

Municipalidad de Pitrufquén

PLAN DE SALUD COMUNAL 2021

Departamento de Salud

Noviembre, 2020

Equipo de trabajo y edición

- Patricia Muñoz Jarpa / Directora Departamento de Salud
- Andrea Molina Molina, Kinesióloga, Jefe de Sector Amarillo CESFAM Pitrufrquén, Encargada de Modelo de Atención Integral en Salud.

Tabla de contenido

Equipo de trabajo y edición	2
RESUMEN EJECUTIVO	7
DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA.....	8
Presentación de Departamento de Salud Municipal de Pitrufrquén.....	8
Financiamiento	10
ETAPA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO	11
Necesidades de salud de la población y demanda.....	11
Componente Demográfico.....	11
Composición de la población	14
Dinámica de la población.....	22
Componente Socioeconómico	25
Sector Educación.....	31
Componente Epidemiológico	36
CESFAM.....	36
CECOSF.....	44
Rural.....	49
Egresos hospitalarios de la comuna.....	52
Consultas y controles y principales causas de morbilidad.....	54
Tasa de Mortalidad	58
COMPONENTE EPIDEMIOLOGICO CONTEXTO COVID	62
PROTOCOLO DE APERTURA Y COMGES CECOSF:.....	67
Salud Rural.....	70
Componente Participativo	73
Diagnóstico Participativo CESFAM.....	73
Diagnóstico Participativo 2019 CECOSF Ultraestación	74
COMPONENTE INTERSECTORIAL	76
ACTIVIDADES CECOSF 2020	76
ANALISIS DE RECURSOS	82
COMPONENTE INTERSECTORIAL	82
OFERTA DEL SECTOR SALUD	85
Plan trienal de promoción de la salud	85
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes CESFAM Pitrufrquén.....	89

Programa Elige Vida Sana año 2020.....	100
Programa odontológico DSM Pitrufrquén 2020-2021	109
Programa de reforzamiento de la atención de salud integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la red de programas SENAME.....	120
Convenio espacios amigables para adolescentes Pitrufrquén 2020	127
Programa de adulto y adulto mayor.....	131
Trabajo de Farmacia en 2020	133
Programa de Rehabilitación Integral con Base Comunitaria.	134
Adecuación a CESFAM	137
PLAN DE ACCIÓN 2021	141
ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	141
Objetivo Estratégico 1: Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.....	145
Objetivo Estratégico 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.....	146
Objetivo Estratégico 3: Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población	153
Objetivo Estratégico 4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital	155
Objetivo Estratégico 5: Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud	157
Objetivo Estratégico 6: Proteger la salud de la población a través del mejoramiento	158
de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos.....	158
Objetivo Estratégico 7: Fortalecer la institucionalidad del sector salud.....	159
Objetivo Estratégico 8: Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.....	161
Objetivo Estratégico 9: Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias	162
Actividades a realizar por programa según plan Paso a Paso	162
Programa de salud sexual y reproductiva	162
PROGRAMA ODONTOLÓGICO.....	164
PROGRAMA DE PERSONAS MAYORES	164
PROGRAMA DE INFANCIA.....	167
PROGRAMA DE ADOLESCENCIA	170
PROGRAMA DE SALUD MENTAL.....	172
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	173

PROGRAMA DE EPILEPSIA.....	176
PROGRAMAS RESPIRATORIOS	176
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.....	177
RENDIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES	178
PAUTA DE MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO	180
.....	180
PLAN DE ACCIÓN SALUD 2020.....	182
Salud Rural.....	182
Desafíos Programa Elige Vida Sana 2021	184
Brechas Programa Salud Mental	186
Trabajo con el Intersector	186
ESTIMACIÓN PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES	188
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.....	195
ORGANIGRAMA DSM	196
PROYECTO DE PRESUPUESTO	197
Ingresos	197
Gastos	198
DOTACIÓN DSM	203
CARTERA DE SERVICIOS APS	205
Programa de salud del niño y la niña.....	205
Programa de salud del adolescente.....	206
Programa de la mujer	206
Programa del adulto.....	207
Programa del adulto mayor	207
Actividades con garantías explícitas en salud asociadas a Programas	209
Actividades generales asociadas a todos los programas	210
Cartera de servicios Hospital de Pitrufquén	211
PLAN DE CAPACITACIÓN.....	213

RESUMEN EJECUTIVO

El Plan de Salud es un instrumento operativo para la salud municipalizada de la comuna, que recoge las orientaciones y particularidades del contexto local, y las expectativas y necesidades de la población comunal con el objetivo de desplegar acciones y actividades que se reformulan año a año.

La comuna de Pitrufrquén, al igual que otras comunas, experimenta, desde la salud municipal, un constante cambio hacia el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario. Este modelo nos hace sentir una población mucho más cercana al equipo de salud, pero también nos deja el desafío de conocer a nuestra comunidad cada día más, en su contexto biopsicosocial, haciendo de la promoción y la prevención, ejes fundamentales de nuestro quehacer y conociendo de la voz del pueblo, su realidad, fortalezas, debilidad, oportunidades y amenazas.

Durante el año 2020, para nadie es ajeno que la situación de Pandemia COVID-19, ha reformulado nuestros objetivos y ha planteado grandes cambios y desafíos a nuestro plan de salud, pero debemos tener presente también, el no descuidar las patologías crónicas y controles del ciclo vital de nuestra población. Es por eso que en este Plan, se plantean dos grandes caminos: lograr objetivos sanitarios y dar cobertura según el plan “paso a paso”.

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA

Presentación de Departamento de Salud Municipal de Pitrufrquén.

El Departamento de Salud Municipal de Pitrufrquén, está ubicado en la Comuna del mismo nombre, la cual está ubicada en la Provincia de Cautín en la IX Región de la Araucanía. Su superficie es de 580,7 Km². Está situada a 30 km al sur de Temuco. Su origen se encuentra en la fortaleza fundada en 1882 en el curso medio del río Toltén. Pitrufrquén (mapudungún: Lugar de cenizas) posee una población 24813 habitantes, de los cuales 12772 son mujeres y 12065 hombres.

Misión: El Departamento de Salud municipal tiene como finalidad velar por el acceso a la salud pública de la Atención Primaria para los habitantes del territorio urbano y rural de la comuna de Pitrufrquén, cuya función primordial es la de maximizar y mejorar la atención de población en el sistema, buscando promover conductas de autocuidado y bienestar en la salud de su sociedad

Visión: Se proyecta Avanzar y crecer junto con la Comuna cumpliendo con las necesidades y requerimientos de los usuarios, manifestando el dinamismo necesario acorde a los estándares expuestos por el SSAS, Consolidándose como un organismo de calidad brindando una atención de salud integral, oportuna, resolutiva y con un alto estándar de calidad a nivel familiar y comunitario. Dando acogida a la mejora continua del modelo de salud familiar.

Valores: Los principios y valores que guían la organización de las redes de salud en el Departamento de Salud son:

- Salud como un derecho
- Equidad y solidaridad
- Accesibilidad
- Calidad de las acciones
- Resolutividad
- Oportunidad de la atención
- Participación

- Pertinencia cultural y respeto a la diversidad

El Departamento de Salud Posee los siguientes establecimientos de salud:

- Centro de Salud Familiar CESFAM Pitrufrquén
- Centro Comunitario de Salud Familiar CECOSF Ultra estación
- Centros Locales de Salud Rural:
 - Posta de Salud Rural Comuy
 - Posta de Salud Rural Mahuidanche
 - Posta de Salud Rural Galpones
 - Posta de Salud Rural Millahuin
 - Posta de Salud Rural Puraquina
 - Posta de Salud Rural Polul y Coicoma
 - Estaciones Médicos Rurales

Financiamiento

La APS municipal posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los Municipios, el que se encuentra en la ley 19.378 Estatuto de Salud Municipal, estando regulado en los artículos 49 y 56 y se refleja en dos mecanismos de pago:

Artículo 49: Pago Per Cápita

- Valor per cápita basal por usuario: \$7.211.- mensuales.
- Comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más. El incremento del per cápita basal será de \$ 680.- (seiscientos sesenta y dos pesos) mensuales por cada beneficiario de 65 años y más.
- Total Corte Percapita 30/09/2020: 25.532.-

Artículo 56: Pago prospectivo por prestación (Programas en Convenios)

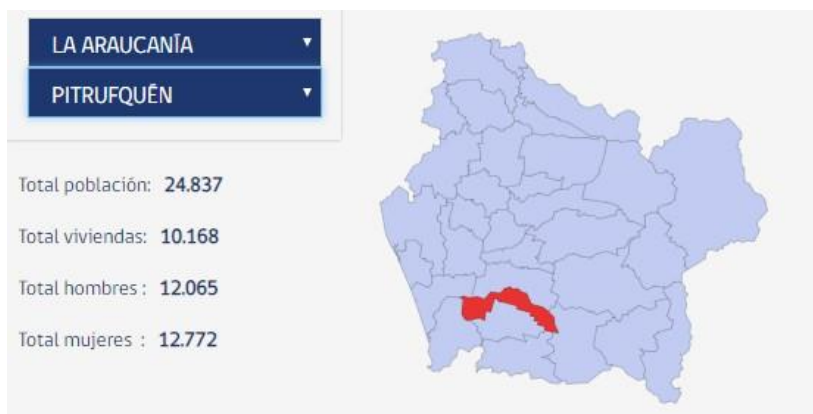
ETAPA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO

Necesidades de salud de la población y demanda

Componente Demográfico

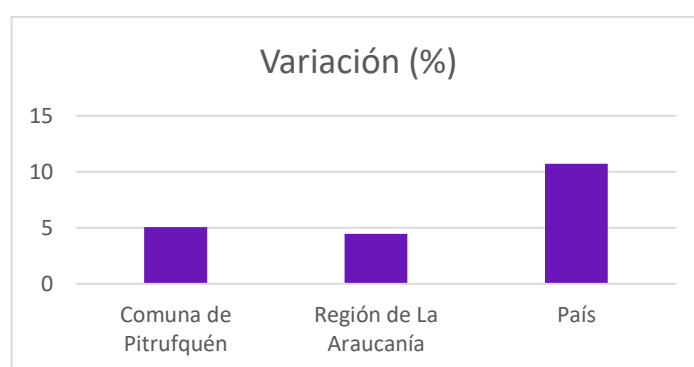
Tamaño de la Población

Según los datos consignados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y tomados del CENSO 2017, la comuna de Pitrufquén tiene un total de 24837 habitantes, de ellos, 12065 son hombres y 12772 mujeres. Haciendo una proyección con datos d Censo, para el año 2020, se esperaría tener 26096 habitantes, con una variación de un 5,07%, menor que el nivel país y similar a la regional.



Fuente: INE, CENSO 2017

Territorio	Censo 2017	Proyección 2020	Variación (%)
Comuna de Pitrufuquén	24.837	26.096	5,07
Región de La Araucanía	957.224	1.014.343	4,47
País	17.574.003	19.458.310	10,72



Fuente: INE, CENSO 2017, Análisis de Biblioteca del Congreso Nacional

En cuanto a los grupos etarios, el que tiene más habitantes, según los datos obtenidos en el censo del año 2017 y haciendo una proyección para el año 2020, es el grupo de 45 a 65 años, representado por el 25,64% de la población, seguido por el grupo de 15 a 29 años. Esto, en comparación con lo que pasaba el año 2002, ha tenido cambios, puesto el grupo más grande hace 16 años atrás era el de 0 a 14 años, igualmente se nota un notorio aumento de la población de 65 y más años. Si hacemos una comparación a nivel regional, podemos apreciar que la población de Pitrufuquén tiende más rápido al envejecimiento que la población regional y comunal.

En la siguiente tabla, se puede apreciar la distribución poblacional haciendo una proyección de las cifras a partir de las obtenidas en el CENSO 2017 para el 2020. En los resultados se puede obtener un aumento del grupo de 65 años y más y que el grupo de 0 a 14 años se mantiene casi estable. Además, la población comunal sigue siendo más envejecida que nivel regional y país.

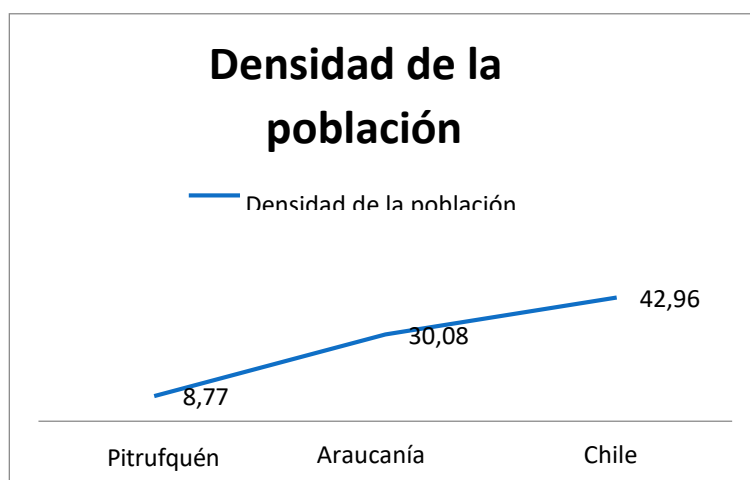
Grupo Edad	Población por grupo (n°)		Proyección 2020: Distribución de la población por grupo (%)		
	Censo 2017	Proyección 2020	Comuna	Región	País
0 a 14	4.905	4.959	19	19,97	19,21
15 a 29	5.056	5.010	19,2	21,34	22,37
30 a 44	4.758	5.143	19,71	20,63	22,5
45 a 64	6.400	6.690	25,64	24,44	23,8
65 o mas	3.718	4.294	16,45	13,61	12,12
Total	24.837	26.096	100	100	100

Composición de la población

Densidad de la Población

La densidad de población o población relativa se refiere al número medio de habitantes de un territorio que viven sobre una unidad de superficie (km²).

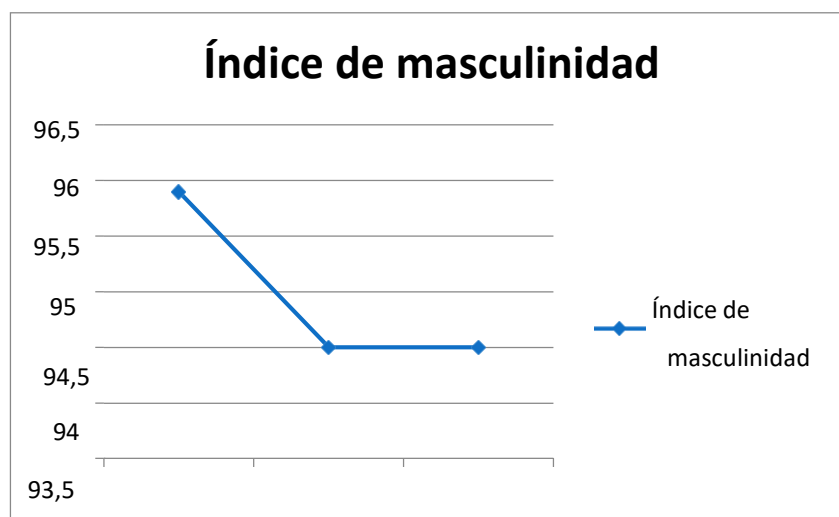
En Pitrufquén, se cuenta un total de 30,08 habitantes por km², esta densidad es menor a la regional y nacional, probablemente debido a las zonas rurales de la comuna.



Fuente: INE, CENSO 2017

Índice de masculinidad

El índice de masculinidad, revela la relación entre cantidad de hombres y mujeres de una población. En el caso de Pitrufrquén, por cada 100 mujeres, existen 95,9 hombres, tendencia que va relacionada a la realidad regional y nacional. Si hace una proyección para el año 2020, las cifras se mantienen estables.



Fuente: INE, CENSO 2017

Territorio	Año 2017		Proyección 2020		Índice Masculinidad (IM)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Censo 2017	Proyección 2020
Comuna de Pitrufrquén	12.065	12.772	12.696	13.400	94,46	94,75
Región de La Araucanía	465.131	492.093	495.735	518.608	94,52	95,59
País	8.601.989	8.972.014	9.599.101	9.859.209	95,88	97,36

Distribución por sexo

Ya mencionado anteriormente, Pitrufrquén tiene 12772 mujeres y 12065 hombres. Es importante destacar que las mujeres en edad fértil, corresponden a 5979 mujeres entre 15 y 49 años, siendo el 46,8% del total de mujeres.

La población de mujeres mayores de 60 años corresponde a 2739 mujeres, siendo el 21,45% del total de mujeres de la población.

En la tabla anterior también, se puede observar la proyección de las poblaciones para el año 2020.

Índice de dependencia o relación de dependencia demográfica

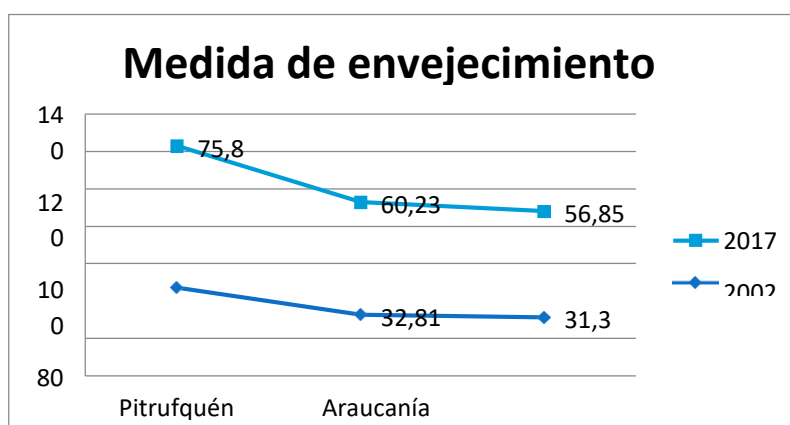
Es un indicador demográfico de potencial dependencia económica que mide la población en edades teóricamente inactivas en relación con la población en edades teóricamente activas, independientemente de su situación en la fuerza de trabajo. Su cálculo se realiza sumando la cantidad de personas entre 0 y 14 años con la población de 65 años o más y dividiéndolo por la población de 15 a 64 años, todo esto multiplicado por 100.

En Pitrufrquén, se observa un índice de dependencia total de 53,18, siendo mayor que la realidad regional y nacional.

Unidad Territorial	Índice de Dependencia Demográfica (IDD)	
	Censo 2017	Proyección 2020
Comuna de Pitrufrquén	53,1824	54,94
Región de La Araucanía	50,2775	50,57
País	45,8787	45,63

Medida de envejecimiento

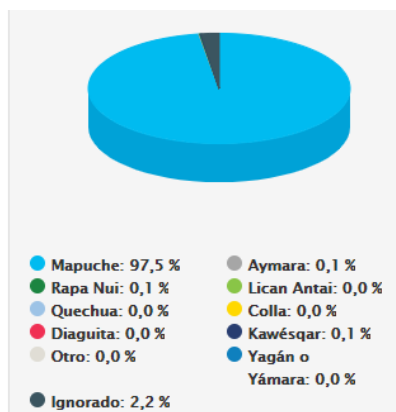
Corresponde al número de adultos mayores 65 y más años, por cada 100 niños de 0 a 14 años. Aquí es importante destacar, el aumento considerable de adultos mayores en la comuna en relación a los niños de 0 a 14 años. En el año 2002, existían 45,25 adultos mayores por cada 100 niños. En el año 2017 existen 75,8 adultos mayores por cada 100 niños, una tendencia que es nacional hacia el aumento, pero que no deja ser mayor en la comuna.



Fuente: CASEN, 2017

Proporción de pueblos originarios

Un 35% de la población de Pitrufquén, se considera de algún pueblo originario, lo que se mantiene proporcional al 34% de la región de la Araucanía, sin embargo, de la población nacional sólo un 13% de se considera perteneciente a algún originario. El grupo con mayor población en la comuna es el mapuche, con un 97,5%.



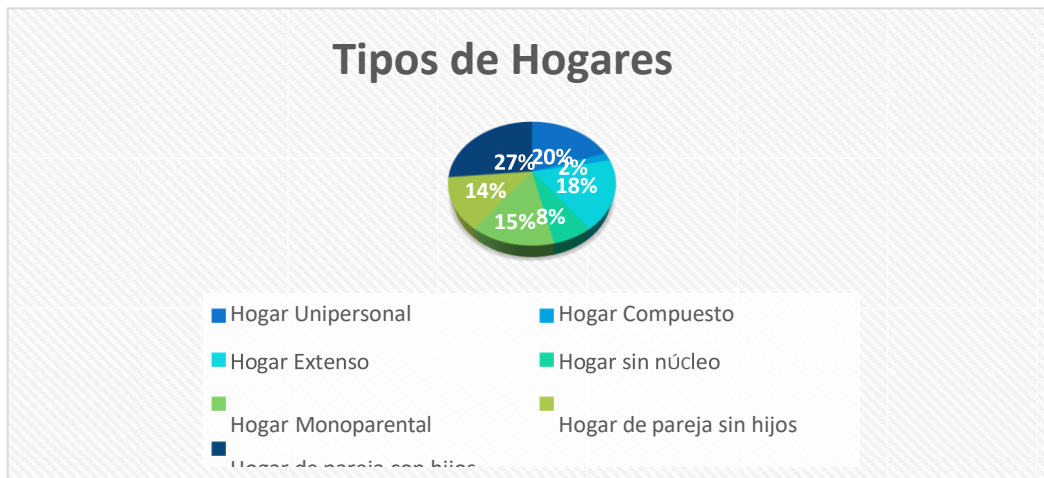
Fuente: INE, CENSO 2017

Número de familias

Se considera un Hogara “una o más personas que, unidas o no por un vínculo de parentesco, alojaron la noche del 18 al 19 de abril de 2017 en una misma Vivienda o parte de ella y se benefician de un mismo presupuesto para alimentación”. Es así como este indicador muestra la cantidad de hogares en las viviendas particulares con moradores presentes.

En la comuna, hay 8557 hogares, de ellos un 47% tiene como jefe de hogar una mujer. Cada hogar tiene en promedio 2,9 personas. Un 43% de los hogares tiene alguno de sus integrantes perteneciente (con o sin un apellido) o a un pueblo originario. Un 2% de los hogares tiene migrantes.

De los hogares nucleares (compuestos por una pareja), la mayoría corresponde a hogares de parejas con o sin hijos (27%), seguido por los hogares unipersonales, con un 20%.



Fuente: INE, CENSO 2017

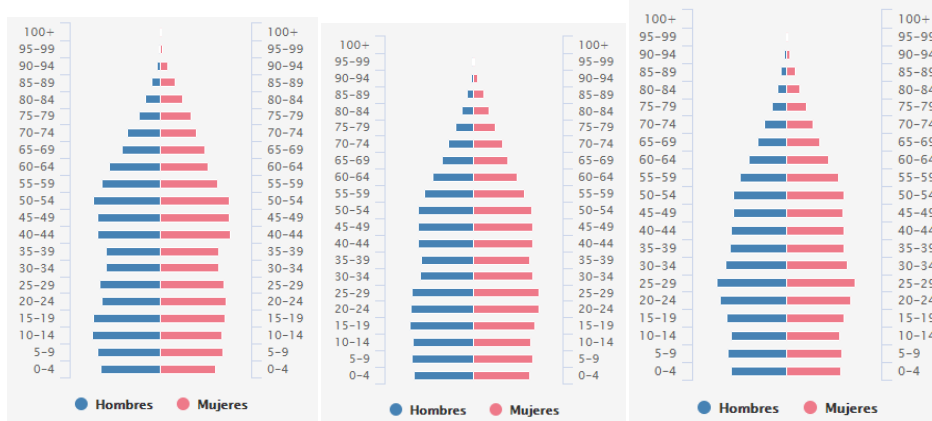
Pirámide Poblacional

Al igual que en todo el país, se aprecia en la pirámide poblacional, el aumento de la población mayor de 60 años, especialmente sobre los 80 años, incluso con 15 personas en la comuna que superan los 100 años. Al comparar las pirámides, se puede apreciar que en la comuna hay un descenso entre la población de 20 a 35 años, sin embargo se aprecian más población infantil y adolescente que a nivel regional y comunal.

Pitrufquén

Araucanía

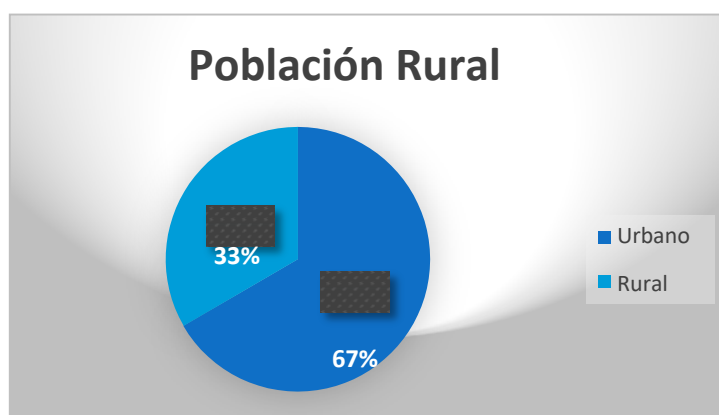
Chile



Fuente: INE, CENSO 2017

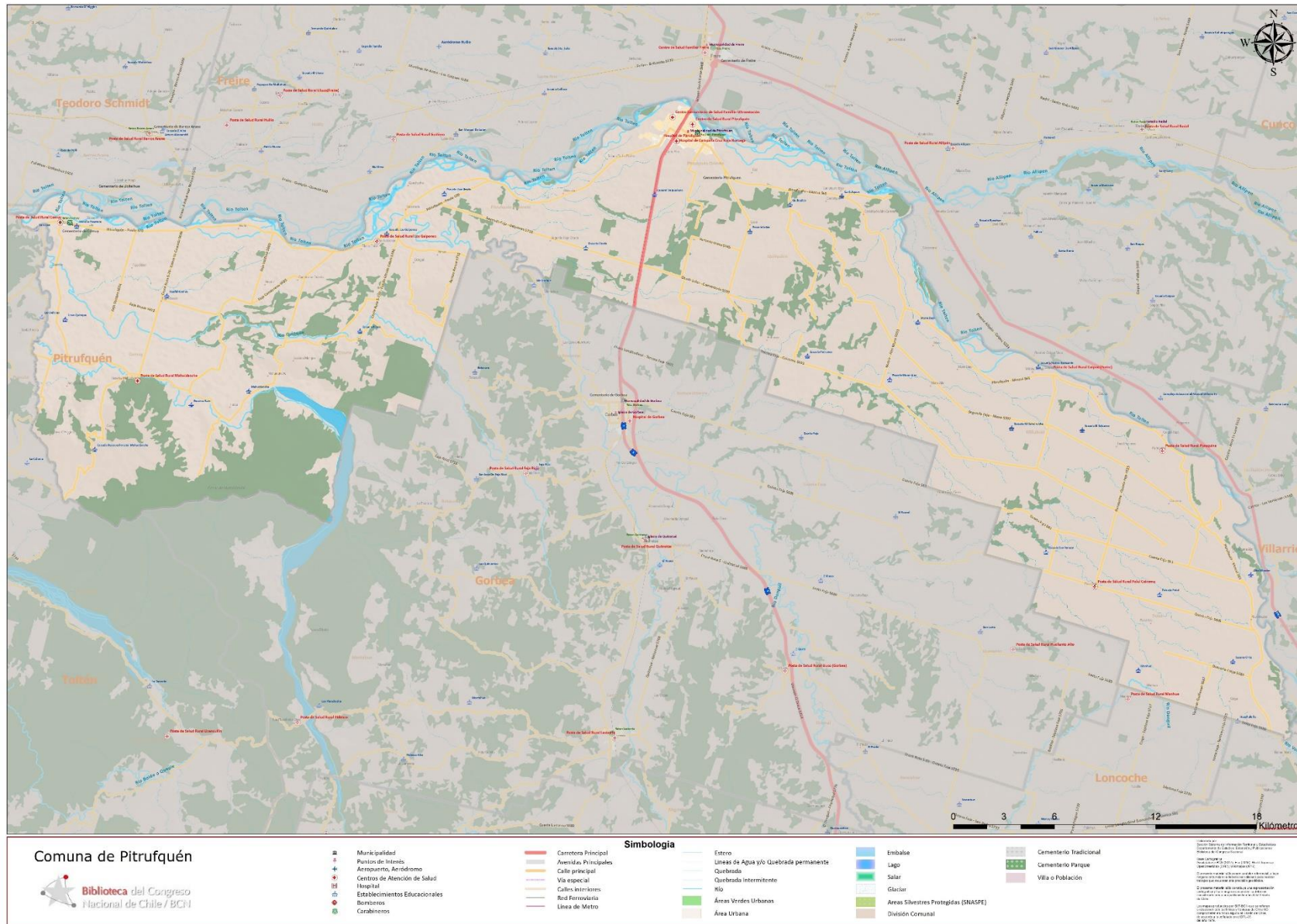
Distribución de la Población

En la comuna de Pitrufquén, un 33% de la población, corresponde al sector rural y un 67% al sector urbano. Si comparamos estos porcentajes con la realidad regional y nacional, tenemos que en la región hay un 29,1% de la población en el sector rural y a nivel nacional hay un 12,2% de habitantes en el sector rural.



Fuente: INE, CENSO 2017

Mapa Pitrufuén



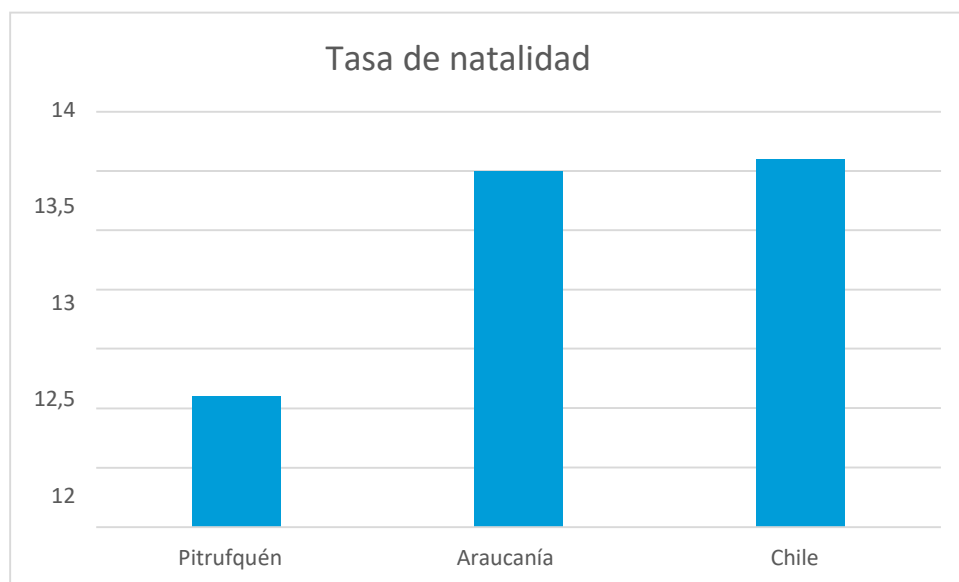
Dinámica de la población

Fecundidad:

En este caso, corresponde a la fertilidad y a la capacidad de tener hijos en las mujeres. Anteriormente, mencionamos que, en la comuna, hay 597 mujeres en edad fértil. De estas mujeres, un 36,63%, es decir 2190 mujeres se encuentran en control en algunos de los dispositivos de salud municipal (a junio de 2018), las que se distribuyen de la siguiente manera:

Tasa de Natalidad

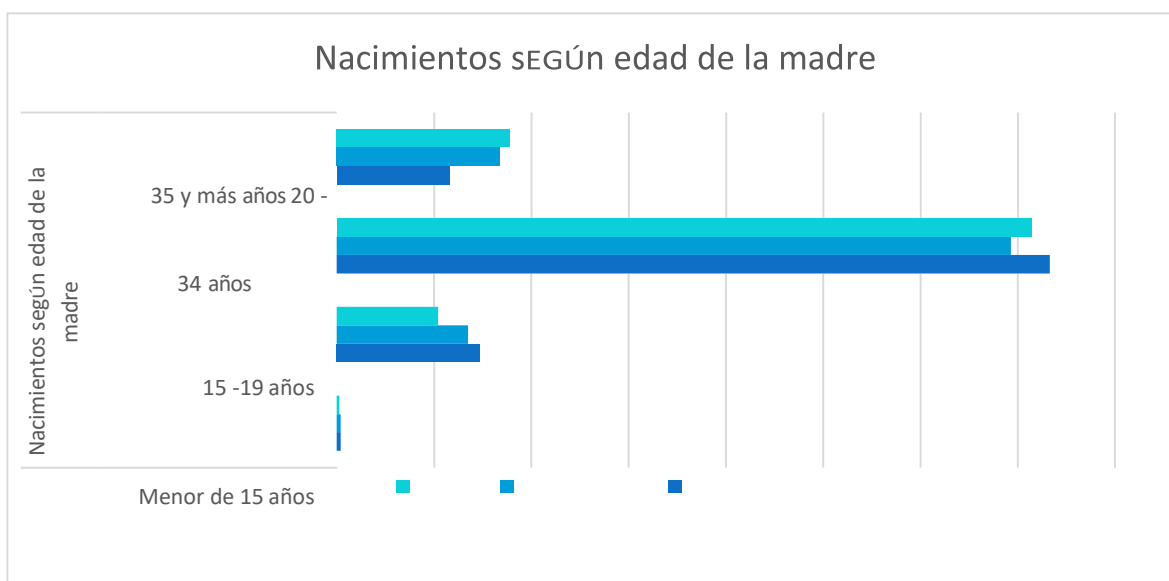
La tasa de natalidad (número de nacimientos por cada 1000 habitantes en un año) en la comuna de Pitrufquén, según los datos extraídos de CASEN 2017, es de 11,6, en comparación con la región y el país, es inferior.



Fuente: CASEN, 2017

El 100% de las mujeres tiene una atención profesional del parto, ya sea en el Hospital de Pitrufrquén, o en el Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Del total de nacimientos en la comuna (mujeres de la comuna) un 47,4% de los nacidos son hombres y un 52,6% son mujeres

En cuanto a los nacimientos según edad de la madre, la mayoría se produce en madres de entre los 20 y 34 años, correspondiendo a un 73,3% del total. En la región de la Araucanía, se mantiene la misma tendencia con un 69,3%.



Fuente: DEIS, MINSAL, 2018

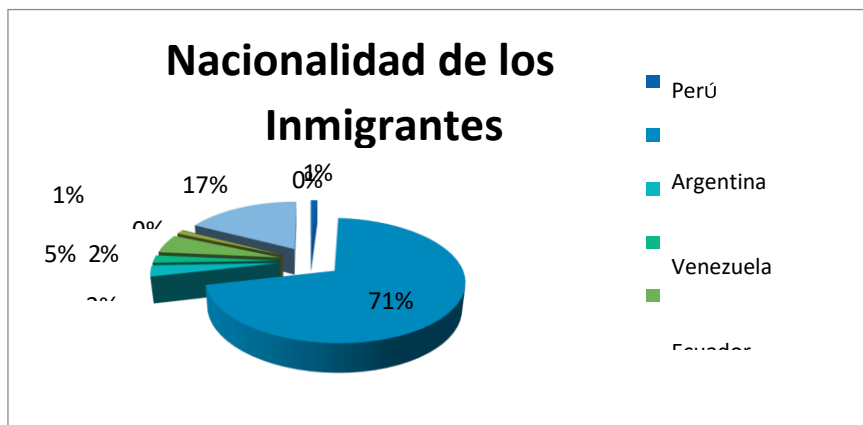
Migración

Del total de 24837 habitantes de la comuna, 24177 son residentes habituales. Un 59% de los habitantes nació en la comuna de Pitrufrquén y un 85% declara vivir en Pitrufrquén hace 5 o más años.

El 1% de los habitantes es inmigrante, es decir, personas que nacieron en el extranjero, pero que se encuentran habitualmente residiendo en la comuna. El 23% de los inmigrantes llegó

entre el año 2010 y 2017. La edad media de las personas migrantes es de 33,1 año y su promedio de años de escolaridad es de 11,3 años.

La mayor cantidad de inmigrantes proviene de Argentina, seguido por Colombia y otros países. Si bien no había inmigrantes de Haití, sabemos que durante los últimos meses han llegado familias a la comuna, que se atienden en los centros de salud.



Fuente: INE, CENSO 2017

Componente Socioeconómico

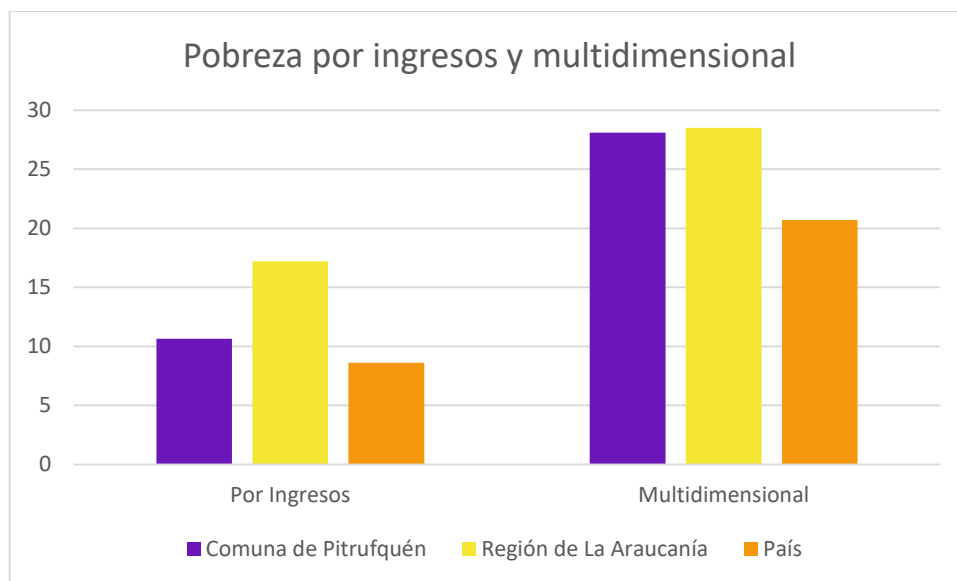
Pobreza y pobreza multidimensional

La línea de pobreza, según CASEN, se considera como el ingreso mínimo establecido por persona para satisfacer las necesidades básicas. Se establece a partir del costo de la canasta básica de alimentos al que se aplica un factor multiplicador.

En la comuna de Pitrufquén, un 10,64% de la población se considera en esta línea de pobreza, manteniéndose similar aunque superior a la regional, pero muy por encima de la nacional que es de un 8,6%.

La Pobreza Multidimensional reconoce que la pobreza es un fenómeno más complejo que la sola falta de ingresos, que también se manifiesta en carencias sufridas en distintas dimensiones del bienestar, en particular: Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno, y Redes y Cohesión Social. La medición de pobreza multidimensional define carencias en estas 5 dimensiones a través del cálculo de 15 indicadores (3 por dimensión). El porcentaje de población en situación de pobreza multidimensional corresponde al porcentaje de personas que residen en hogares que exceden un umbral determinado de carencia total, calculada en base de los 15 indicadores. Las dimensiones del indicador de pobreza multidimensional en CASEN 2015, fueron Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda y Entorno (cada una con una ponderación de 22,5%) y Redes y Cohesión Social (ponderación de un 10% en el indicador final). Para la comuna, la pobreza multidimensional, corresponde a un 28,09% de la población, por debajo de lo regional, pero sigue siendo superior a la nacional.

