



Plan de Salud Comunal

2014-2016

Contenido

1. INTRODUCCION.....	6
2. DESCRIPCION DEL PROCESO ACTUAL.....	7
3. OBJETIVO DE SALUD MUNICIPAL.....	8
4. DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL.....	9
VISION.....	9
MISION:.....	9
POLITICAS:.....	9
5. RECURSOS HUMANOS:.....	10
Dotación 2014.....	10
Desafíos Pendientes:.....	12
Índice Ausentismo Laboral.....	12
Tasa de Accidentabilidad Laboral.....	12
6. DIAGNÓSTICO COMUNAL.....	14
Antecedentes históricos.....	14
Aspectos físicos.....	14
Límites.....	14
Población.....	14
Población total por área y sexo.....	14
Estructura por Grupos de Edad y Sexo.....	15
Población total por grupos de edad.....	15
Escolaridad de la Población.....	15
Desarrollo social.....	16
Educación.....	16
Educación Particular Subvencionada.....	16
Educación Municipal Básica y Media.....	16
Organizaciones Comunales:.....	16
7. RED ASISTENCIAL.....	17
8. FLUJOGRAMA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	19
9. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO.....	20
10. GARANTIAS GES.....	26
GES (Garantías Explícitas de Salud):.....	26
LISTADO PATOLOGÍAS VIGENTES AÑO 2013.....	26
11. INDICADORES BIODEMOGRAFICOS Y SOCIALES.....	31
Población y Previsión.....	31
Servicios Básicos.....	31
Tasa de Mortalidad.....	31
Otros Indicadores.....	31
Mortalidad en la niñez.....	31
Mortalidad Adolescente.....	31
Mortalidad Adulto.....	31
Mortalidad Adulto Mayor.....	32
12. Indicadores Biodemograficos Locales.....	32
Principal motivo de consulta.....	32
Tasa de exámenes de laboratorio por consultas y controles médicos a septiembre 2013.....	32
Resolutividad nivel secundario.....	32
Resolutividad consulta médica local.....	32
13. MONITOREO METAS COLECTIVAS Y SANITARIAS, DURANTE EL AÑO 2013.....	33
14. SITUACIÓN DIAGNOSTICA COMUNAL.....	36
La Comuna de Retiro a través del Dpto. de Salud tiene como VISION:.....	36
15. DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO.....	37
DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO COMUNAL DE SALUD RETIRO.....	37
PRIMERA ETAPA: LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACION.....	37
SECTOR AMARILLO (VILLA JUAN PABLO II).....	38
POSTAS (TALHUENES, PIGUCHEN, SAN RAMON, VILLASECA).....	38
POSTAS (COPIHUE, SAN MARCOS, SANTA DELFINA).....	38
ESTACION ENFERMERIA SANTA ISABEL.....	39
CECOSF LOS ROBLES.....	39
SECTOR AZUL (CESFAM).....	40

CECOSF LAS CAMELIAS	40
SEGUNDA ETAPA: APLICACIÓN DE MATRIZ DE PRIORIZACION Y ANALISIS DE LAS DEBILIDADES.	41
MATRIZ DE PRIORIZACION	41
TECNICA DE PRIORIZACION.....	41
ANALISIS DE PAUTA DE EVALUACION DEL PROCESO	44
TERCERA ETAPA: FORMULACION CONJUNTA DE PLAN DE ACCION PARA SUPERAR DEBILIDADES DETECTADAS	46
16. Ecomapa Epidemiológico	47
1. PLAN DE ACCION 2014-2016	48
Población inscrita familiar validad (percapita) a octubre 2013	48
2 Estructura Organizacional	49
ORGANIGRAMA	50
Equipo de Gestión	51
3. DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS	52
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL	52
CENTRO DE SALUD FAMILIAR MARTA ESTEVEZ DE MARIN	52
Modelo de Salud Familiar	52
4. PLAN MODELO DE SALUD FAMILIAR	55
Equipos de Sectores:	55
Población CESFAM Según Sector	56
Profesionales por Sector	56
Coordinador Sector Azul	56
Tens	56
Enfermeras	56
Matrona	56
Nutricionista.....	56
Medico.....	56
Asistente Social	56
Psicóloga.....	57
Coordinador Sector Amarillo	57
Tens	57
Enfermeras.....	57
Matrona	57
Nutricionista.....	57
Asistente Social.....	57
Psicóloga.....	57
Objetivos 2014-2016	57
5. Comités Técnicos.....	58
COMITE FARMACIA.....	58
FUNCIONES	58
FUNCIONES DEL PRESIDENTE	59
FUNCIONES DEL SECRETARIO	59
VIH SIDA:	59
FUNCIONES:	59
COMITÉ GESTOR:	60
Objetivo:	60
FUNCIONES:	60
COMITÉ GESTION LISTA ESPERA Y PROPOCOLOS GES	61
FUNCIONES:	61
6. Consejo de Desarrollo Local de Salud	62
Objetivos del Consejo	62
Plan de Trabajo	62
Actividades Año 2014-2016	63
7. Comité Cuidado de los Cuidadores Departamento de Salud	64
Objetivo General	64
Objetivos Especificos:	64
8. CECOSF Y POSTAS DE SALUD	65
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	65

Perfil del Plan de Salud de los CECOSF en la Comuna	65
MISION DE LOS CECOSF	65
Objetivo General	65
Objetivo Especifico.....	65
Subsectores del CECOSF LOS ROBLES	66
Sectores CECOSF Las Camelias	66
Metodología de evaluación	66
PLAN CECOSF:.....	66
IDENTIFICACION DEL CASO INDICE:	66
POSTAS.....	66
ESTACIONES DE ENFERMERIA.....	67
9. DISPONIBILIDAD DE VEHICULO DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL	68
10. INFORMÁTICA	69
Computadores:.....	69
Proyectores:	69
11. REDES COMPUTACIONALES Y TELEFÓNICAS	70
Red telefónica	70
Red computacional.....	70
12. SOFTWARE DE GESTION ADMINISTRATIVA:	71
Sistema de Información:.....	71
13. Financiamiento.....	72
Propuesta Presupuestaria Año 2014	72
14. Presupuesto Departamento de Salud Municipal de Retiro Año 2014	73
A.- Presupuesto de Ingresos:.....	73
1.- Dela Subsecretaria Desarrollo Regional:	73
Fortalecimiento de la Gestión.....	73
2.-Del Servicio de Salud:.....	73
Asignación Atención Primaria	73
Aportes Afectados	73
A3.- Aporte Municipal:	73
A4.- Otros Ingresos:	74
Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	74
B) Presupuesto de Gastos	74
B1.- Gastos en Personal	74
B1.1.-Personal de Planta	74
Sueldo y sobresueldos	74
Aportes del Empleador.....	74
Asignación por Desempeño	74
Remuneraciones variables	74
Aguinaldos y Bonos.....	75
B1.2.-Personal a Contrata:.....	75
Sueldo y sobresueldos	75
Aportes del Empleador.....	75
Asignación por Desempeño	75
Remuneraciones variables	75
Aguinaldos y Bonos.....	75
B2.- Gastos de Funcionamiento:.....	76
B2.1.- Textiles, Vestuario y Calzado	76
B2.2.- Combustible y Lubricantes	76
B2.3.- Materiales de Uso o Consumo	76
B2.4.- Servicios Básicos.....	76
B2.5.- Mantenimiento y Reparaciones	76
B2.6.- Publicidad y Difusión	76
B2.7.- Servicios Generales.....	76
B2.8.- Arriendos	76
B2.9.- Servicios Financieros y de Seguros	77
B2.10.- Servicios Técnicos y Profesionales	77

B2.11.- Otros Gastos en Bienes y Servicios	77
B3.- Adquisiciones de Activos No Financieros:.....	77
15. FINANCIAMIENTO PROGRAMAS ADICIONALES	78
▢ Programa de Resolutividad en Atención Primaria	78
o Convenio Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa	78
▢ Programa Imágenes Diagnosticas en APS \$9.383.392.-	78
▢ Convenio Programa Desarrollo de Recursos Humanos en Atención Primaria Municipal: Capacitación Funcionaria: \$2.559.784.-	79
▢ Convenio Programa Odontológico Integral: \$59.128.364.-	79
▢ Convenio Programa Ges Odontológico Adulto \$9.513.168.-.....	79
▢ Convenio Programa Odontológico Familiar \$11.255.692.-.....	79
▢ Convenio de Apoyo a la Gestión a nivel Local en Atención Primaria Municipal \$2.877.694.-	79
▢ Convenio Programa Complemento GES APS Municipal \$19.629.561.-	80
▢ Convenio Programa Sistema de Urgencia Rural SUR: \$62.750.362.-	80
▢ Programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto ERA \$16.062.832.-	80
▢ Convenio Apoyo Diagnostico Radiológico para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad: \$ 1.793.925.-	81
▢ Convenio Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria de Salud Municipal \$6.488.807.-	81
▢ Convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial en las Redes Asistenciales “Chile Crece Contigo” \$13.545.000.-	81
▢ Convenio Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria \$5.274.547.-.....	81
▢ Convenio Programa Piloto Vida Sana: Intervención en obesidad en niños, adolescentes, adultos y mujeres post parto \$7.745.945.-	82
▢ Convenio Módulos Dentales JUNAEB: \$ 14.327.847.-	82
▢ Convenio Centros Comunitarios de Salud Familiar Atención Primaria Municipal CECOSF Los Robles y Camelia \$107.332.957.-	82
▢ Convenio Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural \$19.600.994.-	82
▢ Convenio Programa Ges Preventivo en Salud Bucal en Población Preescolar en APS: \$2.081.125.-.....	82
▢ Convenio Programa de Mantenimiento de Infraestructura de Establecimiento de Atención: \$2.247.000.-	82
▢ Convenio Promoción de Salud: \$8.811.336.-.....	82
▢ Convenio Programa de Apoyo a la Atención Primaria de Salud: \$8.407.054.-	82
▢ Convenio de Transferencia de Recursos “Estrategia de Inmunización contra la Influenza 2013” en las redes asistenciales: \$262.500.-.....	83
16. Metas y Compromisos Establecidos.....	84
Compromisos de Gestión Sujetos a Incentivos.....	84
Compromisos de Acción con Organizaciones de la Comunidad	84
Encuesta Satisfacción Usuaría.....	84
17. CARTERA DE SERVICIOS.....	85
Programa de la Mujer	85
Programa del niño y la niña.....	86
Programa Adolescente.....	86
Programa del Adulto.....	87
Programa del Adulto Mayor.....	87
Programa de Salud Bucal	88
Programa Salud Mental.....	88
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC)	89
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	89
SELECTOR DE DEMANDA Y URGENCIA RURAL	90
ATENCION A DOMICILIO.....	90
CIRUGIA MENOR.....	90
SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL A LA INFANCIA “CHILE CRECE CONTIGO” (ChCC)	90
PROGRAMA DE REHABILITACION COMUNITARIA	90
Unidad de Farmacia 2014 - 2016.....	91
Adquisición:	91
Bodegaje:	91
Abastecimiento:	91

Despacho:	91
La Programación de la Unidad de Farmacia 2013 contempla	91
18. Plan de Cuidados: Objetivos, Metas y Actividades por Programa	93
Salud Infantil.....	93
Promoción	94
Prevención	100
Tratamiento	109
Salud de Adolescentes.....	115
Promoción	116
Prevención	119
Tratamiento	126
Salud de las Personas Adultas	130
Promoción	131
Prevención	131
Tratamiento	143
Rehabilitación.....	147
Salud de la Mujer y Recién Nacidos	148
Promoción	149
Prevención	150
Tratamiento	159
Salud de las Personas Adultas Mayores, Familia y Cuidadoras/es	163
Promoción	164
Prevención	166
Tratamiento	175
Rehabilitación.....	185
Estrategia Transversal	186
Estrategia de Rehabilitación.....	186
Promoción	186
Prevención	187
Tratamiento, Rehabilitación.....	188
ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	190
Indicadores.....	190
Salud Ocupacional	192
Fundamentos	192
19. FICHA DE PROYECTO: “PLAN ANUAL CAPACITACIÓN LEY Nº 19378”	193

1. INTRODUCCION

La Ley 19.378, establece que los Municipios deben generar un Plan de Salud Comunal en armonía con las Orientaciones Programáticas, epidemiológicas, objetivos sanitarios para la década 2011-2020 y normas técnicas emanadas del Ministerio de Salud, incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud. Se presenta este Plan de Salud a las Autoridades Comunales, Servicio de Salud del Maule, Comunidades y especialmente a los Equipos de Salud que se desempeñan en la Comuna de Retiro.

El Plan de Salud es una herramienta de gestión que contiene elementos diagnósticos de contexto local y su comportamiento en relación a la región y país según corresponda. Se incluyen varias perspectivas como aspectos demográficos, estadísticas vitales, el estado de salud de los habitantes de la comuna, determinantes sociales de la salud, descripción de los recursos comunales tanto financieros como de RRHH disponibles para atender a la población inscrita y algunos contenidos de participación comunitaria que permiten avanzar sobre bases sólidas en el diagnóstico participativo de salud.

El componente diagnóstico del plan de salud es un insumo importante para efectuar un análisis de intervenciones que han sido exitosas y otras que requieren ser Re-direccionadas. Permite evaluar el propio grado de avance como sistema de salud municipal y orienta en cómo ordenar los recursos hacia los desafíos que son permanentes y reorientar otros para enfrentar nuevos desafíos emergentes dado los cambios que experimenta la población en términos de su composición, conductas y hábitos, que son las que en definitiva influyen en muchos de los resultados en salud.

Es en relación a estos aspectos, los cuatro grandes objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020 y que se mantienen las cuales son las siguientes:

- ✓ Mejorar la salud de la población.
- ✓ Disminuir las inequidades.
- ✓ Aumentar la satisfacción de la población.
- ✓ Asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

Por otra parte dichos objetivos son la base que guía el accionar local teniendo como objetivos para el 2014-2016:

- ✓ Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- ✓ Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y los cambios en la sociedad.
- ✓ Proveer servicios acordes a las expectativas de la población.
- ✓ Brindar calidad y oportunidad en la atención primaria de salud.

La Atención Primaria en Salud es hoy más resolutiva, pero fundamentalmente ha sido potenciada en cuanto a planes y programas destinados a prevenir y promover estilos de vida saludable.

2. DESCRIPCION DEL PROCESO ACTUAL

En la actualidad nuestro plan estratégico de salud comunal se orienta a trabajar en planes de promoción y fomento de estilos de vida saludables, hemos puesto énfasis en la acción multisectorial, en la responsabilidad comunitaria, con la finalidad de mejorar las condiciones de salud. Hemos procurado entregar salud de calidad, oportuna, eficiente y responsable. Comprometiendo la totalidad de recursos humanos, capacidades técnicas y equipamiento disponible, con el único objetivo de anticiparnos a los frentes epidemiológicos que afectan a la comuna en los diferentes rangos etarios, cumpliendo además con las estrategias ministeriales de salud comunal.

Al mismo tiempo hemos invertido muchas horas en promoción de salud, incorporando a las atenciones clínicas, los estilos de vida saludables, que permiten modificar positivamente costumbres alimenticias, ambientales, higiénicas, previniendo la aparición de afecciones individuales, familiares o comunitarias.

Es importante destacar tres grandes brechas que han complicado la gestión en la atención Primaria en Salud:

- 1.- Mantener una dotación acorde a nuestros requerimientos de población asignada. La falta de profesionales, nos ha llevado a incrementar nuestro gasto en ítem 21 (Remuneraciones) con el fin de mantener a estos profesionales en nuestra comuna, logrando satisfacer en gran medida la alta demanda, además fueron modificados los horarios y rondas rurales, logrando el cumplimiento de lo programado.
- 2.- La comuna de Retiro, es una comuna muy dispersa y con población transitoria en época estival, lo que genera una mayor demanda de salud a nivel primaria de población NO registrada, aumentando nuestro nivel de gasto en insumos clínicos. Teniendo además en consideración usuarios inscritos en otra comuna que realizan sus requerimientos de salud en nuestras dependencias. Para nuestro equipo de trabajo ha sido un gran desafío recuperar esta población a su vez mantenerla en nuestros registro percapita.
- 3.- La comuna ha tenido una activa participación a través del Consejo de Desarrollo Local, con el fin de poder atender a las necesidades de las diferentes agrupaciones y junta de vecinos. La cual se ha potenciado a través del Modelo de Atención, para poder atender a las necesidades de la comunidad, transformándose en una herramienta de vital importancia para la gestión de salud a nivel primario, logrando mejorar nuestras deficiencias detectadas por la población usuaria y a la vez entregar información por medio de estas agrupaciones y juntas de vecinos de gran relevancia para la comunidad.

Cabe señalar que se ha potenciado enormemente el CESFAM y las Postas Rurales, prueba de ello es el gran avance que hemos tenido en infraestructura en postas rurales, equipamiento, nueva ambulancia, ecógrafo, y otros equipos clínicos. Destacando un gran logro en la gestión con la aprobación del proyecto de construcción del nuevo CESFAM, a construir durante el año 2014.

Un gran desafío para nuestro equipo de salud, es el inicio del proceso de acreditación de nuestro establecimiento de Atención Primaria en Salud, de acuerdo a las disposiciones sanitarias vigentes y en coordinación con la Dirección de Servicio de Salud del Maule y SEREMI DE SALUD, dicho proceso será monitoreado y ejecutado gradualmente, de acuerdo a protocolos vigentes para finalmente lograr la certificación como establecimiento Acreditado en salud.

La estrategia de nuestro plan de salud comunal, se orienta a satisfacer las necesidades de la comuna, las cuales cada día son más demandantes por nuestros usuarios. Alineándose además con políticas ministeriales en salud y variantes que se presentan en el tiempo de acuerdo a los indicadores epidemiológicos.

3. OBJETIVO DE SALUD MUNICIPAL

La Atención Primaria en Salud Municipal, regida por la Ley N° 19.378 y sus leyes complementarias ley 18.883, 19.378, 19.813, 19.405, 19.937, 20.157, 16.744 y código del trabajo, las que nos brindan el marco regulatoria en nuestro accionar diario en las distintos ámbitos de la salud, tanto en la administración interna de recursos y la atención de usuarios. Dirigiendo nuestro esfuerzo en brindar atención con un enfoque participativo, con la finalidad de lograr, detectar una amplia gama de necesidades de salud de los diferentes sectores y organizaciones de la comunidad, con la participación activa de los funcionarios, a fin de contribuir a elevar el nivel de vida de la población de Retiro y sus alrededores.

Una de nuestras tareas es la implementación de una herramienta que permita tener una visión de estados futuros deseados y objetivos estratégicos correlacionados entre sí, que logre identificar la situación actual, establecer objetivos y planificar actividades, dando un sentido de unidad institucional a toda la estructura, aplicando un real control de resultados, evaluando y analizando las brechas, entre lo programado y lo realizado, para establecer medidas correctivas en forma oportuna.

Nuestra organización cuenta con diversos gestores internos que velan por el cumplimiento y seguridad de nuestro recurso humano, entre ellos; Comité Paritario de higiene y seguridad, Comité de Capacitación, Comité de Bienestar de los funcionarios, logrando con ellos, asesoría en la gestión y toma de decisiones.

Por otra parte cabe destacar que nuestra Atención Primaria en Salud, cuenta con un profesional Químico Farmacéutico y una Bioquímico, brindándonos una asesoría de excelencia en la gestión de adquisiciones de fármacos y Bio-equivalencia de estos, mejorando de esta forma el uso de los recursos financieros, manteniendo un nivel de gasto aceptable en farmacia (ítem 22), dando cumplimiento al marco presupuestario establecido para cada año. Se implementara la infraestructura adecuada para el almacenamiento de fármacos, dando cumplimiento a cabalidad a la normativa de bodegaje y cadenas de frio de los distintos insumos. Poniéndose en marcha un software de control de farmacia, el cual nos brindara un mayor control de ellos y a su vez nos permite generar centros de costo de las distintas unidades ayudándonos a mantener stock critico en cada uno de los artículos y evitando el sobre stock y disminuyendo las fugas y vencimientos de estos.

4. DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

VISIÓN:

Ser reconocidos por los habitantes de Retiro y la Red Asistencial, como un servicio de calidad a nuestros usuarios.

MISIÓN:

Contribuir a mejorar el nivel de vida en salud de la Comuna de Retiro, a través de las prestaciones preventivas de salud de acuerdo a la cartera de servicios, en el nivel primario de la red asistencial Maule Sur.

POLITICAS:

Nuestra atención primaria en salud, se basa en cuatro ejes fundamentales para brindar atención a la comuna de Retiro:

- ✓ Atención de equipo multidisciplinario de salud, en postas rurales.
- ✓ Extensión horaria de médicos y profesionales en las postas de San Marcos, Copihue, Villaseca y CECOSF de Camelia.
- ✓ Atención en Centro de Salud Familiar urbano de lunes a viernes, de equipo multidisciplinario de salud, hasta las 20:00 Hrs, con continuación de servicio de urgencia.
- ✓ Atención los días sábados de cirugía menor, odontólogo, Sala ERA y médico general de urgencia.
- ✓ Implementar un sistema que entregue una atención más oportuna de policlínicos urgencia, optimizando el uso del recurso a través de un selector de demanda.
- ✓ Proporcionar a los equipos multidisciplinarios de Atención Primaria: formación, capacitación en salud familiar y atingentes a cada una de las aéreas, favoreciendo el desarrollo de habilidades, destrezas y aptitudes.
- ✓ Fortalecer una organización, sustentable financieramente, integrada y valorada por la comunidad, que dé respuesta a necesidades y expectativas de salud, con resultados que satisfagan criterios de excelencia.
- ✓ Desarrollar a una completa implementación tecnológica de las diferentes áreas del Departamento de Salud.
- ✓ Establecer una estructura organizativa, con objetivos jerarquizados de corto y largo plazo, con planes, programas y presupuestos que cualifiquen y cuantifiquen los objetivos, con medición, registro, control y corrección de las variaciones de resultados, de los distintos programas de salud y objetivos sanitarios.
- ✓ Desarrollar terapias alternativas de salud tales como; Reiki y Flores de Bach.

5. RECURSOS HUMANOS:

Dotación 2014

PROPUESTA DE DOTACION ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL
LEY 19.378

Cat.	Profesión o Actividad	Dotacion Vigente Aprobada año 2013			Personal Contratado al 31 de Agosto de 2013, incluye Plazo Indef. y Palzo Fijo		Dotacion Propuesta para el año 2014		
		Nº de Cargos	Nº de Semanales	Horas	Nº de Cargos	Nº de Horas Semanales	Nº de Cargos	Nº de Semanales	Horas
A	Médico	7		308	7	308	7		308
	Dentista	6		264	6	264	6		264
	Quimico-Farmacéutico	1		44	1	44	1		22
	Bioquímico	1		44	1	44	1		44
B	Enfermero/a	7		308	7	308	8		352
	Trabajador/a Social	4		176	4	176	4		176
	Kinesiólogo	4		176	4	176	4		176
	Matrona	5		220	5	220	6		264
	Nutricionista	5		220	5	220	5		220
	Psicólogo	2		88	2	88	2		88
	Fonoaudióloga	1		44	1	44	1		44
	Profes. de Administración	4		176	4	176	5		220
C	Programador	1		44	1	44	1		44
	Estadístico	1		44	1	44	1		44
	Técnico Paramédico TENS	48		1.826	48	1.826	63		2.772
	Otros Encargados de: Inventario, Jurídica y Adquisiciones	4		176	4	176	3		132
D	Técnico Paramédico medio	3		132	3	132	3		132
E	Administrativos	24		957	24	957	29		1.276
F	Chofer	10		440	10	440	12		528
	Auxiliar de Servicios	14		506	14	506	14		616
	Estafeta	1		22	1	22	1		44

	Nochero	1	44	1	44	1	44
directivos	Director de Establecimiento	1	22	1	22	1	22
directivos	Director Comunal	1	44	1	44	1	44

Total Carrera Funcionaria	156	6.325	156	6.325	167	7.876
----------------------------------	------------	--------------	------------	--------------	------------	--------------

Carrera Funcionaria: Como nueva propuesta de mejora de para el encasillamiento de funcionarios de las distintas categorías: A, B, C, D, E, F, y sus respectivos puntajes y grados asimilados a ellos, el Departamento de Salud Municipal de Retiro ha mejorado la carrera funcionaria, evitando de tal forma el estancamiento de los funcionarios acogidos a la Ley 19.378, en ciertos rangos de dicha carrera funcionaria. Definiéndose la siguiente tabla:

CARRERA FUNCIONARIA

Categoría A y B		
NIVEL CARRERA	DE	RANGO PUNTAJES
		DESDE HASTA
1		14.462 15.500
2		13.429 14.461
3		12.396 13.428
4		11.363 12.395
5		10.330 11.362
6		9.297 10.329
7		8.264 9.296
8		7.231 8.263
9		6.198 7.230
10		5.165 6.197
11		4.132 5.164
12		3.099 4.131
13		2.066 3.098
14		1.033 2.065
15		- 1.032

CARRERA FUNCIONARIA

Categoría C, D, E, y F		
NIVEL CARRERA	DE	RANGO PUNTAJES
		DESDE HASTA
1		13.537 14.500
2		12.570 13.536
3		11.603 12.569
4		10.636 11.602
5		9.669 10.635
6		8.702 9.668
7		7.735 8.701
8		6.768 7.734
9		5.801 6.767
10		4.834 5.800
11		3.867 4.833
12		2.900 3.866
13		1.933 2.899
14		966 1.932
15		- 966

Desafíos Pendientes:

Con el único propósito de mejorar la calidad de la información y registro de funcionarios, se hace imprescindible la puesta en marcha del SISTEMA SIRAPS, software que contribuye como herramienta de trabajo a ser el único instrumento de registro funcionario de involucra las siguientes áreas:

- ✓ Control de horas de dotación
- ✓ Carrera funcionaria
- ✓ Reloj Biométrico
- ✓ Bienios
- ✓ Control de pagos de bono de desempeño individual y colectivo, asignaciones, etc.
- ✓ Cartera de Capacitación por funcionario.

El servicio de Bienestar del Personal de la Atención Primaria de Salud Municipal, nace de acuerdo a la Ley 20.647 en enero de 2013, creándose en nuestra institución en marzo de 2013 y recientemente puesto en marcha, dicho servicio es una rama dependiente de Recursos Humanos, la cual será instaurada en pleno en nuestra APS, con un reglamento propio y robusto. Cuenta con su cartera de prestaciones, la cual será ampliada en la medida que el Servicio de Bienestar cuenta con mayor grado de financiamiento y formulación presupuestaria propia, para el año 2014 en adelante.

Índice Ausentismo Laboral

Nuestra institución mantiene una dotación de 156 funcionarios al 30 de noviembre de 2013, con un promedio de IA (índice de ausentismo) por funcionario anual de 4,6 días. Monitoreo realizado entre el mes de enero a noviembre de 2013.

Por lo tanto una manera básica de calcular el índice de ausentismo laboral sería:

4,6 Días (promedio por func.)

$$IA = \frac{4,6 \text{ Días (promedio por func.)}}{260 \text{ Días (laborales)}} \times 100 = IA = 1,78\%$$

El desafío para los próximos tres años consiste en mejorar las acciones preventivas en salud, canalizadas en trabajo conjunto con el comité paritario y comité de salud ocupacional. Uno de los próximos desafíos para los tres años del presente Plan Comunal, desarrollando estrategias en disminuir o mejorar el IA = 1,78%, consiste en la creación del COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL, el cual trabajara en conjunto con el COMITÉ PARITARIO, que se encuentra actualmente constituido y en funcionamiento.

Tasa de Accidentabilidad Laboral

El Comité Paritario cuenta con permanente asesoría de un prevencionista en riesgos de la Asociación Chilena de Seguridad. Es por esto que nuestra institución tiene una baja tasa de Accidentabilidad.

Tasa de Accidentabilidad año 2013 = 0,013

Muestra considerada entre enero a noviembre de 2013.-

Los desafíos para el próximo trienio son los siguientes:

- ✓ Sociabilizar con todos los funcionarios el Reglamento de Higiene y Seguridad.
- ✓ Trabajar en forma coordinada con el Comité de Salud Ocupacional (próximo a ser constituido).
- ✓ Crear el Comité de Emergencias y Desastres.
- ✓ Crear un plan de emergencias y desastres conocido por todos los funcionarios.

- ✓ Capacitar a todos los funcionarios APS, en materias de prevención de riesgos y acciones inseguras.
- ✓ Mejorar y capacita a los funcionarios en cuanto a: Instalaciones deficientes, posiciones ergonómicas, uso de elementos de seguridad e higiene y crear hábitos de pausa saludable.

Si bien es cierto que la tasa de accidentabilidad de nuestra institución es bastante aceptable comparativamente con otras instituciones, es imprescindible desarrollar el conocimiento en toda nuestra dotación en cuanto a acciones preventivas tanto de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, conocer por parte de todos los directivos el que hacer en caso de accidentes y situaciones de emergencia o desastres naturales.

6. DIAGNÓSTICO COMUNAL

Antecedentes históricos

La comuna de Retiro se fundó inicialmente con el nombre de Rinconada de Parral, por una actuación directa de don Ramón Barros Luco, en el año 1881. Después de su fundación, tuvieron que pasar 46 años para que las autoridades se decidieran por el nombre que actualmente posee la comuna.

Mediante la Ley del 30 de agosto de 1826 el país se dividió en 8 provincias, de este modo la comuna de Retiro formaba parte de la provincia de Maule. Esta provincia estaba comprendida entre el río Maule y los ríos Itata y Ñuble, su capital era la ciudad de Cauquenes.

Con la Constitución Política de 1833 se establece que la provincia de Maule estará constituida por las delegaciones de Itata, San Carlos, Parral, Linares y Cauquenes.

Al crearse la provincia de Linares, el 11 de diciembre de 1873, se segregaron de la provincia de Maule los departamentos de Linares y Parral. Estos departamentos, más la localidad de Loncomilla, constituyeron la nueva provincia de Linares.

En 1927 la provincia de Linares se anexa a la de Maule, que pasa a tener como capital la ciudad de Linares. Así, la nueva provincia de Maule queda conformada por los departamentos de Linares, Parral, Loncomilla, Constitución y Cauquenes. Al Departamento de Salud de Parral pertenecen las comunas de Parral y Retiro.

En 1936 se restablece la provincia de Linares, a la que se agrega la nueva comuna de Longaví.

Como resultado del proceso de regionalización llevado a cabo a partir de 1974, mediante los sucesivos DL 575 de 1974, DL 1317 de 1975 y los DL 2867 y 2868 de 1979, la comuna de Retiro alcanza sus límites actuales y, junto a las comunas de Linares, Yervas Buenas, Colbún, Longaví, Parral, Villa Alegre y San Javier conforman la provincia de Linares, perteneciente a la VII Región del Maule.

Aspectos físicos

Límites.

La comuna de Retiro posee una Superficie de 827,1 km² y sus límites actuales están descritos en el Decreto Supremo 1325 de 1980, en el cual se resuelve que:

- NORTE : Retiro limita con la comuna de San Javier, en el río Perquilauquén.
- ORIENTE : limita con la comuna de Longaví, en el río Longaví.
- SUR : limita con la comuna de Parral, en los esteros Colliguay, Parral y Cuarteles.
- PONIENTE : limita con la Provincia de Cauquenes, en el río Perquilauquén y estero Curipeumo.

Población

La Comuna de Retiro, según la información entregada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2002, posee una población total de 18.487, de los cuales 9.451 corresponde a población masculina y 9.036 a población femenina. Del total de la población 13.779 personas viven en localidades rurales y 4.708 en la zona urbana, esto representa el 74,53% y el 25,47 respectivamente.

Población total por área y sexo

	Total	Hombres	Mujeres	Urbana	Rural
Población	18.487	9.451	9.036	4.708	13.779
%	100,0	51,1	48,9	25,5	74,5

Fuente: Censo, 2002.

Prácticamente todas las localidades rurales mostraron una disminución de su población, respecto del censo anterior.

Estructura por Grupos de Edad y Sexo

La comuna de Retiro tenía, para el año 2002, una conformación según el sexo de 9.451 hombres, lo que correspondió al 51.1% de la población comunal; y de 9.036 mujeres, correspondiendo al 48,9% de la población comunal (Censo, 2002).

En relación a la distribución de la población por grupos de edad se observó que el 42.2% de la población corresponde a niños y jóvenes (0 a 24 años), es decir, a población en edad de estudiar y/o iniciar la incorporación al mundo del trabajo; el 49.6% a adultos en plena edad laboral (25 a 65 años); y, finalmente, un 8.2% a adultos mayores (más 65 años).

Actualmente se encuentra en proceso la información obtenida, a través del Censo Nacional de Población y Vivienda, año 2012.-

Población total por grupos de edad

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN	%
0-5	1.606	8.6
6-14	3.411	18.5
15-24	2.785	15.1
25-44	5.634	30.5
45-54	2.009	10.9
55-64	1.393	7.5
65 y más	1.649	8.9
TOTAL	18.487	100

Fuente: INE 2002

Escolaridad de la Población

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) define el alfabetismo como la aptitud para leer y escribir. Es así, que alfabeto es aquella "persona capaz de leer y escribir, comprendiéndola, una breve y sencilla exposición de hechos relativos a la vida cotidiana". Por lo tanto, analfabeto es la persona que no es capaz de realizar lo anteriormente señalado. Sin embargo, en la práctica censal, el INE clasifica como alfabeto simplemente a quienes declaran saber leer y escribir, pues no es posible comprobar si reúnen efectivamente los requisitos señalados.

En relación a la clasificación por sexo, se obtuvo que: a nivel país, del total de la población femenina de 10 años y más, un 4.44% son analfabetas y del total de los hombres un 4.35% también poseen esta condición. Estas cifras presentan algunas variaciones si se analizan a nivel comunal. Del total de la población masculina un 13,91% no se encuentran alfabetizados, mientras que del total de mujeres este porcentaje disminuye a un 10,38%.

Población de 10 años y más, por condijo de alfabetismo, sexo y nivel de urbanización.

	Población Total 10 años y más %	Hombres %	Mujeres %
Nacional	4.40	4.35	4.44
Comunal	12.17	13.91	10.38

En relación a la Región, la comuna de Retiro presenta sólo en el nivel de enseñanza básica un porcentaje mayor de población que ha cursado o está cursando este nivel, ya que en el resto de los niveles de instrucción presenta porcentajes por debajo a porcentajes regionales, así como también con respecto a aquella población que nunca asistió a la escuela.

Desarrollo social.

Educación.

La Educación en la comuna de Retiro se encuentra actualmente bajo la administración del Departamento Administrativo de Educación Municipal - DAEM, el que a su vez depende de la Municipalidad de Retiro. Al DAEM le corresponde, entre otras funciones, administrar los establecimientos educacionales que imparten tanto Enseñanza Pre-Básica, Básica y Media, así como la enseñanza Especial y de Adultos. Además, debe coordinar y supervisar los diferentes Programas emanados del Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas y de otros organismos.

Educación Particular Subvencionada

Existen en la Comuna 2 Establecimientos Particulares Subvencionados, uno de ellos es Laico y sólo imparte Enseñanza Básica, está ubicado en la cabecera de la Comuna. El segundo es Católico, imparte Enseñanza Media y está ubicado en la localidad de Camelias.

Educación Municipal Básica y Media

De acuerdo al comportamiento histórico se observa que la matrícula de la enseñanza Básica y Media ha disminuido, destacándose que en los últimos cuatro años un descenso promedio de un 8,65 %.

Organizaciones Comunales:

Del total de las Organizaciones, aproximadamente un 30% se encuentra en receso, lo anterior se debe prioritariamente a dos causas cumplimiento del objetivo para la cual fueron creadas o falta de socios para desarrollar su objetivo.

ORGANIZACIÓN	AÑO		
	Nº 2011	Nº 2012	2013
JUNTA DE VECINOS	41	42	40
GRUPO ADULTOS MAYORES	12	11	19
GRUPOS JUVENILES	15	2	2
CLUBES DE HUASO	10	7	8
CENTRO DE PADRES Y APODERADOS	28	25	35
CONSEJOS DESARROLLO LOCAL SALUD	7	7	6
ASOCIACIONES COMUNALES	0	6	6
GRUPOS HABITACIONALES	57	32	45
TALLERES DE DAMA	56	50	47
CLUBES DEPORTIVOS	47	21	19
ORGANIZACIONES CULTURALES	5	16	20
COMITÉ PAVIMENTACION	7	11	7
COMITÉ PRO ADELANTO	15	10	12

7. RED ASISTENCIAL

La misión principal de esta Red Asistencial es colaborar complementarse entre sí para resolver, de manera efectiva, las necesidades de salud de nuestros usuarios.

Nuestra Red Asistencial está constituida por un conjunto de establecimientos asistenciales públicos dependientes administrativamente de la Ilustre Municipalidad de Retiro y técnicamente del Servicio de Salud del Maule y SEREMI VII región, de establecimientos municipales de atención primaria de salud y de establecimientos privados con convenio suscrito con el Servicio de Salud del Maule.

Esta Red Asistencial está compuesta por los siguientes niveles:

Primer lugar nos encontramos con la red asistencial pública de Nivel Primario Municipal de la Comuna de Retiro, la cual se encuentra representada por las estaciones de enfermería, postas, centros comunitarios de salud familiar y CESFAM, realizan acciones de baja complejidad con diferentes grados de resolución, determinando un sistema de referencia y contrarreferencia intranivel y en nuestro caso se encuentra constituido por:

- ✓ Centro de Salud Familiar Marta Estévez de Marín, Retiro.

El siguiente nivel de esta Red Asistencial es el Nivel Secundario y Especialidades, en este nivel se encuentran las derivaciones desde el Primer Nivel de Atención el cual está constituido por los siguientes Hospitales:

- ✓ Hospital San José Parral.
- ✓ Hospital Base Carlos Ibañez del Campo Linares.
- ✓ Hospital Regional del Maule.

También se cuenta con el apoyo de Servicios Privados los cuales se encuentran los siguientes establecimientos:

- ✓ Centro Médico Inmunomedica Parral.
- ✓ Clínica Diálisis Parral/Centro Médico del Maule.
- ✓ Centro Médico Dr. Fuster Linares.
- ✓ Instituto Médico Linares.
- ✓ Centro Médico Talca.
- ✓ Laboratorio Tecnoanálisis Parral.
- ✓ Fundación Los Andes Santiago.
- ✓ Laboratorio Perquilauquén Parral.

