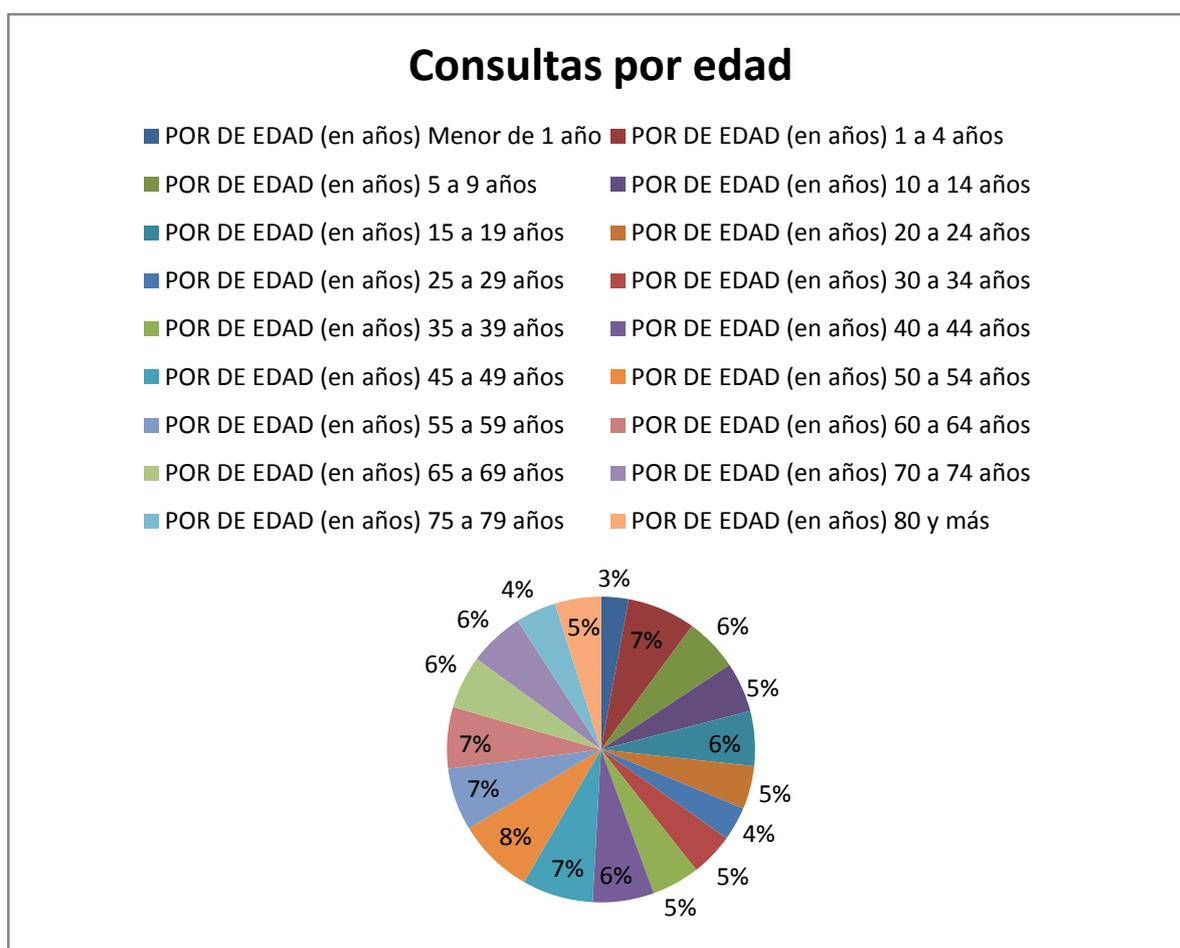
Consultas Consultorio General Rural

Durante el año 2014, en el Consultorio General Rural tuvo un total de 9050 consultas, siendo de ellas 5539 hechas por mujeres y 3511 por hombres. El mayor número de consultas es de otras morbilidades. El mayor número de consultas es realizada por personas de los 50 a 54 años con 729 consultas.





Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014

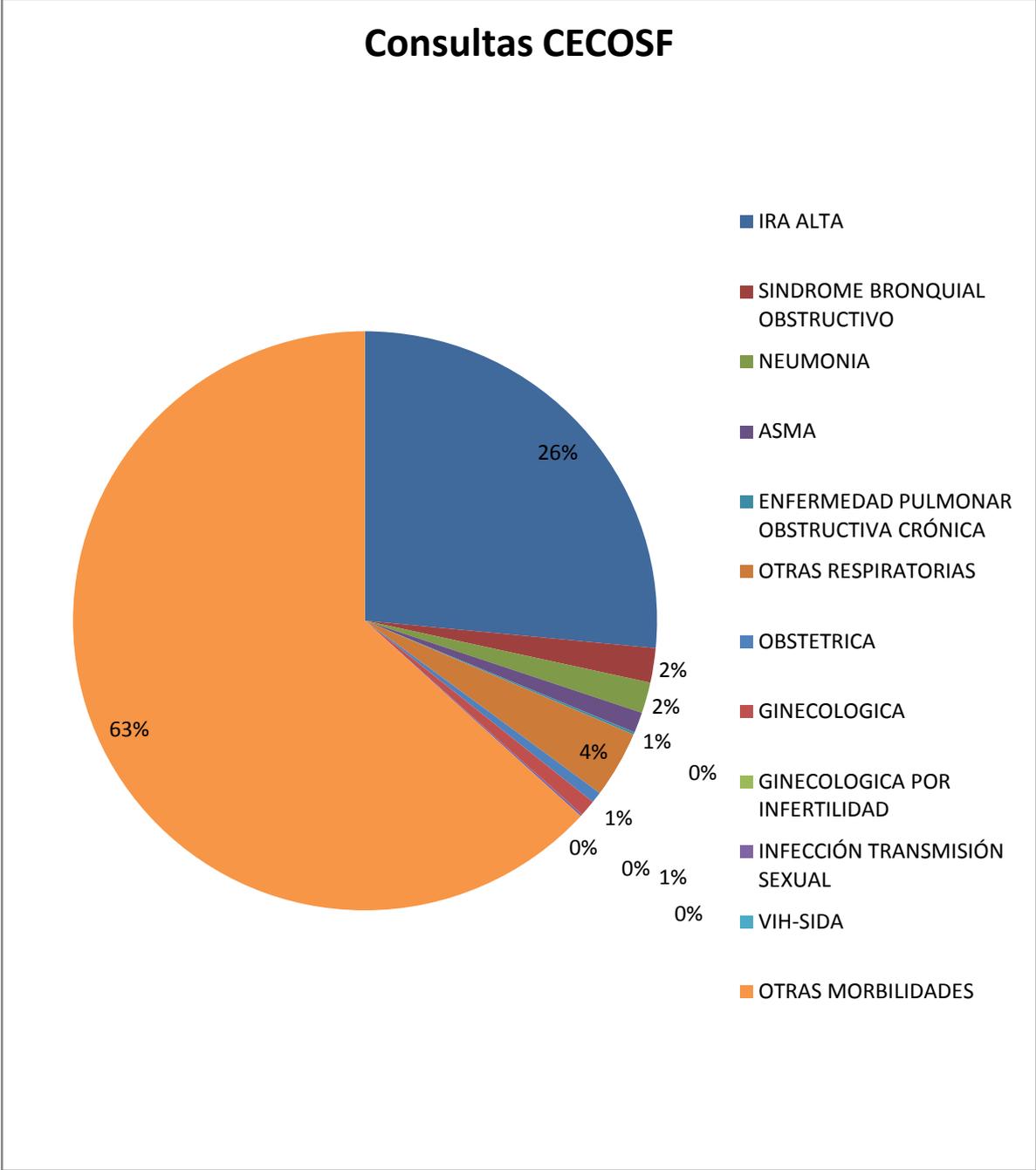


Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014

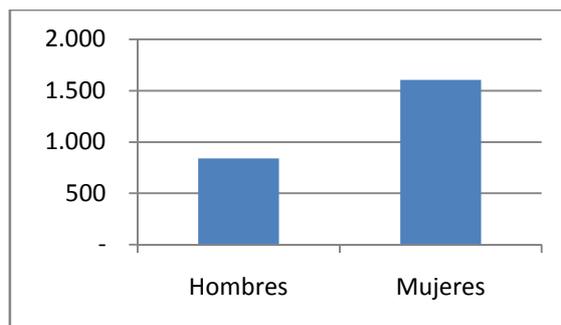
Consultas CECOSF

En el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) durante el año 2014, se realizaron un total de 2444 consultas, siendo de ellas, 1604 de mujeres y 840 de

hombres. Al igual que en los otros gráficos, el mayor número consultas corresponde al grupo de otras morbilidades con 1545 consultas.



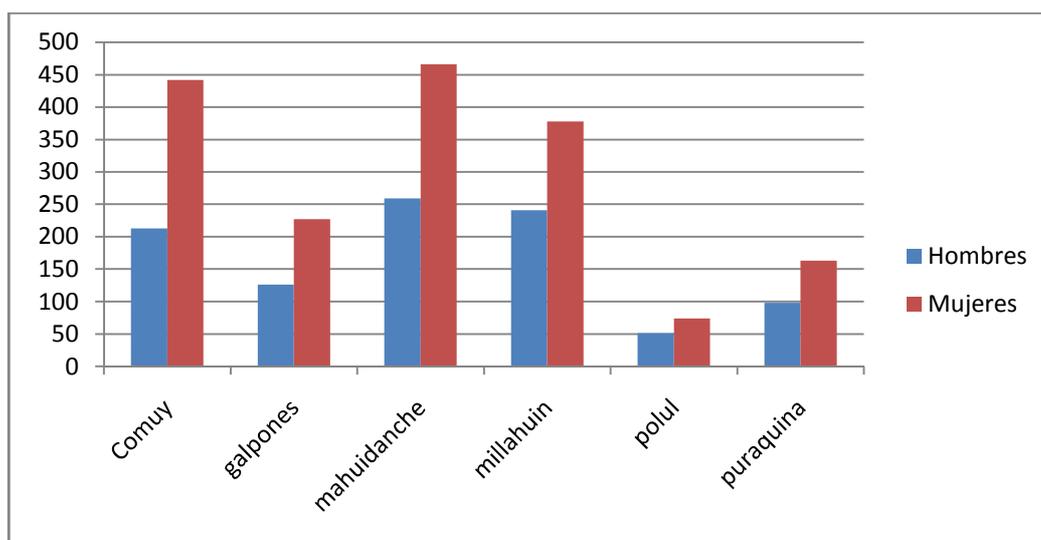
Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014



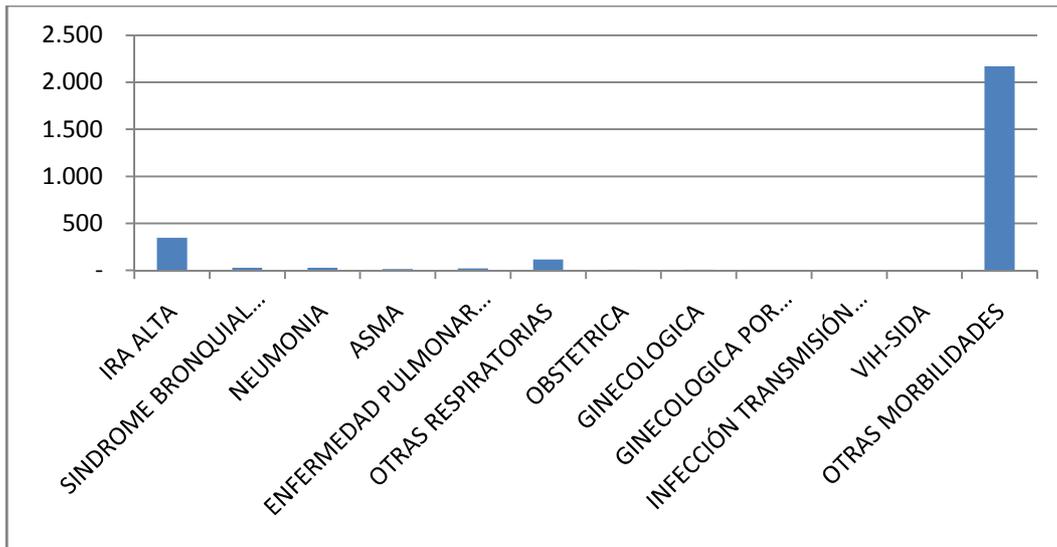
Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014

Consultas postas rurales

En el total de las 6 postas rurales, se produjo un número de consultas de 2738, siendo de ellas, 1750 realizadas por mujeres y 988 realizadas por hombres. El mayor número de consultas es del grupo de otras morbilidades con un total de 2171. El mayor número de consultas se produce en la posta de Mahuidanche, seguido por la posta de Comuy.

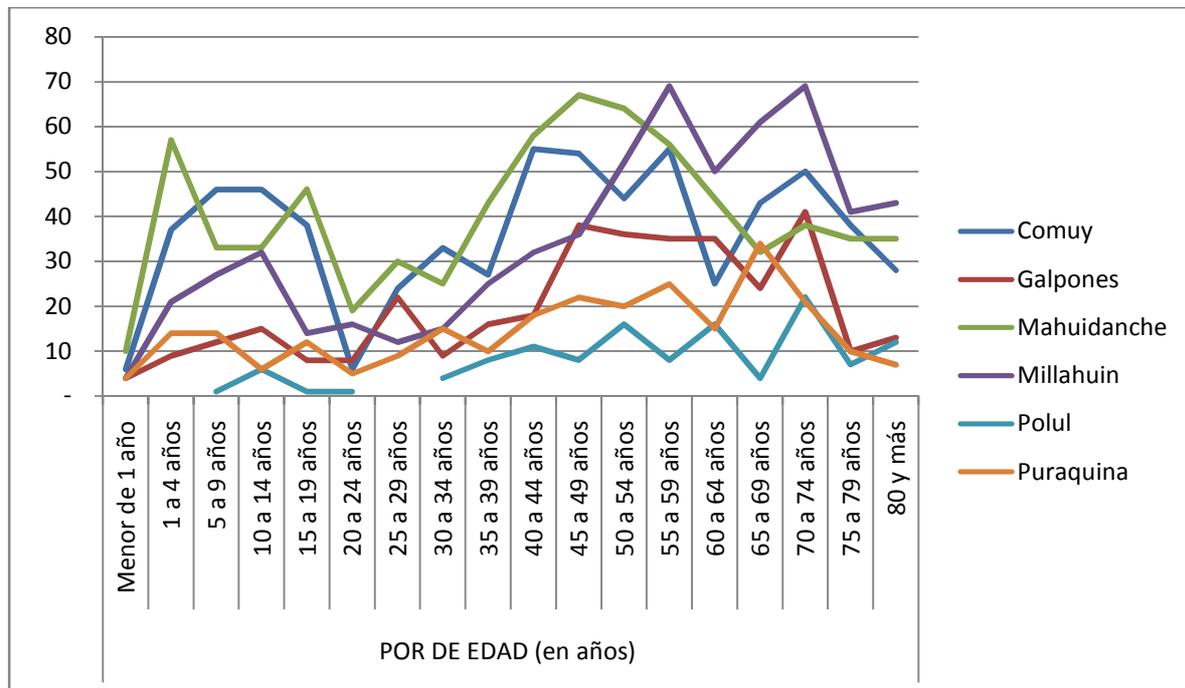


Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014



Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014

En cuanto a los grupos etarios, el mayor grupo de adultos mayores se atiende en la posta de Millahuin, y el mayor número de niños de 1 a 4 años, se atiende en la posta de Mahuidanche. El número de atenciones de la posta de Polul, Galpones y Puraquina es bajo, y es algo que se debe analizar con el equipo de salud y las autoridades.



Fuente: Servicio de Salud Araucanía Sur 2014

Licencias Médicas

En la siguiente tabla se presenta las licencias médicas emitidas en la comuna.

Licencia médicas emitidas según variable, año 2001 y 2012. (datos más actuales)

Variables seleccionadas	2001		2012		Variación anual
	Valores	Estructura porcentual	Valores	Estructura porcentual	
1.- Curativas (1)					
Nº de licencias tramitadas	441		526		19,3%
* Nº de licencias autorizadas (miles)	392	88,8%	453	86,1%	15,7%
* Nº de licencias rechazadas (miles)	49	11,2%	73	13,9%	48,5%
Nº de días autorizados (miles)	3.244		3.696		13,9%
Nº de días rechazados (miles)	763		1.097		43,7%
Monto total de SIL (mill \$ junio 2012) (2)	\$ 79.190		\$ 91.056		15,0%
2.- Maternales (3)					
Nº de licencias tramitadas	24		34		42,9%
* Nº de licencias autorizadas (miles)	24	98,9%	33	98,2%	42,0%
* Nº de licencias rechazadas (miles)	0	1,1%	1	1,8%	122,9%
Nº de días autorizados (miles)	1.405		2.192		56,0%
Nº de días rechazados (miles)	16		39		147,7%
Monto total de SIL (mill \$ junio 2012) (2)	\$ 38.498		\$ 60.122		56,2%
3.- Por enfermedad hijo menor					
Nº de licencias tramitadas	72		21		-71,3%
* Nº de licencias autorizadas (miles)	67	92,9%	18	88,5%	-72,7%
* Nº de licencias rechazadas (miles)	5	7,1%	2	11,5%	-53,1%
Nº de días autorizados (miles)	875		174		-80,1%
Nº de días rechazados (miles)	87		37		-57,2%
Monto total de SIL (mill \$ junio 2012) (2)	\$ 23.493		\$ 4.201		-82,1%
4.- Sin clasificar					
Nº de licencias tramitadas	2		3		8,6%
* Nº de licencias autorizadas (miles)	1	23,5%	0	14,6%	-32,7%
* Nº de licencias rechazadas (miles)	2	76,5%	2	85,4%	21,3%
Nº de días autorizados (miles)	7		4		-41,5%
Nº de días rechazados (miles)	24		31		31,2%
Monto total de SIL (mill \$ junio 2012) (2)	\$ 169		\$ 103		-39,1%
5.- Total					
Nº de licencias tramitadas	539		583		8,2%
* Nº de licencias autorizadas (miles)	483	89,5%	505	86,6%	4,7%
* Nº de licencias rechazadas (miles)	56	10,5%	78	13,4%	38,8%
Nº de días autorizados (miles)	5.531		6.066		9,7%
Nº de días rechazados (miles)	889		1.203		35,4%
Monto total de SIL (mill \$ junio 2012) (2)	\$ 141.349		\$ 155.482		10,0%

Fuente: Superintendencia de Salud, Archivo Maestro de Licencias Médicas.
(1) Incluye licencias por patologías del embarazo.
(2) Monto total de SIL = monto subsidio líquido + monto aporte previsional.
(3) Incluye licencias pre y post natal.

Número de licencias médicas tramitadas por tipo de licencia y tipo de resolución, enero-junio de 2012

Tipo licencia	Tipo resolución	N° licencias tramitadas	N° días solicitados	Días solicitados por licencia	N° días autorizados	Días autorizados por licencia	N° días a pagar	Días pagados por licencia	En millones de \$ de junio de 2012			
									SIL líquido	Aporte previsional Pensiones	Aporte previsional Salud	Costo SIL (1)
Curativas (2)	Autorizadas	382.887	3.234.920	8,4	3.234.509	8,4	2.612.994	6,8	\$ 61.851	\$ 11.086	\$ 8.865	\$ 81.801
	Ampliadas	36	358	9,9	426	11,8	426	11,8	\$ 10	\$ 1	\$ 1	\$ 12
	Reducidas	70.092	871.991	12,4	460.935	6,6	306.569	4,4	\$ 6.714	\$ 1.400	\$ 1.128	\$ 9.242
	Rechazadas	73.030	1.096.615	15,0								
	Total	526.045	5.203.884	9,9	3.695.870	7,0	2.919.989	5,6	\$ 68.576	\$ 12.487	\$ 9.994	\$ 91.056
Maternales	Autorizadas	30.222	1.987.454	65,8	1.965.467	65,0	1.910.478	63,2	\$ 41.233	\$ 6.477	\$ 6.643	\$ 54.353
	Ampliadas	31	756	24,4	1.015	32,7	889	28,7	\$ 16	\$ 3	\$ 3	\$ 22
	Reducidas	3.171	260.924	82,3	225.607	71,1	221.620	69,9	\$ 4.339	\$ 654	\$ 752	\$ 5.746
	Rechazadas	604	38.683	64,0								
	Total	34.028	2.287.817	67,2	2.192.089	65,6	2.132.987	63,8	\$ 45.589	\$ 7.134	\$ 7.399	\$ 60.122
Enf. Hijo Menor	Autorizadas	17.244	165.061	9,6	165.050	9,6	146.038	8,5	\$ 2.887	\$ 505	\$ 605	\$ 3.997
	Ampliadas	1	15	15,0	16	16,0	16	16,0				
	Reducidas	996	16.178	16,2	8.821	8,9	7.720	7,8	\$ 146	\$ 26	\$ 33	\$ 205
	Rechazadas	2.372	37.140	15,7								
	Total	20.613	218.394	10,6	173.887	9,5	153.774	8,4	\$ 3.032	\$ 531	\$ 638	\$ 4.201
Sin clasificar	Autorizadas	312	3.526	11,3	3.526	11,3	3.120	10,0	\$ 68	\$ 11	\$ 9	\$ 88
	Ampliadas											
	Reducidas	81	1.247	15,4	541	6,7	541	6,7	\$ 11	\$ 2	\$ 2	\$ 15
	Rechazadas	2.306	31.053	13,5								
	Sin clasificar											
Total	2.699	35.826	13,3	4.067	10,3	3.661	9,3	\$ 79	\$ 13	\$ 11	\$ 103	
Total	Autorizadas	430.665	5.390.961	12,5	5.368.552	12,5	4.672.630	10,8	\$ 106.039	\$ 18.078	\$ 16.122	\$ 140.240
	Ampliadas	68	1.129	16,6	1.457	21,4	1.331	19,6	\$ 26	\$ 4	\$ 4	\$ 34
	Reducidas	74.340	1.150.340	15,5	695.904	9,4	536.450	7,2	\$ 11.211	\$ 2.082	\$ 1.915	\$ 15.208
	Rechazadas	78.312	1.203.491	15,4								
	Sin clasificar											
Total	583.385	7.745.921	13,3	6.065.913	12,0	5.210.411	10,3	\$ 117.276	\$ 20.164	\$ 18.042	\$ 155.482	

Fuente: Superintendencia de salud. Archivo maestro.

Número de licencias tramitadas de cargo ISAPRE por tipo de resolución. Enero-Junio 2012.

Tipo licencia	Tipo resolución	N° licencias tramitadas	N° días solicitados	Días solicitados por licencia	N° días autorizados	Días autorizados por licencia	N° días a pagar	Días pagados por licencia	En millones de \$ de junio de 2012			
									SIL líquido	Aporte previsional Pensiones	Aporte previsional Salud	Costo SIL (1)
Curativas	Autorizadas	363.132	2.993.522	8,2	2.993.079	8,2	2.384.931	6,6	\$ 56.718	\$ 10.281	\$ 8.220	\$ 75.219
	Ampliadas	22	276	12,5	324	14,7	324	14,7	\$ 8	\$ 1	\$ 1	\$ 10
	Reducidas	68.630	846.571	12,3	445.855	6,5	292.873	4,3	\$ 6.435	\$ 1.355	\$ 1.091	\$ 8.881
	Rechazadas	71.261	1.071.288	15,0								
	Total	503.045	4.911.657	9,8	3.439.258	8,0	2.678.128	6,2	\$ 63.160	\$ 11.637	\$ 9.312	\$ 84.110
Patologías del Embarazo	Autorizadas	19.755	241.398	12,2	241.430	12,2	228.063	11,5	\$ 5.134	\$ 804	\$ 644	\$ 6.582
	Ampliadas	14	82	5,9	102	7,3	102	7,3	\$ 2			\$ 2
	Reducidas	1.462	25.420	17,4	15.080	10,3	13.696	9,4	\$ 280	\$ 45	\$ 37	\$ 362
	Rechazadas	1.769	25.327	14,3								
	Total	23.000	292.227	12,7	256.612	12,1	241.861	11,4	\$ 5.415	\$ 849	\$ 681	\$ 6.946
Total	Autorizadas	382.887	3.234.920	8,4	3.234.509	8,4	2.612.994	6,8	\$ 61.851	\$ 11.086	\$ 8.865	\$ 81.801
	Ampliadas	36	358	9,9	426	11,8	426	11,8	\$ 10	\$ 1	\$ 1	\$ 12
	Reducidas	70.092	871.991	12,4	460.935	6,6	306.569	4,4	\$ 6.714	\$ 1.400	\$ 1.128	\$ 9.242
	Rechazadas	73.030	1.096.615	15,0								
	Total	526.045	5.203.884	9,9	3.695.870	7,0	2.919.989	5,6	\$ 68.576	\$ 12.487	\$ 9.994	\$ 91.056
%	Autorizadas	72,8%	62,2%		87,5%		89,5%		90,2%	88,8%	88,7%	89,8%
	Ampliadas	0,0%	0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Reducidas	13,3%	16,8%		12,5%		10,5%		9,8%	11,2%	11,3%	10,2%
	Rechazadas	13,9%	21,1%									
	Total	100,0%	100,0%		100,0%		100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Superintendencia de salud. Archivo maestro.