Unidad Territorial	Por Ingresos	Multidimensional
Comuna de Pitrufquén	10,64	28,09
Región de La Araucanía	17,2	28,5
País	8,6	20,7

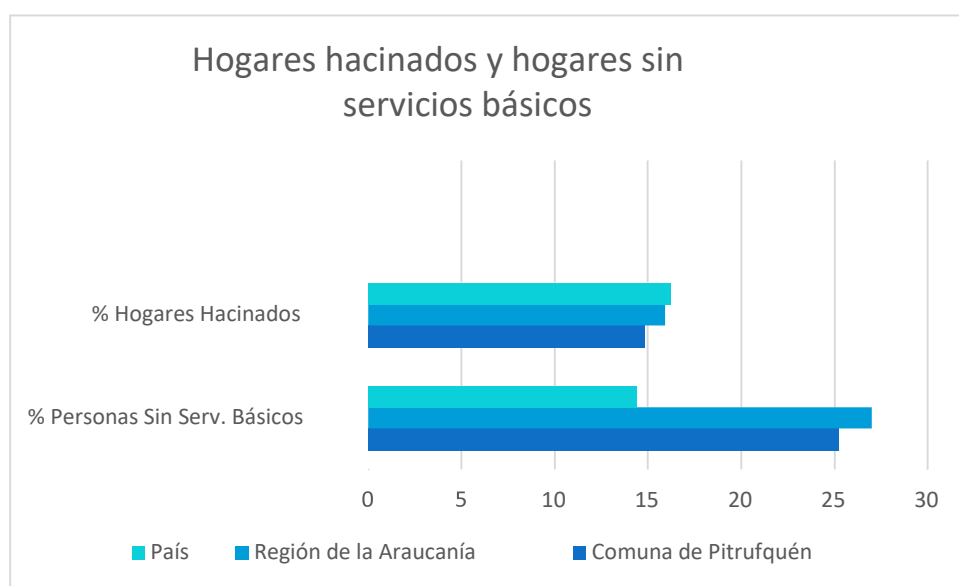


Porcentaje de personas carentes de servicios básicos y porcentaje de hogares hacinados, a junio 2017

Los datos presentados a continuación, fueron extraídos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 y del Registro Social de Hogares, ambos instrumentos gestionados por el Ministerio de Desarrollo Social. Se presenta la tasa de pobreza por ingresos, la tasa de pobreza multidimensional del año 2017, porcentaje de personas en hogares carentes de servicios básicos y porcentaje de hogares hacinados (a diciembre de 2018)

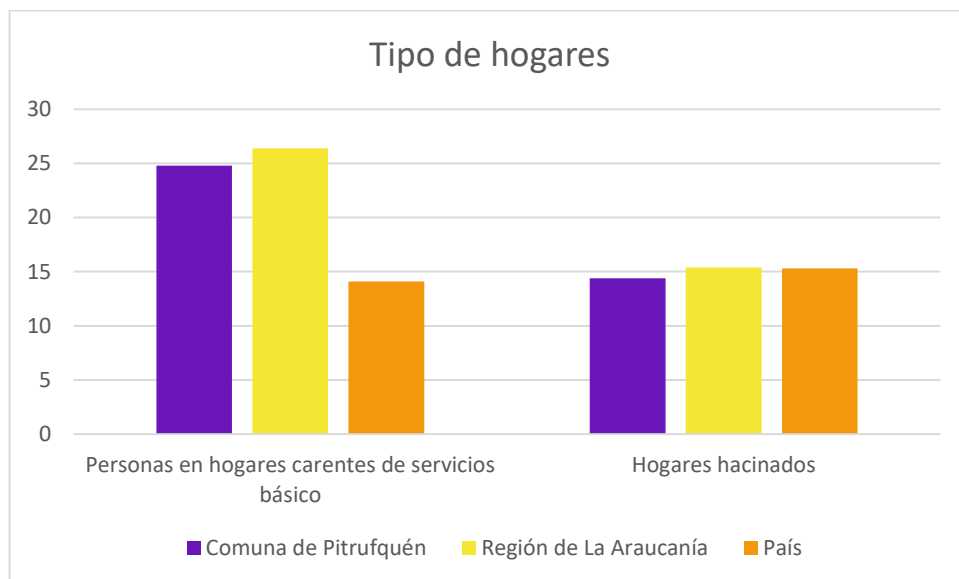
En la comuna de Pitrufquén hay un total de 10168 viviendas, según el censo del año 2017, un 7% de encuentra en estado de hacinamiento (Corresponde al porcentaje de viviendas particulares ocupadas con moradores presentes que tienen igual o más de 2,5 personas por

pieza de uso exclusivo como dormitorio. Este cálculo se realiza considerando a todas las personas censadas en la vivienda y las piezas declaradas exclusivamente como dormitorio); CASEN hace énfasis un 14,8% de hogares (familias) con hacinamiento. El 79% de las viviendas se encuentran conectadas a la red pública de agua. Un 25,2% se encuentra sin la totalidad de los servicios básicos. Si hacemos una comparación con la realidad regional y comunal, en hogares hacinados tenemos mejores condiciones, pero en viviendas con servicios básicos, las condiciones son peores. El 72% de las viviendas, se encuentra con una infraestructura aceptable.



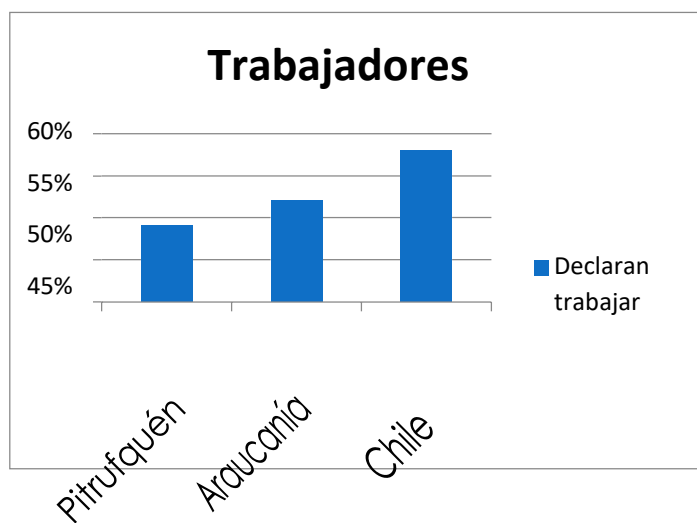
Fuente: CASEN, 2017

Unidad Territorial	Totales a Diciembre 2018 (%)	
	Personas en hogares carentes de servicios básico	Hogares hacinados
Comuna de Pitrufquén	24,8	14,4
Región de La Araucanía	26,4	15,4
País	14,1	15,3

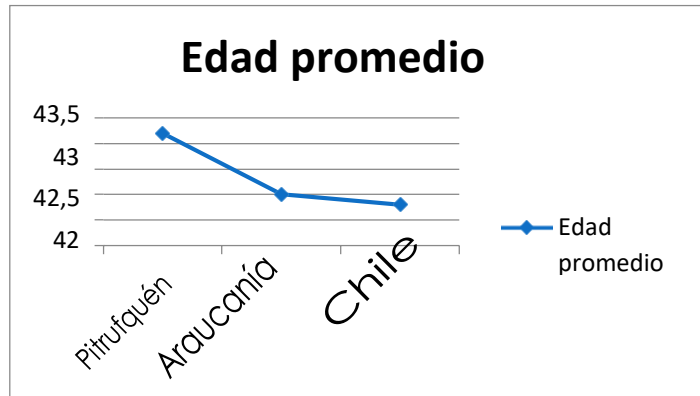


Inserción Laboral

Un 49% de las personas mayores de 18 años, declaran trabajar. Este porcentaje de trabajadores es menos a lo regional y nacional. La edad promedio de los trabajadores es de 43,2 años. Un 38% de las mujeres sobre 18 años trabaja. Un 8% de las personas que trabajan, además estudian. El promedio de escolaridad de los trabajadores es en 11 años.



Fuente: INE, CENSO 2017



Fuente: INE, CENSO 2017

Los trabajadores según rubro económico, del año 2014 a 2016, se dedican en su mayoría a las siguientes actividades, de lo que se rescata la disminución de trabajo en la industria manufacturera y el aumento en el área de construcción.

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Micro	879	951	996	35.508	39.465	40.848	687.747	739.873	762.137
Pequeña	160	163	170	8.024	8.145	8.566	196.822	193.510	202.604
Mediana	12	6	6	952	900	878	30.197	27.525	28.577
Grande	3	3	4	278	264	305	14.779	13.832	14.185
Sin Ventas/Sin Información	209	232	254	8.136	8.121	10.679	180.448	210.148	264.392

Fuente: CASEN, 2017

Empresa	Comuna			Región			País		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Micro	313	1.072	1.213	24.791	28.808	32.487	571.347	612.110	672.386
Pequeña	1.334	1.159	1.029	83.964	83.300	87.253	1.861.183	1.961.686	2.030.324
Mediana	455	267	78	55.979	54.726	53.188	1.499.350	1.432.902	1.449.656
Grande	284	291	574	88.194	86.781	88.751	4.540.487	4.450.758	4.582.601
Sin Ventas/Sin Información	900	200	320	22.160	26.495	31.361	630.482	734.315	791.424

La mayoría de los trabajadores de la comuna se dedican a la pequeña empresa.

Micro	403	364	318
Pequeña	1.129	1.099	1.306
Mediana	285	352	455
Grande	406	283	284
Sin ventas	784	749	900

Fuente: CASEN, 2017

Población económicamente activa

Los trabajadores de la comuna, se dedican en su mayoría al sector terciario, con un 75%, es decir al sector de servicios. Las principales actividades de este sector son el turismo, ventas al por menor, educación, salud, transporte,

seguridad, entretenimiento, entidades financieras entre otras. Al sector primario, se dedica un 18% y al sector secundario un 7%.

Sector Educación

La asistencia a la educación escolar es de un 96%. En cuanto a la asistencia a la educación preescolar, un 54% de los niños asiste a algún establecimiento. Un 76% asiste a la educación media y el ingreso a la educación superior es de un 19%. De las personas que ingresan a la educación superior, un 72% termina sus estudios.

En la comuna, existen 25 entidades de educación desde preescolar hasta educación media, disminuyendo en relación al 2014, donde habían 30 establecimientos.

4.1 Establecimientos educacionales según dependencia administrativa, años 2017 y 2019

Dependencia Administrativa	Comuna		Región		País	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Corporación Municipal	0	No Aplica	0	0	1.088	1.016
Municipal DAEM	13	13	491	405	4.108	3.895
Particular Subvencionado	12	12	627	611	5.866	5.599
Particular Pagado	0	No Aplica	11	12	617	679
Corporación de Administración Delegada DL 3166	0	No Aplica	4	4	70	70
Servicio Local de Educación	No Aplica	No Aplica	No Aplica	76	No Aplica	233
Total	25	25	1.133	1.108	11.749	11.492

Fuente: Centro de Estudios, MINEDUC

DEPENDENCIA		PITRUFQUÉN	
2014	2017		
Municipal DAEM		13	13
Particular Subvencionado		17	12
Total		30	25

Fuente: CASEN – MINEDUC 2017

4.2 Matricula escolar según dependencia administrativa, años 2017 y 2019

Dependencia Administrativa	Comuna		Región		País	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Corporación Municipal	0	No Aplica	0	0	417.319	406.131
Municipal DAEM	1.699	1.736	77.778	70.584	855.073	830.857
Particular Subvencionado	4.662	4.721	116.826	116.178	1.943.598	1.951.763
Particular Pagado	0	No Aplica	6.054	6.413	296.801	332.675
Corporación de Administración Delegada DL 3166	0	No Aplica	1.989	1.989	45.603	44.281
Servicio Local de Educación	No Aplica	No Aplica	No Aplica	8.789	No Aplica	58.176
Total	6.361	6.457	202.647	203.953	3.558.394	3.623.883

Fuente: Centro de Estudios, MINEDUC

En la comuna, hay matriculados a nivel de todos los dispositivos educacionales, 6361 alumnos, levemente superior al 2014. Cabe destacar, que sólo hay establecimientos municipales y particulares subvencionados.

PITRUFQUÉN		
DEPENDENCIA	2014	2017
Municipal DAEM	1.787	1.699
Particular Subvencionado	4.423	4.662
Total	6.210	6.361

Fuente: CASEN – MINEDUC 2017

La mayoría de los alumnos se encuentran cursando enseñanza básica, seguido por la enseñanza media técnico profesional.

PITRUFQUÉN		
NIVEL DE ENSEÑANZA	2014	2017
Educación Parvularia	461	512
Enseñanza Básica Niños y Jóvenes	2.989	3.102
Enseñanza Básica Adultos	17	9
Educación Especial	178	181
Enseñanza Media Científico-Humanista Niños y Jóvenes	1.108	1.177
Enseñanza Media Científico-Humanista Adultos	92	77

Enseñanza Media Técnico-Profesional Niños y Jóvenes	1.328	1.267
Enseñanza Media Técnico-Profesional Adultos	37	36
Total	6.210	6.361

Fuente: CASEN – MINEDUC 2017

Escolaridad en adultos

El promedio de escolaridad para mujeres es de 8,6 años y para hombres de 8,6 años. El promedio de años baja debido a la alta población de adultos mayores, muchos de los cuales, tuvieron menos de 4 años es escolaridad.

Componente Epidemiológico

CESFAM

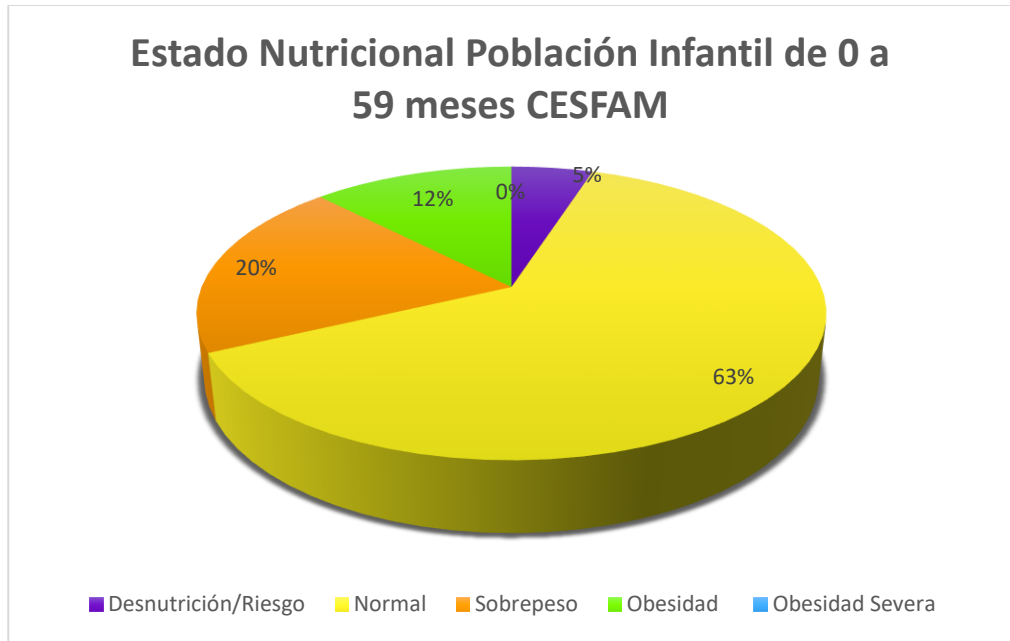
Infancia

El Programa de salud del niño y de la niña Tiene como propósito Contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida.

- Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años.
- Fortalecer la atención de salud oportuna, expedita, continua, resolutive y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública.
- Contribuir a la mejora de la calidad de vida en la población infantil, independiente de su condición de salud y socioeconómica.
- Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.

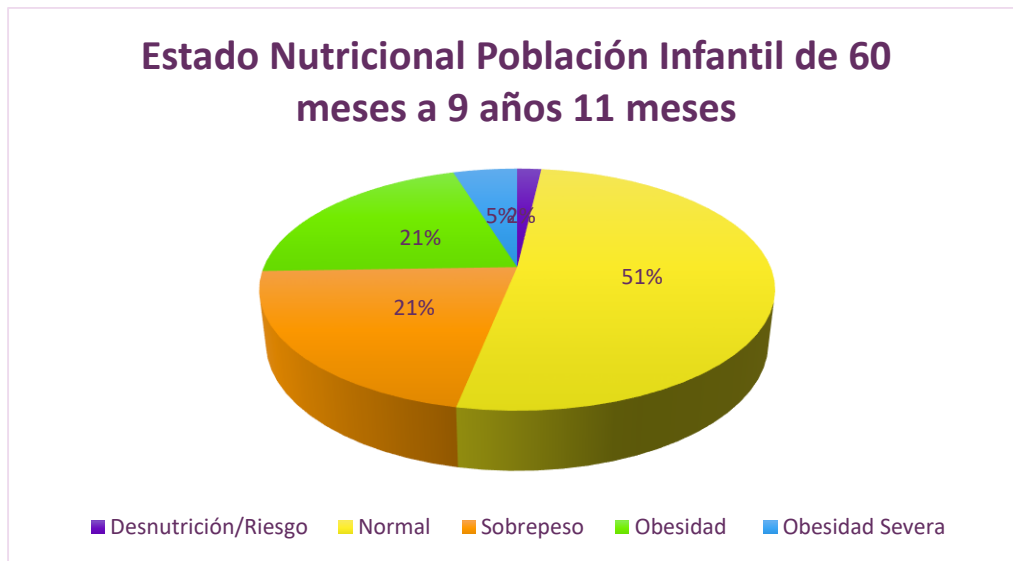
Sobrepeso y obesidad

En el CESFAM de Pitrufrquén, hay en control 806 niños y niñas menores de 60 meses. De ellos, el 63% tiene un peso normal, seguido por un 20% de sobrepeso y riesgo de obesidad.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

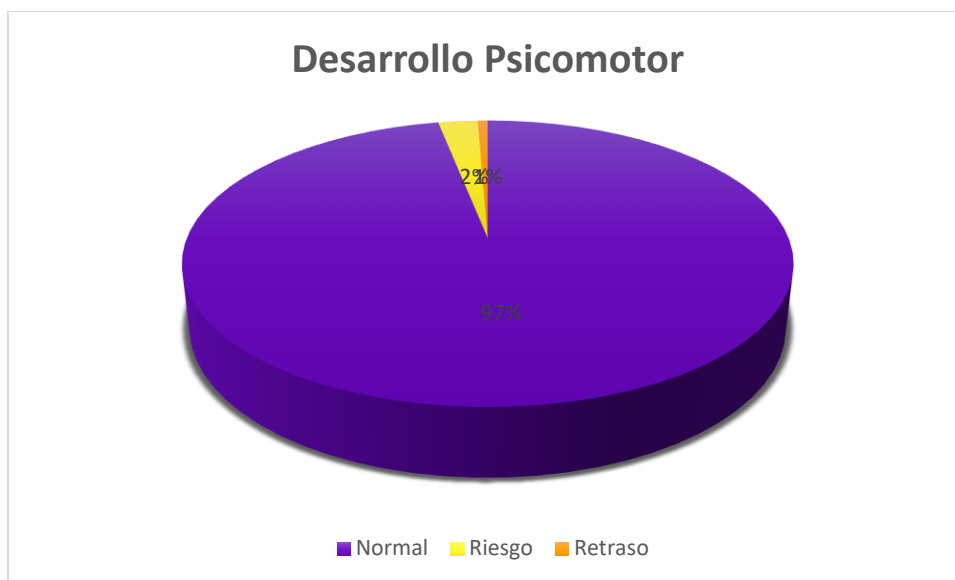
De los niños de 60 a meses a 9 años 11 meses, que corresponden a 332 niños y niñas, un 51% tiene un peso normal, seguido de un 21% de obesidad y un 21% de sobrepeso.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor, tomado por medio de la evaluación de desarrollo psicomotor, aplicado a 806 niños de 0 a 59 meses, arroja que un 97% tiene un desarrollo psicomotor normal.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Adultos mayores

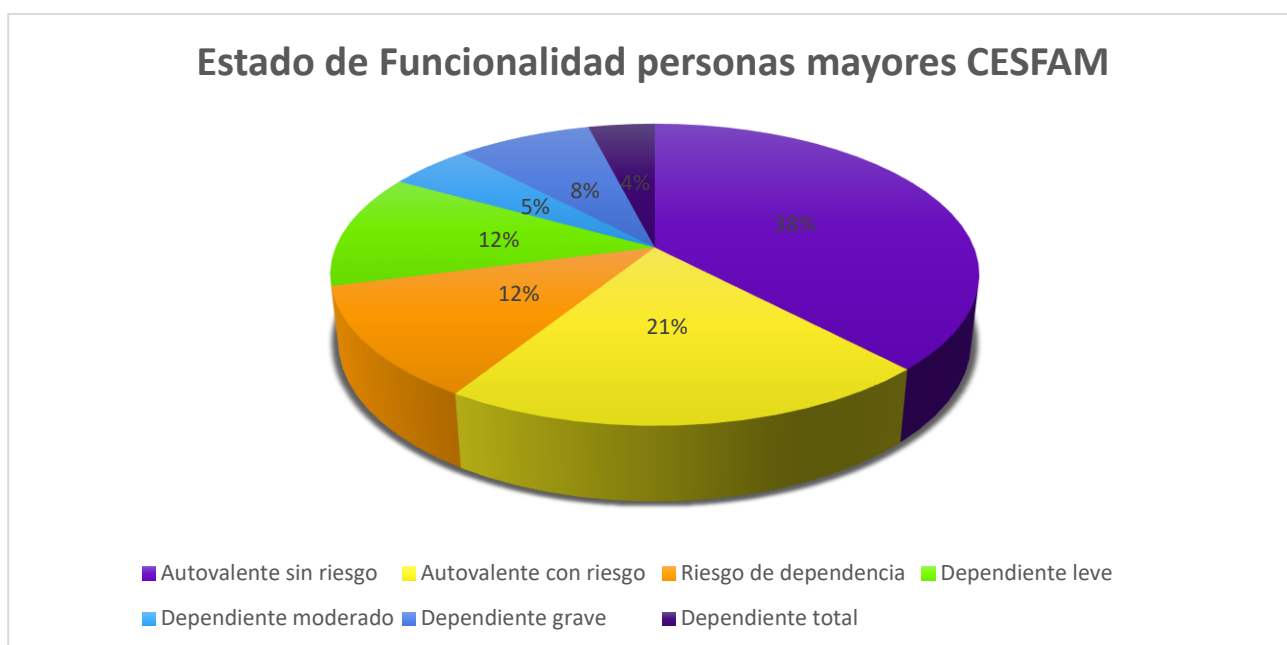
El irreversible fenómeno del **envejecimiento poblacional** y los **avances de la geriatría**, han llevado a la creación de un **enfoque anticipatorio y preventivo**, basado en la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes que se instale el daño.

Esto ha llevado a que el Ministerio de Salud haya instalado, ya hace una década, la **medición de la funcionalidad** como un examen universal: **Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)**, promoviendo el envejecimiento saludable.

A partir de esta medición, donde cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental o al ámbito osteoarticular. Crucial para las personas mayores es contar con buenas redes de apoyo. No siempre se da esto. Y aquí también es necesario detectar los riesgos de una débil red de apoyo o simplemente la existencia de maltrato. Por otro lado, es fundamental comprender que **ninguna acción del Estado va a suplir a una familia atenta** y preocupada de su adulto mayor. Esta es la base para que nuestros adultos mayores logren **buena calidad de vida**. Por supuesto que en esta tarea la familia debe ser apoyada por el Estado con entrega oportuna de atención.

Es así como el Programa del Adulto Mayor tiene como visión que las personas mayores permanezcan **autónomas y autovalentes** por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma **oportuna con calidad** en la atención, asegurando de este modo una **buena calidad de vida**.

En cuanto a la población de 65 y más años, a quienes se les aplicada el examen médico preventivo del adulto mayor (1194 adultos mayores), un 38% es autovalente sin riesgo, seguido de un 21% de autovalente con riesgo, lo que condice con la realidad nacional.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

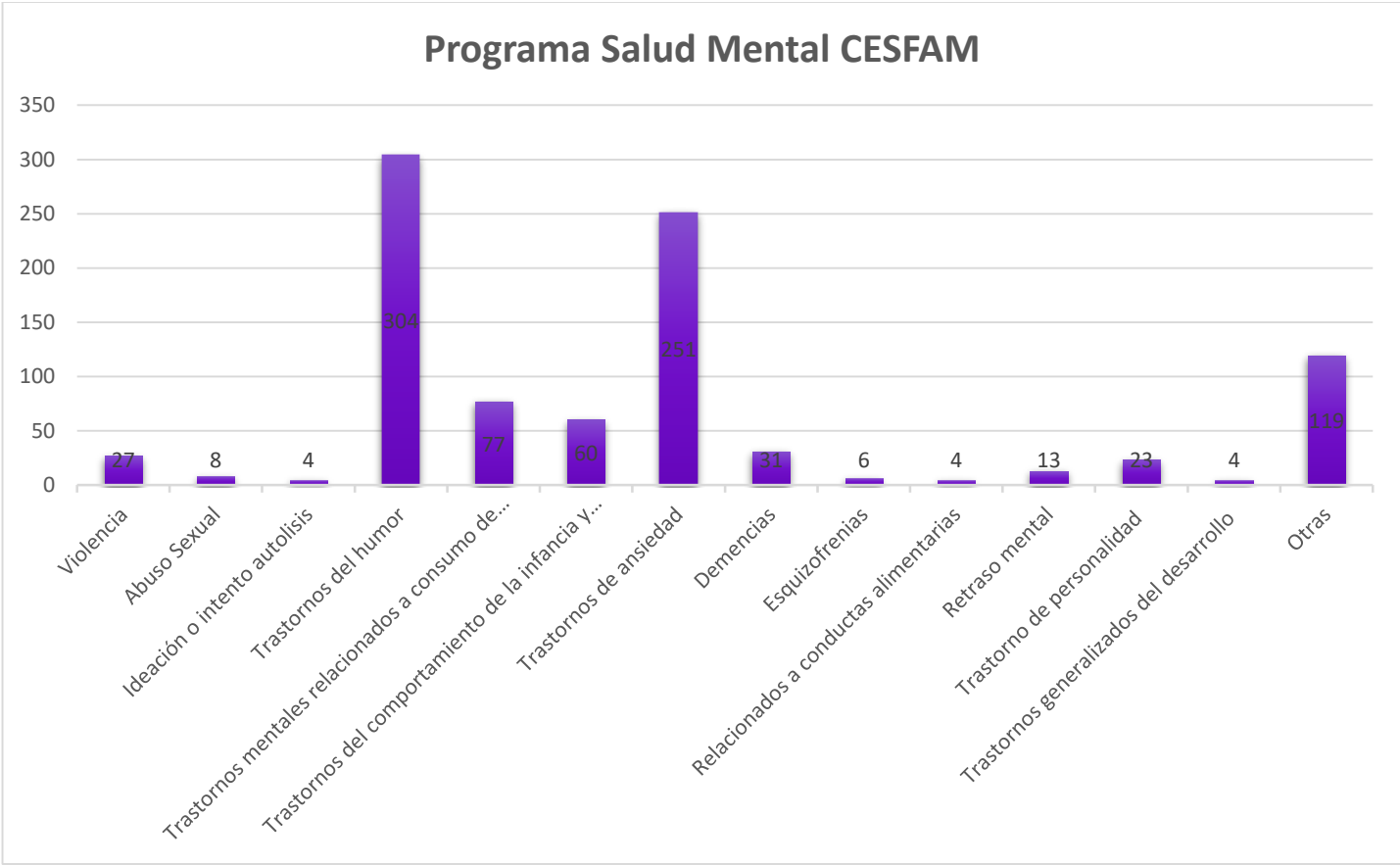
Enfermedades relacionadas con la Salud Mental

El plan nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud destaca la definición de Salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición enfatiza el hecho de que la salud es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y debe ser considerada como “... un estado de bienestar en el cual el individuo desarrolla sus propias habilidades puede enfrentar el stress normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de realizar contribuciones a su comunidad”.

Posteriormente, la OMS agregó a la definición “...y en armonía con el medio ambiente” y estableció una serie de componentes que integran la salud, además de declarar que “la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”. El Ministerio de Salud define la salud mental como “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. Las nuevas concepciones de salud mental incluyen la idea de bienestar subjetivo, autonomía, competencia y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Tales ideas son aplicables al individuo, la familia y la comunidad, y consideran una visión de contexto en el que se desarrollan las personas. La Organización Panamericana de la Salud establece que la salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo. En el contexto de los Determinantes de la Salud Mental, los problemas socioeconómicos persistentes constituyen un riesgo para la salud mental de las personas y las comunidades, por ello la salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Existe evidencia que los problemas de salud mental están relacionados con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos (desempleo, migración, etc.), a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. Los factores de la personalidad y psicológicos específicos también pueden hacer una persona más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, como los factores hereditarios o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad se atribuye a estos trastornos. Los trastornos mentales no tratados generan un alto costo, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente. En Chile los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país. Asimismo, el estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, asimismo la prevalencia año de trastornos mentales es de un 22%, tanto en población infante juvenil como en adultos .

En el programa de salud mental del CESFAM, hay registradas 721 personas. La patología con mayor prevalencia son relacionadas a los trastornos del humor y ansiedad.

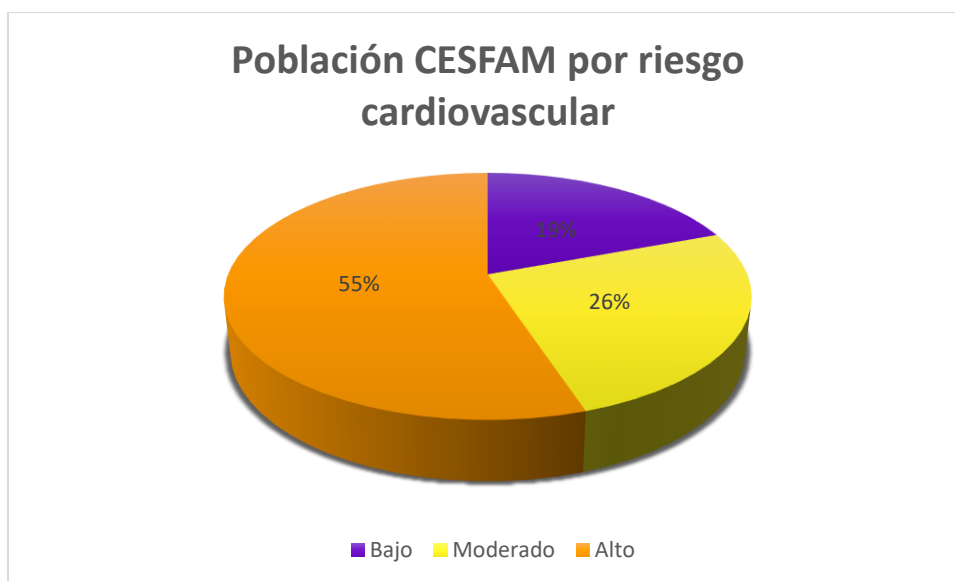


Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Salud Cardiovascular

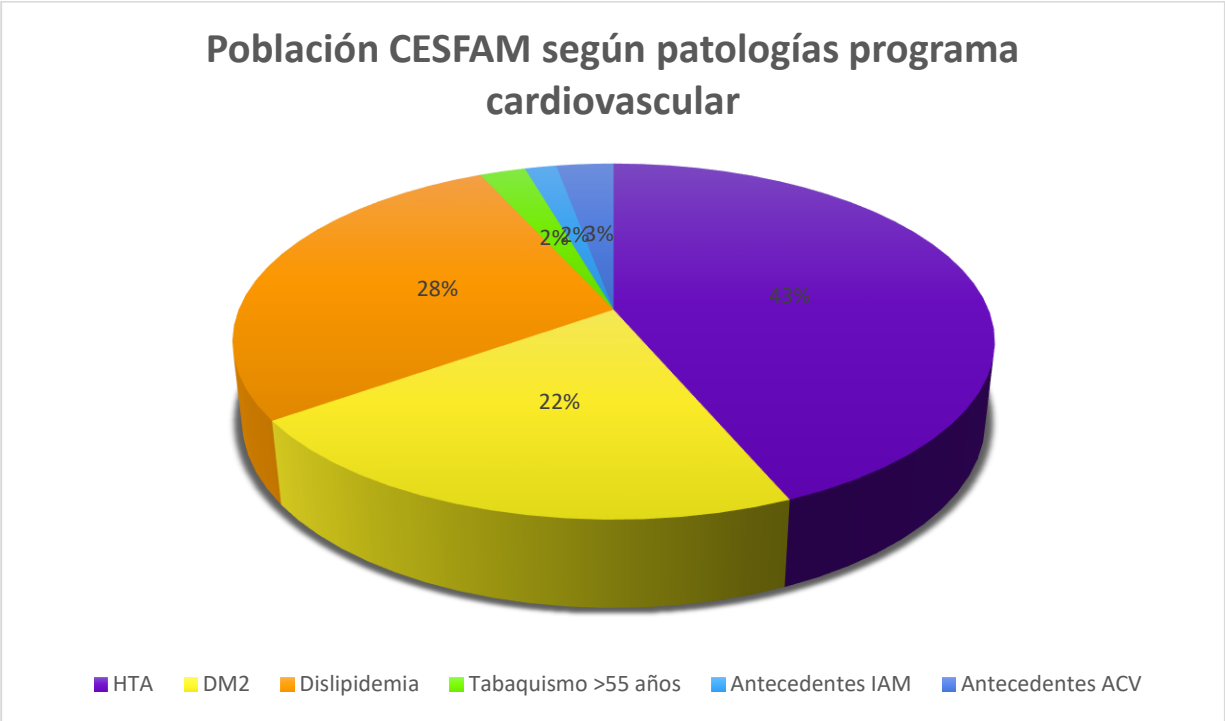
El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Este programa que se crea el año 2002 tiene a la fecha más de 2 millones de personas inscritas. Ingresan a este programa personas del sistema público de salud que tienen una o más de las siguientes patologías o factores: Antecedente de una enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, Dislipidemia y personas que fuman de 55 años y más. El hito que se considera el ingreso al PSCV es al momento de la primera consulta médica con TODOS los exámenes de ingreso (glicemia, hcto, perfil lipídico, creatinina plasmática, orina completa, electrocardiograma, RAC (en personas con DM o HTA) y HbA1c y fondo de ojo en personas con DM).

En el programa cardiovascular, hay 2366 pacientes, de ellos 1303 tienen riesgo cardiovascular alto, seguido por 606 usuarios con riesgo cardiovascular moderado y 457 usuarios con riesgo cardiovascular bajo.



Fuente REMP DIC 2019

Población CESFAM según patologías programa cardiovascular



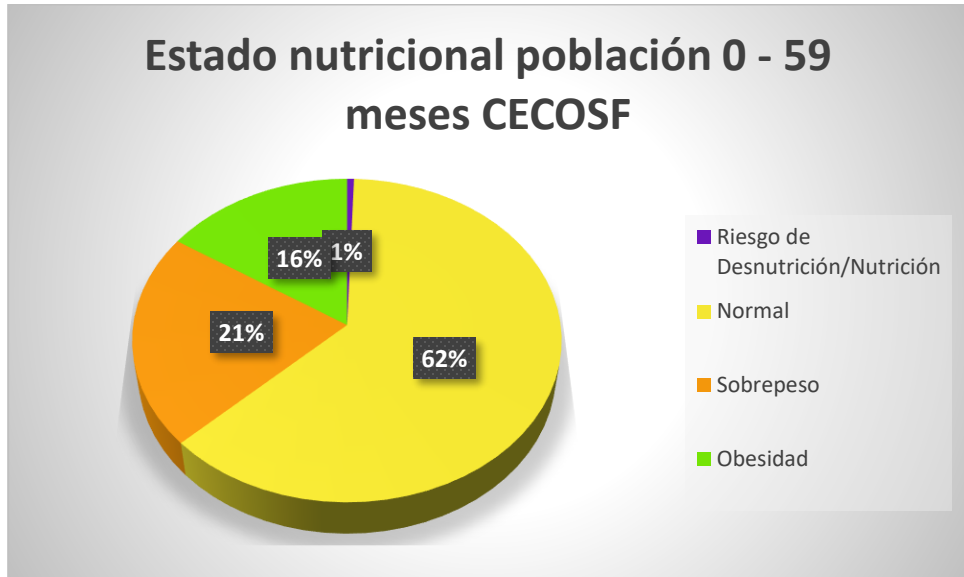
CECOSF

Infancia

Sobrepeso y obesidad

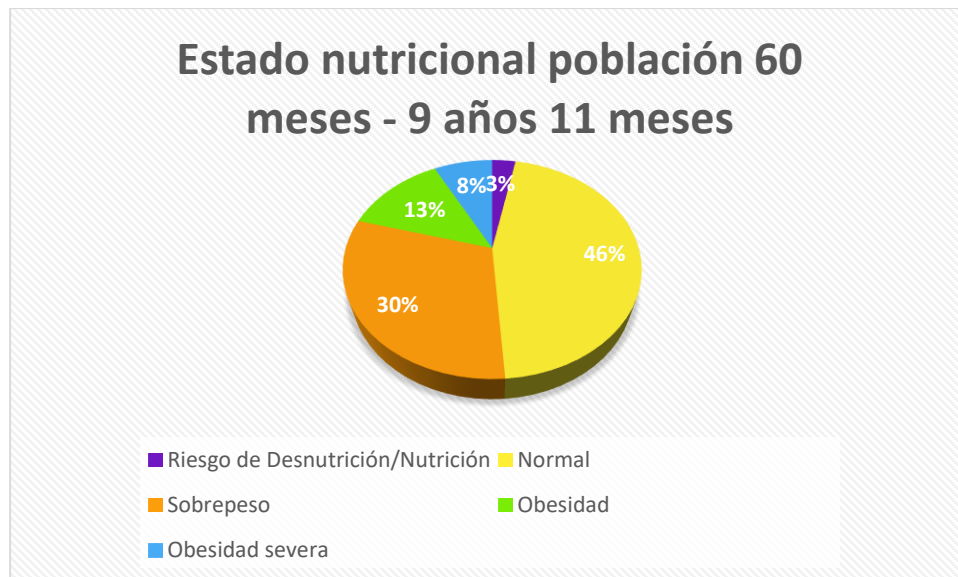
En el CECOSF Ultraestación de Pitrufrquén, hay en control 178 niños y niñas menores de 60 meses. De ellos, el 61 % tiene un peso normal, seguido por un 21% de sobrepeso y riesgo de obesidad.