Otro aspecto importante es nuestra Red Asistencial de Apoyo Interno de nuestro Cesfam Marta Estévez de Marín el cual cuenta con el siguiente equipamiento:

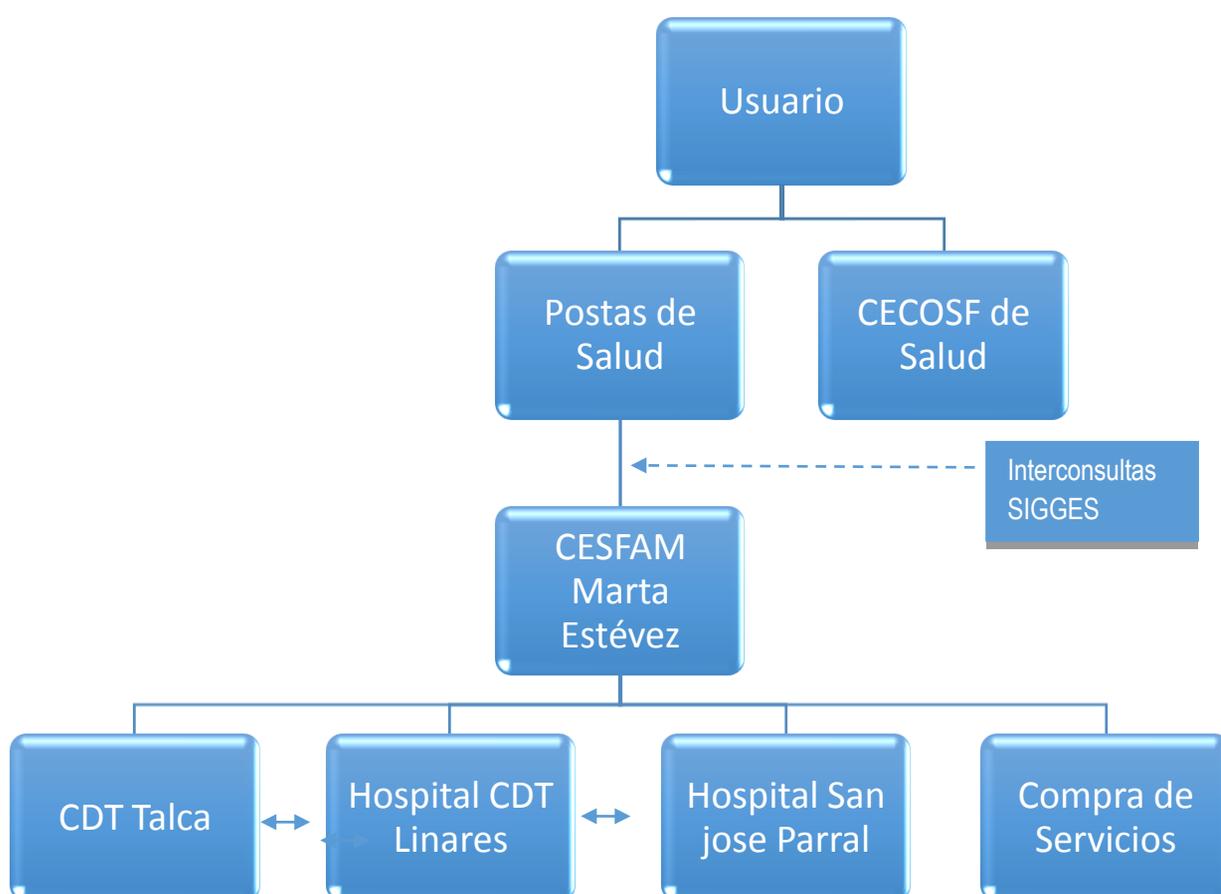
- ✓ Desfibrilador.
- ✓ Electrocardiograma (telemedicina).
- ✓ Ecógrafo.
- ✓ Móvil Atención Domiciliaria Postrados
- ✓ Ambulancias.
- ✓ Vehículos de Rondas.
- ✓ Servicio de Esterilización.
- ✓ Oxígeno Terapia Domiciliaria.

El Intersector está constituido por empresas, organizaciones e instituciones públicas y privadas entre las cuales se encuentran:

- ✓ Gobernación Linares.
- ✓ Intendencia Regional Maule.
- ✓ SERNAM.
- ✓ SSMAULE.
- ✓ SEREMI.
- ✓ Instituto Nacional del Deporte.
- ✓ CONACE (Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes).
- ✓ JUNJI (Junta Nacional de Jardines Infantiles).
- ✓ INTEGRA.
- ✓ Carabineros.
- ✓ Bomberos.
- ✓ PDI (Policía de Investigaciones).
- ✓ Municipalidad.
- ✓ Forestal el Alamo.
- ✓ Fundo Millahue.
- ✓ Fundo el Almendro.
- ✓ Fundo Huechuquito.
- ✓ David del Curto.
- ✓ OPD (Oficina de Protección de los Derechos de la Infancia).
- ✓ PIB Fundación Paula Jara Quemada (Programa de Intervención Breve).
- ✓ DAEM (Departamento Administrativo de Educación Municipal).
- ✓ Colegios las Camelias (Particular-Subvencionado).
- ✓ Escuela Iris Retamal (Particular-Subvencionado).

8. FLUJOGRAMA DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El Proceso de referencia y contrarreferencia constituye en el sistema público un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a los usuarios e incide en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso y con ello la adhesión y satisfacción de los usuarios.



9. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

Programa de la	2011	CESFAM	CECOFS	Postas	2012	CESFAM	CECOFS	Postas	2013	CESFAM	CECOFS	Postas
Programa Mujer												
Controles por (Incluye binomio)	5.927	2.393	1.358	2.176	6632	3270	731	2631	6035	3300	1081	1654
Consultas por	1.082	532	151	399	1943	723	533	687	1301	548	372	381
Controles de Embarazo con Pareja	415	286	40	89	482	337	54	91	413	240	80	93
Total	7424	3211	1549	2664	9057	3748	1151	4158	7749	4088	1533	2128

Programa Infantil	2011	CESFAM	CECOFS	Postas	2012	CESFAM	CECOFS	Postas	2013	CESFAM	CECOFS	Postas	
Controles	RN por Medico	38	17	4	17	67	40	7	20	64	48	10	6
	Enfermera sin DPM y con DPM	2504	765	287	1452	1713	957	203	553	1792	1092	343	357
	RN por matrona	18	7	0	11	78	51	3	24	131	91	20	20
	Tens	2451	799	252	1400	1194	609	133	452	1162	577	309	853
	Nutricionista	2380	796	214	1370	Se ejecutaron como consultas por instrucción ministerial							
Total	7383	2376	757	4250	3052	1657	346	1049	3149	1808	682	1236	
Consultas	Medico (Morbilidad)	3112	1258	170	1684	2573	1336	254	983	2800	1979	392	429
	Enfermera	310	129	12	169	249	208	23	18	525	402	47	76
	Nutricionista	308	91	49	168	1456	948	126	382	1720	1006	332	390
	A. Social	117	56	1	60	59	56	1	2	45	40	3	2
	Fonoaudióloga	1123	277	159	687	817	409	130	278	631	311	135	185
	E. de Párulos	398	199	0	199	78	78	0	0	286	154	30	102
	Rehabilitación Motora	78	39	0	39	39	2	0	0	-	-	-	-
Kinesióloga(O)	Vida Sana inicia prestaciones en 2012				60	245	8	0	53	53	-	-	
Total	5446	2049	391	3006	5331	3282	542	1663	6060	3945	939	1184	

Programa Adolescente		2011	CESFAM	CECOFS	Postas	2012	CESFAM	CECOFS	Postas	2013	CESFAM	CECOFS	Postas
Control	Tens	16	1	0	15	2	1	0	1	5	5	-	-
	Matronas	12	6	0	6	702	397	115	190	49	34	-	15
	Medico	16	9	0	7	47	35	2	12	37	19	8	10
Total		44	16	0	28	751	433	217	203	91	58	8	25
Consultas	Medico (Morbilidad)	52 1	352	78	91	117 6	659	116	401	109 2	642	202	248
	Enfermera	29	9	6	14	27	10	3	14	146	141	2	3
	Nutricionista	14 4	71	28	45	312	159	51	102	302	165	56	81
	Matrona	65	31	11	23	118	9	22	87	89	43	21	25
	A. Social	72	66	1	5	79	69	5	5	62	47	1	14
	Fonoaudióloga	11	4	1	6	9	0	1	8	9	5	3	1
	Psicóloga	-	-	-	-	146	60	54	32	73	73	-	-
	Rehabilitación Motora	21	21	0	0	81	81	0	0	-	-	-	-
Kinesióloga(o)	-	-	-	-	183	126	39	18	24	24	-	-	
Total		863	554	125	184	2131	1164	269	580	1797	1140	285	372

Programa del Adulto		2011	CESFAM	CECOSF	Postas	2012	CESFAM	CECOSF	Postas	2013	Cesfam	CECOFS	Postas
Controles	Medico	1429	952	189	290	2145	1007	207	931	2020	1062	392	366
	Enfermera	641	373	94	174	573	325	87	161	832	553	112	167
	Nutricionista	723	332	95	296	721	349	92	280	994	542	123	329
	Tens	837	518	202	117	635	507	43	85	727	391	213	123
TOTALES		3630	2175	580	877	4074	2188	429	1457	4573	2548	840	985
Consultas	Medico (Morbilidad)	2823	1529	525	769	5551	2597	618	2336	5810	3334	1022	1454
	Enfermera	94	57	5	32	263	137	12	114	655	620	14	21
	Nutricionista	914	451	189	274	1303	767	163	373	1561	970	321	270
	A. Social	629	556	28	45	721	590	49	82	576	441	58	77
	Fonoaudióloga	-	-	-	-	33	23	1	9	12	12	-	-
	Rehabilitación Motora	449	449	-	-	900	900	-	-	-	-	-	-
	Kinesiólogo (a)	-	-	-	-	454	392	62	-	237	237	-	-
Total		4909	3042	747	1120	9319	5461	905	2914	8851	5614	1415	1822
Programa Adulto Mayor		2011	CESFAM	CECOSF	Postas	2012	CESFAM	CECOSF	Postas	2013	Cesfam	CECOSF	Postas
Controles	Medico	982	660	112	209	1495	875	164	456	1651	955	231	465
	Enfermera	811	358	140	313	945	497	123	325	847	574	54	219
	Nutricionista	395	202	49	144	544	288	60	196	614	359	59	199
	Tens	3095	2767	197	131	1984	1851	53	0	561	296	161	104
Total		5283	3987	498	797	4968	3511	370	977	3673	2184	505	987
Consultas	Medico (Morbilidad)	1036	515	150	371	1986	973	266	747	2045	1159	368	518
	Enfermera	70	57	4	9	176	155	7	14	162	148	5	10
	Nutricionista	253	154	39	60	356	287	38	31	464	362	34	68

a. Social	101	78	0	0	150	111	21	18	140	91	11	38
Rehabilitación Kinésica	255	255	0	0	490	490	0	0	-	-	-	-
Total	1715	1059	193	440	3158	2016	332	810	2811	1760	418	634

Salud Mental		2011	CESFAM	CECOS F	Postas	2012	CESFAM	CECOS F	Postas	2013	CESFAM	CECOFS	Postas
Consultas	Medico	698	464	49	185	1116	658	93	365	964	630	137	197
	Psicólogo	830	559	124	147	1194	849	66	279	1108	803	125	180
	A. Social	41	29	7	5	17	13	0	4	26	25	-	1
Total	1569	1052	180	337	2327	1520	159	648	2098	1458	262	378	

Programa Odontológico	2011	CESFAM	CECO SF	Postas	2012	CESFAM	CECOS F	Postas	2013	CESFAM	CECOFS	Postas
Primera Consulta	3567	2476	301	790	4410	903	763	2744	4494	2464	985	1045
Consultas Repetidas	3801	3036	131	634	4862	2862	750	1250	4347	2293	929	1125
Total	7368	5512	423	1424	9272	3765	1513	3994	8841	4757	1911	2170
Urgencias GES	481	360	32	89	420	275	88	57	667	389	157	121
Urgencias No GES	1992	1231	213	548	4439	2408	807	1224	3477	1621	789	1067
Total	2473	1591	245	637	4859	2683	895	1281	4144	2010	946	1188
Otras actividades APS												
Promoción	910	657	72	181	1416	795	271	350	2548	1155	665	728
Preventivas	2533	1795	364	374	4616	2507	993	1116	4903	1947	1591	1365
Recuperativas	11016	8088	707	2221	15616	8846	2420	4350	14942	7985	2681	4276
Total	14459	10540	1143	2776	21648	12148	3684	5816	22393	11087	4937	6369
Ingresos a tratamiento	1117	769	104	244	1310	715	177	480	1782	807	469	449
Altas Totales	1026	749	65	212	1188	706	118	364	1336	592	359	385

Sistema Integral de Atención Usuario CESFAM

Actividades	N° de formularios			Respuesta plazo legal		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Reclamos No GES	16	18	8	16	18	8
Reclamos GES	1	0	-	1	-	-
Sugerencias	9	2	3	9	2	3
Felicitaciones	11	6	25	11	6	25
Consultas	782	3703	4401	NC	NC	NC

Actividades en Domicilio	2011	CESFAM	CECOS F	Posta	2012	CESFAM	CECOS F	Posta	2013	CESFAM	CECOS F	Posta
VDI Prioritarias	1845	1414	224	209	832	505	129	198	739	408	133	198
Otras VDI												
Epidemiológicas					20	14	6	0	46	11	2	33
Lugar de trabajo y Nivel educacional					12	10	2	0	1	1	-	-
Salud Mental					121	67	12	42	110	28	48	34
Rurales					303	126	35	142	461	13	79	369
Otras VD					351	157	55	139	667	405	113	149
Tratamientos y procedimientos					126 2	1067	4	191	1508	1459	1	48
Rescate pacientes					496	289	122	85	758	498	154	106

Educación Grupal	2011	CESFA M	CECOS F	Posta	2012	CESFA M	CECOS F	Posta	2013	CESFA M	CECOS F	Posta
Niño(a)	-	-	-	-	139	108	16	15	284	61	115	108
Adulto (incluye mujer)	-	-	-	-	75	36	26	8	234	176	32	74
Adulto Mayor	-	-	-	-	2	1	0	1	41	9	22	10
Total	143	75	15	53	216	145	42	25	559	249	169	192

Urgencia Rural	2011	2012	2013
Medico	8237	8211	8843
Enfermera	7672	2858	891
Tens	7364	9211	11334
Total consultas SUR	23273	20280	21068

Otras prestaciones	2011			2012			2013		
Prestación	Convenio	Solicitado	Realizado	Convenio	Solicitado	Realizado	Convenio	Solicitado	Realizado
Mamografías	331	331	326	379	539	322	257	259	259
Eco Mamarias	21	31	12	32	32	11	16	14	12
Eco Abdominales	121	173	183	145	145	140	189	148	126
Cons. Oftalmológica	500	509	252	468		444	468	600	506
Lentes	510	337	337	510	1020	604	-	675	675
Cons. Otorrino con audiometría	17	30	17	26	26	23	39	15	15
Audífonos	2	2	2	3,5	10	10	-	5	5
Cirugías Menores	250	68	45	200	200	173	250	182	220
Biopsia	-	0	0	0	2	0	-	31	31
Electrocardiograma	No hay	1500	808	0	1500	1143	-	1008	1008
Exámenes de laboratorio	-	34.888	34.888	-	39676	39676	12144	49075	49075
RX Tórax IRA-ERA	246	167	167	360	360	217	170	205	205
RX Pelvis	0	0	0	211	211	133	234	159	159
Prótesis dentales (H-M) Y PERA	100	100	50	209	417	369	110	64	64
Prótesis dentales (60)	-	100	20	60	60	52	40	27	27
Endodoncias	-	70	50	19	19	19	30	40	40
Fondo de ojos	No hay	730	388	No hay	700		-	724	724
Espirometria	-	133	133	0	260	131	-	260	220

Programa de Alimentación Complementaria

Producto	2011				2012				2013				
	Comuna	CESFAM	CECOS F	Posta	Comuna	CESFAM	CECOS F	Posta	Comuna	CESFAM	CECOS F	Posta	
<u>Básico</u> <u>KG</u>	Leche Purita Fortificada	3906	2218	704	984	3968	2409	585	974	3391	2045	613	733
	Leche Purita Cereal	8637	4442	2175	2806	9325	4617	2084	2624	9376	4878	2023	2475
	Purita Mama	2148	1232	338	578	2054	1186	338	530	2252	1350	437	465
<u>Refuerzos</u> <u>KG</u>	Leche Purita Fortificada	201	85	53	63	204	144	32	28	136	86	26	24
	Leche Purita Cereal	322	218	16	88	388	236	46	106	316	198	56	62
	Mi Sopita	450	286	40	124	506	302	70	134	400	248	76	76
	Purita Mama	178	144	0	34	230	96	54	80	263	126	56	81
Alimento Prematuros (GR)	Leche Prematuro	22400	11200	0	11200	27200	0	0	0	96000	65600	30400	0
<u>No Beneficiarios</u> ISAPRE libre elección	Leche Purita Fortificada	109	103	0	6	120	88	0	32	90	82	8	0
	Leche Purita Cereal	184	172	8	4	176	162	0	14	193	181	0	12
	Purita Mama	8	6	0	2	0	0	0	0	4	4	0	0

Pacam	2011	Chile Solidario	2012	Chile Solidario	2013	Chile Solidario
Crema años Dorados	7389	153	7741	242	8080	260
Bebida Láctea	7389	153	7741	242	8080	260
8.1.16 Valorización PNAC-PCAM		Precio unitario \$	Entregado	Inversión \$		
Purita Fortificada		2283	3617	\$ 8.257.611.-		
Purita Cereal		1687	9706	\$ 16.374.022.-		
Mi Sopita		553	404	\$ 223.412.-		
Purita Mama		2302	2519	\$ 5.798.378.-		
Crema años Dorados		954	8080	\$ 7.708.320.-		
Bebida láctea		1552	8080	\$ 12.540.160.-		
TOTAL						

10. GARANTIAS GES

GES (Garantías Explícitas de Salud):

Determina garantías claras a la población cuando una persona enfrenta un determinado problema de salud: cuándo y cómo lo atenderán, cuánto le costará, coordinando a todos los establecimientos de la red e identificando claramente al paciente para asegurar así las garantías.

Además, se garantiza el acceso frente a las emergencias con riesgo vital, el programa de Salud Pública (vacunas, tuberculosis, plan de alimentación complementaria) y el plan de Salud Familiar en todos los consultorios y hospitales pequeños.

Para acceder a las garantías del Plan AUGE, el paciente debe pertenecer a FONASA (beneficiario) A, B, C o D o estar afiliado a alguna ISAPRE.

El paciente, beneficiario FONASA, accede desde el nivel primario de atención, es decir, desde una posta o consultorio de salud. En caso de ser confirmado, será atendido con todas las garantías que establece el sistema GES.

LISTADO PATOLOGÍAS VIGENTES AÑO 2013

1. Insuficiencia renal crónica terminal.
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años.
3. Cáncer cervicouterino.
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.
5. Infarto agudo de miocardio.
6. Diabetes Mellitus Tipo 1.
7. Diabetes Mellitus Tipo 2.
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más.
9. Disrrafias espinales.
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años.
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas.
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más, con artrosis de cadera con limitación funcional severa.
13. Fisura labiopalatina.
14. Cáncer en menores de 15 años.
15. Esquizofrenia.
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.
17. Linfomas en personas de 15 años y más.
18. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA.
19. Infección respiratoria aguda (IRA) baja, de manejo ambulatorio en menores de 5 años.

20. Neumonía adquirida en la comunidad, de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años.
23. Salud oral integral para niños de 6 años.
24. Prevención del parto prematuro.
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas 15 años y más, que requieren marcapaso.
26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos.
27. Cáncer gástrico.
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más.
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más.
30. Estrabismo en menores de 9 años.
31. Retinopatía diabética.
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.
33. Hemofilia.
34. Depresión en personas de 15 años y más.
35. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas.
36. Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.
37. Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más.
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.
39. Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años.
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
41. Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, leve o moderada.
42. Hemorragia Subaracnoidea Secundaria o ruptura de Aneurismas Cerebrales
43. Tratamiento Quirúrgico de Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central personas de 15 años o más
44. Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposos Lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años o más
46. Urgencia Odontológica Ambulatoria
47. Salud Oral Integral del Adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo encefálico moderado o grave

50. Trauma Ocular grave
51. Fibrosis Quística
52. Artritis Reumatoide en personas de 15 años o más
53. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del Parto
55. Gran Quemado
56. Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del Prematuro
58. Displasia Broncopulmonar del Prematuro
59. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma Bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de Parkinson
63. Artritis Idiopática Juvenil
64. Prevención Secundaria Insuficiencia Renal Crónica Terminal
65. Displasia Luxante de Caderas
66. Salud Oral Integral de la Embarazada
67. Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente
68. Hepatitis B
69. Hepatitis C
70. Cáncer colorrectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer de vejiga
73. Osteosarcoma
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aortica
75. Trastorno Bipolar
76. Hipotiroidismo
77. Tratamiento de Hipoacusia moderada y severa en menor de 2 años
78. Lupus eritematoso sistemático
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide
80. Tratamiento de erradicación del Helicobacter Pylori

Estimación demanda problemas de salud GES 2013

Patología APS	Estimada 2011	año	Estimada 2012	Estimada año 2013
IRA Baja <5		128	172	46
Neumonía >65		7	23	1
HTA		27	160	148
Salud oral niños 6ª		119	200	140
DM		32	144	115
Vicio Refracción >65		5		
Depresión 15ª Y +		55	96	53
EPOC		17	23	36
Asma menores de 15		11	11	1
Asma mayores de 15		19	25	16
Artrosis cadera y rodilla		40	141	48
Urgencia Odontológica		499	599	667
Atención Odontológica 60 años		15	41	43
Parkinson		0		
Salud oral en embarazadas		109	160	141
Ayudas técnicas		19	61	66
Hipotiroidismo				23

Interconsultas a Septiembre	2011			2012			2013		
	Emitidas	Resueltas	Lista de Espera	Emitida	Resueltas	Lista de Espera	Emitidas	Resueltas	Lista de Espera
Pediatría	28	27	1	43	35	8	63	39	24
Med. Interna	77	22	55	55	38	17	49	32	17
Neonatología	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Bronco pulmonar	5	5	0	22	11	11	16	8	8
Cardiología	33	25	8	77	62	15	62	50	12
Endocrinología	17	5	12	17	7	10	12	-	12
Gastroenterología	71	47	24	49	24	25	65	19	46
Genética	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Hematología	1	1	0	0	0	0	-	-	-
Nefrología	32	12	20	19	0	19	25	1	24
Nutrición	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Reumatología	14	1	13	20	0	20	6	-	6
Dermatología	24	1	23	33	0	33			

Enf. Transmisión Sexual	3	3	0	8	4	4	5	2	3
Geriatría	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Med. Física y Rehabilitación	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Neurología	66	27	39	116	88	28	85	15	70
Neurología Infantil	27	0	27	26	6	20	16	-	16
Oncología	5	0	5	0	0	0	-	-	-
Psiquiatría	35	28	7	40	25	15	28	18	10
Insectología	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Cirugía infantil	17	10	7	26	0	26	35	11	24
Cirugía adulto	85	40	45	139	110	29	144	76	68
Cirugía Abdominal	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Cirugía de mamas	2	2	0	6	0	6	12	12	-
Cirugía Maxilo Facial	176	176	0	185	0	185	-	-	-
Cirugía Plástica	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Cirugía Proctológica	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Cirugía Tórax	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Cirugía Vascular Periférica	9	0	9	9	0	9	14	-	14
Neurocirugía	23	1	22	30	2	28	5	-	5
Cardiología	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Anestesiología	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Obstetricia	0	0	0	0	0	0	43	43	0
Ginecología	198	148	50	212	62	150	147	108	39
Oftalmología	761	307	454	823	507	316	936	726	210
Otorrinolaringología	84	27	57	90	15	75	151	32	119
Salud Ocupacional	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Traumatología	116	5	111	86	3	83	145	23	122
Urología	37	17	20	39	1	38	-	-	-
Medicina Familiar	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Total	1946	937	1009	2166	1000	1166	2064	1215	849

11. INDICADORES BIODEMOGRAFICOS Y SOCIALES

Población y Previsión

PB. INE	PB. PERCAPITA	Porc.Ruralidad	Densidad poblacional	Beneficiarios		
				FONASA	ISAPRE	Otros
17.406	20.611	74,5	21	77,4	2.2	8.6

Servicios Básicos

Acceso agua potable

Eliminación de escretas

Red publica	Otro	Conectado alcantarilla	Conectado a fosa	Otro	No disponible
57.3	42.7	13.8	21,5	43.6	3.1

Tasa de Mortalidad

	2011	Defunciones
	Tasa	2011
General	6,4	112
Infantil	9	2
Neonatal	4,5	1
< 7 días	0	0
Fetal Tardía	13,6	3
Perinatal	13,6	3
Materna	0	0
Aborto	0	0.0

Otros Indicadores

TASA AVPP (1-74)	2010%	Mort. CV	Tasa 2010	
	IND SWAROOP		Región	Mort DM Comuna
6.310,20	75.7	171	1043,1	28,5

Mortalidad en la niñez

01-abr 5 - 9

0	0
---	---

Mortalidad Adolescente

Nº Tasa Tasa Región

0	0	0.50
---	---	------

Mortalidad Adulto

	SEXO	2008	2009	Tasa		Tasa Regional
				2008	2009	2010
				20-44	Hombres	2
	Mujeres	2	3	0.66	1.0	0.34
45-64	Hombres	15	15	6.61	6.43	6.68
	Mujeres	8	6	4.05	2.94	3.80

Mortalidad Adulto Mayor

	Sexo	2008	2009	Tasa		
				2008	2009	2010
65-79	Hombres	22	23	30.4	31.4	29,4
	Mujeres	6	6	8.9	8.5	23,6
80 y +	Hombres	16	16	98.2	93.6	83,8
	Mujeres	13	20	76.0	114.3	83,3

*12. Indicadores Biodemograficos Locales**Principal motivo de consulta*

1° Lugar	2° Lugar	3° Lugar	4° Lugar
Respiratorias	Musculo esqueléticas	De Piel	Salud Mental

Ciclo vital o programa	Consultas realizadas	Consultas Esperadas	Población esperada	Tasa	Brecha	Consultas realizadas	Población esperada	Brecha
	2012	2013	2013	2012	2013	2013	2014	2014
Infantil	2573	2859	2442	1.1	0.071	2808	2442	1,14
Adolescente	1176	1307	3360	0.35	0.039	1092	3360	0,32
Adulto	5551	6168	11067	0.44	0.12	5810	12580	0,46
A. Mayor	1986	2207	1901	0.93	0.031	2045	2139	0,95

Tasa de exámenes de laboratorio por consultas y controles médicos a septiembre 2013

Exámenes de laboratorio realizados Consultas y controles por medico Tasa

2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
30.165	34.888	39.676	49.075	14.202	13.362	16.156	16.041	2,12	2,61	1,28	3,05

Resolutividad nivel secundario

N° interconsultas emitidas				N° interconsultas resueltas				N° Interconsultas en lista de espera				Porcentaje resolutividad			
2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
0	1	2	3	0	1	2									
171	194	216		103	937	100		686	572	1166		60	48.2	46.1	
8	6	6		2		0									

Resolutividad consulta médica local

N° consultas médicas realizadas				N° interconsultas emitidas				Tasa			
2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
11.786	9.695	11.286	11.755	1.558	1.946	2.166		13,21	20,07	19,2	

13. MONITOREO METAS COLECTIVAS Y SANITARIAS, DURANTE EL AÑO 2013

Resumen de metas Sanitarias, Ley 19.813 Enero-Agosto 2013

Componente Actividad General										
Meta N° 1	Meta N°2	Meta N°3 a)	Meta N°3 b)	Meta N°3 c)	Meta N° 4	Meta N° 5	Meta N° 6	Meta N° 7	Meta N° 8	
Cobertura de evaluación del desarrollo Psicomotor de niños/as de 12 a 23 meses bajo control	Reducción del N° de mujeres de 2564 años sin PAP vigente	Cobertura altas odontológica total en adolescentes de 12 años	Cobertura altas odontológicas total en embarazadas	Cobertura altas odontológicas total en niños de 6 años	Compens. De personas Diabéticas bajo control de personas de 15 años y mas	Compens. De personas Hipertensas bajo control de personas de 15 años y mas	Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control	Consejos de Desarrollo de Salud funcionando reguladamente	Evaluación anual en personas con diabetes bajo control de 15 y más años	
Meta Comuna	75,00%	3.408	72,07%	63%	75%	26,21%	50%	10,19%	100%	50%
Cumplimiento Junio	66,67%	98,83%	61,01%	79,98%	61,67%	96,60%	130,67%	80,22%	100,00%	128,14%

Cumplimiento

90,38%

Desglose Metas Sanitarias Ley 19,813 para el año 2013

Peso Porcentual Meta 1		Peso Porcentual Meta 3			Peso Porcentual Meta 3 a)			Peso Porcentual Meta 3 b)			
Meta 1: Cobertura de Evaluación DPM		Meta 2: PAP Vigente			Meta 3: Cobertura altas odont. 12 años			Meta 3: Cobertura altas odont. 12 años			
indicador	N	D	indicador	N	D	indicador	N	D	indicador	N	D
	N° niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, periodo Enero a Agosto 2013	N° niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, periodo Enero a Agosto 2013		N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a Agosto 2013	N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2012 más el N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, comprometidas como disminución del cierre de brecha de vigencia de PAP a Dic. De 2013		N° Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de Enero a Agosto	N° total adolescentes 12 años inscritos validados para el año 2013		N° de embarazadas con altas odontológicas a total de enero a agosto 2013	N° total embarazadas ingresadas enero a agosto del 2013
50%	2	4	98,82%	3368	3408	43,97%	113	257	50,39%	65	129

Peso Porcentual Meta 3 c)			Peso Porcentual Meta 4			Peso Porcentual Meta 5			Peso Porcentual Meta 6		
Meta 3: Cobertura altas odont. 6 años			Meta 4: Compensación Diabéticos			Meta 5: Compensación Hipertensos			Meta 6: Obesidad niños 8 años		
indicador	N	D	indicador	N	D	indicador	N	D	indicador	N	D
	N° de niños 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a Agosto 2013	N° total de niños 6 años inscritos validados para el año 2013		N° de personas Diabéticas bajo control de 15 años y mas compensadas (hba1c<7%) según ultimo control vigente de Enero a Agosto	N° total personas diabéticas de 15 años y más años estimadas según prevalencia		N° de personas hipertensas de 15 años y más años con PA<140/90mm hg según el último control vigente de Enero a Agosto	Población inscrita menor de N° total de personas hipertensas de 15 y más años estimada según prevalencia 20 años		N° de niños/as menores de 6 años obesos bajo control a Agosto 2013	N° total de niños menores de 6 años bajo control a Agosto del año 2013
46,26%	105	227	25,32%	472	1864	65,33%	2251	3445	12,70%	176	1386
Peso Porcentual Meta 7						Peso Porcentual Meta 8					
Meta 7: Consejo de desarrollo de Salud						Meta 8: Evaluación Pie Diabético					
indicador	N		D		indicador	N		D			
	N° consejos de desarrollo de salud con plan elaborado a Agosto 2013		N° total de consejos de desarrollo de salud existentes a Agosto 2013			N° personas con diabetes bajo control de 15 años y más evaluación de pie vigente a Junio		N° total de personas diabéticas de 15 años y bajo control a junio			
100%	1		1		64,07%	724		1130			

Resumen de exigencias metas IAAPS Enero-Agosto 2013

Componente Actividad General											
Meta N° 1	Meta N°2	Meta N°3	Meta N°4	Meta N°5	Meta N° 6	Meta N° 7	Meta N° 8	Meta N° 9	Meta N° 10	Meta N° 11	
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años	Examen de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres entre 45 y 64 años	Cobertura de Examen de Medicina preventiva del adulto de 65 años y más	Proporción de embarazadas que ingresan a control de embarazo antes de las 14 semanas	Cobertura de examen de salud del adolescente entre 10 y 14 años	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	Gestión de reclamos en atención primaria	Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	Cobertura HTA en personas de 15 y mas	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor de niños/as de 12 a 23 meses bajo control	Tasa de Visitante domiciliaria integral	
Meta Nacional	25%	25,00%	50,00%	85,00%	6,00%	20,00%	95,00%	55,00%	71,00%	91,00%	0,18
Meta Comuna	23,03%	22,07%	58,58%	90,37%	6,99%	23,03%	100,00%	55,00%	93,62%	93,00%	0,3
Ejecutado Enero-Agosto	17,92%	21,77%	42,35%	93,30%	3,98%	19,34%	100,00%	62,07%	102,07%	67,09%	0,24

Cumplimiento 50,35%

Desglose Metas IAAPS

Peso Porcentual Meta 1					Peso Porcentual Meta 2					Peso Porcentual Meta 3			
Meta 1: Cobertura de Evaluación EMP Hombres					Meta 2: Cobertura de Evaluación EMP Mujeres					Meta 3: Cobertura EMP A.Mayor			
Indicador	N	D(B-A)	A	B	Indicador	N	D(D-C)	C	D	Indicador	N	D	
	N°Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años	587	Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Cardiovascular	238		3525	N° Examen de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres entre 45 y 64 años	189	Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en programa salud cardiovascular		868	1357	Población femenina de 45 a 64 años inscrita
17,92%					21,77%					42,35%			

Peso Porcentual Meta 4			Peso Porcentual Meta 5			Peso Porcentual Meta 6			Peso Porcentual Meta 7						
Meta 4: Cobertura Ingreso embarazadas			Meta 5: Cobertura exámenes Adolescentes			Meta 6: Cobertura altas odontológicas			Meta 7: Cobertura Gestión reclamos						
Indicador	N	D	Indicador	N	D	Indicador	N	D	Indicador	N	D				
	N° de embarazadas que ingresadas antes de las 14 semanas	167		Total de mujeres embarazadas ingresadas a control	179		N° de examen de salud del adolescente entre 10 y 14 años	55		Población adolescente de 10 a 14 años inscrita	1383	N° de altas odontológicas totales en población menor de 20 años	1055	Población inscrita menor de 20 años	5455
93,30%			3,98%			19,34%			100%						

Peso Porcentual Meta 8			Peso Porcentual Meta 9			Peso Porcentual Meta 10			Peso Porcentual Meta 11						
Meta 8: Cobertura Diabetes Mellitus			Meta 9: Cobertura HTA			Meta 10: Cobertura DPM			Meta 11: Cobertura DPM						
Indicador	N	D	Indicador	N	D	Indicador	N	D	Indicador	N	D				
	N° de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	1157		N° de diabéticos de 15 y más años, esperados según prevalencia	1864		N° de personas con HTA en personas de 15 y más	3519		N° de HTA de 15 y más años, esperados según prevalencia	3445	N° de niños/as de 12 a 23 meses con DPM	159	N° de niños/as de 12 a 23 meses bajo control a Agosto 2013	237
62,07%			102,15%			67,09%			0,24						

14. SITUACIÓN DIAGNOSTICA COMUNAL

La Comuna de Retiro a través del Dpto. de Salud tiene como VISION:

“Ser reconocidos por la comuna de Retiro y la Red Asistencial, como un servicio de calidad y oportunidad a nuestro usuarios, de la atención primaria en salud”.

Retiro es una comuna eminentemente rural con una superficie de 827,1 KM² una densidad poblacional de 21,5 Háb/Km², su PB es de 18.487 habitantes de los cuales un 74% vive en el sector rural y un 26% en el sector urbano de ellos el 49% son mujeres y el 51% son varones.(ver tabla anexa distribución por edad).

En cuanto a los indicadores de desarrollo y Pobreza tiene un IDH de 0.648 siendo el de salud el mejor evaluado con un 0.729; además tiene un 5.4% de indigencia y un 21% de pobreza con un 10.9 de analfabetismo y un 7.2 de años promedio en escolaridad. Por otra parte la Comuna se encuentra en el n° 25 del ranking de vulnerabilidad en salud con un índice de 51.8 (anuario 2008 y Plan de Salud Comunal)

En relación a los indicadores biomédicos la Comuna de Retiro, tiene una tasa de Mortalidad Gral. De 5.0 y una tasa de natalidad de 12.4; el índice de AVPP de 4385.5, un Índice de swaroop de 81.5, una Tasa de Mort. Por CV de 161.3 y de Mort. Por DM de 16.8., siendo la tasa de muerte por tumores malignos es de 129x100.000 hab. La E.V.N se encuentra en el quintil 77.14 – 78.94 (anuario 2008)

Respecto a los indicadores de malnutrición la Comuna de Retiro cuenta con un Índice de 9.0 en obesidad y un 19.7 de sobrepeso.

Desde el punto de vista de la Gestión, la Comuna de Retiro viene realizando un trabajo sostenido en cuanto a la Promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con compromiso de las autoridades, el Intersector, el personal de salud y comunidad organizada, esto ha permitido en los últimos 15 años tener un impacto que se ve en la disminución de algunos indicadores, como es el AVPP.

Sin embargo por tratarse de una comuna que es eminentemente rural, con una fuente económica estacionaria radicada principalmente en la fruticultura, y agricultura de autoconsumo con una proyección débil de la agro-industria donde los ingresos que recibe el municipio en general son de bajo impacto en el quehacer del desarrollo de la comuna ya que en un 90% sólo cubre el pago de las remuneraciones, tanto en Educación, como Salud y Municipio, y donde siendo así la inversión con fondos propios se ve muy en desventaja de aquellas comunas que reciben mayores ingresos y donde aun así la preocupación por la Salud de las personas es prioritaria, se justifica plenamente que esta focalización de los recursos provenientes del MINSAL a través de la SEREMI de salud se concentren en esta población, ya que se constituyen en el soporte del trabajo con la comunidad.

Se estima que el promedio de fumadores es de un 35% de la población es fumadora, un 96% es sedentaria y un 35% de obesidad. Por otra parte, existen algunos espacios públicos al aire libre donde es posible implementar algunas actividades como son 4 multicanchas comunitarias, 06 multicanchas en establecimientos educacionales, 3 plazoletas en el sector rural, 2 en el urbano y una plaza urbana y plazas activas.

15. DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO COMUNAL DE SALUD RETIRO

El Diagnóstico Participativo es un proceso de diálogos ciudadanos, es una estrategia fortalecedora, que permite articular las redes sociales haciendo de la salud una responsabilidad de todos los actores del territorio, recoge la opinión de los beneficiarios para el diseño y la reorientación de las políticas, planes y programas de trabajo, busca potenciar la cercanía entre los usuarios, los funcionarios y las autoridades.

Para llevar a la práctica lo anterior, en reunión de trabajo sostenida entre la Dirección del Cefam, representantes del Consejo de Desarrollo Local, Coordinadores de Sector Azul y Amarillo del Cefam, Coordinadora de Postas, Directoras de Cecosf y Unidad Social del Cefam, se programó un trabajo sistemático e intersectorial, a desarrollar en 3 etapas, denominado Diagnóstico Participativo Comunal, estrategia que será incluida en el Plan Comunal de Salud Municipal 2014-2015-2016.

La primera etapa corresponde al levantamiento de la información referido a fortalezas y debilidades, representando estas últimas, las necesidades más sentidas de nuestros usuarios, la segunda etapa comprende la aplicación de matriz de priorización y análisis de las debilidades, la tercera etapa y final, contempla la programación conjunta de un plan de acción que permitan alcanzar la superación de estas debilidades.