EVALUACIÓN SITUACIÓN 2015

Cumplimiento planes de acción

Durante el año 2015, se logró la certificación como CESFAM (Resolución 5825 en anexo 1), por parte del Consultorio General Rural, lo que es considerado un hito para la atención de salud de la comuna (a la fecha, aun está en trámite el decreto). Esto se ve reflejado en el cambio paulatino de modelo de atención, el cual cada vez más, refleja el enfoque familiar y comunitario. Cabe destacar que para lograr la certificación era necesario lograr un cumplimiento del 30% de la nueva pauta. La pauta que se había incorporado en el plan de trabajo del presente año (PLASAM 2015), ya no se ejecuta, ya que se cambió por la actual pauta y no son comparables en sus términos de medición.

Resumen de puntajes evaluación y certificación del desarrollo del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario

Eje	Definición	Puntaje obtenido	Puntaje ponderado	% de cumplimiento
PROMOCION	Potenciar factores protectores durante todo el ciclo vital a nivel individual, familiar y en la comunidad	14	9	64.3%
	Estimular la participación y rol que juega la comunidad local y el intersector en lo que respecta a promoción de la salud			
PREVENCION	Proporcionar consejerías, durante todo el ciclo vital del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	14	7	50%
	Articular un conjunto de acciones específicas en familias evaluadas con riesgo leve a moderado (definido por el CESFAM, o comuna), para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.			

Eje	Definición	Puntaje obtenido	Puntaje ponderado	% de cumplimiento
ENFOQUE FAMILIAR	Articular un conjunto de acciones específicas, durante todo el ciclo vital del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.			
	Acompañar y asistir a las familias durante la experiencia de crisis normativas y no normativas, con el fin de que puedan abordar estas fases de manera exitosa para ellas. Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas	6	3	50%
CALIDAD	Promover el abordaje familiar en el tratamiento de personas con patología crónica y no crónica			
	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios de los establecimientos de atención primaria. Desarrollar una cultura de calidad y mejora continua en el establecimiento de salud, con el fin de abordar los constantes nuevos desafíos que exige la salud pública hoy. Procurar la entrega de servicios de salud de calidad a la población inscrita en el establecimiento.	8	3	37.5%
INTERSECTORIALIDAD	Existencia de protocolo de derivación y auditoría de 5 Fichas clínica de personas inscritas en el establecimiento, donde conste que hayan recibido algún tipo de intervención. Identificar las instituciones que componen el Intersector del establecimiento de salud, con el fin de coordinar acciones efectivas con éste. Coordinar acciones con el Intersector con el fin de mejorar las perspectivas de desarrollo y bienestar de población infantojuvenil vulnerable.	5	2	40%
	Fomentar la relación y tránsito de los usuarios de la Red de Salud, desde el modelo hospitalario hacia el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Promover	7	5	71.4%

Eje	Definición	Puntaje obtenido	Puntaje ponderado	% de cumplimiento
TECNOLOGIA	el fortalecimiento de la atención primaria poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención en personas con alto riesgo de hospitalización. Favorecer el abordaje ambulatorio y con enfoque familiar y comunitario a personas que tienen alto riesgo de agravar su situación de salud			
	Utilizar la tecnología en la promoción de la salud (radio y redes sociales), prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.	6	5.5	91.7%
PARTICIPACION	Comprometer y desarrollar todos los esfuerzos necesarios para promover la participación social en salud como práctica habitual, reconociendo la importancia de su fomento y del trabajo colaborativo con la comunidad.	6	5	83.3%
DESARROLLO DE LAS PERSONAS	Trabajar en pos de la organización de las personas, su desempeño y desarrollo de competencias con énfasis en el fomento del capital humano y en la construcción de ambientes laborales orientados a la obtención de impacto sanitario, con visión de salud pública.	9	1.25	13.9%

Datos Obtenidos de última evaluación enviada en Noviembre, correspondiente al corte de Mayo de 2015.

EVALUACIÓN PAUTA

A continuación se detalla el trabajo realizado por los 9 ejes incluidos en la pauta:

Eje de promoción

Se entiende por promoción, al proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta)

El eje de promoción se basa en el instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria.

El cual incluye los siguientes objetivos

- ✓ **Potenciar los factores protectores durante todo el ciclo vital a nivel individual, familiar y en la comunidad.**

En donde el presente año 2015 se comenzaron a entregar guías anticipatorias en los controles que se detallan a continuación:

Control	Nombre de pauta
1º control de embarazo	Guías anticipatoria para cuidar embarazo (del Chile Crece Contigo).
Control 2º mes con enfermera	Guía anticipatoria en cuidados del crecimiento y desarrollo, “cartilla Consuelo efectivo del llanto”
Control 3º mes con Nutricionista	Guía anticipatoria para fomentar lactancia materna
Control 3º mes con médico	Guía anticipatoria en cuidados del crecimiento y desarrollo, “porteo y uso de porta bebé”.
Control 4º mes con enfermera	Guía anticipatoria en cuidados del crecimiento y desarrollo, “Cartilla Apego seguro”.
Control 5º mes con nutricionista	Guía anticipatoria en cuidados del crecimiento y desarrollo, “Cartilla Alimentación complementaria”.
Control 8º mes con enfermera	Guía anticipatoria en cuidados del

	crecimiento y desarrollo, "Evaluación del desarrollo psicomotor".
Control de los 2 años	Guía anticipatoria en cuidados del crecimiento y desarrollo, "Pataletas".
Control de 2 años 6 meses	Guía anticipatorias de alimentación saludable.
Control de 3 años 6 meses	Guía anticipatorias de alimentación saludable.
Control de 4 años 6 meses	Guía anticipatorias de alimentación saludable.

✓ **Estimular la participación y rol que juega la comunidad local y el intersector en lo que respecta promoción de la salud.**

En este objetivo el C.G.R de Pitrufrquén posee un plan de trabajo en donde se comprometió el 2015 a promover la alimentación saludable, actividad física y sexualidad responsable, no consumo de tabaco, alcohol ni drogas con las siguientes organizaciones:

- Club de Adultos Mayores Vínculos
- Sala Cuna y jardín infantil Oruguita
- Liceo Ciencias Y humanidades

Esta labor se está realizando de manera integral y parmente en el tiempo, relacionados con las necesidades e intereses de las organizaciones.

Durante el año 2015, con el fin de apoyar estas actividades y el plan anual de promoción de salud se instalaron dos mesas de promoción una por el sector amarillo y otra por el sector azul, siendo los siguientes integrantes:

Sector amarillo	Sector azul
Sylvia Agurto R.	Rocío Dumont N.
Carla Manqui C.	Ana María López G.
Nathalie Saavedra B.	Andrés Jofré C.
Yeico Sandoval L.	Manuel Luna C.
Miriam Chávez L.	Maricel Padilla O.
Pilar Miranda O.	Daniela Gonzalez P.

Además existen mesas territoriales comunales de trabajo con la comunidad:

Mesa de Red Chile Crece Contigo

Cuyo objetivo es La coordinación y articulación del Sistema de Protección Integral de la Infancia en donde se asegura que se ejecuten las prestaciones de manera integral. La componen; DIDECO, CESFAM., CECOSF, el hospital de Pitrufquén, sala cuna y jardines infantiles de la comuna pertenecientes a INTEGRA Y JUNJI entre otros.

Mesa de Consejo Desarrollo Local

Siendo su Objetivo general: Contribuir a la mantención y continuación del acercamiento y complementariedad del equipo de salud con la comunidad, a través de técnicas de trabajo grupal creativas que aparejen significación y constituyan una intervención efectiva en salud y Autocuidado.

Mesa de intersectorial de trabajo en red

Cuyo objetivo general es Crear una red intersectorial basada en la solidaridad y compromisos de las instituciones locales, con las familias de la comuna, permitiendo obtener una visión integral de los procesos de atención, productos y satisfacción de los usuarios, desde una perspectiva multidisciplinaria mejorando la calidad de vida de la comunidad de Pitrufquén.

Mesa Intersectorial de salud bucal

Siendo su objetivo :Contribuir, con mirada Integradora, a fortalecer en el área Salud y Educación la temática del Cuidado de Salud Oral , brindando la oportunidad de capacitación a los profesionales, técnicos y funcionarios del sector salud y educación involucrados con los Programas de Promoción de salud Bucal que dan respuesta a las Estrategias del Ministerio de Salud., fortaleciendo el trabajo intersectorial de la región con actividades promocionales y educativas, en las comunas de la Novena Región. Apoyar las actividades preventivas locales y reforzando desde la seremi de salud las iniciativas de salud pública en el área bucal“.

Para el año 2016 además de las organizaciones sociales con los que firmamos convenio para el año 2015 (Club de Adultos Mayores Vínculos, Sala Cuna y jardín infantil Oruguita, Liceo Ciencias Y humanidades) se incluirá las siguientes:

- Liceo Politécnico de Pitrufquén
- Agrupación de adulto mayores Los Copihues

Participación: Consejo de desarrollo local

Resultados Esperados	Actividades	Medios de Verificación	Responsables	Fecha Ejecución
1. Aumentar en 5% en número de participantes, en diagnóstico participativo en relación a año anterior	1.- realización de diagnóstico participativo en salud.	-Registro de asistencia. -Fotografías	Funcionarios Cecosf Ultra estación	Marzo a Diciembre
2. Usuarios informados sobre patologías cubiertas por sistema AUGE	1.-Taller informativo sobre patologías cubiertas por AUGE Entrega de trípticos informativos	-Fotografías. -Trípticos entregados	Some y O.I.R.S	Marzo a Diciembre
3. Adultos mayores fortalecidos y autovalentes	1.- Taller de envejecimiento Saludable.	-Registro de asistencia. - Fotografías. Presentación.	Asistente social	19 junio 2015
4. Medición de Satisfacción Usuaría.	Ponencia informativa/ didáctica sobre encuesta de satisfacción usuaria. Aplicación del instrumento.	- Fotografías - Instrumento - Resultados	-Representantes CDL y Comunidad Equipo DSM/CECOSF	Marzo a Diciembre
5. Informar en tema de Discapacidad y nuevo instrumento de valoración del desempeño en	Ponencia informativa/ didáctica sobre características del instrumento	- Fotografías -Lista asistencia	- Klga. Acreditada IVADEC CGR, asistente social CGR Nadine	03 Septiembre

Resultados Esperados	Actividades	Medios de Verificación	Responsables	Fecha Ejecución
comunidad IVADEC			Neira	
6. contribuir al conocimiento de “Determinante Social de la Salud y Participación Social en los Dispositivos Sociales de Salud”	Invitado Sr. Eduardo Herrera Osorio. Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Chile, Magister en Salud Pública y Comunitaria y desarrollo local. expone en taller masivo.	- Fotografías - Lista asistencia - Invitaciones	-Representantes CDL y Comunidad -Equipo DSM/CGR - Equipo GESTOR	15 de abril
7.Reconocimiento de síntomas de Ataque Cerebro Vascular (Infarto)	-Capacitación en torno a reconocimiento precoz de ACV en pacientes PSCV -Entrega de Dípticos. - Utilización de TICS	- Fotografías - Lista asistencia	-Representantes CDL y Comunidad -EU Encargado ACV, MEDICO APS	08 de abril

PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL EN APS

El Ministerio de Salud de Chile en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental, que es el fruto de la experiencia, reflexión y análisis colectivo de un importante número de personas, que en su condición de usuarios, familiares, técnicos y profesionales; expresaron así la voluntad nacional de abordar esta dimensión sanitaria.

En él se recoge la experiencia y los logros de los últimos años de los distintos equipos de salud mental y psiquiatría del país. Además se señalan en forma concreta, objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y salud mental de los chilenos.

En nuestro país el último estudio de carga de enfermedades en Chile muestra que las condiciones neuro psiquiátricas son las causas con mayor carga de enfermedades entre las enfermedades no transmisibles, estas incluyen trastornos depresivos, dependencia de alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros. Del mismo modo el trastorno mental en Chile tiene una alta prevalencia.

En el marco del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, se pretende que en APS se integren las atenciones de salud mental en las prácticas de todos los integrantes del equipo de salud, cuando atiendan a una persona a lo largo del curso de vida; principalmente en el área de la promoción, prevención, y detección precoz de trastornos mentales. En el caso de que un miembro del equipo sospeche que la persona pueda estar teniendo trastornos mentales, corresponde la atención por médico, psicólogo/a, asistente social y cualquier otro integrante del equipo de salud que requiera para brindar una atención integral del usuario y su familia.

Las prioridades del programa

El programa es una respuesta a todas las necesidades que tiene la población en salud mental, por tanto no existen problemas, enfermedades ni grupos o personas excluidas de la atención. Sin embargo, para cada etapa del desarrollo de sus acciones, tanto de promoción y prevención como de recuperación y rehabilitación, se definen énfasis estratégicos o prioridades sobre la base de criterios como la magnitud del problema, su epidemiología, su impacto social, la eficacia de las intervenciones posibles y la disponibilidad real de recursos humanos con las capacidades necesarias para realizarlo.

Para este periodo, las prioridades programáticas son:

- Promoción de salud mental y prevención de riesgo
- Trastornos mentales asociados a la violencia: maltrato infantil y violencia intrafamiliar.
- Trastorno de Hiperactividad / de la atención en niños y adolescentes en edad escolar.
- Depresión
- Abuso y dependencia de alcohol

Al futuro, de acuerdo a la expansión de nuevos recursos de salud mental deberán abordarse en forma integral y sistémica otras problemáticas de alta prevalencia y significación social, tales como salud mental de pueblos indígenas, trastornos emocionales de la infancia, trastornos ansiosos, trastornos afectivos bipolares, Retraso mental.

Actividades para el tratamiento

Las actividades para el tratamiento de personas con diagnóstico de una enfermedad mental que realiza el equipo de salud general están dirigidas a las personas y sus familias, y su objetivo es la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan, desencadenan o perpetúan la enfermedad mental.

La capacidad de resolución de equipo de salud general, para cada enfermedad mental, depende de los recursos del establecimiento y de la efectividad de la asesoría que recibe el equipo de salud mental, el médico general deberá contar con los fármacos necesarios.

Muchas de las personas que presentan una enfermedad mental serán diagnosticadas y recibirán un tratamiento exclusivamente de parte del equipo de salud general, en una proporción destinada según patología. Un número menor requerirá además que su caso sea analizado en una consultoría de salud mental del equipo que lo atiende con los especialistas del equipo de salud mental, algunos de estos pacientes serán derivados al equipo especializado para su diagnóstico e indicación de tratamiento.

Los pacientes portadores de una enfermedad de salud mental de larga evolución y/o discapacidad, que han sido diagnosticados por el equipo de salud mental y referida a su consultorio con indicaciones, requieren en forma más específica actividades de rehabilitación para su inserción social.

Las actividades para el tratamiento y reinserción social son los siguientes:

- CONSULTA MEDICA DE SALUD MENTAL, realizada por el médico general con el paciente y un familiar y/o acompañante.}
- CONSULTA DE SALUD MENTAL, realizada por el psicólogo, enfermera, asistente social, matrona u otro profesional.
- INTERVENCION PSICOSOCIAL GRUPAL, realizada por el Psicólogo, Enfermera, Asistente social, terapeuta ocupacional, matrona u otro profesional o técnico con el paciente y la familia.
- VISITA DE SALUD MENTAL, realizada por Psicólogo, Enfermera, Asistente social, etc. al domicilio, lugar de trabajo o escuela dirigida al paciente, familiares, cuidadores, etc.
- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, realizada por psicólogo clínico con personas con diagnóstico de una enfermedad mental.
- INTERVENCION / ACTIVIDAD COMUNITARIA, que realiza la Asistente social, Enfermero, Psicólogo, Medico General u otro integrante del equipo de salud general, con organizaciones o redes que apoyan al paciente y sus familias.

Y de esta manera el programa de salud mental se preocupa de contribuir de manera integral en la salud mental y calidad de vida en las personas.

CALENDARIOS RURAL 2015

Los Nuevos calendarios de equipos 1 y 2 de salud rural según objetivos propuestos y ejecutados por ASOCIALES Nadine Neira Y Nelly Cariman, los cuales dicen relación con el aumento de la frecuencia de las rondas a EMR Y PSR. También informo disposiciones generales para ejecución en 2015. A saber:

1. En cada posta y EMR deberá existir un cuaderno para registro de las horas médicas y por profesional según programas ministeriales y morbilidad en el caso del médico, también deberán agendar EMPAM y VDI, los rendimientos son:

- a) Programas: 20 minutos
- b) Morbilidad: 12 minutos
- b) EMPAM: 30 Minutos

c) VDI: 1 Hora por visita

2. Los horarios de toma de horas comenzaran a las 9 de la mañana para todos los profesionales. Horario de mañana: 9⁰⁰ a 13⁰⁰ hrs, horario de Tarde de 14⁰⁰ a 16⁰⁰ hrs.

3. Las postas y EMR deberán tener un letrero simple en donde se consigne el día de ronda y los profesionales que conforman cada uno de equipos 1 y 2. (Publicar calendarios por mes en cada postra y EMR)

4. Los TNSE rurales deberán presentar una propuesta en base al modelo de salud familiar de actividades con la comunidad programadas semestralmente o por el año en días que no tengan asignada ronda. (Educaciones, promoción, prevención con medios de verificación, y otras)

Como avance cuantitativo podemos establecer que se ha cumplido con elevar considerablemente las visitas a estaciones medico rurales y mantener y/o elevar en postas, por lo que se ruega educar a la población en esta nueva modalidad que será en beneficio de todos nuestros usuarios.

CUMPLIMIENTO METAS IAAPS (CORTE JUNIO 2015)

El Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud durante el año 2015, tiene tres componentes:

- A. Componente Actividad General
- B. Componente Actividad de Continuidad de Atención
- C. Componente Actividad con Garantía Explícita en Salud (GES).

Los siguientes resultados corresponden al corte de Junio de 2015. Los valores que se quieren lograr con los consensuados en la meta total (no un 100%), por lo tanto hay varias metas ya cumplidas.

A. Componente Actividad General

Meta	Indicador	Meta	Población	Cantidad a Junio de 2015	Meta negociada
1. Cobertura EMP hombres de 20 a 44 años	(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años / Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	18%	3477*	678	18%
2. Cobertura EMP mujeres de 45 a 64 años	(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	19,1 %	1764*	338	26%
3. Cobertura EMPAM del Adulto de 65 años y más	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva / población inscrita de 65 y más años validada por Fonasa)*100.	18,6%	3206**	599	30%

Meta	Indicador	Meta	Población	Cantidad a Junio de 2015	Meta negociada
4. Ingreso a control de embarazo, antes de las 14 semanas	(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100	86,3%	----	---	88,4%
5. Alta odontológica total en < de 20 años	(Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años./ población inscrita menor de 20 años)*100	16,6%	5888**	981	26,9%
6. Gestión de reclamos en Atención Primaria	(Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos /Nº total de reclamos) *100	100%	---	---	100%
7. Cobertura de DM 2 en personas de 15 y más años.	(Nº de personas con Diabetes bajo control de 15 y más años / Nº de Diabéticos de 15 y más años, esperados según prevalencia)*100 (Este indicador considera un 10% de prevalencia en población de 15 - 64 años y 25 % en población de 65 y más años)	50,22%	2258***	1134	51,3%
8. Cobertura de HTA en personas de 15 y más años	(Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años / Nº de Hipertensos de 15 y más años, esperados según prevalencia)*100 (Este indicador considera un 15,7% de prevalencia en población de 15 - 64 años y 64,3 % en población de 65 y más años)	63,58%	4349***	2765	76%
9. Evaluación del DSM de 12 a 23 m	[(Nº de Niños/as de 12 a 23 meses con EDSM) / (Nº de Niños/as de 12 a 23 meses bajo control a diciembre año 2012) x 100]	45,99%	2714*	126	88%
10. Tasa de VDI	Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita/4)	0,13	5473**	706	0,23%

Meta	Indicador	Meta	Población	Cantidad a Junio de 2015	Meta negociada
11. Cobertura de Atención de Asma en Población general y EPOC en personas de 40 años y más		17,42%	2928***	510	17,7%
12. Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años		14,95%	4569***	683	13%

*Según REM P junio 2014

**Según Corte Per-cápita

**Prevalencia calculada según Población Per-cápita,

B. Componente Actividad de Continuidad de Atención

Indicador	Método de calculo	Meta	Medio de Verificación
Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas.	(N° establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de Lunes a Viernes y sábados de 9 a 13 horas / N° total de establecimientos visitados)*100	100%	Informe del Servicio de Salud en Planilla y pautas de supervisión firmadas (ver anexo 2)
Disponibilidad de fármacos trazadores	(N° de Fármacos trazadores disponibles/ N° total de fármacos trazadores) * 100	100%	

C. Componente Actividad con Garantía Explícita en Salud (GES). Cumplimiento de GES en Atención Primaria

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
N° de casos con GES atendidos	100% de cumplimiento de GES	Informes mensuales de casos

en APS con garantía cumplida / Nº total de casos con GES atendidos en APS	atendidos en APS	del Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) o de otro sistema de registro implementado. Tanto el numerador como el denominador se refieren a los casos que tienen cumplimiento en el periodo de evaluación.
845/845	100%	

Las metas comunales de IAAPS para el año 2016, se establecerán previa negociación entre el servicio de salud y representantes de salud municipal y de acuerdo al cumplimiento del año 2015.

CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS (Corte Junio 2015)

Con el fin de promover el incremento de la calidad y oportunidad de la atención de salud que se brinda a la población en los establecimientos asistenciales del nivel primario, el Ministerio de Salud fija anualmente las metas sanitarias y del mejoramiento de la atención de salud (Resolución exenta N° 880 de 24-09-2014, MINSAL).

A continuación se presentan las metas sanitarias y de mejoramiento de la atención primaria de salud, que se deberán cumplir en los establecimientos de salud municipal de la comuna de Pitrufquén durante el año 2016. Los valores que se pretenden lograr es la meta comunal (no un 100%).

Metas	Meta Nacional	Porcentaje de cobertura	Población	Cantidad a realizar
<i>Meta 1: Recuperación del Desarrollo Psicomotor. (Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados).</i>	90 % de Recuperación.	45%	5	11
<i>Meta 2: Reducción del N° de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente.</i>	Reducir en un 20% la brecha de cobertura de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente. Meta 69%	64%	5780**	3694
<i>Meta 3: Odontológica Meta 3a: Aumento de la cobertura de Alta Odontológica Total en adolescentes de 12 años.</i>	La cobertura mínima a nivel de país para el año 2015 es de 74%. Meta comunal: 62%	64%	322**	173
<i>Meta 3b: Aumento de cobertura de Alta Odontológica Total en embarazadas.</i>	La cobertura mínima esperada a nivel de país	48%	79	166 (estimado a

	para el año 2015 es de 68%.			agosto)
<i>Meta 3c: Aumento de cobertura de Alta Odontológica Total en niños de 6 años.</i>	La cobertura mínima esperada a nivel de país para el año 2015 es de 79%. Meta comunal:67%	49%	303**	149
<i>Meta 4: Cobertura efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en personas de 15 años y más.</i>	Incrementar a lo menos en 2 puntos porcentuales la cobertura efectiva de personas de 15 y más años con DM2 controlada, con hemoglobina glicosilada menor de 7% (HbA1c <7%) respecto de lo logrado el año 2014. La meta país es alcanzar sobre un 24% de cobertura efectiva de personas con diabetes mellitus tipo 2 controlada. Meta comunal:21,2%	17%	2259***	388
<i>Meta 5: Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en personas de 15 años y más</i>	Incrementar a lo menos en 3 puntos porcentuales la cobertura efectiva de personas de 15 años y más años con Hipertensión Arterial controlada (Presión Arterial <140/90 mmHg), respecto de lo logrado el año anterior. La meta país es alcanzar sobre un 50% de cobertura efectiva de personas con hipertensión controlada. Meta comunal:45,5%	32%	4349***	1389
<i>Meta 6: Meta cobertura de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida.</i>	Incrementar en al menos 2 puntos porcentuales respecto al año anterior, los menores de 6 meses con LME. La meta país es alcanzar sobre un 60% de menores con LME al sexto mes de vida. Meta comunal: 50,6%	61%	100	61
<i>Meta 7: Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente.</i>	100% de los Consejos de Desarrollo de Salud con planevaluado y ejecutado a diciembre de 2015.		No aplica	No aplica
<i>Meta 8: Evaluación anual del pie, en personas con diabetes bajo control de 15 y más años.</i>	Incrementar a lo menos a un 90% la Evaluación Anual de pie en personas de 15 y más años con diabetes bajo control. Meta comunal:85%	52%	1111*	583

*Según REM P junio 2015

**Según Corte Per-cápita

***Prevalencia calculada según Población Per-cápita,

Cabe señalar que los porcentajes de metas nacional establecidos se ajustarán a la realidad local de acuerdo al cumplimiento del año 2015, previa negociación entre el servicio de salud y representantes de salud municipal a realizarse en diciembre de 2015.

COBERTURA PROGRAMA DE VACUNACIÓN

PLAN DE TRABAJO DE VACUNACIÓN ANTIINFLUENZA Y ANTINEUMOCOCICA 2015

Desde el 23 de marzo de 2015

Objetivos:

- Prevenir la morbi-mortalidad en la población objetivo de la comuna de Pitrufquén, definidos por las condiciones biomédicas que se asocian a mayor riesgo de muerte y complicaciones causadas o secundarias a infección por el virus de influenza
- Preservar la integridad de los funcionarios de salud de la comuna de Pitrufquén.