Estado nutricional población 0 - 59 meses CECOSF



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

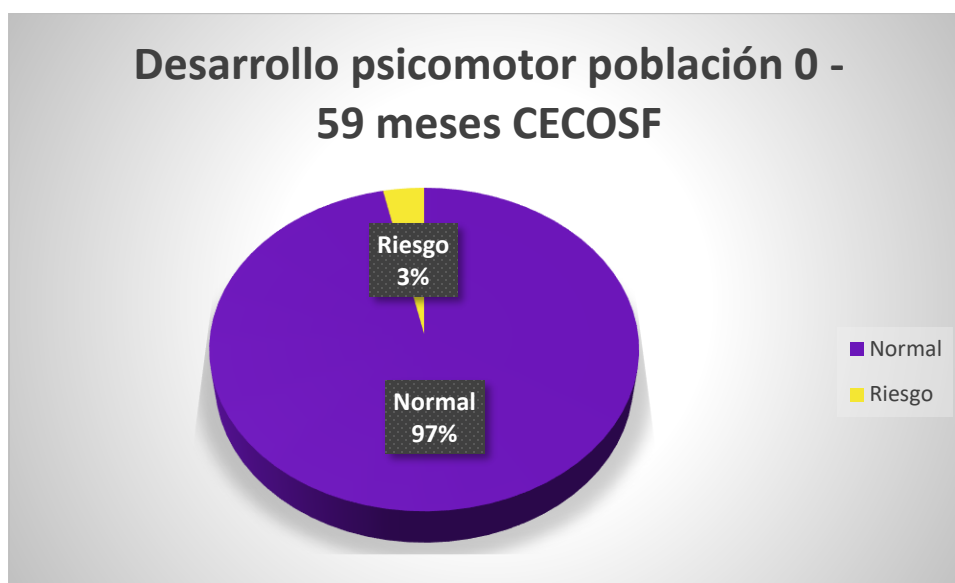
De los niños de 60 a meses a 9 años 11 meses, que corresponden a 131 niños y niñas, un 46% tiene un peso normal, seguido de un 30% de sobrepeso y un 13% de obesidad.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Desarrollo psicomotor

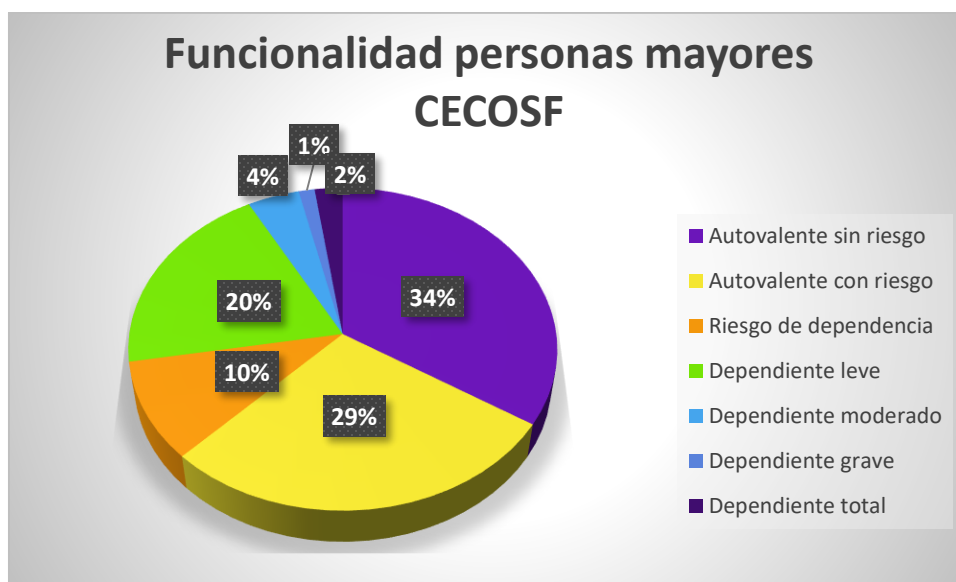
El desarrollo psicomotor, tomado por medio de la evaluación de desarrollo psicomotor (EEDP), aplicado a 178 niños de 0 a 59 meses, arroja que un 97% tiene un desarrollo psicomotor normal.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Adultos mayores

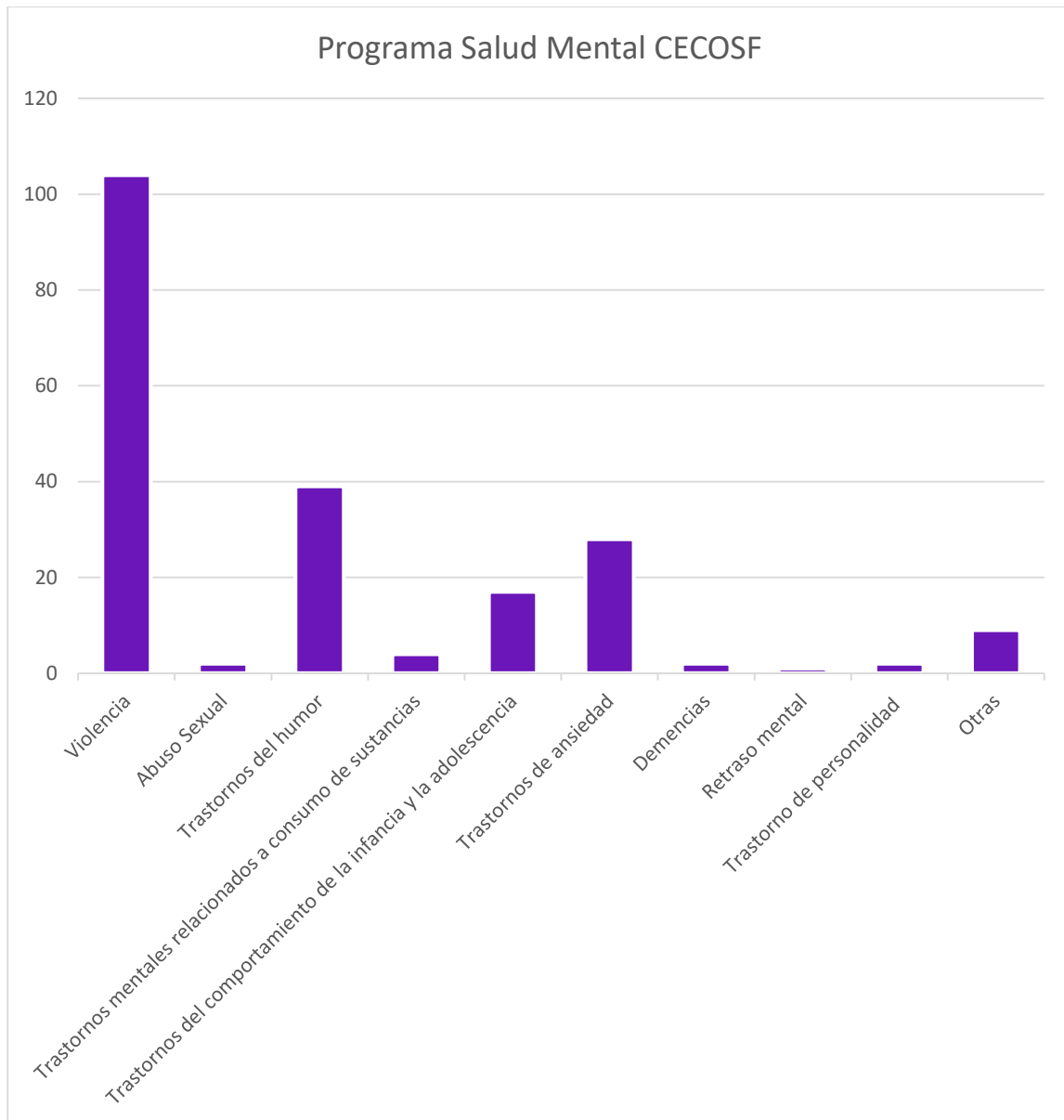
En cuanto a la población de 65 y más años, a quienes se les aplica el examen médico preventivo del adulto mayor (303 adultos mayores), un 34% es autovalente sin riesgo y otro 29% es autovalente con riesgo, llamando también la atención de un 20% de adultos mayores con dependencia leve.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Enfermedades relacionadas con la salud mental

En el programa de salud mental del CECOSF, hay registradas 104 personas. La patología con mayor prevalencia es la relacionada con la violencia (víctima) y trastornos de humor).

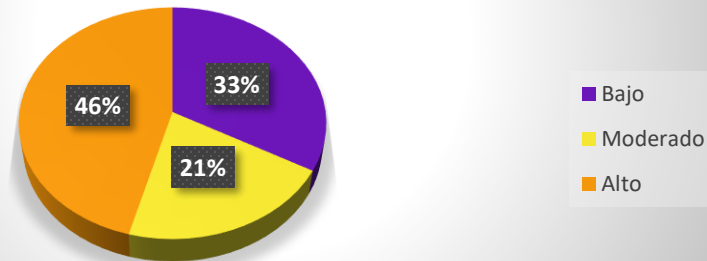


Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

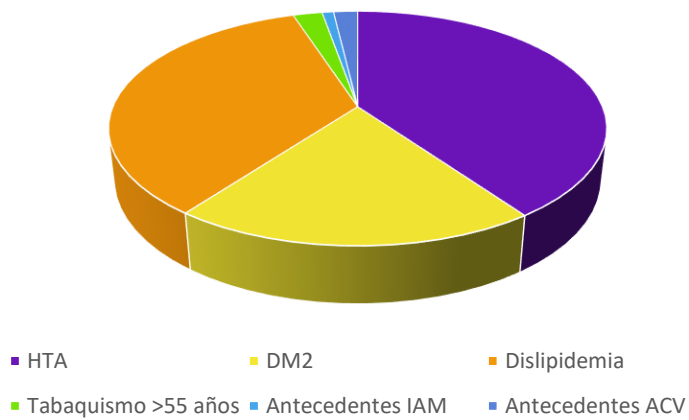
Salud Cardiovascular

En el programa cardiovascular, hay 598 pacientes, de ellos 274 tienen riesgo cardiovascular alto, seguido por 126 usuarios con riesgo cardiovascular moderado y 198 usuarios con riesgo cardiovascular bajo.

Población Programa Cardiovascular según nivel de riesgo CECOSF



Patologías programa cardiovascular CECOSF

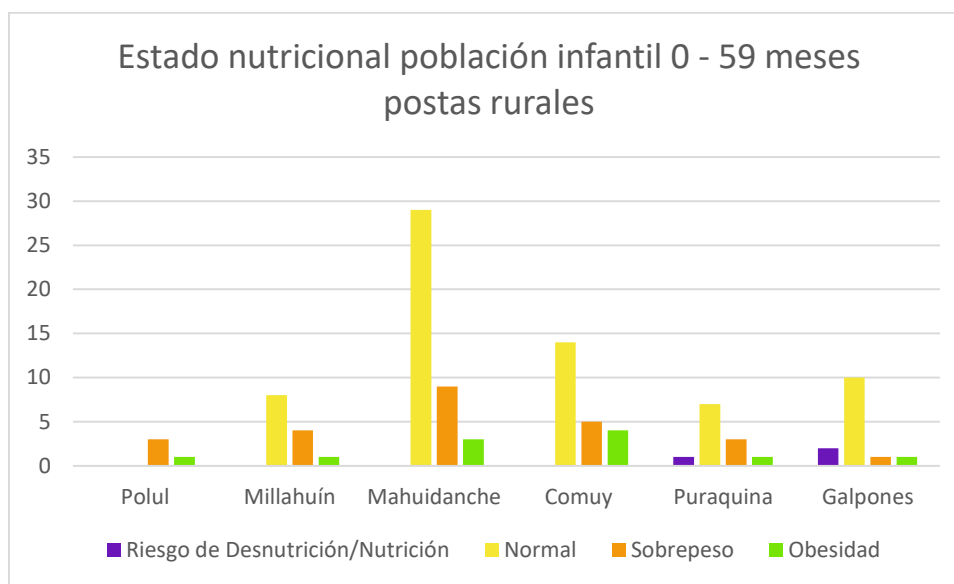


Rural

Infancia

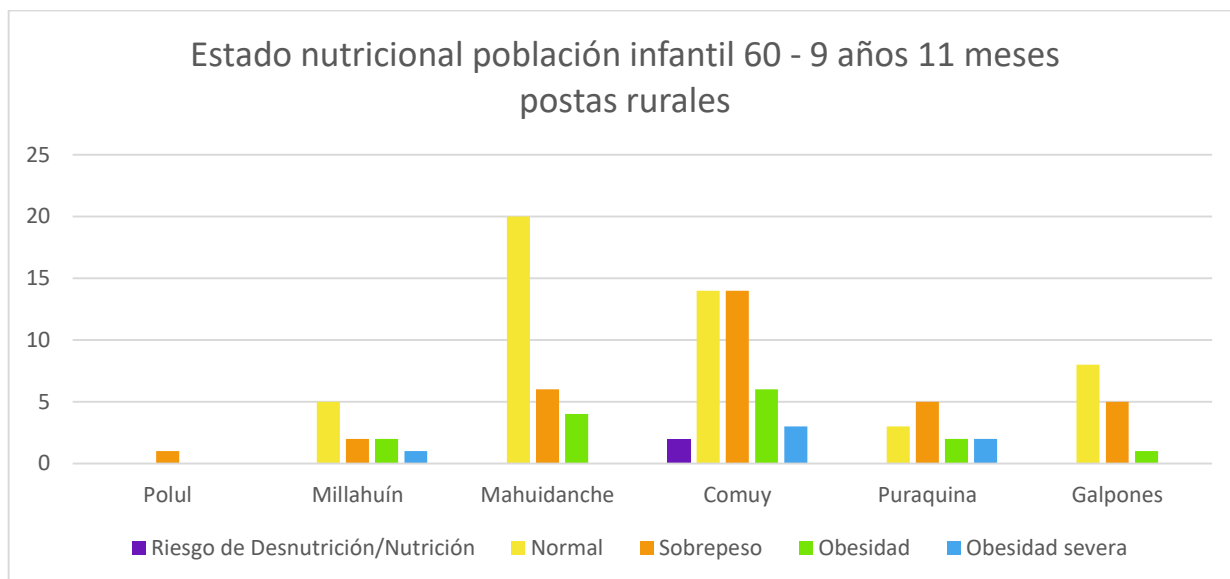
Sobrepeso y obesidad

En el total de las 6 postas de salud rural, hay en control 108 niños y niñas menores de 60 meses. De ellos, el 69 % tiene un peso normal, seguido por un 23% de sobrepeso y riesgo de obesidad. La posta que tiene una población de niños en control es Mahuidanche, por el contrario, la que tiene la menor cantidad de niños de esta edad en control es la posta de Polul con 4 niños.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

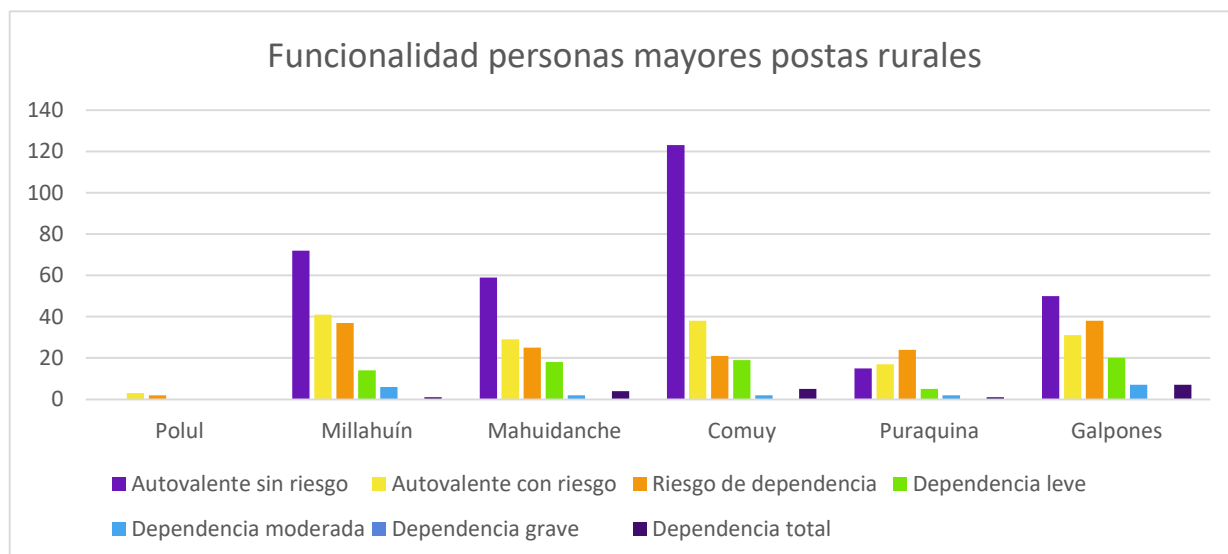
De los niños de 60 a meses a 9 años 11 meses, que corresponden a 101 niños y niñas, un 49% tiene un peso normal, seguido de un 27% de sobrepeso y un 15% de obesidad.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Adultos mayores

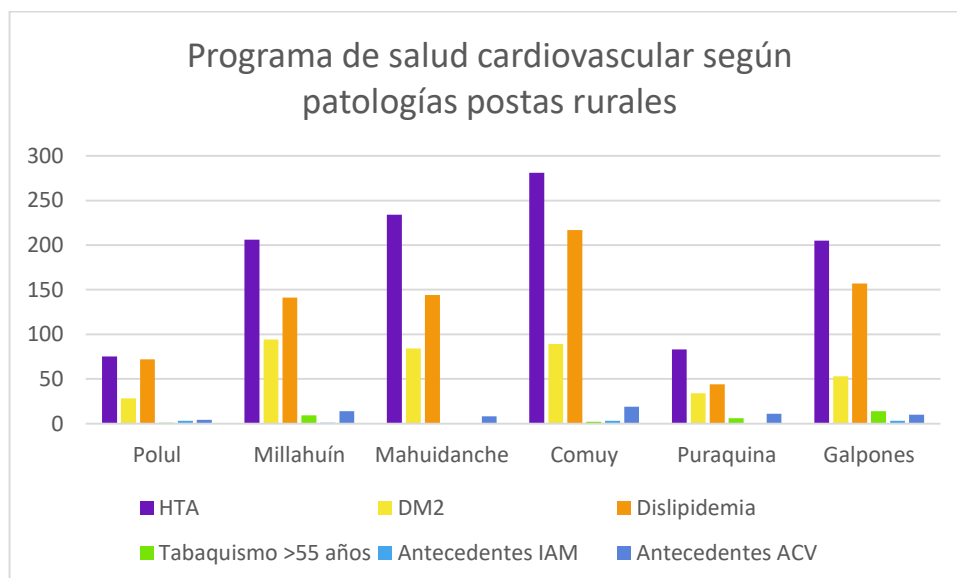
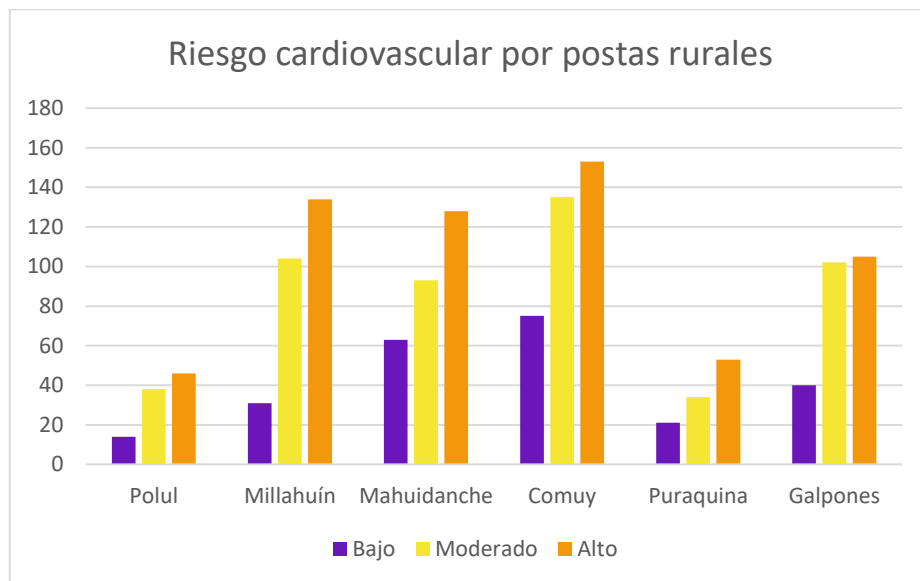
En cuanto a la población de 65 y más años, a quienes se les aplica el examen médico preventivo del adulto mayor (738 adultos mayores), un 43% es autovalente sin riesgo, un 21% es autovalente con riesgo y un 20% de riesgo de dependencia. La posta que tiene más personas mayores en control es Comuy con 208 personas en control, por el contrario, la posta de Polul, sólo tiene 5 personas mayores en control.



Fuente: SERIE P, SSAS, 2019

Salud Cardiovascular

En el programa cardiovascular, hay 1369 pacientes, de ellos 619 tienen riesgo cardiovascular alto, seguido por 504 usuarios con riesgo cardiovascular moderado y 244 usuarios con riesgo cardiovascular bajo.



Egresos hospitalarios de la comuna

Durante el año 2019, en el Hospital de Pitrufquén, establecimiento de mediana complejidad, hubo un total de 2957 hospitalizaciones por diferentes causas. La primera causa de hospitalización es relacionada al sistema digestivo. Luego vienen las enfermedades del sistema respiratorio y asociadas al sistema digestivo. Fuera del grupo de embarazo, el grupo de edad con mayor hospitalización fue el de 45 a 64 años, por enfermedades del sistema digestivo. Cabe destacar también que niños menores a 4 años y adultos mayores sobre 65 años, son el mayor grupo de hospitalización por enfermedades respiratorias.

Egresos Hospitalarios Según Edad y Causa - Establecimiento

EGRESOS	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
Total	2.957	82	81	34	20	101	867	723	675	374
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	66	5	5	1	-	-	11	13	14	17
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	163	-	-	-	-	2	33	79	34	15
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	13	-	2	-	-	-	2	4	3	2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	108	-	-	-	-	-	11	27	54	16
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	52	-	2	2	4	12	16	15	1	-
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	36	1	-	1	1	-	9	10	9	5
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	8	-	1	1	1	-	1	1	3	-
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	4	-	1	-	-	-	-	1	2	-
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	436	-	-	1	-	5	29	129	177	95
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	357	32	47	15	3	5	18	48	90	99
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	587	-	-	1	1	16	153	209	155	52
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	48	1	-	1	2	3	9	10	15	7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	23	-	-	-	-	-	5	8	8	2
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	228	5	6	-	5	2	43	82	59	26

Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	375	-	-	-	1	41	333	-	-	-
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	32	32	-	-	-	-	-	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	159	5	10	1	-	11	33	42	37	20
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	131	-	7	10	2	3	45	33	13	18
Códigos para propósitos especiales (U00-U99)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	130	1	-	-	-	1	116	11	1	-

Fuente: DEIS, MINSAL, 2019

Consultas y controles y principales causas de morbilidad

Según los datos disponibles hasta Septiembre de 2020, se ha registrado el siguiente número de consultas y controles de morbilidad y programas en dispositivos de salud municipal:

CESFAM:

TIPO DE CONSULTA	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	4698	1700	2998
IRA ALTA	21	7	14
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	0	0	0
NEUMONÍA	4	2	2
ASMA	8	2	6
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	6	4	2
OTRAS RESPIRATORIAS	77	28	49
OBSTÉTRICA	10		10
GINECOLÓGICA	4		4
GINECOLÓGICA POR INFERTILIDAD	0	0	0
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	0	0	0
VIH-SIDA	0	0	0
SALUD MENTAL	138	41	97
CARDIOVASCULAR	557	183	374
OTRAS MORBILIDADES	3873	1433	2440

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL
PRE-CONCEPCIONAL	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	9
PRENATAL	MÉDICO	41
	MATRONA /ÓN	607
POST PARTO Y POST ABORTO	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	5

PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO HASTA 10 DÍAS DE VIDA	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	73
PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO ENTRE 11 y 28 DÍAS	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	15
GINECOLÓGICO	MÉDICO	1
	MATRONA /ÓN	306
CLIMATERIO	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	5
REGULACIÓN DE FECUNDIDAD	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	672

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
DE SALUD CARDIOVASCULAR	MÉDICO	540	189	351
	ENFERMERA /O	173	61	112
	NUTRICIONISTA	394	123	271
	TÉCNICO PARAMÉDICO	0	0	0
DE TUBERCULOSIS	MÉDICO	17	9	8
	ENFERMERA /O	0	0	0
SEGUIMIENTO AUTOVALENTE CON RIESGO	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	4	0	4
SEGUIMIENTO RIESGO DEPENDENCIA	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	2	0	2
DE INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	MÉDICO	6	3	3
	ENFERMERA /O	155	72	83
	MATRONA /ÓN	0	0	0
OTROS PROBLEMAS DE SALUD	MÉDICO	339	87	252
	ENFERMERA /O	10	5	5
	MATRONA /ÓN	0	0	0
	NUTRICIONISTA	7	0	7
	TÉCNICO PARAMÉDICO	0	0	0
NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	0	0	0
	MATRONA /ÓN	0	0	0
	NUTRICIONISTA	1	0	1
	TÉCNICO PARAMÉDICO	0	0	0

CECOSF

TIPO DE CONSULTA	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	803	261	542
IRA ALTA	50	18	32
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	1	0	1
NEUMONÍA	0	0	0
ASMA	1	0	1
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	0	0	0
OTRAS RESPIRATORIAS	18	6	12
OBSTÉTRICA	4		4
GINECOLÓGICA	2		2
GINECOLÓGICA POR INFERTILIDAD	0	0	0
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	1	0	1
VIH-SIDA	0	0	0
SALUD MENTAL	37	14	23
CARDIOVASCULAR	193	59	134
OTRAS MORBILIDADES	496	164	332

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL
PRE-CONCEPCIONAL	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	4
PRENATAL	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	130
POST PARTO Y POST ABORTO	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	6
PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO HASTA 10 DÍAS DE VIDA	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	11
PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO ENTRE 11 y 28 DÍAS	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	6
GINECOLÓGICO	MÉDICO	1
	MATRONA /ÓN	152
CLIMATERIO	MÉDICO	0

	MATRONA /ÓN	0
REGULACIÓN DE FECUNDIDAD	MÉDICO	0
	MATRONA /ÓN	162

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
DE SALUD CARDIOVASCULAR	MÉDICO	140	43	97
	ENFERMERA /O	223	70	153
	NUTRICIONISTA	81	21	60
	TÉCNICO PARAMÉDICO	0	0	0
DE TUBERCULOSIS	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	0	0	0
SEGUIMIENTO AUTOVALENTE CON RIESGO	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	0	0	0
SEGUIMIENTO RIESGO DEPENDENCIA	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	0	0	0
DE INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	0	0	0
	MATRONA /ÓN	0	0	0
OTROS PROBLEMAS DE SALUD	MÉDICO	19	4	15
	ENFERMERA /O	2	0	2
	MATRONA /ÓN	0	0	0
	NUTRICIONISTA	0	0	0
	TÉCNICO PARAMÉDICO	0	0	0
NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES	MÉDICO	0	0	0
	ENFERMERA /O	0	0	0
	MATRONA /ÓN	0	0	0
	NUTRICIONISTA	0	0	0
	TÉCNICO PARAMÉDICO	0	0	0

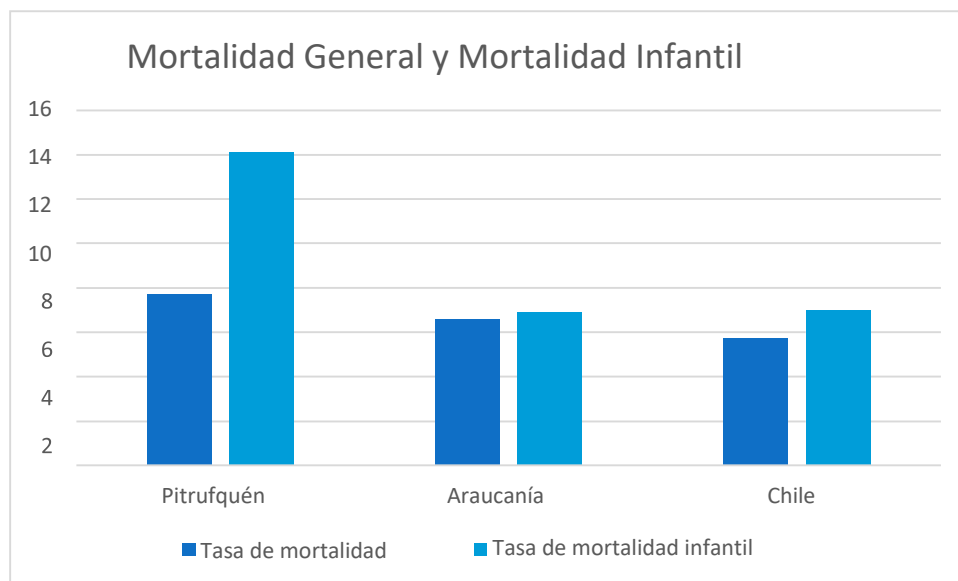
Fuente: SERIE P, SSAS, 2020

En la tabla, se puede apreciar, que en el transcurso de un año, las consultas médicas se han casi duplicado en CESFAM y aumentado en todos los centros de salud, esto debido a múltiples factores: aumento de número de personas en control, demanda de morbilidad, entre otros.

En todos los dispositivos, el principal tipo de control es por programa de salud cardiovascular.

Tasa de Mortalidad

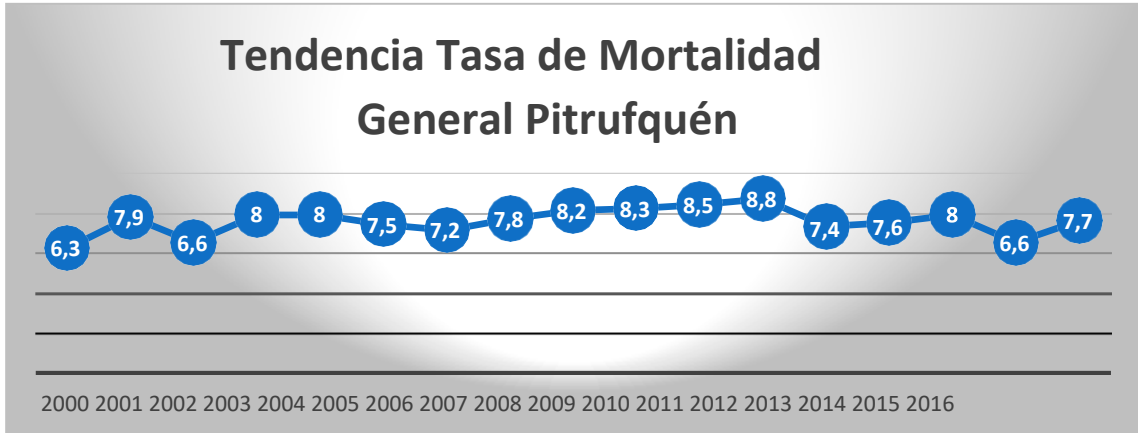
La tasa de mortalidad general de la comuna, corresponde a 7,7, siendo mayor que la de la Araucanía y la nacional. Impresiona también, comparar la tasa de mortalidad infantil comunal que es de 14,1, siendo el doble que la nacional.



Fuente: DEIS, MINSAL, 2018

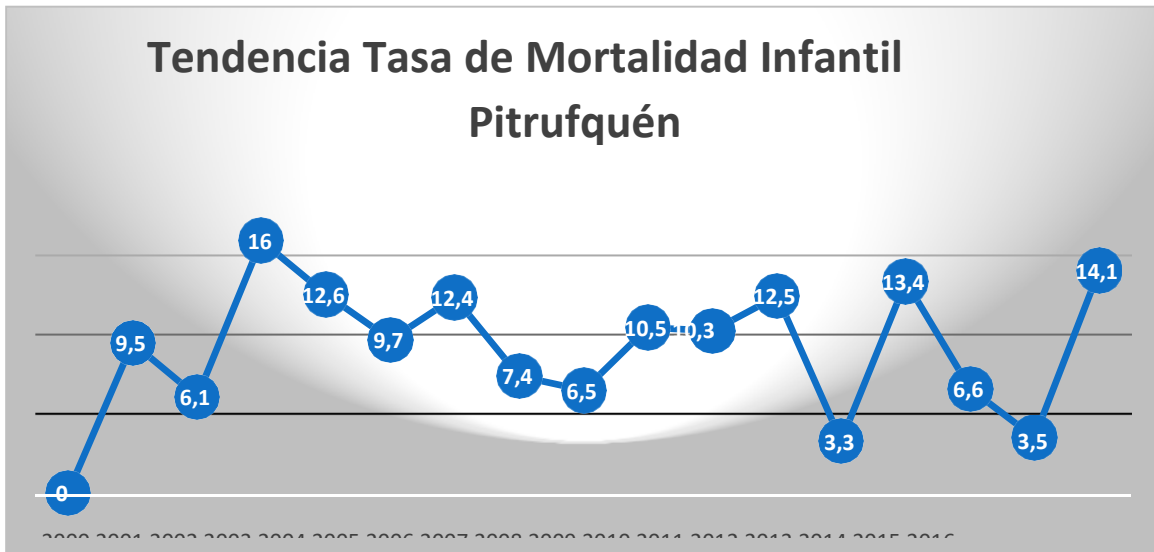
Sacando los datos del año 2016, dentro de la provincia de Cautín se ubica en el lugar número 9 con mayor tasa de mortalidad general y dentro de la novena región ocupa el lugar número 11. En cuanto a la mortalidad infantil, la comuna ocupa el cuarto lugar de mayor tasa de mortalidad infantil a nivel regional y el segundo lugar con mayor tasa de mortalidad infantil en la provincia. La tendencia de la mortalidad en la comuna ha variado de 6,3 en el año

2000 a 7,7 en el año 2016, se ha mantenido estable en el tiempo.



Fuente: CASEN, 2017

La tendencia de mortalidad infantil, si bien se muestran diferencias alarmantes entre un año y otro, no es estadísticamente significativa, ya que la diferencia porcentual y la muestra corresponde a pocos niños.



Fuente: CASEN, 2017

Mortalidad por causa

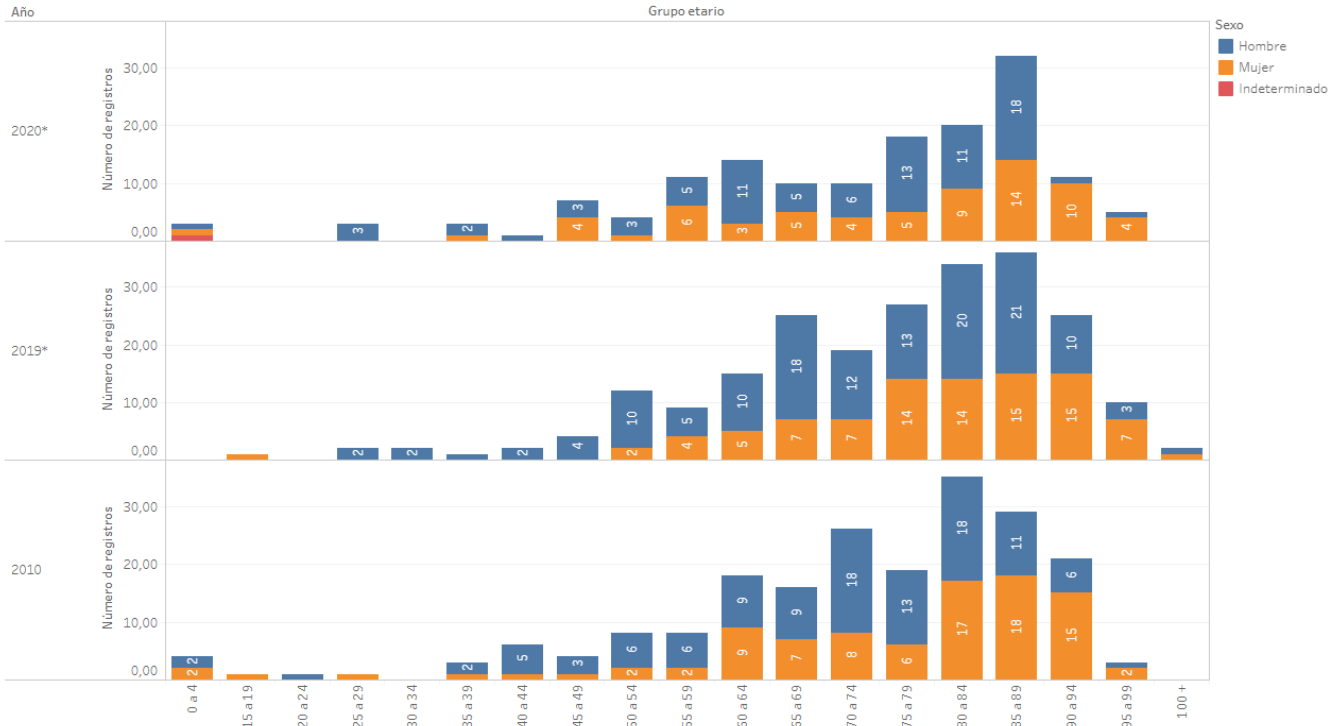
Según diagnóstico específico, la principal causa de defunciones en mujeres menores de 14 años es el Síndrome de Down con un 11% de los decesos; en hombres corresponden a los Traumatismos Intracraneal y los Efectos de otras Causas Externas con un 10% de los decesos respectivamente. En mujeres de 15 a 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

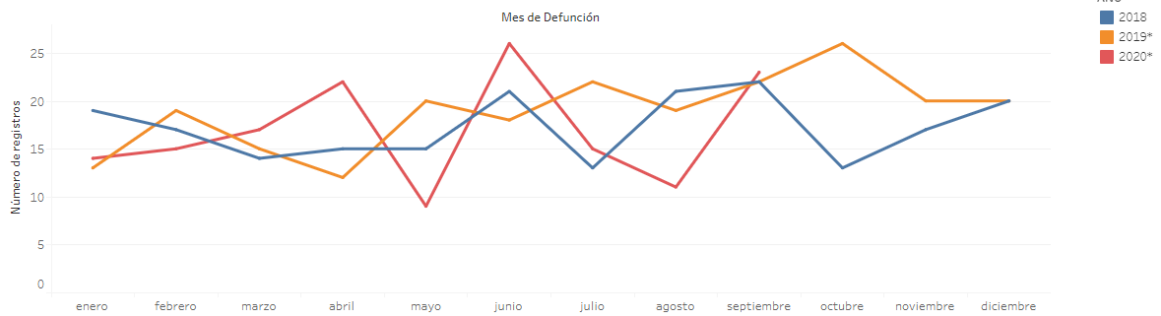
Grupos de Edad	Defunciones según Diagnóstico Específico, Pitrufquén 2000 - 2009						Total General
	Mujer		Hombre				
	Nº	%	Nº	%			
(1) 0 a 14 años	Síndrome de Down	2	11%	Traumatismo intracraneal	3	10%	
	Otras malformaciones congénitas del sistema urinario	1	5%	Efectos de otras causas externas	3	10%	
	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%	48
(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%	143
(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%	314
(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%	1241
Total General	760		Total General	986		1.746	

Fuente: DEIS, MINSAL. 2009

Fecha de actualización de datos: 06 de octubre 2020

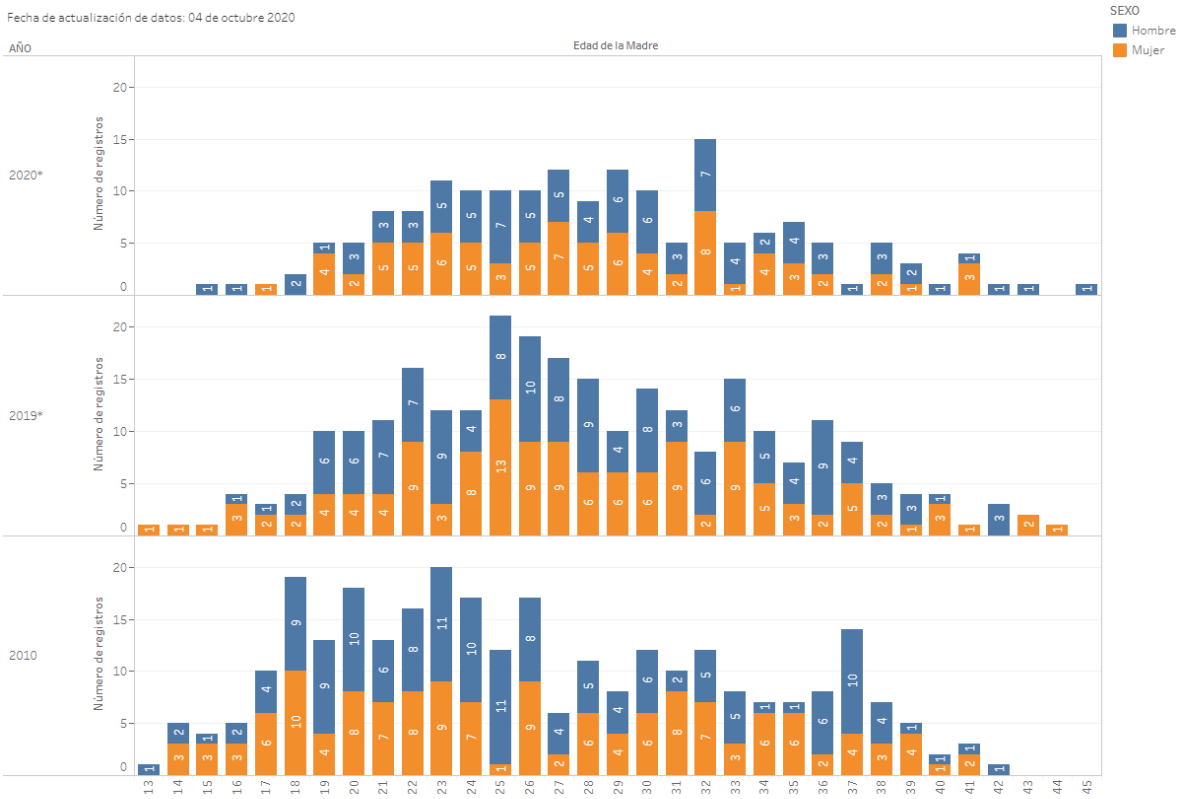


Fecha de actualización de datos: 06 de octubre 2020



Defunciones según mes y año de la defunción en la región De La Araucanía y comuna de Pitrufquén

AÑO	F	Total gene..	Mes de Defunción													
			enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre		
2020*		152	14	15	17	22	9	26	15	11	23					
2019*		226	13	19	15	12	20	18	22	19	22	26	20	20		
2018		207	19	17	14	15	15	21	13	21	22	13	17	20		



Nacimientos vivos inscritos según sexo y edad de la madre y año de nacimiento

COMPONENTE EPIDEMIOLÓGICO CONTEXTO COVID

Desde el mes de Marzo, a raíz de la declaración de la OMS del COVID-19 como PANDEMIA y de la toma de medidas sanitarias a nivel municipal y ministerial, es que se han debido buscar todos los canales de comunicación para poder llegar a la comunidad, con el fin de poder informar, orientar y educar.