PRIMERA ETAPA: LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACION

Para ello, se organizó una reunión de trabajo, en la cual se consideró características geográficas, comunes de los sectores para formar los grupos de trabajo, es así, que se reunieron con este fin: el sector amarillo representado por la Villa Juan Pablo II; el sector azul; los sectores de Santa Delfina, Copihue y San Marcos; el sector de Piguchén, Talhuenes, San Ramón y Villaseca; Las Camelias; Los Robles y Santa Isabel. En primera instancia, cada equipo de Salud participante presentó, a través de un Power Point, la cartera de prestaciones y servicios entregados en las Postas, Cefam y Cecosf, respectivamente, además de darles a conocer, el Equipo de cabecera perteneciente a cada uno de ellos. Para lo cual se utilizó como modalidad el trabajo en grupo, a través de la estrategia "El Jardín de Flores", que permite realizar un análisis FODA de la comunidad, en esta ocasión solo se determinaron las Fortalezas y las Debilidades sentidas por los asistentes.

Una vez realizados los Jardines de Flores, en cada uno de los sectores se organizó una reunión de trabajo, en jornada A.M. para el día 09 de Octubre de 2013, oportunidad en la que se contó con la presencia de la Primera Autoridad Comunal, del Director de Salud y de la Directora del Cefam y 72 representantes de organizaciones de la comuna.

La convocatoria se realizó a través de una Tarjeta de invitación, a tres representantes de cada Organización Social, Institución Pública y Empresa Privada, perteneciente a la comuna de Retiro. En la ocasión, se firmó un Acuerdo de Participación y Apoyo, entre el Sr. Alcalde, el Director del Departamento, la Directora del Cefam y la Presidenta del Concejo de Desarrollo Local. Se hizo propicia la ocasión también, para que el Director Sr. Rubén Arias Barredo, diera a conocer el Presupuesto de Ingresos y Gastos de Salud 2014.

Luego de lo cual, los asistentes designaron a dos representantes por grupo, para exponer el trabajo práctico previamente realizado en sus sectores.

Con todo, a continuación se presentan los resultados de esta primera etapa:

SECTOR AMARILLO (VILLA JUAN PABLO II)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
CALLES PAVIMENTADAS	PRESENCIA DE PERROS VAGOS
APOYO DEL CESFAM	BASURA
MAQUINAS DE EJERCICIO	PELIGRO DE INUNDACIONES
TALLERES EDUCATIVOS DEL CESFAM	PRESENCIA DE RATAS
SEDE SOCIAL	FALTA DE INTEGRACION DE LA COMUNIDAD
ESPACIO PARA JUEGOS	

POSTAS (TALHUENES, PIGUCHEN, SAN RAMON, VILLASECA)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
POSTA ACOGEDORA	FALTA DE HORA MEDICA
BUENOS CAMINOS	FALTA ATENCION FINES DE SEMANA
MEDICAMENTOS DE CRONICOS	FALTA EDUCACIONES
COMPROMISO DEL TENS	RETRASO DE LOS MEDICOS PARA ATENDER
SEDE SOCIAL	ALTA ROTACION DE FUNCIONARIOS
MAQUINAS DE EJERCICIOS	MAL ESTADO DEL CAMINO
GRUPO DE ADULTOS MAYORES	DISTANCIA DE LA POSTA AL CESFAM

POSTAS (COPIHUE, SAN MARCOS, SANTA DELFINA)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
SECTOR AGRICOLA	FALTA AREAS VERDES
POSTA	BOTAR BASURA DONDE CORRESPONDE
ACOGIDA DEL TENS	MAL OLOR POR PLANTA DE TRATAMIENTO
BUENA COMUNICACIÓN	PERROS VAGOS
COMEDOR Y BUS ESCOLAR	FALTA DE ACTIVIDAD FISICA
NO HAY DROGADICCION	MALA ALIMENTACION
ARREGLO DE LOS CAMINOS	
BUENA LOCOMOCION	
AREAS VERDES	

ESTACION ENFERMERIA SANTA ISABEL

FORTALEZAS	DEBILIDADES
TALLER DE DAMAS	FALTA DE SEÑALETICA
TRABAJO DE TEMPORADA PERMITE PARTICIPACION COMUNITARIA	ALTA VELOCIDAD DE LOS VEHICULOS
BUEN HORARIO CON TENS	CAMINO EN MALAS CONDICIONES
COMUNIDAD SOLIDARIA	FALTA ESPACIO PARA HACER EJERCICIO
TENS AGRADABLE PARA ATENCION	FALTA CAMIONES DE BASURA
TRANSPORTE ESCOLAR	COLEGIO EN MALAS CONDICIONES

CECOSF LOS ROBLES

FORTALEZAS	DEBILIDADES
ORGANIZACIONES COMUNITARIAS	FALTAN RONDAS PROFESIONALES
GRUPOS PARTICIPATIVOS EN TALLERES	FALTA DE CALEFACCION EN INVIERNO
GIMNACIA Y MAQUINAS DE EJERCICIOS	AGILIZAR HORAS CON ESPECIALISTAS
ATENCION DEL PERSONAL EXCELENTE	FALTA DE BAÑO
EDIFICIO EN OPTIMAS CONDICIONES	ARREGLO DEL CAMINO MUCHA TIERRA
ASEO EXCELENTE	FALTA RECORRIDO CAMION DE BASURA
TRABAJO EN EQUIPO	LIMPIEZA DE FOSAS SEPTICAS
	SE LLAMA LA ATENCION A LOS FUNCIONARIOS FRENTE A LOS USUARIOS

SECTOR AZUL (CESFAM)

FORTALEZAS	DEBILIDADES
VINCULO Y PARTICIPACION CON LA COMUNIDAD	FALTA DE MEDICAMENTOS
ATENCION A POSTRADOS	FALTA DE HORAS MEDICAS
IMPLEMENTACION PODOLOGICA	LENTITUD EN INTERCONSULTAS
ATENCION DE URGENCIAS DENTALES OPORTUNAS	FALTA DE IDENTIFICACION DE LOS FUNCIONARIOS
PROGRAMA DE CIRUGIA MENOR	LENTITUD DE RESPUESTA DE AMBULANCIA
PRESENCIA PERMANENTE DE AMBULANCIA	COLAPSO DE LAS URGENCIAS
PROGRAMAS EN LAS EMPRESAS	
LLEGADA DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	
ATENCION OFTALMOLOGICA	
REALIZACION DE DESINTOMETRIA OSEA	
DIFUSION RADIAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS	
ATENCION DE LOS TENS HACIA LAS PERSONAS	

CECOSF LAS CAMELIAS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
PERSONAL DE LUJO	FALTA DE MEDICO, MAS HORAS DE ATENCION
EXCELENTE TRATO A LOS USUARIOS	FALTA DE ESPECIALIDADES
BUENA PRESENTACION DE CENTRO DE SALUD	HORARIO PARA LA AMBULANCIA
AMBIENTE AGRADABLE	REMEDIOS PARA LA ARTROSIS

SEGUNDA ETAPA: APLICACIÓN DE MATRIZ DE PRIORIZACION Y ANALISIS DE LAS DEBILIDADES.

Para esta actividad, se introduce a los 35 asistentes, nuevamente en el tema de diagnóstico a través de una presentación, en la que se aprecian fotografías de la jornada anterior, además de un cuadro comparativo con la consolidación de 22 Debilidades emanadas de los resultados de la actividad Jardín de Flores, en la segunda reunión de trabajo, donde se distribuyó la comunidad asistente en 7 grupos, utilizando designación numerológica para la conformación de estos. Una vez constituidos, se les asignó un funcionario que cumpliera funciones de moderador guía del accionar, sin derecho a opinión.

En primera instancia, se hizo entrega del material de trabajo consistente en una carpeta, un papelógrafo, un lápiz de pasta y un plumón, luego se les dio a conocer la metodología a utilizar. Asimismo se les explicó el contenido de la carpeta entregada por grupo, que contenía una Matriz de Priorización de las Debilidades, ponderada para su posterior tabulación, previamente confeccionada por la unidad social, para el efecto, al mismo tiempo una hoja de trabajo con las debilidades a trabajar, puesto que la información obtenida de cada grupo en la etapa anterior, fue cotejada estableciéndose 22 debilidades, correspondiéndole 3 temas a cada grupo, además de una Pauta de evaluación de la actividad.

Para esta etapa, se utilizó como modalidad el trabajo grupal, a través de la técnica grupo de discusión. Esta herramienta permitió obtener valiosa información acerca de los temas en discusión.

Esta reunión se organizó en jornada A.M. para el día 23 de octubre de 2013. La convocatoria se realizó a través de una Tarjeta de invitación, a 3 representantes de cada Organización Social, Institución Pública y Empresa Privada, perteneciente a la comuna de Retiro.

Luego de finalizada la actividad, los asistentes designaron a dos representantes por grupo, para exponer en papelógrafos el resultado del análisis obtenido en la discusión.

Con todo, a continuación se presentan los resultados de esta segunda etapa, tanto de la matriz de priorización, como los consensos alcanzados en las discusiones grupales, que fueron expuestas ante todos los convocados:

MATRIZ DE PRIORIZACION

VALOR	URGENCIA	VIABILIDAD	EFICACIA
1	NO HAY PRISA	NO ES VIABLE	NO PRESENTA RESULTADOS
3	PUEDE ESPERAR UN POCO	POCO VIABLE	PRESENTA ALGUN RESULTADO
5	EXISTE CIERTA URGENCIA	VIABLE	MEDIDA EFICIENTE
7	HACERLO RAPIDO	MUY VIABLE	MEDIDA MUY EFICIENTE
9	ACCION INMEDIATA	EXTREMO VIABLE	EXTREMA EFICIENCIA

TECNICA DE PRIORIZACION

La Matriz de Urgencia, Viabilidad y Eficacia, es una herramienta muy común para la priorización cuando se trata de establecer criterios de valoración de importancia, utilizada cuando se trata de información cualitativa, y sobre todo en este caso, en que se sabe que cada uno de los ítems, es la expresión de una necesidad sentida a nivel de comunidad.

En la oportunidad se utilizó la matriz para establecer la prioridad de las debilidades detectadas, así como también, priorizar las acciones tendientes a reorientarlas para convertirlas en fortalezas, eliminarlas por completo o al menos mermar su efecto negativo.

Para la aplicación de este instrumento se creó una tabla con 6 columnas, la primera consigna la **Debilidad**, en la siguiente se debe registrar el valor asignado respecto de la **Urgencia** dada por el grupo a la debilidad, asimismo aplicar valor numérico a la **Viabilidad** de acuerdo a la factibilidad de realización que se estime, y con la **Eficacia**, de acuerdo a la valoración que se realice del impacto que la modificación de esta pueda generar. Luego que se ha valorado cada una de las tres variables, se procede a la suma de ellas, registrando el resultado en la columna **Total**, posteriormente se asigna un **Lugar**, es decir, el número 1 corresponde a aquella debilidad que presenta el mayor valor de la columna total, el 2 a la inmediatamente menor, y así sucesivamente.

Es dable establecer que aquel mayor valor numérico de la columna Total, corresponde efectivamente a la debilidad más sentida, por tanto, obtendrá la prioridad máxima.

Una vez entregadas las instrucciones se procede a la aplicación de ellas, obteniéndose los siguientes resultados:

GRUPO N° 1

DEBILIDAD	U	V	E	TOTAL	LUGAR
FALTA DE HORAS MEDICAS, ATENCIONES FIN DE SEMANA Y MAS RONDAS PROFESIONALES	7	7	9	23	1
FALTA QUE RETIREN LA BASURA Y BOTARLA DONDE CORRESPONDE	7	7	7	21	2
FALTA SERVICIOS HIGIENICOS ADECUADOS, DE LIMPIEZA DE FOSAS SEPTICAS Y ELIMINAR MAL OLOR DE PLANTA DE TRATAMIENTO	5	5	5	15	3

- ✓ Faltan horas médicas y falta de responsabilidad de los usuarios para cumplir con la citación, así como también la suspensión de rondas médicas en el momento donde los pacientes ya están controlados y esto provoca descontento en los pacientes.
- ✓ Aumento de recursos humanos para contar con la extensión horaria en las postas que aún no la tienen (optimizar la distribución del recurso médico)
- ✓ Educar a la comunidad (charlas educativas organizaciones comunitarias, colegios)
- ✓ Señaléticas y multas. Solicitar camión de la basura al municipio para sectores rurales que no cuentan con este servicio.
- ✓ Que se habiliten contenedores en lugares de mayor concentración.
- ✓ Reparación y mantención en algunas postas, mantención de fosas sépticas.

GRUPO N° 2

DEBILIDAD	U	V	E	TOTAL	LUGAR
FALTA DE AREAS VERDES Y ESPACIOS PARA HACER EJERCICIOS	7	7	7	21	2
FALTA DE ESPECIALISTAS Y LENTITUD EN RESPUESTA A LAS INTERCONSULTAS	9	9	9	27	1
FALTA RAPIDEZ DE RESPUESTA EN LLAMADOS DE AMBULANCIA	5	5	5	15	3

- ✓ Priorización de pacientes; Convenio con clínicas privadas; Especialistas en consultorios.
- ✓ Ambulancia más accesible a la comunidad; Menos burocracia.
- ✓ Proyecto municipal; Toma de conciencia de la comunidad; Formación de grupos para la realización de ejercicios; Monitores.

GRUPO N° 3

DEBILIDAD	U	V	E	TOTAL	LUGAR
FALTA DE CAMINOS EN BUEN ESTADO	7	5	7	19	2
FALTA SEÑALETICA Y EVITAR LAS ALTAS VELOCIDADES DE LOS VEHICULOS	9	7	9	25	1
FALTA PREOCUPACION POR LOS PERROS VAGOS	7	5	7	19	2

- ✓ Capas de asfalto; Ripio y compactar; Identificar cada sector; Clarificar señaléticas y velocidades; Identificar guías de ruta.
- ✓ Esterilización de perras; Mayor responsabilidad de dueños; Subvención municipal para ayuda de la tenencia responsable.

GRUPO N° 4

DEBILIDAD	U	V	E	TOTAL	LUGAR
FALTA DE MEDICAMENTOS, EN ESPECIAL PARA LA ARTROSIS	5	9	9	23	2
PELIGRO DE INUNDACIONES	9	7	9	25	1
PRESENCIA DE ROEDORES	7	5	5	17	3

- ✓ Existe cierta urgencia
Extremo viable.
Extrema eficiencia.
- Acción Inmediata
Muy Variable
Extrema eficiencia
- Hacerlo rápido
Viable
Media eficiencia

GRUPO N° 5

DEBILIDAD	U	V	E	TOTAL	LUGAR
FALTA DE INTEGRACION DE LA COMUNIDAD	7	5	3	15	3
MALNUTRICION PRODUCTO DE LA MALA ALIMENTACION	9	5	7	21	2
FALTA DE IDENTIFICACION DE LOS FUNCIONARIOS	9	9	9	27	1

- ✓ Consideramos que la falta de identificación de los funcionarios es urgente, ya que muchos pacientes no conocen el nombre ni la especialidad que tienen.
- ✓ Desde el momento que un bebe se engendra muchas mamas o la mayoría de ellas aún tienen ideas herradas con la alimentación, porque algunas opinan que tienen que comer por dos o no comer, tampoco toman vitaminas porque engordan, por lo que es urgente seguir con más charlas e información en forma correcta.
- ✓ Opinamos que la falta de integración de la comunidad, habría que hacer otro tipo de actividad como: manualidades, espacios deportivos, actividad de autocuidado, como primeros auxilios, sesiones de masajes, yoga, etc.

GRUPO N° 6

DEBILIDAD	U	V	E	TOTAL	LUGAR
FALTA DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS PARA LA COMUNIDAD	5	5	5	15	3
FALTA DE PUNTUALIDAD EN LAS ATENCIONES DE MEDICO	9	7	7	23	1
ALTA ROTACION DE LOS FUNCIONARIOS	7	7	7	21	2

- ✓ Mejorar la comunicación administrativa, avisando en forma oportuna.
- ✓ Haciendo notar ya sea en documento y/o reunión formal con el directorio de salud, donde se exprese el apoyo a los funcionarios de la posta. Ya que es problema para la comunidad los cambios
- ✓ Que en cada posta haya un administrativo que ejecute el trabajo, así el Tens pueda dedicarse a educar a la población que asiste a la posta.

Ejemplo: alimentación saludable.
Remedios (como tomarlos)
Embarazadas, niños...etc.

GRUPO N° 7

DEBILIDAD	U	V	E	TOTAL	LUGAR
DISTANCIA EXISTENTE ENTRE LAS POSTAS Y EL CESFAM	7	5	7	19	2
FALTA DE CALEFACCION EN INVIERNO	5	5	9	19	2
LLAMADOS DE ATENCION A FUNCIONA-RIOS FRENTE A LOS PACIENTES	5	5	5	15	3
COLEGIO EN MALAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA	9	7	7	23	1

- ✓ Que las organizaciones de la comunidad se reúnan y soliciten una audiencia con el señor alcalde para obtener algún tipo de ayuda y así poder mejorar las condiciones del colegio.
- ✓ Dentro del presupuesto debe estar contemplado el gasto del gas y leña para la calefacción de Postas y Cesfam.
- ✓ Que el departamento cuente con el presupuesto para mantener un vehículo que funcione junto con la ambulancia para el traslado de pacientes más alejados del Cesfam.
- ✓ Que los usuarios le den a conocer a la Dirección tal situación y que se le solicite que los llamados de atención se efectúen en forma privada.

ANALISIS DE PAUTA DE EVALUACION DEL PROCESO

1.- ¿Qué le pareció el lugar donde se realizó la actividad?

INTERVALO	%	CANTIDAD
1,0 a 2,9	3,57%	1
3,0 a 4,9	3,57%	1
5,0 a 5,9	7,14%	2
6,0 a 7,0	85,71%	24



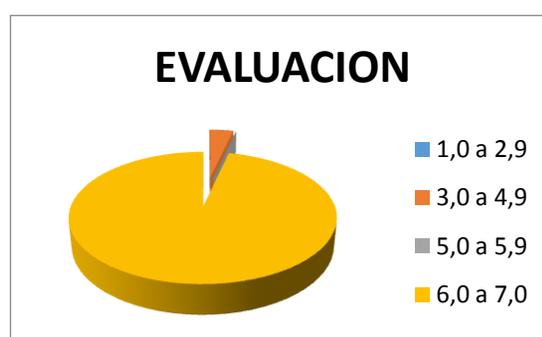
2.- ¿Cómo evalúa Su Participación en la actividad?

INTERVALO	%	CANTIDAD
1,0 a 2,9	3,57%	1
3,0 a 4,9	0%	0
5,0 a 5,9	3,57%	1
6,0 a 7,0	92,86%	26



3.- ¿Cómo evalúa la participación del Equipo de Salud?

INTERVALO	%	CANTIDAD
1,0 a 2,9	0%	0
3,0 a 4,9	3,57%	1
5,0 a 5,9	0%	0
6,0 a 7,0	96,43%	27



4.- ¿Qué le pareció la modalidad de trabajo?

INTERVALO	%	CANTIDAD
1,0 a 2,9	0%	0
3,0 a 4,9	0%	0
5,0 a 5,9	3,57%	1
6,0 a 7,0	96,43%	27



5.- Observaciones y/o Sugerencias

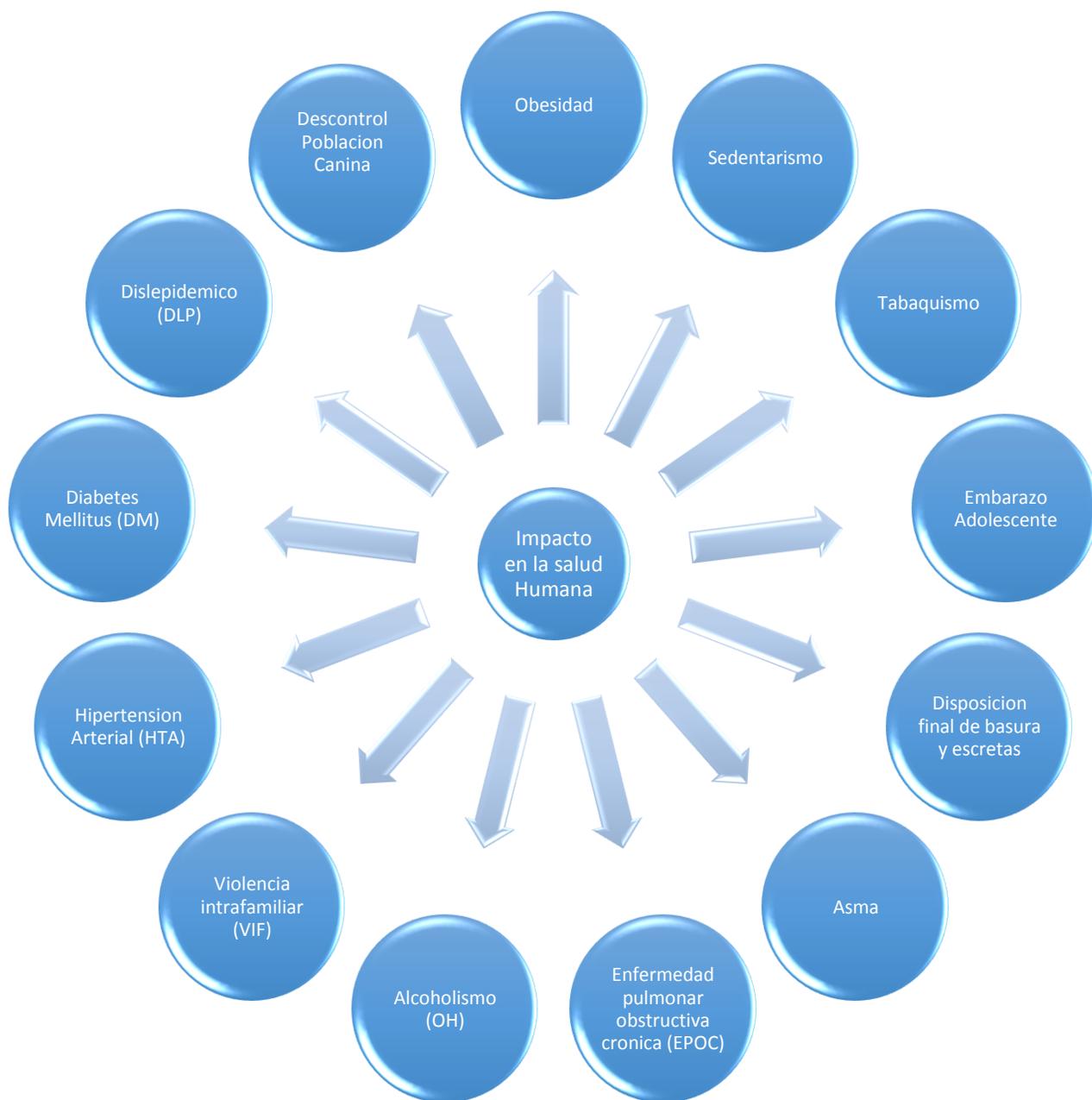
- ✓ Felicitaciones al Equipo de Salud.
- ✓ Felicitaciones al Equipo de Salud.
- ✓ Muy bueno el ambiente.
- ✓ Ojala la puntualidad.
- ✓ El trabajar en equipo nos reconforta, nos enseña a escuchar diferentes opiniones y llegar a acuerdos favorables, para la actividad asignada.
- ✓ Para mí fue muy satisfactoria haber participado en este grupo me sirve para aprender sobre este trabajo en equipo, y también lo que trabajamos tengamos una respuesta favorable.
- ✓ Considero que esta modalidad de trabajo es excelente, ya que por primera vez se toma en cuenta a toda la comunidad de la comuna. Ojala siga en esta misma forma, ya que así se ven los problemas de los diversos sectores. Excelente los funcionarios de Salud.
- ✓ Todo excelente en la reunión y en especial a todo el grupo de Salud que participó con nosotros.
- ✓ Que estuvo muy bueno el Diagnóstico Participativo.
- ✓ Me parece todo muy bien.
- ✓ El espacio para trabajar en grupo, más amplio.
- ✓ Jornada de todo el día.
- ✓ Charla a las instituciones de alcoholismo, tabaquismo y alimentación saludable.
- ✓ Se sugiere que cuando un usuario necesite la ambulancia sea directo al Consultorio y que no se transforme en burocracia. Charlas en los colegios de drogadicción, embarazo adolescente, alcoholismo.

- ✓ Que la Jornada de Diagnóstico que se programe para todo el día, Charlas en las Postas de educación en Salud, Que las ambulancias no se convierta en burocracia, porque hay que pedirla a Talca.
- ✓ Desde luego que espero que puedan evaluar, esta modalidad y ha sido una muy buena mañana.

TERCERA ETAPA: FORMULACION CONJUNTA DE PLAN DE ACCION PARA SUPERAR DEBILIDADES DETECTADAS

Para esta etapa, se convocará a los representantes de las organizaciones sociales, comunitarias, instituciones Públicas, Empresas Privadas de la comuna, a participar de una reunión de trabajo, a realizarse en una fecha aún por determinar dentro del mes de marzo del 2014, oportunidad en la cual se organizará a los asistentes en grupos, para tratar las debilidades más sentidas, con la finalidad, de que como resultado se obtengan ideas novedosas, que permitan producir un impacto a través de una discusión dirigida por un moderador por grupo, quien tendrá la asignación de explicar la actividad, orientar cuando se presenten dudas propias del desarrollo de la modalidad.

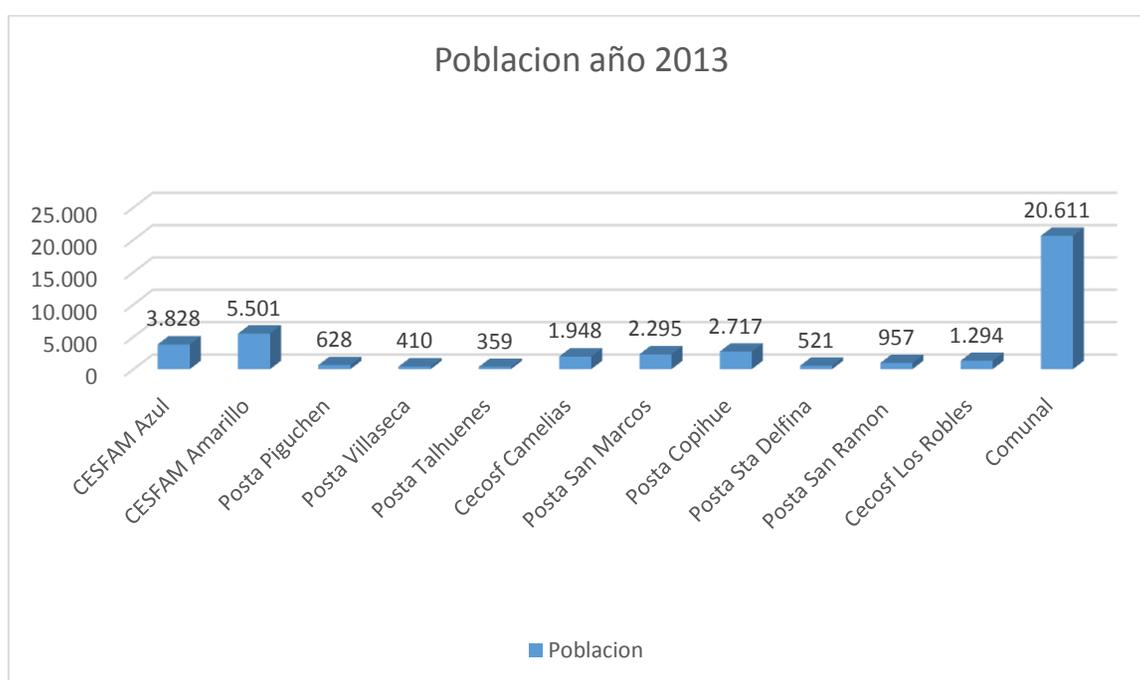
16. Ecomapa Epidemiológico



1. PLAN DE ACCION 2014-2016

Población inscrita familiar validad (percapita) a octubre 2013

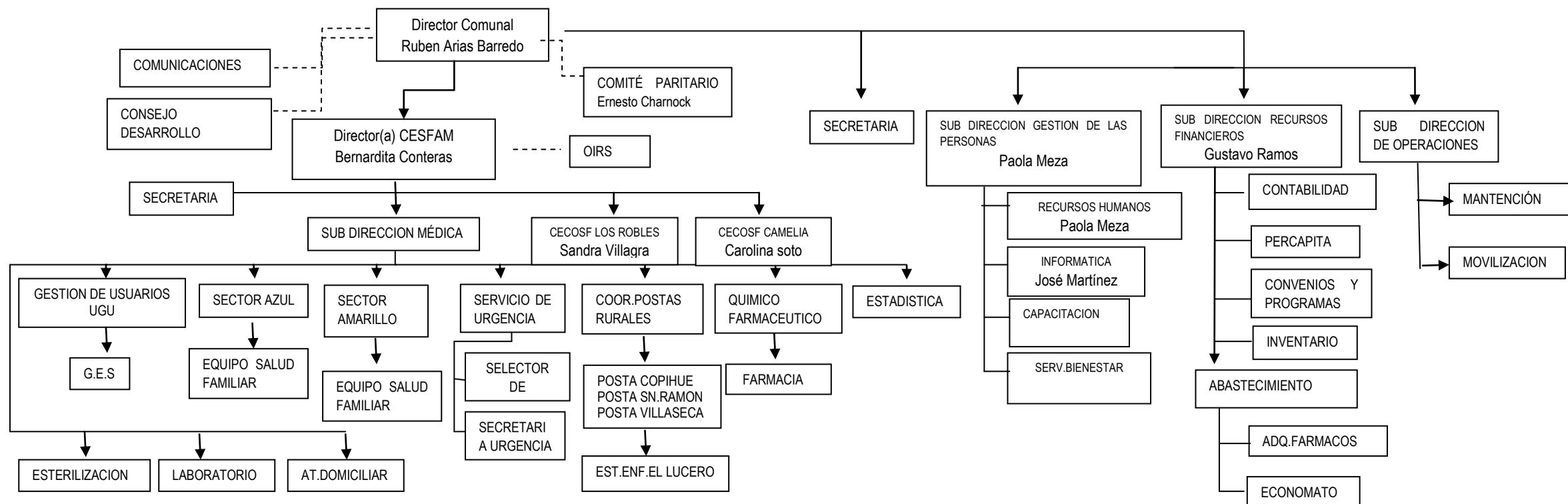
	Total Población	Infantil						Adolescente			Adulto		Ad. Mayor	
		INF	-1	1	2a5	0a5	6-9	ADOL.	10-14	15-19	TOT	20-44	45-64	65 y +
Comuna	20.611	2336	138	192	1001	1331	1005	3168	1424	1744	12713	7645	5068	2241
Sector Azul	3.828	475	33	31	231	295	180	627	273	354	2353	1463	890	373
Sector Amarillo	5.501	639	43	54	271	368	271	786	389	397	3492	2136	1356	584
Posta Piguchén	628	65	4	7	26	37	28	88	32	56	407	228	179	68
Posta Villaseca	410	38	1	5	18	24	14	55	22	33	255	159	96	62
Posta Talhuenes	359	38	0	4	17	21	17	44	15	29	245	132	113	32
CECOSF Camelia	1.948	186	10	19	71	100	86	346	157	189	1254	791	463	162
Posta San Marcos	2.295	257	11	20	92	123	134	325	143	182	1465	823	642	248
Posta Copihue	2.717	314	15	22	140	177	137	418	169	249	1628	984	644	357
Posta Santa Delfina	521	47	0	5	16	21	26	104	49	55	299	163	136	71
Posta San Ramón	957	120	7	9	58	74	46	172	74	98	571	288	283	94
CECOSF Los Robles	1.294	157	14	16	61	91	66	203	101	102	744	478	266	190



2 Estructura Organizacional

Director Comunal de Salud	:	Ruben Arias Barredo
Sub-Dirección Gest.de las Personas	:	Paola Meza Gonzalez
Sub-Dirección Rec. Financieros	:	Gustavo Ramos Hernandez
Sub-Dirección de Operaciones	:	Ruben Arias Barredo
Director Cesfam	:	M. Bernardita Contreras C.
Sub- Dirección Médica	:	Rafael Vega Godoy
Jefe S.U.R	:	Patricio Fernandez Fernandez
Encargado Docente Asistencial	:	Patricia Barra
Encargado de Clinica	:	Patricio Fernandez Fernandez
Gestion de los Cuidados Domicilio	:	Paola Ortega Retamal
Jefe Unidad de Gestion de Usuarios	:	Roberto Jara
Sigges y Estadística	:	Jeanette Castillo Rodriguez
Sector Amarillo	:	Juan Carlos Bravo Reyes
Sector Azul	:	Ana Maria Bustos Villegas
Dirección CECOSF Camelias	:	Carolina Soto Lagos
Dirección CECOSF Los Robles	:	Sandra Villagra Gonzalez
Encargado Comunal de Promoción	:	Maria Victoria Retamal Droguett
Epidemiología y PNI	:	Katia Gallardo Latsague
Presidente Comité Paritario	:	Ernesto Charnock Cofre.
Presidente Asociación Funcionarios	:	Carmen Gloria Sepúlveda Díaz
Jefe de Capacitación	:	Paola Meza González.
Encargada Control de Gestion	:	Karla Fuentes Gutierrez.

ORGANIGRAMA



Equipo de Gestión

Ruben Arias Barredo	: Director Comunal de Salud
Maria Bernardita Contreras	: Directora CESFAM
Rafael Vega Godoy	: Subdirector Médico
Paola Meza Gonzalez	: Subdirección Gestión de las Personas
Gustavo Ramos Hernández	: Subdirección de Recursos Financieros
Ruben Arias Barredo	: Subdirección de Operaciones

3. DISTRIBUCION DE ESTABLECIMIENTOS

Con el objetivo de brindar un servicio de calidad y oportunidad en la atención de salud municipal, se ha decidido establecer la cantidad de población asignada a cada sector de postas rurales, brindando atención médica con equipos multidisciplinarios en salud, satisfaciendo la demanda de nuestros usuarios más alejados de nuestro CESFAM, con sistemas de rondas, rotándose dichos profesionales en diferentes días de la semana con el propósito de mantener a nuestros usuarios satisfechos en las distintas áreas de la salud. Además se han instaurado programas de prevención y promoción de salud, pesquisando los casos al inicio de las distintas patologías, como atención primaria, contribuyendo a mejorar hábitos de las siguientes áreas de salud; alimenticios, alcoholismo, drogadicción, salud mental, educación sexual, diabetes, dislipidémicos, hipertensión. En los casos de mayor complejidad de las patologías anteriormente mencionadas, estas son derivadas al CESFAM y en casos de situación de riesgo se derivan a la atención secundaria de salud.

DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

El Departamento de Salud se encuentra ubicado en calle México N°12 de la comuna de Retiro, definido como el centro neurálgico de toma de decisiones, obedeciendo a las políticas sectoriales en materia de la salud pública y ministerial.

Las principales funciones del Departamento de Salud de la Municipalidad son:

- ✓ Asesorar al Alcalde y al honorable consejo municipal, en aspectos del área de salud de la atención primaria.
- ✓ Proponer y ejecutar medidas tendientes a materializar acciones y programas de salud comunitaria.
- ✓ Reforzar la estrategia de Atención Primaria de Salud como una herramienta para el desarrollo local.
- ✓ Organizar, coordinar, administrar y gestionar la Atención Primaria de Salud Municipalizada en la Comuna, integrándose a la red comunal y regional.
- ✓ Administrar los fondos asignados por el Ministerio de Salud a través del Fondo Nacional de Salud FONASA, mediante el sistema per cápita.
- ✓ Desarrollar la estrategia de atención primaria en salud, otorgando atención en promoción, prevención, protección, fomento y recuperación de la salud en el nivel primario.
- ✓ Desarrollar los programas y planes normados por el Ministerio de Salud, en pro de brindar, mejorar la calidad de atención al usuario. Dando cumplimiento de metas y compromisos de gestión adquiridos con el nivel central.
- ✓ Garantizar la atención de salud en el nivel primario, mediante la contratación del personal, mantención de establecimientos en las áreas urbana y rural y provisionar insumos y recursos financieros que permitan mejorar las prestaciones de salud.

CENTRO DE SALUD FAMILIAR MARTA ESTEVEZ DE MARIN

Establecimiento centralizador de patologías derivadas desde de las postas rurales, dando atención además a los usuarios de la localidad de Retiro en atención primaria de salud, contando con unidad de urgencia las 24 horas del día, habilitada para desarrollar cirugía menor, curaciones complejas, nebulización, hemuglotest. Nuestro CESFAM cuenta con equipos tales como; electrocardiógrafo, eco Doppler, ecógrafo digital, monitor cardio-desfibrilador con DEA (desfibrilación automática externa), video laringoscopio HD, Esterilizador. Además unidades de; vacunatorio, toma de muestras de laboratorio y policlínicos maternal, adulto, adulto mayor, infantil y salud mental.

Modelo de Salud Familiar

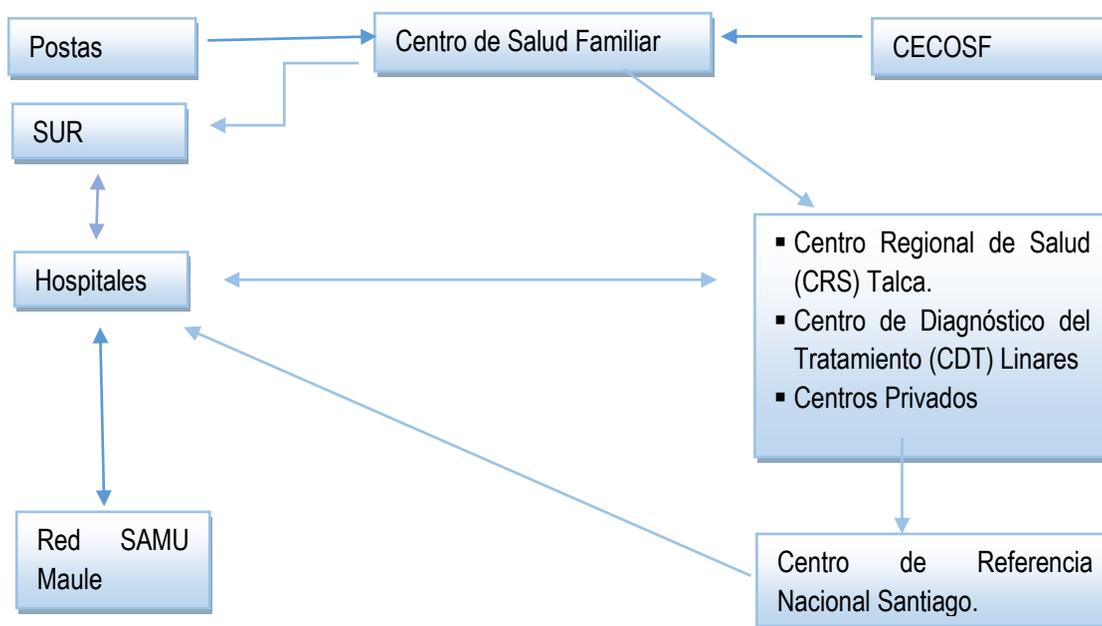
Nuestro plan de desarrollo para los años 2014 - 2016, es materializar la instalación definitiva del modelo, actualmente en estado de desarrollo superior teniendo como eje principal operacionalizar la sectorización, es decir, equipos de cabecera del CESFAM de dedicación exclusiva a la atención de la comunidad que les compete según la delimitación geográfica previamente establecida. Atención a los

usuarios por el equipo que le corresponda a su sector en todas sus prestaciones, exceptuando la morbilidad y las atenciones de urgencia.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se hace necesario continuar profundizando las competencias técnicas de los equipos de cabecera, para el trabajo con familias, a través de diversas capacitaciones del modelo con enfoque biopsicosocial, dedicando parte de la jornada laboral al trabajo en terreno, desde la perspectiva de la atención sectorizada, realizando actividades de desarrollo de habilidades y destrezas en los miembros de la familia, para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado, realizando consejerías familiares, formulando planes de trabajo consensuado entre las familias y el equipo de salud, mediante visitas domiciliarias integrales, propendiendo a la coordinación técnica y administrativa de los jefes de sector como responsables de sus equipos y de la comunidad asignada.