Meta:

- Lograr vacunar al menos el 90 % de la población de los grupos de riesgo definido.

	Definición grupos priorizados	Total a vacunar en la Comuna
Población Objetivo	NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A 5 AÑOS 11M 29 DIAS	568
	CRONICOS ENTRE 6 Y 64 AÑOS	740
	HOMBRES Y MUJERES DE 65 AÑOS Y MAS PARA INFLUENZA Y ADULTOS QUE CUMPLAN 65 AÑOS Y MAS PARA NEUMOCOCICA	2494
	EMBARAZADAS DESDE 13 SEMANAS DE GESTACION	126
	PERSONAL DE SALUD PRIVADO	12
	PERSONAL DE SALUD PUBLICO	250
	TRABAJADORES AVICOLAS Y CUIDADORES DE	3

	CERDO	
	OTRAS PRIORIDADES	983

OTRAS PRIORIDADES LOCALES	Nombre grupo priorizado	Total a vacunar
	PERSONAS EN SITUACION DE CALLE DE LA COMUNA DE PITRUFQUEN	50
	GENDARMERIA	20
	CARABINEROS	16
	BOMBEROS	15
	POLICIA DE INVESTIGACIONES	15
	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO	80
	PROFESIONALES DE LA EDUCACION	117
	ASISTENTES DE EDUCACION	60
	FUNCIONARIAS SALAS CUNAS Y JARDINES INFANTILES	40
	HOGARES DE ACOGIDA	40
	EMPRESAS MOLCO	200
	EMPRESA SURLAT	200
CUIDADORES DE PACIENTES	130	

Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable
1. Difusión de la vacunación (definir actividad de difusión en el nivel local con énfasis en el sector rural)	ENTREGA DE AFICHES INFORMATIVOS	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	TODO EL EQUIPO DE SALUD
	DIFUSION TV-PERIODICO LOCAL	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	INFORMACION EN RADIO DE LA COMUNA	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	ENTREGA DE INFORMACION EN FACEBOOK DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA COMUNA DE PITRUFQUEN	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	ENTREGA DE INFORMACION A TRAVES DE PAGINA WEB DE LA COMUNA DE PITRUFQUEN	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	ENTREGA DE INFORMACION EN CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	DIFUSION EN SALA DE ESPERA EN TODOS LOS	A PARTIR DEL 23 DE	INTERNOS DE ENFERMERIA

Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable
	DISPOSITIVOS DE SALUD (EDUCACIONES)	MARZO	
2. Programación Local de la campaña de vacunación con todos los establecimientos de Salud Comunal (DSM, CESFAM, CESCOF, EMR, HOSPITALES, PRIVADOS Y OTROS)	REUNION ENCARGADOS PNI DE CADA DISPOSITIVO PARA REALIZAR PLAN	4 DE MARZO DE 2015	ENFERMERA ENCARGADA PNI COMUNA
	REUNION ENCARGADOS PNI DE CADA DISPOSITIVO ESTRATEGIA VACUNACION (CGR/CECOF/POSTA/HOSPITAL)	10 DE MARZO 2015	ENFERMERA ENCARGADA PNI COMUNA
	REUNION DE EQUIPO DE SALUD DE CADA DISPOSITIVO DE LA COMUNA	12 DE MARZO 2015	ENFERMERA/OS ENCARGADAS EN CADA DISPOSITIVO
	ENTREGA DE INFORMACION VIA EMAIL	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	ENFERMERA ENCARGADA PNI COMUNA
	SOLICITUD SEMANAL DE VACUNAS A CENTRAL DIAS VIERNES, RETIRO LOS DIAS LUNES	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	ENFERMERA SRA. PATRICIA MUÑOZ
	COORDINACION LOCAL PARA MOVILIZACION	AL ELABORAR PLAN	CADA DISPOSITIVO
3. Coordinación intersectorial (Salas cunas, hogares de ancianos, DIDECO, carabineros, bomberos, cruz roja, Educación, otros)	ENVIAR OFICIO A DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES, SALAS CUNAS Y JARDINES INFANTILES	SEMANA DEL 16 DE MARZO	ENFERMERO/A ENCARGADOS PNI POR DISPOSITIVO
	REUNION CON CARABINEROS, PDI Y BOMBEROS/GENDARMERIA	SEMANA DEL 16 DE MARZO	EQUIPO DE ENFERMERIA
	REUNION CON DIDECO, CRUZ ROJA, CENTRO SAN VICENTE DE PAUL	SEMANA DEL 16 DE MARZO	EQUIPO DE ENFERMERIA
4. Monitoreo	EL MONITOREO SE REALIZARA CADA 2 DIAS POR MEDIO DEL SISTEMA RNI EN CADA DISPOSITIVO	CADA DOS DIAS	ENFERMERO/A ENCARGADOS PNI POR DISPOSITIVO
5. Evaluación	SE REALIZARAN 3 EVALUACIONES Y ESTAS SERAN REALIZADAS A TRAVES DE LOS INFORMES ESTADISTICOS DEL RNI	1ª SEMANA DE ABRIL; 1ª SEMANA DE MAYO; 1ª	ENFERMERO/A ENCARGADOS PNI POR DISPOSITIVO

Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable
		SEMANA DE JUNIO	

PLAN DE TRABAJO DE VACUNACIÓN VACUNACION ESCOLAR AÑO 2015

A partir del mes de Agosto de 2015

Objetivos:

- Inmunizar a todos los menores que cursan 1º básico con vacuna tres vírica y dTpa.
- Inmunizar a todos los menores que cursan 4º, 5º, 6º y 7º básico con vacuna VPH
- Inmunizar a todos los menores que cursan 8º básico con vacuna dTpa.

Meta:

- Alcanzar coberturas sobre el 90% para mantener la eliminación de estas enfermedades en Chile

Población Objetivo	Definición grupos priorizados
	Menores de 1º básico
	Menores de 4º,5º,6º y 7º básico
	Menores de 8º básico

Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable
1. Difusión de la vacunación (definir actividad de difusión en el nivel local con énfasis en el sector rural)	ENTREGA DE AFICHES INFORMATIVOS	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	TODO EL EQUIPO DE SALUD
	PERIODICO LOCAL	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	INFORMACION EN RADIO DE LA COMUNA	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	ENTREGA DE INFORMACION EN FACEBOOK DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA COMUNA DE PITRUFQUEN	DURANTE TODA LA CAMPAÑA	EQUIPO DE ENFERMERIA
	ENTREGA DE INFORMACION A TRAVES	DURANTE TODA LA	EQUIPO DE ENFERMERIA

Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable
	DE PAGINA WEB DE LA COMUNA DE PITRUFQUEN	CAMPAÑA	
	DIFUSION EN SALA DE ESPERA EN TODOS LOS DISPOSITIVOS DE SALUD (EDUCACIONES)		INTERNOS DE ENFERMERIA
2.Programación Local de la vacunación escolar con todos los establecimientos educacionales	REUNION ENCARGADOS PNI DE CADA DISPOSITIVO PARA REALIZAR PLAN	15 DE JULIO	ENFERMERA ENCARGADA PNI COMUNA
	REUNION DE EQUIPO DE SALUD DE CADA DISPOSITIVO DE LA COMUNA	21 Y 27 DE JULIO	ENFERMERA/OS ENCARGADAS EN CADA DISPOSITIVO
	ENTREGA DE INFORMACION VIA EMAIL	DURANTE TODA LA VACUNACION	ENFERMERA ENCARGADA PNI COMUNA
	COORDINACION LOCAL PARA MOVILIZACION	DURANTE TODA LA VACUNACION	CADA DISPOSITIVO
3. Coordinación con los establecimientos educacionales	SOLICITUD DE MATRICULAS A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	ULTIMA SEMANA DE JULIO	ENFERMERO/A ENCARGADOS PNI POR DISPOSITIVO
	ENVIAR OFICIO A DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.	3 DE AGOSTO	ENFERMERO/A ENCARGADOS PNI POR DISPOSITIVO
4. Monitoreo	EL MONITOREO SE REALIZARA SEMANALMENTE	TODOS LOS VIERNES DE AGOSTO	ENFERMERO/A ENCARGADOS PNI POR DISPOSITIVO
5. Evaluación	SE REALIZARA LA EVALUACION AL TERMINO DE LA VACUNACION ESCOLAR	ULTIMA SEMANA DE AGOSTO	ENFERMERO/A ENCARGADOS PNI POR DISPOSITIVO

COBERTURAS VACUNAS

CAMPAÑA INFLUENZA

Población	Cobertura
COBERTURA GENERAL:	77,7%
Niños/as de 6 m a 5 años	95,5%
65 YMAS AÑOS	57,2%
Embarazadas>13sem	88,3%

Enfermos crónicos 6-64 años	121,9%
Personal de salud publico	122,7%
Trabajadores avícolas	200,0%
Otras prioridades	70,6%

CAMPAÑA SARAMPION-RUBEOLA- PAROTIDITIS (al 16 de noviembre 2015)

Población	Cobertura
General	85,9%
1 año	69,1%
2 años	61,0%
3 años	69,9%
4 años	99,3%
5 años	103,3%

VACUNACION ESCOLAR

Población	Coberturas
1º básico, vacuna SRP	85,0%
1º básico, vacuna DTPa	85,3%
8º básico DTPa	93,0%
4º básico, VPH	89,5%
5º básico, VPH	90,4%
6º básico, VPH	83,8%
7º básico, VPH	88,8%

RESOLUTIVIDAD

Por medio de distintos convenios, se han podido otorgar prestaciones que no pertenecen a la atención primaria en sí, pero que representa importancia para el diagnostico de patologías:

Otorrinolaringología

172 cupos de especialista otorrino	168 usuarios atendidos
Toma de molde el 24 de octubre de 2015	

Oftalmología

314 cupos de especialista oftalmólogo	108 usuarios atendidos
204 usuarios pendientes con próxima fecha de confirmación de atención	

Mamografías

420 cupos beneficiarios de Mamografías	20 cupos usuarios ecotomografía mamaria
Monto presupuesto: \$10.255.185.-	Monto presupuesto: \$388.537.
Grado de avance a octubre de 2015: 52.6%	

CAPACITACIONES

El comité de capacitaciones fiscaliza el cumplimiento de las capacitaciones de los funcionarios y que sean atingentes a los cargos. A continuación se señalan las capacitaciones hasta noviembre de 2015:

N°	Nombre curso o actividad planificada en el PAC	FECHA DE EJECUCIÓN		N° horas
		Desde	Hasta	
1	taller de orientación previsional para el retiro	25-03-2015	25-03-2015	8
2	XI jornada de avance en medicina interna	16-04-2015	17-04-2015	16
3	manejo de paciente poli traumatizado y reanimación cardiopulmonar	05-06-2015	06-06-2015	16
4	intervención comunitaria en salud	16-04-2015	17-04-2015	16
5	manejo de paciente poli traumatizado e inmovilización en medio extra hospitalario	10-04-2015	11-04-2015	16
6	preparémonos para la ley trato al usuario	13-05-2015	14-05-2015	16
7	curso endocrinología del sur	14-05-2015	16-05-2015	24
8	actualización en temas de salud prevalentes en el adolescente	15-05-2015	16-05-2015	8
9	preparémonos para la ley trato al usuario	27-05-2015	28-05-2015	8
10	preparémonos para la ley trato al usuario	16-06-2015	16-06-2015	8
11	preparémonos para la ley trato al usuario	16-06-2015	16-06-2015	8
12	orientación previsional y de retiro	22-06-2015	22-06-2015	8
13	curso salud pública y participación social	26-06-2015	26-06-2015	8
14	jornada obstetricia y ginecología	03-07-2015	04-07-2015	16
15	preparémonos para la ley trato al usuario	13-07-2015	13-07-2015	8
16	curso taller de salud intercultural el	20-07-2015	20-07-2015	8
17	XIX congreso geriatría y gerontología de chile	22-07-2015	24-07-2015	24
18	curso operador autoclave	23-07-2015	24-07-2015	16

19	seminario sistema jurídico de la atención primaria	12-08-2015	13-08-2015	16
20	taller estatuto atención primaria ley de alivio	18-08-2015	18-08-2015	8
21	XIII taller internacional 2015 salud mental y comunitaria	31-08-2015	01-09-2015	16
22	congreso chileno de medicina familiar	15-10-2015	17-10-2015	24
23	II jornada de odontología en atención primaria en la Araucanía	15-10-2015	16-10-2015	16
24	jornada de actualización gineco-obstetra	01-10-2015	02-10-2015	16
25	jornada internacional podología y diabetes	24-10-2015	24-10-2015	8

Convenios 2015

N°	NOMBRE DEL CONVENIO	FECHA	R.E.	FECHA	D.A.E.	FECHA	MONTO ANUAL	RESPONSABLE	EVALUACION	VIGENCIA	PROVISIONAMIENTO
			S.S.A.S		MUNIC.						
	UFRO	08-11-2013	-	-	2.285	31-12-13	-	SYLVIA AGURTO	31-12-2018	31-12-2018	-
	POSTRADOS	26-01-2015	376	02-02-15	241	12-03-15	\$ 28.176.312	NEFTALI TORO	31-08-2015	31-12-2015	12 CUOTAS
	ACCESO A LA ATENCION ODONT.	28-01-2015	374	02-02-15	164	20-02-15	\$ 12.000.015	SYLVIA AGURTO	31-08-2015	31-12-2015	12 CUOTAS
	SALUD ORAL 6 AÑOS	13-02-2015	972	25-02-15	202	02-03-15	\$ 388.424	SYLVIA AGURTO	31-08-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)
	SALUD ORAL EMBARAZADAS	13-02-2015	972	25-02-15	202	02-03-15	\$ 13.161.478				
	SALUD ORAL 60 AÑOS	13-02-2015	972	25-02-15	202	02-03-15	\$ 15.619.591				
	APOYO ODONTOLOGICO CECOSF	04-02-2015	620	11-02-15	178	23-02-15	\$ 14.353.740	SYLVIA AGURTO	31-08-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)
	ENDODONCIAS	04-02-2015	620	11-02-15	178	23-02-15	\$ 885.315				
	PROTESIS	04-02-2015	620	11-02-15	178	23-02-15	\$ 1.886.580				
	MAS SONRISAS PARA CHILE	04-02-2015	620	11-02-15	178	23-02-15	\$ 47.892.210				
	OFTALMOLOGIA	28-01-2015	384	03-02-15	167	20-02-15	\$ 13.389.588	ALEJANDRA BARRA	31-08-2015	31-12-2015	MANDATADO
	OTORRINOLARINGOLOGIA	28-01-2015	384	03-02-15	167	20-02-15	\$ 19.481.064				
	GASTROENTEROLOGIA	28-01-2015	384	03-02-15	167	20-02-15	\$ 2.777.360				
	CHILE CRECE CONTIGO	26-01-2015	390	03-02-15	168	20-02-15	\$ 16.547.179	KARIN LEVET	30-06-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (50% Y 50%)
	CECOSF	26-01-2015	407	03-02-15	176	23-02-15	\$ 58.139.653	SILVIA CATALAN	30-06-2015	31-12-2015	12 CUOTAS
	APOYO RADIOLOGICO (NAC)	26-01-2015	405	03-02-15	175	23-02-15	\$ 2.872.491	CARLA MORENO	31-08-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)
	MAMOGRAFIAS	16-02-2015	1.033	02-03-15	240	12-03-15	\$ 12.216.512	KARIN LEVET	31-08-2015	31-12-2015	MANDATADO
	ECO MAMARIA	16-02-2015	1.033	02-03-15	240	12-03-15	\$ 1.507.420				
	RADIOGRAFIAS DE CADERA	16-02-2015	1.033	02-03-15	240	12-03-15	\$ 576.730	HUMBERTO BERRIOS			
	ECOABDOMINAL	16-02-2015	1.033	02-03-15	240	12-03-15	\$ 13.637.992				
	SEMBRANDO SONRISAS	26-01-2015	494	06-02-15	177	23-02-15	\$ 1.310.432				
	VIDA SANA	28-01-2015	398	03-02-15	170	20-02-15	\$ 22.455.184	VIVANA ARROYO	31-08-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)
	ESPACIO AMIGABLE	25-02-2015	1.576	30-03-15	313	07-04-15	\$ 2.271.150	LEIDY INOSTROZA	31-08-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)

	EQUIDAD RURAL CELULARES	28-01-2015	369	02-02-15	163	20-02-15	\$ 1.321.752				
	EQUIDAD RURAL PARAMEDICOS	28-01-2015	369	02-02-15	163	20-02-15	\$ 17.148.201	PATRICIA MUÑOZ	31-08-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)
	EQUIDAD RURAL TRAB COMUNIT	28-01-2015	369	02-02-15	163	20-02-15	\$ 400.000				
	DIGITADOR GES	27-01-2015	393	03-02-15	169	20-02-15	\$ 3.738.000	VIVANA ARROYO	S/ INFORMAC	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)
	FONDO DE FARMACIA,	29-01-2015	383	03-02-15	166	20-02-15	\$ 24.725.470	MARIE BELTRAN	31-08-2015	31-12-2015	2 CUOTAS (70% Y 30%)
	PROMOCION DE SALUD							KAREN SANDOVAL			UNICA CUOTA
2014	AGL RE 5037 RECURSO HUMANO	20-09-2014	5.037	13-11-14	1.193	17-11-14	\$ 5.456.000	JESSICA MONTIEL	S/ INFORMAC	31-07-2015	2 CUOTAS (50% Y 50%)
	AGL RE 5037 COMB. TRASLADO PACIENTES	20-09-2014	5.037	13-11-14	1.193	17-11-14	\$ 6.000.000	JUAN JIMENEZ	S/ INFORMAC		
	MAMOGRAFIAS	24-02-2014	1.186	06-03-14	277	10-03-14	\$ 1.812.185	KARIN LEVET	SALDOS AL 31/12/2014	31-12-2015	PRORROGADO SEGÚN RE N°6229 DEL 31/12/2014 APROBADO POR DAE N°380 DEL 30/04/2015
	ECO MAMARIA	24-02-2014	1.186	06-03-14	277	10-03-14	\$ 18.537				
	RADIOGRAFIAS DE CADERA	24-02-2014	1.186	06-03-14	277	10-03-14	\$ 623.741	HUMBERTO BERRIOS			
	ECOABDOMINAL	24-02-2014	1.186	06-03-14	277	10-03-14	\$ 6.489.802				
	APOYO APS: COMPRA DE CONTAINERS	26-12-2014	6.175	31-12-14	149	16-02-15	\$ 9.033.510	VIVIANA ARROYO		31-03-2015	UNICA CUOTA

PLAN DE ACCIÓN 2016

PRESUPUESTO

Ingresos 2016

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN
05					TRANSFERENCIAS CORRIENTES
	03				DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS
		006			Del Servicio de Salud
			001		Atención Primaria Ley N° 19.378, Art. 49°
				001	Percápita Base
				002	Asignación de Desempeño Difícil
				003	Bono Conductores Ley N° 19.813
				004	Desempeño Colectivo
				005	Diferencia Cambio Categoría de Técnicos de Salud
			002		Aportes Afectados
		099			De Otras Entidades Públicas
			001		Convenio Odontológico JUNAEB
			002		Aguinaldo Fiestas Patrias y Navidad
			003		Bono de Escolaridad
			004		Aporte Bono Especiales
		101			De la Municipalidad A Servicios Incorporados a su Gestión
07					INGRESOS DE OPERACIÓN
	02				VENTA DE SERVICIOS
		001			Cobro a no Beneficiarios
08					OTROS INGRESOS CORRIENTES
	01				RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS
		001			Reembolso Art. 4° Ley N° 19.345 y Ley N° 19.117, Art. Único
		002			Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196 y Ley N° 19.117, Art. Único
	99				OTROS
		001			Devoluc. y Reintegros no Provenientes de Impuestos
		999			Otros
15					SALDO INICIAL DE CAJA
TOTAL INGRESOS					

Gastos 2016

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
21					GASTOS EN PERSONAL	1.530.283
	01				PERSONAL DE PLANTA	1.035.151
		001			Sueldos y Sobresueldos	783.180
			001		Sueldos Base	313.000
			004		Asignación de Zona	46.920
				002	Asignación de Zona, Art. 26 de Ley N° 19.378 y Ley N° 19.354	46.920
			009		Asignaciones Especiales	0
				007	Asignación Especial Transitoria Art. 45, Ley N° 19.378	0
			011		Asignación de Movilización	18.440
				001	Asignación de Movilización Art. 97, Ley N° 18.883	18.440
			019		Asignación de Responsabilidad	4.750
				002	Asignación de Responsabilidad Directiva	4.750
			028		Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	59.450
				002	Asignación por Desempeño en Condiciones Difíciles Art. 28, Ley N° 19.378	59.450
			031		Asignación de Experiencia Calificada	6.750
				002	Asignación Post-Título Art. 42, Ley N° 19.378	6.750
			044		Asignación de Atención Primaria Municipal	313.000
				001	Asignación Atención Primaria Salud Arts. 23 y 25, Ley N° 19.378	313.000
			999		Otras Asignaciones	20.870
				001	Planilla Suplementaria Personal Traspasado	6.750
				002	Asignación Art. 27 Ley N° 19.378, Jefes de Programas	11.620
				003	Asignación Art. 3 Ley N° 20.157 Bonificación Choferes	2.500

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
		002			Aportes del Empleador	24.000
			001		A Servicios de Bienestar	0
			002		Otras Cotizaciones Previsionales	24.000
				001	Ley N° 16.744, Accidentes del Trabajo (1,63%)	13.000
				002	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (S.I.S. 1,15%)	10.500
				003	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (Bono Post Laboral)	500
		003			Asignaciones por Desempeño	174.721
			002		Desempeño Colectivo	137.721
				003	Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, Ley N° 19.813	137.721
			003		Desempeño Individual	37.000
				005	Asignación por Mérito Art. 30, Ley N° 19.378. Agrega Ley N° 19.607	37.000

		004		Remuneraciones Variables	39.000
			005	Trabajos Extraordinarios	14.500
			006	Comisiones de Servicio en el País	24.500
		005		Aguinaldos y Bonos	14.250
			001	Aguinaldos	8.500
			001	Aguinaldo de Fiestas Patrias	4.250
			002	Aguinaldo de Navidad	4.250
			002	Bono de Escolaridad	3.250
			003	Bonos Especiales	2.000
			001	Bono Extraordinario Anual	2.000
			004	Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	500
	02			PERSONAL A CONTRATA	495.131
		001		Sueldos y Sobresueldos	422.531
			001	Sueldos Base	131.842
			004	Asignación de Zona	19.780
			002	Asignación de Zona Art. 26 Ley N° 19.378 y Ley N° 19.354	19.780
			009	Asignaciones Especiales	101.856
			007	Asignación Especial Transitoria Art. 45, Ley N° 19.378	101.856
			011	Asignación de Movilización	9.375
			001	Asignación de Movilización Art. 97, letra b), Ley N° 18.883	9.375
			027	Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	26.595
			002	Asignación por Desempeño en Condiciones Difíciles Art. 28, Ley N° 19.378	26.595
			030	Asignación de Experiencia Calificada	650
			002	Asignación Post Título Art. 42, Ley N° 19.378	650

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
			042		Asignación de Atención Primaria Municipal	131.842
				001	Asignación Atención Primaria Salud, Arts. 23 y 25, Ley N° 19.378	131.842
			999		Otras Asignaciones	591
				002	Asignación Art. 3 Ley N° 20.157 Bonificación Choferes	591
		002			Aportes del Empleador	8.600
			001		A Servicios de Bienestar	0
			002		Otras Cotizaciones Previsionales	8.600
				001	Ley N° 16.744, Accidentes del Trabajo (1,63%)	4.800
				002	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (S.I.S. 1.26%)	3.800
		003			Asignaciones por Desempeño	32.500
			002		Desempeño Colectivo	24.000
				003	Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, Ley N° 19.813	24.000
			003		Desempeño Individual	8.500
				004	Asignación de Mérito Art. 30 Ley N° 19.378, Ley N° 19.607	8.500
		004			Remuneraciones Variables	20.000

		005		Trabajos Extraordinarios	8.000
		006		Comisiones de Servicio en el País	12.000
		005		Aguinaldos y Bonos	11.500
		001		Aguinaldos	8.500
			001	Aguinaldo de Fiestas Patrias	4.250
			002	Aguinaldo de Navidad	4.250
		002		Bono de Escolaridad	1.500
		003		Bonos Especiales	1.000
			001	Bono Extraordinario Anual	1.000
		004		Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	500
	03			OTRAS REMUENRACIONES	1
		001		Honorarios a Suma Alzada	1