Uno de los medios que más se ha visto fortalecido es el uso de Facebook, medio por el cual se ha estado en continuo contacto con gente, entregando variada e importante información.

Por Ejemplo, fue uno de los medios más usados para difundir la campaña de vacunación contra la influenza, la que con ayuda de la comunidad, se pudo hacer en las distintas sedes sociales.


Municipalidad de Pitrufquén
INFORMA


Se hace el llamado a los **adultos mayores, enfermos crónicos y embarazadas a no concurrir a los centros de salud** de la comuna para vacunarse contra la influenza. La municipalidad dispondrá de equipos de salud que vacunen en domicilio
Enfermos crónicos no deben ir a retirar medicamentos a los centros de salud municipales. En esta ocasión los fármacos serán entregados a domicilio
El llamado es a NO concurrir a establecimientos de salud durante estos días a menos que sea estrictamente necesario.

LA MUNICIPALIDAD DE PITRUFQUÉN REITERA EL LLAMADO A SEGUIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL CORANOVIRUS:

- Lavado de manos con agua y jabón
- Al toser o estornudar cubrirse con el antebrazo
- No concurrir a lugares con aglomeraciones de personas
- En lo posible permanecer en sus domicilios
- En caso de **NO** contar con agua y jabón, utilizar alcohol gel
- Evitar el contacto físico (saludo de mano, besos, contacto corporal)
- Mantener a una distancia igual o superior a un metro de otras personas.




Todas estas medidas buscan evitar la propagación del virus a nuestros vecinos, por eso el llamado de la municipalidad de Pitrufquén es a seguir estas recomendaciones los próximos días





LA VACUNA ES GRATUITA


en centros de salud públicos y vacunatorios privados en convenio de todo el país, para:

-  **Personas mayores de 65 y más años**
-  **Todas las embarazadas**
-  **Niños y niñas desde los 6 meses y hasta 5º básico**
-  **Enfermos crónicos entre 11 y 64 años**

VACÚNATE AHORA


CONTRA LA INFLUENZA

LAS POSIBILIDADES DE CONTAGIARTE SON MÁS DE LAS QUE CREES



LUMEASALUD RESPONDE

600-360-7777




INFORMA

Calendario de vacunación escolar Domiciliaria

17 DE ABRIL

PIRACHILLOS	MICHOMALONCO
BERNABÉ ROSSIGNOL	VALERIA VALCERRERA
BERNABÉ D'ARCONO	ANDRÉS BELLO
CRISTOBAL COLÓN	LIBERTAD
LOS CONDADOSEÑOS	RODRIGO JACINTO
LA REPUBLICA	GUARDELA HERNANDEZ
SUN ESMERALDA	LA CAMPESINA
BARRERA PARRIS	JUAN PABLO
LIMPERCURI	JUANITA AGUIRRE




INFORMA

Calendario de vacunación escolar Domiciliaria

20 DE ABRIL

SANJO COCHABAMBA	LAGO CONCHALES	ESTEREO CHINGA
INSALIE DRAMA	LAGO CONCHALES	ESTEREO MARIN
CALABARRAS VIVEROS	EMPERALBA	ESTEREO PISAL
ANABEL PRATO	CALLEJÓN SALVO	ESTEREO CONCINBA
18 DE SEPTIEMBRE	ISABEL NEUMAN	ESTEREO PITRUFQUÉN
DOMINGO SAMBOURDO	COLOMBIA FUENTES	LACONCHA VELDE
INDEPENDENCIA	(CELEBRACIÓN BOMBEROS)	LA CONCEPCIÓN
LAGO CALAFUQUÉN	JUAN NORABALBUENA	SAN HERCULES
LAGO COLUJO	JUAN ENRIQUE	DAVID SALVO
LAGO VILLARICA	PIÑAL 6	BAQUEDANO
LUNA BLANCA	PIÑAL 8	




INFORMA

Calendario de vacunación escolar Domiciliaria

27 DE ABRIL

LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ




INFORMA

Calendario de vacunación escolar Domiciliaria

27 DE ABRIL

LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ



INFORMA

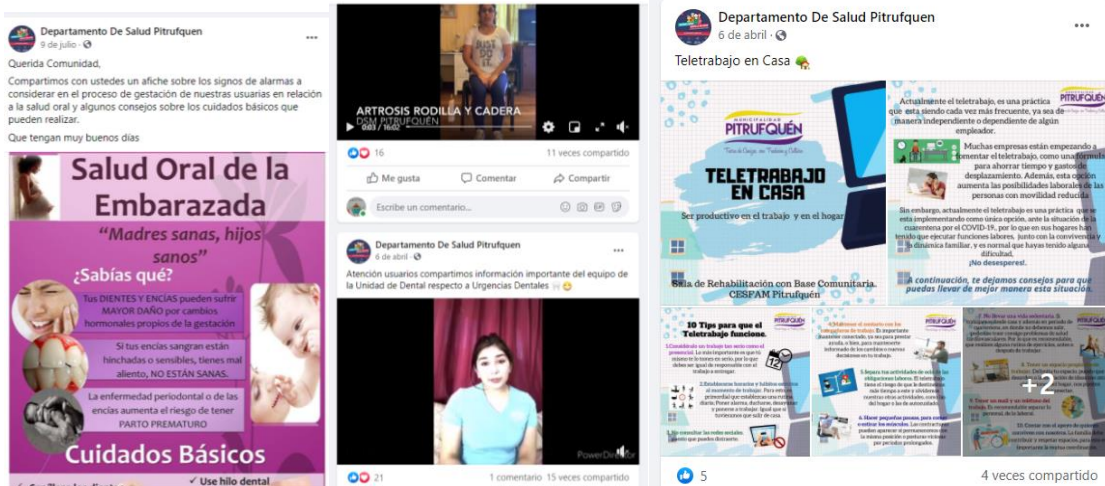
Calendario de vacunación escolar Domiciliaria

27 DE ABRIL

LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ
LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ	LA PAZ

23   30 comentarios 45 veces compartido

También, se difundieron distintos videos y capsulas educativas, compartidos. También por la Municipalidad.



Continuamente se ha ido entregando reporte de casos, tanto de cobertura de vacunación como de Covid-19



Se ha compartido con la comunidad parte del quehacer, como las educaciones a centros y entrega de medicamentos a domicilio.



El CECOSF Ultraestación, también dentro de su labor promocional y preventiva, ha llamado a la comunidad a participar de concursos de dibujos.

Concurso de TikTok

Invitamos a **todos y todas** los niños y niñas, adolescentes desde los **14 hasta los 18 años** a participar del **Primer concurso de TIK-TOK**, solo debes **crear un video** que tenga relación con las **siguientes temáticas**:

- Covid19
- Cuarentena
- Salud
- Medidas preventivas

Deben enviar sus videos al messenger del Departamento de Salud Municipal

@DepartamentoDeSaludPitrufrquen
O vía Whatsapp al **+56452757657**

PLAZO HASTA EL 21 DE AGOSTO
PREMIOS SORPRESA

Uno de los medios que más auge ha tenido que ha servido para complementar la atención no presencial y los distintos servicios prestados por el Departamento de Salud, es

WhatsApp, por medio de su herramienta whatsapp business, anexando los teléfonos fijos a los celulares de los funcionarios, así de esa manera, no se pierde la privacidad de los números y se pueden mantener una conexión en horario laboral. Uno de los servicios que más demanda ha recibido por whatsapp en Farmacia. De esta forma, si bien se mantiene una distancia física, no se pierde el contacto entre los profesionales y las familias.



Nueva forma de comunicación con profesionales de nuestro CESFAM

Envía un WhatsApp al número del profesional y se comunicarán contigo. *Sólo WhatsApp no funciona como llamada telefónica.*

Equipo Sector Amarillo

 Enfermera Jessica Montiel +56 452757633	 Nutricionista Wiviana Arroyo +56 452757631
 Matrona Karín Levat +56 452757613	 Enfermera Eliana Setien +56 452757665
 Asistente Social Erika Ulloa +56 452757627	

Los mensajes serán contestados en horario laboral, de Lunes a Viernes de 8 a 17 hrs. Se podrán resolver consultas por WhatsApp y hacer controles por medio de videollamada en caso necesario.



CESFAM PITRUFQUÉN informa

WhatsApp para solicitar medicamentos a domicilio:

 **+56 452757616**

Importante: Recuerde enviar su mensaje **con antelación**, entregar una dirección actualizada y considerar un plazo de entrega de aprox. 5 días hábiles.




#PitrufquénCuida. Cuidemos entre todos.



Nueva forma de comunicación con profesionales de nuestro CESFAM

Envía un WhatsApp al número del profesional y se comunicarán contigo. *Sólo WhatsApp no funciona como llamada telefónica.*

Equipo Sector Azul

 Matrona Leidy Inostroza +56 452757622	 Asistente Social Nadine Neira +56 452757610
 Nutricionista Camila Candia +56 452757629	

Los mensajes serán contestados en horario laboral, de Lunes a Viernes de 8 a 17 hrs. Se podrán resolver consultas por WhatsApp y hacer controles por medio de videollamada en caso necesario.



Nueva forma de comunicación con profesionales de nuestro CESFAM

Envía un WhatsApp al número del profesional y se comunicarán contigo. *Sólo WhatsApp no funciona como llamada telefónica.*

Equipo Transversal

 Kinesióloga Sala IRA Carla Moreno +56 452757607	 Kinesióloga Sala ERA Juanita Navarrete +56 452757606
 Kinesióloga Rehabilitación Andrea Molina +56 452757669	 Terapeuta Ocupacional Mishelle Jacho +56 452757672
 TENS Vacunatorio Cristian Chávez +56 452757609	

Los mensajes serán contestados en horario laboral, de Lunes a Viernes de 8 a 17 hrs. Se podrán resolver consultas por WhatsApp y hacer controles por medio de videollamada en caso necesario.



CECOSF ULTRAESTACIÓN
INFORMA

Es importante que mantenga sus datos como dirección y teléfono actualizados, de esta manera el proceso de despacho de medicamentos y productos alimentarios será más eficiente.

Llama al:

452757656

Y entrega tus datos como dirección y teléfono actualizados.

Se responderán llamados de **Lunes a Jueves de 8 a 16:30 hrs** y **Viernes de 8 a 16:30 hrs.**




#PitrufquénCuida. Cuidemos entre todos.

El equipo de salud mental, también ha logrado mantener la conexión con sus usuarios con un número único, el que se van turnando entre el equipo de psicólogos y trabajadores sociales, para cubrir la demanda espontánea. Lo mismo ocurre para el equipo de Salud dental.



Atención de Salud Mental

¿Te sientes ansioso/a, angustiado/a o deprimido/a?



Envía un WhatsApp o llama al +569 42085079 y te ayudaremos!

Equipo Salud Mental- CESFAM Pitrufquén



Nueva forma de estar conectados con el equipo dental

Escribenos por **WhatsApp** para resolver tus dudas y consultas sobre tu salud bucal y así evita acercarte al CESFAM si no es estrictamente necesario.

+56 9 7939 1762

*Solo mensajes, no habilitado para llamadas.

Todos los mensajes serán contestados por uno de nuestros dentistas en horario laboral, de Lunes a Viernes de 08:00 a 17:00 horas.

Acude al CESFAM solo si:

Presentas una **UGENCIA IMPOSTERGABLE**, la cual produzca dolor que no cesa, genera infección o no te permite comer, para ser evaluado por un dentista y entregar medicamentos en caso de ser necesario.




**SALA DE REHABILITACIÓN CON BASE COMUNITARIA
CESFAM PITRUQUÉN**

Desde el 1 de Julio, el CESFAM de Pitrufquén cuenta con un nuevo equipo de Rehabilitación, añadiéndose a las profesionales ya existentes, una nueva kinesióloga y terapeuta ocupacional a la Sala de Rehabilitación con Base Comunitaria.

Cartera de Servicios de la Sala RBC:

- Atención Kinésica en modalidad Telerehabilitación y Visita Domiciliaria (con indicación médica)
- Atención de Terapia Ocupacional en modalidad Telerehabilitación y Visita Domiciliaria (con indicación médica o derivación del equipo)
- Evaluación y Entrega de Ayudas Técnicas
- Proceso de Calificación de Registro de Discapacidad
- Consejería Individual y Familiar
- Orientación a Grupos Comunitarios

*SE PRIORIZAN CASOS AGUDOS, SEGÚN CONTINGENCIA

Contacto
Kinesiología +56452757669
Terapia Ocupacional +56452757672

PROTOCOLO DE APERTURA Y COMGES CECOSF:

La contingencia por COVID, nos ha planteado un desafío de adaptar nuestros recursos en beneficio y seguridad de nuestros usuarios, es por esto que el establecimiento CECOSF Ultraestación ha implementado un protocolo que permita crear un flujo en las atenciones

presenciales, manteniendo las medidas de prevención impartidas por la autoridad sanitaria con el fin de brindar una atención sin riesgos tanto para el usuario como el funcionario que presta la atención. Para ello se calculó la capacidad de aforo de las dependencias que se utilizarán, tanto de salas de espera como de box de atenciones; además se identificaron las atenciones que se realizarán y el proceso de agendamiento de las horas, destacando en todo el proceso la importancia del cumplimiento de las precauciones estándar y de prevención de IAAS.

Atenciones presenciales:

Las Atenciones presenciales que se realizarán en el CECOSF:

- Procedimientos de Enfermería:
- Toma de muestras: Sangre y Orina.
- Curaciones simples.
- Tratamiento intramuscular y subcutáneo.
- Atención de Matronas:
- Control Prenatal
- Inserción de implante anticonceptivo.
- PAP.

Atención Trabajadora Social:

- Informes sociales impostergables.
- Informes para pensión de sobrevivencia.
- Inscripción Percápita y certificación previsional.
- Consulta espontanea

Atención de Kinesiólogo

- Terapia de Rehabilitación

Atención Nutricionista.

- Control Nutricional Prenatal

Atención en Procedimientos:

La toma de muestra solo se les realizará a gestantes con coordinación previa por matrona, con una capacidad de 3 cupos mensuales, variando según el número de ingresos.

Las curaciones realizadas en el CECOSF son derivadas por urgencias, derivadas por médico del establecimiento o solicitadas por los usuarios de manera presencial.

Los tratamientos inyectables de anticonceptivo se atenderán por demanda espontánea, debiendo la usuaria esperar su turno para ingreso, de acuerdo a capacidad de aforo de sala de espera.

Atención Matrona

La atención se realizara a 1 persona, con mascarilla sin síntomas respiratorios y sin acompañantes.

Los PAP se agendaran de acuerdo a revisión de tarjeteros y solicitud espontanea vía telefónica.

Atención Kinesiólogo

Se realiza La atención se realizara a 1 persona, con mascarilla sin síntomas respiratorios y sin acompañantes.

Pacientes en terapia de rehabilitación.

Atención Nutricionista:

Se realiza La atención se realizara a 1 persona, con mascarilla sin síntomas respiratorios y sin acompañantes.

Gestantes.

6.2 Proceso de agendamiento de horas

Las horas se solicitan de la siguiente manera

Remota: Teléfono o WhatsApp Business: Usuario gestionara la hora a través de teléfono en la unidad de SOME, quién agenda e informa al usuario el día de su atención, al finalizar la atención el funcionario solicitara agendamiento a Some de próxima hora y retirara alimentos o medicamentos según corresponda.

Salud Rural

El equipo rural del departamento de salud municipal tiene como finalidad velar por el acceso universal a las prestaciones otorgadas por la salud pública, para todos los habitantes del sector rural de la comuna de Pitrufquen, con enfoque de salud familiar.

La atención que brinda el equipo es promover los estilos de vida saludable con enfoque multicultural y de acuerdo a la realidad socioeconómica de la población.

Se proyecta avanzar y crecer junto con la comuna cumpliendo con las necesidades y requerimientos de los usuarios, manifestando el dinamismo necesario acorde a los estándares expuestos por el Servicio de Salud Araucania Sur, consolidándose como un organismo de calidad, brindando una atención de salud integral, oportuna, resolutiva y alta calidad a nivel familiar y comunitario. Dando acogida a la mejora continua del modelo de salud familiar con enfoque multicultural.

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.

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, 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
- Equidad de genero
- Pertinencia cultural

Los establecimientos de salud rural de la comuna comprende las Postas de:

Establecimiento Salud Rural	EMR
Posta Galpones	Filoco
Posta Comuy	Quinque
Posta Mahuidanche	Cascada y Reserva Rain
Posta Millahuin	Mune y Carilafquen
Posta Puraquina	-----
Posta Polul	-----

Durante el año 2020 y desde el inicio de la pandemia las atenciones directas en posta fueron modificadas, ya que a nivel nacional se decreto Estado de excepción constitucional de catástrofe vigente en Chile desde el pasado 18 de marzo. Donde se publicó el Decreto número 104 dictado por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública que declaró estado de excepción constitucional de catástrofe, por calamidad pública, en el territorio de Chile. Desde esa fecha como entidades de Salud y según las orientaciones del servicio de salud las postas suspendieron sus atenciones dando paso a la entrega de medicamentos y alimentos respetando el calendario de ronda anual.

A medida que ha ido avanzando el periodo de pandemia se dispuso a realizar visita domiciliaria por el equipo de cabecera para evitar exponer a los usuarios al contagio.

A continuación se detallaran la forma de trabajo en las postas en motivo de pandemia.

- Postas rurales funcionando con Técnico en enfermería nivel superior.-
- Las atenciones de matrona corresponden a: Control y ingreso prenatal en posta , toma de PAP, control diada, todas atenciones en forma diferida y programada.-
- Área Médica, los profesionales se encuentran realizando controles en posta y domicilio, con las medidas de seguridad que corresponda.
- Área psicológica comprende las atenciones en domicilio y en posta según necesidad realizando ingreso y controles de salud mental
- Control con profesional Nutricionista a realizar: Control niño sano 3 y 5 meses, Crónicos PSCV en pacientes diabéticos con hba1c mayor o igual a 9% e HTA con cifras mayores 160/90,DLP según clasificación de riesgo alto; estos pueden ser en domicilio o presencial en posta según estrategia.
- Exámenes de rutina seguirán siendo realizados según necesidad en nuestras postas o domicilio, salvo PTGO y pruebas de resistencia insulínica las cuales deben ser enviados al hospital.
- El estamento enfermería realizará las actividades siguientes :Control infantil y vacunación 2, 4 y 6 meses en domicilio, Vacunación escolar desde septiembre, curaciones avanzadas y según necesidad de los usuarios.-

- La atención podológica será de preferencia pacientes diabéticos y uñas encarnadas
- Las atenciones kinesiológicas serán según demanda y necesidad de atención, en coordinación con equipo y Tens, además de pacientes derivados por hospital en programa ACV.
- Con respecto a las atenciones sociales esta se realizará según demanda de cada posta en las visitas del equipo.

Componente Participativo

Diagnóstico Participativo CESFAM

El trabajo de diagnóstico participativo del año 2019 del CESFAM de Pitrufrquén se realizó en 3 etapas, de manera de poder obtener datos confiables y válidos. Se utilizaron diferentes técnicas, todas basadas en la investigación acción participativa (IAP). El método de la investigación-acción participación (IAP) combina dos procesos, el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población cuya realidad se aborda. Al igual que otros enfoques participativos la IAP proporciona a las comunidades y a las agencias de desarrollo un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permite planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. Es un proceso que combina la teoría y la praxis, y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la población sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes sociales, su movilización colectiva y su acción transformadora.

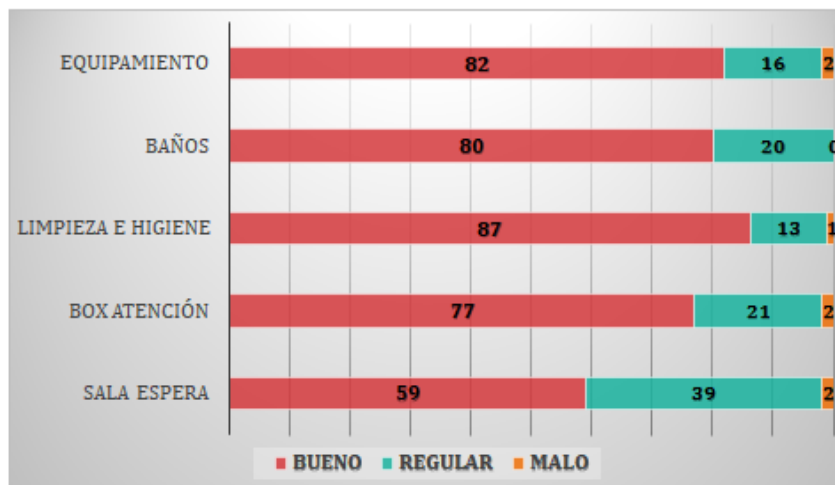
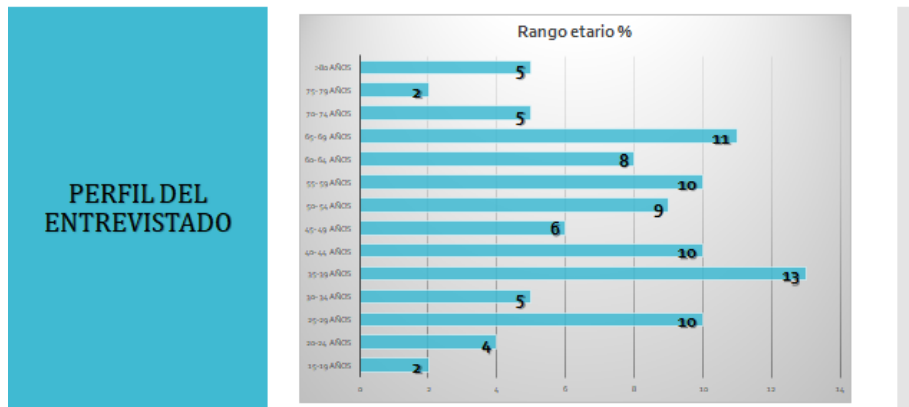
Diagnóstico Participativo 2019 CECOSF Ultraestación

La incorporación a la red de los Centros Comunitarios de Salud Familiar CECOSF constituye una clara señal de mejora; los Centros Comunitarios de Salud Familiar son dispositivos insertos desde el propio territorio, que trabajan con poblaciones acotadas con un equipo de cabecera de carácter interdisciplinario y que tienen como propósito mantener la salud de la población, mediante acciones básicamente preventivas y promocionales orientadas desde la integralidad, continuidad de los cuidados, centrados en las personas y su contexto ecológico.

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO:

Tiene como finalidad dar a conocer las problemáticas asociadas a Salud que presentan las familias inscritas en el Centro Comunitario de Salud Familiar CECOSF, dando así cumplimiento a las exigencias y metas propuestas por el Convenio Programa de Ejecución de Centros Comunitarios de Salud Familiar, y además permitirá dar a conocer a la comunidad dicho Diagnóstico, para de esta forma proponer posibles soluciones y/o mejoramiento en las problemáticas de salud detectadas. Las herramientas que se utilizarán para conseguir recopilar la información serán a través del análisis estadístico descriptivo de la base de datos de cada una de las familias que posee ficha en el CECOSF, entrevistas con Profesionales, Técnicos, y Personal de Apoyo que se desempeña en el CECOSF Ultraestación de la comuna de Pitrufquén.

Encuesta satisfacción usuaria:



En relación tanto al diagnóstico participativo como a la encuesta usuaria aplicada durante el periodo 2019, refleja la constante preocupación de la comunidad/ paciente en contar con una sala de espera más amplia, puesto que es una necesidad sentida por los propios pacientes, por otro lado a la contingencia que se vive actualmente a raíz del Covid19, esta infraestructura física no reúne los requerimientos o condiciones para mantener una cantidad mayor a 2 pacientes en sala de espera, esto dado en relación al cumplimiento de las medidas sanitarias preventivas.

COMPONENTE INTERSECTORIAL

En el marco de la actual crisis sanitaria que afecta al País, contingencia del Covid 19, las actividades del Intersector se han inclinado por la vía remota/conectividad, cada una de las temáticas abordadas previamente fueron analizadas entre el equipo de salud y la importancia para la comunidad.

Estas temáticas abordadas en **“Salud e Intersector en Tiempos de Covid19”**, fueron las siguientes:

- Covid 19, Protocolos y Detección de casos, 25 de junio 2020.
- Situaciones de Crisis en Población Infanto Juvenil, 02 de Julio 2020.
- ¿Cómo viven las Personas Mayores el Covid 19?, 16 de Julio del 2020.
- Ayudas Sociales en Contexto de Covid19, 30 de Julio del 2020.
- Mujer rol en pandemia, 06 Agosto del 2020
- Desigualdad histórica y contexto covid-19, 20 Agosto del 2020

ACTIVIDADES CECOSF 2020

Debido a la contingencia que vive el país se suspendieron las actividades programadas para el año en curso ante ello se optó por la modalidad online para mantener activa la participación de la comunidad.

- Escuela de veranos niños, niñas en el mes de Enero del 2020. Actividad destinada a los niños usuarios del CECOSF con la finalidad de potenciar las relaciones y comunicación con nuestros usuarios.

- Concurso de dibujo “junto le ganaremos al corona virus” -06 de Mayo del 2020 actividad destinada a niños de 05 hasta 13 años instancia donde pueden plasmar su visión de cómo ellos enfrentan el covid-19
- Concurso de actividad física, realizado en tiempos de Pandemia, durante el año 2020.
- Concurso plasma tu dibujo en tu ventana “arte en tu casa” dirigido a niños, niñas de 04 a 14 años. Actividad que tiene como fin que los niños puedan desarrollar su creatividad desde sus domicilios con materiales fáciles de obtener.
- Concurso de Tik-Tok contra el Coronavirus, dirigidos a niños, niñas, adolescente desde 14 a 18 años en temáticas de Covid19, Cuarentena, Salud y Medidas Preventivas utilizando la red social más usada por los adolescentes en el marco de la pandemia.

ACTIVIDADES SECTOR SALUD.

TEMATICA	FECHA	MODALIDAD	MEDIO VERIFICADOR
EMPA	Durante el año		
EMPAM	Durante el año		
CAMPAÑA INFLUENZA	Mes de Marzo		
FICHAS CLAP	Durante el año	APLICACIÓN A NIÑOS Y NIÑAS DE 10 A 14 AÑOS	

CONTROLES NIÑO SANO	Durante el año		
VDI	Durante el año	PACIENTES DE RIESGO	
EDUCACION SALUD ORAL	Durante el año	APLICACIÓN A NIÑOS Y NIÑAS DE	
CONTROL DE EMBARAZADA EN DOMICILIO	Durante el año	GESTANTE EN CONTROL DE EMBARAZO	
PROCEDIMIENTO - INYECTABLE	Durante el año	APLICACIÓN DE INYECTABLES EN DOMICILIO/SALA DE PROCEDIMIENTO	
PNI	Durante todo el año		
CONTROL NUTRICIONAL	Durante el año	PACIENTE DE 0 A 4 AÑOS Y 04 A 09 AÑOS	
EVALUACIÓN DE KINESIOLOGO	Durante el año	PACIENTES POR CONSULTA ESPONTANEA	
ATENCIONES DOMICILIARIAS DE MEDICO	Durante el año	ATENCIONES DOMICILIARIAS DE PACIENTES CECOSF	
ENTREGA DE MEDICAMENTO Y PNAC	Durante el año	ENTREGA EN DOMICILIO	
CONTROLES CARDIOVASCULARES DE RIESGO		CONTROLES PACIENTES DE RIESGO EN DOMICILIO POR ENFERMERA	
ATENCIONES DE SALUD MENTAL	Durante todo el año		
ATENCIONES ASISTENTE SOCIAL	Durante todo el año		

ACTIVIDADES INTERSECTOR

- Reuniones mensuales
- Jornadas de planificación y trabajo (talleres educativos, coersatorios)
- Actividad prevención de accidentes de tránsito, mes de Septiembre.
- Actividades masivas, diagnostico participativo en establecimiento educacionales pertenecientes al sector Ultraestación.
- Talleres en temáticas atingente a realidad local y nacionales vía Online (vía zoom o video llamada)

ACTIVIDADES DEL CECOSF

OBJETIVO: Fomentar y potenciar las habilidades y destrezas que posee la población atendida, además de generar promoción - prevención en la población de contar con una mejor calidad de vida en salud.

TEMATICA	FECHA	MODALIDAD	MEDIO VERIFICADOR
Escuela de verano niñas y niños	Enero	Destinada a niños de 06 hasta 10 años	Registro fotográfico Lista de asistencia
Escuela de verano personas mayores	Febrero	Destinada a personas mayores	Registro fotográfico Lista de asistencia
Celebración día de la mujer	Marzo	Destinada a las mujeres usuarias del CECOSF	Registro fotográfico Lista de asistencia
Feria de la salud CDP	Abril	Destinada a la población interna del CDP (promoción y educación	Registro fotográfico Lista de asistencia
Celebración día de la madre	Mayo	Destinada a las madres y futuras madres usuarias del CECOSF	Registro fotográfico Lista de asistencia
Diagnostico participativo	Junio	Destinada a la comunidad en general	Registro fotográfico Lista de asistencia
Wetripantu	Junio	Destinado a la comunidad Ultraestación	Registro fotográfico Lista de asistencia

Actividad de celebración personas mayores (festival de voz A.M)	Agosto	Destinado a las personas mayores	Registro fotográfico Lista de asistencia
Esquinazo fiestas patrias	Septiembre	Destinado a la comunidad Ultraestación	Registro fotográfico Lista de asistencia
Actividad reciclaje	Octubre	Destinado a jardines infantiles y establecimientos educacionales del sector Ultraestación	Registro fotográfico Lista de asistencia
Feria de la salud	Noviembre	Destinada a la Comunidad en general	Registro fotográfico Lista de asistencia
Semana aniversario CECOSF.	Diciembre 06-10	Destinado a la comunidad Ultraestación	Registro fotográfico Lista de asistencia

Análisis de los recursos y brechas incluyendo un plan de trabajo con los siguientes elementos:

- Comunidad, sociedad civil
- Intersector
- Sector salud, EMPAM, controles de salud infantil, controles cardiovasculares, atenciones kinesiológicas etc.

Si se mantienen las condiciones actuales necesitaremos mayores recursos económicos, para entregar las prestaciones de atenciones domiciliarias, así como contar con un 2do vehículo para el traslado de profesionales médicos y no médicos a cada una de las atenciones domiciliarias, sean estos de procedimiento tales como

inyectables, curaciones, entrega de medicamentos, entrega de PNAC Y PACAM, VD, VDI, a todos los usuarios o grupos vulnerables como adultos mayores, personas con capacidades diferentes, embarazadas, niños menores de 5 años y los usuarios del programa dependencia severa etc.)

La ampliación de la sala de espera y farmacia nos permitirá contar con un centro de distribución de productos alimentarios, lo cual hoy es imprescindible en nuestro establecimiento, ya que actualmente se encuentra adosado a la unidad de farmacia, generando que el espacio sea reducido para desarrollar todas las actividades y responder a la demanda actual, así como también permitirá ampliar el SOME, ya que su espacio es insuficiente para responder a las demanda de nuestros usuario, además considerando que son dos funcionarias las que desempeñan labores dentro de este espacio.

ANÁLISIS DE RECURSOS

COMPONENTE INTERSECTORIAL

El Modelo de Atención Integral de Salud, de carácter familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias: que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la **acción intersectorial** y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud.

Se torna de gran relevancia que los establecimientos de salud cuenten con el conocimiento de los recursos institucionales que cuentan en el Intersector como en la red local, con la finalidad de efectuar intervenciones apropiadas, en los casos que se detectan. El tener profesionales capacitados y con el conocimiento oportuno de los programas que forman parte de la red de protección u otros, permite la derivación y/o orientación oportuna de aquellas familias o usuarios vulnerables y que por su estado presentan mayor dificultad para contener, abordar o enfrentar su problemática de salud, a través del abordaje oportuno provocara una disminución de un posible riesgo y además provocara un empoderamiento de los recursos disponibles en la red lo cual será vital para el progreso de su estado de salud.

Las personas y/o familias que utilizan la red de salud, se relacionan con estar en condiciones de vulnerabilidad frecuentemente relacionada con las carencias de salud. Sin embargo, existen algunas que dicen tener directa relación con otros ámbitos del desarrollo social y humano, tales como materialidad, económica, etc., situación que puede alterar la vida emocional y las relaciones interpersonales de las familias.

En relación a lo anterior, es que el contar con una red intersectorial de la Comuna de Pitrufquén, permitirá visualizar alternativas concretas para el apoyo en la resolución de los problemas, por lo que es importante que los funcionarios, personas y familias conozcan y reconozcan en su territorio como espacio a los que pueden vincularse e integrarse.

AÑO 2020					
TEMA	META	INDICADOR	ESTRATEGIA	MEDIO VERIFICADOR	FECHAS DE MEDICIÓN DE AVANCES Y REVISIÓN
Elaboración de catastro y flujograma actualizado de la red intersectorial Comunal	Catastro de red intersectorial Comunal	Existencia de catastro y flujograma actualizado de la red intersectorial Comunal	Recabar información actualizada para lograr elaborar catastro y flujograma actualizado de la red intersectorial Comunal.	Catastro y flujograma en formato papel y digital de catastro y flujograma actualizado de la red intersectorial comunal.	31-12-2020
Difundir del catastro y flujograma de derivación de la Red intersectorial a todos los funcionarios del CESFAM Pitrufrquén.	Envió de documento digital a mail funcionarios	Difusión de catastro y flujograma actualizado de la red intersectorial Comunal	Generalizar a través de los mail el catastro y flujograma de derivación de la Red intersectorial a todos los funcionarios del CESFAM Pitrufrquén.	Mail funcionarios	31/12/2020
El establecimiento conoce el Intersector, en el cual se encuentra inserto, y lo articula para el trabajo colaborativo. (Mesa de Trabajo	Participación y colaboración en la Mesa de Trabajo de la red Intersectorial (onlive)	Existencia de plan de trabajo anual con la mesa de trabajo Intersectorial que opera en el territorio local de la Comuna.	El establecimiento se incorpora en el Plan Anual de trabajo con las instituciones que operan en su territorio, a través del cual se determinan alianzas de trabajo colaborativo, en al	Documento del plan de trabajo anual con las instituciones del territorio donde se inserta el establecimiento, elaborado localmente. (Mesa de Trabajo de la red Intersectorial)	31/12/2020

<p>de la red Intersectorial)</p>			<p>menos uno de los siguientes ámbitos. Promoción, prevención.</p> <p>-Año 2020 Plataforma ZOOM Salud e intersector en tiempos de COVID - 19.</p>		
<p>Identificar las instituciones que componen el Intersector del establecimiento de salud, con el fin de coordinar acciones efectivas con éste</p>	<p>Mapa del territorio, en el cual se encuentra inserto el establecimiento, y lo articula para el trabajo colaborativo</p>	<p>Existencia de mapa del territorio incluyendo las instituciones que operan en él y los recursos (infraestructura u otros) disponibles en el sector en el cual esta.</p>	<p>El establecimiento cuenta con un mapa del territorio local donde se inserta (documento y/o diagrama) donde identifica las instituciones que operan en éste.</p>	<p>Mapa del territorio local del establecimiento que contenga identificación de los sectores y/o equipo de cabecera y de las instituciones operativas en el territorio, tales como escuelas, jardines infantiles, oficinas municipales, iglesias, empresas, carabineros, tribunales, etc.</p>	<p>31/12/2020</p>

OFERTA DEL SECTOR SALUD

Plan trienal de promoción de la salud

El Programa Promoción de la Salud, inicia un nuevo periodo de planificación y ejecución de acciones, dentro del trienio 2019-2021.

Las acciones planificadas contribuyen a fomentar hábitos de vida saludable en los habitantes de la comuna, implementando estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud en coherencia con las políticas públicas de salud destinadas a construir comunidades saludables y con la estrategia nacional de salud para el cumplimiento de objetivos sanitarios de la década 2011-2020, buscando implementar, entre otras medidas, la generación de políticas locales que promuevan la creación de entornos saludables para incentivar la práctica de actividad física y la alimentación saludable.

Además, el programa de Promoción de la Salud, se enmarca la estrategia “Municipios, Comunas y Comunidades Saludables”, cuyo objetivo es fortalecer el rol de Municipio, como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de la población en conjunto con la comunidad e intersector, identificando las causas de las causas de los problemas de salud en los territorios, con metodologías ajustadas para trabajar con una visión territorial, pertinente, participativa, integral, sectorial e intersectorial, sobre las inequidades e instalar un plan estratégico en el espacio local, con un modelo de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Planificación Trienio 2019, 2020, 2021.