El modelo de atención integral en Salud, tiene bases sólidas para su implementación de un modelo de gestión, cuyos objetivos principales son los siguientes:

- Garantizar una eficaz integración de las redes asistenciales de salud,
- Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas (AUGE).
- Mejorar la satisfacción usuaria.
- Garantizar el uso eficiente de los recursos.



Este Modelo de Atención, concebido para la red, en su conjunto, plantea variados desafíos a los equipos de salud y a la gestión, provocando exigencias de adaptación y desarrollo de nuevas capacidades, objetivo para el cual se debe contar con equipos de trabajo en salud, que hubiesen desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada sistémica en la atención de salud de las personas, que sean capaces de internalizar que un todo, es más que la suma de las partes, para ello y para desarrollar las acciones establecidas por cada programa, entregando la salud de acuerdo a nuestras políticas, se debe entender ante todo que es un "Proceso", mediante el cual, paulatinamente, el equipo de cabecera, otorgará a la población asignada a cada sector, una mayor capacidad resolutoria, visitas domiciliarias Integrales, Consejería Familiar y orientaciones a los usuarios del funcionamiento de la Red de Salud.

Por lo cual corresponderá al equipo de cabecera en su conjunto programar y asumir la responsabilidad de la salud de un número definido de personas, de la calidad y oportunidad en las atenciones de las familias pertenecientes al sector, así como del impacto en la salud de éstas, manteniendo buenas condiciones, tanto en la atención, como en los tiempos de espera de los beneficiarios.

Esta importante y compleja tarea nos enfrenta a diversos desafíos, por lo cual, nuevamente, estamos en un proceso de reestructuración de la organización del Departamento de Salud.

Nuestra prioridad para el año 2014 es avanzar en la instalación definitiva del modelo, teniendo como eje principal operacionalizar la sectorización, es decir, equipos de cabecera del CESFAM de dedicación exclusiva a la atención de la comunidad que les compete según la delimitación geográfica previamente establecida. Vale decir, atención a los usuarios por el equipo que le corresponde a su sector en todas sus prestaciones, exceptuando la morbilidad y las atenciones de urgencia. Esto implicará que exista un equipo de salud en nuestro CESFAM y un equipo de atención rural el que prestará sus servicios sólo en Postas sin perjuicio de excepciones justificadas técnicamente.

Junto con lo anterior se hace necesario continuar profundizando las competencias técnicas de los equipos de cabecera, para el trabajo con familias, a través de diversas capacitaciones del modelo con enfoque biopsicosocial, dedicando parte de la jornada laboral al trabajo en terreno, desde la perspectiva de la atención sectorizada, realizando actividades de desarrollo de habilidades y destrezas en los miembros de la familia, para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado, realizando consejerías familiares, formulando planes de trabajo consensuado entre las familias y el equipo de salud, mediante visitas domiciliarias integrales, propendiendo a la coordinación técnica y administrativa de los jefes de sector como responsables de sus equipos y de la comunidad asignada.

4. PLAN MODELO DE SALUD FAMILIAR

Equipos de Sectores:

La reforma de la salud en Chile nos plantea importantes transformaciones, y estas van dirigidas al modelo en la atención, es un cambio profundo en el paradigma de pensar la salud-enfermedad y una interpelación a generar espacios de interacción y crecimiento más allá de la forma habitual de trabajo.

Este cambio en el pensar, nos obliga a una nueva relación con nuestros usuarios y también es obligatorio un cambio en la relación entre los miembros del equipo y entre los distintos involucrados en la red. Esto implica un modelo de gestión coherente, participativo, inclusivo, cercano a las necesidades de los usuarios internos.

El objeto es lograr un trabajo con enfoque familiar en forma más directa y detallada para mejorar la calidad de vida de la población. La identificación de las necesidades, factores de riesgo y factores protectores de las familias, permitirá el equipo gestor, acoger familias, potenciar sus capacidades y habilidades, e involucrar en la atención integral a otros actores en el territorio, cuando sea necesario.

En la comuna de Retiro la población se dividió geográficamente en dos sectores:

✓ **Sector Azul**

Corresponde la población del CESFAM desde el cauce del canal Santa Teresa al Sur, comprende además del radio urbano, los sectores de: Santa Isabel, Santa Inés, Santa Teresa, Las Rosas, San Isidro, La Capilla, El Membrillo, Acceso Sur, San Ignacio.

A este respectivo sector se le han asignados días exclusivos para la atención de sus pacientes los días a disponer son los días lunes y jueves, y los días de trabajo con grupos de autoayuda, educaciones en salud, visitas domiciliarias, atención en domicilio, rescate de insistentes, planificación estudios de familia, otros inherentes a cada ciclo del cual se forma parte, además de capacitaciones continuas, estos días son los martes y viernes.

✓ **Sector Amarillo**

Corresponde la población del CESFAM desde el cauce del canal Santa Teresa al Norte, comprende además del radio urbano, los sectores de: La Granja, El Huaso Chileno, El Progreso y Maitenes.

A este respectivo sector se le han asignados días exclusivos para la atención de sus pacientes los días a disponer son los días martes y viernes, y los días de trabajo con grupos de autoayuda, educaciones en salud, visitas domiciliarias, atención en domicilio, rescate de insistentes, planificación estudios de familia, otros inherentes a cada ciclo del cual se forma parte, además de capacitaciones continuas, estos días son los lunes y jueves.



Población CESFAM Según Sector

Sector	2011	2012	2013
	Familias	Familias	Familias
CESFAM Azul	854	1351	1500
CESFAM Amarillo	1170	1351	2000

Profesionales por Sector

Se debe destacar que cada sector está compuesto por una amplia gama de profesionales y cada uno consta con sus respectivos coordinadores los cuales son responsables de dirigir a cada uno de estos equipos de trabajo, los cuales están conformados de la siguiente manera:

Coordinador Sector Azul

- ✓ Odontóloga: Ana Maria Bustos Villegas

Tens

- ✓ Carolina Concha
- ✓ Verónica Osses
- ✓ Claudia Castillo
- ✓ Carolina bueno

Enfermeras

- ✓ Paola Ortega
- ✓ Katia Gallardo

Matrona

- ✓ Gainor Morales

Nutricionista

- ✓ Mariana Moreno

Medico

- ✓ Rafael Vega

Asistente Social

- ✓ Andrea Reyes

Psicóloga

- ✓ Daniela Valenzuela

Coordinador Sector Amarillo

- ✓ Kinesiólogo: Juan Carlos Bravo Reyes

Tens

- ✓ Elizabeth San Martin
- ✓ Blanca Torres
- ✓ Regina Retamal
- ✓ Elvia Ortega

Enfermeras

- ✓ Claudia Concha

Matrona

- ✓ Gloria Ramírez

Nutricionista

- ✓ Magaly Álvarez

Asistente Social

- ✓ Magaly Burgos

Psicóloga

- ✓ Maria Antonieta Escobar

Los integrantes de los equipos anteriormente nombrados son algunos de los profesionales del Centro de Salud Familiar, los profesionales no citados en estos grupos son aquellos que dan apoyo a ambos sectores, según la demanda correspondiente.

Objetivos 2014-2016

- ✓ Completar dotación de equipos de cabecera.
- ✓ Mejorar la movilización para visitas.
- ✓ Recuperar espacios para la gestión de los programas y las unidades.
- ✓ Disminuir índice de ausentismo laboral en el equipo de Salud Familiar.
- ✓ Fortalecer sectorización del equipo en Unidad Gestión de Usuario (UGU).
- ✓ Fortalecer las competencias de los equipos de cabecera a través de capacitaciones continuas gestionadas a través del plan anual de capacitaciones (PAC).
- ✓ Fortalecer el trabajo comunitario, a través de actividades educativas, capacitaciones en conjunto, reuniones estratégicas (trabajo con la red local).
- ✓ Fortalecer el Rol de la OIRS para que pueda dar respuesta a las demandas ciudadanas.

5. Comités Técnicos.

COMITE FARMACIA

DEFINICION: El Comité de Farmacia y Terapéutica es un organismo técnico-asesor de la Dirección del Departamento y Dirección CESFAM, en las materias relativas al uso y manejo de medicamentos e insumos terapéuticos necesarios para la atención en los Establecimientos de Salud Primaria que Administra el Municipio de la Comuna de Retiro.

FUNCIONES

- ✓ Proponer recomendaciones para el uso racional de los medicamentos.
- ✓ Proponer a la Dirección del Departamento el arsenal farmacológico y sus modificaciones para uso en la atención de pacientes ambulatorios y de atención de urgencia, teniendo en consideración las normas técnicas para la selección de medicamentos.
- ✓ Actualizar cada dos años el listado de medicamentos contenidos en el arsenal farmacológico del establecimiento.
- ✓ Analizar y decidir respecto de las solicitudes de modificación de arsenal farmacológico, formuladas por los profesionales de los Servicios Clínicos de atención ambulatoria y SUR, y las donaciones de medicamentos del arsenal farmacológico.
- ✓ Revisar las normas terapéuticas y/o esquemas de tratamiento vigentes.
- ✓ Formular los criterios para la elaboración del programa anual de necesidades de medicamentos e insumos terapéuticos para los Establecimientos de APS de la Comuna Analizar los informes sobre uso y consumo de medicamentos e insumos terapéuticos y el comportamiento de éstos respecto de la programación anual de necesidades.
- ✓ Analizar los informes sobre existencia de medicamentos sin movimiento y próximos a expirar.
- ✓ Proponer normas para el uso por excepción y acceso a medicamentos no contemplados en el arsenal farmacológico.
- ✓ Establecer el número de días para que se le dispense medicamento a pacientes ambulatorios con patologías no crónicas.
- ✓ Proponer a la Dirección del CESFAM, aquellos servicios clínicos o unidades de apoyo que requieran disponer de un botiquín, cuando la Unidad de Farmacia no funcione las 24 horas.
- ✓ Incentivar la investigación operacional sobre medicamentos e insumos terapéuticos.
- ✓ Proponer los contenidos de los programas de educación sobre uso racional de medicamentos dirigidos al equipo de salud, personal auxiliar, pacientes y comunidad.
- ✓ Proponer a la Dirección Comunal para su envío al Servicio de Salud:
 - la actualización del Formulario Nacional de Medicamentos
 - las medidas para optimizar el manejo de medicamentos en la atención ambulatoria.
- ✓ Coordinarse con los otros comités que funcionan en el CESFAM.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE

- ✓ Dirigir las reuniones ordinarias y extraordinarias
- ✓ Aprobar la tabla de reuniones
- ✓ Proponer el plan de trabajo del Comité
- ✓ Lograr acuerdos y conclusiones en cada reunión
- ✓ Remitir el acta a la Dirección del hospital

FUNCIONES DEL SECRETARIO

- ✓ Leer el acta de la reunión anterior para su aprobación.
- ✓ Convocar a reuniones.
- ✓ Proponer al presidente la tabla de la próxima reunión
- ✓ Recibir las solicitudes de los servicios clínicos para la modificación del arsenal
- ✓ Preparar los informes de las materias que deberá analizar el Comité.
- ✓ Levantar acta de cada reunión
- ✓ Difundir los acuerdos a los niveles de decisión correspondientes.
- ✓ Distribuir el acta al Director comunal y dirección CESFAM e integrantes del Comité

INTEGRANTES:

NOMBRE	PROFESION	CARGO
RAFAEL VEGA GODOY	MEDICO	SUBDIRECTOR MEDICO PRESIDENTE
CRISTIAN LAGOS	QUIMICO FARMACEUTICO	SECRETARIO
GAINOR MORALES RUIZ	MATRONA	INTEGRANTE
SONNIA VILLACIS ARANA	MEDICO	INTEGRANTE
ANA MARIA BUSTOS	ODONTOLOGA	INTEGRANTE
PATRICIO FERNANDEZ	ENFERMERO	INTEGRANTE

PERIODICIDAD REUNIONES: TRIMESTRALES

FECHA: 2º VIERNES DEL MES

HORARIO: 15:30 A 17:30

VIH SIDA:

DEFINICION: El Comité VIH/SIDA, es un organismo técnico-psicosocial que por asesora a la Dirección del Departamento de Salud Comunal y Dirección CESFAM en las materias relativas a la Prevención del VIH/SIDA y ETS en los diferentes Establecimientos de Salud dependientes del Municipio de la Comuna de Retiro y **“Facilita procesos de aprendizaje de la gestión del riesgo, en las personas y en los grupos de personas, apoyando el desarrollo de destrezas y habilidades de cada una de ellas, para que lleven el proceso a cabo en plena libertad”**

FUNCIONES:

- ✓ Velar por el cumplimiento de la legislación vigente, generando procesos internas para resguardar una atención de calidad y oportuna en el nivel primario de salud.
- ✓ Velar por el cumplimiento en relación a facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, grupos y sociedad (consejerías individuales).

- ✓ Socializar aprendizajes de prevención entre pares, y promover ambientes sociales que valoren la prevención; a través de iniciativas focalizadas en poblaciones más vulnerables y proyectos comunitarios y comunicacionales
- ✓ con población general (Educación Comunitaria).
- ✓ Participar en las campañas de comunicación social, eventos o actividades dirigidas a un público masivo y heterogéneo.
- ✓ Sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos de gobierno en función de potenciar y ampliar la respuesta nacional al VIH/SIDA y las ETS
- ✓ Desarrollar un programa de educación para facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimiento de los funcionarios de salud de la comuna de Retiro.
- ✓ Coordinarse con los otros comités que funcionan en el CESFAM.

NOMBRE	PROFESION	CARGO
MAJORIE CORTES ELGUEDA	MATRONA	ENCARGADA VIH-SIDA COMUNAL SECRETARIA
RAFAEL VEGA GODOY	MEDICO	SUBDIRECTOR MEDICO RESIDENTE
EDITH PRADENAS	BIOQUIMICO	INTEGRANTE
MARIA BERNARDITA CONTRERAS	ASISTENTE SOCIAL	DIRECORA CESFAM INTEGRANTE
MARIA GRACIELA ARRIAGADA VARGAS	MATRONA	INTEGRANTE

PERIODICIDAD REUNIONES: CUATRIMESTRALES

FECHA: 4º MIERCOLES DEL MES

HORARIO: 14:00 A 16:00

COMITÉ GESTOR:

DEFINICION: El Comité de Gestor es un organismo técnico-administrativo de la Dirección CESFAM, en las materias relativas a La implementación y desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Objetivo:

Entregar los conocimientos adquiridos en Diplomado de Salud Familiar, para apoyar la gestión del Modelo de Salud Familiar y aportar a la Acreditación del CESFAM Marta Estévez de Marín de la Comuna de Retiro.

FUNCIONES:

- ✓ Revisar la organización del Centro de Salud en el marco del Modelo de Atención Integral de salud.
- ✓ Identificar al Equipo de Salud y la Población a cargo
- ✓ Actualizar los conocimientos de programación y planificación en RED.
- ✓ Identificar las principales tareas de la programación anual
- ✓ Reconocer la utilidad de la gestión clínica y de calidad
- ✓ Revisar elementos que favorecen el trabajo en RED

INSTRUMENTO DE TRABAJO: Para el desarrollo de su trabajo el Equipo se fundamentara en el texto Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y en la Pauta de acreditación.

NOMBRE	PROFESION
SANDRA VILLAGRA	NUTRICIONISTA
JEANNETTE CASTILLO	NUTRICIONISTA
PATRICIO FERNANDEZ	ENFERMERO
PAULINA ORTEGA	ENFERMERA
JUAN CARLOS BRAVO	KINESIOLOGO
GAINOR MORALES	MATRONA
GLORIA RAMIREZ	MATRONA
ANA MARIA BUSTOS	ODONTOLOGA
DANIELA LEIVA	ODONTOLOGA
M. BERNARDITA CONTRERAS	ASISTENTE SOCIAL Y DIRECTORA
M. EDITH PRADENAS	BIOQUIMICA

PERIODICIDAD REUNIONES: QUINCENALES
 FECHA: 2º MARTES AM Y 4º MIERCOLES AM
 HORARIO: 15:30 A 17:00, MEDICOS: SEGÚN TURNO

COMITÉ GESTIÓN LISTA ESPERA Y PROPOCOLOS GES

DEFINICION: El Comité de Gestión de Listas de Espera es un organismo técnico-administrativo de la Dirección CESFAM, en las materias relativas a la Resolutividad del nivel Primario en cuanto a la Referencia y Contrarreferencia de la misma tanto en el nivel local como en los otros niveles de la Red Asistencial y Compra de Servicios por Convenio de Programas.

FUNCIONES:

- ✓ Velar por el cumplimiento de la legislación vigente GES y NO GES, generando procesos internos para resguardar una atención oportuna y de calidad con los recursos humanos y físicos de que se dispone en el nivel local.
- ✓ Evaluar la pertinencia y oportunidad de las Interconsultas emitidas al nivel secundario.
- ✓ Proponer a la Dirección CESFAM un Plan de reconversión de horas médicas según la demanda observada en los diferentes establecimientos.
- ✓ Velar por la oportuna distribución de las Guías Clínicas
- ✓ Coordinarse con los otros comités que funcionan en el CESFAM.

NOMBRE	PROFESION	CARGO
RAFAEL VEGA GODOY	MEDICO	SUBDIRECTOR MEDICO PRESIDENTE
JEANNETTE CASTILLO RODRIGUEZ	NUTRICIONISTA	JEFE INTERCONSULTAS Y GES SECRETARIA
GONZALO MANRIQUEZ DIAZ	MEDICO	INTEGRANTE SEGÚN TURNO
DRA. MONSERRAT SUAREZ	MEDICO	INTEGRANTE SEGÚN TURNO
MARIA BERNARDITA CONTRERAS	ASISTENTE SOCIAL	DIRECTORA CESFAM INTEGRANTE

PERIODICIDAD REUNIONES: QUINCENALES
 FECHA: 2º Y 4º JUEVES DEL MES
 HORARIO: 15:30 A 17:00, MEDICOS: SEGÚN TURNO

6. Consejo de Desarrollo Local de Salud

El consejo de desarrollo local de salud se encuentra funcionando activamente, siendo parte importantísima en la toma de decisiones sobre diversas áreas de la administración del Departamento de Salud; además se ha logrado establecer una activa red con los consejos de desarrollos del CESFAM, CECOSF y Postas, concretando acuerdos y planificaciones en conjunto.

Objetivos del Consejo

- ✓ Participar en la formulación de los planes de desarrollo y evaluación de los Establecimientos.
- ✓ Participación en el diagnóstico de necesidades de salud de la población.
- ✓ Movilizar recursos financieros y otros aportes de la comunidad.
- ✓ Informar a la comunidad sobre la marcha del establecimiento.
- ✓ Recoger opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de la atención.
- ✓ Favorecer la adhesión y compromiso de los usuarios con el Servicio Público de Salud y de estos con el Desarrollo Local (Comunal, Regional promotoras de la Salud).

Plan de Trabajo

- ✓ Reuniones Ordinarias Mensuales
- ✓ Reunión mensual del área financiera y Recursos Humanos con refrendación presupuestaria de acuerdo al presupuesto asignado.
- ✓ Puesta en marcha de software SIRAPS, que contribuye a mejorar la calidad de registro de funcionarios, bienios, capacitación y carrera funcionaria.
- ✓ Mejorar el volumen de compras a través de convenios marco (Catalogo electrónico, portal www.mercadopublico.cl) y Central de Abastecimiento, contribuyendo a un ahorro significativo en el total de gastos devengados anual.
- ✓ Análisis de Formulario de Solicitud Ciudadana.
- ✓ Realización Diagnostico Participativo.
- ✓ Capacitación continua de calidad atingente a cada una de las aéreas.
- ✓ Elaborar un plan de acción para el año 2013 que contribuya a mantener y mejorar la gestión en salud.
- ✓ Difusión de la Carta de Deberes y Derechos de los Usuarios y de los Trabajadores de los diferentes Establecimientos de Salud Comunal, la cual fue confeccionada por el Consejo en el año 2009 con apoyo del Servicio Salud del Maule.
- ✓ Elaboración del Plan Protocolo de Atención.
- ✓ Acompañamiento a familias unipersonales.
- ✓ Elaboración de Proyectos de Equipamiento.
- ✓ Participación en consejo ampliado de funcionarios de salud de la comuna.
- ✓ Acompañamiento espiritual a usuarios postrados y orientación familiar.
- ✓ Conformar el Comité de Salud Ocupacional, con el objetivo de disminuir el índice de ausentismo laboral y prevención de enfermedades crónicas.
- ✓ Cumplir a cabalidad los convenios y programas a desarrollar en beneficio de nuestros usuarios, con monitoreos continuos y permanentes.
- ✓ Elaborar protocolos de acreditación de acuerdo a la normativa vigentes de acreditación para establecimientos de Atención Primaria en Salud.
- ✓ Mejoras de infraestructura de acuerdo a las normativas vigentes de acreditación.
- ✓ Habilitación de espacios para sala cuna, para hijos de funcionarias con edad fértil.
- ✓ Realizar acciones en mejorar las condiciones físicas de trabajo y prevención de enfermedades profesionales.

Actividades Año 2014-2016

- ✓ Capacitación de los integrantes del Consejo de Desarrollo Local con participación del Servicio de Salud del Maule.
- ✓ Acompañamiento y seguimiento de usuarios con familias unipersonales adultos mayores o discapacitados a los distintos Hospitales de la Región.
- ✓ Desarrollo del proyecto Desayuno Saludable a los usuarios que asisten a exámenes y que provienen de lugares apartados de la comuna.
 - ✓ Se realizan visitas domiciliarias a vecinos con problemas sociales y económicos, asistiendo con la Asistente Social del CESFAM, a petición de los integrantes del Consejo.
 - ✓ Asistencia a distintos eventos invitados por la Gobernación, SS Maule, CESFAM, Comunas Vulnerables entre otras.
 - ✓ Reuniones mensuales todos los terceros jueves de cada mes.
 - ✓ Encuentro Comunal de Consejos de Desarrollo de la comuna.
 - ✓ Participación en elaboración y Ejecución Diagnóstico Participativo.
 - ✓ Participación en la ejecución presupuestaria.

7. *Comité Cuidado de los Cuidadores Departamento de Salud*

Objetivo General

Coordinar y organizar diversas actividades enfocadas a contribuir el bienestar psicológico emocional y físico de los funcionarios del Departamento de Salud de Retiro, con la finalidad de que el funcionamiento y el desempeño laboral sea desarrollado más eficientemente y con mayor agrado, fomentando una adecuada salud mental en los funcionarios.

Objetivos Específicos:

- ✓ Desarrollar Jornadas de autocuidado que contribuyan a fortalecer el trabajo en equipo, favoreciendo el clima laboral.
- ✓ Fomentar y realizar actividades deportivas en los funcionarios del Departamento de Salud de Retiro.
- ✓ Fomentar y realizar actividades culturales, recreativas (teatro, baile).
- ✓ Organizar Fiestas Patrias, Navidades y Fin de año, en conjunto con el comité de Bienestar y Asociación Gremial.
- ✓ Conmemorar Día APS, con diversos reconocimientos a funcionarios, en conjunto con Asociación Gremial.
- ✓ Saludo y reconocimiento por Estamento según su día.
- ✓ Coordinar actividad Aniversario Departamento de Salud de Retiro.
- ✓ Considerar aspectos de Proyectos “Salud, un Sentimiento de Familia” “Reforzando la Convivencia Laboral” orientado el primero a un acercamiento más humano de parte de los funcionarios hacia los usuarios (reforzando el trato, actitud, disposición). El segundo que apunta a mejorar el clima laboral, fortaleciendo el vínculo afectivo entre los funcionarios del Departamento de Salud de Retiro.

8. CECOSF Y POSTAS DE SALUD

Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)

Es un centro inserto en la red asistencial que depende de un centro de salud de atención primaria de mayor resolutivez, cuyo propósito es la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario.

Perfil del Plan de Salud de los CECOSF en la Comuna

Se basa en los principios y valores que guían la organización de las redes de salud en Chile, que ven la Salud como un derecho, por cuanto se nos debe otorgar con Equidad y solidaridad, se debe promover la Accesibilidad a ella, se debe entregar Calidad de las acciones, se debe actuar con Resolutivez, debe existir oportunidad en la atención, se debe incitar positivamente a la Participación, para lograr un empoderamiento en los usuarios que permita generar en ellos un sentido de Pertenencia cultural y respeto a la diversidad.

MISION DE LOS CECOSF

“Contribuir a elevar el nivel de vida de la población beneficiaria del CECOSF a través de las prestaciones de acciones de salud con un enfoque biopsicosocial en el nivel primario de la red”

Objetivo General

Contribuir a mantener sana a la población a cargo, ejerciendo el rol de copartícipe, con la comunidad, en el cuidado de la salud de sus familias, a través de la promoción, prevención y fortalecimiento del auto cuidado y a la vez junto con las redes asistenciales aumentar con calidad y calidez en el trato, al acceso, la equidad, oportunidad y resolución de los problemas de salud de las personas y comunidades pertenecientes al CECOSF.

Objetivo Especifico

- ✓ Mejorar la accesibilidad a la red pública de salud, en el nivel primario de atención, mediante la construcción y/o habilitación, equipamiento e implementación, de Centros Comunitarios de Salud Familiar, dependientes de un centro de salud ya existente.
- ✓ Fortalecer el modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, mejorando el acceso y resolutivez de los servicios otorgados por la atención primaria de salud, en coordinación y complementariedad con el Centro de Salud base.
- ✓ Fortalecer la participación comunitaria y el trabajo conjunto con los equipos de salud, mejorando la satisfacción de la población a cargo.

La atención de salud brindada a las personas del CECOSF, serán complementarias con la del CESFAM base, por lo tanto la población adscrita a este, recibirá las prestaciones en el Centro de Salud Familiar todas aquellas prestaciones del plan de salud familiar que no hayan sido entregadas por el Centro Comunitario.

En la comuna contamos con dos CECOSF, uno en el sector de Las Camelias y el otro en Los Robles. El Plan de Salud Familiar contempla como medida de eficiencia y eficacia, equidad y prontitud en la entrega de servicios a la comunidad, una forma de facilitar la atención con una mejor identificación y trabajo con las familias, el trabajo sectorizado de la población.

Así es como aparece en concepto de sectorización, cuya base está no sólo en la distribución geográfica de un determinado grupo de usuarios, sino también, en que estas sub-poblaciones comparten los mismos factores de riesgo de manera que se pueden realizar intervenciones de manera homogénea, modificando pautas de conducta comunes, proponiendo estrategias de promoción y prevención que son evaluables en el tiempo al contar con un equipo de cabecera estable que se haga cargo de este grupo humano.

Subsectores del CECOSF LOS ROBLES

- ✓ Sector Santa Cecilia y San Jorge.
- ✓ Sector del Triunfo.
- ✓ Sector de Unión de los Robles.
- ✓ Sector de Santa Isabel de los Robles.

Sectores CECOSF Las Camelias

- ✓ Sector Las Camelias.
- ✓ Población Padre Fernando.
- ✓ Sector de Los Cuarteles.
- ✓ Sector de Los Cuarteles Sur.
- ✓ Sector Camelias Norte.
- ✓ Sector Quillaímo.
- ✓ Sector Rincón Valdés.

Metodología de evaluación

- ✓ A través de reuniones mensuales con el equipo de salud para evaluar nuestras debilidades y fortalezas en el CECOSF.
- ✓ Reuniones mensuales con el consejo de desarrollo local para retroalimentar y monitorear nuestros logros y metas a cumplir.
- ✓ Registro estadístico de las actividades realizadas.

PLAN CECOSF:

Con la finalidad de: Favorecer el auto-cuidado de la salud de la población a través de los pilares de Promoción y Prevención de enfermedades y así mejorar los estándares de la calidad de vida de la población perteneciente del CECOSF.

IDENTIFICACION DEL CASO INDICE:

- ✓ Postrados (cuidadores).
- ✓ Primigestas.
- ✓ Familias con riesgo Psicosocial.

POSTAS

Son unidades de menor complejidad que están ubicadas en el corazón de los centros poblados y que abarcan un radio de acción de 12 Km. a la redonda, que realiza funciones asistenciales caracterizándose por tener un fuerte énfasis en el trabajo comunitario y, a lo menos un auxiliar paramédico residente.

La cartera de servicios a realizar en Posta satisface las necesidades del ciclo vital al igual que en el CESFAM a excepción de las siguientes prestaciones para las cuales deben acudir al CESFAM:

- ✓ Sala IRA
- ✓ Sala ERA
- ✓ Rehabilitación motora en Sala Rehabilitación
- ✓ Toma electrocardiograma
- ✓ Toma exámenes de laboratorio clínico básico de APS

El principal desafío para el 2013 en los Establecimientos Postas de Salud es la actualización de la Encuesta Familiar a un % de la población FONASA inscrita validada.

ESTACIONES DE ENFERMERIA

Son unidades que se ubican en centros poblados o dispersos que estando dentro del radio de acción de una posta o centro de salud, no cuentan con una expedita vía de acceso, en ellas se desarrollan acciones de menor complejidad y no cuentan con paramédicos residentes.

SECTOR	DEPENDENCIA
STA. ISABEL	CESFAM
EL LUCERO	CESFAM
STA. ADRIANA	PIGUCHEN
TOTAL	3

EN ESTAS UNIDADES SOLO SE REALIZA CONTROL DE PACIENTE CV, ENTREGA DE MEDICAMENTOS, PNAC O PACAM

**9. DISPONIBILIDAD DE VEHICULO DEPARTAMENTO DE SALUD
MUNICIPAL**

Vehículo	Año	Modelo	Patente	Ubicación
Camioneta Chevrolet	2007	Montana	WK3277	Postrados
Auto Chevrolet	2012	Optra	DGFC12	CESFAM
Furgón Mercedes	2007	Esprinter	WK3260	CECOSF Camelia
Ambulancia	1988		FPBS14	Posta Copihue
Camioneta Chevrolet	2009	Dmax	BTPP15	CESFAM
Ambulancia	2012	Peugeot	DFYT76	Urgencia CESFAM

10. INFORMÁTICA*Computadores:*

Ubicación	Computadores
Departamento de. Salud	12
CESFAM Marta Estévez	34
Posta Rurales	16
Notebooks	14
Total	76

Proyectores:

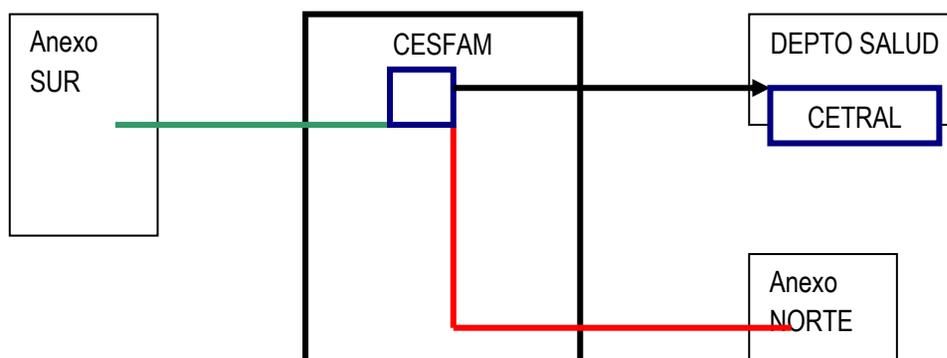
Ubicación	Equipos
Proyectores computacionales.	2
Total	2

11. REDES COMPUTACIONALES Y TELEFÓNICAS

Red telefónica

Se ha instaurado un sistema de interconexión telefónica de más de 30 equipos, que permite la canalización de llamadas en forma directa entre anexos, CESFAM y Depto. de Salud. Esto permite una comunicación más expedita y a su vez gratuita entre funcionarios del servicio.

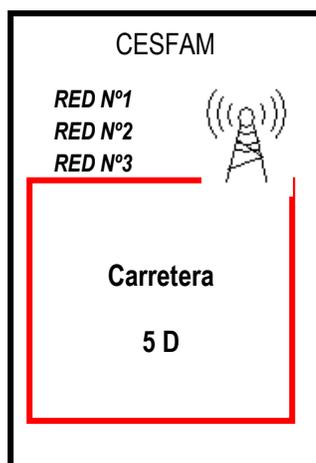
Esta interconexión está basada en principios DSL. Esto quiere decir que es una comunicación directa a una central telefónica y un funcionamiento independiente en caso de cortes imprevistos de electricidad.



Red computacional

La red computacional está subdividida en tres estaciones. Las cuales dos de ellas están interconectadas a través de una VPN (Red privada virtual) la cual además permite mantención a distancia de los equipos desde la unidad de informática. La tercera corresponde a la red "Carretera 5 D" proporcionada por el Servicio de Salud del Maule, conectada directamente a sus servidores de la ciudad de Talca. Permitiendo así una comunicación fluida ya sea a través de Internet y/o telefonía IP.

Además se implementó acceso a internet a las postas de San Marcos, Copihue, y a los CECOSF de Camelias y Los Robles conjuntamente con nuevos equipos computacionales y junto con ello la posibilidad de acceso WIFI a la comunidad en ellas.



12. SOFTWARE DE GESTION ADMINISTRATIVA:

Sistema de Información:

Herramienta clave en la gestión.

Requerimiento:

Sustentar la monitorización y evaluación permanente de la evolución de los Centros, de la Red y sus resultados; a través de información confiable y oportuna para una gestión informada y eficiente.

- ✓ Facilitar la orientación de los resultados, la continuidad en la atención.
- ✓ Permitir la integración de la red.
- ✓ Permitir la coordinación inter sectorial y las evaluaciones más globales del sistema de salud.
- ✓ En Recursos Humanos se utilizara Sistema Informático SIRAPS.
- ✓ Control de Abastecimiento de fármacos.
- ✓ Sismaule.

13. Financiamiento

<i>Propuesta Presupuestaria Año 2014</i>	
Denominación	Total
Ingresos	
Transferencias Corrientes	1.833.897.000.=
De otras entidades publicas	1.833.897.000.=
De la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo	19.400.000.=
Del Servicio de Salud	1.684.497.000.=
De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión	130.000.000.=
Otros Ingresos Corrientes	42.000.000.=
Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Medicas	41.000.000.=
Reembolso Art. 4° Ley N° 19.345	1.000.000.=
Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196	40.000.000.=
Otros	1.000.000.=
Saldo Inicial de Caja	1.000.000.=
Total IngresosM\$	1.876.897.000.=
Gastos	
Gastos en Personal	1.547.897.000.=
Personal de Planta	1.232.377.000.=
Personal a Contrata	315.520.000.=
Bienes y Servicios de Consumo	322.500.000.=
Textiles, Vestuario y Calzado	5.000.000.=
Combustibles y Lubricantes	30.000.000.=
Materiales de Uso o Consumo	149.800.000.=
Servicios Básicos	40.000.000.=
Mantenimiento y Reparaciones	12.000.000.=
Publicidad y Difusión	9.200.000.=
Servicios Generales	4.000.000.=
Arriendos	10.000.000.=
Servicios Financieros y de Seguros	9.000.000.=

Servicios Técnicos y Profesionales	47.000.000.=
Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	6.500.000.=
<i>Adquisición de Activos no Financieros</i>	6.500.000.=
Máquinas y Equipos	3.000.000.=
Equipos Informáticos	3.000.000.=
Programas Informáticos	500.000.=
<i>Saldo Final de Caja</i>	
Total Gastos	1.876.897.000.=

14. Presupuesto Departamento de Salud Municipal de Retiro Año 2014

A.- Presupuesto de Ingresos:

1.- Dela Subsecretaria Desarrollo Regional:

Fortalecimiento de la Gestión

Corresponde a la estimación de recursos que serán transferidos por concepto de Aguinaldos de Fiestas Patrias, Navidad, Bonos de Escolaridad y Adicionales, los cuales serán cancelados a los funcionarios de Salud, dentro de sus remuneraciones, conforme su naturaleza.

\$ 19.400.000.=

2.-Del Servicio de Salud:

Asignación Atención Primaria

Este valor se obtiene de un valor Per-cápita estimado para el año 2013 considerando un reajuste anunciado del 5% sobre el valor basal año 2013, como comuna rural pobre, manteniendo la población potencialmente beneficiaria de 20.500 inscritos.- y además un porcentaje asignado por los adultos mayores

$(97.395.500) * 12$

\$ 1.168.746.000.=

Aportes Afectados

Corresponde a la estimación de recursos que serán transferidos por concepto de Asignación de Desempeño Dificil, Conductores, Técnicos, Dif.S.B.M.N, Asignación por Desempeño Colectivo Fijo y variable, conforme la calificación que el servicio realice de las condiciones de funcionamiento y el cumplimiento de metas establecidas. CECOSF Los Roble y Las Camelias, Segundo Técnico Paramédico Posta Salud Rural, Prog. Odontológico.

\$ 515.505.000.=

A3.- Aporte Municipal:

Corresponde a los montos asignados por el Municipio en apoyo a la gestión del servicio traspasado de Salud.

\$ 130.000.000.=

A4.- Otros Ingresos:***Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas***

Valor estimado a percibir por concepto de subsidio de incapacidad laboral de funcionarios de Salud, tanto de los sistemas de salud (FONASA E ISAPRES), como de la Asociación Chilena de Seguridad, basado en comportamiento del año 2013.

B) Presupuesto de Gastos : \$ 42.000.000.=

B1.- Gastos en Personal : \$ 1.547.897.000.=

B1.1.-Personal de Planta : \$1.232.377.=

Sueldo y sobresueldos

Se incluyen aquí los gastos estimados en que incurriremos por concepto de sueldo base, subidas de nivel de los funcionarios, asignaciones del artículo 45°, asignación de movilización, responsabilidad directiva, postgrados, asignación de desempeño difícil y de atención primaria, del personal de planta, durante el año 2014. Para su cálculo toma como referencia el gasto del año 2013 y una variación conforme disponibilidad y número de funcionarios.