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
22					BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	357.600
	01				ALIMENTOS Y BEBIDAS	1.000
		001			Para Personas	1.000
	02				TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	1.000
		002			Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	750
		003			Calzado	250
	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	18.000
		001			Para Vehículos	13.000
		002			Para Maquinarias y Equipos de Producción, Tracción y Elevación	1.000
		003			Para Calefacción	4.000
	04				MATERIALES DE USO O CONSUMO	275.000
		001			Materiales de Oficina	30.000
		003			Productos Químicos	1.000
		004			Productos Farmacéuticos	160.000
		005			Materiales y Útiles Quirúrgicos	40.000
		006			Fertilizantes, Insecticidas, Fungicidas y Otros	500
		007			Materiales y Útiles de Aseo	20.000
		009			Insumos, Rep. y Accesorios Computacionales	13.000
		010			Materiales para Mant. y Rep. de Inmuebles	2.000
		011			Repuestos y Accesorios para Mant. y Rep. Vehículos	2.500
		012			Otros Materiales, Repuestos y Útiles Diversos para Mant. Y Rep.	500
		013			Equipos Menores	3.500
		999			Otros	2.000
	05				SERVICIOS BÁSICOS	33.500
		001			Electricidad	9.500
		002			Agua	5.500

		003		Gas	4.500
		005		Telefonía Fija	7.000
		006		Telefonía Celular	3.500
		007		Acceso a Internet	3.000
		999		Otros	500
	06			MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	6.500
		001		Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	1.000
		002		Mantenimiento y Reparación de Vehículos	3.000
		003		Mantenimiento y Reparación de Mobiliarios y Otros	500

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
		004			Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos de Of.	500
		006			Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y Equipos	500
		007			Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos	1.000
	07				PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	500
		001			Servicios de Publicidad	500
	08				SERVICIOS GENERALES	7.000
		001			Servicio de Aseo	3.000
		007			Pasajes, Fletes y Bodegajes	4.000
	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	500
		002			Primas y Gastos de Seguros	500
	11				SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES	7.000
		002			Cursos de Capacitación	6.000
		003			Servicios Informáticos	500
		999			Otros	500
	12				OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	7.600
		002			Gastos Menores	6.000
		006			Contribuciones	1.600
29					ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	13.333
	04				MOBILIARIO Y OTROS	5.832
		001			Mobiliario y Otros	5.832
	05				MÁQUINAS Y EQUIPOS	2.500
		001			Máquinas y Equipos de Oficina	1.500
		999			Otras	1.000
	06				EQUIPOS INFORMÁTICOS	5.000
		001			Equipos Computacionales y Periféricos	5.000
	07				PROGRAMAS INFORMÁTICOS	1
		001			Programas Computacionales	1
34					SERVICIO DE LA DEUDA	500

	07			DEUDA FLOTANTE	500
		001		Deuda de Años Anteriores con Devengamiento en el Ejercicio	500
35				SALDO FINAL DE CAJA	500
TOTAL GASTOS					1.902.216

DOTACIÓN PERSONAL

Propuesta de dotación recursos humanos 2016, Departamento de Salud Municipal

TIPO DE DESCRIPCION CATEGORIA FUNCIONARIA	CANTIDAD	HORAS SEMANALES
CATEGORIA B		
Director Depto. de Salud	1	44
Director de Consultorio	1	44
CATEGORIA A		
Médico	8	352
Odontólogo	5	176
Químico Farmacéutico	1	44
CATEGORIA B		
Asistente Social	5	220
Enfermera (o)	6	264
Matrona	4	176
Nutricionista	4	176
Kinesiólogo	5	198
Tecnólogo Médico	2	88
Psicólogo	4	176
Profesor de Educación Física	1	44
Contador Auditor	1	44
CATEGORIA C (Técnicos de Nivel Superior)		
Administrativo de Salud	13	572
Higienista Dental	2	88
Laboratorista Dental	2	88
Podólogo	3	110
Téc. Niv. Sup. Enfermería	20	880
Técnico Dental	1	44

Técnico en Computación	1	44
CATEGORIA D		
Auxiliares Paramédicos de Enfermería	5	220
Auxiliares Paramédicos de Farmacia	1	44
CATEGORIA E		
Administrativos	12	528
CATEGORIA F		
Auxiliar de Servicio	4	176
Chofer	4	176
Nochero	3	132
Mantenimiento y Reparación	1	44

5192

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN 2016

L.E.	ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odontólogos, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACIONES	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	
1	Actualización en Salud Familiar	Capacitar al equipo de salud en la apropiación, fortalecimiento y empoderamiento del modelo de Salud familiar. Actualizar y unificar criterios del Modelo de Salud Familiar en los funcionarios de los distintos estamentos del DSM de Pitufquén	12	33	37	8	18	15	123	8		\$ 984.000		\$ 984.000	marzo a diciembre 2016
9	Curso y/o talleres perfeccionamiento en seguridad y salud ocupacional, prevención de accidentes de trayecto y vía pública, uso y manejo de extintores, comité paritario de higiene y seguridad laboral.	Analizar y examinar estrategias eficientes que permitan al equipo de salud incorporar estrategias en el mejoramiento de la atención del usuario interno y externo	4	12	15	5	8	15	59	8		\$ 396.000		\$ 396.000	marzo a diciembre 2016

L.E.	ACTIVIDAD DE	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMER O DE	FINANCIAMIENTO			EJECU CIÓN	
3	Actualización en Promoción y Prevención de Salud	Considerar indicadores relacionados con "Salud óptima" que miden el número de factores protectores de la salud.	12	33	37	8	18	15	123	8		\$ 984.000		\$ 984.000	marzo a diciembre 2016
3	Actualización en Garantías Explícitas en Salud	Aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de problemas de salud.	2	6	2		2	0	12	8		\$ 396.000		\$ 396.000	marzo a diciembre 2016
4	Actualización en la atención y trato al usuario: Habilidades y Destrezas	La satisfacción usuaria y la percepción de la ciudadanía debe ser objeto de medición sistemática, así como la instalación de medidas concretas en relación al área más sensible de la población.	12	33	37	8	18	15	123	8		\$ 984.000		\$ 984.000	marzo a diciembre 2016
6	Actualización en Tecnología de informática y comunicación (TICS)	Sistemas de información: mejoramiento de los sistemas de información asociados a procesos críticos de la gestión asistencial.	0	5	8	2	18	0	33	8		\$ 396.000		\$ 396.000	marzo a diciembre 2016

L.E.	ACTIVIDAD DE	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE	FINANCIAMIENTO			EJECUCIÓN	
1	Actualización en Legislación en Atención Primaria	Mejorar el marco legal y reglamentario del personal de la Red Asistencial, atención primara de salud	0	5	4	12	12	4	37	8		\$ 396.000		\$ 396.000	marzo a diciembre 2016
7	Actualización y manejo en materias contables y administrativas del personal administrativo del departamento de salud municipal	contribuir a la mejora de las competencias técnico/administrativas del personal del departamento de salud municipal	0	4	8	0	18	0	30	8		\$ 396.000		\$ 396.000	marzo a diciembre 2016
8	Actualización de conocimientos de las competencias funcionarias en: Programa de la Mujer, Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes, Programa del Adulto y Adulto Mayor, Programa Salud Mental, Programa Odontológico, Servicios de Esterilización, Procedimientos Clínicos, Laboratorio y Toma de Muestras, Servicio de Farmacia, Rehabilitación Kinésica, Comités	Uso de tecnología y metodologías educativas pertinentes, centradas en el aprendizaje y en la adquisición y desarrollo de competencias de desempeño de los funcionarios.	12	33	37	8	18	15	123	8		\$ 984.000		\$ 984.000	marzo a diciembre 2016

L.E.	ACTIVIDAD DE	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE	FINANCIAMIENTO				EJECUCIÓN
	Paritarios, Servicio Social, Servicios Generales, Interculturalidad, Bioseguridad, Nutrición en APS, Programa Vida Sana, Gestión Administrativo.														
5	Curso Liderazgo y trabajo en equipos /autocuidado	Estrategias de liderazgo para desarrollar ambientes laborales saludables y participativos, con equipos de salud motivados para el bien trato al usuario y la comunidad	12	33	37	8	18	15	123	8		\$ 984.000		\$ 984.000	marzo a diciembre 2016
TO TA LE S												\$ 6.900.000			

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES CON PERTINENCIA SOCIOCULTURAL Y ENFOQUE DE GÉNERO.

MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

Las acciones de salud en este centro de salud, se programan de acuerdo a la realidad local y cultural de la comuna de Pitrufrquén, establecidas a lo largo del ciclo vital; enmarcadas en las orientaciones entregadas por el Ministerio de Salud (1), para el año 2016.

La matriz que se presenta a continuación, refleja las acciones de salud ejecutadas en los establecimientos de salud dependientes de la I. Municipalidad de Pitrufrquén, es decir, CECOSF, postas de atención rural y CESFAM; y se detallan de acuerdo al ciclo de la vida en que se encuentre la persona:

- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud en la Infancia
- Salud en la Adolescencia y Juventud
- Salud en el Adulto
- Salud de las personas Adultos Mayores, Familias y Cuidadores

Salud Sexual y Reproductiva:

SALUD MATERNA Y PERINATAL – NEONATAL

Durante la gestación y los primeros años de vida, se puede influir en el óptimo desarrollo y fortalecimiento de las potencialidades del niño y la niña; el seguimiento en la atención de salud en este periodo permite prevenir, detectar y tratar afecciones que puedan complicar dicho período.

a) 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: <i>Preparación para el parto y crianza.</i>	Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Nota metodológica PARN “¡Las experiencias tempranas importan mucho!”.
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.

b) Prevención:

Objetivo	Meta	Actividad
Ofrecer atención oportuna a embarazadas con 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 gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES Prevención de Parto Prematuro.	100% de las gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro se derivan al nivel secundario a confirmación	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES (Nota:

Objetivo	Meta	Actividad
	diagnóstica.	Notificación GES)
Detectar precozmente la depresión en mujeres gestantes	Aumentar la aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal respecto al año anterior.	Aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal.
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	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.
	Disminuir en un 20% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes menores de 15 años con bajo peso Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes menores de 15 – 19 años con bajo peso
Aumentar el número de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años	Aumentar en un 10% las VDI a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	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.
Aumentar el número de mujeres migrantes que asisten a controles prenatales	Establecer línea base	Control prenatal
Pesquisa precoz de gestantes con infección por T. cruzi para diagnóstico y tratamiento oportuno de recién nacidos que resulten confirmados para esta infección; y para tratamiento post lactancia de la madre confirmada	100% de gestantes que ingresa a control prenatal, que NO resida en zona endémica (Región del Maule hasta Región de Magallanes) y que presenten criterios de sospecha de infección por T. cruzi definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica n° 0162, MINSAL; con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	En el resto del país (Región del Maule a Región de Magallanes), Tamizaje y confirmación diagnóstica de gestantes que presenten criterios de sospecha de infección por T. cruzi definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica n° 0162, MINSAL
Pesquisa oportuna de las gestantes con infección por T. cruzi para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los	100% de Exámenes de confirmación por infección por T. cruzi realizados, en gestantes que ingresan a control cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.	Confirmación diagnóstica de infección por T. cruzi de la totalidad de casos cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.

Objetivo	Meta	Actividad
recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	100% de exámenes para detección de infección por T. cruzi realizados en recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas.	Tamizaje y confirmación diagnóstica para infección congénita por T. cruzi en recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Chagas.
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	100% de 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 de VIH	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.
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.
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
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	≥ 40% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT	Consejería Breve en Tabaco (CBT).

Objetivo	Meta	Actividad
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación	80% de embarazadas con educación sobre prevención de IRA-ERA	Educación grupal a embarazadas sobre prevención de IRA-ERA

c) Tratamiento:

Objetivo	Meta	Actividad
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 1 año 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 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar en un punto porcentual la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.
	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año 2015	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión
Mejorar la derivación de gestantes víctimas de violencia de género	Aumentar los ingresos de gestantes víctimas de violencia de género en relación a las gestantes detectadas en escala EPSA.	Ingreso de gestantes víctimas de violencia de género.

1. Salud Reproductiva

Se denomina salud reproductiva a la condición en la cual se logra un proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social; incluyendo el derecho a la información, métodos de regulación de fertilidad y servicios de salud integrales (OMS).

Objetivo	Meta	Actividad
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad)	Aumentar en 5% las personas de 25 y más años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con actividad sexual activa.	Aumentar respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 años y más al programa de regulación de fertilidad	Control integral de regulación de fertilidad
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, antes de los 15 días del alta, 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

2. Salud Ginecológica

La atención en salud ginecológica, en los establecimientos de salud de la comuna de Pitrufrquén dependientes de la I. Municipalidad, tiene como objetivo ser integral, abarcando las acciones de fomento y protección de la salud.

Objetivo	Meta	Actividad
Atención integral de salud ginecológica durante el curso de la vida.	Aumentar el % 4 de acceso a control de salud integral ginecológica en el curso de la vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Alcanzar meta país un 50% cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente.	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE.
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	Alcanzar meta país a un 60% 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 AUGE y EMPA.

3. Salud Sexual

La salud sexual en la integración de los aspectos somáticos, emocionales, sociales y culturales y la capacidad que tienen las personas de disfrutar y expresar su sexualidad, sin coerción, sin violencia, sin discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y/o de tener embarazos no planificados o no deseados (OMS).

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar el número de personas que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el curso de vida	Aumentar el número de consejerías en SSR otorgadas a personas de 25 y más años	Consejería en SSR.
Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual.	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior	Control de Salud sexual en personas, que ejercen comercio sexual.
Aumentar el número de personas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la cobertura de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 25 años y más.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS

4. Salud Post Reproductiva

En atención primaria, la atención integral de la mujer en el periodo post reproductivo, tiene entre sus objetivos: mejorar la calidad de vida de la mujer en esta etapa de su vida; prevenir el desarrollo o agravamiento de patologías crónicas y degenerativas; reducir la morbilidad asociada a cánceres ginecológicos.

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Aumentar en 2 % respecto al año anterior, la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.

Objetivo	Meta	Actividad
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 de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio
Aumentar la proporción de mujeres de 45 a 64 años bajo control que requieren terapia hormonal, según puntaje MRS	Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS, respecto al año anterior	Aplicación de Terapia según puntaje MRS

SALUD EN LA INFANCIA:

Como base en la atención de salud del infante, está el Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, que ofrece un sistema integrado de intervenciones y articulaciones a nivel social, conformada por la red Chile Crece Contigo. El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil se inicia en la gestación y continúa a lo largo de la vida del niño o niña, es decir desde los 0 a 9 años de edad. La supervisión de salud del niño/a se realiza enfocando la atención en la evaluación de salud del niño, inserto en su medio familiar, considerando sus aspectos étnicos. Las acciones que se realizan en la atención de salud de este grupo, se basa en Normativas vigentes, implementadas por el MINSAL, y abarca los ámbitos de promoción, prevención, y tratamiento de la salud.

a) Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en niños y niñas dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental (Habilidades personales, factores protectores psicosociales, etc.) en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.) (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Incremento de 2 puntos porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida respecto al año anterior.	<ul style="list-style-type: none"> - Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. - Fomentar uso de cojín de lactancia, - Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. - Favorecer las clínicas de lactancia.
Promover 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 reciben consejería individual de actividad física.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años
	80% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	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.
	50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	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.
Favorecer la participación de los padres, madres y/o cuidadores en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	20% de los padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	Educación grupal en promoción del desarrollo del lenguaje Educación grupal en promoción del desarrollo motor.
Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas	25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 año en los que participa el padre	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre

b) Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	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.
Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	60% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral
Entregar herramientas para la prevención de la violencia en niños y niñas, dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores	Aumentar el N° talleres preventivos de problemas de violencia (maltrato) en niños, niñas respecto al año anterior	Talleres preventivos en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.). (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Disminuir en 10% la inasistencia a control de salud en los distintos grupos etarios	Rescate de población inasistentes a los controles de salud
	Establecer línea base	Control de Salud a niños y niñas inmigrantes
	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 inscritos 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 inscritos en establecimiento de salud.
	Mantener o aumentar el número de controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico en relación a lo logrado en el año precedente.	Controles de salud individuales realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de	Control de salud a los 8 meses con aplicación de

Objetivo	Meta	Actividad
menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	evaluación de desarrollo psicomotor en el control de salud.	evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)
	90% niñas y niños 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 Psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).
	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).
Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, través de su detección precoz	100% niñas/os de 1 mes 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
	90% 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.	95 % de los niños menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.
	90% de los niños/as pertenecientes a los grupos prioritarios con vacunación antiinfluenza	Administración de vacuna Influenza a niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.
		Administración de vacuna Influenza a niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.

Objetivo	Meta	Actividad
	95 % de los niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año
	95 % de los niños/as de 1 año de edad con vacuna Trivírica	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida
	95 % de las niñas que cursan 4° básico con primera dosis de vacuna Virus Papiloma Humano	Administrar primera dosis de vacuna contra el Virus Papiloma Humano a niñas que cursan cuarto año básico
Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes - enfermedad cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora	Mejorar la capacidad motora en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por	60% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de

Objetivo	Meta	Actividad
exceso.	exceso aplicada.	salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validado	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 9 años
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 6 años.
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 inscritos en el establecimiento de salud.
Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.
	100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar

c) Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Aumentar la atención de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior	Ingreso a tratamiento integral de niñas/os(5 a 9 años) con problemas y/o trastornos mentales.
	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (5 a 9 años) del 22% de prevalencia	Atención integral a niños y niñas (5 a 9 años) con trastorno mental bajo control

Objetivo	Meta	Actividad
	Aumentar el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales
	Aumentar el número de casos de niños y niñas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	Casos presentados en consultoría de Salud Mental
	Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con maltrato	Aumentar la atención de niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención a niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	100% 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 estimulación del DSM.	Derivación e ingreso a modalidades de estimulación como: sala de estimulación dependiente de salud o comunitaria, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).
	100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	Ingreso a Sala de estimulación dependiente de salud
	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
	90% de los niñas y niños detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.
	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlados de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA según niveles de control	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100% en niños/as menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años

SALUD DEL ADOLESCENTE

La adolescencia comprende al grupo de personas de 0 a 19 años, sin embargo, se define adolescencia a la etapa de la vida en que las personas aún no alcanzan la autonomía social total o parcial, por lo cual se incluyen en este grupo a los jóvenes hasta los 24 años. Las atenciones de salud de los adolescentes y jóvenes, se enfoca en la atención integral, con enfoque de vida, inserto en una familia y comunidad.

a) Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en adolescentes (10 a 19 años) dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.
Promover el autocuidado de la salud sexual y	Aumentar en un 20% el ingreso de adolescentes de 10	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva2

reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años	a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	
--	--	--

b) Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	100% de controles planificados, realizados.	Control de Salud integral a adolescentes de 10 a 19 años.
	50% de los controles planificados se realizan en establecimientos educacionales.	
Contribuir al estado de salud optimo en mujeres jóvenes de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% el control preconcepcional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años en relación al año anterior.	Control preconcepcional.
Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes.	Aumentar en un 30% los controles ginecológicos a adolescentes.	Control ginecológico a adolescentes.
Aumentar el número de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años.	Consejería en salud sexual y reproductiva.
	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años.	Consejería en salud sexual y reproductiva.
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Aumentar en un 10% consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes
Promover el uso del condón en adolescentes	Aumentar en un 15% la tasa de consejería con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados
Aumentar el ingreso a control de regulación de	25% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.

Objetivo	Meta	Actividad
fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	
	25% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.
Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo ³ más preservativo) en adolescentes)	100% de adolescentes de 10 a 19 años con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad más preservativo)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Realizar examen de VIH en jóvenes 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 jóvenes que ejercen comercio sexual respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en jóvenes, que ejercen comercio sexual.
Entregar herramientas para la prevención de la violencia en adolescentes, dirigidos a padres y/o cuidadores y/o profesores y/o adolescentes	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de maltrato y de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en temática de violencia
Detección temprana de Adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, consumo problemático de alcohol y/o drogas	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas CRAFFT en adolescentes (15 a 19 años) e intervención motivacional.	Intervención preventiva en adolescentes: Realizar tamizaje de consumo de drogas y alcohol en adolescentes junto con una intervención motivacional.
	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas ASSIST en jóvenes (20 a 24 años) e intervención breve.	Intervención preventiva en jóvenes: Realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas en jóvenes junto con una intervención breve y/o consejería.
Aumentar la cobertura de vacunación	90% de cobertura en 2ª dosis de VPH vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el Virus Papiloma Humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico

Objetivo	Meta	Actividad
Proteger la salud de adolescentes	≥ 30% de los adolescentes de 12 años ingresados a Salud Oral reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	100% de auditorías realizadas a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar
	50% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años.	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.
Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 50% de los adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 90% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/ Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con

Objetivo	Meta	Actividad
la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 90% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA
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	Cobertura de vacunación	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 ⁴⁰ .	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.

Objetivo	Meta	Actividad
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.	Aumentar el ingreso de Adolescentes al programa de regulación de fertilidad, en comparación al año anterior.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.

Objetivo	Meta	Actividad
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.
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 20 años (10 a 14 y 15 a 19 años).	Aumentar en un 10% línea base 2014 el número de consejerías en regulación de fertilidad otorgadas a adolescentes.	Consejería en regulación de fertilidad.
	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 visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial.	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (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.

Objetivo	Meta	Actividad
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. (*)En los Servicios de Salud y comunas en que esté implementado programa Vida Sana	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.

Objetivo	Meta	Actividad
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 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.

Objetivo	Meta	Actividad
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 morbimortalidad 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.

Objetivo	Meta	Actividad
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. (*En los Servicios de Salud y comunas en que esté implementado programa Vida Sana.	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.

Objetivo	Meta	Actividad
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	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas	Realizar examen de VIH en personas de 20-24

Objetivo	Meta	Actividad
por demanda espontánea y por morbilidad.	de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	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.

a) 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 a año anterior.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.

Objetivo	Meta	Actividad
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	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.
	Aumentar el ingreso a tratamiento de adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	Atención a adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.
	Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).

Objetivo	Meta	Actividad
	Línea base de jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	Jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión
	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)

Objetivo	Meta	Actividad
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 de 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.

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	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.

Objetivo	Meta	Actividad
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.

b) 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.

SALUD EN EDAD ADULTA

El fenómeno demográfico en Chile, caracterizado por una disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad, ha contribuido al cambio en la estructura poblacional con un consiguiente aumento de la población adulta y adulta mayor. Este nuevo panorama demográfico y epidemiológico obliga a buscar estrategias diferentes para satisfacer las necesidades de salud de las personas adultas, justificando el desarrollo de acciones que permitan disminuir en el tiempo las inequidades, brechas y barreras asociadas a la mayor morbilidad y mortalidad de este grupo.

La mortalidad prematura trae consecuencias significativas no sólo por la muerte y pérdida de un individuo, sino porque la población adulta, es la población laboralmente activa del país, la que potencia la economía, da soporte a los menores y contribuye al bienestar de los adultos mayores. 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.

En las personas adultas, la sexualidad y la reproducción tienen una gran relevancia. Es por ello que en las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. Al mismo tiempo, se favorezca el derecho de hombres y mujeres de estar informados, que tengan la capacidad de tener hijos, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, accediendo a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles, confidenciales y aceptables y que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura. Por otra parte, la atención que se brinda a mujeres con pérdida de una gestación en curso, debe asegurar servicios técnicos de calidad y con las

consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

La atención integral de la salud sexual considera el estado de bienestar relacionado con la sexualidad y requiere de un acercamiento positivo, a través de experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia. También incluye el acceso equitativo a la salud de la pareja infértil.

Otro desafío para las actuales políticas públicas es el aumento de la esperanza de vida, con un aumento cada vez mayor de mujeres en edad mediana y vejez. Entre las circunstancias y problemas que afectan la salud, están: la menopausia, o cambios en la función ovárica que marcan el fin de la etapa reproductiva y conllevan un importante impacto en la salud, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, tumores malignos, problemas de salud mental. En Chile el Cáncer Cervicouterino (CaCU) continúa siendo un importante problema de salud pública como en la mayoría de los países en desarrollo, con una incidencia estimada para el quinquenio 2003-2007 de 14.6 por 100 mil háb, es decir cerca de 1300 casos nuevos por año. Con respecto a las muertes por esta enfermedad, el año 2013, murieron en Chile 560 mujeres por CaCU, un 35% eran menores de 55 años de edad, con una tasa de mortalidad observada de 6.3 por 100 mil mujeres, aun cuando se ha observado una progresiva disminución de la mortalidad por CaCU en nuestro país, esta tendencia ha sido lenta en la última década y aún tenemos una tasa de mortalidad ajustada 2012 (5,58/100.000) que es dos a tres veces mayor que en Norteamérica y Europa Occidental.

La Organización Mundial de la Salud OMS considera el Cáncer de mama uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, el más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo, en los últimos 25 años duplicó el número de casos nuevos anuales. En Chile, el cáncer de mama en el año 2013 alcanzó una tasa de mortalidad observada de 15,8 por 100.000 mujeres, con 1403 defunciones de mujeres. En el año 2011 fallecen 11 varones por esta causa con una tasa de 0.1 (Fuente DEIS- Minsal)

Es importante destacar que la prevención y detección precoz de estas dos

patologías debe continuar siendo un desafío prioritario en la Atención Primaria. Cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y para realizar intervenciones preventivas. Desde la perimenopausia, los profesionales de la salud deben ir más allá de los síntomas manifestados por la mujer, explorando otros factores que pudieran afectar su bienestar en esta etapa de su vida (alimentación, actividad física, salud mental, sexualidad, relaciones familiares y sociales), adoptando el enfoque biopsicosocial integral, centrado en mejorar la calidad de vida y en las necesidades de cada mujer, vistas como sujetos activos en el logro y mantención de un adecuado estado de salud a lo largo de su curso de vida.

Promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en adultos	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.

Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.
	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 de 25 a 64 años, 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.
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.

Objetivo	Meta	Actividad
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.	Screeningintencionado 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 en personas de 25-64 años de diabetes	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25- 64 años con diabetes respecto al año anterior.	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.
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	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.	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.
	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o avanzado de heridas.	

Objetivo	Meta	Actividad
Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA
	Al menos el 90% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad
	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea	

Objetivo	Meta	Actividad
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir mortalidad neumonía domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.
Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en personas adultas.	Aumentar el No de talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	Talleres preventivos de salud mental.
Detección temprana de personas adultas con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y/o drogas	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección de alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT y/o ASSIST) en adultos e intervención breve y/o consejería.	Intervención preventiva en adultos: Realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas junto con una intervención breve y/o consejería.
Entregar herramientas para la prevención de violencia en personas adultas.	Aumentar el No de talleres preventivos en temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en temática de violencia.

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%.	

Objetivo	Meta	Actividad
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 <140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	

Objetivo	Meta	Actividad
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 25 a 64 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.
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
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)

Objetivo	Meta	Actividad
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
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Aumentar en 5% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica
	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA
	Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en

Objetivo	Meta	Actividad
	en Programa ERA	Programa ERA

Objetivo	Meta	Actividad
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.
Mejorar la pesquisa y atención de mujeres víctimas de violencia de género.	Aumentar la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género.
	Disminuir los egresos por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género.

Objetivo	Meta	Actividad
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Brindar población con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Atención integral de adultos (25 a 64 años) con trastorno mental bajo control
	Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales
	Aumentar el número de casos de adultos (25 a 64 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)

Rehabilitación

Objetivo	Meta	Actividad
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.

SALUD DE LAS 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 morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, esto último es base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos estos esfuerzos deberían traducirse en una mejor calidad de vida para la población adulta mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención de la persona adulta mayor una mirada que integre tanto los elementos y principios del Modelo de Atención, como aquellos elementos propios que nos pueden aportar la atención especializada del adulto mayor aplicadas al nivel en que se encuentre la persona mayor.

En este entendido y para el caso de las personas mayores, la implementación de un Modelo de Atención está basada en algunos conceptos que se han ido desarrollando a lo largo de los últimos años, desde el primer concepto de haber definido la Funcionalidad como quizás el mejor indicador de salud del adulto mayor, luego considerar que esta mejor funcionalidad posible debe traducirse en una población adulta mayor más autónoma y autovalente, además participativa (una sociedad para todas las edades) logrando un envejecimiento activo y saludable, para finalmente lograr un envejecimiento con personas mayores activas pero más responsables de su autocuidado y planificando su etapa de envejecimiento (envejecimiento exitoso). Todo lo anterior sustentado en un enfoque epidemiológico, de determinantes sociales, estrategia de atención primaria y el reconocimiento de los derechos de las personas de la tercera edad.

El abordaje del proceso de envejecimiento, nos obliga hoy día a consolidar la atención de la persona adulto mayor con una mirada de Integralidad, de mayor resolutivez y de satisfacción usuaria, en donde el eje que ordena la atención son las personas, al respecto se recomienda que:

Cada equipo de sector identifique su población a cargo con EMPAM vigente

(últimos 12 meses), a fin de generar acciones de mejora de dichas coberturas. Se sugiere considerar en la programación del centro de salud el incremento de EMPAM producto de la incorporación del programa Más adultos mayores autovalentes.

El profesional encargado de realizar el control de salud del adulto mayor (EMPAM) debe realizar una valoración general del estado de salud de la persona, revisar si está al día con los controles de patología crónica, evaluar el riesgo de perder funcionalidad a un año plazo (EFAM) y/o Barthel según corresponda (si hay sospecha de alguna discapacidad); debe derivar a controles o consultas con los profesionales conforme a los problemas de salud pesquisados y realizar control antes de los 6 meses en pacientes frágiles (autovalente con riesgo y riesgo de dependencia) y control de seguimiento de acuerdo a necesidades. Así mismo derivará a programa “Más adultos Mayores Autovalentes”, a todas aquellas personas cuyo EMPAM clasifique como autovalencia con riesgo o sin riesgo o en riesgo de dependencia.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito a la cartera de servicios disponibles para las personas adultas mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etario. El profesional encargado del control de salud del Adulto Mayor apoyará en la gestión de solicitud de hora a control de crónico cuando se pesquise inasistencia a este.

En los casos que se ha producido una pérdida de funcionalidad, los equipos de salud, deben velar por la recuperación de ésta, mediante los programas de rehabilitación. Se debe reforzar el apoyo y orientación en los cuidados de la salud, a las familias y cuidadores de personas mayores en situación de dependencia.

Promoción* En estrategias Transversales 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 30% 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

Objetivo	Meta	Actividad
Prevenir 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 pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en el hogar
Aumentar Cobertura de Vacuna Neumocócica Polisacárida 23valente, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, pagina web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM. “consejo breve sobre beneficios para la salud de los productos entregados en el 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 Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 estimada mL/min/1.73m^2) (VFG < 45	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.	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.

Objetivo	Meta	Actividad
Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en personas adultas mayores.	Aumentar el número talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.	Talleres preventivos de salud mental.
Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas adultas mayores.	Aumentar el Número talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en la temática de violencia. Fomentar el desarrollo de los talleres a cuidadores de personas adultas mayores, entre otros.
Detección temprana de personas adultas mayores con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT) en personas adultos mayores e intervención breve y/o consejería.	Intervención preventiva en personas adultos mayores: Realizar tamizaje de consumo de alcohol junto con una intervención breve y/o consejería.

Objetivo	Meta	Actividad
Entregar herramientas para la prevención del consumo de alcohol y drogas en personas adultas mayores.	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ-12) en personas adultas mayores
Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Que el 60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia. Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Más Adultos Mayores Autovalentes.

Tratamiento

Objetivo Específico	Meta	Actividad
Brindar atención a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Aumentar el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.
Mejorar la atención de personas adultas mayores víctimas de violencia de género	Aumentar los ingresos de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Ingreso de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género.
	Disminuir los egresos por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género.

Objetivo	Meta	Actividad
Brindar atención integral y oportuna a personas adultas mayores de 65 años y más con problemas o trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	Atención a personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales y sus familias.
	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas mayores del 22% de prevalencia.	Atención integral de personas adultas mayores con trastorno mental bajo control.
	Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior.	Egreso por altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales.
	Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados en consultoría de	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de personas adultas mayores.

Objetivo	Meta	Actividad
	Salud Mental respecto al año anterior.	

Objetivo	Meta	Actividad
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 menos 70% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.
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 años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.
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 al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.

Objetivo	Meta	Actividad
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 últimos 12 meses.	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.
	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

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	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
	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA
	Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.

	médica por NAC de manejo ambulatorio.	
--	---------------------------------------	--

Rehabilitación

Objetivo	Meta	Actividad
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar en 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

Estrategias de promoción

Objetivo	Meta	Actividad
Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	Al menos un evento masivo en alimentación saludable	Evento masivo en alimentación saludable
	Al menos un evento masivo en actividad física	Evento masivo en actividad física
	Realizar al menos 1 actividad de educación grupal al año de promoción, priorizando el entorno comunal y laboral en las temáticas de actividad física, alimentación saludable	Educación grupal en alimentación y actividad física priorizando el entorno comunal y laboral
Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.

ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN

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.

Propósito:

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.

Objetivo General:

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.
3. Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
4. Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomuscular y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

Productos Esperados

1. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los

recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación.

2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.
3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador (PTI)
5. Valoración de impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidad individual y grupal.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.

La Programación se desarrolla con los mismos objetivos, actividades, metas e indicadores, independiente del grupo etario o estrategia involucrada a excepción de las visitas domiciliarias integrales que son diferenciadas para los Equipos Rurales

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 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.
	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	Entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar 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

Objetivo	Meta	Actividad
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 Plan de Tratamiento Integral (PTI).	Trabajar con 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 delos procedimientos corresponden a fisioterapia	Procedimientos con énfasis en movilización.

Sugerencia de tiempos terapéuticos y frecuencia

Los tiempos terapéuticos en rehabilitación son diferentes a las otras prestaciones de salud, en actividades individuales dependiendo de la condición de la persona, se puede requerir tres horas de ambos profesionales (kinesiólogo y terapeuta ocupacional) para un solo paciente (TEC, AVE, LM saliendo de la etapa sub aguda), trabajo de menor tiempo alarga el proceso y se obtienen menores resultados.

A su vez en artritis y artrosis leves en una primera etapa donde el dolor es de menor intensidad se sugiere trabajar en grupos de 8 a 12 personas dependiendo de los espacios, en actividades educativas y preventivas.

Prestación	Condición	Tiempo terapéutico	Frecuencia
Consultas de Rehabilitación Física. (Evaluación Inicial)	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	60 min.	1 vez x ingreso
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	30 min.	1 vez x ingreso
	Evaluación IVADEC-CIF para certificación	30 min	1 vez x evaluación
Control rehabilitación física (evaluación intermedia) Incluye los tiempos para procedimientos rehabilitación física (estas actividades deben ser anotadas en registro paralelo en forma desagregada)	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	30 min.	2-3 veces por semana
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	20 min.	1-2 veces por semana
Sesiones de Intervención Terapéuticas	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	45 min	2-3 veces por semana
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	15 min	2-3 veces por semana

Prestación	Condición	Tiempo terapéutico	Frecuencia
Terapias Grupales (de 6 a 12 personas por vez, dependiendo del espacio)	Artrosis leve y moderada, Parkinson, Adulto Mayor, grupos ergoterapia, prevención cardiovascular, etc.	60 min.	1-2 veces x semana
Trabajo Comunitario / Talleres	Requiere sumar a los tiempos asignados los tiempos de traslado.	60 a 120 min.	1-2 veces x mes
Reunión clínica	Revisión y estudio de casos por los profesionales del equipo incorporando, según necesidad, a otros profesionales	60-120 min.	1-4 veces por mes

Nota: tanto los tiempos terapéuticos como la frecuencia son orientadores.

Estrategia de atención domiciliaria en personas con dependencia severa.

El Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa, propende a la expansión de cobertura de la red hacia las personas y familias que reciben atención en los establecimientos de APS. Su población objetivo son aquellas personas inscritas en los establecimientos de Atención Primaria, que sean clasificados con dependencia severa según el Índice de Barthel (puntaje igual o menor a 35 puntos) y sus cuidadores.

Objetivo General:

- Otorgar a las persona con Dependencia Severa, Cuidador y Familia una atención integral en su domicilio, en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y/o autonomía.

Objetivos Específicos:

- Atender de manera integral a personas que presentan Dependencia severa, considerando necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a Cuidadores y Familia, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la Persona con Dependencia Severa.
- Reconocer el trabajo de Cuidadores de las Personas con Dependencia Severa, entregándoles capacitación y apoyo monetario- si cumplen con los criterios de inclusión.
- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la Red Asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado
- Mantener registro actualizado de las personas con Dependencia Severa en página Web Visita Domiciliaria Integral: Corresponde a la Atención Integral de Salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento,

protección, recuperación y rehabilitación de la salud y que realiza uno o más integrantes del Equipo de Salud en el domicilio de una familia o del usuario. Las personas que se encuentren institucionalizadas podrán recibir la atención domiciliaria del Equipo de Salud, siempre y cuando se encuentren inscritas en un Centro de Salud y sean beneficiarias del Sistema Público de Salud o de algún Programa Gubernamental.

El Equipo de Salud deberá contemplar 2 visitas domiciliarias integrales en el domicilio del usuario las cuales son efectuadas por Enfermera y otro Profesional, para actualizar el estado clínico del Paciente, por otra parte, el equipo, de acuerdo al plan de tratamiento y/o cuidados, determinará acciones mensuales de seguimiento y/o tratamiento.

Pago a Cuidadores de Personas con Dependencia Severa: Corresponde a la asignación monetaria dirigida a quien realiza la función de Cuidador de un paciente que presenta Dependencia Severa y que cumpla con los criterios de inclusión. Los criterios de Inclusión para la entrega de Apoyo Monetario a Cuidadores son que el usuario del Programa:

1. Presente Dependencia Severa para realizar las actividades de la vida cotidiana, según Índice de Barthel (Puntaje igual o inferior a 35 puntos)
2. Se encuentre inscrito en su Centro de Salud
3. Ser beneficiario de FONASA A o B, o clasificados en una de las alternativas:
 - a) Ficha de Protección social con un puntaje menor o igual de 8.500 puntos
 - b) Chile Solidario
 - c) Beneficiario de Pensiones Asistenciales (PASIS)

Este beneficio se define anualmente, según marco presupuestario vigente, y está asociado a registros actualizados que cada Servicio de Salud debe realizar mensualmente en la página web. A partir del año 2016 dicha asignación monetaria, será administrada por el Ministerio de Desarrollo Social, conforme validación técnica de los equipos de salud.

Estrategias del programa:

El programa considera las siguientes estrategias

- a) Visitas Domiciliarias Integrales en domicilio del paciente
- b) Reducción del N° de pacientes con escaras
- c) Capacitar a Cuidadores de Pacientes con Dependencia Severa
- d) Mantener registro actualizado mensual en página web

Productos esperados

- a) Atención en forma integral, considerando el estado de salud de la Persona con Dependencia Severa que afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
- b) Cuidadores y grupo familiar capacitados con las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral los pacientes
- c) Reconocimiento del aporte del trabajo de quienes cumplen la función de Cuidadores en los cuidados de las Personas con Dependencia Severa y que cumplan los criterios de inclusión. Este reconocimientos se asocia a pago de cuidadores y su monto se define anualmente
- d) Coordinación, continuidad y oportunidad de atención de la persona en la Red Asistencial
- e) Mantención del registro actualizado en la página web.

Indicadores

Objetivo	Meta	Actividad
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, ámbitos emocional mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía. en los físico, y social,	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.
	Disminuir las personas escaradas dependencia respecto anterior con severa del año	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

Estrategias Transversales: 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 antitabaco ingresos respiratorios. consejerías breves en todos los y consultas

Prevención

Objetivo	Meta	Actividad
Contribuir a la disminución de morbilidad	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).	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).

Tratamiento

Objetivo	Meta	Actividad
Aumentar la proporción de pacientes con evaluación de calidad de vida que mejora	Aumentar en 10% cobertura de pacientes con evaluación de calidad de vida de control que mejora	Optimizar el tratamiento del Asma y EPOC junto con aplicar encuesta de calidad de vida de control una vez al año.

SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

Objetivos y Productos Esperados

Objetivo de Impacto Estrategia	Objetivos específicos	Productos esperados
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	<p>1. Generar acciones que permitan</p> <p>Mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.</p>	<p>De responsabilidad de establecimientos de Salud y otras entidades ejecutoras</p> <ul style="list-style-type: none"> Establecimientos de la red asistencial brindan atención de salud con pertinencia cultural en comunas con población indígena. Establecimientos de la red asistencial localizados en territorio con población indígena, cuentan con espacios de acogida y facilitadores interculturales.

		<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de la red asistencial facilitan el acceso a salud a usuarios indígenas sin discriminación. • Establecimientos de la red asistencial incorporan en sus registros la variable de pertenencia a pueblo indígena.
--	--	---

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultados Esperados Estrategia	Objetivos específicos	Productos esperados
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Transversalizar el enfoque intercultural en los programas de salud	2. Incorporar la transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño, implementación y evaluación participativa para la incorporación del enfoque intercultural en el modelo de atención de salud. 2. A lo menos 2 programas de salud priorizados desarrollan actividades orientadas a la prevención, recuperación y/o rehabilitación con enfoque intercultural. 3. Servicio de Salud incorporan el enfoque intercultural en su Planificación y Programación Anual. 4. Apoyo, asesoría y seguimiento de iniciativas locales de articulación y/o complementariedad de sistemas médicos oficial e indígena a nivel de la Red Asistencial.
	Incorporar en el modelo de atención de salud el enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7	3. Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de Salud participan en el diseño y monitoreo de experiencias de salud intercultural o de salud complementaria entre sistemas médicos. 2. Servicios de Salud apoyan iniciativas de organizaciones indígenas para convocar, co-organizar y desarrollar actividades en torno a propuesta de Ley de reconocimiento, salvaguarda y prácticas de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas. Actividad que corresponde a la Oficina de Asuntos Indígenas de la DIPOL – Salud Pública. 3. Servicios de Salud facilitan procesos de elaboración participativa de una consulta bajo estándares del Convenio 169 de la OIT para reglamentar el art. 7 de la Ley No 20.584, cuyo objetivo es “proponer un reglamento que contenga un modelo de salud intercultural validados antes las comunidades indígenas, el que deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; de acuerdo a lo supuesto del art. 7, de la Ley en referencia
		4. Desarrollar el Programa con la participación activa de los	1. Servicios de Salud en conjunto con representantes indígenas priorizan las demandas en salud, formulan, ejecutan, monitorean y evalúan los planes anuales del Programa de Salud y Pueblos Indígenas.

		pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios.	<p>2. Servicios de Salud programan y realizan sesiones de mesas de participación indígena provinciales.</p> <p>3. Servicios de Salud y representantes indígenas participan en instancias de participación regional e intersectorial.</p>
--	--	---	--

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

Tema/Prioridad: Prevención de la Tuberculosis

Objetivos	Actividades	Metas
Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	100% de los contactos < de 15 años en tto con quimioprofilaxis

Tema/Prioridad: Localización de Casos

Objetivos Específicos	Actividades	Metas
Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo
	Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Contar con un registro de hogares de anciano y clubes de adulto mayor

Objetivos Específicos	Actividades	Metas
	Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad.	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo.
	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	El 90 % de los contactos censados debe estar estudiados
	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	100% de los contactos censados deben estar estudiados

Tema/Prioridad: Tema/Prioridad: Tratamiento

Objetivos Específicos	Actividades	Metas
Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	100% de los pacientes con identificación del Score de Riesgo
	Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	100% de los casos ingresados con visita domiciliaria por enfermera
	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Control mensual por médico al 100% de los pacientes
	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	3 consulta por enfermera al 100% de los pacientes
	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	El 100% de los pacientes con inasistencia al tratamiento de más de 1 semana deben tener consulta de enfermera
Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	Visita Domiciliaria al 100% de los pacientes inasistentes al tratamiento por más de 3 semanas

Tema/Prioridad: Capacitación del Personal de Salud

Objetivos	Actividades	Metas
Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	1 capacitación anual dirigida al personal del establecimiento

TRABAJO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO.

Durante el año 2015, se trabajó en la nueva pauta de salud familiar, la que incluye nueve ejes temáticos relacionados con este tipo de atención. Este trabajo se ve proyectado hacia dos años, por lo que mediante retroalimentación de este año, se plantean las actividades a realizar durante el año 2016. Es importante considerar, que se trata de una pauta de trabajo comunal, por lo que el plan abarca los 3 dispositivos de atención.

Se detallan a continuación los 9 ejes:

EJE DE PROMOCIÓN

Se detallan las actividades a realizar para el año 2016 con las agrupaciones antes mencionadas Talleres de promoción de la alimentación saludable, actividad física y sexualidad responsable, no consumo de tabaco, alcohol ni drogas

Población a la que va dirigida: alumnos de dos establecimientos educacionales; Liceo Politécnico y Liceo de Ciencias y humanidades de la comuna de Pitruftuén.

Cobertura: asistirá un 50 % por ciento de la población de cada establecimiento.

Concentración: Estos talleres se realizarán de manera mensual, abarcando 1 curso por mes de marzo a diciembre.

Rendimiento: el tiempo destinado por taller es de 1 hora, sin contar los tiempos utilizados en planificación y coordinación del mismo.

Talleres de alimentación saludable y actividad física:

Población a la que va dirigida: alumnos del medio mayor, apoderados y personal de la sala cuna y jardín infantil Oruguita.

Cobertura: asistirá el 100% del personal de la sala cuna, el 70% de los alumnos del medio mayor y el 60% de los apoderados.

Concentración: Estos talleres se realizarán de manera mes por medio.

Rendimiento: el tiempo destinado a la ejecución del taller es 1 hora, sin contar los tiempos destinados a planificación y coordinación del mismo.

Talleres de promoción de alimentación saludable, actividad física, tratamiento farmacológico y dietoterapéutico en enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus II entre otras), cuidados en enfermedades como artrosis y artritis, taller de sopa crema años dorados (recetas y degustaciones).

Población a la que va dirigida: Club de Adultos Mayores Vínculos y Agrupación de adulto mayores Los Copihues.

Cobertura: asistirá un 90 % de la población inscrita en las agrupaciones antes mencionadas.

Concentración: Estos talleres se realizarán de manera mensual en cada agrupación, abarcando un tema por mes.

Rendimiento: el tiempo destinado por taller es de 1 hora.

EJE PREVENCIÓN

Objetivo: Proporcionar consejerías, durante todo el ciclo vital del individuo y familiar, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas

Componentes	Actividad	Meta	Indicador	Fuente de indicador
1.1 Adolescentes reciben actividades preventivas en Control Joven Sano (Consejerías en salud sexual y reproductiva; act. física; tabaquismo; consumo drogas; alimentación saludable)	Consejerías	35 programado	Número de consejerías realizadas a adolescentes con control Joven sano/ Población adolescente con control Joven sano*100.	REM A 19a. SECCION A1, COLUMNAS F YG , filas 12 a 57
	Control joven sano	315 comunal 158 CESFAM		REM A 01. SECCION D
1.2 Mujeres reciben actividades preventivas a Mujeres en control (Consejerías salud sexual y reproductiva; act. física; tabaquismo; consumo drogas; alimentación saludable)	Consejerías	53 (18 programación 2015)	Número de consejerías realizadas a mujeres de 20 a 64 años/ Población femenina con EMP realizado *100	REM A 19a. SECCION A. Filas V12 a V57
	Población femenina con EMP	345 CESFAM		REM A02 columnas h,j,n,p,r,t,v,x. ; filas 12a 57
1.3 Adultos reciben actividades preventivas en EMPA (consejerías a Adultos salud sexual y reproductiva; act.física; tabaquismo; consumo drogas; alimentación saludable)	Consejerías	35 (PROGRAMADO)	Número de consejerías realizadas a adultos en EMPA/Población adulto con EMPA*100	Rem 19a, sección A . Columnas H a P. Filas 12-57
	EMPA 20-64 HOMBRES	299		REM B 02 CELDAS G20 A V20
	EMPA 20-64 MUJERES	345		
	AMBOS SEXOS	644		

Componentes	Actividad	Meta	Indicador	Fuente de indicador
1.4 Adultos Mayores reciben actividades preventivas en EMPAM (Consejerías en salud sexual y reproductiva; act. física; tabaquismo; consumo drogas; alimentación saludable)	Consejerías	35 (PROGRAMADO)	Número de consejerías realizadas a adultos mayores en EMPAM/Población bajo control de rango etario adulto mayor *100	Rem 19a, sección A COLUMNAS Q a T. FILAS 12 A 57
	EMPAM	481		REM A 02. Sección B , Fila 20. Celdas Y a AF

Objetivo: Articular un conjunto de acciones específicas en familias evaluadas con riesgo leve a moderado (definido por el CESFAM, o comuna), para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.

Componentes	Actividad	Meta	Indicador	Fuente de indicador
2.1 Equipo multidisciplinario del establecimiento de atención evalúa e interviene en familias con riesgo de forma integral (riesgo leve o moderado)	Número de Familias con evaluación de riesgo	75% familias inscritas con tarjetón realizado.	Número de familias evaluadas mediante screening de riesgo/Número de familias inscritas *100	Sistema de registro de familias evaluadas mediante screening de riesgo
		3426 familias inscritas		Rem P07

Componentes	Actividad	Meta	Indicador	Fuente de indicador
	Plan elaborado aplicado a familias	El establecimiento cuenta con metodología para la elaboración y ejecución de Plan de Acompañamiento a familias evaluadas como de riesgo.	Revisión de fichas de personas, cuyas familias hayan sido evaluadas como de riesgo, seleccionadas aleatoriamente, para detectar la presencia del Plan de Acompañamiento.	Documento donde se evidencia un Plan de Acompañamiento a familias con riesgo leve y moderado. Debe contener: identificación de integrantes, objetivos de intervención, actividades planificadas, metas a corto plazo, responsables y seguimiento (como mínimo)
2.2 Familias reciben consejería familiar en el establecimiento de atención primaria	Consejerías familiares realizadas a familias con integrante con patología crónica	El establecimiento realiza consejerías familiares a familias con integrante con patología crónica.	Número de consejerías familiares con integrante con patología crónica realizadas/Número de familias con integrante con DM2*100	Rem 19a, sección A3, celda C 97.
				REM P4, CELDA C 18

Objetivo: Articular un conjunto de acciones específicas, durante todo el ciclo vital del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.