Nº	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	PLAZO EJECUCIÓN
1	Capacitación a comunidad (grupos de apoyo, dirigentes sociales, madres, agrupaciones, etc.) en lactancia materna	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que se realizara las capacitaciones manera virtual, los videos serán compartidos por las redes sociales, páginas web y distintas plataformas virtuales.	Año 2020
2	Capacitación a comunidad en preparaciones innovadoras, modernas y atractivas utilizando legumbres	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que se realizara las capacitaciones manera virtual, los videos serán compartidos por las redes sociales, páginas web y distintas plataformas virtuales.	Año 2020
3	Instalación de salas de lactancia materna.	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, adquiriendo los insumos necesarios para implementar la sala de lactancia.	Año 2020
4	Campaña comunicacional de apoyo a la lactancia materna	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que se realizara la campaña de apoyo a la lactancia materna mediante el uso de redes sociales, capacitaciones por plataformas virtuales y capsulas radiales.	Año 2020

5	Aplicación anual de encuesta de entornos y hábitos saludables(Obligatoria)	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que la encuesta de realizara de manera remota a través de diferentes plataformas virtuales, mensajería de texto o correo electrónico u otros.	Año 2020
6	Jugando al aire libre en los colegios.	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, adquiriendo los insumos necesarios para pintar los juegos y circuitos motores en los EE.	Año 2020
7	Adquisición de set de psicomotricidad, para realizar actividad física en preescolares.	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, adquiriendo la implementación deportiva necesaria para ser entregados en los Jardines Infantiles y EE de la comuna.	Año 2020
8	Adquisición de set implementos deportivos.	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, adquiriendo la implementación deportiva necesaria para ser entregados en los EE de la comuna.	Año 2020
9	Implementación de infraestructura en plazas o parques para la actividad física y recreación (Skate park, Muros de escalar u otros)	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, adquiriendo la instalación de un muro de escalada en 1 EE de la comuna.	Año 2020
10	Jornada de Planificación en Promoción de la Salud	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que se realizara la jornada de planificación y reuniones de promoción de la salud con la comunidad de manera virtual.	Año 2020
11	Apoyo y creación de Huertos / Invernaderos Comunitarios	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, adquiriendo los insumos	Año 2020

		necesarios para la ejecución y mantención de los huertos comunitarios. Se entregaran los insumos a las familias del sector rural que participan de la actividad.	
12	Implementación de Huertos / Invernaderos escolares	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, adquiriendo los insumos necesarios para la ejecución de huertos escolares. Se entregaran los insumos a las familias de los alumnos pertenecientes a los EE donde se ejecutará este proyecto.	Año 2020
13	Construcción de regulaciones (ordenanzas, reglamentos, decretos) de Promoción de la Salud	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología de trabajo con el concejo municipal y con DAEM para poder implementar un decreto o reglamento en los EE de la Comuna al final del trienio.	Año 2020
14	Eventos deportivos comunales, como celebración de hitos locales, con participación activa del intersector.	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología ya que los recursos asignados se destinaran a la adquisición de implementos deportivos que serán entregados a las familias participantes de los distintos eventos virtuales que se realizaran.	Año 2020
15	Capacitación a comunidad educativa sobre Ley N° 20606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que se realizara las capacitaciones manera virtual, los videos serán compartidos por las redes sociales, páginas web y distintas plataformas virtuales.	Año 2020

16	Campañas de comunicación que informe a la comunidad escolar, sobre los múltiples beneficios de la actividad física.	Se mantendrá la ejecución de esta actividad pero tendrá un cambio en la metodología, ya que se realizara la campaña de beneficios de la actividad física mediante el uso de redes sociales de los EE, y capsulas radiales.	Año 2020
17	Aplicación de instrumentos de evaluación para la medición de resultados esperados	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que la encuesta de realizara de manera remota a través de diferentes plataformas virtuales, mensajería de texto o correo electrónico u otros.	Año 2020
18	Conversatorios sobre entornos alimentarios saludables con la comunidad educativa	Se mantendrá la ejecución de esta actividad, pero tendrá un cambio en la metodología, ya que se realizaran el conversatorio y todas las reuniones en temas de promoción de la salud con la comunidad de manera virtual.	Año 2020

Programa Más Adultos Mayores Autovalentes CESFAM Pitrufquén

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención promocional y preventiva en salud, mediante la participación de personas mayores en actividades grupales de educación para la salud y autocuidado, estimulación funcional y estimulación cognitiva, desarrolladas junto al equipo del Centro de Salud, bajo el enfoque de atención en salud integral y comunitaria.

Objetivo General:

Prolongar la autovalencia de la persona mayor de 60 y más años.

Objetivos Específicos:

1. Mejorar y/o mantener la condición funcional de las personas mayores clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.
2. Entregar continuidad a la estimulación funcional de las personas mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se comienza a ejecutar en la comuna de Pitrufquén el 02 de Marzo del año 2017, anualmente se le informa a la dupla sobre la continuidad del programa, el cual se ha llevado a cabo hasta la fecha donde se desarrollan los siguientes componentes:

COMPONENTES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

El proceso de implementación y el desarrollo del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, es llevado a cabo por una dupla de profesionales formada por una Kinesióloga y una Terapeuta Ocupacional. El programa contempla 2 Componentes:

COMPONENTE 1:

El Programa de Estimulación Funcional contempla la participación de las personas mayores clasificados como autovalentes sin riesgo, autovalentes con riesgo, o en riesgo de dependencia en los tres talleres que conforman el Programa:

1. Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas
2. Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas
3. Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable

La Intervención grupal contempla una duración de 3 meses continuos por persona, con una frecuencia de dos sesiones mixtas por semana.

Ejecución del componente 1:

- Planificación de actividades y talleres anuales
- Confección de material educativo y didáctico para los talleres de Estimulación Funcional
- Difusión del programa, activación de redes y reuniones informativas
- Inicio de talleres y egresos de grupos que completan ciclo
- Reuniones con el equipo del CES y el intersector para facilitar la derivación al programa
- Ingreso y actualización de información a planillas del programa
- Creación del equipo gestor en salud para el adulto mayor, EGESAM y ejecución de actividades masivas

Contexto Pandemia:

- Reprogramación de la planificación para llevar a cabo los talleres de Estimulación Funcional
- Confección de Kits de Estimulación Funcional
- Entrega de Kits de Estimulación Funcional a las personas mayores en sus domicilios.
- Seguimiento telefónico a los participantes del programa que se le hicieron entrega de los kits para saber sobre el avance de las actividades y resolver dudas.
- Llamadas telefónicas a los participantes del programa para consultar sobre el estado de salud.
- Gestión de ayuda sociosanitaria
- Recepción de solicitudes, gestión de medicamentos y alimentos de usuarios del programa Más AMA
- Ingreso y actualización de información a planillas del programa

Talleres de Estimulación Funcional







COMPONENTE 2:

En este segundo componente, se levanta la información local sobre las necesidades y requerimientos que presentan las organizaciones para el autocuidado de salud y en base a ello, se generara un plan de acción que incluya la capacitación de Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales de Adultos Mayores, en autocuidado, incluyendo la estimulación funcional y la educación en estilos de vida saludable, realización de Diagnóstico Participativo anual y Trabajo Intersectorial.

Ejecución del componente 2:

- Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa Más AMA

- Realización de Diagnóstico Participativo anual.
- Planificación Intersectorial
- Ejecución de actividades propuestas en el diagnóstico participativo realizado en el año 2017 y ejecución del diagnóstico participativo 2019.

Contexto Pandemia:

- Trabajo de Capacitación, actualización y seguimiento de los líderes comunitarios del programa Más AMA y el intersector
- Planificación Intersectorial contexto pandemia
- Ejecución de actividades propuestas en el diagnóstico participativo realizado en el año 2017 y ejecución del diagnóstico participativo 2018.

Comenzamos el año 2020 con una autoevaluación del desempeño del año 2019. En base a esto, nos dedicamos a generar estrategias que nos permitieran alcanzar las metas y mejorar la calidad del servicio otorgado. De este modo se planificaron los talleres anuales y actividades masivas integrando las propuestas expresadas por las personas mayores en el diagnóstico participativo del programa del año pasado. Se confeccionó material para los talleres y se difundió el programa.

En el presente año los nuevos ciclos de talleres comenzaron en el mes de enero donde ingresaron 4 grupos de personas mayores, los cuales debieron ser suspendidos en el mes de marzo por la pandemia y a la dupla se le asignaron otras funciones dentro del CESFAM de acuerdo a la contingencia sanitaria. Durante el mes de Julio la dupla volvió a cumplir las funciones propias del programa en tiempo completo.

METAS

La implementación del programa implica aumentar la cobertura del Examen de Medicina del Adulto Mayor (EMPAM) y por lo tanto la población adulta mayor bajo control, para pesquisar e intervenir a tiempo a esa población, previniendo la pérdida de funcionalidad y la dependencia. Para el logro de lo anterior, se ha estimado que la dupla

profesional ingrese al programa, al menos a 538 Personas Mayores al año. Para lograr esta cobertura es fundamental el trabajo coordinado con el equipo de salud y el intersector, la difusión del programa en la red local y la promoción de la evaluación de los adultos mayores con el EMPAM.

INDICADORES

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes establece indicadores que dan cuenta del grado de cumplimiento para ambos componentes del programa.

La tabla adjunta muestra los indicadores de cada componente, medios de verificación y estrategias para el cumplimiento de metas desarrolladas antes de la pandemia.

Componente	Indicador	Meta	Medio Verificador	Estrategias
N°1 Programa de estimulación funcional y cognitiva	% de adultos mayores que mantienen o mejoran su condición funcional	60%	REM	*Talleres de estimulación funcional, 2 sesiones semanales por 3 meses *Plan de entrenamiento en el hogar
	% de adulto mayores en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos	60%	REM	*Invitaciones vía llamada telefónica a personas mayores con EMPAM vigente *Stand informativos y de

	Mayores Autovalentes			captación de ingresos *Reuniones informativas y de captación de ingresos con agrupaciones de personas mayores
	Promedio de Asistentes a Sesiones del programa	Promedio de 15 asistentes por sesión	REM	Llamadas telefónicas de rescate
N°2 Fomento del autocuidado del adulto mayor en organizaciones sociales locales	Trabajo en red local	100%	Informe de avances y final	*Llamadas telefónicas a presidentes de JJVV y agrupaciones de adulto mayor, para conocer el estado de la organización y si participaran en el programa *Reuniones en mesa intersectorial a favor de las personas mayores
	Diagnóstico participativo	100%	Informe de diagnóstico participativo y programa capacitación	*Desarrollo del Diagnóstico participativo del programa por medio de reuniones con

				líderes del programa
--	--	--	--	----------------------

Dada la contingencia sanitaria, los indicadores de cada componente, medios de verificación y estrategias para el cumplimiento de metas, han sido modificados según los lineamientos acordados con el Servicio de Salud Araucanía Sur, de este modo las metas establecidas para el componente 1 no serán consideradas este año, pero deben implementarse según lo permita la situación local.

La siguiente tabla muestra las modificaciones realizadas de los indicadores durante la contingencia sanitaria.

Componente	Indicador	Meta	Medio Verificador	Estrategias
N°1 Programa de estimulación funcional y cognitiva	% de adultos mayores que mantienen o mejoran su condición funcional	--	REM REM COVID	*Entrega de kit de estimulación funcional a cada participante ingresado
	% de adulto mayores en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	--	REM REM COVID	*Derivación de profesionales del centro de salud al programa de personas mayores que requieren ingresar al programa *Contacto con agrupaciones de adulto mayor participantes de años anteriores

	Promedio de Asistentes a Sesiones del programa	-.-	REM REM COVID	*Acompañamiento remoto: Llamadas telefónicas de seguimiento y monitoreo de las actividades del kit de estimulación cada dos semanas
N°2 Fomento del autocuidado del adulto mayor en organizaciones sociales locales	Trabajo en red local	-.-	Informe de avances y final	*Se mantiene el catastro y mapa de red local vigente a principio de año
	Diagnóstico participativo	100%	Informe de diagnóstico participativo y programa capacitación	*Desarrollo de Diagnóstico participativo del programa vía llamada telefónica o video llamada de WhatsApp con presidentes de JJVV y los líderes del programa capacitados y por capacitar

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se realizan 2 evaluaciones anuales durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y Medios de Verificación.

La primera evaluación, se efectúa con corte al 31 de agosto del año en curso. La segunda evaluación y final, se efectúa con corte al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas por componente.

Adicionalmente, para el seguimiento se podrá requerir el envío de informes de avance mensuales al respectivo Servicio de Salud, y, de éste, a la Subsecretaria de Redes Asistenciales (División de Atención Primaria) del Ministerio de Salud, conforme instrucciones Ministeriales.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

Programa Elige Vida Sana año 2020

Antecedentes Generales

El programa Vida Sana en la comuna de Pitrufoquén como estrategia de intervención en el periodo 2020, se inicia el día 2 de Enero, manteniendo la continuidad de la intervención.

Propósito del Programa

“Contribuir a reducir enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus Tipo II en la población chilena, a través de una intervención en los hábitos de alimentación y la condición física dirigida a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres embarazadas”

Objetivos del Programa

Objetivo General:

Disminuir factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación a la condición física, en beneficiarios FONASA de 6 meses a 64 años de edad.

Población Objetivo

La población objetivo corresponde a niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres embarazadas y post parto (hasta los 8 meses post parto) inscritos en FONASA, de 6 meses a 64 años de edad que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Niños y niñas, adolescentes y adultos de 6 meses a 64 años con diagnóstico de sobrepeso y obesidad
- Niños, niñas y adolescentes menores de 15 años con diagnóstico de hipertensión y/o diabetes mellitus tipo II que tengan sobrepeso u obesidad.

Metas comunales Programa Vida Sana

Canasta de prestaciones según componente

El programa vida sana presenta 2 componentes que se desarrollan en paralelo durante la intervención:

Componente 1: Alimentación saludable:

Este componente considera las prestaciones realizadas por el equipo multidisciplinario del programa (Nutricionista, Kinesiólogo, Psicólogo y Profesor de Educación Física) referente a Círculos Vida Sana y consultas individuales que tienen como propósito potenciar el cambio de hábito hacia una alimentación saludable sostenible en el tiempo.

- Círculos de Vida Sana Estrategias motivacionales (5 durante cada ciclo y 4 como mínimo por cada usuario)
- Consultas nutricionales de ingreso y de seguimiento: para Adultos 2 como mínimo y en establecimientos educacionales 3 durante los 8 meses de intervención.
- Consultas psicológicas (mínimo 1)

Componente 2: Actividad física y tiempo libre

Este componente considera todas las prestaciones dirigidas a actividad física y actividades familiares recreativas, por lo tanto, este componente entregara el acceso a la práctica de actividad física y actividades de recreación en la comunidad y en entornos saludables, potenciando el cambio de hábito de los usuarios hacia una vida activa.

- Evaluaciones realizadas por el profesional de la actividad física: adultos mínimo 2 en 1 ciclo de 6 meses de intervención y en establecimientos educacionales mínimo 3 en ciclos de 8 meses de intervención.
- Sesiones de Actividad Física: corresponden a 48 sesiones de actividad física con cada ciclo de 6 meses, con una asistencia mínima por usuario de 38 sesiones.

- Actividades recreativas familiares: estas actividades son dirigidas a toda la comunidad y deben contar con la participación de los usuarios del programa y sus familias o parte del entorno familiar y deben realizarse por lo menos 1 mensual.

Distribución de cupos asignados

Los cupos asignados se distribuyen según edad por porcentajes especificados según convenio:

Rango de edad	% de distribución de la población	N° de usuarios
Embarazadas y mujeres post parto hasta el 8° mes	5%	12
Niños y niñas de 6 meses hasta 5 años	35%	88
Niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años, incluyendo mujeres post parto.	25%	63
Adultos de 20 a 64 años	35%	87
Total	100%	250

5. Distribución de recursos

Gastos anuales

Ítem	Distribución sugerida	Distribución comunal
RRHH	29.587.584	29.587.569
Insumos	815.693	815.708
Saldo no ejecutado año 2019	406.400	406.400
Total	30.809.677	30.809.677

4. (A) Recurso Humano

A continuación, se detallan los profesionales contratados para el programa indicado.

Nombre Profesional	Profesión	Correo
Nathalie Saavedra Basaul	Nutricionista	nathalie.saavedra91@gmail.com
Cristian Campos Quiroga	Kinesiólogo	c.leonardosb@gmail.com
Marianela San Martín San Martín	Psicóloga	marii.sanmartin@gmail.com
Rodrigo Andrade Andrade	P. Educ. Física	Roland13@gmail.com

Detalle gasto anual RRHH

Profesional	Horas contratadas	Gasto Mensual	Gasto Anual
Nutricionista	24 hrs. (ejecución)	\$ 626.198	\$ 10.332.264
	9 hrs.(Coordinación)	\$ 234.824	
Kinesiólogo	44 hrs.	\$ 1.062.640	\$ 12.751.680
Psicólogo	18 hrs. (Enero – Marzo)	\$ 349.920	\$ 5.059.260
	22 hrs. (Abril – Diciembre)	\$ 427.680	
Prof. Ed. Física	7 hrs. (Abril – Diciembre)*	\$ 160.485	\$ 1.444.365

*En cuanto a la contratación del profesional de la actividad física por 7 horas semanales que se tenía prevista para la primera semana de Abril, sin embargo, por motivos de contingencia nacional iniciada el día 16 de Marzo, este proceso se vio postergado hasta el día 21 de abril donde se efectúa la contratación del profesional.

*La distribución de RRHH a diferencia de años anteriores se mantiene de acuerdo a lo señalado en las orientaciones técnicas año 2020 aumentando solo las horas de contratación de Profesional Nutricionista en 2 horas para alcanzar las 33 semanales.

Ejecución programa Elige Vida Sana 2020

Para el año 2020 el Programa Elige Vida Sana cuenta con 250 cupos disponibles, de los cuales a la fecha se han utilizado 95 correspondiente al 38 % del total de cupos asignados.

Estrategia de intervención

Establecimientos educacionales

La selección de los establecimientos educacionales se realizó considerando el IVE y la prevalencia de Sobrepeso y Obesidad, de acuerdo a la información entregada por la JUNAEB, de los cuales se seleccionaron los siguientes establecimientos:

1. EDUCERE Escuela de Lenguaje
2. Colegio Madres Dominicás
3. Complejo Educacional Monseñor Guillermo H.

El proceso de selección de cursos he inicio de evaluaciones de ingreso se vio interrumpido por el estado de contingencia COVID-19, en el cual la asistencia a establecimientos educacionales se encuentra suspendida a la fecha.

Intervención comunal

La intervención para usuarios de 6 meses a 64 años que no pertenece a los establecimientos educacionales seleccionados, la inscripción se realiza mediante:

1. Derivación por profesionales de área de la salud, pertenecientes a cualquier centro de salud de la comuna (CESFAM, CECOSF, Hospital)
2. Ingreso voluntario, mediante afiches publicitarios y promoción del programa por medio de RRSS.
3. Reuniones de coordinación con agrupaciones para la captación de usuarios.

Componente 1: Alimentación Saludable

Sesiones individuales

Las sesiones individuales correspondientes a controles nutricionales y la dupla (nutricionista-psicólogo) se realizan en su totalidad en las dependencias del CESFAM (box Vida Sana) considerando horarios flexibles, que se ajusten a la población trabajadora inscrita en el programa y a los usuarios pertenecientes a establecimientos educacionales.

Sesiones grupales

Corresponde a los “círculos de vida sana” o sesiones grupales educativas de prevención y promoción en salud enfocadas a fortalecer el cambio de hábitos y mantención de estilos de vida saludables.

Estos talleres se realizan directamente en las dependencias de los establecimientos educativos, en el caso de la población de 6 meses a 18 años pertenecientes a aquellos establecimientos que cuentan con la intervención del Programa Elige Vida Sana, e involucra sesiones con los usuarios inscritos, apoderados y docentes.

Los talleres o “círculos de vida sana” realizados en población adulta y niños(as) y adolescentes que se atienden directamente en el CESFAM, se realizan en las dependencias de este y los espacios disponibles para los talleres de actividad física, en horarios compatibles con la disponibilidad de la población bajo control.

Componente 2: Actividad Física y tiempo libre

Sesiones individuales

Para la ejecución de las evaluaciones de capacidad motora, muscular y funcional que se realizan en la población infantil de 6 meses a 18 años pertenecientes a los establecimientos educacionales que cuentan con la intervención del programa, la totalidad de estas se realizan dentro del establecimiento en los horarios dispuestos para ejecución de talleres de actividad física.

En cuanto a la población de 2 a 64 años inscrita en el CESFAM, las evaluaciones se realizarán en los lugares y horarios dispuestos para la ejecución de talleres de actividad física.

Sesiones grupales

Las sesiones grupales de actividad física se realizan en horarios protegidos incorporados dentro de la malla curricular de los establecimientos educacionales para los alumnos inscritos en el programa que asisten a estos.

En cuanto a la población inscrita en que no pertenece a algún establecimiento educacional con la intervención del programa, se cuenta con los siguientes horarios y espacios para la ejecución de talleres:

- Lunes: 11:00 a 12:00 Gimnasio Ultraestación
- Martes: 17:00 a 18:00 y 18:00 a 19:00 CESFAM
- Miércoles: 11:00 a 12:00 Gimnasio Ultraestación
- Jueves: 17:00 a 18:00 CESFAM
- Viernes: 11:00 a 12:00 Gimnasio Ultraestación

Intervención del Programa Elige Vida Sana

Durante Pandemia COVID-19

La ejecución del Programa Elige Vida Sana en la comuna a contar del día 16 de Marzo del 2020, modifica su estrategia de intervención al verse interrumpida por la restricción para realizar talleres grupales y atenciones presenciales, optando por la modalidad online y el uso de redes sociales para la comunicación en salud.

Tema	Meta	Indicador	Estrategia Pandemia COVID-19	Medio Verificador	fecha de medición de avances
a) Alimentación Saludable b) Actividad física y tiempo libre	% Usuarios 6 meses a 64 años con control de ingreso realizado	50%	Captación usuarios a través de redes sociales del programa (Facebook, WhatsApp)	Plataforma MINSAL	31 de Diciembre
	% Usuarios 6 meses a 19 años con primer control realizado	50%			
	% usuarios de 20 a 64 años con primer control realizado	50%	Controles de ingreso por visita domiciliaria integral con equipo Vida Sana	Plataforma MINSAL	
	% usuarios embarazadas y/o post parto con primer control realizado	50%			
	Usuarios bajo control que mejoran condición nutricional al 6° mes	50%	Controles de seguimiento vía telefónica con dupla nutricionista-Psicóloga mensuales	RCE	31 de Diciembre
Entrega de tips educativos dupla nutricionista-psicóloga por medio de RRSS			RRSS		
Entrega material educativo de apoyo en cada visita domiciliaria			RCE		

		Visita domiciliaria de control a los 6 meses de intervención	RCE/Plataforma MINSAL	
Usuarios bajo control que mejoran condición física al 6°mes	50%	Controles de seguimiento vía telefónica con profesional de la actividad física mensuales	RCE	31 de Diciembre
		Entrega de pautas de actividad física en cada visita domiciliaria	RCE	
		Visita domiciliaria de control a los 6 meses de intervención	RCE/Plataforma MINSAL	
% usuarios que cumplen a los meses de intervención con 4 círculos de vida sana	50%	Talleres psicoeducativos, alimentación y cocina saludable por medio de videos disponibles para ver y descargar en RRSS (2 semanales)	RRSS	31 de Diciembre
% usuarios que cumplen a los 6 meses de intervención con 38 círculos de actividad física	50%	Talleres de actividad física guiada con kinesiólogo y profesor de Educación Física por medio de videos disponibles para ver y descargar en RRSS (2 semanales)	RRSS	

Programa odontológico DSM Pitrufrquén 2020-2021

El servicio dental del Departamento de Salud Municipal de Pitrufrquén se ubica en dependencias del CESFAM de Pitrufrquén, el establecimiento cuenta con 6 box dentales totalmente equipados con unidades dentales marca KAVO los cuales son distribuidos en 2 box por cada sector. Adicionalmente se ejecutan prestaciones dentales en box dentales ubicados en Posta Comuy, Box dental en CECOSF y 3 unidades dentales portátiles que prestan atenciones domiciliarias y operativos en distintos barrios e instituciones.

Población objetivo: Usuarios del sistema Público de Salud FONASA (A-B-C-D) y PRAIS inscritos en algún centro de salud primaria de Pitrufrquén.

- Dependencia Técnica: Servicio de Salud Araucanía Sur. MINSAL.
- Dependencia Administrativa: Ilustre Municipalidad de Pitrufrquén.

Dotación de la Unidad:

- 3 Odontólogos 44 horas en calidad contractual de Planta.
- 2 Odontólogos 44 horas en calidad contractual contrata (Comuy y CECOSF).
- 3 Técnicos en odontología y/o higienistas dentales 44 horas en calidad contractual de Planta.
- 2 Técnicos en odontología y/o higienistas dentales 44 horas en calidad contractual Contrata.
- 1 Educadora de Salud Oral contratada 44 hrs.
- 1 Asistente dental contrata 44 horas en calidad Honorarios (CECOSF)

Actividad asistencial APS: Actividades de promoción, prevención y acciones clínicas recuperativas según ciclo vital.

a) GES odontológico:

a.1) GES de Urgencia Odontológica Ambulatoria: Acceso a tratamiento inicial de patologías de urgencia odontológica (Pulpitis, Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico, Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales, Pericoronaritis Aguda, Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico, Gingivitis úlcero necrótica, Complicaciones Post Exodoncia: Hemorragia y Alveolitis de los maxilares y Traumatismo dento alveolar) en un plazo de 24 horas. Entre los procedimientos clínicos realizados se encuentran Exodoncias, Antibioterapia, Analgesia, Trepanaciones, Inactivaciones, entre otros. Estrategia desarrollada en Box dentales del CESFAM, CECOSF y Comuy. Dado la contingencia según lineamientos de la autoridad sanitaria, se ha mantenido el funcionamiento de las prestaciones de urgencia antes señaladas en todas las etapas de la pandemia.

a.2) GES de Atención Oral Integral del niño de 6 años: Atención dental integral a niños de 6 años que contempla actividades de promoción, prevención y reparación hasta sellar los primeros cuatro molares permanentes. Incluye entrega de kit de higiene. Estrategia desarrollada en Box dentales del servicio dental, CECOSF y Comuy. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollado las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria. Los pacientes se mantienen en control vía remota.

a.3) GES de Atención Oral Integral de la Embarazada: Atención dental integral a pacientes embarazadas que incluye actividades de promoción, prevención, reparación y derivación a nivel secundario de ser necesario (Rehabilitación, endodoncia, etc.). Incluye entrega de kit de higiene. Estrategia desarrollada en Box dentales del servicio dental, CECOSF y Comuy. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollado las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria. Los pacientes se mantienen en control vía remota.

a4) GES de Atención Oral Integral del Adulto de 60 años: Convenio Extrapresupuestario que incluye actividades de promoción, prevención, reparación y rehabilitación en prótesis removible de base metálica. Estrategia desarrollada en extra sistema mediante compra de servicios por licitación pública. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollados las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria.

b) Indicadores de actividad de atención primaria de salud (IAAPS).

b1) Programa Cero: Población bajo control odontológico de niñas y niños menores de 3 años libre de caries. Meta anual de 323 niños menores de 3 años libres de caries. El programa contempla evaluación de riesgo, actividades de promoción y prevención. Estrategia desarrollada en Box dentales del servicio dental, CECOSF y Comuy. En este año antes de la pandemia se han ingresado y mantienen en control 49 niños mediante este programa. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollados las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria. La atención de niños de dicho programa está siendo coordinada con otros programas (niño sano, vacunatorio) para aprovechar la asistencia al centro asistencial para control de los niños.

b2) Alta odontológica de usuarios entre 7 y 19 años: Atención dental integral a jóvenes de 7 a 19 años. Meta anual 1211 altas integrales. Contempla actividades de promoción, prevención y acciones clínicas reparativas. Estrategia desarrollada en Box dentales del servicio dental, CECOSF y Comuy. Durante este año, hasta Marzo se han dado de alta odontológica integral a 267 usuarios de este rango de edades. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollados las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo,

las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria.

c) Metas sanitarias:

C1) Egreso pacientes 6 años: Meta anual 228 egresos programa CERO a los 6 años de edad. Incluye evaluación de riesgo y actividades promocionales, preventivas y recuperativas. Estrategia desarrollada en Box dentales del servicio dental, CECOSF y Comuy. Desde Enero a Marzo de este año se han egresado 38 pacientes de 6 años. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollados las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria.

C2) Adolescentes de 12 años: Meta anual 247 altas integrales de niños de 12 años de edad. Incluye evaluación de riesgo y actividades promocionales, preventivas y recuperativas. Estrategia desarrollada en Box dentales del servicio dental, CECOSF y Comuy. Hasta Marzo de este año se han dado 27 altas odontológicas integrales de niños de 12 años. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollados las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria.

C3) Altas odontológicas pacientes embarazadas: Meta anual, 69% de pacientes embarazadas con alta odontológica integral. Incluye evaluación de riesgo y actividades promocionales, preventivas y recuperativas. Estrategia desarrollada en Box dentales del servicio dental, CECOSF y Comuy. Hasta Marzo de este año se ha dado de alta odontológica integral a 44 pacientes embarazadas. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollados las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria.

Para el cumplimiento de las brechas existentes en cada meta, mientras exista restricción de atención de pacientes por parte de la autoridad sanitaria se realizará seguimiento remoto telefónico de pacientes para clasificar según riesgo y daño los pacientes, a fin de poder atender de forma eficiente los pacientes en control. Respecto al programa CERO se está desarrollando a través de estrategia de telemedicina la aplicación de pautas de riesgo, educación individual y recomendaciones de higiene a fin de simplificar la atención clínica una vez esta pueda realizarse.

Una vez sea seguro realizar las atenciones odontológicas electivas, la estrategia a desarrollar es la atención de los niños del programa CERO según riesgo en coordinación con la asistencia al establecimiento con otros programas. Siendo segura la atención clínica electiva, esta se realizará priorizando los grupos de pacientes correspondientes a cada meta con un enfoque de reducir el impacto en la salud de la población producto de la continuidad del cuidado.

d) Policlínicos:

D1) Policlínico de extracciones: Por la pandemia Covid 19, se esta desarrollando policlínico de urgencia según aforo permitido en el establecimiento con dentista disponible jornada completa para atención remota y atención presencial de urgencia realizando procedimientos según protocolo de atención de urgencia dental.

e) Convenios institucionales:

e.1) Convenio JUNAEB: Contempla recursos para la ejecución de componentes educativos, preventivos y reparativos (Altas odontológicas integrales). Se sustenta en mantener a los colegios suscritos al convenio en control dental desde Prekinder

a Octavo año básico, existiendo un número anual de niños para ingresar a tratamiento y un número anual de niños para mantener en control. Los colegios suscritos son Escuela Las Américas, Escuela Juan Bautista Chesta, Escuela Los Galpones y Liceo la Frontera de Comuy. Esta estrategia se encuentra sin ejecutar a consecuencia de la Pandemia, los niños se encuentran en control de forma remota.

e.2) Convenio Asistencial docente UFRO – Posta de Comuy: La universidad de La Frontera, por medio de la carrera de Odontología, mantiene la instalación en comodato de un container en la posta de Comuy con dos unidades dentales para la realización de la práctica controlada de sus internos de odontología (Alumnos de sexto año) a cargo de la Dra. Carolina Rebolledo, quienes tienen a cargo la población inscrita en la posta de Comuy para la realización de acciones preventivas, promocionales y clínico recuperativa. Por la contingencia de la pandemia COVID19 solo se han desarrollado las actividades de urgencia y cuadros clínicos que pudiesen agudizarse al corto plazo, las actividades lectivas han sido postergadas a la espera de poder realizar una atención segura según lineamientos de la autoridad sanitaria.

e.3) Convenio de colaboración con SSAS para disminuir lista de espera Odontopediatría: El Servicio de salud mantiene una especialista en Odontopediatría para la atención de todos los pacientes derivados de nuestra población a dicha especialidad para la reducción de la lista de espera comunal. El DSM dispone del box equipado, insumos y de asistente dental para las atenciones clínicas de especialidad en dependencias del CESFAM (Sector Amarillo).

f) Actividades de promoción: Dentro de las actividades de promoción y de vinculación con la comunidad, desarrolladas por el equipo de salud dental del DSM encontramos:

- Participación en secciones informativas del diario comunal.

- Participación con stand de información y educación en feria saludables.
- Informativos en diario mural de los establecimientos.
- Participación en estrategia de promoción y prevención municipal “Salud en tu barrio”.
- Participación activa en la mesa Intersectorial Regional de Salud Bucal.
- Educación y promoción por vía remota de pacientes (Whatsapp dental)
- Publicación en redes sociales del municipio de información sobre cuidado dental.

Entre otras actividades realizadas en apoyo de otros estamentos o instituciones.

g) Programas extrapresupuestarios.

A consecuencia de la pandemia, los programas extrapresupuestarios (PRAAPS) no han sido ejecutados por ser atenciones dentales destinadas a acciones electivas. La población correspondiente a cada programa esta bajo control y se ha dado respuesta a sus requerimientos de forma espontánea a través de los distintos dispositivos destinados para ese fin, como son atenciones de urgencia espontánea en CESFAM, CECOSF, teléfonos dentales y WhatsApp Dental.

Los programas odontológicos PRAAPS pendientes a ejecutar son:

g.1) El Programa Odontológico Integral: Programa contempla los componentes de Hombre escasos recursos, Más sonrisas para Chile, Altas integrales a estudiantes que cursen cuarto año de educación media o su equivalente y Altas odontológicas integrales a beneficiarios del programa de atención domiciliaria.

g.2) El programa mejoramiento de acceso a la atención odontológica: Programa contempla los componentes de Resolución de especialidades en APS (Endodoncia, Periodoncia y Rehabilitación protésica), promoción y prevención odontológica en CECOSF y Atención odontológica de morbilidad en el adulto.

g.3) Sembrando sonrisas: programa orientado a niños de 2 a 5 años de Jardines Infantiles Junji, Integra y Escuelas según índice de Vulnerabilidad IVE- SINAIE. El programa contempla

actividades educativas a los niños y educadoras, actividades promocionales con la entrega de kits de higiene y actividades preventivas con la aplicación de Barniz de Flúor 0.5% de forma semestral. (2 ocasiones al año). En consideración a las orientaciones de la autoridad sanitaria antes mencionadas solo se ha coordinado con los jardines infantiles la entrega de kits de higiene postergando la fluoración a la instancia en que las condiciones sanitarias permitan una atención segura.

Los establecimientos que participan del programa son:

- Sala cuna: “Paso a pasito”.
- Jardines infantiles: “El principito”, “Oruguita”, “Llampudken”, “Los duendecitos”, “Pichi Keche”, “Eluney”, “Mi pequeño tesoro”, “CECI Pichi folil”, “Huellitas de amor”, “Rukalaf”, “Tierra de Niños”, “PMI La Gotita”, “Relmu Rayen” y “Los Grillitos”.
- Escuelas municipales: Liceo la Frontera, Colegio las Américas, Unión Latinoamericana y Juan Bautista Chesta.
- Escuelas particulares subvencionadas: TheForestSchool, Madres Dominicanas, Liceo Particular Subvencionado Quinque y Escuela Huefel Comuy.

Contexto pandemia COVID19

Visto la resolución exenta N° J1- 2580 emitido por la Seremi de Salud de la región de la Araucanía y que se refuerza en el ORD N°0955 sobre Atención odontológica en fase IV Covid-19 emitido por el Servicio de Salud Araucanía Sur que establecen:

1. Se recomienda diferir las atenciones electivas e implementar estrategias de seguimiento de los pacientes de manera remota o vía telefónica, evitando asistencias innecesarias de pacientes a los centros de salud. Propender a que todo el proceso de contactibilidad con los pacientes, sea de manera remota (teléfono, mail, etc.) evitando la asistencia innecesaria a los establecimientos.
2. Asegurar acceso a las atenciones odontológicas consideradas críticas: patologías incorporadas en la Garantía Explícita de Salud “Urgencia Odontológica Ambulatoria”,

cuadros clínicos que pueden agudizarse en el corto plazo (2 semanas) y los controles posteriores necesarios.

3. Respecto de las atenciones necesarias y que no son posible diferir, se recomienda espaciar las citas de atención, con el objetivo de evitar aglomeraciones en salas de espera y mantener la distancia social.

Se ha establecido un protocolo de atención que dé cumplimiento a los estándares de calidad necesarios para garantizar una atención segura minimizando al mínimo la posibilidad de contagio de COVID19 producto de la atención odontológica de procedimientos dentales que tengan carácter de impostergables basados en lo requerido por la autoridad sanitaria en los siguientes documentos:

1. Circular C13N°9 del 13 de marzo del año 2013, sobre precauciones estándares para el control e infecciones en la atención en salud y algunas consideraciones sobre aislamiento de pacientes.
2. Norma General Técnica N°199 sobre esterilización y desinfección en establecimientos de atención de salud.
3. Circular C37 N°10 del año 2018 sobre instrucciones de limpieza y desinfección de superficies de trabajo.
4. Circular C37 N°2 del 03 de Marzo 2020 sobre la racionalización del uso de equipos de protección personal en el contexto de la atención de pacientes durante la pandemia de COVID-19.
5. Ordinario C24 N° 2246 del 21 de julio de 2020 que envía lineamientos para la reducción de riesgos de transmisión y contagios en retorno gradual de atención odontológica Pandemia por COVID-19.

En relación a la atención Odontológica, principalmente debido a la aparición del COVID-19, es necesario modificar la forma en que se realiza la misma, considerando tanto los aspectos administrativos como los correspondientes a la atención propiamente tal.

Es claro que el riesgo de infección de SARS-CoV-2 se da invariablemente en la atención odontológica y su entorno gracias a la especificidad de los procedimientos como ser cercanía a los pacientes, uso de turbinas, ultrasonido, exposición a saliva, sangre u otros fluidos, manejo de instrumentos afilados o corto punzantes, y también en la toma de radiografías, en especial intra orales.

Hay que considerar que las gotas más pequeñas de 10 μm o menos, o los residuos de partículas pequeñas de las gotas evaporadas, generalmente se transportan por el aire y permanecen durante un periodo prolongado y pueden asentarse en las áreas circundantes en la clínica. Dado los conocimientos actuales, se puede concluir que:

- La saliva ha sido confirmada como vía más frecuente de transmisión del virus en humanos.
- El virus se adhiere a la mucosa nasofaríngea donde existen receptores y comienza a replicarse de manera abrupta y progresiva en el tracto respiratorio superior en la fase de asintomático, de manera que se puede esparcir por el aire aun no presentando síntomas a diferencia de otros coronavirus beta como SARS cov 1 y MERS.
- Los odontólogos y personal de colaboración están altamente expuestos a los aerosoles generados en la cavidad bucal de los pacientes.
- Muchos procedimientos odontológicos tienen el potencial de causar aerosoles. (uso de turbina, jeringa triple, ultrasonido, etc).
- Todas las personas que conforman el equipo odontológico pueden infectarse por transmisión directa o indirecta, al tocar con la mano superficies contaminadas y llevársela después a la cara, mucosa nasal, oral u ocular.