82.316.000 * 12

\$ 987.792.000.=

Aportes del Empleador

Se incluyen aquí los gastos correspondientes a Cotizaciones Previsionales, compuestas por un 1,26% sobre las remuneraciones imponibles del personal de planta, para Seguro de Invalidez y Supervivencia, un 1,29% sobre la misma base como aporte para la Asociación Chilena de Seguridad, y el 1% de las remuneraciones del personal que cumple con los requisitos de la Ley 20.305 del Bono Post Laboral y Servicio de Bienestar.

\$ 35.787.000.=

Asignación por Desempeño

Corresponde al Desempeño Colectivo Fijo y Variable y a la Asignación por Merito percibido durante el presente año, en base al cumplimiento de las metas colectivas, fijadas por el Ministerio de Salud, cabe señalar que en el año 2013 se dio cumplimiento al 100% de las metas.

\$ 38.124.500 * 4 = \$ 152.498.000.=

\$ 5.925.000 * 4 = \$23.700.000.=

\$ 176.198.000.=

Remuneraciones variables

Corresponde a los trabajos extraordinarios y comisiones de servicio encomendadas a los funcionarios de planta de Salud municipal, necesarios para mantener el buen funcionamiento del sistema, se toma como referencia el gasto del año 2013, y se considera una disminución en este ítem, de acuerdo a la disponibilidad y reorganización de horarios a implementar en el personal.

1.625.000 * 12

\$ 19.500.000.=

Aguinaldos y Bonos

Corresponde al gasto por concepto de Aguinaldos de Fiestas Patrias y Navidad, además de Bono de Escolaridad y Bonificación Adicional, a pagar a todos los funcionarios de planta. Se toma como base lo estimado a recibir desde la SUBDERE, para tal efecto, teniendo como referencia lo pagado en el año 2013.

\$ 13.100.000.=

B1.2.-Personal a Contrata:

\$315.520.000.=

Sueldo y sobresueldos

Se incluyen aquí los gastos estimados por concepto de sueldo base, subidas de nivel de los funcionarios, asignaciones del artículo 45°, movilización, responsabilidad directiva, postgrados, asignación de Desempeño Difícil y de atención primaria, en que se incurrirá por el personal a contrata, tomado como base el gasto del año 2013

22.693.666 * 12

\$ 272.324.000.=

Aportes del Empleador

Se incluyen aquí los gastos correspondientes a Cotizaciones Previsionales, compuestas por un 1,26% sobre las remuneraciones imponibles del personal a contrata, para Seguro de Invalidez y Supervivencia, un 1,29% sobre la misma base como aporte para la Asociación Chilena de Seguridad, y el 1% de las remuneraciones del personal que cumple con los requisitos de la Ley 20.305 del Bono Post Laboral y Servicio de Bienestar.

816.333 * 12

\$ 9.796.000.=

Asignación por Desempeño

Corresponde al Desempeño Colectivo Fijo y Variable percibido durante el año 2013, reajustado, y teniendo presente que aumentará el número de funcionarios que cumplen con los requisitos para percibir esta asignación directamente relacionada con el cumplimiento de las metas colectivas.

4.700.000 * 4 = **\$ 18.800.000.=**

Remuneraciones variables

Corresponde a los trabajos extraordinarios y comisiones de servicio encomendadas a los funcionarios a contrata de Salud municipal, necesarios para mantener el buen funcionamiento del sistema. Se toma como referencia el gasto del año 2013 y se considera un aumento en este ítem.

691.666 * 12

\$ 8.300.000.=

Aguinaldos y Bonos

Corresponde al gasto por concepto de Aguinaldos de Fiestas Patrias y Navidad, además de Bono de Escolaridad y Bonificación Adicional, a pagar a todos los funcionarios a contrata. Se toma como base lo estimado a recibir desde la SUBDERE, para tal efecto, teniendo como referencia lo pagado en el año 2013.

\$ 6.300.000.=

B2.- Gastos de Funcionamiento: \$ **322.500.000.=**

B2.1.- Textiles, Vestuario y Calzado

Corresponde a posible gasto en Uniformes para el personal o artículos como sabanillas o delantales.

32.258 * 155 funcionarios \$ **5.000.000.=**

B2.2.- Combustible y Lubricantes

Corresponde a la estimación del gasto a incurrir el combustible para los 9 vehículos de salud, además del gasto en calefacción, durante los meses de otoño e invierno.

Combustible = 30.000.000 \$ **30.000.000.=**

B2.3.- Materiales de Uso o Consumo

Corresponde a la estimación del gasto en materiales de oficina, Medicamentos, insumos, materiales y útiles quirúrgicos, materiales para limpieza, desinfección, aseo, repuestos y accesorios para reparaciones de vehículos, computadores, inmuebles, etc., tomando como referencia el gasto del año 2013 y ajustado a la disponibilidad presupuestaria del presente año,

\$ **149.800.000.=**

B2.4.- Servicios Básicos

Corresponde a la estimación del gasto en insumos básicos, tales como electricidad, agua, luz, gas, correo y telefonía, fija y celular.

\$ **40.000.000.=**

B2.5.- Mantenimiento y Reparaciones

Corresponde al gasto en mantenimiento y reparaciones de edificaciones, de vehículos, de máquinas y equipos de Of., de otras maquinarias y equipos, de equipos informáticos.

\$ **12.000.000.=**

B2.6.- Publicidad y Difusión

Corresponde al gasto en servicios de publicidad y de impresión.

\$ **9.200.000.=**

B2.7.- Servicios Generales

Corresponde al gasto en servicios de aseo, pasajes (tanto de funcionarios como de pacientes de escasos recursos, para traslado hasta los centros para realizarse exámenes o asistir a controles), fletes, bodegajes, suscripciones y similares.

\$ **4.000.000.=**

B2.8.- Arriendos

Corresponde al gasto en arriendo de Inmuebles destinados a Dpto. Salud y Anexos y vehículos para traslado de funcionarios y/o usuarios.

\$ **10.000.000.=**

B2.9.- Servicios Financieros y de Seguros

Corresponde al gasto estimado para seguros de inmuebles de salud y seguros y permisos de circulación de vehículos.

\$ 9.000.000.=

B2.10.- Servicios Técnicos y Profesionales

Corresponde al gasto asignado a Capacitación funcionaria de acuerdo al programa de Capacitación basado en la Aplicación de la ley N° 19.378 y pagos profesionales, y de Exámenes de Laboratorio.

\$ 47.000.000.=

B2.11.- Otros Gastos en Bienes y Servicios

Corresponde a la estimación de los gastos menores susceptibles de ser pagados en efectivo, o a través de caja chica y otros gastos en bienes y servicios

\$ 6.500.000.=

B3.- Adquisiciones de Activos No Financieros:

Corresponde a la estimación del gasto a incurrir en la compra de máquinas, equipos de oficina, equipos computacionales, periféricos, impresoras y otros.

\$ 6.500.000.=

15. FINANCIAMIENTO PROGRAMAS ADICIONALES

Todos los valores mencionados en los siguientes convenios, son valores proyectados y como mínimos para el próximo año.

✓ *Programa de Resolutividad en Atención Primaria*

Objetivo: Aumentar la resolutividad del nivel primario de atención en el ámbito de tres especialidades médicas, mediante prestaciones de carácter ambulatorio, y aplicando criterios de efectividad y eficiencia, tendientes a mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Las prestaciones que otorga son las siguientes:

- **Oftalmología: \$19.195.882.-**
Está orientada a resolver los cuadros de Vicios de Refracción y otras patologías de baja complejidad, en población de 20 a 64 años y entrega de uno o dos pares de lentes por usuario según corresponda.
- **Otorrinolaringología: \$4.371.822.-**
Está orientado al tratamiento de Hipoacusia, Síndrome Vertiginoso, Otitis en población de 20 a 64 años. La canasta integral incluye: consulta médica, audiometría, impedanciometría y entrega de audífono.
- **Cirugía Menor en Atención Primaria \$ 5.373.375.-**
Orientado a 250 intervenciones quirúrgicas de baja complejidad en diversos usuarios.
- **Convenio Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa \$9.790.011.-**
Orientado al pago de 33 cuidadores de personas con dependencia severa el cual tiene un monto mensual de \$24.722.
- ✓ **Programa Imágenes Diagnosticas en APS \$9.383.392.-**
Está orientado a la realización de las siguientes prestaciones:
 - **Mamografía EMP: \$4.142.737.-**
Está orientado para mujeres entre los 50 y 59 años y otras edades con factores de riesgo, el cual cuenta con 257 cupos.
 - **Bi RADS 0: \$117.538.-**
Se cuenta con una proyección complementaria en el mismo examen, el cual consta de 23 cupos.
 - **Ecotomografía de mama: \$211.243.-**
Se cuenta con 16 cupos para mujeres con alto riesgo en resultados de su mamografía.
 - **Radiografía de Cadera: \$1.322.122.-**
Consta con 234 cupos para diversos niños.
 - **Ecotomografía Abdominal: \$3.589.762.-**
Consta con 189 cupos para diversos usuarios.

- ✓ **Convenio Programa Desarrollo de Recursos Humanos en Atención Primaria Municipal:**
Capacitación Funcionaria: \$2.559.784.-
Objetivo: Establecer un sistema de Capacitación y Desarrollo continuo destinado a los funcionarios de todas las categorías que se desempeñan en la Atención Primaria Municipal y que se rigen por el Estatuto de Atención Primaria Ley N°19.378.

- ✓ **Convenio Programa Odontológico Integral: \$59.128.364.-**
Consta con las siguientes prestaciones:
 - **Resolución de especialidades odontológicas en APS: \$8.598.818.-**
En esta prestación se encuentran 2 sub-prestaciones las cuales son:
 - ✓ **Endodoncias: \$1.752.440.-**
Se cuentan con 30 cupos disponibles.

 - ✓ **Prótesis Dentales Acrílicas: \$6.846.378.-**
Se cuenta con 110 cupos disponibles.

 - **Promoción y prevención odontológica: \$28.414.814.-**
Actividades preventivas en CECOSF, tales como sellantes, flúor barniz y destartraje supragingival.

 - **Altas Odontológicas Integral: \$22.114.733.-**
Atención odontológica integral en mujeres y hombres de escasos recursos se consta con 150 altas integrales.

- ✓ **Convenio Programa Ges Odontológico Adulto \$9.513.168.-**

Objetivo: Comprometidos con 40 altas integrales en adultos de 60 años.

- ✓ **Convenio Programa Odontológico Familiar \$11.255.692.-**

Está compuesto por las siguientes prestaciones:
 - **Atención Dental en Niños: \$385.598.-**
Se Necesita un 80% de las altas totales en niños de 6 años.

 - **Atención Dental Embarazadas: \$10.870.095.-**
60% de altas totales en embarazadas.

 - **Atención Dental de Urgencia: \$0.-**
Atención de urgencias odontológicas ambulatorio, se evaluara de acuerdo a la demanda.

- ✓ **Convenio de Apoyo a la Gestión a nivel Local en Atención Primaria Municipal \$2.877.694.-**
 - **Tratamiento enfermedades GES: \$2.877.694.-**
Tratamiento de Hipotiroidismo en nivel primario en personas de 15 años o más, mediante control o consulta, exámenes o medicamentos:
 - Consulta o control médico integral.
 - Levoteroxina T4 comp. 100 mcg.
 - Hormona Tiroestimulante (TSH).
 - Tiroxina Libre (T4L).
 - Tiroxina o tetrayodotironina (T4).

Tratamiento de Erradicación de Helicobacter Pylori

- Omeprazol cap. 20mg.
 - Amoxicilina comp. 500mg.
 - Metronidazol comp. 500mg.
 - Claritromicina comp. 500mg.
- ✓ **Convenio Programa Complemento GES APS Municipal \$19.629.561.-**
En este convenio se encuentra la siguiente canasta de prestaciones:
- ✓ **Complementar exámenes de laboratorio básico: \$12.540.646.-**
Problemas de salud a evaluar:
 - **Epilepsia: \$1.160.565.-**
 - Perfil Hepático 105 cupos.
 - Niveles Plasmáticos de Fármacos y/o Drogas 88 cupos.
 - **Insuficiencia Renal Crónica Terminal: \$1.998.885.-**
 - Electrolitos Plasmáticos 26 cupos.
 - Microalbuminuria Cuantitativa 256 cupos.
 - Creatinina Cuantitativa 256 cupos.
 - Perfil Lipídico 256 cupos.
 - **Programa de Salud Cardiovascular: \$2.147.288.-**
 - Electrolitos Plasmáticos 146 cupos.
 - Microalbuminuria Cuantitativa 366 cupos.
 - Hemoglobina Glicosilada 366 cupos.
 - **Examen de Medicina Preventiva: \$7.233.908.-**
 - Urocultivo en Embarazadas 221 cupos.
 - Glicemia en ayunas 6.624 cupos.
 - Colesterol total 3.434 cupos.
 - ✓ **Contratación de Recurso Humano: \$3.809.610.-**
Se contrata planta administrativa en jornada de 44 horas, para el registro en el sistema SIGGES de los respectivos formularios y/o prestaciones trazadoras de los usuarios con patologías GES.
 - ✓ **Medicamentos incluidos en el programa complementario GES: \$3.279.305.-**
Completar los procesos de adquisición de medicamentos e insumos, para el tratamiento de los pacientes pertenecientes a los programas de Salud Mental, Cardiovascular. Dichos medicamentos serán enumerados a continuación:
 - ✓ **Programa Cardiovascular: \$3.122.414.-**
 - Metformina 850mg.
 - Glibenclamida 5mg.
 - ✓ **Programa de Salud Mental: \$156.891.-**
 - Venlafaxina 75mg.
 - Sertralina 50mg.
 - Paroxentina 20mg.
 - ✓ **Convenio Programa Sistema de Urgencia Rural SUR: \$62.750.362.-**
Objetivo: Se implementara un Servicio de Urgencia Rural, modalidad alta, que funcionara en horario no hábil de acuerdo al programa y a las normas establecidas por el Ministerio de Salud, este dispositivo debe disponer de dependencias de uso exclusivo, equipamiento, fármacos e insumos necesarios para otorgar una atención inmediata y sin riesgo al usuario, ante una situación de emergencia.
 - ✓ **Programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto ERA \$16.062.832.-**

Objetivo: Entregar tratamiento a adultos, mayores de 19 años con enfermedades respiratorias agudas y crónicas reagudizadas.

A su vez también se deberán aplicar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de salud y la prevención de enfermedades respiratorias.

- ✓ *Convenio Apoyo Diagnostico Radiológico para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad: \$ 1.793.925.-*

Objetivo: Programa destinado a apoyar las salas de IRA y ERA, consistente en radiografías de tórax, contando con 170 cupos para usuarios de diferentes edades.

- ✓ *Convenio Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria de Salud Municipal \$6.488.807.-*

Prestaciones a evaluar:

- Prevenir problemas y/o trastornos de salud mental de la población a través intervenciones comunitarias.
- Ayuda a personas con trastornos depresivos de leves a moderados en personas mayores de 15 años.
- Brindar tratamiento integral a mujeres que sufran violencia intrafamiliar.
- Detectar, diagnosticar y dar tratamiento a personas afectadas por problemas asociados al consumo de alcohol y/o drogas.
- Tratamiento integral y seguimiento a personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependiente de alcohol y drogas que pueden beneficiarse del plan ambulatorio básico garantizado por el GES.
- Proporcionar tratamiento a niños y adolescentes con problemas y trastornos de salud mental, incorporando acciones con sus familias.

- ✓ *Convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial en las Redes Asistenciales "Chile Crece Contigo" \$13.545.000.-*

La finalidad de este convenio es fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su primer control de gestación y hasta que ingresen al sistema escolar.

Se incluye una gran variedad de actividades complementarias entre las cuales se encuentran:

- Fortalecimiento del desarrollo prenatal.
- Atención personalizada del proceso del nacimiento.
- Atención al desarrollo integral del niño y niña hospitalizado.
- Fortalecimiento del desarrollo integral del niño o niña.
- Atención de niños y niñas en situación vulnerable.

- ✓ *Convenio Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria \$5.274.547.-*

Objetivos a considerar:

- Mejorar la resolutiveidad del CESFAM Marta Estévez de Marín.
- Mejorar la capacitación a los equipos de salud del CESFAM.
- Fomentar el desarrollo de un buen clima organizacional y proteger la salud laboral de los integrantes del equipo mediante la realización de actividades de autocuidado.

- ✓ **Convenio Programa Piloto Vida Sana: Intervención en obesidad en niños, adolescentes, adultos y mujeres post parto \$7.745.945.-**
Prestaciones otorgadas por el convenio:
 - Intervención en 40 niños y adolescentes de 6 a 19 años, incluyendo a mujeres adolescentes post parto.
 - Intervención en 30 adultos de 20 a 45 años con síndrome metabólico y mujeres post parto.

- ✓ **Convenio Módulos Dentales JUNAEB: \$ 14.327.847.-**
Objetivo: Otorgar atención odontológica y enseñanza de hábitos de higiene bucal a los alumnos de los establecimientos educacionales municipales y/o particulares subvencionados.

- ✓ **Convenio Centros Comunitarios de Salud Familiar Atención Primaria Municipal CECOSF Los Robles y Camelia \$107.332.957.-**
Objetivo: Implementar planificadamente dispositivos de participación social, que permitan el desarrollo del trabajo comunitario en pro de mejorar la gestión de las prestaciones de salud y satisfacción de los beneficiarios legales del centro.

- ✓ **Convenio Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural \$19.600.994.-**
 - **Continuidad y calidad de atención en población rural: \$17.270.565.-**
Contando con segundos técnicos paramédico en postas rurales (Villaseca, Santa Delfina y Piguchén).

 - **Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y la comunicación de postas rurales: \$2.330.429.-**
Telefonía en las postas rurales (San Marcos, Camelias, Copihue, Villaseca, Piguchén, Santa Delfina, Talhuenes y San Ramón).

- ✓ **Convenio Programa Ges Preventivo en Salud Bucal en Población Preescolar en APS: \$2.081.125.-**
Objetivo: Promoción y prevención de salud bucal en población preescolar.
 - **Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral: \$564.959.-**
Se cuenta con 424 cupos.
 - **Aplicación de Flúor Barniz Comunitario: \$1.516.166.-**
Aplicación a 232 niños entre los 2 y 4 años.

- ✓ **Convenio Programa de Mantenimiento de Infraestructura de Establecimiento de Atención: \$2.247.000.-**
Objetivo: implementación de proyectos para disminución de brechas de recursos físicos en el proceso de autorización o demostración sanitaria.

- ✓ **Convenio Promoción de Salud: \$8.811.336.-**
Objetivo: Se implementaran estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud en coherencia con las políticas públicas de salud destinadas a contribuir a comunidades saludables.

- ✓ **Convenio Programa de Apoyo a la Atención Primaria de Salud: \$8.407.054.-**
Actividades relacionadas en el convenio:
 - **Instalación y modificación de box dental y equipamiento dental en Posta Copihue: \$2.520.000.-**

El servicio dental de Copihue cumplirá con todas las autorizaciones y reglamentaciones vigentes para su funcionamiento.

○ **Contratación de Recursos Humanos para el Sector de Copihue para brindar cobertura a la Extensión Horaria: \$3.577.054.-**

Los horarios de extensión horaria serán desde las 17:30 horas de lunes a viernes contemplando un Técnico Paramédico, un Conductor y un Auxiliar Dental con 44 horas semanales.

○ **Contratación espacio radial: \$2.310.000.-**

La contratación será por 2 horas semanales los días sábados y domingos considerando un mínimo de 8 horas mensuales, serán los mismos funcionarios de las categorías A y B quienes tendrán el deber de educar y capacitar a la población.

✓ **Convenio de Transferencia de Recursos "Estrategia de Inmunización contra la Influenza 2013" en las redes asistenciales: \$262.500.-**

Objetivo: Ejecutar acciones de vacunación conforme a los objetivos sanitarios, estándares técnicos, plazos definidos, de acuerdo al plan de vacunación regional.

16. Metas y Compromisos Establecidos

Compromisos de Gestión Sujetos a Incentivos

Objetivos: Fortalecer el logro de metas asociadas a objetivos de mejoramiento de gestión, estimulando financieramente a los equipos de salud del nivel primario de atención, que mediante el desarrollo de determinadas estrategias y/o actividades relacionadas con la eficiencia, eficacia, calidad técnica y gestión alcancen las metas propuestas.

Compromisos de Acción con Organizaciones de la Comunidad

Desde el sector salud, la participación se considera como medio para el desarrollo de las personas como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud y con el fortalecimiento de los servicios. Por lo cual debemos fortalecer las organizaciones con capacidades de interlocución que actúen solidariamente y ejerzan un control social sobre el sistema de salud.

Encuesta Satisfacción Usaria

Nuestra tarea está clara al respecto, evaluar cada uno de estos antecedentes representativos de una opinión de la comunidad y tomar las medidas correspondientes a subsanar cada uno de ellos. Y el compromiso de aplicarla dos veces durante el próximo año a fin de poder evaluar si se cumplen con las expectativas y agregándole indicadores orientados a pesquisar una mejor información

17. CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación orto protésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario de las que pueden beneficiarse los usuarios adscritos a un Establecimiento.

Su Objetivo es garantizar las condiciones comunes para una atención integral, continuada y en condiciones de equidad en todo el territorio de la Comuna.

Programa de la Mujer

El programa de salud de la Mujer consiste en considera acciones que contribuyan al desarrollo integral, físico, mental y social en todas las etapas de su ciclo vital, integrando a la pareja o una persona significativa para ella. Colocando énfasis en actividades de tipo promocional (consejerías) y preventivo (control prenatal, de regulación de fecundidad, ginecológico preventivo, climaterio, etc.), consultas de morbilidad general obstétrica-ginecológica y programa de pesquisa de cáncer cervicouterino y cáncer de mamas.

- ✓ Control del climaterio
- ✓ Control prenatal y puerperio
- ✓ Consulta y control paternidad responsable
- ✓ Control ginecológico
- ✓ Educación individual y grupal a grupos de riesgos
- ✓ Consulta obstétrica y ginecológica
- ✓ Visita domiciliaria Integral a embarazadas con RSS
- ✓ Visita Domiciliaria de Rescate a grupos de riesgo y puérperas
- ✓ Consulta social
- ✓ Consulta Psicológica
- ✓ Consulta del área de salud mental
- ✓ Programa nacional de alimentación complementaria
- ✓ Consejerías Individual y Familiar en SSR, EVS, VIH y SIDA, P. R. OH y VIF
- ✓ Consulta Pre concepcional
- ✓ Consulta nutricional
- ✓ Talleres Educativos (Auto cuidado, Preparación para el parto y la crianza),
- ✓ Atención en domicilio madres primíparas.
- ✓ Estudio de Familia
- ✓ Exámenes de Laboratorio
- ✓ Mamografías
- ✓ Papanicolaou
- ✓ Ecotomografía mamarias
- ✓ Alimentación Complementaria

Programa del niño y la niña

Tiene como finalidad contribuir con estrategias de promoción al desarrollo integral y armónico del niño (a) menor de 10 años, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación del daño, que permitan la plena expresión de su potencial genético y una mejor calidad de vida.

- ✓ Control de salud del niño sano.
- ✓ Evaluación del Desarrollo Psicomotor
- ✓ Control del niño con Malnutrición
- ✓ Control de lactancia materna
- ✓ Educación de grupos de riesgo
- ✓ Consulta nutricional
- ✓ Consulta morbilidad
- ✓ Consulta Fonoaudiólogo
- ✓ Consulta Kinesica Integral con sala IRA
- ✓ Control de enfermedades crónicas
- ✓ Consulta social
- ✓ Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
- ✓ Inmunizaciones
- ✓ Visitas domiciliarias Integral y de Rescate
- ✓ Alimentación complementaria
- ✓ Consejería individual y Familiar en Maltrato Infantil
- ✓ Estudio de Familia
- ✓ Exámenes de Laboratorio
- ✓ Talleres de Apoyo a la Crianza a Madres
- ✓ Control Salud Escolar
- ✓ Atención a Pacientes Postrados
- ✓ Atención en Domicilio
- ✓ RX de Pelvis
- ✓ Control en Sala Estimulación y ludoteca

Programa Adolescente

El principal objetivo del Programa Nacional de las y los Adolescentes es aportar al mejor nivel de salud y bienestar bio-psicosocial de la población entre 10 y 19 años, con enfoque de equidad de género y como contribución al desarrollo humano.

- ✓ Educación de grupos de riesgo
- ✓ Consulta nutricional
- ✓ Consulta morbilidad
- ✓ Control de enfermedades crónicas
- ✓ Consulta social
- ✓ Consulta del área de salud mental
- ✓ Visitas Domiciliarias Integral
- ✓ Consejería Individual y Familiar en ITS, VIH Y SIDA, P.R., OH, VIF
- ✓ Estudio de Familia
- ✓ Talleres de Afectividad y Sexualidad
- ✓ Atención en domicilio a postrados
- ✓ Control de Salud Preventivo del Adolescente (aplicación ficha Claps)
- ✓ Atención a Pacientes Postrados

- ✓ Consulta Visio Refracción
- ✓ Consulta Hipoacusia
- ✓ Entrega de Lentes y audífonos

Programa del Adulto

El programa de salud del Adulto comprende un conjunto de acciones y recursos dirigidos a mantener - e idealmente mejorar- el nivel de salud de la población de 20 a 64 años, prevenir las enfermedades “prevenibles” y otorgar atención médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera.

- ✓ Consulta de Morbilidad
- ✓ Consulta Integral Sala ERA
- ✓ Consulta y control de enfermedades crónicas
- ✓ Consulta por enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Consulta nutricional
- ✓ Electro cardiograma
- ✓ Exámenes de Laboratorio
- ✓ Consulta Social
- ✓ Visita domiciliaria Integral y de Rescate
- ✓ Consulta área de salud mental
- ✓ Pesquisa y seguimiento Tuberculosis
- ✓ Colocación de Vacunas
- ✓ Examen de Medicina Preventivo (EMPA)
- ✓ Educación en salud individual y grupal
- ✓ Talleres a pacientes CV y otras enfermedades Crónicas
- ✓ Consejería individual y familiar
- ✓ Estudio de Familia
- ✓ Ecotomografía Abdominal
- ✓ Consulta Visio Refracción
- ✓ Consulta Hipoacusia
- ✓ Lentes y Audífonos
- ✓ Talleres de Actividad Física
- ✓ Atención en domicilio a Pacientes Postrados Severos
- ✓ Atención en Sala de Rehabilitación Motora

Programa del Adulto Mayor

Entregar una atención integral que abarque los aspectos bio-psicosociales del adulto mayor, en el entendido de que el buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía. Se requiere hacer hincapié en la realización de ejercicios, una adecuada nutrición y la estimulación de la función cognitiva, en conjunto con una participación regular en actividades sociales y productivas a fin de reducir el aislamiento, factor de riesgo que afecta negativamente a la salud de las personas mayores para mantener la capacidad funcional que constituye el mejor indicador de bienestar y valor predictivo de discapacidad y muerte prematura.

- ✓ Consulta de morbilidad
- ✓ Consulta y control de enfermedades crónicas
- ✓ Consulta por enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Consulta nutricional
- ✓ Electrocardiograma

- ✓ Exámenes de Laboratorio
- ✓ Consulta social
- ✓ Atención en domicilio a pacientes postrados severos
- ✓ Consulta área de salud mental
- ✓ Pesquisa y seguimiento Tuberculosis
- ✓ Inmunizaciones
- ✓ EMPAM
- ✓ Educación en salud Individual y Grupal
- ✓ Talleres de Autoayuda del A. Mayor
- ✓ Participación en RED de grupos de A. Mayores
- ✓ Consejería Individual y Familiar
- ✓ Estudio de familia
- ✓ Consulta Integral Sala ERA
- ✓ Ayudas Técnicas
- ✓ Atención a Pacientes Postrados
- ✓ Atención en Sala de Rehabilitación Motora

Programa de Salud Bucal

Contribuir al desarrollo integral del individuo, mejorando su calidad de vida a través de acciones específicas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud buco dental, en el marco del Plan Nacional de Salud Buco Dental.

Primordialmente está orientado a los menores y embarazadas, dirigida a la detección precoz y la prevención de patologías odontológicas con un enfoque integral. Incluye el examen de salud bucal, acciones educativas individuales y grupales.

- ✓ Control Odontológico del Niño Sano
- ✓ Examen de Salud
- ✓ Urgencias
- ✓ Exodoncias
- ✓ Destartraje supra gingival
- ✓ Obturaciones
- ✓ Sellantes
- ✓ Pulpotomías
- ✓ Fluoración tópica
- ✓ Ortodoncia interceptiva
- ✓ Educación individual y familiar
- ✓ Consejería Estilos de Vida Saludable
- ✓ Prótesis Dentales para Hombres y Mujeres de escasos recursos
- ✓ Educación personalizada a niños menores de 12 años

Programa Salud Mental

Contribuir a mejorar la atención de salud Mental de los usuarios del Sistema Público de Salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en este Establecimiento de Salud tanto en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación basados en un enfoque de salud familiar y comunitario.

El Programa de Salud Mental abarca las siguientes áreas de intervención:

- ✓ DEPRESION: prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz a las personas de 15 años y más que sufren trastornos depresivos.

- ✓ VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.
- ✓ PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL DE ALCOHOL Y DROGAS: Prevenir, detectar activamente riesgos y problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, entregar información y consejería para el auto cuidado y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, cuando este sea necesario, a población consultante de 10 años y más.
- ✓ CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACION MENOR DE 20 AÑOS: Prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar atención integral a población menor de 20 años con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas.
- ✓ INFANTO ADOLESCENTE: Este componente está dirigido a la promoción, prevención e intervención temprana de problemas y trastornos de Salud Mental infantil y adolescente, tales como maltrato infantil, trastornos hiper-cinéticos y de la atención, emocionales y conductuales.

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (PNAC)

Supervisar la situación alimentario-nutricional de la población chilena, detectando grupos en riesgo de sufrir alguna forma de malnutrición, y normar la implementación de acciones y programas orientados a prevenir el daño en dichos grupos y en la población general.

Promover, a través de una alimentación saludable, una nutrición adecuada, que permita un crecimiento óptimo del niño desde el momento de su concepción, contribuyendo al desarrollo pleno del potencial genético de sus capacidades físicas e intelectuales.

Definir y promover pautas de alimentación compatibles con una disminución de la cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles, así como una mejor calidad de vida y mayor productividad durante todo el ciclo vital.

Formular, supervisar y evaluar programas de intervención nutricional, orientados a corregir situaciones de riesgo y/o a corregir formas específicas de malnutrición y velar por la cantidad y calidad de una alimentación inocua de la población.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Tiene por Objetivo la participación y el control social promocional preventivo, coordinando el inter-sector en las acciones Gestión en Salud a través del Consejo Vida Chile y Consejos de Desarrollo Local de Salud para contribuir a fortalecer los Factores de Protectores de la Salud.

- ✓ Planificación participativa
- ✓ Reuniones
- ✓ Entrevistas
- ✓ Reuniones Masivas
- ✓ Difusión y Comunicación
- ✓ Educación para la Salud
- ✓ Talleres de Estilos de Vida Saludables
- ✓ Eventos Masivos
- ✓ Organización y Fortalecimiento de Grupos de Autoayuda

SELECTOR DE DEMANDA Y URGENCIA RURAL

✓ **SUR (SERVICIO URGENCIA RURAL)**

Entregar acciones ambulatorias de recuperación de la Salud a fin de resolver problemas de morbilidad aguda de la población, solicitada en horario no hábil.

Otorgar primeros auxilios, aplicar tratamientos y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes críticos en situaciones de urgencia inmediata

Derivar y trasladar oportunamente en condiciones de seguridad a aquellos casos que por complejidad deban ser atendidos en centros de mayor complejidad.

✓ **SELECTOR DE DEMANDA**

Tiene por objetivo la categorización y priorización de la demanda para consulta médica de morbilidad. Es un proceso de valoración clínica realizado previamente a la dación de hora para consulta de Morbilidad, Agenda Médica, es realizado por personal calificado de Enfermería y/o en su ausencia de Técnicos de Salud de Nivel Superior. Se realiza entre las 08:00 y las 10:30 horas AM. Pudiendo realizar agendas para el día, 24, 48 y hasta 72 horas.

ATENCION A DOMICILIO

Brindar atención domiciliaría al 100 % de pacientes Postrados Severos que cumplan los criterios de selección, otorgando en el domicilio del paciente una atención integral, en sus aspectos físico, emocional y social, que permita mejorar su calidad de Vida y potenciar su autonomía, cuando ello sea posible.

CIRUGIA MENOR

Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías quirúrgicas de baja complejidad susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria. Coordinando acciones para capacitar el recurso humano en técnicas de cirugía menor.

SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL A LA INFANCIA "CHILE CRECE CONTIGO" (ChCC)

Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: "a cada quien según sus necesidades". Las acciones contempladas en este programa incluyen algunas que históricamente el sector salud ha realizado en el proceso de atención de la gestación y los primeros 4 años de vida, sin embargo el enfoque y rediseño de gran parte de tales acciones debe ser destacado como el principal avance que implica ChCC.

PROGRAMA DE REHABILITACION COMUNITARIA.

Dado el envejecimiento de nuestra población y el explosivo aumento de patologías cardiovasculares, se percibe una alta demanda de la comunidad por atenciones del área de la rehabilitación. Las secuelas del accidente cerebrovascular, los pacientes con artrosis de cadera y rodilla (GES), los accidentes laborales en personas no cubiertas por el sistema de mutualidades, las personas ancianas que se postran tras una lesión o accidente que en condiciones normales no debiera dejar secuelas importantes, etc., son parte de las

emergentes necesidades de nuestros usuarios y que actualmente no son cubiertas de manera eficiente por la red de salud pública. El Hospital Base de Linares es el centro más cercano que cuenta con la infraestructura necesaria pero el traslado de pacientes hacia esa ciudad se convierte en una barrera muy grande dada la periodicidad de las sesiones de rehabilitación.

Nuestro CESFAM ha venido haciendo esfuerzos autofinanciados desde hace unos 10 años teniendo siempre algunas horas de profesional kinesiólogo para la atención de rehabilitación, éstas se han visto reforzadas por el financiamiento recibido a través del convenio GES para artrosis de cadera y rodilla, lo que cubre satisfactoriamente esta patología garantizada por ley, además ya se cuenta con un gimnasio de rehabilitación definitivo que trabaja en el **modelo de rehabilitación en base comunitaria**, con lo que se ha aumentado la cobertura de atención de pacientes traumatológicos. Junto con lo anterior se aumentó de 15 a 44 horas la cantidad de horas profesionales kinesiólogo.

Pese a esto aún siguen en lista de espera pacientes con dichas patologías, dado la alta demanda en esta área.

Unidad de Farmacia 2014 - 2016

Las principales funciones de la Unidad de Farmacia son:

Adquisición: Unidad que gestiona los procesos de compras a través del portal www.mercadopublico.cl de acuerdo a la normativa legal vigente ley 19.886, en coordinación con el químico farmacéutico como asesor técnico del proceso de compras, teniendo en consideración las decisiones acordadas en el Comité de Farmacia.

Para el trienio (2014 – 2016) nuestro compromiso es canalizar la gestión de compras farmacológicas a través de la Central de Abastecimiento CENABAST, gestionando anualmente un plan de compras de fármacos por intermediación.

Bodegaje: Unidad que almacena artículos farmacológicos, velando por el cumplimiento fiel de las cadenas de frío, en el almacenaje de insumos químicos.

Desafío para el trienio (2014 – 2016) implementación de software de control de inventario, tanto de ingresos y egresos de bodegas, logrando con este sistema en línea la mejor gestión de almacenamiento, manteniendo y definiendo stock crítico, stock mínimo y artículos por vencer. Brindando además un respaldo a nivel central (Dirección Servicio de Salud del Maule) logrando con este software la definición de stock a nivel regional de los distintos fármacos.

Abastecimiento: tarea que consiste en la reposición continua a cada Establecimiento (CESFAM, SUR, CECOSF Y POSTAS) de los medicamentos para su posterior despacho al usuario.

Despacho: tarea que consiste en la entrega de los fármacos según receta médica al usuario y registro de dicha receta con fines de control y estadística.

La Programación de la Unidad de Farmacia 2013 contempla

- ✓ Cumplimiento del arsenal Farmacológico que rige a los servicios de Atención primaria.
- ✓ Programación de medicamentos e insumo anual en base al consumo de postas, CECOSF y CESFAM, lo cual será fraccionado en tres compras anuales, permitiendo mantener completo el arsenal Farmacológico.

- ✓ Mantener el Stock de Medicamentos Ges, implementando el stock crítico de medicamentos.
- ✓ Brindar una atención de calidad a los pacientes que son atendidos en Unidad de Farmacia. Una atención en base a la educación.
- ✓ De esta forma se asegura al paciente un cumplimiento del tratamiento de sus patologías GES. Por lo que se solicita para poder otorgar una atención de calidad, cumplimiento del presupuesto anual entregado a la Unidad de Farmacia, así se podrá cumplir las metas Farmacológicas.

18. Plan de Cuidados: Objetivos, Metas y Actividades por Programa

Salud Infantil

El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil se inicia en la gestación y se continúa con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la díada y con las sucesivas atenciones periódicas para evaluar el estado de salud y desarrollo infantil.

La epigenética nos muestra que la salud y el desarrollo infantil dependen de una interacción dinámica entre la carga genética y el ambiente; siendo particularmente relevante en el ambiente, la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares y las características del medio ambiente, libre de estrés tóxico. Por lo tanto, la atención de salud proporcionada a los niñas y niños promueve lactancia y alimentación saludable, vigilancia de la trayectoria del desarrollo con *screening* periódicos, detección temprana de las enfermedades más frecuentes, acceso temprano a tratamiento, acceso a tratamiento de aquellos(as) niños(as) que nacen con problemas de salud, prevención de enfermedades infecciosas, adicciones, accidentes domésticos, maltrato y en el fomento de las competencias parentales para la crianza respetuosa de bebés y preescolares. Todas Las actividades de promoción, prevención y tratamiento incorporan componentes de pertinencia cultural, determinantes sociales y enfoque de derechos de la infancia.