Componentes	Actividad	Meta	Indicador	Fuente de indicador
3.1 Niños/as lactantes reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital	Control de salud al 6º mes	50,6 % (meta sanitaria)	Número de niños/as con lactancia materna exclusiva sostenida hasta el 6º mes de vida/Número de niños/as controlados al 6º mes de vida *100	Rem A03, sección A7. Celda E61/E62
3.2 Adolescentes reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital	Control de salud integral adolescente	315 comunal.	Número de adolescentes asistentes a control de salud integral/Población inscrita adolescentes	Rem A01, Sección D Y D1. Celdas C66 y E66/ C70 y F70
		158 CESFAM		
3.3 Mujeres reciben actividades preventivas, de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital. 20 a 64 años	Realización de EMP	345 CESFAM	Número de mujeres de 20 a 64 años con EMP realizado /Población femenina de 20 a 64 años inscrita *100	Rem A02, sección A, Celda D10. Sección B. Fila 20, Celdas H, J, L, N, P, R, T, V, X
	Realización de PAP	2333 CESFAM	Número de mujeres con PAP vigente mayor de 15 años/Población femenina inscrita validada FONASA mayor de 15 años*100	Rem P 12 . Sección A. Celda B20
3.4 Población adulta recibe actividades preventivas de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital	Realización de EMP	324 Cesfam	Número de hombres de 20 a 44 años con EMP realizado/Población masculina inscrita	REM A02 Sección B. Fila 20, Celdas G, L, K, M, O
		En espera de programación	Número de cupos programados en extensión horaria para realizar EMP /Número de EMP realizados en	Agenda de profesionales, TENS u otro capacitado para la toma de EMP, donde se

Componentes	Actividad	Meta	Indicador	Fuente de indicador
			extensión horaria.	demuestre (en una semana, por ejemplo) lo programado versus lo efectivamente utilizado con personas a quienes se les haya tomado un EMP.
3.5 Población adulta mayor recibe actividades preventivas de acuerdo a las necesidades dado su ciclo vital	Realización de EMPAM	481	Número de adultos mayores con EMPAM aplicado/Población adulto mayor inscrita	REM A05 Sección K. Celda C99. REM A02. Sección B, Fila 20, Celda Y a AF
	Aplicación de Plan de Cuidado al cuidador, para todos aquellos que están a cargo de personas dependientes.	100% de las fichas con Plan de cuidado del cuidador aplicado	Revisión de 5 fichas de adultos mayores dependientes, seleccionadas aleatoriamente, donde haga mención al Plan de Cuidado del cuidador.	Fichas clínicas de adultos mayores dependientes, cuyos cuidadores tengan Plan de Cuidado del cuidador

EJE ENFOQUE SALUD FAMILIAR

Componente	Proyección 2016
El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa. Al menos, se espera que tengan 2 protocolos de crisis normativas (de mayor prevalencia en el establecimiento, detectado mediante diagnóstico participativo, epidemiológico u otro) con guías de abordaje o protocolo en funcionamiento.	Protocolo de abordaje para familias con hijos adolescentes. Protocolo de abordaje para etapa post parental.
El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún, u otra crisis no normativa a definir.	Protocolo de abordaje para pacientes hospitalizados secuestrados de ACV. Protocolo de abordaje para embarazo adolescente.
El establecimiento cuenta con protocolos instalados para realizar estudios de familia abreviados para familias con riesgo leve o moderado que requieren intervención	Protocolo abreviado para estudios de familia. Se espera realizar 2 estudios de familia al mes.
El establecimiento cuenta con una pauta de visita domiciliaria integral para las familias y protocolo de uso	Pauta de VDI socializada con todos los funcionarios. Meta 2016
El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica no cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)	Taller de artrosis 4 grupos miércoles y jueves. Taller cognitivo se une con el taller de riesgo de caídas, el cual se llamará Taller del adulto mayor frágil, una vez a la semana, 2 grupos de 8 personas cada uno.

Componente	Proyección 2016
	Taller de ACV, tres grupos, uno el jueves y dos el viernes.
El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)	Talleres cardiovasculares para los ingresos, que se detalla en el apartado siguiente.

TALLERES PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), son el resultado de un procesopatológico inflamatorio, complejo y prevenible, la aterosclerosis. La cual se presenta tras un largo período asintomático, que lleva al engrosamiento y pérdida de la elasticidad de la pared de grandes y medianas arterias con estrechamiento de su lumen. Este fenómeno comienza en la infancia-adolescencia con el depósito de estrías grasas, lesiones que progresan en el transcurso de la adultez a velocidad variable dependiendo de la presencia, severidad y del tiempo de permanencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV).

Análisis FODA

FORTALEZAS <ul style="list-style-type: none">• Equipo de salud capacitado para entregar atenciones integrales a los usuarios.• Motivación en parte del equipo de salud para realizar sesiones del programa educativo.• Equipos de cabecera completamente constituidos.• Disponibilidad de horario en agenda de los profesionales para la realización de las sesiones educativas.• Compromiso de la jefatura con el cumplimiento de las metas y objetivos del programa de salud cardiovascular.	OPORTUNIDADES <ul style="list-style-type: none">• Implementación del enfoque de salud familiar por parte del ministerio de salud.• Existe un marco regulatorio respecto del enfoque de riesgo para la prevención de ECVS.• Convenio docente-asistencial con diversas instituciones de educación superior.• Existencia de PLASAM comunal de elaboración anual.
DEBILIDADES <ul style="list-style-type: none">• Existe subregistro de las atenciones prestadas en el programa de salud cardiovascular.• Horario de citación poco flexible para satisfacer los requerimientos de los pacientes.• Predominancia del modelo biomédico en los procesos de gestión del• Falta de infraestructura adecuada para la realización de talleres grupales.• Estímulos económicos ligados a actividades del modelo biomédico.• Falta de una planificación estratégica en el CESFAM.	AMENAZAS <ul style="list-style-type: none">• Alto nivel de inasistencia a actividades promocionales por parte de la comunidad.• Usuarios rehaceos a asistir a controles de salud que no involucren una consulta médica.• Escasa conciencia del usuario externo de su proceso de enfermedad.• Hábitos de vida poco saludables de la población en control cardiovascular.• Incompatibilidad del horario laboral con los horarios de atención del CESFAM.• Inasistencia del usuario externo a sus controles de salud.

Objetivo General:

Contribuir con la reducción de la morbi-mortalidad asociada con las ECVS, de los usuarios ingresados, durante el año 2016, al Programa de Salud Cardiovascular (PSCVS) en los distintos dispositivos del Departamento de Salud Municipal de la comuna de Pitrufquén.

Objetivos Específicos:

1. Promover el autocuidado en los pacientes que ingresan al PSCVS.
2. Incorporar a la familia del paciente ingresado al PSCVS en las medidas de Autocuidado de estas patologías.
3. Promover estilos de vida saludable en los pacientes que ingresan al PSCVS y sus familias.
4. Contribuir con el control de los FRCV modificables en los pacientes ingresados al PSCVS.

Metodología

El taller educativo en autocuidado y control de enfermedades cardiovasculares forma parte de las actividades de prevención y promoción de salud enmarcadas dentro del PSCVS del departamento de salud de nuestra comuna.

Consta de cuatro sesiones educativas, las cuales se realizan una vez al mes en grupos de 10 personas entre pacientes y familiares. Las sesiones están a cargo de los distintos profesionales (enfermera, nutricionista, químico-farmacéutico y kinesiólogo) que participan en el control de salud de éstos pacientes en los diferentes dispositivos del departamento de salud municipal. Las sesiones educativas son en base a charlas expositivas, las cuales están divididas en cuatro aéreas temáticas: (1) Descripción sobre patologías cardiovasculares (hipertensión, resistencia a la insulina, diabetes, dislipidemia) y sus complicaciones (infarto agudo al miocardio, accidente cerebro-vascular, enfermedad renal

crónica, retinopatía diabética y neuropatía diabética) (2)tratamiento farmacológico de las patologías cardiovasculares (3) alimentación saludable recomendada para las diferentes enfermedades cardiovasculares (4)actividad física y cesación el hábito tabáquico.

Actividades	Objetivos	Recurso Humano	Recursos Materiales
Sesión # 1: Conociendo las ECVS, mitos y verdades.	Promover el autocuidado en los pacientes que ingresan al PSCVS. Incorporar a la familia del paciente ingresado al PSCVS en las medidas de autocuidado de éstas patologías.	Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> → Data show y telón. → Carpeta plastificada con acoclip → Separador de archivos → Evaluación formativa escrita → Guía familiar para el autocuidado de enfermedades cardiovasculares → Guía anticipatoria para la prevención de las complicaciones derivadas del mal control de enfermedades cardiovasculares
Sesión # 2: Conociendo mis medicamentos	Promover el autocuidado en los pacientes que ingresan al PSCVS. Incorporar a la familia del paciente ingresado al PSCVS en las medidas de autocuidado de éstas patologías. Contribuir con el control de los FRCV modificables en los pacientes ingresados al PSCVS.	Químico farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> → Data show y telón. → Guía familiar para el tratamiento médico de enfermedades cardiovasculares
Sesión # 3: Alimentación saludable para una vida sin complicaciones.	Promover el autocuidado en los pacientes que ingresan al PSCVS. Incorporar a la familia del paciente ingresado al PSCVS en las medidas de autocuidado de éstas patologías. Promover estilos de vida saludable en los pacientes que ingresan al PSCVS y sus familias.	Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> → Data show y telón. → Guía familiar para una alimentación saludable viviendo con una enfermedad cardiovascular
Sesión # 4: actividad física y tabaco	Promover el autocuidado en los pacientes que ingresan al PSCVS. Incorporar a la familia del paciente ingresado al PSCVS en las medidas de autocuidado de éstas patologías. Promover estilos de vida saludable en los pacientes que ingresan al PSCVS y sus familias.	kinesiólogo	<ul style="list-style-type: none"> → Data show y telón. → Guía familiar para una actividad física y libre del tabaco viviendo con una enfermedad cardiovascular. → Evaluación de conocimientos (escrita) → Encuesta de satisfacción usuaria

CRONOGRAMA

	2016												
	E	F	M	A	MY	J	JL	AG	S	O	N	D	
Planificación del taller													
Citación de pacientes ingresados al PSCVS													
Sesión # 1													
Sesión # 2													
Sesión # 3													
Sesión # 4													
Evaluación de los indicadores del programa													

Evaluación Formativa

Al inicio de la sesión # 1 se realizará una evaluación formativa al usuario y su familia respecto de los temas que abordan las diferentes sesiones que componen el taller.

Evaluación escrita con preguntas cerradas de selección múltiple que tiene por objetivo realizar un diagnóstico rápido de los conocimientos que posee el paciente y su familia respecto de las EVCS y las medidas necesarias de autocuidado y control de las mismas.

Evaluación formal

Al finalizar la sesión # 4 se realizará una evaluación formal al usuario y su familia respecto de los temas que abordan las diferentes sesiones que componen el taller.

Evaluación escrita con preguntas cerradas de selección múltiple que tiene por objetivo realizar determinar los conocimientos adquiridos por el paciente y su familia respecto de las EVCS y las medidas necesarias de autocuidado y control de las mismas.

EJE INTERSECTOR Y TERRITORIO

El trabajo del eje intersector, constituye principalmente seguir ejecutando las mesas territoriales y de trabajo con otras instituciones, de la siguiente manera:

MESES	MARZO				ABRIL					MAYO					JUNIO				JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE				NOVIEMBRE					DICIEMBRE										
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5						
1. CONVOCATORIA A REUNION	X				X					X					X				X					X					X					X					X					X					X				
3. REUNIONES MENSUALES DE TRABAJO	X					X					X					X				X					X					X					X					X					X					X			
4. DERIVACIONES DE CASOS (REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. REVISION DE CASOS	X					X					X					X				X					X					X					X					X					X					X			

MESES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBR E	OCTUBR E	NOVIEBRE	DICIEMBRE
6. ORGANIZAR ACTIVIDAD COMUNITARIA CON LA RED	X									
7. EJECUCION ACTIVIDAD COMUNITARIA (opd)								X		
8. EVALUACION ACTIVIDAD COMUNITARIA									X	
9. PLANIFICACION TRABAJO DE RED 2017					X				X	

EJE CENTRADO EN LA ATENCIÓN ABIERTA

En este punto se ha logrado el énfasis en los usuarios post ataque cerebrovascular (ACV), Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y amputados por Diabetes Mellitus II.

Existe una red de coordinación desde el Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA) y el Hospital de Pitrufquén a través de los gestores de casos, quienes se encargan de notificar a la atención primaria la presencia de uno de estos casos para la rápida atención. Esta red se mantiene en trabajo durante el año 2016.

El protocolo para estos casos incluye lo siguiente:

1. Visita domiciliaria por médico antes de los 7 días post alta.
2. Control y manejo de las patologías concomitantes.
3. Manejo de rehabilitación kinésica en domicilio o box.
4. Manejo por fonoaudiología (Universidad Mayor)
5. Manejo por Terapia ocupacional (Universidad Mayor)
6. Ayudas técnicas que se requieran para la rehabilitación y/o mantención del estado del usuario.
7. Consulta psicológica y/o asistencia social.

Para el año 2016, se agregarán algunas estrategias que permitan el mejor manejo de la patología del usuario, pero por sobretodo, el acercamiento con la familia y su integración en la sociedad. Estas son:

1. Consejería familiar.
2. Visita domiciliaria integral 2 veces por año.
3. Ayuda en la inclusión a redes de apoyo.

Lamentablemente, el tratamiento post IAM, aun no puede ser realizado en el área de rehabilitación cardiaca, ya que no se cuenta con equipo de reanimación y/o carro de paro equipado en el centro.

EJE TECNOLOGÍA

Principio Continuidad:

- 1.1 El establecimiento cuenta con plataforma para registrar atenciones en ficha clínica. A la espera de compra de impresora para funcionarios que utilizan fichas clínicas para la optimización del tiempo. Se implementará durante el año 2016 el despacho electrónico de recetas en farmacia, funcionarios pertinentes ya participaron de reunión técnica para dar cumplimiento a este punto.
- 1.2 El establecimiento realizará reportes periódicos de sus resultados de IAAPS, Metas Sanitarias y programas que lo requieran con el fin de monitorear los resultados de las actividades realizadas por el establecimiento.
- 1.3 Los reportes periódicos serán sociabilizados mediante reuniones técnicas y/o emails, con el equipo de salud involucrado en la consecución de sus objetivos.

Principio Integralidad:

- 2.1 El establecimiento continuará trabajando con el sistema de registro clínico electrónico, el que permite estar coordinado y comunicado con otras instancia a nivel comunal y/o a nivel de servicio de salud.

Principio centrado en las personas:

- 3.1 El centro de salud contará con tecnologías aplicadas en la prevención y promoción de la salud mediante difusión en programa radial semanal y en redes sociales como Facebook en donde se informará a los usuarios de las actividades realizadas y a ejecutar, campañas, entre otros.

CALENDARIO RADIAL

Se ocupará un espacio radial los días martes a las 10:30 (La mañana Universal) y los días jueves a las 13 hrs en el informativo comunal.

Responsable	Tema	Día
Equipo Amarillo	Salud Reproductiva ¿Qué es?	5 y 7 de Enero
Equipo Azul	Enfermedades de Transmisión sexual	12 y 14 de Enero
Equipo Amarillo	Planificación Familiar	19 y 21 de Enero
Equipo Azul	Cartera de servicios en relación a salud reproductiva en el consultorio	
Equipo Amarillo	Cáncer de Mama y cervicouterino	26 y 28 de Enero
Equipo Azul	Cáncer de piel	2 y 4 de Febrero
Equipo Amarillo	Cáncer de pulmón	9 y 11 de Febrero
Equipo Azul	cáncer de colon y recto	16 y 18 de Febrero
Equipo Amarillo		23 y 25 de Febrero
Equipo Azul	¿Qué es una colación saludable?	1 y 3 de Marzo
Equipo Amarillo	Nutrición y edad	8 y 10 de Marzo
Equipo Azul	Importancia del agua en el cuerpo	15 y 17 de Marzo
Equipo Amarillo	Cuidado del agua	22 y 24 de Marzo
Equipo Azul	Diferencia entre actividad física y ejercicio: ejemplos	29 y 31 de Marzo
Equipo Amarillo	Beneficios del ejercicio	5 y 7 de Abril
Equipo Azul	Control niño sano: ¿Para qué sirve?	12 y 14 de Abril
Equipo Amarillo	Estimulación temprana	19 y 21 de Abril
Equipo Azul	Inmunizaciones	26 y 28 de Abril
Equipo Amarillo	Infecciones respiratorias agudas ¿Qué son? Prevención	3 y 5 de Mayo
Equipo Azul	Infecciones respiratorias agudas ¿Qué son? Prevención	10 y 12 de Mayo
Equipo Amarillo	Tabaco	17 y 19 de Mayo
Equipo Azul	Asma	24 y 26 de Mayo
Equipo Amarillo	EPOC	31 de Mayo y 2 de Junio
Equipo Azul	Contaminación ambiental para el sistema respiratorio	7 y 9 de Junio

Responsable	Tema	Día
Equipo Amarillo	Medio Ambiente	14 y 16 de Junio
Equipo Azul	Salud Mental - ¿cómo cuidarla?	21 y 23 de Junio
Equipo Amarillo	Depresión	28 y 30 de Junio
Equipo Azul	Familia y ciclo vital	5 y 7 de Julio
Equipo Amarillo	Convivencia en Familia	12 y 14 de Julio
Equipo Azul	Importancia de la lactancia materna	19 y 21 de Julio
Equipo Amarillo	Relevancia de las enfermedades cardiovasculares a nivel local	26 y 28 de Julio
Equipo Azul	Prevención de las enfermedades cardiovasculares	2 y 4 de Agosto
Equipo Amarillo	Hipertensión, diabetes y dislipidemia	9 y 11 de Agosto
Equipo Azul	Nutrición	16 y 18 de Agosto
Equipo Amarillo	Mitos	23 y 25 de Agosto
Equipo Azul	Salud Bucal	30 de Agosto y 1 de Septiembre
Equipo Amarillo	Enfermedades bucales	6 y 8 de Septiembre
Equipo Azul	Enfermedades Bucales	13 y 15 de Septiembre
Equipo Amarillo	Correcto cepillado dental e hilo dental	20 y 22 de Septiembre
Equipo Amarillo	Dentadura en niños y adultos mayores	27 y 29 de Septiembre
Equipo Azul	Alimentación saludable	4 y 6 de octubre
Equipo Amarillo	Ejemplos de menús saludables	11 y 13 de Octubre
Equipo Azul	Sobrepeso y obesidad	18 y 20 de Octubre
Equipo Amarillo	Deterioro cognitivo en el adulto mayor	25 y 27 de Octubre
Equipo Azul	Artrosis	3 de Noviembre
Equipo Amarillo	Diabetes – prevención	8 y 10 de Noviembre
Equipo Azul	¿Qué hacer cuando se tiene diabetes?	15 y 17 de Noviembre
Equipo Amarillo	Actividad física y ejercicio	22 y 24 de Noviembre
Equipo Azul	Importancia de la actividad física en el adulto mayor	29 de Noviembre y 1 de Diciembre
Equipo Amarillo	Discapacidad ¿Qué es?	6 y 8 de Diciembre
Equipo Azul	Uso correcto del lenguaje en discapacidad	13 y 15 de Diciembre
Equipo Amarillo	Personas en riesgo de dependencia y dependientes	20 y 22 de Diciembre

3.2 El establecimiento mantendrá el año 2016 el uso de tecnología aplicada a la resolutiveidad, como es en la entrega de interconsultas.

EJE CALIDAD

Plan de acción: Disminución de la hospitalización de la población menor de 65 años

Objetivos

1. Conocer el número de egresos por año del Hospital Pitrufrquén
2. Identificar las principales causas de egreso hospitalario de Pitrufrquén.
3. Elegir una causa de egreso para desarrollar un plan de acción
4. Elaborar estrategias, a través de un Plan de Acción, para disminuir las hospitalizaciones de la población inscrita menor de 65 años en el Centro General Rural de Pitrufrquén.
5. Plantear actividades concretas y factibles para la disminución de hospitalizaciones de la población inscrita menor de 65 años en el Centro General Rural de Pitrufrquén.
6. Desarrollar un plan de trabajo.
7. Evaluar plan de acción.

Elección: Enfermedades de causa respiratoria:

Se encuentra dentro de la segunda causa de hospitalización (dejando de la lado las relacionadas con embarazo y puerperio), éstas aumentan dentro de la época invernal, desde edades tempranas hasta la tercera edad.

Plan de acción:

Para poder abarcar de mejor manera la población, de ha dividido en dos grandes grupos:

1. Grupo 1: menores de 15 años
2. Grupo 2: mayores de 15 años.

Estrategias para el grupo 1: menores de 15 años:

Estrategia	Actividad	Responsable	Meta
Control de todas las IRA, según tiempo GES a las 24 hrs del diagnóstico	Control en sala IRA	Adulto responsable SOME	100% de las derivaciones lleguen a sala IRA
Control de todos los crónicos respiratorios	Control Sala IRA	Adulto responsable Kinesióloga Sala IRA	80% control de los crónicos respiratorios
Rescate de usuarios inasistentes a control agudo o crónico.	Sala IRA	Kinesióloga Sala IRA	100% de los inasistentes con algún método de rescate (visita o llamado telefónico)
Educación en jardines infantiles y sala cuna, respecto a síntomas respiratorios, cuidados y métodos de contagio	Talleres educativos uno por jardín o sala cuna	Kinesióloga sala IRA Equipo por sector	Todos los jardines y sala cuna con al menos una educación
Checklist a padres y/o cuidadores sobre sintomatología	Prueba tipo checklist en control crónico	Kinesióloga sala IRA	80% de los controles con checklist
Entrega de uso terapia inhalatoria en farmacia	Entrega de folleto	Farmacia	Entrega de 100% de inhaladores con folleto informativo
Control post hospitalización	Control sala IRA	Kinesióloga sala IRA	100% de usuarios post hospitalización por IRA, según nómina enviada por hospital.

Estrategias para grupo 2: mayores de 15 años

Estrategia	Actividad	Responsable	Meta
Control de todas las NAC, según tiempo GES a las 24 hrs del diagnóstico	Control en sala ERA	Adulto responsable SOME	100% de las derivaciones lleguen a sala ERA
Control de todos los crónicos respiratorios	Control Sala ERA	Adulto responsable Kinesióloga Sala ERA	80% control de los crónicos respiratorios
Rescate de usuarios	Sala ERA	Kinesióloga Sala ERA	100% de los inasistentes con

Estrategia	Actividad	Responsable	Meta
inasistentes a control agudo o crónico.			algún método de rescate (visita o llamado telefónico)
Educación en juntas de vecinos, centro de mujeres, etc.	Talleres educativos	Kinesióloga sala ERA Equipo por sector	50% de las juntas vecinales por sector con educación de algún tipo
Checklist sobre sintomatología	Prueba tipo checklist en control crónico	Kinesióloga sala ERA	80% de los controles con checklist
Entrega de uso terapia inhalatoria en farmacia	Entrega de folleto	Farmacia	Entrega de 100% de inhaladores con folleto informativo
Control post hospitalización	Control sala ERA	Kinesióloga sala ERA	100% de usuarios post hospitalización por NAC o asma – epcodescompesado, según nómina enviada por hospital.
Educación uso medicamentos	Control enfermera	Enfermera sala ERA	80% usuarios con educación de sus medicamentos.

Evaluación:

- Las evaluaciones se harán de manera mensual.
- Se dará especial énfasis a aquellos usuarios con más patologías y/o hospitalizado por NAC en el último año.

PLAN DE ACCIÓN: DISMINUCIÓN POLICONSULTANTES HOSPITAL PITRUFQUÉN INSCRITOS

Objetivo general

Disminuir las poli consultas en Hospital Pitrufrquén de la población inscrita en el Centro General Rural de Pitrufrquén, articulando acciones para velar por una atención de oportunidad.

Objetivos específicos

- Conocer el número de usuarios policonsultantes (más de 7 consultas durante el año) que acudieron al del Hospital Pitrufrquén, durante el periodo Enero a Diciembre de 2014.
- Identificar, a través del cruce de datos con base Inscritos, aquellos pertenecientes al Centro General Rural de Pitrufrquén.
- Priorizar tres principales causas de consulta al Hospital Pitrufrquén.
- Caracterizar el perfil del paciente policonsultante, que se atiende en el Hospital de Pitrufrquén durante el período Enero - Diciembre del año 2014.
- Elaborar estrategias, a través de un Plan de Acción, para disminuir dichas consultas.
- Articular acciones para velar por la atención de los usuarios inscritos con oportunidad en la atención.
- Desarrollar un plan de trabajo.
- Evaluar plan de acción.

¿Por qué consultan los usuarios del CESFAM en el servicio de urgencias del hospital comunal?

1. Causas multifactoriales: aquí identificamos consultas que no encasillan en una sola causa: dolor abdominal, dificultad respiratoria, musculoesqueléticas, dolor de cabeza, tos, etc. No existía una causa predominante de consulta, sino que, prácticamente todas las consultas fueron por diversas causas.

2. Causas respiratorias: aquí se identifican pacientes asmáticos, con dificultad respiratoria, con dolor en el pecho, etc.

3. Causas digestivas: aquí se agrupan dolor estomacal, diarreas, estitiquez, malestar abdominal, etc.

Al revisar la base de datos, y revisando la cantidad de consultas de 8 hasta 70 consultas en un año, por una misma persona, donde la mayoría no tiene un patrón de comportamiento y se deben a multifactores; a su vez, considerando el rol educativo que como Atención Primaria debe tener el equipo de salud, se ha

diseñado una ESTRATEGIA TRANSVERSAL, que debe ser replicada por ambos sectores e incluida dentro de las actividades programadas, y que, ayudará a disminuir la policonsulta de las tres principales causas clasificadas.