- Se debe tener en cuenta que la distancia de trabajo en odontología es muy reducida (menos de 1 metro), por lo que no podría mantenerse la “distancia física” recomendada por las autoridades (1,8 mt.).
- La distancia social ha sido hasta ahora una de las medidas más efectivas para la prevención del contagio.
- Con toda esta información, a nivel nacional se han establecido las normativas de planificación para dar respuesta a la pandemia con una estrategia multisectorial capaz de mitigar el impacto que podría ocasionar a la población en general.

Programa de reforzamiento de la atención de salud integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la red de programas SENAME

El desafío del programa en los centros de atención primaria es mejorar los mecanismos de coordinación, colaboración e integración del equipo de salud, entre el equipo de salud con intervinientes de SENAME, de acuerdo al modelo de atención Integral con enfoque familiar y comunitario, Modelo de Salud Mental Comunitario, con enfoque RISS y a las normativas vigentes.

Respecto a las metas evaluadas, desde el servicio de salud se solicita lo siguiente:

	Numerador	Denominador	Medio de verificación	Meta	Ponderación
Monitoreo comunal del PRAPS	Informe SI/NO		Informe 100%	100 %	50%
Porcentaje de niños/as y adolescentes de programa SENAME con atención de salud	N de NNAJ de programas SENAME atendidos	N de NNAJ de programas SENAME comprometidos a atender (80 niños)	REMP13	100%	50%

El plan de mejora presentado en Septiembre del presente año indica lo siguiente:

Componentes	Indicador	Estrategia	Actividades	Medio Verificador	Fechas de medición de avances y revisión
1.- N° 1 Atención de salud general en el establecimiento de salud de APS.	Controles de niño sano al día de al menos 80 niños de 237.	<p>-Garantizar controles de salud infantojuvenil integrales, control joven/niño sano según corresponda por ciclo vital.</p> <p>- Atención diferenciada según necesidad del NNA por Nutricionista, Matrón/a, Enfermero/a, trabajador/a social, Kinesiólogo/a, odontólogo y médico; abordado en un plan de cuidado integral conjunto.</p> <p>-Sensibilización de equipo de salud respecto a atención de población perteneciente a red asistencial SENAME (Protección y Justicia juvenil)</p>	<p>-Reuniones de coordinación con equipo gestor, infancia, adolescencia y salud mental, redefinir programación para el acceso oportuno a la prestación.</p> <p>-Elaboración de flujogramas de ingreso, derivación y protocolos de atención socializados con equipo de salud.</p> <p>- controles efectivos de salud integral, morbilidad, kinesiológicos,</p>	<p>-REM A01, P13,</p> <p>-Rem P1.</p> <p>-Informe técnico/reporte.</p> <p>- Plan de Cuidado Integral.</p> <p>- Fichas clap.</p> <p>-Listas de asistencia.</p> <p>- Acta de reunión.</p> <p>-Protocolos y flujos de ingresos.</p>	Diciembre

		<p>-Pesquisa y derivación oportuna a Programa de Salud Mental.</p> <p>-Organización y participación activa del equipo de salud y equipo gestor en la búsqueda de mejora continúa del acceso a las prestaciones.</p>	<p>enfermero/a, nutricionista, matró/a, odontólogo/a según plan de cuidado integral, ciclo vital y necesidades diferencias del NNA.</p> <p>- Visita domiciliaria integral. -Reunión de equipo (u otra actividad por definir) para el trabajo conjunto del plan de cuidado integral.</p> <p>-Monitoreo registro estadístico de prestaciones entregadas.</p>		
<p>2.- N° 2 Atenciones de salud mental en el establecimiento de salud APS.</p>	<p>Prestaciones de Salud mental a NNA que así lo requieran.</p>	<p>Pesquisa, derivación y acceso oportuno a prestaciones de salud mental APS a NNA vinculados a programas SENAME. -Favorecer adecuada comunicación y retroalimentación entre el equipo de salud, infancia adolescencia y equipo de salud mental. Generar mesa de</p>	<p>-Control e intervención de salud mental con tríada trabajador social, psicólogo y médico. - Derivación a atención secundaria en caso de ser requerido y sus respectivas consultorías.</p>	<p>-REM A0,1 A04, A06, P6, P13, E06. INFORME –Informe Técnico/reporte.</p> <p>-Informes a tribunales.</p> <p>-Lista de asistencia reunión.</p> <p>- Acta reunión.</p>	<p>Diciembre</p>

		<p>trabajo y flujo comunicacional con programas sename, en la elaboración de objetivos compartidos y complementarios de los planes de cuidados integrales.- Garantizar acceso oportuno de NNA a atención secundaria en salud mental.</p>	<p>-Reuniones de coordinación, planificación y evaluación en el equipo de salud mental, respectiva elaboración de diagnóstico inicial</p> <p>-Reuniones de coordinación y planificación con programa sename de pertenencia y el intersector. -Protocolos de atención, flujos de ingreso y derivación en el programa de salud mental. -Socialización de flujo de referencia y derivación entre SENAME, SENDA Y APS. - Gestión y monitoreo de referencia a Atención Secundaria, Monitoreo</p>	<p>-Plan de Cuidado Integral. - Protocolos y flujos de ingreso/derivación.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>de evaluación integral y pertinencia de ingreso a Programa de Salud Mental y salud integral. –</p> <p>Monitoreo ingresos/ egresos Programa Salud Mental. -</p> <p>Monitoreo de la entrega oportuna de las prestaciones asociadas a Salud Mental y Salud Integral. -</p> <p>Monitoreo de registro estadístico de la población SENAME para asegurar el adecuado reporte.</p> <p>-Consultorías, derivaciones a especialidad.</p>	
--	--	--	--	--

Reseña 2020:

- El programa PRAPS SENAME se comienza a ejecutar en Septiembre de este año, asumiendo como referente quien informa, depurando un listado de 237 Niños, niñas adolescentes y jóvenes pertenecientes a la comuna, para efectos de coordinación con equipo de salud en APS en Cecosf coordina trabajadora social Andrea López, mientras que en rural trabajadora social Nelly Cariman. Para coordinar atenciones brindadas por atención secundaria/terciaria, se requiere apoyo del encargado de salud mental para coordinar con hospital de Pitrufrquén respecto a las prestaciones que ellos entregan a los NNA Referidos.

-Para la organización de la población se clasifica en colores semáforo, donde los usuarios en verde mantienen sus controles de salud integral al día, y de ser requerido atención de salud mental esta se haya efectuado o se encuentre en desarrollo. Se consideran usuarios en amarillo aquellos que han recibido al menos un control de salud en el último año, pero tengan pendiente control de salud integral o ingreso a programa de salud mental y se consideran usuarios en rojo quienes no presentan ningún control de salud durante el 2020, 2019 o incluso más.

-Se realizaron reuniones de coordinación con equipo gestor y encargados de CECOSF y rural para delimitar el flujo de población, en donde se acordó brindar prestación de control integral de salud de acuerdo al ciclo vital de cada usuario, en paralelo a consultas o derivaciones acogidas por trabajador social desde el intersector (programas sename).

-Se contrató profesional psicóloga de apoyo a programa de salud mental para que el equipo SM pueda garantizar las atenciones comprometidas, quien ejecutará sus labores desde septiembre a diciembre del presente año.

-Desde el servicio por orden 2717 03-09-2020 y plan paso a paso, se requiere que todas las prestaciones entregadas a NNAJ SENAME sean presenciales, independiente del paso o fase en la que se encuentre la comuna.

- Se realizó una reunión general con programas SENAME para informar respecto al programa y coordinar reuniones de priorización de las atenciones, entendiendo que en el

contexto de pandemia será dificultoso abarcar a los 237 NNAJ a nivel comunal. A raíz de esto, se han realizado reuniones con programas: PIE, PRM Y PPF, quedando pendiente una reunión con OPD por motivos de barreras comunicacionales, estas reuniones se reiterarán en 6 semanas para evaluar que se hayan logrado las acciones comprometidas.

- Uno de las principales barreras que enfrenta el programa es no tener espacios o instancias administrativas para la realización de reuniones de salud mental, para que el equipo pueda conocer a mayor profundidad el funcionamiento del programa, comprometer actividades, revisión de casos para consultorías, entre otros. Junto con esto, tampoco se ha delimitado la estrategia a desarrollar para construir los planes de cuidado integral. Tampoco existe una delimitación del equipo de salud mental o de horas destinadas a trabajar en este programa por médicos, trabajadoras sociales, matronas y otros si existiesen, por lo que no existe una comprensión de quiénes conforman el equipo y cuáles son sus roles. Finalmente, señalar que hasta el momento no se cuenta con una movilización que priorice la realización de controles de salud integral ni VDI a esta población, ni tampoco se cuentan con acciones presenciales de trabajadores sociales. Esto plantea como desafío la correcta articulación del programa de salud mental y sus participantes, ya que resolviendo los flujos internos es posible atender y responder apropiadamente al flujo con el intersector SENAME.

- Como desafío para el próximo año existen:

a) Articulación del equipo de salud mental

b) Sensibilización a todo el equipo de salud respecto a las atenciones de esta población en riesgo, considerando además su adecuado registro estadístico.

c) Continuar articulando red de trabajo intersectorial SALUD-SENAME, considerando también el servicio de Psiquiatría.

d) Realizar actividades grupales y de carácter comunitario, que apoyen a los NNAJ y sus familias en riesgo psicosocial, estas actividades requieren tener un énfasis en la salud mental, y pueden ser desarrolladas para la población en general (promocionales) y para población en riesgo (preventivas).

Convenio espacios amigables para adolescentes Pitrufquén 2020

ESTRATEGIA:

Para el cumplimiento de las estrategias señaladas en el convenio Espacios Amigables, los recursos corresponden a un total de:

\$ 9.401.915: que serán asignados en 2 cuotas:

1° 70% Abril: \$ 6.581.341

2° 30% Octubre \$ 2.820.574

El presupuesto se detalla en la siguiente tabla:

UNIDAD ESPACIO AMIGABLE	
Implementación	\$ 316.159
Recurso Humano	\$ 6.537.216
Presupuesto anual EEAA	\$ 6.853.375
CONTROL DE SALUD INTEGRAL	
Presupuesto anual ejecución Control salud integral	\$ 2.548.540
PRESUPUESTO ANUAL TOTAL CONVENIO	\$ 9.401.915

PLAN DE IMPLEMENTACION EN PERIODO DE CONTINGENCIA

Ejecutar a través de estrategias como:

- a) video llamadas,
- b) llamados telefónicos,
- c) utilización de redes sociales

Lo anterior para cumplir con **ACTIVIDADES:**

1. **Promocionales**
2. **Control de salud integral: (pendiente)**
3. **Consejerías en SS y RR**
4. **Consultas, consejerías e intervenciones motivacionales**

Consideraciones.

Con respecto a la contingencia sanitaria que se está viviendo en la actualidad, y abocado a nuestra comuna, resultó complicado desarrollar algunas acciones y/o actividades establecidas en el convenio, sobre todo aquellas con atenciones presenciales como los controles de salud y las que se desarrollarían en establecimientos educacionales que en la actualidad se encuentran cerrados. Por tanto el enfoque durante el año 2020 fue trabajar más que nada vía online, a través de capsulas educativas, de promoción y prevención en educación sexual, reproductiva, en salud mental manejo del estrés en el confinamiento, y otros, para ello utilizando plataforma del fanpage del DSM o por intermedio de una aplicación de facebook del propio EA Pitrufrquén.

Es así como el convenio funciona a través de horarios de tele consulta:

Profesional Matrona:

- Lunes a Viernes de 11 a 12 hrs y 17 a 18 h.

Profesional A. Social:

- Lunes a viernes de 17 a 18:30 hrs.

Actividades Realizadas por Matrona hasta agosto 2020

- CONSULTAS TELEFONICAS: 88

- CONTROLES DE SALUD: 156
- CONSEJERIAS EN SSR: 118

Actividades realizadas por A. Social

- LLAMADAS TELEFONICAS 40
- APLICACIÓN DE FICHA CRAFFT EN SEGUIMIENTO 22
- VISITAS DOMICILIARIAS ADOLESCENTES EN RIESGO
- DERIVACION DE CASOS A OTRO PROFESIONAL (PSICOLOGO)
- COORDINACION DEL CCAJ
- ELABORACION DE AFICHE Y DIFUSION DEL PROGRAMA DUPLA EA

Actividades realizadas por la Dupla

- Reuniones de coordinación por video llamadas, zoom : 16 (con dupla programa, con encargada local, con referente Temuco, Seremi Salud programa de salud mental).
- Coordinación por WhatsApp ,correo electrónico, llamadas telefónicas :16 (OPD ,PIE, Intersector, referente encargados de los colegios,Centros de salud de la comuna).
- Colaboración en la confección del afiche promocional del programa y del día de la juventud y realización afiche salud sexual.

Plataformas utilizadas

- WhatsApp
- Teléfono
- Email
- Instagram
- Messenger
- Facebook

Capacitaciones realizadas por la dupla

- 6 Realizados por la Red Intersector de salud de la Municipalidad con diferentes profesionales previo diagnóstico.
- 5 Teleconferencias del Minsal.

Brechas observadas a la fecha:

Acceso a plataformas digitales:

- Mala señal.
- Ruralidad.
- Actualización de datos Jóvenes (principalmente fono).
- Modificación de planilla de estadística.

Se ha tenido una supervisión por la referente del programa el 07.09.2020, con una evaluación positiva de las actividades realizadas a la fecha

Programa de adulto y adulto mayor

- **Cobertura efectiva de personas con HTA de 15 y más años**

Indicador: la proporción de personas con HTA “controladas” o “compensadas” (de 15 a 79 años con PA<140/90 mmHg; de 80 y más años con PA<150/90 mmHg), y el número total de personas con HTA estimadas para una determinada población según la prevalencia.

Estrategia: Incrementar el tamizaje de hipertensión (ejemplo: a través del aumento de la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto y del Adulto Mayor, tamizaje en los servicios de urgencia); Mejorar el cumplimiento de los estándares de las Guías Clínicas; Mejorar la adherencia al tratamiento a través del automanejo de la enfermedad. Si la pandemia así lo permite.

Medio verificador: REMP 4

Fecha de medición de avances y Revisión: Las mediciones deben lograrse al menos 2 veces por semestre, previo al corte de junio y diciembre del REMP.

- **Cobertura efectiva de personas con DM2 de 15 y más años**

Indicador: Indicador: la proporción de personas con DM2 “controladas” o “compensadas” (HbA1c de 15 a 79 años: <7%; 80 y más años: <8%), y el número total de personas con DM2 estimadas para una determinada población según la prevalencia.

Estrategia: incrementar la proporción de personas con diabetes que están en control y aumentar la proporción de estos pacientes controlados, con un valor de HbA1c de 15 a 79 años: <7%; 80 y más años: <8%, en la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento. Si la pandemia así lo permite.

Medio verificador: REMP 4

Fecha de medición de avances y Revisión: Las mediciones deben lograrse al menos 2 veces por semestre, previo al corte de junio y diciembre del REMP.

- **Evaluación anual de los pies en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años**

Indicador: El N° de personas con diabetes bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente y el N° total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control al corte

Estrategia: hacer una evaluación de los pies como parte del examen anual de toda persona con diabetes bajo control, para determinar el nivel de riesgo y formular un plan de seguimiento y de educación en conjunto con el paciente según el riesgo si la pandemia así lo permite.

Medio verificador: REMP 4

Fecha de medición de avances y Revisión: Las mediciones deben lograrse al menos 2 veces por semestre, previo al corte de junio y diciembre del REMP.

- **EMP Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 a 64 años Examen de Medicina Preventiva (EMP)**

Indicador: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres y mujeres de 20 a 64 años

Estrategia: Realizar el examen a la población inscrita en base de datos del percapita dentro de los rangos de edad, y la eventual realización de exámenes a personas que consulten de forma espontánea y o en operativos si la pandemia así lo permite.

Medio verificador: Rem A02

Fecha de medición de avances y Revisión: Abril, julio, septiembre y diciembre

- **EMPAM Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 65 años y más Examen de Medicina Preventiva adulto mayor**

Indicador: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más.

Estrategia: Realizar el examen a la población inscrita en base de datos del percapita dentro de los rangos de edad, y la eventual realización de exámenes a personas que consulten de forma espontánea y o en operativos si la pandemia así lo permite.

Medio verificador: Rem A02

Fecha de medición de avances y Revisión: Abril, julio, septiembre y diciembre

Trabajo de Farmacia en 2020

En el contexto de pandemia, Farmacia tuvo que cambiar su forma de trabajo, llevando los medicamentos desde el establecimiento al hogar de los pacientes, esto para proteger la salud de los pacientes evitando que se expongan y para garantizar la continuidad de su tratamiento farmacológico.

Como DSM, se desplegó todo el recurso humano y disponible para llegar a los pacientes inscritos, cifra que se aproxima a los 25.000 inscritos, llegando con medicamentos a sector urbano, periurbano y rural. Diariamente se despachan entre 180 a 200 recetas al día, y durante este año, considerando desde el 01 de Enero a la fecha se han despachado 66.150 recetas, lo que constituye un 19% menos con respecto al 2019, en donde se despacharon 82.000 en el mismo intervalo de tiempo.

El proceso de entrega de medicamentos se inicia con la recolección de los listados de solicitudes de medicamentos por parte de los pacientes que se comunican vía telefónica y WhatsApp. Se revisan los medicamentos de la receta, vigencia, domicilio y número de

contacto. Luego se preparan las bolsas que contienen la receta con los medicamentos, se ordenan en base a los distintos sectores a repartir para después coordinar la entrega a domicilio.

Actualmente estamos en fase 4, en donde la entrega de medicamentos se está realizando en forma segmentada: a domicilio para los pacientes de 60 años y más, pacientes en situación de discapacidad y residentes de sector periurbano, mientras que los demás pacientes de sector urbano retira medicamentos en su respectivo establecimiento.

Proyecciones al 2021

Se espera que para el año 2021 mantengamos la tendencia a hacia la normalidad que existía antes de la pandemia, que los pacientes puedan acercarse al establecimiento a retirar sus medicamentos de manera expedita, y realizar la entrega a domicilio de medicamentos a casos puntuales. Cabe señalar que todo esto dependerá del perfil epidemiológico de la comuna.

Programa de Rehabilitación Integral con Base Comunitaria.

Durante el año 2020, con la adecuación a CESFAM y la ampliación de la sala de rehabilitación, se consiguió la designación de sala de rehabilitación con base comunitaria (RBC), lo que significó agregar al recurso humano ya existente, una nueva dupla de kinesiólogo y terapeuta ocupacional al trabajo diario con personas en situación de discapacidad transitoria o permanente y sus familias.

El Programa de Rehabilitación, acorde al modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, se centra en las personas, durante todo el curso de vida, favoreciendo la continuidad de la atención, en todos los niveles de la red, con un modelo de rehabilitación biopsicosocial. Este Programa se orienta a promover la independencia de las personas con y sin discapacidad, o aquellas con problemas en el funcionamiento que son transitorios y que se benefician de un proceso de rehabilitación realizado por el equipo, con el objetivo

de optimizar el funcionamiento, lograr la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria, estimular la participación en comunidad.

El acceso temprano a los servicios de rehabilitación ayuda a obtener resultados óptimos de otras intervenciones médicas y mitigar los riesgos de complicaciones en curso que pueden disminuir la salud, el bienestar y la carga del sistema de salud.

“La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.”

Los equipos de rehabilitación han desarrollado un fuerte componente comunitario, que se traduce en actividades de prevención de la discapacidad, desarrollo de las organizaciones de personas con discapacidad, educación comunitaria, trabajo con cuidadores, etc. Además, incorporan el trabajo intersectorial en el ámbito local para el logro de la inclusión social.

El centro del modelo es el usuario y su familia, al cual debemos otorgar continuidad en los cuidados. En el grupo de personas con discapacidad, esta afecta también a su grupo familiar, la pérdida de capacidades o dificultades en el funcionamiento implica en un grupo importante de personas y/o sus familias un duelo o depresión, que debe ser abordada por el equipo de rehabilitación²⁸,o en conjunto con el equipo de APS, asimismo, la dependencia en este grupo involucra a un cuidador que deja de hacer sus actividades como trabajar, el cuidado del hogar, de los hijos, etc; generando muchas veces mayor pobreza en la familia, este es un desafío no menor para los equipos de rehabilitación en atención primaria, quiénes establecen cercanía con ellas. La discapacidad, no es solo una condición de las personas; sino el resultado de esta persona con deficiencia y la interacción con su medio ambiente; y no debe entenderse como enfermedad, por lo cual debe abordarse intersectorialmente, donde salud aporta con la atención de prevención promoción, tratamiento y rehabilitación cuando sea necesario. Existen además enfermedades que

requieren de rehabilitación y que no van a constituir finalmente una discapacidad, ambas variables deben ser contempladas en el proceso de rehabilitación, para dar continuidad en los cuidados y generar estrategias de intervención en ambas líneas. La continuidad en los cuidados es diferente para cada grupo que aborda el programa. Existe un grupo importante de personas con enfermedades que necesita de atención permanente y paralela en diferentes niveles de la red y de por vida; ejemplo una persona con lesión medular y con vejiga neurogénica, a diferencia de los problemas agudos que se resuelven y termina el proceso. En esta línea, las personas mayores con enfermedades degenerativas que ingresan a rehabilitación en atención primaria, hoy día corresponden al 65% de los ingresos a las Salas de RBC. En general, la intervención contempla a la familia, en algunos casos como co-terapeuta, en otros como apoyo, tomando en cuenta las necesidades propias del cuidador, y con una mirada de la dinámica familiar y los cambios que se producen en ella cuando un miembro de la familia está en situación de discapacidad, o vive procesos agudos o crónicos que llevan a una discapacidad, o a la pérdida de funcionamiento producto del envejecimiento.

En el contexto de pandemia, los usuarios han podido optar a 3 tipos de intervenciones:

- Presencial en establecimiento
- Presencial en domicilio
- Teleconsulta.

Siempre se ha dado prioridad a las dos primeras, sabiendo que el rol que cumple el terapeuta en el cumplimiento es importante para los usuarios, pero no ha dejado de reforzar por medios tecnológicos. Además, se ha invertido parte del presupuesto en a entrega de kits con elementos como bandas elásticas, balones y pesas con velcro para la realización de ejercicios en casa.

Adecuación a CESFAM

En el mes de Septiembre de 2020 fue entregado definitivamente y puesto en marcha el nuevo CESFAM de Pitrufrquén de 2.479 metros cuadrados, que cumple con condiciones cómodas para todos los y las usuarias.

Indudablemente un mayor espacio va a permitir entregar más y mejores prestaciones, acorde a las necesidades que demanda el aumento de nuestra población a cargo, la que ya sobrepasa los 24.000 inscrito validados.

En términos generales la disponibilidad de boxes de atención aumenta de los 23 que existían (de los cuales 10 estaban en container), a 36. Dentro de los que se consideran aumento en un box para podólogo, completando 2 de ellos, presencia de 6 box dentales, que se encontraban separados del CESFAM y que eran solamente 4. Presencia de un box de ecografía, con el que no contaba.

Otro hito muy importante, es que la sala de rehabilitación que sólo tenía 15 metros cuadrados y la de salud ocupacional de 10 metros cuadrados, pasan a ser parte de la sala de rehabilitación, con 100 metros cuadrados que permitirán un trabajo mucho más cómodo y personalizado.

La estructura del edificio permitirá implementar 3 sectores, ya que viene separado en tres módulos con un SOME cada uno. Esto es algo que ya se hacía necesario y tanto por falta de espacio físico, como por falta de algunos recursos humanos no había sido posible implementar.

Dentro del edificio venía destinado un espacio para la implementación de un laboratorio clínico. Sin embargo actualmente el Departamento de salud Municipal cuenta con un convenio de cooperación con el Hospital de Pitrufrquén, a través del cual se complementan los recursos de ambas instituciones. En ese convenio, el DSM aporta personal Profesional, técnico y administrativo y el Laboratorio del hospital realiza todos los exámenes que los dispositivos de salud municipal demandan para la atención de su población.

En virtud de la existencia del convenio antes mencionado, se tomó la determinación de solicitar al Servicio de salud no implementar el Laboratorio en el CESFAM, permitiendo redestinar recursos de equipamiento a otras áreas del CESFAM como esterilización y a la vez ganar un espacio físico en el cual se ha decidido ubicar al equipo de atención rural. Esto último permitirá que los funcionarios de ese equipo, en la práctica pasen a formar parte de la dotación disponible del CESFAM, permitiendo así aumentar la oferta de atenciones o el cubrir ausencias de los sectores, cuando el equipo de rural vuelva temprano de ronda de salud o en los días en que por algún motivo administrativo no se realice ronda de salud.

Probablemente los únicos espacios que no será suficientes en el edificio nuevo, son las bodegas tanto de leche, como de medicamentos, las que vienen diseñadas con alrededor de la mitad de espacio con el que se cuenta en estos momentos. Motivo por el cual será necesario mantenerlas que actualmente están en uso, ya que a pesar de optimizar al máximo la disposición de productos, no será posible cumplir con un estándar mínimo de manejo de dichos productos.

Con el fin de mostrar con más claridad los espacios disponibles del futuro edificio, se adjunta Programa Médico Arquitectónico (PMA).

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
2.2.- Unidad de Programas de Alimentación			
Sala Espera	12	1	12
Despacho P.N.A.C	18	1	18
Bodega P.N.A.C	24	1	24
2.3.- Unidad de Esterilización			
Área Sucia y Area 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
Cafeteria (sin cocina)	38	1	38

PLAN DE ACCIÓN 2021

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2021 la Estrategia de Salud se encuentra conformada en un primer nivel por cuatro grandes Objetivos Sanitarios:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en salud.
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Por el actual contexto de Pandemia Covid-19, la mayoría de las actividades han sufrido modificaciones en cuanto a su forma de ejecución, pudiendo realizarse en modalidad presencial, ya sea en establecimiento o visita domiciliaria, o en forma de teleconsulta (llamada telefónica, videollamada o mensajería). Los Objetivos sanitarios se alcanzan

perfectamente con las actividades presenciales y/o de modalidad teleconsulta que se tienen que realizar en el actual contexto.

Figura 2. Esquema general de los Objetivos Estratégicos para el logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.



En el contexto de pandemia, las actividades mínimas exigibles (indistintamente del ciclo vital), según el plan Paso a Paso, son las siguientes:

- Ingreso y control prenatal.
- Ecografía obstétrica.
- Exámenes de laboratorio de rutina prenatal.
- Control de puerperio.
- Control de salud del recién nacido.
- Control de diada.
- Consulta de lactancia materna.
- Control y regulación de la fecundidad.
- Consulta anticoncepción de emergencia.
- Consulta de morbilidad obstétrica.
- Consulta de morbilidad ginecológica.
- Consulta por infección de transmisión sexual.
- Visita domiciliaria.
- Test rápido VIH.
- Urgencia odontológica.
- Control PSCV alto riesgo.
- Curación avanzada de herida de pie diabético.
- Control ERA.
- Estrategia cuidado integral para personas con condiciones crónicas.
- Atención domiciliaria.
- Control respiratorio IRA.
- Control Respiratorio ERA
- Consulta de Ingreso a sala IRA.
- Consulta de Ingreso a sala ERA.
- Tratamiento exacerbación respiratoria (IRA-ERA).

- Visita domiciliaria para ingreso a programa oxígeno o asistencia ventilatoria.
- Kinesiterapia Respiratoria.
- Pesquisa y tratamiento de tuberculosis (TBC).
- Vigilancia ETI.
- Consulta de Morbilidad general.
- Control de salud integral 6 meses de vida.
- Consulta nutricional de los 5 meses de vida.
- Evaluación y estimulación DSM.
- Control de salud en situaciones específicas (NANEAS baja complejidad).
- Consulta malnutrición por déficit en niños y niñas NANEAS (primera consulta).
- Radiografía de pelvis (GES displasia luxante de caderas).
- Clínica de lactancia.
- PNI.
- Ingreso a salud mental de personas con alto riesgo psicosocial.
- Control de salud mental para personas con alto riesgo psicosocial.
- Consulta de salud mental de personas que presenten intento suicida.
- Prestaciones de garantías GES de Depresión, Demencia, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, plan ambulatorio básico de alcohol y drogas para menores de 20 años.
- PAP (según demanda espontánea).
- Mamografía (según demanda espontánea).

Para exámenes preventivos, **se recomienda no generar** campañas de difusión ni rescates activos, hasta el **“Paso 5 Apertura Avanzada”**, no obstante, en cualquiera de las fases deben estar disponibles para ser realizados a solicitud del usuario o referencia de un profesional, considerando además cualquier instancia de asistencia de grupo objetivo al establecimiento de salud para la realización de ellos.

Objetivo Estratégico 1: Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
1.1	VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	2,0 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000
1.2	Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis	12,1 por 100.000	9,7, por 100.000	<5,0 por 100.000
1.3	Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*	0 casos	0 casos	0 casos
1.4	Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	14,3 por 100.000	10,4 por 100.00	7,6 por 100.000

En relación a este objetivo, a nivel comunal, Existe horas protegidas de profesionales capacitados (matronas, enfermeros, médicos), los cuales pueden realizar test rápido de VIH, el que en un tiempo de 15 minutos entrega un resultado confiable; este examen está disponible para toda la población mayor de 14 años. Todo esto realizable en modalidad presencial

En cuanto a las infecciones respiratorias agudas (IRA), se mantiene en funcionamiento la sala IRA en modalidad de teleconsulta, con un whatsapp exclusivo para esta instancia, con el constante apoyo en educación a la población, sobretodo en meses invernales, donde además se contrata profesional de apoyo, como es la campaña de invierno, la que hace las labores de visita domiciliaria. Además se tiene en control a los niños con score grave de morir por neumonía, los que ahora también son pesquisados por enfermera y matrona.

Objetivo Estratégico 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevivencia al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.00	6,8 por 100.000
2.5	Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer	112,0 por 100.000	107,0 por 100.000	97,1 por 100.000
2.6	Enfermedad Respiratoria Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	15,7 por 100.000	14,9 por 100.000	13,2 por 100.000
2.7	Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados (3)	Línea de base 2012	-3,3%	-10,0%
2.8	Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad	26,0 puntos	25,1 puntos	23,4 puntos

El Ataque cerebrovascular (ACV) y el Infarto agudo al miocardio (IAM), se han convertido en complicaciones graves de enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes y obesidad. Actualmente existe un plan de acompañamiento para usuarios con ACV e IAM, que consiste en visita domiciliaria integral (médico, enfermera, terapeuta ocupacional, u otro) y control de todas sus patologías, lo que implica también el proceso de rehabilitación y seguimiento, los cuales se han mantenido en forma presencial.

Igualmente mantener el control y la cobertura de usuarios con hipertensión, diabetes (que se condice con metas IAAPS y sanitarias) y enfermedad renal crónica, los que se ha ido retomando en forma presencial, pero también se han realizado en forma de teleconsulta.

Para reducir la tasa de mortalidad por cáncer, en atención primaria, son esenciales los exámenes médicos preventivos, para detectar último control de PAP y Mamografía y derivar en caso necesario.

El Modelo de Intervención de Salud Mental se basa en un Enfoque Comunitario, centrado en la relación del sujeto al interior de un contexto social, que define que las acciones de salud deben ser entregadas a la persona y su grupo primario de pertenencia de manera integral, es decir, resolviendo las necesidades en las dimensiones sociales, psicológicas y biológicas en forma amplia e integrada, continua y permanente, a lo largo del ciclo vital. En este sentido, se concibe al individuo como producto de múltiples sistemas organizativos, que se influyen entre sí y que son co-dependientes en su desarrollo, tales como, familia, comunidad, escuela, trabajo, grupo de pares y el entorno. La atención en salud mental debe incorporar la relación del sujeto/familia con el mundo social al que pertenecen y por lo tanto debe darse en el contexto comunitario habitual en donde se desarrolla la vida de las personas, aprovechando los recursos disponibles, no apartándolas de sus redes naturales. Esto implica entre otros, la planificación y desarrollo de actividades fuera del establecimiento, de manera complementaria a aquellas que se hacen directamente en el Centro. Se basa en un enfoque preventivo, que implica la incorporación de contenidos de prevención de salud mental en las acciones habituales de salud, con el fin de anticiparse a las consecuencias más negativas de la enfermedad y aportar a la difusión de estilos de vida más sanos y conductas de auto cuidado en la cual el individuo y su familia son capaces de tomar decisiones en lo concerniente a la protección en su salud. El Modelo de Atención de Salud Mental se basa en un Enfoque de Redes, implica que la atención integral en salud mental que las personas requieren se entrega a través de un conjunto de instancias que ofrecen diversos servicios, las que operan como un todo en forma coordinada y articulada. Las personas transitan por esas diversas instancias o servicios en forma fluida de acuerdo a las necesidades propias de su proceso salud – enfermedad, estos principios se recogen en el Modelo de Gestión de Red (MINSAL 2017), y que destacan la importancia de la integración de las redes asistenciales.

Actualmente en contexto pandemia, se ha privilegiado también, la instancias informales de comunicación (mensajería) como forma de contacto con los usuarios, contacto con un número exclusivo de acceso a los profesionales de salud mental.

Para el año 2021, Se propone mejorar la coordinación de Ingresos de usuarios nuevos entre al menos dos profesionales para la realización del Plan de Intervención con enfoque de equipo y Salud Familiar.

La discapacidad siempre será apoyada por el centro de salud, por medio del acceso de terapia de rehabilitación, sobre todo a usuarios secueledos de ACV, Parkinson, etc. Actualmente existe una dupla de sala de rehabilitación con base comunitaria, compuesta por kinesióloga y terapeuta ocupacional, que otorgan distintas prestaciones, pero además, el programa más adultos mayores autovalentes, tiene como objetivo preservar la autovalencia y por ende, disminuir el riesgo de discapacidad en adultos mayores. También en los centros de salud, se facilita el acceso de trámites como la obtención de la credencial de discapacidad.

A continuación, se presentan las actividades a desarrollar en la atención domiciliaria de acuerdo a objetivos estratégicos planteados.

NIVEL: Prevención

PROFESIONAL RESPONSABLE: Equipo Atención Domiciliaria

<p>Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p>	<p>(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas en situación de dependencia severa Dependencia Severa</p> <p>/N° de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa</p>	<p>A lo menos</p> <p>2 visitas</p> <p>Domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa</p>
<p>Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p>	<p>Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa</p> <p>/Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100</p>	<p>92% y más de la población bajo control</p> <p>en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP</p>

<p>Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.</p>	<p>Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador</p>	<p>(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100</p>	<p>Al menos el 60% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit</p>
<p>Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.</p>	<p>Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)</p>	<p>Nº de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / No Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100</p>	<p>100% de los cuidadores de personas en situación de dependencia severa capacitados.</p>

NIVEL: TRATAMIENTO

RESPONSABLE: EQUIPO ATENCIÓN DOMICILIARIA

OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
<p>Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p>	<p>No de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /No de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED)*100</p>	<p>El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio</p>

2.9	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries(4) en niños de 6 años	29,6%	32,0%	40,0%
			Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries (5) en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2 dientes	2,1 dientes	1,9 dientes
2.10	Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 25% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor (6)	4,1 por 100.000	3,8 por 100.000	3,2 por 100.000
2.11	Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años	1,8 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000

Existen variados programas a nivel del departamento de salud, en relación a la salud bucal. Uno de ellos es el GES de 6 años, donde se hace una completa evaluación a los niños y niñas de esa edad.. También existe programa para los niños de 12 años, todo se condice con metas sanitarias e IAAPS.

Por último, los casos de violencia intrafamiliar (VIF), son tratados por un equipo multidisciplinario en conjunto con el intersector: fiscalía, defensoría, OPD, etc.

Objetivo Estratégico 3: Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
3.1	Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores(1), en población mayor a 15 años	35,6%	38,0%	42,7 %
3.2	Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años	40,9%	39,1%	35,6%
3.3.	Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalenciaproyectada de consumo de riesgo de alcohol(2) en población de 15 a 24 años	15,1%	15,0%	14,8%
3.4	Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (3)	9,6%	9,0%	8,6%
3.5	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (4) en población entre 15 a 24 años	23,1%	25,4%	30,0%
3.6	Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	34,9%	37,2%	42,0%
3.7	Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas(5) durante último año en población de 12 a 64 años	8,1%	8,0%	7,8%

El programa Vida Sana, que está en la comuna desde el año 2015, se preocupa de fomentar hábitos de vida saludable, sobretodo en personas que tienen sobrepeso y obesidad, y que no tienen enfermedades crónicas, a través de control nutricional, talleres de ejercicio, terapia psicológica y control médico.

El Programa de promoción de salud, también busca fomentar los hábitos de vida saludable, trabajando en los ámbitos de actividad física y alimentación saludable y además, buscando implementar generación de políticas locales que promuevan la creación de entornos saludables en la comunidad.

La reducción de consumo de tabaco, se conmemora el día mundial sin tabaco y se realiza consejo breve antitabaco en Sala IRA, ERA y en las instancias de Examen medico preventivo del adulto y del adulto mayor, y sobre todo, en fichas CLAP para adolescentes de 10 a 19 años.

En cuanto a la conducta sexual, el programa de Espacios Amigables, que trabaja tanto en establecimientos educacionales como de salud, su objetivo es orientar a adolescentes y jóvenes en relación con sus inquietudes y a facilitar su consulta en un espacio protegido y que resguarda su confidencialidad.



Programa Espacios amigables para la Salud de Adolescentes en Centros de Salud

¿CUÁLES SON SUS SERVICIOS?

- Control de salud integral.
- Controles ginecológicos .
- Orientación en sexualidad.
- Métodos anticonceptivos.
- Entrega de preservativos.
- Prevención y tratamientos de alcohol y drogas.
- Consejerías en salud mental.
- Derivación a otros profesionales.

Más información sobre los Espacios Amigables:

- Visita <https://diprece.minsal.cl/>
- Llama a Salud Responde al 600 360 7777



Objetivo Estratégico 4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020	
4.1	Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal	10,4 por 1.000	10,6 por 1.000	10,9 por 1.000
4.2	Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años	25,2%	23,5%	21,4%
4.3	Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años	8,0 por 100.000	8,7 por 100.00	10,2 por 100.000
4.4	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años	25,8 por 1.000	23,7 por 1.000	22,9 por 1.000
4.5	Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir un 40% la tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo	7,6 por 100.00	6,6 por 100.000	4,6 por 100.000

4.6	Enfermedades Profesionales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales	Disminuir un 30% la tasa anual proyectada de licencia por incapacidad laboral por enfermedad profesional de causa músculoesquelética de extremidad superior en población protegida por la Ley 16.744	11,2 por 100.000	11,6 por 100.000	12,5 por 100.000
4.7	Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control	Línea de Base 2012	-3,3 %	-10,0%
4.8	Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	35,3 puntos	33,5 puntos	31,8 puntos

Es importante el control dentro de las primeras 14 semanas, por lo que se realizan horas protegidas por matronas para estos fines, además se resguardan los controles mes a mes dentro de las agendas y se da un control con médico en caso de requerirlo. Los controles prenatales han permanecido en su calidad de presencial.

Los controles de niño y las evaluaciones de desarrollo psicomotor son necesarios para evitar el rezago, por lo que se cuenta con todo el equipo de enfermería para las evaluaciones, además de contar con una enfermera del programa Chile crece contigo y una educadora que trabaja con los niños y niñas en aquellas habilidades que estén bajo el nivel de desarrollo esperando para su edad.