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Actividades	Recurso humano	tiempo en minutos
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños.	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la "Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local".	Realizara lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos, basadas en las 11 fichas técnicas del	N° de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las 11 fichas técnicas del	REM A19a Sección B1	Hitos comunicacionales Semana de la alimentación Hito comunicacional día mundial contra la obesidad	Nutricionista TENS Administrativo Kinesiólogo	En planificación 120 min Coordinación intersectorial: 60 min Difusión: 120 min Evento de capacitación u otra actividad: 180 min
	Realizar actividades con apoyo de la "Guía para una vida saludable I y II", priorizando los entornos comunal y educacional.	Realizara lo menos 5 Actividades anuales de promoción sugeridas en la guía en los entornos comunal y educacional	N° de actividades Anuales de promoción que fomenten la vida saludable en Comunas- Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Actividad física Alimentación Saludable	REM A19a Sección B1	Coordinación y realización de actividad de capacitación (alimentación saludable)	Nutricionistas Enfermera Fonoaudióloga Psicóloga	Coordinación: 60 min Planificación: 120 min Jornada capacitación: 180 min

Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de Enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niñas y niños menoresde10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física.	(N° de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menoresde10 Años/ Total de niñas/os menoresde10 años bajo control)x 100	REM A19a	CONTROLES O CONSULTAS A LA POBLACION INFANTIL CON INCORPORACION DE CONSEJERIA BREVE.	ENFERMERA NUTRICIONISTA TENS MEDICO AS.SOCIAL PSICOLOGA FONOAUDIOLOGA KINESIOLOGA	10 minutos
---	--	--	--	----------	--	--	------------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del	Estrategias locales	actividades	Recurso humano	Tiempo en
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de Enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricionalal5ºmes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño(a) Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	80% de niñas y niños con estado nutricional normal reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	(Población con consulta nutricionalal5ºmes / Total Población normal BCentre5 y11 meses)x 100	REM P2 Sección E y A	Derivación de los controles de salud a los niños con 3-5-7- meses y 1 a 2m a consulta nutricional Disposición de horas de nutricionista para la realización de consultas nutricionales	- Consulta nutricional al 3º, 5º, 7º mes y 1 a 2m	- Nutricionista	30 min

	<p>Consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.</p>	<p>50% de niñas y niños con estado nutricional normal reciben consulta nutrición a los 3 años y 6 meses de vida.</p>	<p>(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población normal bajo control entre 24 y 47 meses/2)x100</p>	<p>REM P2 Sección E y A</p>	<p>Derivación de los controles de salud a los niños con 3 años 6 meses a control nutricional</p>	<p>- Consulta nutricional a los 3 a 6m</p>	<p>- Nutricionista</p>	<p>30 min</p>
--	---	--	---	-----------------------------	--	--	------------------------	---------------

<p>Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar.</p>	<p>Intervención comunitaria en Establecimientos de Educación preescolar para abordar temáticas de salud mental⁴⁶.</p>	<p>10% de establecimientos pre escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud, reciben intervención comunitaria para abordar la Salud Mental.</p>	<p>(N° de establecimientos Preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres/N° Total de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud de la comuna)x 100</p>	<p>REM A19a Sección B1 Registro local (Plan Comunal de Salud)</p>	<p>REM A19a Sección B1 Registro local (Plan Comunal de Salud)</p>	<p>Coordinación con equipo biopsicosocial educación - salud</p> <p>Reuniones periódicas (profesionales salud y educación)</p> <p>Análisis de casos</p>	<p>Reuniones</p>	<p>Psicóloga</p> <p>Asistente social</p>
---	--	--	---	---	---	--	------------------	--

			(N° de establecimientos Preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios/ N° total de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud de la comuna)x 100	REM A19a Sección B1 Registro local (Plan Comunal de Salud)				
--	--	--	---	--	--	--	--	--

<p>Contribuir a la promoción de Ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños (establecimientos educativos y hogares).</p>	<p>Actividades de sensibilización (Talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) Para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos y comunidad.</p>	<p>Aumentar en un 10% Línea de base 2013.</p>	<p>Nº Actividades Sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos y comunidad.</p>	<p>REM A19a Sección B1</p>	<p>Realizar difusión masiva del tema en radio, volantes y diarios murales, entre otros. En establecimientos educativos de la comuna</p>	<p>Concursos escolares de la temática "elige no fumar" Educación grupal a establecimientos educativos. Consejerías individuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kinesiólogo - Ed. De Párvulos - Enfermera - Matronas 	<p>Planificación Coordinación Ejecución</p>
<p>Lograr lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.</p>	<p>Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño.</p>	<p>Aumentar en al menos un 10% la cifra de la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida (respecto a lo alcanzado el 2013).</p>	<p>(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida / Nº de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida) x 100</p>	<p>REM A03</p>	<p>Visita domiciliaria de acogida a la semana de nacido. Clínica de lactancia materna. Disposición de cojín de lactancia materna en cada box Hito comunicacional</p>	<p>Visita domiciliaria Controles de lactancia Consulta y controles infantiles Actividades de difusión y comunicación.</p>	<p>Matrona As. Social Nutricionista TENS Enfermera</p>	<p>Visita domiciliaria 60 min Controles 15 min Hito comunicacional 8 hrs</p>

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente.	(N° talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente / N° total de facilitadores de la comuna) x 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	Desarrollar los talleres NEP en centros comunitario de salud por sector.	Talleres de 6 sesiones cada uno	Nutricionista Psicóloga	96 horas
		5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ N° total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) x 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo REM P2 Sección A	Registro en plataforma CHCC	Digitación	Nutricionista Psicóloga	120 min

Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores respetando la cultura indígena de niñas y niños menores de 10 años inscritos en el establecimiento.	Mantener el % de la comuna de niñas/os inscritos cuyos padres o cuidadores ingresan a Taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza.	(N° de padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ N° total de niñas o niños menores de 10 años bajo control) x 100	REM A27 Sección A REM P2 Sección A	Control grupal Taller	Talleres de estimulación y normas de crianza Controles y consultas	Enfermera Nutricionista TENS Fonoaudióloga Kinesióloga Ed. De párvulos As. Social	90 min
	Línea de Base.	(N° de padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 10 años que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza que incorporan pertinencia cultural/ N° total de niños o niñas indígenas menores de 10 años bajo control) x 100	Solo registro local para establecimientos con programa de pueblos indígenas.				
Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año, acerca de prevención de IRA.	Aumentar la cobertura en 10% en talleres de prevención IRA a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año.	(N° de madres, padres y/o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niñas y niños menores de 1 año bajo control) x 100	REM A27 Sección A REM P2 Sección A	Derivacion de niños a Talleres de normas de crianza y prevención de enfermedades respiratorias con equipo CHCC	Taller prevención IRA	Kinesiólogo	90 minutos

Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida. ⁴⁷	100% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para el fomento en la seguridad del apego, fomento de lactancia materna exclusiva y refuerzo en el uso de implementos PARN.	(Nº de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / N° total de partos) x 100	REM A01 REM A05	PRIORIDAD en La dación de hora al Rn antes de los 10 días Controles diada Controles lactancia	Dación oportuna en admisión Control diada Control lactancia materna	Administrativo admisión Matrona Enfermera Nutricionista	5 min 60 minutos 15 min
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.	100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado.	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 y 2 meses / N° Total de niñas y niños de 1 y 2 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	Disponer de horas medicas Aplicación de protocolo neurosensorial	Control medico	Medico	30 minutos
		100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado.	(Nº niñas y niños de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo / N° total de niñas y niños de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial anormal) x 100	REM A03 SUJETO A CAMBIO REM 2014	Derivación nivel secundario	interconsulta	Medico	5 minutos

Detección precoz de displasia de caderas en las niñas y niños menores de 4 meses.	100% de las niñas y niños de 2 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(N° de niñas y niños de 2 meses de edad derivadas a examen radiológico de caderas / N° total de niñas y niños de 3 a 5 meses de edad bajo control) x 100	SIGGES REM P2 Sección A	Solicitud de radiografía de pelvis en control de 2 meses	Control de salud	Enfermera	5 minutos
Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2012.	(N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ N° total de niñas y niños 4 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	Acreditación a enfermeras en massie cambell Aplicación de pautas massie cambell	Capacitación servicio salud Control salud	por Ente capacitador Enfermera	8 horas 10 minutos
Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).	N° de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor a niños y niñas a los 18 meses/ N° total de niñas y niños 8 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección B REM P2 Sección A	Control de salud al 8º mes con escala dpm	Control de salud	Enfermera	30 minutos
Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	90% niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° total de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	Control de salud al 12 mes con pauta breve dpm	Control de salud	Enfermera	30 minutos

Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud).	(N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	Control de salud al 18 mes con evaluación dpm	Control de salud	Enfermera	60 minutos
	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor.	50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	Control de salud al 24 mes con evaluación breve dpm	Control de salud	Enfermera	30 minutos
	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.	90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses / N° Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	Control de salud al 36 mes con evaluación dpm	Control de salud	Enfermera	60 minutos
	Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA.	(N° de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses) x 100	SIGGES REM A03 Sección B	Control de salud a los 5 mes con aplicación de cartilla LEA	Control de salud	Enfermera	60 minutos

Reducir la carga de enfermedad por inmuno prevenibles.	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida.	Cobertura de vacunación.	de	(N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida / N° Total de niños menores de un año de vida) x 100	Sistema Informático REM – RNI Proyección INE	Control de salud al día Revisión de tarjetero Stock de vacunas Rescate inasistentes Registro RNI por comuna	Control de salud Visitas domiciliarias Revisión de tarjetero Digitación de vacunas en sistema RNI	Enfermera Tens	20 minutos 15 minutos 10 minutos
	Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación.	de	(N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) x 100	Sistema Informático REM – RNI Proyección INE	Control de salud al día Revisión de tarjetero Stock de vacunas Rescate inasistentes Registro RNI por comuna	Control de salud Visitas domiciliarias Revisión de tarjetero Digitación de vacunas en sistema RNI	Enfermera Tens	20 minutos 15 minutos 10 minutos
	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación.	de	(N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) x 100	Sistema Informático REM – RNI Proyección INE	Control de salud al día Revisión de tarjetero Stock de vacunas Rescate inasistentes Registro RNI por comuna	Control de salud Visitas domiciliarias Revisión de tarjetero Digitación de vacunas en sistema RNI	Enfermera Tens	20 minutos 15 minutos 10 minutos
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.	50% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS.		(N° de niñas/os entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al 4 mes de intervención/ N° total de niñas/os entre 6 a 10 años con 4° control realizado) x 100	Registro Programa Vida Sana – Obesidad	-Lista de espera en some de niños evaluados en controles de salud. -Evaluación nutricional de ingreso. -Control de ingreso y seguimiento.	- Evaluación de ingreso - Controles - Talleres	- Medico - Nutricionista - Kinesiólogo - Psicólogo	Ingreso: 30 min Controles: 20 min Talleres: 2 horas

niños de 6 a 10 años.		60% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su condición física.	(Nº de niños/as mayores de 6 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al 4 mes de intervención / Nº total de niñas/os entre 6 a 10 años con 4º control realizado) x 100	Registro Programa Vida Sana - Obesidad	-Evaluación de condición física. Test de 6 minutos de ingreso.	- Evaluación de ingreso de - Sesiones de actividad física	- Kinesiólogo - Profesor de Educación Física	Evaluacion:30 min Sesiones actividad física: 90 min (adultos) y 60 min (niños)
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco- dentarias.	90% de los niñas/os que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal.	(Nº de niñas/os de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ Nº de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses) x 100	Registro local REM A01 Sección B	Disponer tarjeta de salud bucal adosada a tarjeta Casi. Control y consulta con componente salud bucal.	Registro en tarjeta de salud bucal. Control de Salud Consulta	Enfermera Nutricionista	5 minutos
	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas/os de 2, 4 y 6 años.	100% de altas odontológicas de niñas/os de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	(Nº de niñas/os de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2 , 4 y 6 años con alta odontológica total) x 100	REM A09 Sección B o J	Educación al alta	Educación individual	Auxiliar de párvulo Odontólogo Tens odontología	10 minutos

Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.	Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A	Realizar controles a los 2 años, 2 años 6 meses, 3 años, 3 años y 4 meses, 3 años y 6 meses.	Control enfermera. Consulta nutricional. Control Tens	Nutricionista. Enfermera. Tens.	30 minutos 60 minutos
	Control de salud a niñas y niños de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud.	Aumentar en un 10% la cobertura de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Nº total de niños de 48 a 71 meses bajo control) x 100	REM A01 Sección B REM P2 Sección A	Realizar controles a los 4 años, 4 años 6 meses, 5 años, 5 años y 6 meses, 5 años y 11 meses.	Control enfermera. Consulta nutricional. Control Tens	Nutricionista. Enfermera. Tens.	30 minutos 60 minutos
	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años.	Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo).	(Nº de controles de salud de niños de 6 a 9 años / Nº total de niñas y niños de 6 a 9 años bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A	Realizar controles a los 6 años, 7 años, 8 años, 9 años.	Control enfermera. Consulta nutricional. Control Tens	Nutricionista. Enfermera. Tens.	30 minutos
	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses.	Aumentar la cobertura del control de salud de niñas y niños de 24 a 71 meses.	(Nº de niñas y niños de 24 a 72 meses bajo control inasistentes / Nº de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control) x 100	REM P2 Sección F y A REM A23 Sección M REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Rescate inasistentes Revisión de tarjeteros	Visita de domiciliaria de rescate y telefónica. Administración tarjetero.	Tens.	15 minutos. 240 minutos.

Contribuir a la disminución de morbilidad en menores de 1 año por IRA	Visitas Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave.	Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave.	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave / Nº total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) x 100	REM A23 Sección M REM P2 Sección D	Clasificar niños según score	Visita domiciliaria a niños con score moderado-grave	kinesiólogo	30 minutos
Contribuir a la disminución de la morbilidad por enfermedades respiratorias crónicas.	Visitas Domiciliarias integrales realizadas por kinesiólogo, a familias con niñas y niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	Aumentar en 30% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 10 años con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) / Nº total niñas y niños menores de 10 años bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales.	REM A23 Sección M REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Visita domiciliaria integral a los niños con score grave	Educación en domicilio	kinesiólogo	60 min
Disminuir la tasa de Mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Realizar visita en domicilio a Familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	100% de visitas Realizadas a familiares fallecidos de neumonía en domicilio.	(Nº de visitas Domiciliarias realizadas a casos de 0 a 9 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 0 a 9 años que fallecen en domicilio	REM 23 Sección M Informe DEIS SUJETOACAMBIO REM 2014	Visita domiciliaria con aplicación de pauta a familiares de niños fallecidos por neumonía	Aplicación de pauta en domicilio	kinesiólogo	60

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Disminuir brecha de derivación a confirmación diagnóstica de depresión a madres con screening positivo (Escala Edimburgo).	Ingreso a confirmación diagnóstica.	100% de madres con screening de depresión positivo a los 2 y a los 6 meses post parto derivadas a confirmación diagnóstica.	(Nº de mujeres con screening positivo derivadas a confirmación diagnóstica / Nº total de mujeres evaluadas) x 100	SIGGES	Derivación a medico	Consulta morbilidad medico	Medico	45 min
					Referir caso sospecha a SIGGES	Registro hoja derivación GES	Enfermera	5 min
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios bajo control.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	Aumentar en 10% la población bajo control infantil en el Programa IRA.	((Población infantil bajo control actual – Población infantil bajo control año anterior) / Población infantil bajo control año anterior) x 100	REM P3(2013) Sección A REM P3(2012) Sección A	Derivación a kinesiólogo Aplicación de score de riesgo en controles	Control kinesiólogo Consulta morbilidad	Kinesiólogo Medico	
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.	100% de niñas y niños bajo control en sala IRA con categorización de severidad.	(Nº de niñas y niños con categorización de severidad / Nº total de niñas y niños bajo control en sala IRA) x 100	REM P3 sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014				
	Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa IRA.	60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del Programa IRA.	(Nº de niñas y niños con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de niñas y niños que ingresan al Programa IRA) *100	REM A23 Sección N REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Aplicación de encuesta calidad de vida	Control kinésico de ingreso	Kinesiólogo	15 min

Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja.	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación medica por IRA Baja en menores de 5 años.	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación medica por IRA Baja.	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES	Mantener disponibilidad de horas kinésicas	Ingreso y control kinésico	Kinesiólogo	30 min
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 10 años.	≥40% de cobertura en altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 años, inscritos y validados.	(Nº de niñas/os de 2 años con alta odontológica total/ N° total de niñas/os de 2 años inscritos y validados) x 100	REM A09 Sección C	Derivar al 100% de los niños al dentista.	Control odontológico	Enfermera odontólogo	5 minutos 30 minutos
		≥40% de cobertura de Altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.	(Nº de niñas/os de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niñas/os de 4 años	REM A09 Sección C	Derivar al 100% de los niños al dentista.	Control odontológico	Enfermera odontólogo	5 minutos 30 minutos
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años.	≥100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de ceod a los 2 y 4 años de edad	(Nº de niñas/os de 2 y 4 años con registro de ceod / N° total de niñas/os de 2 y 4 años con ingreso odontológico) x 100	REM A09 Sección C	Revisar actividades de registro de ceod.	registro	odontólogo	5 minutos

Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años).	Atención odontológica Integral a niñas y niños de 6 años.	≥79% de cobertura en Altas odontológicas totales en niñas y niños de 6 años, inscritos y validados.	(Nº de niñas/os de 6 años Con alta odontológica total/ Nº total de niñas/os de 6 años inscritos y validados)x	REM A09 Sección C	Derivar al 100% de los niños al dentista.	Control odontológico	Enfermera odontólogo	5 minutos 30 minutos
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años.	≥100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de ceod a los 6 años de edad.	(Nº de niñas/os de 6 años con registro de ceod/ Nº total de niñas/os de 6 años con ingreso)x 100	REM A09 Sección C	Revisar actividades de registro de ceod.	registro	odontólogo	5 minutos
Detener el aumento de la Prevalencia de la Malnutrición por exceso (sobre peso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutrición a la niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	100% de cobertura niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso) x100	REM P2 Sección A	Derivación de niños con sobrepeso y obesos a consulta nutricional. Consulta nutricional mensual de obesidad recuperable y consulta psicólogo y terapia alternativa.	Consulta nutricional. Consulta psicológica. Taller por kinesiólogo. Terapia alternativa	Nutricionista. Psicólogo. Kinesiólogo. Fonoaudióloga.	30 minutos

Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividades de estimulación en el centro de salud en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	80 % de niñas y niños que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	(Nº de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100	REM A03 Sección C y B	Derivar a todos los niños con rezago en su primera evaluación en su desarrollo psicomotor a sala de estimulación del CESFAM o sala de estimulación itinerante	Intervenciones individuales Intervenciones grupales Talleres de estimulación temprana.	Kinesióloga Fonoaudióloga Educadora de párvulos	Evaluaciones: 45 min Intervenciones individuales: 30 min Intervenciones grupales: 1 hora Talleres de estimulación: 2 horas
		100 % de niñas/os con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidad desde estimulación del DSM.	(Nº de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera Evaluación desarrollo psicomotor) x 100	REM A03	Derivación e ingreso a sala de Estimulación del CESFAM o Sala de estimulación itinerante a todos los niños con riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor.	Intervenciones individuales Intervenciones grupales Talleres de estimulación temprana.	Kinesióloga Fonoaudióloga Educadora de párvulos	Evaluaciones: 45 min Intervenciones individuales: 30 min Intervenciones grupales: 1 hora Talleres de estimulación: 2 horas

	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.	90% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 Y 36 meses recuperadas(os)/ Nº total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8,18 y 36 meses)x 100	REM A03	Terapia en sala de estimulación del CESFAM o sala de estimulación itinerante según las necesidades del área descendida de cada uno de estos niños.	Intervenciones individuales Intervenciones grupales Talleres de estimulación temprana.	Kinesióloga Fonoaudióloga Educatora de párvulos	Evaluaciones: 45 min Intervenciones individuales: 30 min Intervenciones grupales: 1 hora Talleres de estimulación: 2 horas
		90 % de los niñas y Niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8,18 y 36 meses recuperadas(os)/ Nº total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8,18 y 36 meses)x 100	REM A03	Terapia en sala de estimulación del CESFAM o sala de estimulación itinerante según las necesidades del área descendida de cada uno de estos niños.	Intervenciones individuales Intervenciones grupales Talleres de estimulación temprana.	Kinesióloga Fonoaudióloga Educatora de párvulos	Evaluaciones: 45 min Intervenciones individuales: 30 min Intervenciones grupales: 1 hora Talleres de estimulación: 2 horas

	<p>Visita domiciliaria integral.</p>	<p>100% de niñas y niños menoresde5 años Diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos2 visitas domiciliarias integrales.</p>	<p>(Nº de visitas Domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menoresde5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100</p>	<p>REM A26 Sección A REM P2 Sección C</p>	<p>Disponer de RR.HH y movilización para realizar las visita a los niños detectados con riesgo o retraso en DPM</p>	<p>Visitas domiciliarias integrales</p>	<p>Enfermera Asistente social Fonoaudióloga Kinesióloga</p>	<p>Visita domiciliaria integral: 1 hora por visita</p>
	<p>Talle y actividades para el Fomento de seguridad en el apego.</p>	<p>El100%de diadas con apego inseguro (evitante o ambivalente) participan del taller de Nadie es Perfecto, en talleres de desarrollo socio emocional y juego en sala de estimulación; y en taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza.</p>	<p>(Nº de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan del taller de Auto cuidado: Estimulación y normas de crianza, Taller Nadie es Perfecto y/o de actividades en sala de estimulación/ Nº total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro)</p>	<p>REM P2 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>Incorporar a niños con apego inseguro a talleres</p>	<p>Talleres nep-apoyo a la crianza, estimulación</p>	<p>Enfermera Psicóloga Fonoaudióloga As.social Parvulario Kinesióloga nutricionista</p>	<p>60</p>

Salud de Adolescentes

El objetivo de la atención de adolescentes es favorecer su normal crecimiento y desarrollo, promover conductas protectoras y disminuir las conductas de riesgo para su salud, prevenir enfermedades y tratar sus problemas de salud, en un enfoque anticipatorio, de riesgo y participativo. Por otro lado durante esta atención se debe informar sobre las prestaciones disponibles, y facilitar su acceso a estas prestaciones en servicios amigables, oportunos, diferenciados, con personal capacitado en adolescencia, que respondan a sus necesidades de salud.

Estos Servicios deben facilitar la continuidad de la atención y orientar la toma de decisiones en favor de la salud y calidad de vida, en el marco de relaciones intergeneracional es positivas y cercanas para una integración social activa y con equidad de género. Desde el punto de vista sanitario, la salud adolescente debe ser abordada con enfoque de derechos, determinantes sociales de la salud, género, interculturalidad y de participación social, enfatizando el desarrollo de iniciativas intersectoriales que favorezca el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes en su entorno. Reconociendo en este período, enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, equitativas y solidarias. La atención de salud de adolescentes debe apoyar y favorecer el proceso de autonomía progresiva.

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Fortalecer el desarrollo de conductas antitabáquicas en adolescentes.	Ejecutar consejería breve antitabaco a todas las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente.	100% de las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente con consejería breve antitabaco.	(N° de consejerías breve antitabáquicas realizadas/N° total de consultas y controles respiratorios de salud del adolescente realizados) x 100	REM A19 Sección A REM A23 Sección C, D, E	Realizar consejería breve anti tabáquicas en consultas y controles respiratorios de salud del adolescente.	Consejería breve antitabáquica En consultas y controles respiratorios de salud del adolescente. Celebración día sin fumar.	Asistente social. Kinesiólogo	1500 1500
	Implementar actividades de promoción antitabáquica en establecimientos educativos y otros espacios.	100% de las actividades planificadas, realizadas.	(N° actividades de promoción antitabáquicas realizadas/N° total de actividades de promoción antitabáquica planificadas) x 100	REM A19 Sección B.1	Realizar consejerías anti tabáquicas y talleres a adolescentes de 5° básico en escuelas antes mencionadas. Realizar celebración del día sin fumar en escuelas antes mencionadas.	Consejerías anti tabáquicas a adolescentes de 5° básico. Talleres de promoción vida sin fumar en adolescentes de 5° básico. Celebración del día sin fumar en establecimientos educativos.	Enfermera Asistente social.	1500 1500
Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica.	≥ 15% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100	REM A09 Sección B.1	Realizar consejerías breve en tabaco en adolescentes de 12 años durante la atención odontológica	Consejería breve en tabaco a adolescentes de 12 años con atención odontológica.	Enfermera Asistente social	1500 1500

Fortalecer estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud.	Implementar Intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educacionales para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bullying o riesgo suicida.	10% de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección temprana de problemas y trastornos mentales, bullying y riesgo suicida.	(N° de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios /N° total de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud) x 100	REM A19 Sección B1 Registro SEREMI	Coordinación de talleres de trastornos nutricionales, bullying y riesgo suicida dirigida a profesores y apoderados de adolescentes de 5° básico de las escuelas antes mencionadas.	Talleres de trastornos nutricionales Talleres de bullying. Talleres de Pesquiza de riesgo suicida.	Nutricionista Sicólogo	1500 1500
Fortalecer las habilidades Parentales y las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Educación grupal de Habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 14 años.	100% de talleres Planificados, realizados.	(N° talleres realizados / N° talleres planificados) x 100	REM A27 Sección A y B Programa Chile Crece Contigo SUJETO A CAMBIO REM 2014	Coordinación de talleres de habilidades parentales , redes familiares y autocuidado para padres, profesores y adolescentes de 5° año básico en escuelas de Copihue, Los Robles, Romeral, Ajiyal , Los Cuarteles, Las Camelias, Iris Retamal Retamal.	Reuniones de coordinación en escuelas Talleres de habilidades parentales, redes familiares y autocuidado para padres profesores y adolescentes de 5° básico de las escuelas antes mencionadas.	Horas matrona Horas enfermera Horas médico Horas nutricionista Horas asistente social Horas sicólogo Horas dentista Horas kinesiólogo	5040 840 840 840 840 840 840 840

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	100% de controles planificados, realizados.	(N° de controles realizados, según sexo/ N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01 SUJETO A CAMBIO REM 2014	Coordinación de controles de salud integral del adolescente de 10 a 14 años de 5° básico de las escuelas antes mencionadas.	Controles de salud integral del adolescente de 10 a 14 años	Matrona Medico Enfermera	4500 4500 4500
		50% de los controles planificados se realizan en establecimientos educacionales.	(N° de controles realizados en establecimientos educacionales, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01 SUJETO A CAMBIO REM 2014	Coordinación de control de salud integral "joven sano" a adolescentes de 15 a 19 años en liceos de Retiro. Los Cuarteles, Las Camelias.	Controles de salud integral "joven sano" de 15 a 19 años	Matrona Medico Enfermera	4500 4500 4500
Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF.	Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.	100 % de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.	(N° de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /N° total de adolescentes con situación de violencia) x 100	REM A05 Sección K	Coordinación de talleres de abuso sexual, maltrato o VIF dirigidos a profesores y apoderados y adolescentes de 5° básico de las escuelas antes mencionadas.	Talleres de abuso sexual Talleres de maltrato o VIF	Sicólogo Asistente social OPD PDI Carabineros	1500 1500 1500
Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	>90% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista.	(N° de adolescentes, según sexo, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia /N° total de controles de Salud integral "Joven Sano" Realizados) x 100	SIGGES Registro Nacional de Cáncer Infantil				

Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años.	100% de altas odontológicas a los 12 años han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	(N° de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / N° total de adolescentes de 12 años con alta odontológica) x 100	REM A09 Sección B o J	Realizar educación individual de técnica de cepillado en adolescentes de 12 años en escuelas antes mencionadas.	Educación individual de técnica de cepillado.	Tens Dental Dentista	1240 620
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	Aumentar en un 10% línea base 2013 el número de consejerías en Salud Sexual Reproductiva otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.	(N° Consejerías en SSR realizadas / N° Consejerías línea base 2013) x 100	REM A19	Realizar consejería en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a adolescentes de 5° básico de las escuelas antes mencionadas Realizar consejería en SSR en forma espontánea a adolescentes consultantes en Cesfam, Postas y Cecosf.	Consejerías en SSR con enfoque de género en escuelas. Consejerías en SSR a adolescentes consultantes.	Matrona Matrona	1500 750
		100% de adolescentes pesquisados con conducta sexual de riesgo en control de salud integral (CJS) reciben consejería.	(N° Consejerías en SSR realizadas / N° Consejerías línea base 2013) x 100	REM A19	Realizar consejería para regulación de fertilidad en adolescentes mujeres y hombres que lo solicitan	Consejerías en regulación de fertilidad a adolescentes hombres y mujeres.	Matrona	1500

	Consejería para la regulación de fertilidad en adolescentes mujeres y hombres que lo solicitan.	100% de consejerías en regulación de fertilidad realizadas según demanda espontánea, a adolescentes mujeres y hombres que ingresan a regulación de fertilidad.	(N° de consejerías en regulación de fertilidad a adolescentes por sexo que ingresan a regulación de fecundidad / N° total de adolescentes que ingresan a regulación de fecundidad) x 100	REM A19	Realizar consejerías en regulación de fertilidad a adolescentes que consultan en forma espontánea.	Consejerías en regulación de fertilidad a adolescentes consultantes espontáneos	Matrona	1500
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa.	Control de regulación de fertilidad.	100% de los adolescentes hombres y mujeres que solicitan un método anticonceptivo, ingresan a control de regulación de fertilidad.	(N° Adolescentes bajo control con método anticonceptivo, según sexo/ N° total de población bajo control de regulación de fertilidad) x 100	REM P1 Sección A	Realizar control de regulación de fertilidad de adolescentes con actividad sexual. Disponer de un lugar adecuado para la atención individual de adolescentes Disponer de un stock adecuado de preservativos.	Control de regulación de fertilidad de adolescentes con actividad sexual Atención de adolescentes en un lugar diferenciado. Entrega de preservativos a adolescentes.	Matrona Matrona	1500 1500
	Consejería en salud sexual y reproductiva.	100% de adolescentes planificados, según sexo reciben consejería en salud sexual reproductiva.	(N° de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes, según sexo / N° total consejerías en salud sexual y reproductiva planificadas) x 100	REM A19 Sección A.1	Realizar actividades de prevención de embarazo adolescente y métodos anticonceptivos Realizar consejerías en SSR	Talleres de sexualidad y afectividad. Talleres de regulación de fecundidad y métodos anticonceptivos. Consejerías en SSR.	Matrona Matrona	1500 1500
Disminuir el número de embarazos adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y 15 a 19 años).	Consejería en regulación de fertilidad.	Aumentar en un 10% línea base 2013 el número de consejerías en regulación de fertilidad otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.	(N° de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes, según sexo / N° consejerías línea base 2013) x 100	REM A19 Sección A.1	Realizar consejerías en regulación de fertilidad Realizar consulta de adolescentes por demanda espontánea	Consejerías en regulación de fertilidad Consulta espontánea de regulación de fertilidad.	Matrona	1500

Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumentar en un 10% línea base 2012 el número de consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.	(N° Consejerías en SSR realizadas /N° Consejerías línea base 2013) x 100	REM A19 Sección A.1	Realizar talleres de sexualidad y afectividad dirigidos a padres, profesores y adolescentes de 5°básico de las escuelas antes mencionadas. Realizar consejerías en prevención VIH /SIDA e ITS.	Talleres de sexualidad y afectividad para padres, profesores y adolescentes.	Matrona	1500	
						Consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS.	Matrona	1500	
Aumentar el número de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) con foco en prevención de segundo embarazo en adolescentes gestantes, adolescente puérpera y/o madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial.	100% Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.	(N° de Visita Domiciliaria Integral (VDI) realizadas, en adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial / N° Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas a adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial) x 100	REM A26 REM A04 REM P01 Programa Chile Crece Contigo SUJETO A CAMBIO REM 2014	Realizar visita domiciliaria integral para madres adolescentes con o sin riesgo sicosocial. Realizar talleres educativos a madres adolescentes. Consejerías de planificación familiar dirigidas a madres adolescentes.	Visita domiciliaria integral.	Matrona	1500	
						Talleres educativos.	Matrona	1500	
						Consejerías de planificación familiar.	Matrona	1500	

	Control de regulación de fertilidad (Entrega de métodos anticonceptivos y de anticoncepción de emergencia).	100% de adolescentes madres en control de fertilidad.	(N° de adolescentes madres en control de regulación de fertilidad/Población bajo control en regulación de fecundidad) x 100	REM A26 REM A04 REM P01 SUJETO A CAMBIO REM 2014	Realizar control de regulación de fertilidad a madres adolescentes.	Control de planificación familiar.	Matrona	1500	
Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	(N° de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) x 100	REM P01 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014	Realizar consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso Realizar seguimiento a gestantes con malnutrición por exceso Realizar apoyo en estilos de vida saludable.	Consulta nutricional. Monitoreo mensual Taller estilos de vida saludable	Nutricionista Nutricionista Nutricionista	1500 1500 1500	
	Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.	(Número de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100	REM P01 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014	Realizar consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit Realizar seguimiento a gestantes con malnutrición por déficit Realizar apoyo en estilos de vida saludable.	Consulta nutricional. Monitoreo mensual Taller estilos de vida saludable	Nutricionista Nutricionista Nutricionista	1500 1500 1500	
Disminuir la incidencia de adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso. (*En los Servicios	Seguimiento en adolescentes con malnutrición por exceso, con educación alimentaria- nutricional y actividad física.	50% de adolescentes mejoran su Z score, al 4° control.	(N° de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al 4° control/ N° total de adolescentes con 4° control realizado) x 100	Página Web "Vida Sana"					

de Salud y comunas en que esté implementado programa Vida Sana		60% de los adolescentes que mejora condición física al 4° control.	(N° de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran condición física al 4° control/ N° total de adolescentes con 4° control realizado) x 100	Página Web "Vida Sana"				
Detección precoz de adolescentes en riesgo suicida.	Aplicación de screening de ideación suicida (Okasha) a adolescentes que recibe Control de Salud Integral "CJS".	100% de los adolescentes que reciben control de salud integral cuentan con escala de suicidalidad de Okasha aplicada.	(N° de adolescente con escala Okasha aplicada/N° de adolescentes con control de salud integral realizado) x 100	SUJETO A CAMBIO REM 2014	Realizar screening de ideación suicida en los controles de salud integral del adolescente Realizar derivación oportuna de adolescentes pesquisados en otras consultas y controles	Aplicación de escala Okasha	Sicólogo Matrona	1500 1500
Detección precoz de Problemas y trastornos mentales en adolescentes.	Detección de depresión en Adolescentes.	100% de adolescentes Diagnosticados son ingresados programa de depresión.	(N° de adolescentes que ingresan al programa de depresión / N° l de adolescentes diagnosticados con depresión) x 100	SIGGES	Realizar detección precoz de depresión en los controles de salud integral del adolescente Realizar derivación oportuna de adolescentes pesquisados en otras consultas y controles.	Aplicación de escala Edimburgo	Sicólogo	1500

	Consulta médica para Diagnóstico de depresión.	100% de adolescentes con sospecha de Depresión reciben consulta médica para diagnóstico.	(Nº de adolescentes con ptje positivo cuestionario de Depresión que reciben consulta médica para diagnóstico / Nº Total de Adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión) x 100	SUJETO A CAMBIO REM 2014	Realizar diagnóstico de depresión	Consulta médica	Médica	1500
	Intervención Preventiva (o Intervención Breve).	80% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva (o intervención breve).	(Nº de adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / Nº total de adolescentes inscritos) x 100	REM A03 Sección J (AUDIT 8-15) Programa Vida Sana Alcohol	Realizar intervención breve en adolescentes con consumo de riesgo de alcohol.	Aplicación de Audit Intervención breve	Sicólogo Sicólogo	1500 1500

Tratamiento

Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador					
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Tratamiento integral según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas.	90% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia reciben tratamiento en GES.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES / N° total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES Población validada	Inscrita	Realizar VDI a adolescentes que se encuentran en tratamiento. Intervención psicosocial grupal de prevención enfocados en el consumo perjudicial o dependencia de OH y/o drogas.	Intervención psicosocial grupal con padres y apoderados en colegios de la comuna. Talleres con adolescentes de los colegios de la comuna. Consulta psicológico. Consulta social.	Psicóloga. Asistente social.	0.5
	Tratamiento integral según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas.	100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES / N° total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES Población validada	Inscrita	Coordinación de consejerías a alumnos de 7° y 8° básico. Educación a padres y apoderados para pesquisar consumo de alcohol y drogas.	Reunión de coordinación con escuelas. Intervención psicosocial padres y apoderados en establecimiento educacional.	Psicóloga. Asistente social.	
	Tratamiento integral en Atención Primaria o derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes con diagnóstico de depresión.	100% de adolescentes con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM REM P6		06	Realizar intervención comunitaria con profesionales y padres en establecimientos educacionales basados en la prevención de depresión. Talleres con adolescentes basados en actividad de prevención de problemas de salud mental.	Consulta psicológica. Talleres de depresión.	Psicóloga. Asistente social.

		100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad / N° de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM REM P6 06	VDI adolescentes diagnosticados. Intervención psicosocial de población bajo control.	Consejerías. Educaciones. Consulta psicológica.	Psicóloga. Asistente social.	
Visita Domiciliaria Integral y/o Consejería Familiar para completar Evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental.	30% de familias de adolescentes en tratamiento por depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(N° de adolescentes en tratamiento por depresión o por consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas cuyas familias reciben VDI y/o Consejería familiar/N° total de adolescentes en tratamiento por depresión o por consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas) x 100	SIGGES	Coordinar VDI a población bajo control. Estudios de familias. Educaciones grupales a padres.	Reuniones para coordinar estudios de familia sectorizados. Consejerías a nivel familiar e individual.	Psicóloga. Asistente social.		
Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ.	100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra.	(N° adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ N° Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM REM P6 A06	Coordinar talleres de prevención y programación de problemas. Talleres con profesores y padres de establecimientos de educación	Realizer talleres de prevencion y promocion con padres y profesores	Psicóloga. Asistente social.		

	Aumentar la cobertura de atención a adolescentes con diagnóstico de depresión.	Aumentar el número de adolescentes en tratamiento por depresión.	(Nº de adolescentes que ingresan a tratamiento por depresión / Nº total de adolescentes con diagnóstico de depresión) x 100	SIGGES	Educar a padres en problemas de salud mental Pesquisar adolescentes con depresión.	Consulta psicológica. VDT. Talleres depresión.	Psicóloga. Asistente social.	
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años.	≥ 74% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100	REM A09 Sección C	Ingresar a atención odontológica al 85% de los adolescentes de 12 años inscritos validados de la comuna de Retiro, Ingresando a todos los adolescentes de los colegios de la comuna de Retiro de 12 años. Educar a los adolescentes de 12 años en salud bucal para mantener y/o mejorar su salud bucal. Tener la cantidad de hrs. De odontólogos disponibles para realizar las actividades requeridas en el programa.	Realizar ingreso a la atención odontológica integral a los adolescentes de 12 años de la comuna de Retiro. Realizar actividades de operatoria dental a los adolescentes que lo requieran. Enseñar técnica de cepillado y realizar educación en salud bucal durante la atención dental ya sea por odontólogo o técnico asistente dental. Realizar educaciones de salud bucal en los establecimientos educacionales de los adolescentes de 12 años.		
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años.	≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COPD a los 12 años de edad.	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COPD / Nº total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	REM A09 Sección C	Realizar evaluación de la salud bucal de los adolescentes ingresados a través del programa odontológico.	Realizar ficha odontológica a todos los adolescentes ingresados al programa odontológico.		

Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de Asma Bronquial.	Aumentar en 10% la población bajo control adolescente en el Programa IRA.	(Población adolescente bajo control actual – Población adolescente bajo control año anterior / Población adolescente bajo control año anterior) x 100	REM P3 (2013-2012) REM P3 2012 Sección A				
Mejorar la calidad de atención en población adolescente crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	Categorizar por severidad a adolescentes crónicos respiratorios.	100% de adolescentes bajo control en sala IRA con categorización de severidad por capacidad funcional.	(N° de adolescentes con categorización de severidad / N° total de adolescentes bajo control en sala IRA) x100	REM P3 Sección E REM A23 Sección A				
	Evaluar calidad de vida de adolescentes al ingreso del Programa IRA.	60% de adolescentes cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del Programa IRA.	(N° de adolescentes con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / N° de adolescentes que ingresan al Programa IRA) x 100	REM A23 Sección M REM P3 Sección B				

Salud de las Personas Adultas

Los principales problemas de salud en nuestro país son las enfermedades no transmisibles, cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, respiratorias crónicas, osteomusculares, dentales y mentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ,80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital.

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. La relación de estos 2 grupos es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación. Existe una interrelación entre la presencia de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías.

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior.	(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas / N° total de personas adultas inscritos) x100	REM A19 Sección A Población inscrita validada	Acercarse a los grupos organizados de la comunidad, sedes sociales, lugares de trabajo	Realizar consejerías individuales Talleres educativos	Nutricionista Kinesiólogos Enfermera Tens psicóloga	30 minutos
Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos.	Realizar consejerías breves con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	100% de las consultas y controles respiratorios de adultos de 20 a 64 años con consejería breve antitabaco.	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas / N° total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100	REM A23 Sección L1, A, B,C,D y E SUJETO A CAMBIO REM 2014	Capacitar al personal de salud que realiza control y consejería. Diseñar hoja de registro de consejería breve	Consejería breve por técnico paramédico	Medico kinesiólogo Tens	5 minutos

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA respecto a lo realizado el año anterior.	(N° de EMPA realizados a población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria) x 100.	REM A02 Sección B Población beneficiaria	En extensión horaria de urgencia. Visitas programadas a las empresas, clubes deportivos, feria. Difusión comunicacional oral y	Actividad espontanea en consultas de morbilidad.	Enfermera. Nutricionista Matrona. Tens	15 minutos

<p>Medicina Preventivo del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.</p>					<p>escrita.</p>			
<p>Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.</p>	<p>Incrementar en un 15% la cobertura de EMP en hombres en edad productiva respecto a lo realizado el año anterior.</p>	<p>(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina en edad productiva / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100</p>	<p>REM A02 Sección B Población masculina beneficiaria en edad productiva</p>	<p>En extensión horaria de urgencia. Visitas programadas a las empresas, clubes deportivos, feria. Difusión comunicacional oral y escrita.</p>	<p>Actividad espontanea en consultas de morbilidad.</p>	<p>Enfermera. Nutricionista Matrona. Tens</p>	<p>15 minutos</p>	
<p>Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>Aumentar en un 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.</p>	<p>(Nº de hombres controlados en el PSCV / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100</p>	<p>REM P4 Sección A Población adulta masculina beneficiaria</p>	<p>Seguimiento de los pacientes que aparecen con exámenes de EMPA alterados (glicemia, colesterol, presión arterial) Individualizar la población adulta de 20 a 64 años en el percapita. Implementación de tarjeteros de EMPA</p>	<p>Revisión de tarjetero. Visita domiciliaria de rescate. Derivación a medico</p>	<p>Enfermera Tens medico</p>	<p>20 minutos</p>

Promover conductas sexuales seguras en personas adultas.	Consejería en del Prevención del VIH/SIDA e ITS.	90% de las personas que asisten a consejería en prevención del VIH/SIDA/ITS reciben preservativos.	(N° de personas adultas que reciben preservativos en el marco de la consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS / N° de personas adultas que asisten a consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100	REM A19a Sección A1 SUJETO A CAMBIO REM 2014				
Promover Seguro.	Sexo Entrega de preservativos.	Entrega de preservativos al 100% de las personas que ejercen el comercio sexual que asisten a control en prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° de personas que ejercen el comercio sexual que reciben preservativos en el marco de la Prevención del VIH/SIDA e ITS / N° de personas que ejercen el comercio sexual en control de Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100	REM A19 Sección C REM P11 Sección C SUJETO A CAMBIO REM 2014				
	Control de Salud en personas que ejercen comercio sexual.	70% de las personas que ejercen comercio sexual se les realizó control.	(N° de controles de salud sexual realizados a personas que ejercen comercio sexual / N° total de personas que ejercen comercio	REM A01 Sección C REM A05 Sección R SUJETO A CAMBIO REM 2014				

			sexual en control) x100					
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 20 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular.	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 20 y más años bajo control, está en tratamiento Con AAS y estatinas.	(N° de personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas bajo control con antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100.	REM P4 Sección B y A	Base de datos con pacientes de infarto y accidente cardiovascular. Disponibilidad de medicamentos. Difundir norma técnica. Registro en tarjetón y ficha clínica. Difundir riesgos.	Control de cardiovascular. Despacho y monitoreo de receta. Educación de los riesgos por abono de medicamento.	Medico Enfermera Nutricionista Tens.	
Aumentar el N° de personas Hipertensas compensadas con riesgo CV alto y muy alto.	Control de Salud Cardiovascular.	Aumentar en un 5% respecto al año anterior la cobertura de personas con Hipertensión compensada bajo control.	(N° de personas hipertensas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100	REM P4 Sección B y A	Identificar a los pacientes cardiovasculares con riesgo alto y muy alto. Control intensivo hasta lograr la compensación. Implementación de exámenes de rutina, MAPA y otros específicos.	Control cardiovascular	Medico Enfermera Nutricionista Tens	

	Control de Salud Cardiovascular.	Aumentar 3% respecto al año anterior la Cobertura de personas con diabetes compensadas bajo control.	(Nº de personas diabéticas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / Nº total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100	REM P4 Sección B y A	Ídem anterior			
Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta. Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención en adultos de 20 a 45 años.	Control de Salud Cardiovascular.	Establecer línea base de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta.	(Nº de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ Nº total de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM) x 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios	Coordinación con Unidad SOME APS y SOME Hospital. Reunión de coordinación.	Priorizar atención con medico	Medico	
	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años.	50% de los adultos entre 20 a 45 años baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(Nº de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / Total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100	Registro Programa Vida Sana – Obesidad				
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las	Control de salud cardiovascular: Realizar tamizaje de la ERC en las personas	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV,	REM P4 Sección B y A	Disponer de horas médicas para el 100% de los pacientes del programa cardiovascular a lo menos	Realizar control cardiovascular con aplicación de pauta	Medico	30 minutos

personas en riesgo.	hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	según etapa de enfermedad renal crónica.	clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV al corte) x 100		una vez al año. Disponibilidad de exámenes: creatinina, albumina, uremia y potasio. Implementar en base de datos. Registro en tarjetón.			
Aumentar cobertura de personas entre 20 y 64 años Con hipertensión arterial.	Detección de personas hipertensas a través del EMP En consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas Adultas con hipertensión respecto al año anterior.	(N° de personas adultas con hipertensión, bajo control / N° total personas adultas hipertensas esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección A Población estimada según Prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%)	Difundir examen de EMPA. Pesquisa activa Coordinación para la aplicación de EMPA en empresas y otros	Interpretación de EMPA. Derivación a medico con control seriado de PA positivo	Tens Enfermera Medico	25 minutos.
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2 respecto al año anterior.	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / N° total de personas adultas con diabetes tipo 2 esperados	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)	Disponer cintas de glicemias Difusión del EMP a nivel CESFAM y comunal	EMP	Enfermera Tens matrona	20 minutos

Mejorar la compensación de personas de 20 a 64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto.	Control de Salud.	Aumentar en un 15% las personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto con colesterol LDL<100mg/dl.	(Nº personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto con presión arterial <140/90 mmHg colesterol LDL <100mg/dl / Nº total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100	REM P4 Sección B y A	Disponer de fármacos Disponer horas medicas Identificación de pacientes en base de datos	Control salud Taller a personas con riesgo cardiovascular alto y muy alto	Medico Nutricionista Tens	30 minutos C.Salud 60 minutos taller
Disminuir la incidencia de Amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de Ulceración de los pies en la persona con diabetes, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les realiza examen de los pies, clasificación del riesgo de ulceración e intervención educativa correspondiente.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P4 Sección C y A	Disponer horas de enfermera Revisar atención de diabéticos por enfermera para evaluación del pie	Aplicación de pauta de riego de ulceración de pie diabético	Enfermera	15 minutos

		100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P4 Sección C	Hora de enfermera Disponer de insumos de curación avanzada	Aplicación de pauta de riesgo de ulceración de pie diabético	Enfermera	15 minutos
Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten Síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Examen de baciloscopia en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente Por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Baciloscopia en el 100% de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	(Nº de baciloscopia de diagnóstico realizadas personas 15 a 64 años / Nº total de consultas de morbilidad) x 100	REM A10 Sección A REM A04 Sección A	Difusión sobre solicitud del examen al personal de salud a pacientes	baciloscopia	Tens Enfermera nutricionista	5 minutos
			(Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de 15 a 64 años / Nº total de controles de salud) x 100	REM A10 Sección A REM A01 Sección B	Difusión de publicidad Disponer de frascos de baciloscopia en servicio de urgencia rural SUR, clínica y postas. Elaborar hoja de traslado de muestras.	baciloscopia	Kinesiólogo Medico	5 minutos

<p>Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológicos.</p>	<p>Consejería post test para examen de detección de VIH/SIDA.</p>	<p>100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería post test.</p>	<p>(Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años / Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100</p>	<p>REM A19 Sección A.2 REM A11 Sección C1 y C2</p>	<p>Difusión oirs y sala de espera</p>	<p>Consejería VIH</p>	<p>Matrona</p>	<p>60 minutos</p>
<p>Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.</p>	<p>Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.</p>	<p>Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas con respecto al año anterior.</p>	<p>(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas / Nº total de consejería en actividades de promoción y prevención) x100</p>	<p>REM A19 Sección A1 SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>Difusión de publicidad y otros.</p>	<p>Consejería prevención VIH/SIDA</p>	<p>matrona</p>	<p>30 Minutos</p>

<p>Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.</p>	<p>Visita domiciliaria de profesional a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.</p>	<p>Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.</p>	<p>(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes de 20 a 64 años con enfermedad respiratoria crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) / Nº total de pacientes de 20 a 64 años con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) bajo control) x 100</p>	<p>REM 23 Sección M REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>Disponibilidad de horas para visitas domiciliarias por kinesiólogo. Identificar a pacientes severos.</p>	<p>Visita domiciliaria</p>	<p>Kinesiólogo</p>	<p>60 minutos</p>
<p>Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.</p>	<p>Realizar visita en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.</p>	<p>50% de visitas realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.</p>	<p>(Nº de visitas domiciliarias realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100</p>	<p>REM 23 Sección M Informe DEIS SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>Disponibilidad de horas de kinesiólogo. Identificación de pacientes muertos por ira</p>	<p>Visita domiciliaria</p>	<p>Kinesiólogo</p>	<p>60 minutos</p>

Aumentar la detección y prevenir el consumo de riesgo de alcohol en adultos.	Aplicación de AUDIT en Examen de Medicina Preventiva (EMP)	10% de las personas de 20 a 64 años se aplica instrumento AUDIT	(Nº de personas de 20 a 64 años con EMP realizado que se les aplica AUDIT / Nº total de personas de 20 a 64 años inscritos con EMP realizado) x 100	REM A03, Sección J Población de 20 a 64 años SUJETO A CAMBIO REM 2014	Capacitar al personal de salud Difundir información sobre riesgo.	Aplicar AUDIT	Enfermera Asistente social Psicóloga Matrona	10 minutos
	Intervención preventiva (o intervención breve).	80% de los adultos con detección de consumo de riesgo (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva.	(Nº de adultos inscritos con consumo de riesgo (AUDIT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / Nº total de adultos inscritos) x 100	REM A03, Sección J Población de 20 a 64 años SUJETO A CAMBIO REM 2014	Capacitar al personal de salud Difundir información sobre riesgo.	Aplicar AUDIT	Enfermera Asistente social Psicóloga Matrona	10 minutos

<p>Mejorar y mantener la salud bucal del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años).</p>	<p>Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adultos.</p>	<p>50% de cobertura en altas odontológicas de adultos de 60 años. 80% de altas odontológicas de adultos de 60 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.</p>	<p>(Nº de adultos de 60 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ Nº total de embarazadas con alta odontológica total) x 100</p>	<p>REM A09 Sección B o J</p>	<p>Invitar a la comunidad adulta de 60 años a través del programa del adulto del Departamento de salud de Retiro a ingresar al programa odontológico integral. Contar con las hrs de odontólogos para realizar las actividades requeridas en el programa. Educar a los adultos de 60 años en técnicas de cepillado y en mantención de salud bucal.</p>	<p>Realizar ingreso al 50% de los adultos de la comuna de Retiro a atención odontológica integral. Realizar actividades de operatoria dental a todos los pacientes ingresados que lo requieran. Realizar prótesis dentales a todos los pacientes que lo requieran. Realizar prestaciones de profilaxis y/o periodoncia a todos los pacientes ingresados al programa de salud bucal. Realizar técnica de cepillado y educaciones en salud bucal a los pacientes durante la atención dental ya sea por odontólogo o asistente dental.</p>		
--	--	---	---	------------------------------	--	---	--	--

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador					
Identificar a las personas no diabéticas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto o muy alto para intensificar su tratamiento.	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.	Aumentar en un 10% las personas "no diabéticas" de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto bajo control en PSCV con colesterol LDL<100mg/dl.	(Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos de riesgo CV alto y muy alto bajo control en PSCV con colesterol LDL<100mg/dl Col. LDL < 100 mg/dl en el último control / Nº total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV) x 100	REM P4 Sección B y A	Crear base de datos con bajo control según diagnóstico y riesgo cardiovascular. Disponibilidad de fármacos. Disponibilidad de horas médicas.	Control de salud cardiovascular	Medico Nutricionista	30 minutos	
Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH.	Examen de baciloscopia.	100% de adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.	(Nº de BK de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años / Nº total de consultas médicas por patologías respiratorias y/o VIH) x 100	REM A10 Sección A REM A04 Sección A	Difundir información sobre solicitud sobre baciloscopia personal médico y de SUR	Solicitar examen de baciloscopia	Medico	10 minutos	

Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE.	Incrementar con respecto a la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años.	10% año	(N° de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ N° total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem P12 Sección C Población de mujeres de 50 a 54 años				
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.		(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años				
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 64 años en el Programa ERA. (Asma, EPOC y otras respiratorias crónicas).	10%	((Población adulta de 20 a 64 años bajo control actual – Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) x 100	REM P3(2013-2012) REM P3 2012 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Capacitación al personal de salud en patologías crónicas. Derivación de pacientes a programa ERA. Derivación a los usuarios fumadores para evaluación. Disponibilidad de horas medicas de kinesiólogo y médico.	Control salud ERA.	Medico Kinesiólogo	30 minutos
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.	100% de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.		(N° de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / N° total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Disponibilidad de horas de Espirometria, horas de médicos y kinesiólogos.	Control de salud de programa ERA. Toma de Espirometria.	Kinesiólogo Medico	30 minutos control 60 minutos Espirometria.

	Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa ERA	60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA	(N° de adultos de 20 a 64 años con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / N° de adultos de 20 a 64 años ingresados) x 100	REM A23 Sección N REM P3 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014	Capacitar a personal kinesiólogo o medico en aplicación de CAT u otra encuesta de calidad de vida por partes del SSmaule.	Aplicar encuesta	Kinesiólogo Medico	30 minutos.
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años).	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	(N° de adultos de 60 años con Altas odontológicas totales / Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100	REM A09 Sección C Población de 60 años inscritos validados				
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	(N° de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales / N° total de personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100	REM A05 Población de 20 a 64 años inscritas	179 ingresos Salud Mental			

<p>Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.</p>	<p>Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.</p>	<p>Nº de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave / Nº personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100</p>	<p>SIGGES Población de 20 a 64 años inscritas</p>	<p>78 Ingresos por depresión</p>			
<p>Visita Domiciliaria Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda.</p>	<p>30% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.</p>	<p>(Nº de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / Nº total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100</p>	<p>SIGGES REM P6 Sección A</p>	<p>Definir población bajo control. Citación a medico con acompañante para consejería.</p>	<p>Tens revisa ficha. Consejería familiar</p>	<p>Administrativo Tens Psicólogo medico</p>	<p>15 15 30 30</p>
<p>Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).</p>	<p>Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol</p>	<p>(Nº de personas de 20 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia (AUDIT de 16 puntos o más) /</p>	<p>REM A03 Sección J Población de 20 a 64 años inscrita</p>	<p>Derivación a psicosocial con más de 16 puntos en AUDIT de EMPA</p>	<p>Educación de consumo OH</p>	<p>Psicólogo</p>	<p>60</p>

		(AUDIT de 16 puntos o más).	N° total de personas de 20 a 64 años inscritas) x 100					
	Consultoría de Especialidad.	Consultoría al equipo de APS en el 10% de las personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales.	(N° de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales que son incluidas en las consultorías de especialidad / N° total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales) x 100	REM A06 Sección A2 REM P6 Sección A				

Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	(N° de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado / N° de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección E y A	Identificar a los pacientes con criterios de inclusión. Capacitación del personal kinesiólogo por parte del SSmaule. Disponibilidad de horas de kinesiólogo y médico.	Realizar pauta de trabajo en partes con EPOC. Control de salud por médico. Control de signos vitales por TENS.	Medico Kinesiólogo Enfermera Tens	60 minutos 15 minutos Tens

Salud de la Mujer y Recién Nacidos

La mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por lo cual el énfasis en las acciones de salud debe centrarse en la promoción, la prevención y la integralidad, para dar debida respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital. La atención integral de salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

La salud de las madres y los recién nacidos están intrínsecamente relacionadas, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares. Entre estas, está el control preconcepcional (cobertura de 1,7% en mujeres del sistema público), la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado (99,8%), el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención postnatal, la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud. (DEIS2009)

También requiere la aplicación de enfoque del curso de vida basado en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud.

La APS se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo. (Committee on the Future Health Care Work force for Older Americans, 2008)

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes en control participan en taller para gestantes.	(N° de gestantes que ingresan a talleres grupales / N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A27	Programación mensual talleres. Asignación de horas exclusivas para talleres. Difusión de la importancia de los talleres a través de la OIRS	Elaboración de los talleres. Preparación de material para talleres. Ejecución de 4 sesiones de talleres programados	Hrs TENS maternal Hrs Matrona Hrs Nutricionista Hrs kinesióloga Hrs A. Social y Psicóloga	333 hrs /año//1.513hrs/día 333 hrs /año//1.513hrs/día 83 hrs /año//0.377hrs/día 83 hrs /año//0.377hrs/día 83hrs /año//0.377hrs/día
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100	REM A01	Difundir a través de la OIRS La importancia que tiene el apego para el futuro R. Nacido y su familia. Difusión a través de videos en la sala de espera	Realización del control prenatal en compañía de sus parejas u otra significativa para la mujer gestante.	Hrs TENS Hrs Matrona	52 hrs /año //0.236 hrs/día 104 hrs / año// 0.47hrs/día
Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual.	Control de Salud Sexual	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	(N° de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ N° total de personas solicitan control de salud sexual en el período) x 100	Registro local REM P11 Censo semestral SUJETO A CAMBIO REM 2014	Difusión a través de dípticos En la OIRS y videos en las salas de espera, respecto a la importancia de prevenir enfermedades respiratorias.	Consejería breve del tabaco	Hrs Odontóloga	20 hrs /año -0.090 hrs/día

Promover la asistencia a Control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual.	Control de Salud Sexual	70% de las personas Ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	(N° de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ N° total de personas solicitan control de salud sexual en el período) x 100	Registro local REM P11 Censo semestral SUJETO A CAMBIO REM 2014	Programa educativo en Prevención de ITS Y Sida	Talleres de Prevención ITS Y Sida	Hrs TENS Hrs Matrona	132 HRS AÑO// 0.60 hrs/día 132 hrs/año// 0.60 hrs/día
--	-------------------------	---	--	--	--	-----------------------------------	-------------------------	--

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	6 % de las mujeres en edad fértil.	(N° de controles preconceptionales / N° total de mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM A01 Población inscrita y validada	Difusión mediante dípticos respecto a la importancia que tiene este control para un futuro embarazo	Control Preconcepcional	Hrs Matronas	2.069 hrs /año// 0.009hrs/día
Detectar precozmente embarazadas con factores de riesgo biomédico.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	(N° de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico) x 100	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)	Coordinación permanente y expedita con el ARO Parral. Disponer hrs asignadas en el ARO Parral para las gestantes de Retiro	Control Prenatal	Hrs Matrona	39 hrs/año//.0177 hrs /día

Detectar precozmente factores de riesgo de parto prematuro.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario.	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100	REM A05 de control Población gestantes bajo (prevalencia de ARO)	Coordinación permanente y expedita con el ARO Parral. Disponer hrs asignadas en el ARO Parral para las gestantes de Retiro	Control Prenatal	Hrs Matrona	39 hrs/año//.0177 hrs /dia
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso o segundo control prenatal.	100% de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(N° de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A03	Difusión a través del Equipo Sico social respecto de la pesquisa de la depresión. Aplicar pauta al 100 % de las emb en el ingreso a control prenatal	Elaboración material de difusión. Control prenatal	Hrs a. social Hrs Matrona	21 hrs/año//0.097hrs/día 43 hrs/año//0.196hrs/día
	En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después.	El 100% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después.	(N° de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después / Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12) x 100	REM A03	Coordinación permanente y eficaz con la unidad sicosocial. Disponer hrs profesionales asignadas. Derivación del 100% de las emb con puntaje de corte a consulta social	Consulta Social	Hrs A. Social	19.5hrs/año//0.088hrs/dia

Derivación y seguimiento a gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo.	Derivar a consulta médica a gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento.	El 100% de las gestantes con más de 13 puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo son derivadas a confirmación diagnóstica.	(N° de gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica / N° total de gestantes con Escala de Edimburgo aplicada con 13 y más puntos) x 100	REM A03	Derivación del 100% de las gestantes con más de 13 Ptos o distinto a 0 en escala de Edimburgo. Coordinación permanente con Unidad de Salud Mental Cesfam	Consulta Psicóloga Consulta Salud Mental	Hrs Psicóloga Hrs Medico	46.5hrs/año//0.211hrs/día 46.5hrs/año//0.211hrs/día
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación.	Taller de Educación Grupal en Prevención IRA-ERA a madres desde el período de gestación.	Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación.	(N° de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / N° total de gestantes bajo control) x 100	REM A27 Sección A	Difusión a través de la OIRS en Prevención IRA Y ERA en mujeres gestantes	Talleres Grupales a Gestantes	Hrs Kinesiólogo	52 hrs/año//0.236hrs/día
Apoyar a mujeres púerperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las púerperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las púerperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(N° de familias con púerperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de familias con púerperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial) x	REM A26 REM P1	Planificación de VDI a PP con riesgo psicosocial por equipo de cabecera del sector. *Vis.dom de primera acogida, primera semana de nacido (MAT o ENF o AS o NUT o TENS	VDI a PP con riesgo psicosocial *VD. DE ACOGIDA * COORDINACION NACIMIENTO CON MATERNIDAD	Hrs A. Social Hrs Matrona *MAT-ENF-AS-NUT o TENS *TENS	68 hrs/año//0.309hrs/día 68hrs/año//0.309hrs/día

			100					
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	(N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100	REM P01 Sección E y D	Difusión mediante videos En sala de espera respecto a la importancia de una alimentación saludable y equilibrada en la vida y especialmente durante la gestación	Consulta Nutricional	Hrs Nutricionista	87hrs/año//0.39hrs/día
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	(N° de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100	REM P01 Sección E y D	Difusión mediante videos En sala de espera respecto a la importancia de una alimentación saludable y equilibrada en la vida y especialmente durante la gestación	Consulta Nutricional	Hrs Nutricionista	87hrs/año//0.39hrs/día
Recuperar el estado nutricional pre gestacional de la mujer, al 8° mes post parto (EINCV).	Evaluación del estado nutricional de la mujer, al 8° mes post parto.	Mantener o disminuir a 55% la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8° mes post parto.	(N° de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 8° mes post parto/ N° total de mujeres controladas de 8° meses post parto) x 100	REM 03 Sección F REM P 1 Sección D	Difusión mediante videos En sala de espera respecto a la importancia de una alimentación saludable y equilibrada para recuperarse o restablecer un peso Adecuado.cons.nut3-5-7m y 8m con enf (en la diada)	Consulta Nutricional al 3m 5m-7m(diada). Control salud8 mes con Enfer. (diada)	Hrs Nutricionista Hrs enfermera	52hrs/año//0.236hrs/día

Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de embarazadas.	67% de altas odontológicas de embarazadas han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	(N° de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas con alta odontológica total) x 100	REM A09 Sección B o J	Difusión mediante videos En sala de espera respecto a la importancia de una salud bucal ,mediante una Adecuada técnica de cepillado	Consulta Odontológica	Hrs odontológicas	43.5hrs/año//0.197hrs/dia
Pesquisar oportunamente los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. Cruzi.	Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas en gestantes que ingresan a control prenatal en la zona endémica y en el resto del país a aquellas que presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi.	Establecer línea de base de detección de gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y confirmación, según corresponda.	(N° de gestantes ingresadas al control prenatal, residentes en la zona endémica del país con tamizaje realizado/ N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal, residentes en la zona endémica del país) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014	Difusión en la OIRS de información de la enfermedad para que sea conocida en nuestra región Educación individual en el control prenatal e incorporar el tema el el taller 1 chcc	---	---	---

			(N° de gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi con tamizaje realizado/ N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014				
		100% de realización de técnica de confirmación diagnóstica a las gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi.	(N° de gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi con confirmación diagnóstica realizada/ N° Total de gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014				

	Tamizaje y confirmación diagnóstica de los recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madres con enfermedad de Chagas.	Establecer línea de base de detección de recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas.	(Nº de recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas con tamizaje realizado/Nº total de los recién nacidos, hijos de madres con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014	Difusión en la OIRS de información de la enfermedad para que sea conocida en nuestra región Educación individual en el control prenatal e incorporar el tema el taller 1 chcc	---	---	---
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas.	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA	Difusión visual mediante Afiches y dípticos alusivos a la importancia de conocer los resultados de los exámenes en forma oportuna	VDI	Hrs Matrona	26 hrs/día/0.118hrs/día
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas –citadas.	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control	Registros de actividad: -Por establecimiento y- consolidado del Servicio de Salud.	Difusión visual mediante Afiches y díptico de lo que significa conocer los resultados para un tratamiento oportuno y eficaz.	VDI	Hrs Matrona	2 hrs/año/0.009hrs/día

			de embarazo) x 100					
	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	(N° de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ N° Total de gestantes VIH (+)) x 100	REM A05 Registros locales de derivación.	Coordinación permanente con Unidad ITS Y Sida Parral. Derivación oportuna y activación eficaz de los protocolos.	Gestión técnica	Hrs Matrona	2 hrs/año//0.009hrs/día
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	(N° de mujeres en control preventivo ginecológico /N° total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01 Población inscrita validada	Coordinación efectiva entre unidades del Cesfam Para derivación de usuarias.	Control de salud preventiva, ginecológica integral.	Hrs Matrona	121 hrs/año//0.55hrs/día
Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes.	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal.	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado.	(N° de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /N° total de gestantes bajo control) x 100	REM A05 Sección K REM A01 Sección A	Coordinación permanente con unidad psicosocial Derivación del 100% de las gestantes a consulta social	Consulta social	Hrs A. Social	87hrs /año//0.39hrs/día
	Aplicar terapia hormonal de remplazo a mujeres de 45 a 64 años que lo requieran, según MRS.	80 % de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).	(N° de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos)/ N° total de mujeres gestantes bajo control prenatal) x 100	REM A05 Sección K REM A01 Sección A	Coordinación permanente con unidad psicosocial Derivación del 100% de las gestantes a consulta social	Consulta social	Hrs A. Social	104hrs/año//0.47hrs/día

Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes.	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	(N° de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /N° total de gestante en control prenatal) x 100	REM A03 Sección G REM A01 Sección A	Derivación a consulta social a toda embarazada con EPSA positivo en consumo de drogas	Control Prenatal Consulta social	Hrs Matrona Hrs A. Social	65Hrs/año//0.295hrs/día 65Hrs/año//0.295hrs/día
Aumentar la detección de Depresión Postparto.	Aplicar Pauta de Edimburgo a los 2 y 6 meses post parto.	100% de las madres se les aplica EDPE a los 2 y 6 meses post parto.	(N° de madres a los 2 y 6 meses post parto con aplicación de Escala de Edimburgo / N° total de madres con control posparto a los 2 y 6 meses) x 100	REM A03 Sección H REM A01 Sección A	Difusión a través del equipo Psicosocial de la importancia que tiene la pesquisa precoz y oportuna de la depresión postparto y su tratamiento.	Control diada Control de salud	Hrs Matrona Hrs enfermera	104hrs/año//0.472hrs/día 104hrs/año//0.472hrs/día
Derivación y seguimiento a madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10 en la Escala Edimburgo.	Derivar a consulta médica a madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta N°10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento.	El 100% de las madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo, son derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica y realizando seguimiento.	(N° de madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10 en la Escala Edimburgo, derivadas a consulta médica para confirmación / N° total de madres con Escala de Edimburgo aplicada con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10) x 100	REM A03	Difusión a través del equipo Psicosocial de la importancia que tiene la pesquisa precoz y oportuna de la depresión postparto y su tratamiento.	Consulta salud mental Consulta Psicológica	Hrs medica Hrs a. social	37.44 hrs/año//0.170hrs/día 37.44 hrs/año//0.170hrs/día

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador					
Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	100% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	(N° de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100	REM A26 REM P1	Aplicar pauta EPSA al 100% de los ingresos a control prenatal.	VDI	Hrs Matrona Hrs A. Social Hrs .TENS	86 hrs/año//0.39hrs/día 86 hrs/año//0.39hrs/día 86 hrs/año//0.39hrs/día	
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido antes de los 7 días de vida. Aumentar el número de madres y familias que reciben control de salud integral, apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda	100% puérperas y recién nacidos antes de los 7 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(N° de puérperas y recién nacido con control de salud integral antes de los siete días de vida / N° total de partos) x 100	REM A01 REM A05	Coordinación permanente con hospital de parral para la referencia de los recién nacidos. Coordinación de hrs en el some del Cesfam en el probable ultimo control prenatal. Asignación de hrs exclusivas para el control de diada en la agenda del some. Disponer hrs matronas necesarias para satisfacer la necesidad requerida.	Control Diada	Hrs Matrona	166hrs/año//0.75hrs/día	

	estimada. Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 8 y 28 días de vida.	100% puérperas y recién nacidos entre 8 y 28 días de vida que reciben control de salud integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(N° de puérperas y recién nacido con control integral de salud entre los 8 y 28 días de vida / N° total de partos) x 100	REM A01 REM A05	Coordinación permanente con hospital de parral para la referencia de los recién nacidos. Coordinación de hrs en el some del Cesfam en el probable último control prenatal. Asignación de hrs exclusivas para el control de diada en la agenda del some. Disponer hrs matronas necesarias para satisfacer la necesidad requerida.	Control Diada	Hrs Matrona	42hrs/año//0.19hrs/día
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada.	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) x 100	REM A09 Sección C REM A05 Sección A	Coordinación permanente entre unidad materna con unidad dental. Derivación del 100% de las embarazadas a consulta dental	Consulta odontológica	Hrs odontóloga	91hrs/año//0.42hrs/día
	Diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico" a embarazadas.	Línea de base	(N° de embarazadas con "Examen periodontal básico"/ N° total de altas odontológicas totales en embarazadas) x 100	Registro local	Coordinación permanente entre unidad materna con unidad dental. Derivación del 100% de las embarazadas a consulta dental	Consulta odontológica	Hrs odontóloga	78hrs/año//0.35hrs/día

Disminuir transmisión vertical de la sífilis.	la Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	(N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) x100	REM A11 REM A05	Efectuar tamizaje para sífilis durante el ingreso de embarazo, a las 24 y 32 sem de gestación. Difusión a través de videos en sala de espera.	Control Prenatal	Hrs Matrona	130hrs/año//0.59hrs/día
	Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+).	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis.	(N° de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / N° de gestantes con serología (+) para sífilis) x 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)	Disponer hrs medicas APS Coordinación Programa ITS y Sida Parral Derivación en forma precoz y oportuna de toda emb con RPR reactivo.	Consulta Medica	Hrs Medicas	9.75hrs/año//0.04 hrs/día
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) Inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas –citadas.	(N° gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / N° gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. SUJETO A CAMBIO REM 2014	Efectuar tamizaje para sífilis durante el ingreso de embarazo, a las 24 y 32 sem de gestación. Difusión a través de videos en sala de espera	VDI a gestantes con RPR Reactivo, para confirmación diagnostica ,tratamiento y seguimiento según corresponda , resguardando la confidencialidad	Hrs Matrona	39hrs/año//0.18hrs/día
	Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(N° de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/N° Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) x 100	REM A05 Registros locales de derivación.	Coordinación Programa ITS y Sida Parral Derivación en forma precoz y oportuna de toda emb con RPR reactivo. Referencia y Contrarreferencia eficaz.	Gestión técnica	Hrs Matrona	17hrs/año//0.08 hrs /día

Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.	Aumentar el % de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años) x 100	REM P1	Difusion permanente en la OIRS respecto a la importancia del control en esta etapa de la vida de la mujer.	Consulta climatérica	Hrs Matrona	968hrs/año//4.4hrs/día
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	Intervención terapéutica según Guía Clínica.	100% de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más y confirmación diagnóstica) reciben intervención terapéutica.	(N° de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol que reciben intervención terapéutica/N° total de mujeres gestantes en control prenatal) x 100	REM A05 REM A01 Sección A	Difusión a través del equipo Psicosocial de la importancia que tiene la pesquisa oportuna y el tratamiento precoz de esta adicción. Derivación a consulta social a todas las embarazadas al ingreso del control prenatal.	Consulta social	Hrs A. Social	13hrs/año//0.06hrs/día
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo de drogas.	Intervención terapéutica según Guía Clínica.	100% de gestantes en control prenatal con consumo de drogas reciben intervención terapéutica.	(N° de gestantes en control prenatal con consumo de drogas que reciben intervención terapéutica/N° total de gestantes en control prenatal) x 100	REM A05 REM A01 Sección A	Difusión a través del equipo Psicosocial de la importancia que tiene la pesquisa oportuna y el tratamiento precoz de esta adicción. Derivación a consulta social a todas las embarazadas al ingreso del control prenatal	Consulta social	Hrs A. Social	13hrs/año//0.06hrs/día

Salud de las Personas Adultas Mayores, Familia y Cuidadoras/es

El abordaje del proceso de envejecimiento, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención de la persona adulto mayor una mirada que incorpore e integre los elementos y principios del Modelo de Atención. En este entendido, la implementación de un Modelo de Atención basado en el concepto de envejecimiento activo y saludable, sustentado en un enfoque epidemiológico, en la estrategia de atención primaria, la promoción de la salud y el reconocimiento de los derechos de las personas de la tercera edad, podría superar las actuales barreras de acceso a los servicios de salud, mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables.

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

- ✓ Cada equipo de sector identifique su población a cargo con EMPAM vigente (últimos 12 meses) y controles de crónicos vigentes, a fin de generar acciones de mejora de dichas coberturas.
- ✓ Cada profesional evalúe al ingreso y en cada control de las personas adultas mayores con patología crónica la vigencia del EMPAM y derive según corresponda.
- ✓ Considerando que muchas de las variables del control cardiovascular están incluidas dentro del EMPAM, en el caso de que el paciente no tenga EMPAM vigente, se debe procurar que la próxima citación al control cardiovascular (de no tener tiempo en el momento) se realice contemplando el suficiente tiempo para integrar ambas actividades.
- ✓ Sea el mismo profesional el responsable de la coordinación de ambos controles, dado que la mayoría de la población bajo control en salud cardiovascular son personas adultas mayores. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito de las personas adultas mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etáreo, en otras palabras, que las personas mayores de 65 años realicen actividades que les permita retrasar las limitaciones del envejecimiento y puedan mantenerse autovalentes.

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

Promoción

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador				
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en las personas de 65 años y más.	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más.	100% de las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más con consejería breve antitabaco.	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas a personas de 65 años y más / N° total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100	REM A23 Sección L1, A,B,C,D,E SUJETO A CAMBIO REM 2014	Capacitar a los integrantes del equipo que realizan las consultas y controles respiratorios en consejería breve.	Consejerías breves antitabaco a las personas de 65 años y más en consultas y controles respiratorios.	Medico Kinesiólogo TENS	10min.
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ N° Total de personas de 65 años y más inscritos) x 100	REM P5 Sección D Población inscrita validada	Fomentar la actividad física en los grupos comunitarios.	Reuniones de coordinación con la comunidad AM semestral. Coordinar actividad física con grupos comunitarios semestral. Talleres de actividad física para AM semestral	TENS Kinesiólogo	45 min. 45min. 45 min.
			(N° de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x 100	REM A19 Sección A Población inscrita validada	Fomentar la actividad física, por medio de entrega de información en los grupos comunitarios.	-Reuniones con la comunidad AM semestral. -Evaluar conocimiento con respecto a la actividad física del AM semestral. -Consejería individual en actividad física para AM semestral. -Seguimiento de los AM que recibieron las consejerías en	TENS Kinesiólogo Kinesiólogo	45min. 45min 10min. 10min.

						actividad física. Confección y entrega de material educativo sobre actividad física AM.	Enfermera	90min.
		(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x 100	REM A19 Sección A Población inscrita validada	Fomentar estilos de vida saludables y autocuidado, por medio de entrega de información en los grupos comunitarios.	-Reuniones con la comunidad AM semestral. -Evaluar conocimiento con respecto de estilos de vida saludable y autocuidado del AM semestral. -Consejería individual en estilos de vida saludable y autocuidado para AM semestral -Seguimiento de los AM que recibieron las consejerías en estilos de vida saludable y autocuidado. Confección y entrega de material educativo sobre estilos de vida saludable y autocuidado AM.	TENS Kinesiólogo Kinesiólogo Enfermera	-45min. -45min 10min. 10min. 90min.	
Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en las personas de 65 años y más como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de personas de 65 años y más autovalentes bajo control/ N° total de AM bajo control) x 100	REM P5 Sección A	Difundir información sobre la importancia de EMPAM. Identificar a la población que cumple 65 años y a usuarios inasistentes a EMPAM	Intervención radial para explicar la importancia del EMPAM Revisión de tarjeteros AM y perca pita AM Visita domiciliaria de rescate a los inasistentes.	Enfermera TENS TENS	20 min. 120min. 30 min.	