Esta estrategia transversal tiene como fin, crear conciencia y educar a nuestra población referente al uso de los servicios.

Estrategia transversal:

Estrategia	Actividad	Responsable	Meta
Educación en Sala de espera CGR Pitrufuén	Talleres educativos: ¿Qué es una Urgencia? Urgencia v/s Emergencia Diferencia niveles de atención	Encargados de Sector: Destinar un profesional responsable al mes de coordinar actividad.	80% usuarios en sala de espera.
Educación en juntas de vecinos, centro de mujeres, etc.	Talleres educativos : ¿Qué es una Urgencia? Urgencia v/s Emergencia Diferencia niveles de atención	Encargados de Sector: Destinar un profesional responsable al mes de coordinar actividad.	50% de las juntas vecinales por sector con educación de algún tipo
Difusión Radial	Incorporar a calendario radial Información referente a diferenciar: ¿Qué es una Urgencia? Urgencia v/s Emergencia Diferencia niveles de atención	Equipo Gestor	Calendario con cápsula informativa mensual
Entrega dípticos informativos	Información referente a diferenciar: ¿Qué es una Urgencia? Urgencia v/s Emergencia Diferencia niveles de atención	Todos los profesionales con atención en box	100% de usuarios atendidos en box.

Estrategias para el grupo 1: Causas multifactoriales: Para este grupo son replicables las Estrategias Transversales o Universales, puesto que su motivo de consulta es diverso.

Estrategias para el grupo 2: Causas respiratorias:

Estrategia	Actividad	Responsable	Meta
Control de todos los crónicos respiratorios	Control Sala IRA	Adulto responsable Kinesióloga Sala IRA	80% control de los crónicos respiratorios
Rescate de usuarios inasistentes a control agudo o crónico.	Sala IRA	Kinesióloga Sala IRA	100% de los inasistentes con algún método de rescate (visita o llamado telefónico)
Educación en jardines infantiles y sala cuna, respecto a síntomas respiratorios, cuidados y métodos de contagio	Talleres educativos uno por jardín o sala cuna	Kinesióloga sala IRA Equipo por sector	Todos los jardines y sala cuna con al menos una educación
Control post hospitalización	Control sala IRA	Kinesióloga sala IRA	100% de usuarios post hospitalización por IRA, según nómina enviada por hospital.
Control de todas las NAC, según tiempo GES a las 24 hrs del diagnóstico	Control en sala ERA	Adulto responsable SOME	100% de las derivaciones lleguen a sala ERA
Entrega de uso terapia inhalatoria en farmacia	Entrega de folleto	Farmacia	Entrega de 100% de inhaladores con folleto informativo
Educación uso medicamentos	Control enfermera	Enfermera sala ERA	80% usuarios con educación de sus medicamentos.

Estrategias para el grupo 3: Causas digestivas:

Estrategia	Actividad	Responsable	Meta
Educación en jardines infantiles y sala cuna, respecto a síntomas digestivos, cuidados y métodos de contagio	Talleres educativos uno por jardín o sala cuna	Enfermera niño sano Equipo por sector	Todos los jardines y sala cuna con al menos una educación

Estrategia	Actividad	Responsable	Meta
Educación alimentación saludable, alimentos de fácil digestión, facilitar tránsito intestinal.	Talleres educativos	Nutricionista	
Educación cuidado e higiene sondas.	Énfasis en atención domiciliaria	Enfermero postrados	100% visita postrados
Educación en juntas de vecinos, centro de mujeres, etc.	Talleres educativos : Manejo del Estrés ¿Qué es somatizar?	Psicóloga Salud mental	50% de las juntas vecinales por sector con educación de algún tipo

Evaluación:

- Las evaluaciones del cumplimiento de cada actividad se hará de manera mensual.
- Revisión y filtro de policonsultas, anual.
- Cuadro comparativo 2014 v/s 2015.

Plan Satisfacción Usuaría

El proceso de satisfacción usuaria es necesaria para la planificación de nuestras actividades en relación a como los usuarios perciben la atención del centro de salud, el compromiso del equipo y la calidad de los procesos y elementos entregados a la comunidad.

En relación a esto, se han tomado extractos del proceso de diagnóstico participativo realizado durante el año 2013 a 2014, y también se han encontrado algunos temas relevantes en actividades como el encuentro territorial y de promoción de la salud que son necesarios destacar durante el 2015. Para hacer más fácil el análisis, para este efecto, sólo se han tomado los temas afines a satisfacción usuaria, dejando los otros para otros trabajos.

Plan de Trabajo Plan cuatrienal de satisfacción usuaria

Problema	Solución	Plazo de Ejecución	Responsable
Lenguaje poco claro (Uso de medicamentos, indicaciones)	Entregar informativo con elementos visuales que ayude a la explicación, para las patologías prevalentes: programas cardiovascular, mujer, respiratorio, artrosis, hipotiroidismo.	Diciembre de 2015	Químico Farmacéutico
Fichas temprano	Horas prioritarias para grupos: Adultos mayores Situación de discapacidad Niños menores de 5 años Gestantes Rurales	Desde este año se está implementando el protocolo	Encargada SOME
La gente del campo no participa	Planificar reuniones informativas, promoción, los días de prevención de rondas de postas de salud rural, en los que la gente se reúne casi siempre.	Desde Enero 2016	Encargada Rural, distintos estamentos y de campos clínicos.
“Llegan tarde a las postas”	Planificar horarios de rondas: realizar checklist día anterior a la ronda para evitar retrasos.	Desde Noviembre 2015	
Poca cercanía (trato)	Taller a funcionarios: empatía, trato (couching). Aplicar protocolo del buen trato al usuario del cesfam.	Abril de 2016	Encargada de eje

Problema	Solución	Plazo de Ejecución	Responsable
	Copiar protocolo en cada box	Noviembre de 2015	
	Conocer más a los equipos de cabecera → actividades comunitarias 1 vez al mes, decretado.	Desde Enero de 2016 según mes temático	Encargados de sector
Conocer satisfacción usuaria	Elaborar encuesta anual	Octubre de cada año	

PLAN DE PROMOCION DE SALUD COMUNAL 2016

El Plan Comunal de Promoción de la Salud, es un Programa Ministerial en el cual cada año se otorgan recursos destinados a implementar acciones de promoción en la comunidad; mediante el cual las personas, familias y comunidades, logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, entre otras.

Para el presente año, los Planes Comunales de Promoción de la Salud están enfocados a trabajar en 2 grandes ejes: Actividades de Continuidad, que abarca el 70% de los recursos asignados y actividades de Actividades de Planificación Estratégica para el Periodo 2016 – 2018, que se implementara con el 30% de los recursos.

Actividades de Continuidad: Son aquellas acciones que se desarrollan en donde las personas viven, estudian y trabajan, escenarios comunitarios o locales donde existen oportunidades para el desarrollo individual y colectivo, mejorar calidad de

vida y estado de salud. Los tres entornos de trabajo, comunal, educacional y laboral, en donde se abordan componentes temáticos priorizados los cuales son: alimentación saludable, actividad física y vida libre de humo de tabaco. Además de temáticas transversales como salud bucal, salud sexual y reproductiva y salud mental.

Actividades de Planificación Estratégica para el Periodo 2016 – 2018: Se trata de incorporar en la programación del Plan de Promoción de la Salud Comunal, acciones que permitirán la planificación local estratégica con la comunidad y el intersector. Estas actividades son: diagnóstico territorial participativo de promoción de la salud y jornada de planificación y desarrollo de capacidades.

Además para el presente año, el plan de promoción de la salud ha integrado otras estrategias de trabajo enfocadas a fortalecer la estrategia nacional llamada “Comunas y Comunidades Saludables”, en la cual busca fortalecer los lazos de trabajo con la comunidad, empoderándola en el trabajo con los centros de salud, la comunidad y el intersector, para poder crear e implementar acciones concretas acorde a la realidad y necesidad de cada comuna, las cuales serán el pilar fundamental en la Elaboración del Plan Estratégico Trienal de Promoción de la Salud que se implementara en la comuna durante el periodo 2016-2018.-

Desde septiembre de 2015, se ha trabajado de forma participativa en el plan de promoción. Durante el mes de noviembre de 2015 se ha trabajado en la redacción del plan final, no teniendo aun el plan definitivo. Cabe destacar, el componente participativo de este plan que es en un 100%. A continuación se nombran las líneas de acción:

Ámbito 1: Vida saludable y alimentación

Línea de acción	Proyectos	Actores
Gestión intersectorial por la promoción	Comisión comunal para la promoción de salud en establecimientos educacionales (acta	Departamento de salud Depto. De educación Encargados de salud colegios

Línea de acción	Proyectos	Actores
	conformación, calendario de sesiones)	CCAA Directores Centro de apoderados
	Reglamentos para kioscos a establecimientos educaciones	DSM/DAEM Concejo/alcalde Dueños de kioscos (comerciantes)
Ejercicio y deporte	Escuela polideportiva escolar	DSM/DAEM Deportes municipio
	Eventos deportivos masivos familiares y comunitarios	DAEM/DSM/Deportes
	Talleres deportivos para adultos mayores rurales (Formar monitores)	DSM /Encargados de posta
Alimentación saludable	Promoción de la lactancia materna (educación entre pares, eventos masivos, sala de lactancia Cesfam)	DSM/organizaciones locales/hospital
	“Familia y la alimentación” Perfil de alimentación de la familia de Pitrufoquén, elaboración del documento y aplicación, seguimiento.	DSM /JJVV
	Huertos saludables orientados a sectores	DSM/Prodesal
	Cocina saludable: Formación de monitores, talleres y muestras.	DSM/Liceo Comuy
	Espacio radial	

Ámbito2: Medio ambiente

Línea de acción	Proyectos	Actores
Contaminación del aire y basuras	Líderes ambientales escolares (educación ambiental)	SEREMI de salud /SEREMI Media ambiente
Reciclaje	Avanzando en reciclaje en el barrio: separación de plásticos y vidrios	DSM(SEREMI salud, medio ambiente/municipalidad/JJVV
Educación para la tenencia responsable de mascotas	Educación y difusión sobre tenencia responsable de mascotas: concurso de pintura y confección de afiche o calendario.	DAEM/SEREMI/DSM
Áreas verdes	Limpieza para la ganancia de áreas verdes Pitrufoquén	DSM/DAEM /CONAF

Ámbito 3: Trabajo integral en salud

Línea de acción	Proyectos	Actores
Trabajo intersectorial en salud	Mesa intersectorial en salud (incorporar actores de la ciudadanía, membresía, alianzas)	DSM/DAEM/Juzgado
Ver plan diagnóstico participativo (epidemiología local)	Discusión en cada uno de los sectores	
Material de educación masiva en salud	Material gráfico y audiovisual con educación pertinente al contexto de Pítrufquén.	DAEM/DSM/ Universidades

Ámbito 4: Participación comunitaria

Línea de acción	Proyectos	Actores
Capacitación en salud	(Escuela de liderazgo en salud) definir contenidos: derechos y deberes, género, interculturalidad	Comunidad y especialistas (DSM)
Diálogos territoriales en salud	Presentación Plan de promo (socialización)	Comunidad que exprese el territorio/DSM/Intersector

EJE PARTICIPACIÓN CONSEJO DESARROLLO

Programación y detalle de actividades y proyección 2016 (sujeto a modificaciones relación a temáticas obligatorias emanadas del SSAS)

OBJETIVO GENERAL: Contribuir al acercamiento y mancomunidad del equipo de salud con la comunidad, a través de técnicas de trabajo grupal creativas con base en metodología participativa y que signifiquen internalización CONTINUA del modelo de salud familiar en dirigentes y comunidad.

Resultados Esperados	Actividades	Medios de Verificación	Responsables	Fecha Ejecución
1. Ejecución estrategias evacuadas de Diagnostico Participativo de salud 2014 y diagnostico en participación 2015	Devolución participativo de salud de la población con técnica IAP (investigación acción participativa apoyo Salud Publica UFRO)	Fotografías Lista asistencia	-Representantes CDL y Comunidad -Equipo DSM -Equipo escuela salud pública UFRO	Marzo 2016 Diciembre 2016
2. Usuarios y comunidad informada sobre funcionamiento del	Ponenciaparticipativa y plenaria estado de desarrollo medio centros	Fotografías Lista asistencia	-Equipo CGR	Marzo 2016 Diciembre 2016

Resultados Esperados	Actividades	Medios de Verificación	Responsables	Fecha Ejecución
establecimiento y proceso de salud familiar “en camino al centro de salud familiar”, socialización estado de avance pauta certificación CESFAM 2015				
3. Estrategias de Humanización del trato.	Ponencia equipo gestor análisis conjunto encuesta satisfacción usuaria 2015 Funcionamiento en los establecimientos de Salud de la comuna.	Fotografías Lista asistencia	-Encargados OIRS CSR y Cecosf	Marzo 2016- Diciembre 2016
4. Difusión y Comunicación a la Comunidad	Ponencia “AUGE” Patologías existentes actualmente u otros.	Fotografías Lista asistencia	-Encargados AUGE CSR – CECOF	Marzo 2016- Diciembre 2016
5. Medición de Satisfacción Usuaría.	Ponencia informativa/ didáctica sobre encuesta de satisfacción usuaria. Aplicación del instrumento.	Fotografías Lista asistencia	-Representantes CDL y Comunidad Equipo DSM	Marzo 2016- Diciembre 2016

Resultados Esperados	Actividades	Medios de Verificación	Responsables	Fecha Ejecución
6. Visualización de la importancia del enfoque de género e interculturalidad en la APS	Taller de la tematica con referentes comunales en los enfoques.	Fotografías Lista asistencia	-Representantes CDL y Comunidad Equipo DSM	Marzo 2016 Diciembre 2016

Resumen Diagnóstico Participativo CECOSF Ultraestación

MESA Nº 1 INFRAESTRUCTURA				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	MESA DE TRABAJO
Ampliar sala de espera y box kinesióloga, psicóloga, podóloga y farmacia	Falta de espacio físico y recursos	Aprobación de proyección y aumento de recursos , para ampliación y ubicación de box	Buena disposición y atención al público desde los funcionarios.	JJ.VV Vista Hermosa JJ.VV la Unión JJ.VV La Unión JJ.VV Los copihues JJ.VV Los Copihues
Disminución lista de espera dental	Más de un año esperando atención	Extensión horaria de dentista	Poco respeto desde los usuarios con los materiales, como los asientos.	Agrupación A.M La Esperanza Agrupación A.M La Esperanza
Falta de sillón podológico	Falta de recursos	Menos protocolo en compra de insumos	Adquirir materiales y mobiliario necesario.	
MESA Nº 2 CALIDAD DE LA ATENCION				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	MESA DE TRABAJO
Falta de orden , en entrega de horas de atención medica	Gente no respeta orden de llegada a sacar las horas	Que solo un funcionario entregue los números.	Cambio de médico y aumento de horas de atención y horario de atención.	JJ.VV Los Arévalo JJ.VV Los Rosales. Taller de manualidades
Escases de horas medicas, Psicóloga, Kinesióloga y falta de un fonoaudiólogo.	No se alcanza a cubrir demanda total, y horas no se dan para el mes que corresponde	Ampliar agenda de médicos aumentar horas contratadas de psicóloga y kinesióloga. Contratar	Área verde del establecimiento agradable, siempre limpio y ordenado, siempre existe información	Las Violetas Concejal JJ.VV los Copihues JJ.VV Gabriela Mistral JJ.VV Los Rosales

		fonoaudiólogo		
Poca privacidad en el llamado de pacientes	Se llama al paciente a viva voz y se menciona el tipo de atención por el cual consulta	Llamar a pacientes de formas más discreta	Buena atención del personal, nos sentimos importantes porque consideran nuestra opinión.	
MESA Nº 3 MEDIO AMBIENTE				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	MESA DE TRABAJO
Plagas	Por Acumulación de basura, Moscas y Ratones	Control de plagas y Difusión de los operativos.	Compromiso comunitario y compromiso Municipal.	JJ.VV Los Cruceros JJ.VV 18 De Septiembre.
Basurales y escombros	Falta de contenedores por sector, Falta de Fiscalización de sitios eriazos, constructoras y particulares.	Difusión de hora y día de recolección de escombros, implementar contenedores para basura por sector, fiscalización del municipio, fiscalización a terreno que dejan con escombros las constructoras al termino de construcciones	Compromiso comunitario y compromiso Municipal.	JJ.VV Eugenio Tuma
Perros Vagos	Tenencia irresponsable de Perros	Operativos y difusión para control de perros Vagos, y tenencia responsable de	Compromiso comunitario y compromiso Municipal.	

		mascotas.		
MESA Nº 4 TRABAJO DE APOYO Y RED CON INSTITUCIONES				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	DE TRABAJO
Falta de comunicación	Cada Institución realiza actividades por separado sus actividades para dar cumplimiento a metas muchas veces en común	Consolidación mesa territorial, Coordinar entre instituciones actividades en conjunto	Acercamiento a la comunidad y viceversa	Policía de Investigaciones Carabineros Gendarmería. Servicio acción Sanitaria. Directora CGR.
Realización acciones aisladas	Cada Institución tiene sus propio programa de trabajo y no se realiza de manera integrada con otras instituciones	Organización de actividades de trabajo en red con enfoque Multifactorial	Ciudadanos empoderados e informados	Admr. Municipal Directora DSM Director Secplac.
Prejuicio de instituciones	Se relaciona con la imagen pública que percibe la comunidad	Acercamiento de las instituciones a la comunidad, mediante actividades novedosas que integren de manera transversal a la comunidad y las instituciones.	Mayor organización	

MESA Nº 5 ADULTO MAYOR				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	MESA DE TRABAJO
Maltrato	Falta paciencia de los familiares , poca empatía, falta educación en los jóvenes, sobre los adulto	Organizar Talleres y charlas del SENAME, las cuales pueden ser por medio del Cecosf, denunciar maltrato a carabineros y PDI	Compra de sillón podológico, para mejorar atención	Agrupación amigos del Cecosf JJ.VV Bomberos de Chile. Club de adulto mayor las Golondrinas.
Abandono y soledad	Enfermedades causen dependencia y los limiten a realizar actividades de forma independiente, falta de unión de los vecinos y gente de su entorno	Visitas domiciliarias a adultos mayores, de psicólogos, fomentar la unión familiar	Analizar equipo Cecosf	
Falta recreación	Falta de información y desconocimiento, poco interés de las personas específicamente adultos mayores.	Mejorar difusión hacia adultos mayores, en lugares visibles y frecuentados por ellos, avisos en radio crear nuevas agrupaciones o promover las que ya existen.	Mejorar infraestructura	
MESA Nº 6 ESPARCIMIENTO Y RECREACION				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	MESA DE TRABAJO
Espacios físicos mal ocupados	Basurales, Perros vagos, Alcoholismo, falta de difusión, escasa Vigilancia	Talleres, mayor difusión, tenencia responsable de mascotas, reten	“La competencia en base a la recreación, mejora la convivencia humana” Mayor numero de	Liceo ciencias y humanidades Agrupación amigos del Cecosf.

	policial	móvil y vigilancia de carabineros	capacitaciones	Agrupación San Vicente de Paul
Espacios físicos insuficientes	Falta de áreas verdes, y multicanchas, falta de asesoría para postular a proyectos y capacitaciones diferenciada.	Proyectos de esparcimiento, asesoramiento Dideco, identificar espacios recreativos	“La competencia en base a la recreación, mejora la convivencia humana” Mayor número de capacitaciones.	
Articulación entre instituciones	Falta de comunicación, interés, participación sistemática	Creación de un coordinador comunitario, que facilite la articulación entre dirigentes y juntas de vecinos.	“La competencia en base a la recreación, mejora la convivencia humana” Mayor número de capacitaciones.	

**MESA Nº 7
SEGURIDAD CIUDADANA**

PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	MESA DE TRABAJO
Falta de vigilancia	Aumento en el numero de la población, falta de contingencia policial, poca organización y participación de JJ.VV	Aumento de dotación policial, mayor organización de JJ.VV, implementación, seguridad, reten en el sector, mayor fiscalización	Felicitar por la organización con la comunidad	JJ.VV Villa Los lagos JJ.VV Villa el progreso JJ.VV Teniente merino
Dificultad de acceso vial	Falta de comunicación, Asaltos, mal estado de caminos, falta de pavimentación	Instalación y mantención de luminarias, fomentar creación de comités de pavimentación, mayores rondas de vigilancia de carabineros, implementar centros de seguridad ciudadana.	Generar mayor motivación en los dirigentes, para promover su participación	funcionarios Dpto. de Funcionarios CGR

Aumento de accidentes	Señaléticas en mal estado, falta de mantenimiento, escasos de lomos de toro, falta de comunicación con alcaldía	Implementar y mantenimiento de señaléticas, instalación de lomos de toro, mayor vigilancia de carabineros, mayor responsabilidad de los propios vecinos.		
MESA Nº 8 EDUCACION EN SALUD				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	MESA DE TRABAJO
Desconocimiento del protocolo de accidente escolar y cobertura de seguro	Falta de información y difusión de parte de toda la comunidad	Elaborar protocolo de derivación de accidente escolar (comunidad-difusión)	Aumento de las drogas en la comuna	Jardín infantil y sala cuna LLampudken Jardín infantil y sala cuna Eluney
Desconocimiento de maniobras de primeros auxilios en pre-escolares	No se cuenta con las herramientas básicas	Funcionarios del Cecosf realizan charlas y talleres educativos en área.	Fácil acceso	Liceo Monseñor Coordinación educación Municipal Dpto. educación
Desconocimiento de los programas de salud bucal y alimentación	Falta de información masiva permanente en el tiempo	Funcionarios del Cecosf realicen charlas- talleres educativas- dirigido a familias	Roles de la familia v/s rol de la familia	Jardín infantil y sala cuna Pichi Keche
MESA Nº 9 ADOLECENCIA Y SALUD				
PROBLEMA	CAUSA	SOLUCION	COMENTARIOS	DE TRABAJO
Poca educación.	Falta de confianza , falta de tiempo de los padres, por trabajo	Mas actividades en conjunto con (padres e hijos)	Formar una agrupación de jóvenes representante de los liceos, que participen activamente en el centro de salud	Centro de alumnos liceo Monseñor Director Liceo monseñor Centro de alumnos Ciencias Y
Sexualidad y embarazo	Falta de vínculos	Fortalecer vínculos,	Mayor disponibilidad por	

adolescente, enfermedades de transmisión sexual.	institucionales	espacios amigables, consultas online, charlas para hijos y padres	parte de los padres	humanidades Centro de alumnos Liceo politécnico
Consumo de sustancias ilícitas.	Falta de espacios recreativos y participativos	Habilitación de espacios deportivos, jornadas de trabajo preventivas, talleres recreativos a elección, mas deporte en la comuna		

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS Y DE APOYO A LA GESTIÓN DEL PROGRAMA

ACTIVIDADES AUTOCUIDADO

Objetivo general:

- Establecer un clima laboral que favorezca el trabajo en equipo y el compromiso con la consolidación del modelo de salud familiar.

Objetivos específicos:

- Favorecer espacios de autocuidado de la salud biopsicosocial de los funcionarios.
- Motivar la participación y colaboración de los funcionarios en el trabajo de salud familiar.
- Contribuir a la mantención de un buen clima laboral.
- Motivar el cumplimiento de logros grupales e individuales.

Mes	Actividad	Responsables
Enero	Futbolito	Equipo CESFAM + CECOSF + POSTAS + DSM
Febrero	Cicletada	Equipo CESFAM
Marzo	Maratón	Equipo CESFAM + CECOSF + POSTAS + DSM
Abril	Tarde de Cine	EQUIPO CESFAM
Mayo	Festival de los talentos CESFAM	EQUIPO CESFAM
Junio	Karaoke	EQUIPO CESFAM
Julio	Completo Gourmet	Equipo CESFAM + CECOSF + POSTAS + DSM
Agosto	Tarde de Cine	EQUIPO CESFAM
Septiembre	Fiestas Patrias	EQUIPO CESFAM
Octubre	Futbolito	EQUIPO CESFAM
Noviembre	Maratón	Equipo CESFAM + CECOSF + POSTAS + DSM
Diciembre	Navidad	EQUIPO CESFAM

PLAN DE TRABAJO PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL PARA EL 2016

Para la elaboración de los talleres a realizar se utilizaran metodologías que apliquen a:

- MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN APS: Aspecto Centrales de Gestión
- MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN APS: Conceptos y elementos claves.
- MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA APS: Promoción y prevención.
- MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA APS: Participación Social
- MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA APS: Proceso de Atención de la población a Cargo del Enfoque Familiar.
- Herramienta para el reconocimiento y diagnóstico diferencial de Trastornos Afectivos.
- Herramientas de manejo farmacológico y apoyo psicosocial para pacientes con Trastornos Afectivos.
- Prevención del suicidio.
- Consumo de alcohol: Guía para reducir riesgos.
- Introducción al abordaje del consumo de drogas en salud.
- Depresión en adolescentes.

Dichos talleres serán de carácter cualitativos, utilizando entrevistas abiertas donde las personas asistentes podrán dar a conocer sus opiniones, visiones sobre la temática que se aborde y como la interpretan después de realizado el taller.