Objetivo Estratégico 5: Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
5.1	Inequidad y Posición Social	Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de autopercepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años	0,31 puntos	0,30 puntos	0,28 puntos
5.2	Inequidad y Ubicación Geográfica	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Potencial Perdidos de las comunas priorizadas (1)	92,1 por 1.000	84,4 por 1.000	69,1 por 1.000

A través del trabajo en alianza con la municipalidad, es posible atender las diferentes necesidades de nuestros usuarios con derivación a los distintos programas municipales como programa de vivienda, ayuda social, oficina del adulto mayor, etc.

Existen 2 equipos de rondas médicas, la ronda medica 1, está conformada por médico, enfermero, nutricionista, matrona y 2 auxiliares de farmacia, y la ronda medica 2, conformada por médico, psicólogo, kinesiólogo, trabajadora social, y podólogo los cuales se distribuyen según un calendario de rondas en las distintas postas de salud rural y estaciones medico rurales de la comuna. Además, existe un horario protegido para dar hora de morbilidad en CESFAM para este grupo prioritario, y así tener hora en el día si así lo requieren.

Objetivo Estratégico 6: Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de seguridad e inocuidad de los alimentos

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
6.1	Contaminación Atmosférica	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado*	23,4 por 1.000 días-ciudad	19,5 por 1.000 días-ciudad	11,7 por 1.000 días-ciudad
			Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados**	Línea de Base 2013	-3,3%	-10,0%
6.2	Residuos Sólidos	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar 150% la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios	30,1%	50,0%	75,3%
6.3	Uso de Aguas	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servida	0,0%	35,0%	50,0%
6.4	Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.	1,13 por 100.000	1,09 por 100.000	1,02 por 100.000
6.5	Entorno Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% el porcentaje de comunas seleccionadas*** cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera recomendación de Organización Mundial de la Salud	8,1%	8,6%	9,7%

Durante el año 2018, se creó la oficina del medio ambiente, contratando a profesionales expertos en el área, los cuales han gestionado distintas estrategias en favor de mejorar el impacto ocasionado por la contaminación en la comuna.

Se está trabajando para obtener la Certificación intermedia, implica desarrollo de planes, diseño de sistemas y puesta en funcionamiento de proyector pilotos en el área de reciclaje, gestión hídrica y energética; la puesta en marcha de la estrategia y la línea estratégica comprometida; el funcionamiento permanente del comité ambiental comunal y comité ambiental municipal; diseño de sistemas de participación ciudadana y ordenanzas ambientales.

Objetivo Estratégico 7: Fortalecer la institucionalidad del sector salud

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
7.1	Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos (1) que tributan al repositorio nacional de información	0 procesos	5 procesos	13 procesos
7.2	Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas (2) por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso	0,0%	30,0%	50,0%
7.3	Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada (3)	Línea de base 2012	+8,0%	+20,0%
			Aumentar a 35% la proporción de Servicios de Salud cuyos Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	16,1%	35,0%
			Aumentar a 44% la proporción de Servicios de Salud cuyas Unidades de Paciente Crítico de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	35,1%	44,0%
7.4	Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud	34,4%	32,1%	27,5%
			Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno	41,4%	58,6%	100,0%

7.5	Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales
			Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 centros	75 centros	150 centros
7.6	Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos	No disponible	25,0%	100,0%
			Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos, y articulación de procesos de planificación	0,0%	25,0%	100,0%
7.7	Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud	Línea de base 2012	50,0%	80,0%
7.8	Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener en 75% la proporción de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional	76,9%	>75,0%	>75,0%

Si bien el objetivo estratégico habla del servicio de urgencias y de alta complejidad, es importante mantener una relación de dotación-usuarios, acorde para lograr un buen funcionamiento del servicio. Es por eso, que para el año 2021 se han solicitado varios cargos profesionales, técnicos y administrativos, lo que amplía la cantidad de prestaciones otorgadas a nuestros usuarios permitiendo tener mayor acceso a la salud, lo que se condice con la adecuación a CESFAM de nuestro mayor centro de salud.

Objetivo Estratégico 8: Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas

TEMA		OBJETIVO	META	2010	2015	2020
8.1	Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas*	21%	52%	90%
8.2	Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención	2,1%	50%	100%
8.3	Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas*	0,0%	30%	90%
			Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad	0,0%	30%	90%
8.4	Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	18,3%	16,5%	12,8%
			Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	26,6%	23,9%	18,6%

Actualmente se trabaja en procesos de calidad, para un futuro poder empezar con el proceso de acreditación. También cada 6 meses se realizan encuestas de satisfacción usuaria internas para mejorar los procesos.

Objetivo Estratégico 9: Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020	
9.1	Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Proporción de instituciones de salud* con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados	0	50%	90%
			Número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales

Actividades a realizar por programa según plan Paso a Paso

Según la fase en la cual se encuentre la comuna, serán determinadas las acciones y le tipo de modalidad de la entrega de las prestaciones, todo según los protocolos y medidas de seguridad adecuadas.

Programa de salud sexual y reproductiva

PRESTACIÓN		PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
Acciones	Control preconcepcional				P	P
	Ingreso a control prenatal	P	P	P	P	P
	Control prenatal	P	P	P	P	P
	Seguimiento prenatal	R	R	R	R	R
	Inmunización en gestante	P	P	P	P	P
	Ecografía obstétrica	P	P	P	P	P
	Talleres prenatales			P- R	P- R	P- R
	Visita domiciliaria Integral a gestantes con 3 o más factores de riesgo	P	P	P	P	P

Perinatales	Consulta de morbilidad Obstétrica	P	P	P	P	P
	Control de diada	P	P	P	P	P
Acciones salud sexual y reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva			P- R	P- R	P- R
	Ingreso a control de regulación de fecundidad	P	P	P	P	P
	Control de regulación de fecundidad			P	P	P
	Seguimiento de regulación de fecundidad	R	R	R	R	R
	Consulta anticoncepción de emergencia	P	P	P	P	P
	Control ginecológico preventivo (considera toma de PAP y mamografía)			P	P	P
	Consulta por infección de transmisión sexual VIH/SIDA	P	P	P	P	P
Consulta de morbilidad Ginecológica	P	P	P	P	P	
Acciones Climaterio	Ingreso a control de climaterio			P	P	P
	Control de climaterio			P	P	P
Acciones Nutricionales	Consulta nutricional en el proceso reproductivo			P- R*	P- R*	P- R*
	Consulta nutricional para la mujer no gestante (grupal)			R	R	P- R
Acciones Prog. Elige Vida Sana	Evaluación de la condición psicológica de gestantes y mujeres post parto con sobrepeso y obesidad para ingreso al Programa Elige Vida Sana o evaluación de seis meses de intervención			P- R	P- R	P- R
	Evaluación de la condición física de gestantes y mujeres post parto con sobrepeso y obesidad para ingreso al Programa Elige Vida Sana o evaluación de seis meses de intervención			P- R	P- R	P- R
	Evaluación de la condición nutricional, de gestantes y mujeres post parto con sobrepeso y obesidad para ingreso al Programa Elige Vida Sana o evaluación de seis meses de intervención			P	P	P
	Círculo de vida sana y sesiones de act. Física del Programa Elige Vida Sana	R	R	P- R	P- R	P- R
GES Odontológico Gestantes	Atención odontológica integral de la embarazada, fase de diagnóstico	R (Solo educación)	R (Solo educación)	P	P	P
	Atención odontológica integral de la embarazada, fase de tratamiento				P	P
Acciones	Acciones prioritarias de salud mental (Seguimiento, derivación al programa de casos con riesgo de salud mental detectados)	P- R	P- R	P- R	P- R	P- R

Prog. Salud mental						
Acciones preventivas	Test rápido VIH	P	P	P	P	P
	PAP	P	P	P	P	P
	Mamografía	P	P	P	P	P
	Educación para la salud	R	R	R	P- R	P- R
	EMP					P

PROGRAMA ODONTOLÓGICO

PRESTACIÓN	PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
Urgencia Odontológica *	P	P	P	P	P
Control odontológico/consulta odontológica preventiva (examen de salud, educación, aplicación fluoración tópica, aplicación sellantes, etc.	R (Pauta y educación)	R (Pauta y educación)	P	P	P
Consulta de morbilidad/ tratamiento odontológico				P	P
Atención odontológica integral (Fases de la atención que incluyen diagnóstico, medidas preventivas y tratamientos sin generación de aerosol: Examen de salud, entrega kit de higiene, educación, aplicación fluoración tópica, aplicación sellantes, exodoncia simple, etc. Se priorizan GES	R (Educación)	R (Educación)	P	P	P
Atención odontológica integral (Fases de la atención que incluye tratamiento con generación de aerosol: restauraciones, pulido coronario, destartraje, etc). Se priorizan GES				P	P
Porcentaje de prestaciones disponibles	20%	20%	60%	100%	100%

PROGRAMA DE PERSONAS MAYORES

PRESTACIÓN		PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
CONTROLES DESALUD	EMPAM (Priorizar personas mayores sin redes de apoyo y aquellos cuyo último EMPAM, esté con riesgo de dependencia).			P (domicilio)	P	P
	Control integrado para personas mayores con condiciones crónicas (Hipotiroidismo, epilepsia, artrosis, otras).	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P	P
	Seguimiento telefónico para personas con condiciones crónicas, incluye seguimiento remoto para grupos de mayor riesgo por Estrategia de Cuidado Integral (incluye salud mental).	R	R	R	R	R
ACOMPañA-MIENTO YSEGUIMIENTO	Seguimiento remoto a todas aquellas personas mayores sin redes de apoyo y/o que vivan solas.	R	R	R	R	R
	Articulación de ayudas sociales con el intersector para personas mayores, en caso de ser requeridas.	R	R	R	R	R
CONSULTAS	Consulta Morbilidad.	R-P	R-P	R-P	R-P	P
DEPENDENCIA SEVERA	1° Visita domiciliaria integral: ingresos		P	P	P	P
	2° Visita domiciliaria integral		P	P	P	P
	Aplicación Escala Zarit		P-R	P-R	P-R	P
	Visitas domiciliarias de seguimiento		P	P	P	P
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN	Ingresos Rehabilitación Integral	P	P	P	P	P
	Sesiones de Rehabilitación Integral	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P	R-P
	Evaluaciones Intermedias de Rehabilitación	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P	R-P
	Ayudas Técnicas	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P	P
PROGRAMA ERA	Atención ERA personas de mayor riesgo: Control Crónico con Patología severas o con mal control. Consulta. Ingreso. Tratamiento exacerbación ERA.	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P	P
	Atención ERA, personas de riesgo moderado y leve: Control Crónico con Patología moderada y leve controlada. Ingreso.				P (domicilio)	P (domicilio)
	Sesiones kinesioterapia respiratoria	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P*

	Espirometría de Control y de ingreso en el Paso 5 con medidas de bioseguridad.					P
	Prestaciones rehabilitación pulmonar. Incluye nueva prestación Elaboración plan de ejercicios y seguimiento.				R	P-R
PROGRAMA OXÍGENO AMBULATORIO- ASISTENCIA VENTILATORIA	Atención Programa oxígeno domiciliario y AVNIA-AVIA, incluye visitas domiciliarias de ingreso y visitas domiciliarias de seguimiento	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	P	P
PROCEDIMIENTOS	Curación avanzada	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)
	Exámenes de laboratorio, priorizados, toma de muestra en domicilio.	P	P	P	P	P
	Exámenes de laboratorio, priorizados, toma de muestra en establecimiento de salud.				P	P
FÁRMACOS Y PACAM	Entrega domiciliaria de fármacos para personas en condiciones crónicas y entrega de PACAM para personas de 70 y más años.	P	P	P	P	P
	Entrega en Centro de Salud: entrega de fármacos y PACAM para personas menores de 70 años.					P
PNI	Vacunación Influenza, para personas mayores y dependientes severos y sus cuidadores	P	P	P	P	P
	Vacunación neumocócica, personas de 65 años	P	P	P	P	P
ELEAM	Entrega de fármacos y PACAM en Establecimiento de larga estadía.		P	P	P	P
	Seguimiento remoto de condición sanitaria de funcionarios y residentes.	R	R	R	R	R
	Visitas domiciliarias para procedimientos y tratamientos requeridos en ELEAM.		P	P	P	P
	Visitas domiciliarias Integrales o de seguimiento a pacientes del programa de dependencia severa institucionalizados.		P	P	P	P
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Programa Más Adulto Mayor Autovalente. Incluye ingresos, egresos, talleres, capacitación Líderes y planes intersectoriales	R	R	R	R	P

PROGRAMA DE INFANCIA

PRESTACIÓN		PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE 0 A 6 MESES DE VIDA	Control diada	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P	P	P
	Control médico 1º y 3º mes	P	P	P	P	P
	Control enfermera 2º, 4º, y 6º mes	P	P	P	P	P
	Consulta nutricionista 5º mes	P	P	P	P	P
	Radiografía de pelvis (GES DLC) al 3º mes	P	P	P	P	P
	Controles de salud integral de 7 a 24 meses				P	P
	Control de salud integral hasta los 9 años					P
	Control de salud en establecimientos educacionales					P*
NANEAS	NANEAS -Control de Salud	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P	P
	NANEAS - Seguimiento de salud mayores 6 meses	R	R	R	R	R
	NANEAS - Visita domiciliaria en caso necesario	P	P	P	P	P
SENAME	Control de salud integral de 0 a 9 años pertenecientes a SENAME de carácter presencial en residencia				p*	p*
LACTANCIA MATERNA	Clínicas de lactancia 0 a 6 meses	P	P	P	P	P
	Clínicas de lactancia mayores de 6 meses	P	P	P	P	P
	Consejerías de lactancia materna	R	R	R	R	R
CONSULTAS	Consulta de morbilidad	P	P	P	P	P
	Primera consulta por malnutrición por déficit o por exceso	P	P	P	P	P

	Seguimiento por malnutrición por déficit o por exceso	R	R	R	R	R
	Consulta nutricional de los 3 años 6 meses	R	R	R	P	P
EVALUACIÓN EEDP	Primera Evaluación			P	P	P
	Reevaluaciones			P	P	P
MADIS	Planes de intervención/estimulación en MADIS	R	R	R	P - R	P - R
TALLERES EDUCATIVOS	Talleres de promoción del Desarrollo Motor y Lenguaje	R	R	R	R	R
	Talleres Nadie Es Perfecto	R	R	R	R	R
	Talleres educativos (habilidades parentales, otros)	R	R	R	R	R
VDI	VDI a niños con déficit DSM (Priorizar niños/as con alto riesgo biopsicosocial)				P	P
	VDI a niños(as) con Score de riesgo de morir por neumonía (Grave: mayor o igual a 10 puntos)				P	P
PROGRAMA ELIGE VIDA SANA	Evaluación presencial individual de la condición nutricional, física y psicológica de niños y niñas con sobrepeso y obesidad para ingreso al programa o evaluación de seis meses de intervención	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P	P	P
	Consulta nutricional de seguimiento	R	R	R	P-R	P - R
	Consulta psicológica de seguimiento	R	R	R	P-R	P - R
	Círculos de vida sana y sesiones de actividad física del Programa Elige Vida Sana	R	R	R	P	P
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN	Ingresos Rehabilitación Integral	P	P	P	P	P
	Sesiones de Rehabilitación Integral	R-P (Domicilio)	R-P (Domicilio)	R-P (Domicilio)	R-P	R - P
	Evaluaciones Intermedias de Rehabilitación	R-P (Domicilio)	R-P (Domicilio)	R-P (Domicilio)	R-P	R - P
	Ayudas Técnicas	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P	P
PROGRAMA IRA	Atención IRA personas de mayor riesgo: Control Crónico con Patología	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P	P

	severas o con mal control. Consulta. Ingreso. Tratamiento exacerbación IRA.					
	Atención IRA personas de riesgo moderado y leve: Control Crónico con Patología moderada y leve controlada. Ingreso.				P	P
	Sesiones Kinesioterapia Respiratoria	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P
	Espirometría de Control y de Ingreso en el Paso 5 con medidas de bioseguridad.					P
PROGRAMA OXIGENO AMBULATORIO -ASISTENCIA VENTILATORIA	Atención Programa Oxígeno Domiciliario y AVNI-AVI. Incluye Visitas domiciliaria ingreso y Visita domiciliaria de seguimiento	R-P (Domicilio)	R-P		R-P (Domicilio)	R - P
SALUD MENTAL INFANTIL	Ingreso a Programa Salud Mental	P-R	P-R	P-R	P-R	P
	Control Programa Salud Mental	P-R	P-R	P-R	P-R	P - R
	Atención niños y niñas con alto riesgo psicosocial de conducta suicida y de mayor afectación por situación COVID-19	R	P	P	P	P
PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS	Ingreso GES Salud oral integral de niños y niñas 6 años	R	R	P	P	P
	Control CERO 6 meses (coincidir con control sano el mismo día)	R	R	P	P	P
PNI	PNI	P	P	P	P	P
PNAC	PNAC	P	P	P	P	P
ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	Visita/ consulta por médico, por enfermera, matrona, nutricionista o kinesiólogo.	P	P	P	P	P
	Control o educación, por enfermera, matrona, nutricionista o psicólogo.	P-R	P-R	P-R	P-R	P - R
	Realización de exámenes de laboratorio o Radiografía y procedimientos.	P	P	P	P	P
	Entrega de fármacos para el alivio del dolor	P	P	P	P	P

PROGRAMA DE ADOLESCENCIA

PRESTACIÓN	PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
Control de Salud Integral a adolescentes que pertenecen a programas residenciales de SENAME	P	P	P	P	P
Seguimiento del control de Salud Integral	R	R	R	R - P	R-P
Consulta de salud mental				P - R	P
Control crónico (DMII-Epilepsia-Asma)	R	R	P	P	P
Ingreso y control prenatal	P- R	P- R	P- R	P - R	P- R
Educación prenatal			P- R	P - R	P- R
Consejería en salud sexual y reproductiva			P- R	P - R	P- R
Control de regulación de fecundidad	P- R*	P- R*	P- R*	P- R*	P- R*
Consulta anticoncepción de emergencia	P	P	P	P	P
Consulta de morbilidad Obstétrica y Ginecológica	P	P	P	P	P
Consulta por infección de transmisión sexual VIH y SIDA	P	P	P	P	P
Consulta odontológica preventiva con educación individual e instrucción de higiene	R	R	R	P	P
Educación Grupal	R	R	R	R	P
Consulta Nutricional	R	R	R	P	P
Evaluación condición nutricional, física y psicológica de adolescentes con sobrepeso y obesidad para ingreso al Programa Elige Vida Sana o evaluación de seis meses de intervención.	R	R	R	P	P
Circulo de vida sana y sesiones de actividad física Programa Elige Vida Sana	R	R	R	R	P

Prevención Psicosocial	R	R	R	R - P	P
Visita Domiciliaria Integral	P	P	P	P	P
Talleres, actividades de promoción o participación juvenil (consejos consultivos de jóvenes)	R	R	R	R	P
Ingresos Rehabilitación Integral	P	P	P	P	P
Sesiones de Rehabilitación Integral	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R - P	R-P
Evaluaciones Intermedias de Rehabilitación Integral	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R - P	R-P
Ayudas Técnicas	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P	P
Atención IRA personas de mayor riesgo: Control Crónico con Patología severas o con mal control. Consulta. Ingreso. Tratamiento exacerbación IRA.	P	P	P	P	P
Atención IRA personas de riesgo moderado y leve: Control Crónico con Patología moderada y leve controlada. Ingreso.				P	P
Sesiones Kinesiterapia Respiratoria	p*	p*	p*	P *	P
Espirometría de Control y de Ingreso en el Paso 5 con medidas de bioseguridad					P
Atención Programa Oxígeno Domiciliario y AVNI-AVI. Incluye Visitas domiciliaria ingreso y Visita domiciliaria de Seguimiento.	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	P	P
Alivio del dolor y cuidados paliativos: Visita/ consulta por médico, por enfermera, matrona, nutricionista o kinesiólogo.	P	P	P	P	P
Alivio del dolor y cuidados paliativos: Control o educación, por enfermera, matrona, nutricionista o psicólogo.	P-R	P-R	P-R	P-R	P-R
Alivio del dolor y cuidados paliativos: Realización de exámenes de laboratorio o Radiografía y procedimientos.	P	P	P	P	P
Alivio del dolor y cuidados paliativos: Entrega de fármacos para el alivio del dolor	P	P	P	P	P

PROGRAMA DE SALUD MENTAL

PROGRAMA	PRESTACIÓN	PAS O 1	PAS O 2	PAS O 3	PAS O 4	PAS O 5
Salud Mental y P. SENAME	Ingreso al programa Salud Mental	R/P	R/P	R/P	R/P	P
Salud Mental y P. SENAME	Consulta Salud Mental	R/P	R/P	R/P	R/P	R/P
Salud Mental y P. SENAME	Seguimiento Salud Mental	R	R	R	R	R
Salud Mental y P. SENAME	Control Salud Mental	R/P	R/P	R/P	R/P	R/P
Salud Mental, P. SENAME, PASMI y P. Acompañamiento Psicosocial enAPS	Intervención Psicosocial grupal	R	R	R	R	R/P
Salud Mental, Programa Acompañamiento Psicosocial, PASMI y P. SENAME	Consultorías de Salud Mental	R	R/P	R/P	R/P	R/P
Programa Acompañamiento Psicosocial	Consulta de Ingreso al programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	R/P	R/P	R/P	R/P	P
Programa Acompañamiento	Reuniones de Coordinación sectorial, intersectorial y Comunitarias	R	R/P	R/P	R/P	R/P
Psicosocial, Salud Mental, PASMI y P. SENAME						
Prog. Acompañamiento psicosocial	Visitas Integrales del programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	P	P	P	P	P
	Visita Establecimiento educacional Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	N/A	N/A	N/A	N/A	P
	Acciones telefónicas del Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	R	R	R	R	R
Salud Mental, Programa Acompañamiento Psicosocial, PASMI y P. SENAME	Atención a NNAJ con alto riesgo Psicosocial, de conducta suicida y de mayor afectación, por situación de COVID- 19	R	P	P	P	P
Salud Mental y P. SENAME	Ingresos con evaluación diagnóstica integral (EDI) de salud mental	P	P	P	P	P

Salud Mental, PASMI, P.	Elaboración PCI – Plan de	R	R/P	R/P	R/P	R/P
SENAME y	Acompañamiento					
Acompañamiento						
psicosocial						
PASMI	Ingreso al Programa Apoyo a la Salud Mental Infantil	R/P	R/P	R/P	R/P	P
	Control de Salud Mental y Evaluación Diagnóstica a Población de alto riesgo programa Apoyo a la Salud Mental Infantil	P	P	P	P	P
	Control de Salud Mental Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	R	R	R	P	P
	Evaluación Diagnóstica Integral (EDI) Programa Salud Mental Infantil	R	P	P	P	P
	Seguimiento Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	R	R	R	R	R
	Taller Nadie es Perfecto Conducta Programa de Apoyo a la Salud Mental infantil	N/A	R	R	P/R	P
	Visita Establecimiento educacional Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	N/A	N/A	N/A	N/A	P
P. SENAME, Salud Mental y PASMI	Controles y atenciones de Salud Integral a NNAJ pertenecientes a Programas residenciales de SENAME	P	P	P	P	P
Transversal a todos los programas por ciclo vital	Talleres Promocionales y Preventivos de Salud Mental	R	R	R	R	R/P
Programa DIR	Tamizajes, intervención Breve y Referencia asistida en Alcohol, tabaco y otras Drogas (Programa DIR)	R	R/P	R/P	R/P	R/P
SALUD MENTAL	Tamizajes de Salud mental	R	R/P	R/P	R/P	R/P

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

PRESTACIÓN		PAS O 1	PAS O 2	PAS O 3	PAS O 4	PAS O 5
Estratificación según Riesgo	Revisión clínica documental	R	R	R	R	R
	Triage telefónico (alto riesgo crítico, alto riesgo no crítico, moderado y bajo riesgo)	R	R	R	R	R

	Realización exámenes (comprende ECG)	P	P	P	P	P
	Clasificación según riesgo	R	R	R	R	R
Ingreso PSCV	Exámenes de ingreso	P	P	P	P	P
	Consulta médica de ingreso	P	P	P	P	P
	Talleres (5) de automanejo PSCV	R	R	R	R	P
Alto Riesgo Crítico*	Control profesional enfermería	P	P	P	P	P
	Control profesional nutricionista	P	P	P	P	P
	Control médico	P	P	P	P	P
	Consulta de salud mental	R	R	R	R	P
	Atención farmacéutica QF				R	P
	Seguimiento farmacoterapéutico	R	R	R	R	R
	Acción de seguimiento por médico, enfermera, nutricionista	R	R	R	R	R
	Actividad física PSCV	R	R	R	R	R
	Curación avanzada de pie DM	P	P	P	P	P
	Atención podológica	R	R	R	P	P
	Inicio terapia insulínica	P	P	P	P	P
	Educación ingreso Programa automonitoreo DM2	R	R	P	P	P
	Fondo de ojo en personas DM - Retinografía				P	P
	Visita domiciliaria integral			P	P	P
	Entrega domiciliaria de fármacos	P	P	P		
	Entrega de fármacos en establecimiento				P	P
	Entrega PACAM en domicilio para personas AM	P	P	P		
	Entrega PACAM en establecimiento				P	P
Alto Riesgo NoCrítico**	Control profesional enfermería	P	P	P	P	P
	Control profesional nutricionista			P	P	P
	Control médico	P	P	P	P	P
	Consulta de salud mental	R	R	R	R	P
	Atención farmacéutica QF				R	P
	Seguimiento farmacoterapéutico	R	R	R	R	R
	Acción de seguimiento por médico, enfermera, nutricionista	R	R	R	R	R
	Actividad física PSCV	R	R	R	R	P
	Curación avanzada de pie DM	P	P	P	P	P
	Atención podológica	R	R	R	P	P
	Inicio terapia insulínica	P	P	P	P	P
	Educación ingreso Programa automonitoreo DM2	R	R	P	P	P
	Fondo de ojo en personas DM - Retinografía			P	P	P
	Visita domiciliaria integral					P
	Entrega domiciliaria de fármacos	P	P	P		

	Entrega de fármacos en establecimiento				P	P
	Entrega PACAM en domicilio para personas AM	P	P	P		
	Entrega PACAM en establecimiento				P	P
Moderado y Bajo Riesgo***	Control profesional enfermería					P
	Control profesional nutricionista					P
	Control médico					P
	Actividad física PSCV	R	R	R	P	P
	Acción de seguimiento por médico, enfermera, nutricionista	R	R	R	R	R
	Atención podológica	R	R	R	R	P
	Fondo de ojo en personas DM - Retinografía			P	P	P
	Entrega domiciliaria de fármacos	P	P			
	Entrega de fármacos en establecimiento			P	P	P
	Entrega PACAM en domicilio para personas AM	P	P			
	Entrega PACAM en establecimiento			P	P	P
Inmunizaciones	Vacuna antiinfluenza	P	P	P	P	P
	Vacuna neumocócica ≥65 años	P	P	P	P	P
	Vacunación HpB (ERC Et.4 y 5) (Doble dosis)	P	P	P	P	P
HEARTS	Consulta de seguimiento de enfermería	R	R	R	R	R
	Medición de signos vitales en domicilio por TENS			P	P	P
	Realización exámenes			P	P	P
MAPA	Consulta enfermería con instalación equipo y educación				P	P
	Procedimiento de retiro equipo y envío a informe				P	P
	Consulta de ajuste terapéutico				R	R
EMP en población CV	EMP en <65 años				P	P
	EMPAM				P	P
Continuidad de la Atención	VDI	P	P	P	P	P
	Consulta prevención secundaria antes de 7 días	R	R	R	R	R
	Rehabilitación integral	R	R	P	P	P
	Entrega de ayudas técnicas con educación	P	P	P	P	P
	Acciones de seguimiento remoto	R	R	R	R	R
	Educación usuario y familia	R	R	R	P	P

PROGRAMA DE EPILEPSIA

PRESTACIÓN		PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
Infantil (< 10 años)	Control Crónico epilepsia	R	R	P	P	P
Adolescente (10 - 19 años)	Control Crónico epilepsia	R	R	P	P	P
Adultos y Adultos Mayores (>20 años)	Atención integrada para personas sin riesgo cardiovascular, con condiciones crónicas no CV en Cefam, domicilio u otro lugar (incluye ingresos y controles)			P	P	P
	Seguimiento telefónico para personas con condiciones crónicas	R	R	R	R	R

PROGRAMAS RESPIRATORIOS

PRESTACIÓN		PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
PROGRAMA ERA	Atención ERA personas de mayor riesgo: Control Crónico con Patología severas o con mal control. Consulta. Ingreso. Tratamiento exacerbación ERA.	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P	P
	Atención ERA, personas de riesgo moderado y leve: Control Crónico con Patología moderada y leve controlada. Ingreso.				P (Domicilio)	P (Domicilio)
	Sesiones kinesioterapia respiratoria	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P*
	Espirometría de Control y de ingreso en el Paso 5 con medidas de bioseguridad.					P
	Prestaciones rehabilitación pulmonar. Incluye nueva prestación Elaboración plan de ejercicios y seguimiento.				R	P-R

PROGRAMA IRA	Atención IRA personas de mayor riesgo: Control Crónico con Patología severas o con mal control. Consulta. Ingreso. Tratamiento exacerbación IRA.	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P	P
	Atención IRA personas de riesgo moderado y leve: Control Crónico con Patología moderada y leve controlada. Ingreso.				P	P
	Sesiones Kinesioterapia Respiratoria	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P (Domicilio)	P
	Espirometría de Control y de Ingreso en el Paso 5 con medidas de bioseguridad.					P
PROGRAMA OXÍGENO AMBULATORIO- ASISTENCIA VENTILATORIA	Atención Programa oxígeno domiciliario, AVNI-AVI y AVNIA-AVIA, incluye visitas domiciliarias de ingreso presencial en domicilio y visitas domiciliarias de seguimiento remoto y/o presencial.	R-P (Domicilio)	R-P (Domicilio)	R-P (Domicilio)	P	P

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

PRESTACIÓN		PASO 1	PASO 2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL	Ingresos a Rehabilitación	P	P	P	P	P
	Sesiones de Rehabilitación	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P	R-P
	Evaluaciones Intermedias de Rehabilitación	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P	R-P
	Educaciones	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P (domicilio)	R-P
	Ayudas Técnicas	P (domicilio)	P (domicilio)	P (domicilio)	P	P
	IVADEC				P	P

RENDIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES

PRESTACIÓN	PRESENCIA L	REMOT O
Consultas (Excluye Salud Mental)	30 min	30 min
Consulta Ingreso Salud Mental (Médico) y de Crónico Integral	45 – 60 min	30 min
Consulta Salud Mental (profesionales no médicos)	40 min	30 min
Consulta de Ingreso Programa Respiratorio	40 min	No aplica
Consulta Atención Urgencia Odontológica	40 min	No aplica
Consulta Odontológica Preventiva/Control odontológico	30 min	20 min
Consulta de Morbilidad / Tratamiento Odontológica	60 min	60 min
Controles de Salud Ciclo Vital	45 min	No aplica
Controles según problemas de salud (crónicos). Incluye multimorbilidad*	45 – 60 min	No aplica
Control Salud Mental (Médicos y Profesionales No médicos)	45 min	30 min
Sesiones de kinesioterapia respiratoria	30 min	No aplica
Ingreso de rehabilitación	60 min	No aplica
Sesiones de Rehabilitación	40 min	30 min
Evaluación intermedia de rehabilitación	60 min	30 min
Atención Domiciliaria (Visita Domiciliaria Integral)	60 min	No aplica

Atención Domiciliaria (Visita con fines de procedimiento y/o tratamiento)	30 min	No aplica
Rehabilitación Pulmonar	100 min	No aplica
Ayuda Técnica	40 – 60 min	No aplica
IVADEC	60 min	No aplica
Gestión Plan ACV	60 min	60 min
Teleconsultas (incluye odontológica)	No aplica	20 - 30 min

PAUTA DE MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Ya desde el año 2015, se viene trabajando con la nueva pauta del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (MAIS). Este modelo se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio físico, social y cultural”



Cabe destacar que todos los centros (CESFAM, CECOSF y Postas Rurales) hacen uso de esta pauta, modificando La pauta MAIS, trabaja con 9 ejes fundamentales. A partir del año 2018, no sólo se evalúa a CESFAM y CECOSF sino también se han ido agregando postas rurales, en este caso Comuy, Mahuidanche y Puraquina.

Durante el año 2020, las actividades relacionadas a salud familiar, se han visto afectadas, ya que como centro de salud, la prioridad ha sido seguir los lineamientos en cuanto a la pandemia, sin embargo se hace imperioso plantear el desafío de retomar las visitas domiciliarias integrales, pautas de riesgo, planes de acompañamiento familiar y otras instancias vistas desde un punto de vista integral. Desde este punto de vista se hace prioritario mantener los equipos de cabecera y el vínculo que existe entre éste y las familias.

PLAN DE ACCIÓN SALUD 2020

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer la Salud Municipal colocando énfasis en la calidad y el modelo de salud familiar ,orientando los recursos a la acreditación en salud , mejorando el acceso de la atención y garantizando una atención oportuna y con alto estándares de calidad, con profesionales y funcionarios capacitados en el modelo de salud familiar y calidad, avanzando en estrategias donde se da énfasis a la prevención de ENTS , utilizando además la gestión en Red elaborando el plan de salud en relación a las metas IAAPS Y metas nacionales de la década 2010-2020.

Salud Rural Infraestructura

establecimiento	calidad	brecha	Meta 2021
Posta galpones	Se han realizado trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • cambio de techo • pintura externa interna del establecimiento • instalación piso cerámico 		
Posta Comuy	Se han realizado trabajo al interior y contorno de la posta	Mejorar condiciones de infraestructura ejemplo cambio de techo pintura interior y exterior	Incorporar en el presupuesto de mantención en infraestructura
Posta Mahuidanche	Se han realizado trabajo: <ul style="list-style-type: none"> • cambio de techo 	Pintura exterior - interior	Incorporar en el presupuesto de

	<ul style="list-style-type: none"> • habilitación de farmacia 		mantención de infraestructura
Posta Millahuin	Posta en buenas condiciones construida en 2015	Pintura exterior y interior	Incorporar en el presupuesto de mantención de infraestructura
Posta Puraquina	Posta en buenas condiciones construida en año 2010 y comenzó a funcionar abierta al público año 2011	Pintura exterior - interior del establecimiento. Presenta gotera en baño de hombre, sala de aseo y cocina	Incorporar en el presupuesto de mantención de infraestructura
Posta Polul	Es una de las posta que no se han realizado trabajo	Mejorar condiciones de infraestructura ejemplo cambio de techo pintura interior y exterior	Incorporar en el presupuesto de mantención de infraestructura

Mobilización:

2020	Meta 2021
<ul style="list-style-type: none"> • 2 furgones para traslado de equipo de ronda uno y dos las respectivas postas.- 	Posta millahuin Incorporar en el presupuesto monto para la compra de 1 Jeep todo terreno dado que es una necesidad de la población, por el creciente aumento de personas con algún grado de discapacidad para efectuar la atención en domicilio, siendo además ésta una acción

<ul style="list-style-type: none"> • Posta Comuy y mahuidanche Cuentan con jeep todo terreno.- 	sanitaria evaluada tanto como una meta a través de los IAAPS y Programa de Postrados
---	--

Atención en posta:

2020	2021	Equipo transversal 2021	Brecha 2021
Equipo 1: conductor, medico, matrona, nutricionista, enfermero y dos tens de farmacia	Sectorizar Camino Villarrica: equipo cabecera; Medico, conductor un tens de farmacia	Matrona, nutricionista, podóloga, kinesióloga, psicóloga y asistente social	Enfermero para sector camino Villarrica Para sector camino tolten sin brecha en área funcionaria.-
Equipo 2: conductor, Medico, kinesióloga, Psicóloga, Podóloga y Asistente Social	Sectorizar Camino Tolten equipo cabecera; Medico, conductor, un tens de farmacia y enfermero		

Desafíos Programa Elige Vida Sana 2021

Para el año 2021 y esperando que situación a nivel país con respecto a la pandemia se normalice, lo principales desafíos para el programa corresponden a:

1. Retomar funcionamiento normal del programa de forma presencial, reactivando los talleres grupales.
2. Reforzar actividades de promoción y prevención de ECNT, en establecimientos educacionales.
3. Reforzar actividades de promoción y prevención de ECNT, en cedes vecinales y agrupaciones comunales.

4. Mantener Visitas Domiciliarias de usuarios menores de 18 años para la atención y consejería familiar en el proceso de cambio de hábitos.
5. Mantener uso de RRSS para la promoción y prevención de la salud en la comuna.
6. Reforzar trabajo en red con el intersector.

Brechas para el año 2021

- Ejecución de saldos PRAAPS 2020 no ejecutados por la pandemia COVID-19, sujeto a ley de presupuesto, la que podría implicar el traspaso de fondos pendientes para ejecutar el año 2021 los saldos pendientes a modo de dar la atención de las prestaciones destinadas a la población objetivo de cada componente.
- Evaluación del impacto sanitario en la salud oral de la población, para determinar en base a antecedentes estadísticos los rendimientos requeridos para el cumplimiento de las metas y objetivos planteados.
- Redefinir estrategias de atención odontológica en respuesta al impacto sanitario y en consideración de los nuevos lineamientos y rendimientos establecidos en contexto de pandemia.
- Estrategias para ejecución de actividades odontológicas electivas en contexto pandemia en caso de mantenerse la contingencia actual. Las prestaciones de promoción y educación serán realizadas mediante capsulas educativas en video digital y entregadas por vía remota mediante el uso de medios como WhatsApp. Las actividades preventivas y recuperativas integrales serán realizadas priorizando los grupos etarios según impacto sanitario entregando primero prestaciones dentales de Urgencia, atenciones integrales de pacientes embarazadas, atención integral de niños de 6 años (GES), atención integral de menores de 19 años y por último la población restante.

Brechas Programa Salud Mental

Si tenemos como propósito que el plan nacional de salud mental pretende: Contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, es que podemos incluir algunas brechas como:

1. Falta tiempo de tiempo y espacio para la coordinación del trabajo local como internodal. Para ello, se bloquearán horas asignadas a jefaturas de programa.
2. Falta de conectividad vía videollamada para la realización de controles remotos. Se hace necesaria la compra de dispositivos tipo celular o tablet con chip propios del programa.
3. Déficit de horas por sobre demanda de la población debido a aumento de consultas en contexto pandemia. De acuerdo a esto, se hace necesario la incorporación de RRHH en cuanto a horas de psicólogo (incluidos en la dotaición), ya que CESFAM es el centro que abarca la más amplia población. Además, se sugiere la incorporación de la prestación de “ingreso de salud mental” y “control de salud mental, dentro de los equipos de cabecera, para que así cada médico pueda conocer a su población y tener continuidad en el cuidado de ese usuario y su familia.