						Confeción de material educativo sobre la importancias del EMPAM	Enfermera	60min.
--	--	--	--	--	--	---	-----------	--------

Prevención

Apoyar a las personas adultas mayores que presentan factores de riesgo que pueden alterar su funcionalidad.

Objetivo Especifico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador				
Evaluar en PSCV a personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta.	Control de salud cardiovascular.	Establecer línea base de personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta.	(N° de egresos hospitalarios de personas de 65 años y mas con ACV o IAM reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ N° total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y mas con ACV o IAM) x 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios	Identificar a usuarios con ACV o IAM dados de alta del hospital.	Informar al personal que da horas la prioridad de estos usuarios para entrega de horas médicas.	Enfermera	20min
					Asegurar la dación de horas a usuarios con estas patologías derivadas del hospital.	Confeción de archivo digital con información de estos usuarios por sector.	TENS	30min.
						Visita domiciliaria los dos meses a usuarios egresados del hospital con ACV o IAM insistente a controles.	TENS	30min.

Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más.	Realizar examen para VIH a personas de 65 años y más que lo requiera.	Establecer línea base de personas de 65 años y más con examen de VIH.	(N° total de exámenes para VIH realizados en personas de 65 años y más / N° total de personas de 65 años y más en control) x 100	REM A11 Sección B2 REM P5 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Confección de archivo con número de exámenes realizados en AM. Facilitar la toma de VIH al AM	Crear planilla Excel para registro de VIH en AM. Priorización de la toma de VIH a AM.	Matrona/Enfermera TENS	30min. 5min.
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de información y cartilla educativa de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	40% de personas de 65 años y más, reciben información y cartilla educativa sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° total de personas mayores de 65 años que reciben consejería y cartilla educativa para la prevención del VIH/SIDA e ITS / N° total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REM A19 Sección A1 REM P5 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Informar a población adulto mayor sobre conductas de riesgo y de la importancia del examen de VIH.	Confección de cartilla informativa. Entrega de cartilla informativa población AM. Consejería VIH a adulto mayor. Difusión radial sobre importancia de toma de VIH en adulto mayor	Enfermera/matrona Enfermera. Equipo de profesionales Enfermera/Matrona	60min. 5min. 10min. 10min.
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en EMPAM.	Realizar control de seguimiento a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia por un profesional del equipo de salud dentro de los primeros 6 meses realizado EMPAM.	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM.	(N° de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMP AM / N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con EMPAM vigente) x 100	REM A01 Sección C REM A02 Sección E.1 SUJETO A CAMBIO REM 2014	Identificar población AM autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia. Confección de registro de AM autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia. Seguimiento de plan de cuidados a AM con gestor de caso	Confección de planilla Excel con AM autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia por sector. Revisión de tarjetero. Visita domiciliaria. Gestión de agenda para dar tiempo a la realización de gestión de caso.	Enfermera Tens Enfermera y A. social Enfermera y A. social	240min 120min. 60min. 15min.

<p>Aumentar la cobertura de atención en domicilio a personas de 65 años y más, portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).</p>	<p>Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).</p>	<p>Establecer línea base e incrementar en 15% la cobertura de visitas a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).</p>	<p>(N° de visitas domiciliarias realizadas a personas de 65 años y más con enfermedad respiratorio crónico severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) / N° total de personas de 65 años y más con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) bajo control) x 100</p>	<p>REM A23 P3 REM SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>Identificar a usuarios adulto mayor portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales. Disponer de horas kinesiólogo para estos usuarios</p>	<p>Reprogramar agendas kinesiólogo para visita domiciliaria a estos usuarios. Confección de planilla Excel con registro de estos usuarios. Visita domiciliaria por kinesiólogo a estos usuarios. Derivación de pacientes pesquisados no ingresados.</p>	<p>Kinesiólogo Kinesiólogo /TENS Kinesiólogo Equipo de salud</p>	<p>20min. 120min. 60min. 5min.</p>
<p>Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.</p>	<p>Realizar encuestas de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.</p>	<p>Realización de encuestas a lo menos al 50% de los familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.</p>	<p>(N° de encuestas realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100</p>	<p>REM A23 Sección M DEIS REM SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>Identificar a usuarios fallecidos por neumonía en domicilio.</p>	<p>Aplicación de encuesta. Visita domiciliaria a familia. Derivación al pesquisar el caso.</p>	<p>TENS Kinesiólogo Equipo de salud</p>	<p>30min. 45min. 10min.</p>

Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor.	Realización de Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor.	Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior.	(N° de personas de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente/ Población inscrita de 65 y más años) x 100	REM A02 Sección B Población inscrita de 65 y más años validada	Identificar población vigente v/s población inscrita validada Aplicación de EMPAM a un 65% de la población.	Revisión e identificación (mes que corresponde e inasistencia) de tarjetero AM. Revisión de percapita de pobl. Que cumple 65 años y pobl. AM.. Visita domiciliaria de rescate a inasistentes. derivación por parte del equipo que por otra causa atiende a un AM inasistentes Realizar EMPAM.	TENS TENS TENS Equipo de salud Enfermera	120min. 60min. 15min. 5min. 60min.
Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más identificadas en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha De maltrato según protocolo local.	100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(N° de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato /N° de población inscrita validada de 65 años y más) x 100	REM P5 Sección C Población de 65 años y más inscrita validada	Potenciar y fomentar la detección del riesgo social y sospecha de maltrato intrafamiliar en la realización de EMPAM. Creación de plan de intervención comunal de AM con sospecha de maltrato	Realizar EMPAM Dirigir entrevista en busca de situación de riesgo de maltrato Creación de protocolo comunal de manejo de sospecha de maltrato en AM Difusión de protocolo al equipo	Enfermera Enfermera Equipo psicosocial	60min 5min 960min
	Intervención Preventiva o Terapéutica en las personas de 65 años y más y sus familias que presentan	100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de	(N° de personas de 65 Años y más bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u	REM P6 Sección A Población de 65 años y más inscrita validada	Potenciar y fomentar la detección del consumo o riesgo de consumir OH u otras drogas en la	Realizar EMPAM. Aplicación de AUDIT Dirigir entrevista en busca	Enfermera Enfermera Enfermera	60min 10min 5min

	Consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas.	intervención y derivación según corresponda.	otras drogas /N° de población de 65 años y más inscrita) x 100		realización de EMPAM. Creación de plan de intervención comunal de AM con consumo o riesgo de consumir OH o droga	de identificar riesgo o consumo de drogas Creación de protocolo comunal de manejo de AM con consumo o riesgo de consumir OH y drogas. Difusión de protocolo al equipo Visita domiciliaria integral a AM con consumo o riesgo de Consumo OH y droga.	Equipo psicosocial Equipo psicosocial	960min 60min.
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más Años bajo control en PSCV.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	100% de las personas de 65 y más años bajo Control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	(N° de personas de 65 Años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses/ N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte) x 100	REM P4 Sección A	Disponer de horas médicas para el 100% de los pacientes del programa cardiovascular a lo menos una vez al año. Disponibilidad de exámenes: creatinina, albumina, uremia y potasio.	Realizar control cardiovascular con aplicación de pauta	Medico	30min.

<p>Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que Presentan micro albuminuria (RAC≥30 mg/grs.).</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>100% de las personas diabética de65 y más años bajo control en PSCV que presentan micro albuminuria está en tratamiento con IECA o ARAII.</p>	<p>(N°depersonasde65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria y tratamiento con IECA o ARAII losúltimos12 meses/ N° de personas de65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro</p>	<p>REM P4 Sección B SUJETOACAMBIO REM 2014</p>	<p>Disponer de horas médicas para el 100% de los pacientes del programa cardiovascular a lo menos una vez al año. Disponibilidad de exámenes: Microalbuminuria.</p>	<p>Realizar control cardiovascular con aplicación de pauta, para evaluación de tratamiento</p>	<p>medico</p>	<p>30min.</p>
<p>Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>100% de las personas Con antecedentes de Infarto o enfermedad Cerebro vascular de65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas.</p>	<p>(N°depersonasde65 Años y más con Antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses/ N° total de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebro vascular al corte) x 100</p>	<p>REM P4 Sección B y A</p>	<p>Base de datos con pacientes de infarto y accidente cardiovascular. Disponibilidad de medicamentos. Difundir norma técnica. Registro en tarjetón y ficha clínica.</p>	<p>Control de cardiovascular. Despacho y monitoreo de receta. Educación de los riesgos por abono de medicamento.</p>	<p>Medico Enfermera Nutricionista Tens.</p>	<p>5min.</p>

<p>Pesquisa de Tuberculosis en Las personas de 65 años y más que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.</p>	<p>Examen de baciloscopia En personas de 65 años y más, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres Episodios al año por 10 días.</p>	<p>Baciloscopia en el 100% de personas de 65 años y más con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.</p>	<p>(N° de baciloscopia de diagnóstico realizadas personas de 65 años y más/ N° total de consultas de morbilidad) x 100</p>	<p>REMA10 Sección A REMA04 Sección A</p>	<p>Difusión de la información a los equipos de salud sobre solicitud e indicación de baciloscopia.</p>	<p>Confección y entrega de documento a equipo de salud sobre indicación y solicitud e importancia de baciloscopia.</p>	<p>Kinesiólogo/enfermera Prog. AM</p>	30min
						<p>Consulta sobre sintomatología compatible con solicitud baciloscopia en Consultas de morbilidad respiratoria.</p>		<p>TENS Kinesiólogo Medico.</p>
			<p>(N° de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de 65 años y más/ N° total de controles de salud) x 100</p>	<p>REMA10 Sección A REMA01 Sección B</p>	<p>Difusión de la información a los equipos de salud sobre solicitud e indicación de baciloscopia.</p>	<p>Confección y entrega de documento a equipo de salud sobre indicación y solicitud e importancia de baciloscopia.</p>	<p>Kinesiólogo/enfermera Prog. AM</p>	30min
					<p>Consulta sobre sintomatología compatible con solicitud baciloscopia en EMPAM, PCV, sala ERA.</p>	<p>Enfermera TENS Kinesiólogo Medico.</p>		10min
						<p>Solicitud de baciloscopia a pacientes con sintomatología compatible.</p>		5min.

Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica polisacárido 23 Valente en los usuarios de 65 años de edad.	Administración de una dosis de vacuna Neumocócica polisacárido a los usuarios de 65 años de edad.	Incrementar en un 50% la Cobertura comunal de vacunación Alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas / N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada	Identificar la población que cumple 65 años	Monitoreo del percapita para identificar la población que cumple 65 años. Derivar luego de ingreso en EMPAM a vacunación. Revisión de tarjetero para identificar a la población inasistentes a vacunación.	Enfermera TENS	30min 5min. 120min.
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para Entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la Cobertura respecto al Año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	(N° de personas de 70 Años y más que reciben PACAM/ N° total de personas de 70 años y más bajo control) x 100	REM D16 Sección B REM P5 Sección A	Identificar usuarios que no retiran PACAM. Educar sobre preparación de PACAM	Identificar tarjetas de usuarios que no retiran PACAM. Revisión de tarjeteros. Visita de rescate. Formar redes de apoyo para usuarios que no los pueden retirar por si mismos. Talleres demostrativos y	TENS NTA TENS TENS NTA	120min. 120min. 30min. 60min 45min.

Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial.	Detección de personas Hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incrementará lo menos En un 15% la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior.	(N° de personas de 65 Años y más con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total personas de 65 años y Mas hipertensos Esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E.2007 (64,3%)	Difundir examen de EMPAM. Pesquisa activa	Interpretación de EMPAM. Derivación a medico con control seriado de PA positivo	Tens Enfermera Medico	25 minutos.
Aumentar la cobertura de Personas de 65 años y más Con diabetes tipo 2.	Detección de las personas de 65 años y más con DM2 a Tráves del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incrementará lo menos En un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior	(N° de personas de 65 Años y más con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección A Población estimada según Prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Disponer cintas de glicemias SOS. Solicitud de batería de exámenes anuales a usuarios AM sanos	EMPAM. Derivación a medico de usuarios pesquisados para confirmación o descarte de DMII	Enfermera Tens NTA Medico	20 minutos

Tratamiento

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	Estrategias Locales	Actividades	Recurso Humano	Tiempo en minutos
Mejorar la calidad de atención de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV.	Detección de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie.	100% de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control han sido evaluados y clasificados según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100	REM P4 Sección C y A	Monitoreo base de datos del PCV DMII. Priorización de control Usuarios DMIII con enfermera	Revisión de tarjeteros. Revisión de base datos PCV Evaluación pie diabético. Visita domiciliaria de rescate. Derivar con enfermera para evaluación de pie diabético.	TENS TENS ENFERMERA TENS Equipo de salud.	120min. 30min. 30min. 30min. 5min.
	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° De personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV	QUALIDIAB-Chile REM P4 Sección C y A	Identificar a usuarios diabéticos con úlceras activas. Disponer del material necesario para realizar curación avanzada	Pesquisa y derivación de estos pacientes de inmediato a enfermera. Solicitud de insumos necesarios. Gestión de horas enfermera para realización de curaciones Confección de archivo de estos usuarios.	Equipo de salud. Enfermera Enfermera Enfermera	5min. 20min. 15min. 120min.

	humanos).		en los últimos 6 meses) x 100.			Curación avanzada por enfermera.	Enfermera.	30min.
	Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C y A REM A05 Sección G QUALIDIAB-Chile	Identificar a población que ingresa a programa cardiovascular DM2 Mejorar registros	Monitoreos de base de datos PSV de pacientes DM2 Revisión de tarjeteros Citar pacientes DM2 ingresados sin fondo de ojo. Gestionar atención de fondo de ojo	TENS TENS TENS TENS	30min. 120min. 480min. 30min.

Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud.	Medición periódica de la actividad con personas de 65 años y mas diabéticos en el centro centinela.	100% de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(N° de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas de 65 años y más diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) x 100	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención en centro centinela	Capacitación a personal en uso de QUALIDIAB. Destinar horas para implementación de QUALIDIAB.	Aplicar QUALIDIAB	Medico	30 minutos
Identificar a las personas no diabéticas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto o muy alto para intensificar su tratamiento.	Control de salud Cardiovascular.	Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10 % las personas de 65 años y más "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL <100 mg/dl bajo control en PSCV.	(N° personas de 65 años y más no diabéticos de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control / N° total de personas no diabéticas de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100	REM P4 Sección B REM P4 Sección A	Crear base de datos con bajo control según diagnóstico y riesgo cardiovascular. Disponibilidad de fármacos. Disponibilidad de horas médicas.	Control de salud cardiovascular	Medico Nutricionista	30 minutos

<p>Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con problemas o trastornos mentales y sus familias.</p>	<p>Intervención Terapéutica en alcohol y drogas a las personas de 65 años y más.</p>	<p>90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.</p>	<p>(N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x 100</p>	<p>REM A05 Sección M REM P6 Sección A</p>	<p>Confeción de plan de intervención terapéutica y derivación de adulto mayor con consumo perjudicial o dependencia de OH</p>	<p>Aplicación de audit en control adulto mayor</p> <p>Visita domiciliaria integral adulto mayor con consumo perjudicial o dependencia OH</p> <p>Confeción de protocolo de manejo y derivación de adulto mayor en este caso</p> <p>Difusión de protocolo a equipo de salud</p>	<p>Enfermera</p> <p>Equipo sicosocial</p> <p>Equipo sicosocial</p> <p>Equipo sicosocial</p>	<p>10min.</p> <p>60min.</p> <p>960min.</p> <p>30min.</p>
		<p>90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia a drogas reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.</p>	<p>(N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia a drogas que reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x 100</p>	<p>REM A05 Sección M REM P6 Sección A</p>	<p>Identificar población con consumo perjudicial y dependencia</p> <p>Confeción de plan de intervención</p>	<p>Audit en Empam</p> <p>Consulta por sicóloga</p> <p>Consulta medico</p> <p>Consulta asistente social</p> <p>Visita domiciliaria integral</p> <p>Incorporar equipo de autoayuda</p>	<p>Enfermera</p> <p>Sicóloga</p> <p>Medico</p> <p>Asistente social</p> <p>Equipo sicosocial</p> <p>Equipo sicosocial</p>	<p>10min.</p> <p>30min.</p> <p>30min.</p> <p>30min.</p> <p>60min.</p> <p>10min.</p>

<p>Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión.</p>	<p>100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento según algoritmo GPC.</p>	<p>(N° de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / N° de personas de 65 años y más inscritas) x 100</p>	<p>SIGGES REM P6 Sección A</p>	<p>Identificar población adulto mayor con depresión Seguimiento adulto mayor con depresión</p>	<p>Aplicación de pauta Yesavage en Empam Consulta sicóloga Consulta medico Revisión de tarjetero salud mental Derivación en caso de paciente inasistentes Visita domiciliaria de rescate</p>	<p>Enfermera Sicóloga Medico TENS Equipo de salud TENS</p>	<p>10min. 30min. 30min. 30min. 5min. 30min.</p>
<p>Consulta médica para diagnóstico de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.</p>	<p>Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias que ingresan a tratamiento.</p>	<p>(N de personas de 65 años y más que ingresan a tratamiento por Alzheimer y otras demencias / Población inscrita personas de 65 años y más) x 100</p>	<p>REM P6 Sección A REM A05 Sección K Población inscrita</p>	<p>Identificar a población adulto mayor con Alzheimer y otras demencias Entrega de información a población sobre sintomatología compatible con Alzheimer y otras demencias</p>	<p>Aplicación mini mental abreviado en Empam Consulta médica de salud mental Confección y entrega de material educativo a la comunidad sobre estas patologías</p>	<p>Enfermera Medico sicóloga</p>	<p>10min. 30min. 240min.</p>

Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación y confirmación de diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más.	Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	(Población de 65 años y más bajo control actual – Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior) x 100 (Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas)	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Difusión publicitaria Pesquisa adultos mayores con sintomatología compatible con patología respiratoria crónica	Consulta sala ERA Derivación de equipo de salud Espirometría	Kinesiólogo y médico Equipo de salud Kinesiólogo	30min. 5min. 60min.
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.	Categorizar por severidad a usuarios crónicos respiratorios de 65 y más años.	100% de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.	(Nº de personas de 65 años y más con categorización de severidad / N° total de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Gestión de horas Espirometría y médico para diagnóstico	Control sala ERA Espirometría	Kinesiólogo y médico Kinesiólogo	30min. 60min.
	Evaluar calidad de vida al ingreso al Programa ERA.	60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso al programa ERA.	(Nº de personas de 65 años y más con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA/ N° de personas de 65 años y más ingresados al	REM A23 Sección N REM P3 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014	Capacitación encuesta calidad de vida Gestión kinesiólogo agenda	Capacitación a kinesiólogo sala ERA de encuesta calidad de vida Aplicación encuesta calidad de vida Control sala ERA adulto mayor	Kinesiólogo Kinesiólogo kinesiólogo	960min. 15min. 30min.

			Programa ERA) x 100					
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.	(N° de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES	Difusión a unidad médica y equipo de salud para derivación efectiva de usuarios adulto mayor con NAC a kinesiólogo y manejo GES	Gestión y priorización horas kinesiólogo para atención de estos usuarios Derivación a kinesiólogo al realizar el diagnóstico de NAC Ingreso por médico a GES por neumonía y cierre de caso de ser necesario	Kinesiólogo Médico Médico	15min. 5min. 30min.
Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial.	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos).	100% de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) / N° total de persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos 50) x 100	Rem A26 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Identificar población con dependencia leve y moderada Flujogramas de manejo adulto mayor con dependencia leve y moderada	Actividad EMPAM Derivación equipo sicosocial Visita domiciliaria integral por equipo sicosocial Aplicación de matriz de riesgo Intervención terapéutica según corresponda Consejería familiar	Enfermera Enfermera Equipo sicosocial Equipo sicosocial Equipo sicosocial Equipo sicosocial	60min. 5min. 60min. 30min. 45min.

Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con demencia.	100% de las familias con persona de 65 años y más demencia con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / N° total de persona de 65 años y más con demencia 51) x 100	Rem A26 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Identificar población adulto mayor con demencia Gestión de visita domiciliaria adulto mayor con demencia	Empam con monumental abreviado Consulta médica para diagnóstico o descarte de demencia Identificar población con demencia en tarjetón Confeción de archivo de ingreso de estos usuarios Visita domiciliaria a usuarios con demencia	Enfermera Médico TENS Sicóloga Equipo sicosocial	60min. 30min. 120min. 60min. 60min.
Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.	100% de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial / N° total de persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 52) *100	Rem A26 sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	Identificar a población con riesgo Gestión de visita domiciliaria integral a adulto mayor con factores de riesgo	Empam Derivación a equipo sicosocial Visita domiciliaria integral	Enfermera Enfermera Equipo sicosocial	60min. 5min. 60min.

<p>Aumentar cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA inferior a 140/90mmHg en el último control.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>Al menos un 3% de incremento de Cobertura efectiva de personas de 65 años y más hipertensas con PA < 140/90 respecto al año anterior.</p>	<p>(Nº de personas de 65 años y más hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg / Nº total de personas de 65 años y más hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100</p>	<p>REM P04 Sección B Población estimada según Prevalencia Estudio Fasce E. 2007(64,3%)</p>	<p>Mantenimiento control PCV vigente al día. Educar a población AM en HTA</p>	<p>Revisión de tarjeteros. Derivación de Usuarios inasistentes. Visita domiciliaria de rescate. Taller a AM sobre alimentación hipo sódica. Taller AM sobre TTo. Farmacológico.</p>	<p>Tens. Equipo de salud. TENS NTA: ENFERMERA</p>	<p>120min. 5min. 30min. 45min. 45min.</p>
<p>Aumentar cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>Al menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y más diabéticos con Hb1Ac < 7% respecto al año anterior.</p>	<p>(Nº de personas de 65 años y más diabéticos con Hb1Ac < 7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100</p>	<p>REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia ENS2009-2010 (25%)</p>	<p>Definir coberturas efectivas 2013. Disponibilidad de fármacos. Disponibilidad de horas médicas.</p>	<p>Control de salud cardiovascular</p>	<p>Medico Nutricionista Enfermera</p>	<p>30 minutos.</p>
<p>Aumentar cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.</p>	<p>Control de salud Cardiovascular.</p>	<p>Aumentar respecto al año anterior a lo menos un 10% las personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto</p>	<p>(Nº personas con Diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control, bajo</p>	<p>REM P4 Sección B REM P4 Sección A</p>	<p>Definir coberturas efectivas 2013. Disponibilidad de fármacos. Disponibilidad de horas médicas.</p>	<p>Control de salud cardiovascular</p>	<p>Medico Nutricionista Enfermera</p>	<p>30 minutos.</p>

		muy alto con HbA1c<7%,yPA <130/80mmHg bajo Controlen PSCV.	controlen PSCV / N° total de personas con Diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo controlen PSCV) x 100					
Control de salud Cardiovascular.	Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10% las personas con diabetes de 65 Años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl.	(N° personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c <7%, PA<130/80mmHg y Col LDL<100 mg/dl, en el último control) / N° total de personas con diabetes de65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV)x 100.	REM P4 Sección B REM P4 Sección A	Identificar población con riesgo cardiovascular alto y muy alto HTA; DMII, DLP Identificar la población posible de compensar	Control programa cardiovascular. Solicitar exámenes según corresponda. Taller régimen hiposodico/ reg. Diabético/ hipograso. Taller refuerzo adhesión tto farmacológico. Revisión tarjetero. Visita domiciliaria de rescate. Priorizar horas a pacientes posibles de	Medico/ Enfermera/Nta./TENS Medico/ Enfermera/Nta./TENS Nta. Enfermera TENS TENS TENS Equipo de salud.	30min. 5min. 45min. 45min. 120min. 30min. 10min. 5min.	

						compensar. Citar a control con familiares.		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Rehabilitación

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	Estrategias Locales	Actividades	Recurso Humano	Tiempo en minutos
Aumentar el número de personas de 65 años y más que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de personas de 65 años y más para realizar actividades de rehabilitación en Salas de RBC, RI u hospitales Comunitarios.	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y más integrados a grupos de rehabilitación en Salas de RBC , RI u hospitales Comunitarios / N° total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REM A28 Sección A REM P5 Sección A	No contamos con centro de RBC. RBC considerado dentro de infraestructura de CESFAM que se construirá.	Taller de prevención de caídas por módulos según manual de caídas. Taller de estimulación de memoria. Talleres de rehabilitación motora y fonaudiológica M Parkinson.	Enfermera Kinesiólogo Enfermera Kinesiólogo Fonoaudióloga	45 min. 6 veces al año 45min. 4 veces al año 45min. 12 veces al año.
Prevenir la progresión de la discapacidad de personas de 65 años y más que egresen del hospital con valoración funcional.	Realizar rehabilitación en salas de RBC o RI (rehabilitación integral) u hospitales comunitarios a personas de 65 años y más que egresen de hospitales con valoración funcional dependiente.	Establecer línea base de personas de 65 y más años que ingresan a rehabilitación comunitaria derivadas desde hospital con valoración funcional dependiente.	Nº de ingresos a rehabilitación de personas de 65 años y más con evaluación de funcionalidad al alta hospitalaria	REM A28 Sección B1 SUJETO A CAMBIO REM 2014	No contamos con centro de RBC. RBC considerado dentro de infraestructura de CESFAM que se construirá.			

Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 años y más.	Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	10% de personas de 65 años y más con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	(N° de personas de 65 años y más con EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar / N° de personas de 65 años y más con EPOC bajo control) x 100	REM P3 Sección E y A	Gestión horas médico para ingreso	Control médico	Médico	30min.
					Gestión horas kinesiólogo para seguimiento y control	Control kinesiólogo	Kinesiólogo	30min.
					Identificación de población que requiere programa de rehabilitación pulmonar	Revisión de tarjetero sala ERA	TENS	30min.
						Visita domiciliaria de rescate	TENS	60min.

Estrategia Transversal

Estrategia de Rehabilitación

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas con alta dependencia.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores.	20 % de las actividades de educación grupal y promoción y trabajo intersectorial se orientan al cuidado de los cuidadores.	(N° Total de actividades de cuidado a los cuidadores/ total de actividades promoción y trabajo Intersectorial + total actividades educación grupal) x 100	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014	Identificar el cuidador del paciente postrado. Gestionar plan educación para cuidadores de pacientes postrados	Realizar taller de promoción de la salud para cuidadores de pacientes postrados	- Medico -Enfermera -Kinesiólogo -Nutricionista	- 60 min

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, y capacitación a los cuidadores de personas con alta dependencia para dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas a las personas con problemas crónicos, a objeto de prevenir y/o retardar la discapacidad, entregar herramientas de manejo a los cuidadores para cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	30 % de las actividades de Educación Grupal y Trabajo Comunitario se orientan a la prevención de discapacidad.	(N° Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial) x 100	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014	Identificar a las personas con problemas crónicos	Revisión de tarjetero y/o realización de visitas domiciliarias de rescate	TENS Enfermera Kinesiólogo Nutricionista Psicóloga Asistente Social	
					Gestionar talleres educativos fomentando el autocuidado de los cuidadores	Realización de talleres educativos en la comunidad fomentando el autocuidado de los cuidadores		
					Gestión trabajo de rehabilitación en domicilio para pacientes con alta dependencia	Realización de rehabilitación en quinesica en domicilio para pacientes con alta dependencia.		

Tratamiento, Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador				
Mantener la atención a personas en situación de discapacidad permanente y transitoria, leve, moderada o severa.	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria.	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson, secuela de AVE, TEC, LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	(PsD con Parkinson, secuela de AVE, TEC; LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos x 100)	REM A28	-Identificar los pacientes con dep. Leve, moderada y severa.	-Revisión tarjetero AM y percapita.	-Kinesiólogo -TENS	-20 min
					- Gestionar horas kinesiólogo para rehabilitación.	-Hablar con director comunal para aumento horas kinesiólogo.		-30 min
					-Gestionar habilitación gimnasio rehabilitación	-Hablar con director para habilitar e gimnasio rehabilitación		-30 min
Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería individual o Familiar, con el objetivo de resolver los problemas planteados por ellos en torno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad.	Consejería individual y consejería familiar.	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares.	(N° total de consejerías individuales y familiares/ N° total de consejerías individuales y familiares + Total de Procedimientos) x 100	REM A28	- Identificar los pacientes con dep. Leve, moderada y severa.	- Realizar EMPAM y/o VDI según corresponda.	- Asistente Social - Enfermera - Psicóloga - Medico - Nutricionista - Kinesiólogo	-45 min
					-identificar los problemas detectados en la VDI	-Revisión de tarjetero AM y/o percapita. -Realizar consejería individual o familiar según corresponda al problema detectado		-15 min -45 min
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones	Visita Domiciliaria Integral.	10% RBC, RI y 70% RR PsD con Visita Domiciliaria Integral.	(N° Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100	REM A28	- Identificar los pacientes con dep. Leve, moderada y severa.	-Realizar EMPAM y/o VDI según corresponda.	- Asistente Social - Enfermera - Psicóloga - Medico - Nutricionista - Kinesiólogo	-45 min
					-identificar los problemas detectados en la VDI	-Revisión de tarjetero AM y/o percapita. -Mejorar registro en tarjetón en las atenciones. -Realización VDI por oportuna VDI a los		-15 min -10 min -60 min

individuales familiares.	y/o				pacientes con discapacidad	equipo multidisciplinario		
Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia.	Trabajar con Plan de Tratamiento consensuado, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento.	50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.	(N° Total de Egresos por Alta posterior a PTI/ Total Ingresos) x 100	REM A28	- Gestionar acreditación de sala de rehabilitación en Cesfam - Gestionar hora kinesiólogo destinadas a rehabilitación.	- Conversar con director comunal y dirección Cesfam para ver acreditación de gimnasio rehabilitación. -Conversar con dirección para determinar horas kinesiólogo exclusiva para rehabilitación en gimnasio	- Dirección Cesfam -Director Comunal -Jefe Programa Rehabilitación	- 60 min 60 min
Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia.	Procedimientos con énfasis en movilización activa.	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	(N° de procedimientos de fisioterapia / Total de procedimientos) x 100	REM A28	- Gestión de VD para realización de kinesioterapia y educación	- Realizar VD y kinesioterapia	-Kinesiólogo	-60 min
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.	Conocer las redes locales y articularse con el Intersector para el apoyo a la inclusión social.	10% de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20% de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.	N° personas que logran inclusión social /N° total de ingresos *100 N° de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014	-Gestionar incorporación de personas con discapacidad al grupo de AM y discapacidad -Gestionar la calidad jurídica de discapacidad de los	-Conversar con la coordinación grupo de AM y discapacidad de la Comuna -Entrega de Ayuda Técnica según evaluación de discapacidad -Ayudar a reunir los documentos necesarios para	-Asistente Social -Medico -Kinesiólogo - Enfermera	-60 min 1 dia -1 semana

		Promoción y Trabajo Intersectorial.		pacientes	derivar a COMPIN		
--	--	-------------------------------------	--	-----------	------------------	--	--

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

Indicadores

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	Estrategias Locales	Actividades	Recurso Humano	Tiempo en minutos
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador 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.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerándolas necesidades biopsicosociales del paciente Y su familia.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con Dependencia severa.	Nº De visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con dependencia severa / Nº de población bajo control dependencia severa	REM A26 Población bajo control	-Identificar a los pacientes con dependencia severa - Identificar los problemas detectados en el paciente con dependencia severa y su familia	- Realizar VD integral a los pacTes con dependencia severa al menos 2 veces por año - Otorgar la prestación requerida según necesidad del paciente y/o su familia en domicilio	- Enfermera -Medico -Nutricionista -Kinesiólogo -Psicólogo - Asistente Social	- 60 MIN -60 min

	Entregará cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de "Escaras" (Úlcera Por presión).	Línea de Base	(N° de personas Escoradas con dependencia severa /N° de población bajo control con dependencia severa) x 100	REM P3	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar riesgo de presentar UPP -Gestionar formas de promoción del autocuidado y prevención de UPP -Gestionar Colchón anti escaras -Identificar oportunamente al paciente con escaras. -Planificar curaciones según tipo de ulcera 	<ul style="list-style-type: none"> -Realización de VD mensual o según necesidad valorando estado piel -Educación cuidador del paciente postrado según norma Minsal -Entrega colchón anti escaras -Educar al cuidador y familia sobre el aviso oportuno de aparición de UPP - curaciones a los pacientes con UPP 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermera -TENS -Nutricionista -Medico 	<ul style="list-style-type: none"> -30 MIN -60 MIN 60 min -15 min -30 min
	Entregará cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente.	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	(N° de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados/ N° Total de cuidadores de personas con dependencia severa) x 100	REM P3	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar capacitación para cuidadores de ptes postr. Según norma Minsal. Gestionar plan de educ. a realizar al ingreso de un paciente postrado 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar capacitación para cuidadores de pacientes postrados 2 veces al año en Cesfam Realizar educación sobre cuidados del pcte postrado al cuidador y flia en su domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermera -Medico -Nutricionista -Kinesiólogo 	<ul style="list-style-type: none"> -60 min -30 min
	Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores.	100% de las personas Con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web.	(N° de personas registradas en plataforma web/ N° de cupos totales asignados a personas con apoyo monetario a cuidadores)x 100	Plataforma web Registro del programa	-	Identificar los pacientes postrados con sus respectivos cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que todos los ptes y cuidadores estén registrados en sistema nacional de pactes postrados o plataforma web Actualizar nomina según necesidad o mensualmente en plataforma web 	<ul style="list-style-type: none"> - 30 min - 30 min

Salud Ocupacional

El Nuestro CESFAM tiene un nuevo desafío, Salud Ocupacional el cual se espera trabajar durante el desarrollo de este Plan de Salud 2014-2016.

Fundamentos

Otorgar servicios básicos de salud ocupacional en la Atención Primaria de Salud implica aportar al diagnóstico y registro oportuno de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, facilita al trabajador o trabajadora acceder a un tratamiento adecuado y a los beneficios de prestaciones médicas y económicas contempladas en la Ley 16.744 para aquellos que están protegidos por la ley 16.744 (derivación al organismo administrador de la ley previa primera atención);posibilita una acción o intervención preventiva en los lugares de trabajo y sobre los otros trabajadores o trabajadoras que allí laboran expuestos al mismo riesgo que causo el accidente de trabajo o la enfermedad profesional y facilita la recuperación de fondos desde el establecimiento por las prestaciones de origen laboral otorgadas, dado que éstas deberían ser reembolsadas por los organismos administradores y co-administradores (Mutuales, Instituto de Seguridad Laboral y Servicios de Salud) en los casos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

19. FICHA DE PROYECTO: "PLAN ANUAL CAPACITACIÓN LEY Nº 19378"

PROGRAMA CAPACITACION 2014 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD DEL MAULE COMUNA DE RETIRO

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS GENERALES	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)		TOTAL	ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO
LE 1: FORTALECER LA INSTALACIÓN DEL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN	VIII Jornada Taller de salud familiar	Actualizar los Aspectos conceptuales, principios y valores relacionados con el modelo de Salud Familiar	12	38	58	3	20	21	152	44				\$ 4.100.000
LE 4: PROMOVER CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO	Capacitación continua en acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para el ciclo vital.	Incorporar y/o actualizar herramientas de contenido técnico – Asistencial que permitan resolver con mayor competencia los problemas propios de los usuarios de APS por ciclo vital.	12	25	40	3	10	8	98	40				\$ 2.350.000

LE 5: GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA.	"Enfrentando el stress laboral"	Entregar herramientas y técnicas para enfrentar el estrés, fomentando el autocuidado personal	12	38	58	1	20	21	152	22		0	0	550.000
LE 6: TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	Cursos de capacitación online: Teleduc, Mercado Público, Minsal, otras instituciones con ofertas formativas tanto públicas y privadas	Los definidos en cada curso ofrecido por centros formadores universitarios chilenos y extranjeros.	5	15	25	0	8	4	57	las definidas por el curso				\$ 1.000.000
TOTALES			41	116	181	7	58	54	459	106	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 8.000.000

NOMBRE Gloria Ramírez Salas

CARGO Presidenta Comité de Capacitación

TELÉFONO DE CONTACTO 421108 – 421001

E-MAIL capacitacionretiro@gmail.com

1. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION: MARZO A DICIEMBRE 2014

Visión SSM

"Trabajando en Red por una Región Saludable"

COORDINACION A.P.S.

1 SUR N° 546, Talca Teléfonos 711783 – 711776

Fax 206706 E mail coordinacionaps@ssmaule

ANEXO N°1

REPUBLICA DE CHILE
 PROVINCIA DE LINARES
 ILUSTRE MUNICIPALIDAD
 RETIRO
 Secretaria * Municipal
 Concejo

MEMORANDO INTERNO N° 11/

RETIRO, 12 de Diciembre de 2013.

ASUNTO: COMUNICA ACUERDO DEL CONCEJO MUNICIPAL, APRUEBA PROGRAMA DE SALUD MUNICIPAL 2013 Y PRESUPUESTO SERVICIO SALUD MUNICIPAL 2013.

DE : SECRETARIO MUNICIPAL
 SECRETARIO - MUNICIPAL DE FE CONCEJO MUNICIPAL

A : SR. DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL
 DON RUBEN ARIAS BARREDO

- 1.- Comunico a Ud., que el Concejo, a iniciativa de su Sr. Presidente don Rodrigo Ramírez Parra, en uso de sus atribuciones que le confiere la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades", en Sesión 37° Ordinaria celebrada el día Jueves 12 de Diciembre de 2013, con el Quórum "mayoría absoluta de los concejales asistentes" obtenida por votación favorable de sus siete miembros en ejercicio presentes y asistentes en sala, dicho cuerpo colegiado presto su acuerdo favorable aprobando sin enmienda alguna, el "Programa de Salud Municipal 2014", aprobando además el respectivo "Presupuesto del Servicio de Salud Municipal año 2014", con un monto total por Aumento y Disminución de Gastos en \$1.876.897.-, con aporte Municipal en el monto total de \$126.000.000.-
- 2.- Lo que comunico y certifico a Ud., para su conocimiento y fines consiguientes asignándose a estas materias el **Decreto Exento N° 3.993 del 12 de Diciembre del 2013**, para su siguiente trámite y debido perfeccionamiento administrativo.



Atentamente,



GERARDO JESÚS BAYER TORRES
 Secretario Municipal
 Secretario - Ministro de Fe
 Concejo

GUBT/gvt.

DISTRIBUCION

- Sr. Director DESAM. ✓
- Diario Mural
- Archivo SECMUN - Concejo (Fotocopiar para Minuta Concejo (10) /

*Dirección Comunal, Dirección CESFAM SUBSECRETARÍA
 ASOC. GREMIAL DE FUNCIONARIOS SALUD
 NEFES PROBITAS, FUNCIONARIOS, CONCEJO DEPARTAMENTO.*