Grupo de discusión: para fomentar a los asistentes la capacidad de dialogar y observar cual es la opinión del grupo con respecto al tema determinado.

Pautas de observación y participación que será para ver el nivel de interés, participación y compromiso de los asistentes.

Las Estrategias

- A. Se realizarán cuatro talleres por grupos que participe en el programa **(Colegios, Jardines infantiles, Juntas de vecinos, Centros de apoderados, grupos de adulto mayor, otros.)**
- B. Cada taller tendrá una duración de 45 min aproximadamente **(los horario de los talleres será a convenir con la disposición que tenga cada institución y así en conjunto a su vez poder determinar un tema a abordar.)**
- C. Se tendrá una participación de 6 personas como mínimo por cada taller **(en ocasiones puede que sea relativa la asistencia).**
- D. Capacitar a las instituciones en donde se realicen los talleres, sobre cómo funciona el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
- E. modelo comunitario de atención en salud mental.

Estos se desarrollarán dentro de los siguientes talleres

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN: Que los talleres preventivos de salud mental se desarrollen efectivamente y que la comunidad lo vea como acciones preventivas	% de talleres realizados	Lista de asistencia Pauta de planificación de los talleres.	Desorganización para la realización de los talleres.
PROPÓSITOS: <ul style="list-style-type: none"> • Promover talleres e intervenciones de promoción y prevención en 	% de talleres realizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencias • Talleres realizados 	Falta de salones para realizar los talleres.

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>el ámbito comunitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la promoción y colaboración con grupos de autoayuda • Desarrollar intervenciones preventivas para el consumo de alcohol y drogas. 	<p>% de personas que participen en grupos de autoayuda.</p> <p>% de intervenciones preventivas realizadas para la prevención del consumo de alcohol y drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia • Talleres realizados • Lista de Asistencia • Intervenciones realizadas 	<p>Baja participación de las personas que asistan a los talleres</p> <p>Dificultad del manejo de la empatía en el grupo.</p>
<p>COMPONENTES:</p> <p>Instituciones tales como: Colegios, juntas de vecinos, jardines infantiles (centro de padres y apoderados) organizaciones de adulto mayor, Profesores, etc.</p>	<p>% de instituciones que quieran participar en estos talleres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de planificación de los talleres. • Lista de asistencias • Fotografías. 	<p>Que el grupo objetivo no quisiera participar.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>Realización de los talleres. (Cada taller tiene como referencia 20 asistente aproximadamente.)</p>	<p>% de asistencia al taller.</p> <p>% de asistencia al</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencias • Fotografías. • Lista de 	<p>Baja asistencia de personas.</p> <p>Formulación de</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Taller N°1: Primer encuentro. (introducción de los talleres abordar en salud mental integral)</p> <p>Taller n°2: Prevención salud mental en establecimientos educacionales y otros espacios comunitarios. (temas abordar: Prevención del consumo y abuso de alcohol, Prevención del consumo y abuso de drogas, prevención de maltrato infantil)</p> <p>Taller N°3: Prevención en salud mental y violencia (temática abordar: Prevención de la violencia intrafamiliar, prevención del suicidio, prevención de trastornos mentales en estudiantes de riesgos detectados por screening en HPV (niños(AS) y adolescentes))</p> <p>Taller N°4: Prevención y</p>	<p>taller.</p> <p>% de asistencia al taller.</p> <p>% de asistencia al taller.</p>	<p>asistencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotografías. <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencias • Fotografías. <ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencias • Fotografías. 	<p>discusiones dentro de la actividad.</p> <p>Interrupciones en el desarrollo del taller.</p> <p>Baja asistencia al taller final.</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>detección de trastorno mentales. (Temas abordar: prevención y detección de trastornos mentales en la infancia y adolescencia dirigida a padres y apoderados, profesores (trastornos conductuales, emocionales, déficit atencional, etc. Manejo del estrés y resolución de conflicto otros contenidos de prevención que incorpore el nivel local)</p> <p>Taller n°5: Cierre de talleres (conclusión de los talleres abordados anteriormente)</p>	<p>% de asistencia al taller.</p> <p>% de personas que expliquen la prevención en salud mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencias • Fotografías. 	<p>Que no se logre desarrollar con todas las organizaciones por tema de tiempo.</p>

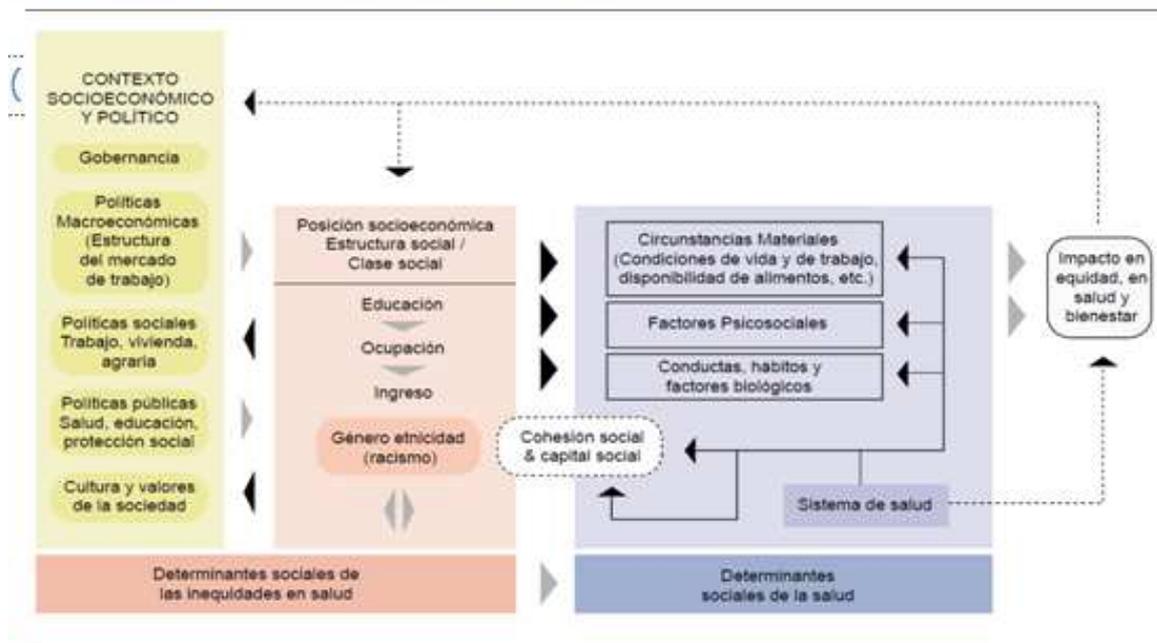
PLAN COMUNAL DE SALUD BUCAL

MISIÓN PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL

Contribuir a elevar el nivel de salud de toda la población a través del Plan Nacional de Salud Bucal, sobre la base de los principios del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo la intersectorialidad y participación social con énfasis en la equidad y la inclusión social, y promoviendo la formación y el desarrollo del equipo de salud acorde a las necesidades de salud bucal de las personas.

La comuna es el lugar, por excelencia, de convivencia y de vida y por ello tiene un papel esencial en la salud de las personas. Es así que parece ser un lugar idóneo para articular una reorientación de las políticas públicas hacia la salud. (en cada municipio están representados todos los organismos y ministerios del Estado).

Determinantes sociales de la salud



PROGRAMA ODONTOLÓGICO APS COMUNAL

SERVICIO DENTAL DSM PITRUFQUÉN

- Población de la Comuna:
- RRHH de la Unidad:
- Población Objeto: Usuarios del sistema Público de Salud FONASA (A-B-C-D) y PRAIS inscritos en la Comuna de Pitrufoquén
- Ubicación: Mackenna 891. Centro Cultural Pitrufoquén
- Dependencia Técnica: Servicio de Salud Araucanía Sur. MINSAL
- Dependencia Administrativa: Municipalidad de Pitrufoquén.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES APS

Acciones Clínicas. Recuperativas - Preventivas

a. Metas sanitarias e Indicadores de actividad de atención primaria de salud (IAAPS)

- Prestaciones: Atención Primaria de Salud Odontológica. Altas Integrales y Controles
- Derivaciones: Interconsultas a centros de mayor especialización y complejidad Hospital Pitrufoquén, Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

b. Atención de Policlínico de Extracciones en población Rural de la Comuna

- Prestaciones: Exodoncias, Antibioterapia y analgesia del dolor,
- Derivaciones: Interconsultas a centros de mayor especialización y complejidad Hospital Pitrufoquén, Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

ACTIVIDADES PROMOCIONALES

a.-Participación en los Meses Temáticos del CESFAM Pitrufoquén

- Mes de Salud Bucal
- Mes de Cáncer

- Mes Prevención Consumo del Tabaco. Día Mundial

b.- Participación Ferias Saludables y adhesión a invitaciones de temas afines.

c.- Participación en la Mesa Intersectorial Regional de Salud Bucal

- Concurso Regional "Pinta tu Sonrisa"- Premiación
- Actividades Promocionales en jardines infantiles de la región

d.- Colaboración en Maratones y corridas de establecimientos educacionales

CONVENIOS DE APOYO Y COLABORACIÓN.

a.-Convenio Municipalidad – JUNAEB. 3 estrategias

- Educativa

-Preventivo

-Clínico

Convenio de Colaboración Mutua Municipalidad- UFRO

Container dental Posta Comuy

3 Componentes; Promocional, Preventivo y Clínico.

PROGRAMAS EXTRAPRESUPUESTARIOS CON ENFOQUE PROMOCIONAL

a.- Sembrando Sonrisas

Población Objeto:

Jardines Urbanos (6)

- El Principito, Los Duendecitos, Orugita, Eluney, Llampudken, Pichikeche,

Jardines Rurales (5)

- Ralmu Rayen, Mi Pequeño Tesoro, Pichifolil, Los Grillitos, PMI La Gotita.

Prestaciones:

- **Componente Educativo y Promocional.** Talleres a los grupos cursos a intervenir, con entrega de Kit de Higiene Bucal (Pasta - Cepillo)
- **Componente preventivo.** Examen y Diagnóstico de Salud Bucal, Aplicación de Barniz de Flúor 0.5% Semestrales (2 ocasiones al año)

Población Objeto:Prekinder y Kinder de Colegios Municipales (4)

- Juan Bautista Chesta, Las Américas, Unión Latinoamericana, La Frontera

Prestaciones:

- **Componente Educativo y Promocional.** Talleres a los grupos cursos a intervenir, con entrega de Kit de Higiene Bucal(Pasta - Cepillo).

PLAN DE DIFUSIÓN MESES TEMÁTICOS

Cada mes, según los hitos planteados por el Servicio de Salud Araucanía Sur, se realizarán actividades relacionadas con el tema, que consisten en:

1. Diarios murales en los centros de salud
2. Entrega de folletos a la población
3. Espacio radial
4. Actividades intersectoriales
5. Actividades comunitarias por sector

Mes	Tema
Enero	Salud reproductiva y prevención ITS
Febrero	Cáncer : prevención Ca Mama, CU, próstata, colon y recto, piel, etc
Marzo	Colaciones saludables Día Mundial del Agua
Abril	Actividad física Salud Infantil: inmunizaciones, control de niño sano, estimulación temprana, alimentación
Mayo	Día mundial sin tabaco

Mes	Tema
	IRAS
Junio	Día mundial del medio ambiente
Julio	Mes de la salud mental y la familia
Agosto	Lactancia materna Mes del corazón
Septiembre	Mes de la salud bucal
Octubre	Mes de la alimentación Mes del adulto mayor
Noviembre	Mes de la Diabetes Actividad física
Diciembre	Mes de la discapacidad Feria saludable

POLICLINICO NANEAS

Se denomina NANEAS a “los niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud” y se refiere a “aquellos que tienen el riesgo o la presencia de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónica, que requiere de atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el general de los niños”(1); en el CESFAM de Pitrufquén, si bien se efectúa la atención a NANEAS inserto en el Programa de Salud Infantil; se ha implementado el “Policlínico NANEAS” dirigido a la atención en salud a alumnos de la escuela especial, abarcando a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con necesidades especiales de atención en salud.

El “Policlínico NANEAS” se inició el año 2014, en un trabajo mancomunado con la Escuela Especial Ammillán; con apoyo en las bases técnicas establecidas en la Norma Técnica de salud del niño/a, para clasificación del grado de complejidad, directrices en la atención y derivaciones pertinentes,.

Todas aquellas personas categorizadas como de baja complejidad, según sus necesidades especiales de atención en salud, pueden ser atendidas por el equipo de salud de APS, quien tiene un rol privilegiado por la posibilidad de

seguimiento, enfoque biopsicosocial, cercanía al domicilio y posibilidad de desarrollar un trabajo con la red comunal.

Objetivos de atención en CESFAM

- ▶ Supervisar la salud de cada usuario, lo que permitirá conocimiento de la situación de éste y su familia, así como la detección de sus necesidades para la confección de un plan de trabajo individualizado.
- ▶ Brindar atención según lineamientos técnicos, de manera integral al usuario y su familia, por un equipo multidisciplinario.

Equipo de Cabecera Policlínico NANEAS

El equipo de cabecera de este policlínico, está conformado en el CESFAM por Directora del establecimiento, Médico, Enfermera, TENS, Nutricionista, Kinesióloga, Asistente Social, Psicóloga y Matrona.

Población:

- Población Infantil con necesidades especiales de atención en salud, de baja complejidad de la comuna de Pitrufuquén.
- Alumnos de la escuela Especial Ammillán, con categoría baja, según nivel de complejidad.

Cobertura:

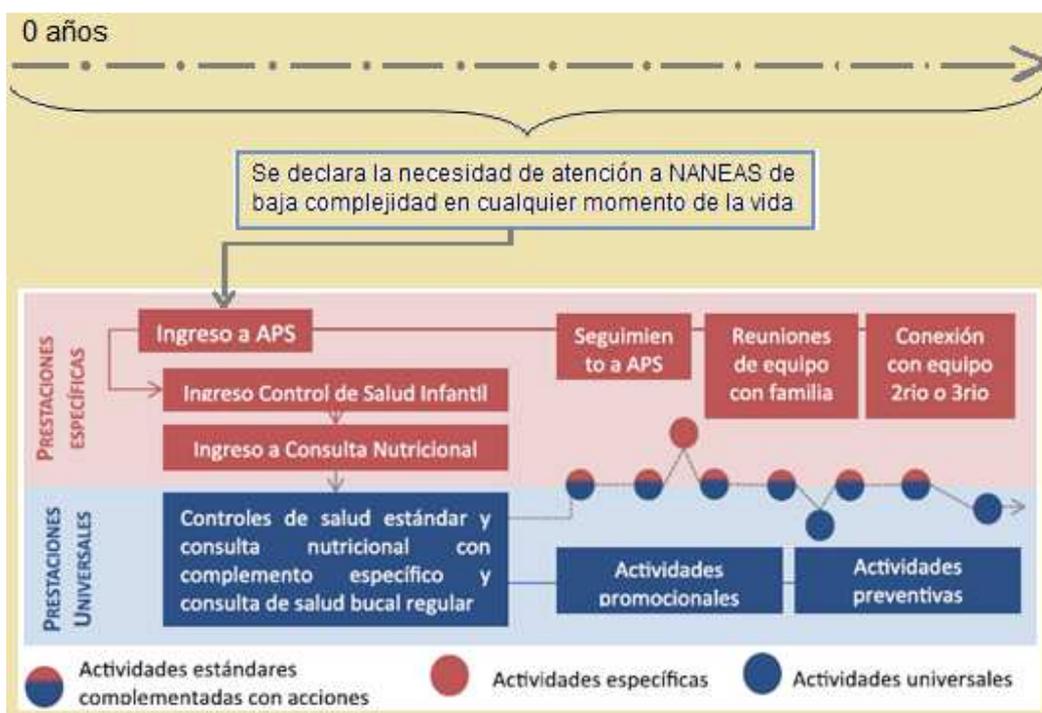
- 100% de los niños y niñas en control.
- 100% de los alumnos de la Escuela Especial Ammillán beneficiarios de FONASA.

Actividades de atención de NANEAS de baja complejidad:

La atención a usuarios NANEAS de baja complejidad se subdivide en dos momentos:

Actividades	
Ingreso a la APS	Ingreso a Control de Salud Integral. Ingreso a consulta nutricional.
Actividades de seguimiento de la salud integral	Controles de salud integral y consulta nutricionales de seguimiento. Reuniones de equipo. Enlace entre atención primaria, secundaria y terciaria.

Esquema de atención:



Fuente: Norma Técnica (1)

Concentración/Rendimiento:

Fuente: Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2014

Edad	Concentración/año	Rendimiento
Diada, antes de los 10 días control con matrona	1	60 minutos
1 mes control medico	1	60 minutos
2 meses control con enfermera	1	60 minutos
3 meses consulta nutricional	1	20 minutos
3 meses consulta medica	1	60 minutos
4 meses control con enfermera	1	60 minutos
5 meses consulta nutricional	1	45 minutos
6 meses control con enfermera	1	30 minutos
6 meses consulta medica	1	60 minutos
8 meses control con enfermera	1	1 hora 45 minutos
9 meses consulta medica	1	60 minutos
12 meses control con enfermera	1	30 minutos
12 meses consulta medica	1	60 minutos
18 meses control con enfermera	1	1 hora 45 minutos
2 años control con enfermera	1	30 minutos
2 años control salud bucal	1	1
2 años 6 meses consulta nutricional	1	45 minutos
3 años control con enfermera	1	1 hora 45 minutos
3 años 6 meses consulta nutricional	1	45 minutos
4 años control con enfermera	1	30 minutos
4 años control salud bucal	1	1
4 años 6 meses consulta nutricional	1	45 minutos
5 años control con enfermera	1	30 minutos
5 años 6 meses consulta nutricional	1	45 minutos

Edad	Concentración/año	Rendimiento
6 años control con enfermera	1	30 minutos
6 años control salud bucal	1	1
7 años control con enfermera	1	30 minutos
8 años control con enfermera	1	30 minutos
9 años control con enfermera	1	30 minutos
Control de salud de Integral de Ingreso dupla medico/enfermera	1	60 minutos
Consulta nutricional otras edades	1	45 minutos
Consulta medico mayores de 2 años	2	60 minutos

1)(Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, 2014).
Este grupo se atiende en el CESFAM según la Norma Técnica.

Anexo 1: Resolución exenta 5825: Aprueba certificación de centros en modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.



25 NOV 2015

REF: aprueba certificación de centros en Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

RESOLUCION EXENTA Nº 5825

TEMUCO, 17 NOV 2015

RPH/DRH

VISTOS, estos antecedentes:

- 1.- Resolución Exenta Nº 1220 del 02 de Diciembre de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que aprueba el Programa de Atención Integral con Enfoque familiar y Comunitario en la Atención Primaria.
- 2.- Resolución Exenta Nº 5397 de fecha 04.12.2014 del Servicio de Salud Araucanía Sur que aprueba Certificación de CESFAM correspondiente al periodo 2014.
- 3.- Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- 4.- Orientaciones técnicas del programa modelo de atención integral de salud familiar y comunitario año 2015.
- 5.- Correo electrónico de la Jefa del Depto. de Atención Primaria y Red Asistencial dirigido al Jefe del Dpto. Jurídico de fecha 14.10.2015.

CONSIDERANDO

- 1.- Que, de acuerdo al Programa citado en vistos Nº 1 de la presente Resolución, como producto del componente 1 que evalúa la instalación y el desarrollo del Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y Comunitario, se debe realizar la certificación de la evolución del modelo en el establecimiento, conforme al porcentaje logrado, en los diversos ámbitos de la Pauta elaborada por el Minsal.
- 2.- Que, los centros de Salud que superan el 30% de la Pauta pueden ser certificados como Cesfam, y en el caso de las Postas de salud Rural, como Postas certificadas en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.
- 3.- Que, los centros de salud previamente certificados como Cesfam, aun cuando no obtengan el 30% de cumplimiento de la pauta, no pierden la certificación.

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en:

- 1.- DFL: Nº 1/05 del MINSAL que fija el texto refundido del D.L. 2763/79 que crea los Servicios de Salud
- 2.- D.S. 140/04 del M. de Salud que Reglamenta los Servicios de Salud.
- 3.- Ley Nº 19.886 y D. S. Nº 250/2004, del M. de Hacienda, Reglamento de la Ley Nº 19.886.-
- 4.- D.S. Nº63/2015 del MINSAL
- 5.- Resolución 1600/2008 de Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- APRUEBASE LA CERTIFICACION o RECERTIFICACION como Centros de Salud Familiar, según corresponda, o como **POSTA DE SALUD RURAL CERTIFICADA** en el Modelo de Salud Familiar, a los siguientes Centros, en atención al grado de cumplimiento a Septiembre de 2015 de la Pauta de certificación para el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:

Comuna	Nombre del establecimiento	Tipo	código	% de desarrollo logrado	Estado	Categoría de la certificación
CARAHUE	CESFAM TROYOLHUE	OGR	21328	34,0%	RECERTIFIC A	Cesfam
CHOL CHOL	CESFAM CHOL CHOL	OGR	21327	16,7%	RECERTIFIC A	Cesfam
CUNCO	CESFAM LOS LAURELES	OGR	21326	40,7%	RECERTIFIC A	Cesfam
CURARREHUE	CONSULTORIO CURARREHUE	OGR	21313	32,0%	CERTIFICA	Cesfam
FREIRE	CESFAM QUEPE	OGR	21337	37,3%	RECERTIFIC A	Cesfam
FREIRE	CESFAM FREIRE	OGR	21304	32,0%	RECERTIFIC A	Cesfam
PERQUENCO	DSM CGU PERQUENCO	OGR	21323	40,0%	CERTIFICA	Cesfam
PITRUFQUEN	DSM CGU PITRUFQUEN	OGR	21353	54,3%	CERTIFICA	Cesfam
LONCOCHE	DSM-PSR LA PAZ	PSR	21548	31,7%	CERTIFICA	Posta certificada con un 31,7% de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
GORBEA	DSM-CGR LASTARRIA	PSR	21542	30,3%	CERTIFICA	Posta certificada con un 30,3% de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
PUCON	DSM- PUCON	OGR	21355	32,0%	CERTIFICA	Cesfam
LAUTARO	CESFAM LAUTARO	OGR	21346	25,0%	RECERTIFIC A	Cesfam
MELIPEUCO	CESFA MELIPEUCO	OGR	21311	37,3%	RECERTIFIC A	Cesfam
NUEVA IMPERIAL	CESFAM NUEVA IMPERIAL	OGR	21341	33,0%	RECERTIFIC A	Cesfam
PADRE LAS CASAS	CESFAMPADRE LAS CASAS	CGU	21308	35,0%	RECERTIFIC A	Cesfam
PADRE LAS CASAS	CGU PULMAHUE	CGU	21342	42,0%	CERTIFICA	Cesfam
PADRE LAS CASAS	CESFAM LAS COLUMNAS	CGU	21336	34,3%	RECERTIFIC A	Cesfam
TEMUCO	CESDA MONSEÑOR VALECH	OGR	21300	33,3%	CERTIFICA	Cesfam
TEMUCO	CESFAM AMANECER	CGU	21307	40,7%	RECERTIFIC A	Cesfam
TEMUCO	CESFAM PUEBLO NUEVO	CGU	21309	55,0%	RECERTIFIC A	Cesfam
TEMUCO	CESFAM VILLA ALEGRE	CGU	21305	47,7%	RECERTIFIC A	Cesfam

TEMUCO	CESFAM SANTA ROSA	DSU	21306	47,2%	RECERTIFIC A	Cesfam
TEMUCO	CESFAM PEDRO DE VALDIVIA	DSU	21347	62,2%	RECERTIFIC A	Cesfam
TEMUCO	CESFAM LAIRANZA	CGU	21350	31,3%	RECERTIFIC A	Cesfam
TEODORO SCHMIDT	CESFAM TEODORO SCHMIDT	CGR	21312	35,3%	RECERTIFIC A	Cesfam
TEODORO SCHMIDT	CESFAM HUALPÍN	CGR	21349	21,3%	RECERTIFIC A	Cesfam
VILLARRICA	CESFAM VILLARRICA	CGU	21334	59,0%	RECERTIFIC A	Cesfam
VILLARRICA	CESFAM LICAN RAY	CGU	21348	43,3%	RECERTIFIC A	Cesfam
VILLARRICA	CESFAM LOS VOLCANES	CGU	21354	35,3%	RECERTIFIC A	Cesfam

2.- NOTIFIQUESE, la presente resolución a los Departamentos de Salud Municipal, a los que pertenecen los centros certificados ya señalados.

ANÓTESE Y COMUNIQUESE



MILTON MOYA KRAUSE
DIRECTOR (T/P)
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

Nº 1710 de 13.11.2015

Distribución:

Subdirección Médica
 Depto de Atención Primaria y Red Asistencial
 DSM Temuco
 DSM Villarrica
 DSM Padre las Casas
 DSM Freire
 DSM Teodoro Schmidt
 DSM Nueva Imperial
 DSM Carahue
 DSM Chol Chol
 DSM Curico
 DSM Lautaro
 DSM Melipuello
 DSM Curanilahue
 DSM Perquenco
 DSM Pitrufquén
 DSM Loncoche
 DSM Gorbea
 DSM Pucón
 Depto. Jurídico
 Archivo