Trabajo con el Intersector

AÑO 2021					
TEMA	META	INDICADOR	ESTRATEGIA	MEDIO VERIFICADOR	FECHAS DE MEDICIÓN DE AVANCES Y REVISIÓN

<p>Mesa de trabajo intersectorial en salud activa en cada sector o por cada 5.000 inscritos (por ejemplo, Comisión Mixta Salud Educación, COMSE)</p>	<p>Lograr activar Mesa de trabajo intersectorial en salud activa en sintonía con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal</p>	<p>Número de inscritos en el establecimiento de salud/Número de mesa de trabajo intersectorial en salud</p>	<p>El establecimiento cuenta con Plan de Trabajo con el Intersector, en sintonía con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal.</p>	<p>Plan de Trabajo con el Intersector, en sintonía con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal.</p> <p>Acta de identificación de los funcionarios que trabajan en la mesa de trabajo intersectorial en salud.</p> <p>Lista de asistencia de funcionarios y personas participantes que den cuenta de que existe participación del Intersector</p>	<p>31-12-2021</p>
---	---	---	--	---	-------------------

ESTIMACIÓN PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

El Programa Nacional de Inmunizaciones es un bien público nacional que tiene como objetivo prevenir la morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital

Beneficiarios: Las vacunas del PNI son de acceso universal y gratis a la población objetivo.

Actividades del Programa: Las estrategias efectuadas para dar cumplimiento al objetivo del Programa son las siguientes:

- ✓ Administración de vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones (se adjunta tabla con coberturas).
- ✓ Elaboración, implementación y evaluación de Plan de Vacunación de Influenza y Neumococo (se adjunta tabla con coberturas).
- ✓ Elaboración, implementación y evaluación de Plan de Vacunación Escolar (se adjunta tabla con coberturas).
- ✓ Educación en reuniones técnicas y de sectores a los profesionales de salud de cada uno de los dispositivos.
- ✓ Educación constante a nuestros usuarios en relación a campañas de vacunación y vacunas pertenecientes al programa.
- ✓ Asistencias de equipo relacionado al PNI a capacitaciones del Servicio de Salud y Seremi de Salud de la Araucanía.
- ✓ Capacitaciones locales dictadas por enfermeros del equipo de inmunizaciones.
- ✓ Vacunaciones en domicilio a grupos objetivos que presentan dificultad para asistir a su centro de salud.
- ✓ Vacunación en terreno a trabajadores de empresas de la comuna.
- ✓ Contratación de personal de salud extra para mejorar coberturas y registros clínicos.

Nivel: Prevención

ACTIVIDADES	CÁLCULO DEL INDICADOR	META
Administración de esquema primario completo de vacuna contra H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis en niños/as menores de 1 año	(N° de niñas/os menores de 1 año con tercera dosis de vacuna contra H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis administrada/N° de niños/as menores de 1 año) *100 (el esquema primario incluye administración a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%
Administración de esquema completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as De 1 año.	(No de niños/as de 1 año 1refuerzode vacuna Neumocócica conjugada administrada)/(No de niños/as de 1 año)*100 (el esquema completo es 2, 4 y 1 refuerzo a los 12 meses)	95%
Administrar 1ªdosis de vacuna tres vírica en niñas/os de 1 año.	(No de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada/ No de niños de 1 año)*100	95%

Administrar vacuna meningocócica en niñas/os de 1 año	(No de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / No de niños de 1 año)*100	95%
--	---	-----

Objetivo Estratégicos: Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación.

Población: se considera la población comunal para el cálculo del indicador.

Administración ref. vacuna contra H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis en niños/as a los 18 meses de edad	(N° de niñas/os de 18 meses con ref. vacuna contra H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis administrada/N° de niños/de 18 meses) *100	95%
Administración de vacuna hepatitis A a los niños/as a los 18 meses de edad	(No de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada)/ (No de niños/as de 18 meses de edad)*100	90%
Administrar 1 er refuerzo de vacuna tres vírica en niñas/os que cursan Primer año básico.	(N° de niñas/os de que cursan 1° año básico con 1er refuerzo de vacuna tres vírica administrada/N° de niños/as matriculados en 1° año básico)*100	90%
Administra vacuna DTPa en niñas/os que cursan Primer año básico.	(N° de niñas/os de que cursan 1° año básico con vacuna DTPa administrada/ N° de niños/as matriculados en 1° año básico)*100	90%

Administrar 1ª dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas/os que cursan cuarto Año básico.	(No de niñas/os que cursan 4º año básico con primera dosis de vacuna VPH administrada/No de niñas/os matriculados en 4o año básico)*100	90%
Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan 5º año básico.	(No de niñas que cursan 5 año básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada/No de niñas matriculados en 5º año básico)*100	90%
Administra vacuna DTPa en niñas/os que cursan Octavo año básico.	(Nº de niñas/os de que cursan 8º año básico con vacuna DTPa administrada/ N° de niños/as matriculados en 8º año básico)*100	90%
Administración de vacuna Neumocócica 23v a personas de 65 y más años	(Nº adultos de 65 y más años con vacuna Neumocócica 23 v administrada)/(Nº de adultos de 65 y más años)*100	90%
Administración de vacuna Influenza a grupos de riesgo definidos	(Nº niños/as desde los 6 meses de edad hasta los 5 años con vacuna anti-influenza administrada)/(Nº de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%

A continuación, se detalla la población asignada, según criterios de riesgo para administración de vacunas, Año 2019:

Vacunación influenza:

GRUPO DE RIESGO	POBLACIÓN ASIGNADA	COBERTURA DE CUMPLIMIENTO
Niños/as de 6m a 5 años	1.542	100%
65 y más años	3.968	72%
Embarazadas >13sem	135	100%
Enfermos crónicos 6 a 64 años	1.648	100%
Personal de salud privado	20	100%
Personal de salud público	674	98%
Trabajadores avícolas	25	100%
Total población asignada grupos de riesgo	8012	89%
Otras prioridades	1.218	70%

Vacunación escolar:

GRUPO A VACUNAR	POBLACIÓN ASIGNADA
1º básico, vacuna SRP y vacuna DTPa	364
4º básico, VPH	384
5º básico, VPH	182
8º básico DTPa	434
Total población asignada	1364

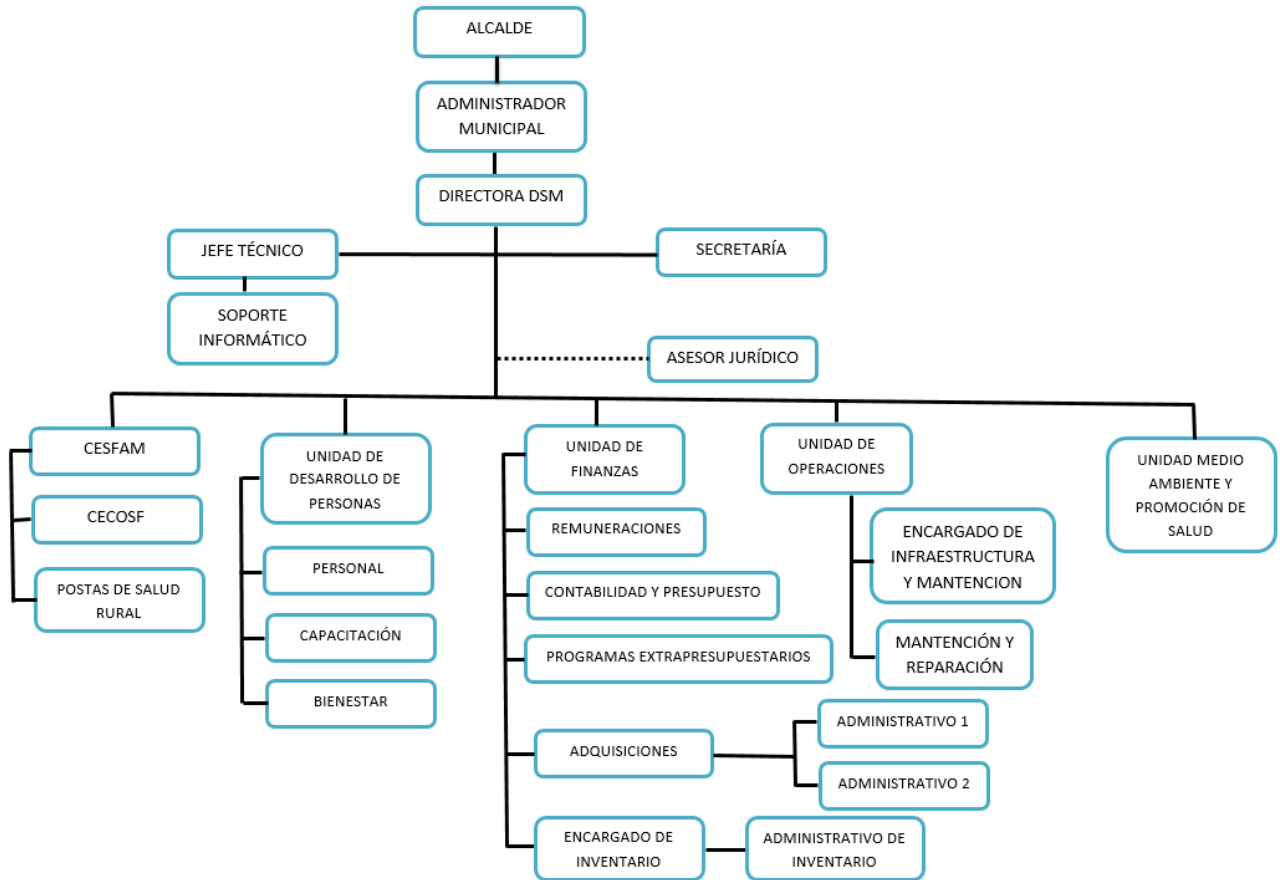
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Es un conjunto de actividades de apoyo nutricional de carácter preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuye productos alimentarios a niños menores de 6 años, a embarazadas y nodrizas, a través de los establecimientos de la red, y/ o adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud. Se espera que el Programa Nacional de Alimentación Complementaria contribuya a:

- Lograr un desarrollo adecuado del embarazo,
- Logra una lactancia exitosa durante los primeros meses de vida del niño,
- Lograr un desarrollo y crecimiento normal del niño.

ORGANIGRAMA DSM

ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL



PROYECTO DE PRESUPUESTO

Ingresos

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
05					TRANSFERENCIAS CORRIENTES	3.633.730
	03				DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	3.633.730
		006			Del Servicio de Salud	3.463.880
			001		Atención Primaria Ley N° 19.378, Art. 49°	3.384.880
				001	Percápita Base	2.982.048
				002	Asignación de Desempeño Díficil	91.012
				003	Bono Conductores Ley N° 19.813	4.140
				004	Desempeño Colectivo	300.000
				005	Diferencia Cambio Categoría de Técnicos de Salud	7.680
			002		Aportes Afectados	79.000
				001	Prog. Equidad Rural	12.000
				002	Prog. Chile Crece Contigo	10.000
				006	Prog. Odontologico CECOSF	11.000
				009	Prog. CECOSF	17.000
				020	Prog. Vida Sana	14.000
				024	Adulto Mayor Autovalete	15.000
		099			De Otras Entidades Públicas	116.700
			001		Convenio Odontológico JUNAEB	2.600
			002		Aguinaldo Fiestas Patrias y Navidad	23.000
			003		Bono de Escolaridad	8.600
			004		Aporte Bono Especiales, Vacaciones	16.000
			006		Aporte Bono Especiales, Trato Usuario	42.500
			007		Aporte Bono Especiales, Termino de Conflicto	24.000
		101			De la Municipalidad A Servicios Incorporados a su Gestión	53.150
07					INGRESOS DE OPERACIÓN	12.900
	02				VENTA DE SERVICIOS	12.900
		001			Cobro a no Beneficiarios	12.900
08					OTROS INGRESOS CORRIENTES	20.200
	01				RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS	18.200

		001		Reembolso Art. 4º Ley Nº 19.345 y Ley Nº 19.117, Art. Único	200
		002		Recuperaciones Art. 12 Ley Nº 18.196 y Ley Nº 19.117, Art. Único	18.000
	99			OTROS	2.000
		001		Devoluc. y Reintegros no Provenientes de Impuestos	1.000
		999		Otros	1.000
15				SALDO INICIAL DE CAJA	15.000
TOTAL INGRESOS					3.681.830

Gastos

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACIÓN	TOTAL (M\$)
21					GASTOS EN PERSONAL	2.837.881
	01				PERSONAL DE PLANTA	1.463.395
		001			Sueldos y Sobresueldos	1.141.468
			001		Sueldos Base	480.000
			004		Asignación de Zona	75.000
				002	Asignación de Zona, Art. 26 de Ley Nº 19.378 y Ley Nº 19.354	75.000
			009		Asignaciones Especiales	9.000
				007	Asignación Especial Transitoria Art. 45, Ley Nº 19.378	9.000
			011		Asignación de Movilización	18.000
				001	Asignación de Movilización Art. 97, Ley Nº 18.883	18.000
			019		Asignación de Responsabilidad	6.000
				002	Asignación de Responsabilidad Directiva	6.000
			028		Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	68.000
				002	Asignación por Desempeño en Condiciones Díficiles Art. 28, Ley Nº 19.378	68.000
			031		Asignación de Experiencia Calificada	6.400
				002	Asignación Post-Título Art. 42, Ley Nº 19.378	6.400
			044		Asignación de Atención Primaria Municipal	454.068
				001	Asignación Atención Primaria Salud Arts. 23 y 25, Ley Nº 19.378	454.068
			999		Otras Asignaciones	25.000
				001	Planilla Suplementaria Personal Traspasado	5.000
				002	Asignación Art. 27 Ley Nº 19.378, Jefes de Programas	16.000
				003	Asignación Art. 3 Ley Nº 20.157 Bonificación Choferes	4.000
		002			Aportes del Empleador	51.927
			001		A Servicios de Bienestar	13.527

			002	Otras Cotizaciones Previsionales	38.400
			001	Ley N° 16.744, Accidentes del Trabajo (1,63%)	20.000
			002	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (S.I.S. 1,26%)	18.000
			003	Cotización Previsional de Cargo del Empleador (Bono Post Laboral)	400
		003		Asignaciones por Desempeño	159.500
			002	Desempeño Colectivo	137.500
			003	Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, Ley N° 19.813	137.500
			003	Desempeño Individual	22.000
			005	Asignación por Mérito Art. 30, Ley N° 19.378. Agrega Ley N° 19.607	22.000
		004		Remuneraciones Variables	73.000
			005	Trabajos Extraordinarios	50.000
			006	Comisiones de Servicio en el País	23.000
		005		Aguinaldos y Bonos	37.500
			001	Aguinaldos	11.500
			001	Aguinaldo de Fiestas Patrias	6.500
			002	Aguinaldo de Navidad	5.000
			002	Bono de Escolaridad	6.000
			003	Bonos Especiales	18.000
			001	Bono Extraordinario Anual	18.000
			004	Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	2.000
	02			PERSONAL A CONTRATA	1.313.486
		001		Sueldos y Sobresueldos	1.089.468
			001	Sueldos Base	395.000
			004	Asignación de Zona	60.000
			002	Asignación de Zona Art. 26 Ley N° 19.378 y Ley N° 19.354	60.000
			009	Asignaciones Especiales	149.400
			007	Asignación Especial Transitoria Art. 45, Ley N° 19.378	149.400
			011	Asignación de Movilización	21.000
			001	Asignación de Movilización Art. 97, letra b), Ley N° 18.883	21.000
			027	Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	66.000
			002	Asignación por Desempeño en Condiciones Díficiles Art. 28, Ley N° 19.378	66.000
			030	Asignación de Experiencia Calificada	3.000
			002	Asignación Post Título Art. 42, Ley N° 19.378	3.000
			042	Asignación de Atención Primaria Municipal	394.068
			001	Asignación Atención Primaria Salud, Arts. 23 y 25, Ley N° 19.378	394.068
			999	Otras Asignaciones	1.000
			001	Jefes de Programas	0
			002	Asignación Art. 3 Ley N° 20.157 Bonificación Choferes	1.000

		002		Aportes del Empleador	44.018
			001	A Servicios de Bienestar	9.018
			002	Otras Cotizaciones Previsionales	35.000
				001 Ley N° 16.744, Accidentes del Trabajo (1,63%)	19.000
				002 Cotización Previsional de Cargo del Empleador (S.I.S. 1.26%)	16.000
		003		Asignaciones por Desempeño	76.000
			002	Desempeño Colectivo	70.000
				003 Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, Ley N° 19.813	70.000
			003	Desempeño Individual	6.000
				004 Asignación de Mérito Art. 30 Ley N° 19.378, Ley N° 19.607	6.000
		004		Remuneraciones Variables	55.000
			005	Trabajos Extraordinarios	27.500
			006	Comisiones de Servicio en el País	27.500
		005		Aguinaldos y Bonos	49.000
			001	Aguinaldos	15.500
				001 Aguinaldo de Fiestas Patrias	8.500
				002 Aguinaldo de Navidad	7.000
			002	Bono de Escolaridad	2.000
			003	Bonos Especiales	30.000
				001 Bono Extraordinario Anual	30.000
			004	Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	1.500
	03			OTRAS REMUNERACIONES	61.000
			001	Honorarios a Suma Alzada	61.000
				011 Extensión Horaria MAPS	26.000
				023 Apoyo APS	23.000
				024 Farmacia Municipal	12.000
22				BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	772.500
	01			ALIMENTOS Y BEBIDAS	0
		001		Para Personas	0
	02			TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	21.500
		002		Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	20.000
		003		Calzado	1.500
	03			COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	55.000
		001		Para Vehículos	35.000
		002		Para Maquinarias y Equipos	10.000
		003		Para Calefacción	20.000
	04			MATERIALES DE USO O CONSUMO	435.000

	001		Materiales de Oficina	20.000
	003		Productos Químicos	2.500
	004		Productos Farmacéuticos	195.000
	005		Materiales y Útiles Quirúrgicos	145.000
	006		Fertilizantes, Insecticidas, Fungicidas y Otros	2.000
	007		Materiales y Útiles de Aseo	30.000
	009		Insumos, Rep. y Accesorios Computacionales	15.000
	010		Materiales para Mant. y Rep. de Inmuebles	6.000
	011		Repuestos y Accesorios para Mant. y Rep. Vehículos	6.000
	012		Otros Materiales, Repuestos y Útiles Diversos para Mant. Y Rep.	500
	013		Equipos Menores	4.000
	999		Otros	9.000
05			SERVICIOS BÁSICOS	146.500
	001		Electricidad	105.000
	002		Agua	9.500
	003		Gas	6.000
	005		Telefonía Fija	8.000
	006		Telefonía Celular	3.000
	007		Acceso a Internet	10.000
	999		Otros	5.000
06			MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	34.000
	001		Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	5.000
	002		Mantenimiento y Reparación de Vehículos	20.000
	003		Mantenimiento y Reparación de Mobiliarios y Otros	2.000
	004		Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos de Of.	5.000
	006		Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y Equipos	1.000
	007		Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos	1.000
07			PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	2.500
	001		Servicios de Publicidad	2.500
08			SERVICIOS GENERALES	31.000
	001		Servicio de Aseo	23.000
	007		Pasajes, Fletes y Bodegajes	8.000
09			ARRIENDO	6.500
	003		Arriendo de Vehículos	5.000
	005		Arriendo de Maquinas y Equipos	1.500
10			SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	16.500
	002		Primas y Gastos de Seguros	16.500

	11			SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES	25.000
		002		Cursos de Capacitación	15.000
		999		Otros	10.000
	12			OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	5.500
		002		Gastos Menores	5.500
29				ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	64.000
	04			MOBILIARIO Y OTROS	15.000
		001		Mobiliario y Otros	15.000
	05			MÁQUINAS Y EQUIPOS	20.000
		001		Máquinas y Equipos de Oficina	1.000
		002		Maquinas y Equipos para la produccion	10.000
		999		Otras	9.000
	06			EQUIPOS INFORMÁTICOS	15.000
		001		Equipos Computacionales y Periféricos	15.000
	07			PROGRAMAS INFORMÁTICOS	14.000
		001		Programas Computacionales	14.000
34				SERVICIO DE LA DEUDA	6.000
	07			DEUDA FLOTANTE	6.000
		001		Deuda de Años Anteriores con Devengamiento en el Ejercicio	6.000
35				SALDO FINAL DE CAJA	1.449
TOTAL GASTOS					3.681.830

DOTACIÓN DSM

PROPUESTA DE DOTACION DEL RECURSO HUMANO
DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL
FINANCIADA POR MECANISMO DE PAGO PERCAPITA AÑO 2021

TIPO DE DESCRIPCION CATEGORIA FUNCIONARIA	CANTIDAD	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
CATEGORIA B			
Directora Depto. de Salud	1	44	
CATEGORIA A o B			
Jefe Técnico	1	44	
Jefe de Recursos Humanos	1	44	
Jefe de Finanzas	1	44	Contador auditor, se cambia la denominación del cargo
Jefe de Operaciones (Ingeniero Civil, Ingeniero Comercial u otro del área)	1	44	Se crea cargo 44 horas.
Prevenicista de Riesgos	1	44	
CATEGORIA A o B			
Director(a) de Consultorio	1	44	
Jefe de Some	1	44	
CATEGORIA A			
Médico	11	484	Se aumenta 1 cargo 44 horas.
Odontólogo	6	242	
Químico Farmacéutico	3	110	Se aumenta 1 cargo 22 horas.
CATEGORIA B			
Asistente Social	6	264	Se aumenta 1 cargo 44 horas.
Enfermera (o)	11	462	Se aumenta 1 cargo 44 hrs y 1 cargo 22 hrs
Terapeuta Ocupacional	1	44	
Matrona	6	264	
Nutricionista	6	220	
Kinesiólogo	6	242	
Tecnólogo Médico	3	132	Se aumenta 1 cargo 44 horas.
Psicólogo	5	198	Se aumenta 1 cargo 22 horas.
Profesor de Educación Física	1	44	
Profesional RRHH	1	44	
Profesional Finanzas	1	44	
Encargado de Infraestructura y mantención (Ingeniero en ejecución, Ingeniero Mecánico u otro del área)	1	44	Se crea cargo 44 horas.
Encargado de Inventario (Ingeniero Comercial, Ingeniero Civil u otro del área)	1	44	Se crea cargo 44 horas.
CATEGORIA C (Técnicos de Nivel Superior)			
Administrativo de Salud	18	792	
Higienista Dental	3	132	
Laboratorista Dental	2	88	
Podólogo	4	154	
Téc. Niv. Sup. Enfermería	33	1408	Se aumenta 4 cargos 44 horas.
Técnico Dental	2	88	
Técnico en Computación	1	44	
CATEGORIA D			
Auxiliares Paramédicos de Enfermería	5	220	
CATEGORIA E			
Administrativos	9	396	Se aumenta 1 cargo 44 horas.
CATEGORIA F			
Auxiliar de Servicio	5	220	
Chofer	8	352	Se aumenta 2 cargos 44 horas.
Nochero	4	176	Se aumenta 1 cargo 44 horas.
Guardia de Seguridad	3	132	Se aumenta 2 cargos 33 horas.
Mantenimiento y Reparación	1	44	
Total	175	7480	

**PROPUESTA DE DOTACION DEL RECURSO HUMANO
DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL FINANCIADA POR PROGRAMAS
ANUALES - VIA CONVENIO - AÑO 2021**

TIPO DE DESCRIPCION CATEGORIA FUNCIONARIA	CANTIDAD	HORAS SEMANALES	NOMBRE DEL CONVENIO
CATEGORIA A o B			
COORDINADOR CECOSF	1	22	Programa Convenio cecosf
CATEGORIA A			
ODONTOLOGO	1	22	Programa reforzamiento Odontologico Cecosf
CATEGORIA B			
EDUCADORA DIFERENCIAL/ PARVULOS	1	44	Programa Chile Crece Contigo
ENFERMERA (o)	1	22	Programa Chile Crece Contigo
NUTRICIONISTA	1	44	Programa Vida Sana
KINESIOLOGO	1	22	Programa Convenio cecosf
KINESIOLOGO	1	44	Programa Vida Sana
CATEGORIA C (Técnicos de Nivel Superior)			
PODOLOGO	1	22	Programa Convenio Cecosf
TEC. NIVEL SUPERIOR ENFERMERIA	3	132	Programa Equidad Rural
Total	11	374	

CARTERA DE SERVICIOS APS

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 y terapia ocupacional
- 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 y terapia ocupacional
- 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 a Programas

- 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

- Talleres de terapia ocupacional y kinesiología
- 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

Cartera de servicios Hospital de Pitrufrquén

Apoyo diagnóstico y terapéutico:

- Exámenes de laboratorio
- Imagenología
- Medicina nuclear y radioterapia
- Medicina transfusional
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Atención abierta

- Ingresos programa prenatal
- Regulación de la fertilidad
- Programa control el climaterio
- Evaluación nutricional secundaria
- Programa salud mental
- Atención de especialidades:
- Fonoaudiología
- Enfermería
- Matrona ARO
- Nutrición
- Rehabilitación
- Atención de urgencia

POLI DE CHOQUE

Especialidad	Contacto para solicitar hora	Documentos necesarios
Oftalmología	patricia.carrascor@redsalud.gob.cl	<u>Interconsulta con todos los antecedentes (adjuntar)</u>
Otorrino	Veronica.carrasco@asur.cl	
Traumatología	camila.ortizg@redsalud.gob.cl daniela.aguilera@asur.cl	

IMPORTANTE: Las derivaciones de diagnósticos con posible resolución quirúrgica, adicional a la interconsulta, solicitar exámenes preoperatorios, ECG (>40 años) y ecografía cuando corresponda, con la finalidad de optimizar las horas de especialistas.

MEDICOS ESPECIALISTAS	ODONTOLOGOS ESPECIALISTAS	PROCEDIMIENTOS
Cirugía General Adulto	Cirugía Maxilofacial	Ecografía Abdominal
Cirugía Vascular	Endodoncia	Ecografía Partes Blandas
Ginecología y Obstetricia	Odontopediatra	Ecografía Renal
Dermatología	Ortodoncia	Ecografía Mamaría
Medicina Interna	Rehabilitación	Ecografía Testicular
Medicina Física		Ecografía Tiroide
Oftalmología		Ecografía Doppler
Otorrino		Endoscopia Digestiva Alta
Pediatría		Espirometría
Psiquiatría Adulto		Mamografía
Psiquiatría Infantil		TAC (Solo para hospitales)
Traumatología Adulto		
Traumatología Infantil		
Urología		

PLAN DE CAPACITACIÓN

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (MED., ODONT., QF.)	B (OTROS PROF.)	C (TÉCNICOS NIVEL SUPERIOR)	D (TÉCNICOS DE SALUD)	E (ADMINISTRATIVOS DE SALUD)	F (AUXILIARES SERVICIOS DE SALUD)	TOTAL		ITEM CAPACITACIÓN	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS (SSASUR)	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Aplicar técnicas de reprocesamiento de dispositivos médicos en el trabajo diario de los establecimientos de salud.	Reprocesamiento y esterilización de material quirúrgico.	2	4	8	1	0	0	15	04 á 360	150000	0	0	150000	UNIVERSIDAD	Dirección de Departamento de Salud	Enero a Diciembre del 2021
	Aplicar aspectos cognitivos y científicos en las técnicas de esterilización y manejo de equipos	Actualización en Esterilización	2	4	16	1	0	0	23	04 á 360	230000	0	0	230000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

Actualizar conocimientos sobre VIH y ETS, su tratamiento, prevención y consejerías efectivas	Actualización en VIH y otras ETS.	1	2	2	1	0	0	6	04 á 360	50000	0	0	50000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Actualizar conocimientos de acuerdo a los nuevos criterios sobre patologías respiratorias	Actualización en prevención, procedimientos, tratamiento y monitoreo de la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias.	2	6	10	1	0	0	19	04 á 360	190000	0	0	190000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Actualizar conocimientos de acuerdo a los nuevos criterios sobre patologías transmitidas por zoonosis y vectores	Actualización en prevención, tratamiento y monitoreo de enfermedades transmitidas por zoonosis y vectores.	4	4	6	1	0	0	15	04 á 360	150000	0	0	150000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Actualizar conocimientos y experiencias en el modelo de Salud Familiar	Actualización en Salud Familiar	6	8	16	2	0	0	32	04 á 360	160000	0	0	160000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

	Entregar a los funcionarios las herramientas necesarias para la prevención del contagio en enfermedades transmisibles.	Capacitación y actualización en el manejo de pacientes con enfermedades transmisibles, uso correcto de epp	1	2	10	1	0	0	14	04 á 360	150000	0	0	150000	Otec U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre enfermedades transmisibles e IAAS	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	180000	0	0	180000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021
	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021

EJE ESTRATEGICO 2: ENFERMEDADES CRONICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD	<p>Actualizar conocimientos sobre patologías asociadas al GES con énfasis en canastas de prestaciones y derivación al nivel secundario. Fortalecer vínculo clínico-administrativo respecto de la función que realizan y su impacto frente al cumplimiento de las GES.</p>	<p>Actualización en patologías GES (Hipotiroidismo, Parkinson, Artrosis, Epilepsia y Odontológicas)</p>	10	10	8	2	0	0	30	04 á 360	300000	0	0	300000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	<p>Mejorar competencias técnicas, científicas y prácticas y Actualizar conocimientos en el control, tratamiento y compensación de pacientes cardiovasculares.</p>	<p>Actualización en prevención, tratamiento y monitoreo de enfermedades del programa cardiovascular, (hipertensión, diabetes y dislipidemia)</p>	6	8	12	2	0	0	28	04 á 360	280000	0	0	280000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

Actualizar conocimientos en VIF de acuerdo a las normas legales vigentes	Actualización en VIF y Abuso Sexual, objetivos, tratamiento y monitoreo de casos sociales, dentro de los marcos legales.	4	6	10	2	0	0	22	04 á 360	110000	0	0	110000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Actualizar conocimientos y unificar criterios básicos y avanzados en el manejo de heridas, úlceras y ostomias.	Capacitación en el manejo tradicional y avanzado de heridas y ostomias	2	6	12	1	0	0	21	04 á 360	210000	0	0	210000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Aprender los conocimientos y las destrezas necesarias para identificar y tratar ACLS, emergencias respiratorias y paros cardiacos	Soporte vital cardiovascular avanzado (ACLS)	6	6	8	2	0	0	22	04 á 360	220000	0	0	220000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Aprender cadena de supervivencia, las maniobras de RCP, El manejo de la vía aérea por cuerpo	Soporte vital básico (BLS)	1	2	14	2	2	4	25	04 á 360	250000	0	0	250000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

	extraño (OVACE) y el manejo del desfibrilador externo DEA																
	Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre patologías crónicas	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	360000	0	0	360000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021
	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021
EJE ESTRATEGICO 3: HABITOS DE VIDA	Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre patologías asociadas a los hábitos de vida.	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	2	2	4	1	1	3	13	04 á 360	120000	0	0	120000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Actualizar los conocimientos en enfermedades asociadas al consumo, uso y abuso de drogas	Consumo, uso u abuso de drogas y/o alcohol y su impacto para salud y la sociedad	2	6	12	2	0	0	22	04 á 360	220000	0	0	220000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

	y/o alcohol y su impacto en la salud y la sociedad.																
	Actualizar conocimientos en el ámbito de la nutrición diferenciada en los diferentes grupos etáreos y en pacientes con necesidades especiales.	Actualización en todos sus Ámbitos (Geriatría, Obesidad Infantil, Enfermedad Renal, Lactancia Materna, Deportiva, Enteral y Oncológica)	2	3	5	1	1	0	12	04 á 360	120000	0	0	120000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Actualizar conceptos de nutrición, pautas de evaluación según grupos etáreos; incorporación de la actividad física sistematizada en la población, y su importancia en la calidad de vida.	Nutrición y actividad física y su impacto en la calidad de vida	1	8	0	0	0	0	9	04 á 360	90000	0	0	90000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021

	Mantener actualizados los conocimientos en rehabilitación musculoesquelética. Y la actividad física como prevención y recuperación de enfermedades metabólicas.	Actualización en manejo y rehabilitación de patologías musculoesqueléticas. Prescripción de Actividad Física en población con Enfermedades Metabólicas. Actualización en Actividad y Ejercicio Físico	2	3	5	1	1	0	12	04 á 360	120000	0	0	120000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021
EJE ESTRATEGICO 4: CURSO DE VIDA	Mejorar competencias técnicas, científicas y prácticas del personal de salud en las labores específicas y generales de su rol en APS	Actualización de conocimientos de las competencias funcionarias en programas de la mujer, infanto juvenil, del adulto y del adulto mayor, salud mental, odontológico, atención kinésica integral, podológica,	10	18	28	3	3	6	68	04 á 360	680000	0	0	680000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

	servicio social, nutrición en APS y programa de vida sana.															
Actualización en el manejo, distribución, almacenamiento, distribución y registro de productos alimentarios de los programas PNAC-PACAM de APS	Actualización en programas alimentarios en APS	0	4	16	3	0	2	25	04 á 360	250000	0	0	250000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre patologías asociadas al ciclo vital	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	180000	0	0	180000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021
Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021

	rápida y eficiente.																
EJE ESTRATEGICO 5: EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLITICAS	Actualizar conocimientos de acuerdo a los nuevos criterios definidos por la contingencia actual.	Capacitación en equidad de género, interculturalidad, tratamientos alternativos (Biomagnetismo, Flores de Bach, Aromaterapia, Reflexología, Uso de Plantas Medicinales) y salud para inmigrantes, en todos sus ámbitos	4	16	20	2	2	2	46	04 á 360	570000	0	0	570000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Apoyar efectivamente la integración y comunicación con la población con déficit auditivo.	Curso Básico en Lenguaje de Señas	2	4	10	1	1	1	19	04 á 360	80000	0	0	80000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre equidad y salud en todas las políticas.	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	180000	0	0	180000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021

	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021
EJE ESTRATEGICO 6: MEDIO AMBIENTE	Generar estrategias para generar un buen trabajo con la comunidad y establecer metodología para aplicar diagnósticos con la comunidad	Curso de salud familiar y el rol del funcionario de APS en el trabajo comunitario	4	6	12	2	2	2	28	04 á 360	280000	0	0	280000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Generar estrategias de trabajo de Equipos de Salud y su impacto en la población.	Capacitación en las nuevas políticas ambientales relacionadas con la Salud Pública.	1	1	2	1	1	1	7	04 á 360	60000	0	0	60000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Conocer de manera efectiva el manejo, acopio y eliminación de residuos químicos y biológicos, entre otros.	Actualización en manejo de REAS	1	5	10	1	1	1	19	04 á 360	200000	0	0	200000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

	Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre patologías asociadas al medio ambiente.	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	180000	0	0	180000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021
	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021
EJE ESTRATEGICO 7: INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD	Mejorar el manejo y traspaso de información entre centros asistenciales	Capacitación en el manejo de programas en red	2	4	12	1	3	2	24	04 á 360	240000	0	0	240000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Mejorar la capacidad técnica en la creación de bases á licitación, evaluación de oferentes, adjudicación, etc.	Capacitación y Actualización en compras públicas para APS	0	2	4	0	0	0	6	04 á 360	430000	0	0	430000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

Conocer y comprender el presupuesto y los principios, normas y procedimientos contables generales del Sistema de contabilidad Gral. De la Nación para el Sector Municipal	Contabilidad General de la Nación Sector Municipal	0	2	2	0	0	0	4	04 á 360	80000	0	0	80000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Comprender, aplicar y operar los contenidos del SIAPER	SIAPER registro Electrónico Municipal	0	2	4	1	0	0	7	04 á 360	70000	0	0	70000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Conocer los principales aspectos sustantivos y procedimientos de las normas legales que regulan el uso de vehículos fiscales	Uso de vehículos fiscales para conductores	0	1	4	0	0	6	11	04 á 360	110000	0	0	110000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Conocer el marco legal y carrera funcionaria del personal de APS.	Estatuto APS, leyes complementarias y supletorias, trato al	6	12	30	3	3	4	58	04 á 360	300000	0	0	300000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

	Derechos y deberes de los funcionarios públicos.	usuario y carrera funcionaria																
	Analizar la normativa aplicable a la rendición de cuentas, comprender los aspectos generales, procedimiento, ámbito de aplicación y diferentes modalidades de rendición	Rendición de cuentas E-Learning	0	2	4	1	3	0	10	04 á 360	50000	0	0	50000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021	
	Desarrollar en los participantes competencias y habilidades para la dirección estratégica de equipos de salud con el fin de prepararlos para su éxito en la coordinación, toma de decisiones y articulación de equipos desde un enfoque de sistema	Coaching y liderazgo en Organizaciones de Salud	2	4	6	1	1	1	15	04 á 360	50000	0	0	50000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021	

	interrelacionado																
	Lograr condiciones de trabajo óptimas en los Equipos de Salud.	Capacitación en buenas practicas laborales, manejo del estrés y autocuidado en Equipos de Trabajo.	15	42	55	3	5	10	130	04 á 360	500000	0	1600000	2100000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre políticas de salud pública	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	180000	0	0	180000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021
	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021

EJE ESTRATEGICO 8: CALIDAD DE LA ATENCION	Desarrollar competencias en el ámbito del desarrollo organizacional para la gestión de calidad en salud y la construcción de equipos como agentes de cambio.	Calidad y acreditación en Salud, (Diplomado y capacitación). Desarrollo y evaluación de indicadores. Gestión en procesos de acreditación.	10	15	30	4	4	2	65	04 á 360	500000	0	0	500000	UNIVERSIDAD OTEC U OTRO	Dirección de Departamento de Salud y/o Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Actualización en el manejo, almacenamiento, distribución y registro de fármacos e insumos en farmacias de APS	Actualización en farmacia en APS. Manejo de bodegas y control de inventarios.	3	2	15	2	2	4	28	04 á 360	280000	0	0	280000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Mejorar la calidad de la atención en coherencia con los objetivos sanitarios del MINSAL.	Capacitaciones emergentes según el rol en APS	2	5	10	2	6	2	27	04 á 360	270000	0	0	270000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Capacitar y actualizar conocimientos en los nuevos desafíos que incorpora la	Capacitación y actualización en BLS, ACLS Y PALS	4	4	6				14	04 á 360	3500000	0	0	0	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021

atención en APS.																	
Capacitar y actualizar conocimientos en los nuevos desafíos que incorpora la atención en APS.	Actualización en técnicas de administración de medicamentos y actualización en fármacos de APS,BLS, ACLS, PALS								0	04 á 360	1000000	0	0	0	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Capacitar y actualizar conocimientos en los nuevos desafíos que incorpora la atención en APS.	Actualización en técnicas complementarias de la atención primaria (Toma de Exámenes, Electrocardiografía, Manejo de Ecógrafos , etc.)								0	04 á 360	600000	0	0	600000	OTEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre calidad y acreditación de centros de Salud	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	360000	0	0	360000	OTEC U OTRO	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021	

	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021
EJE ESTRATEGICO 9: EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS	Actualizar conocimientos en el manejo de emergencias en APS	Actualización en Emergencias y desastres.	10	20	22	2	2	2	58	04 á 360	80000	0	0	80000	O TEC U OTRO	Comité de Capacitación	Enero a Diciembre del 2021
	Actualizar y nivelar conocimientos, aunar criterios sobre protocolos de atención ante un evento catastrófico.	Capacitaciones emergentes por programas MINSAL o SSASUR	6	8	14	2	3	3	36	04 á 360	80000	0	0	80000	MINSAL O SSASUR	SSASUR	Enero a Diciembre del 2021
	Sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rápida y eficiente.	Programa SIAD-APS Auto gestionado (Cápsulas de Autoformación)	20	52	65	5	8	15	165	04 á 360	0	0	0	0	U. VIRTUAL	Auto gestionado	Enero a Diciembre del 2021
TOTALES											15000000	0	1600000	12100000			