AREA SALUD RURAL MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE TRAIGUEN
IX REGION DE LA ARAUCANIA
CHILE

APRUEBA PLAN DE SALUD MUNICIPAL AÑO 2018 DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUÉN.

DECRETO ALCALDICIO EXENTO N° 4161

TRAIGUÉN, 22 DIC. 2017

V I S T O S:

- Art. N° 12 de la Ley 19378 Estatuto de Atención Primaria de Salud de fecha 13/04/1995 y su Reglamento.
- El Decreto Alcaldicio Exento N° 438 de fecha 27/02/2015 que aprueba Reglamento de la carrera funcionaria regida por el Estatuto de Atención Primaria de Salud de la Municipalidad de Traiguén.
- El Decreto Alcaldicio Exento N° 085 de fecha 18/01/2017 que asigna funciones a Administrador Municipal y delega la facultad de firmar documentos "Por Orden del Sr. Alcalde".
- El DFL 1-2006(I), que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.695, orgánica Constitucional de Municipalidades en relación con el DFL. (I) 1-3063/80 de Servicios Traspasados:

C O N S I D E R A N D O:

- Que, es la herramienta operativa usada para el despliegue de actividades sanitarias de APS.
- Que recoge las orientaciones sectoriales como también, las particulares del contexto local y las expectativas y necesidades de su población a cargo, para cada año.
- El Acuerdo N°01, de la Sesión Ordinaria N° 45 de fecha 29.11.2017 en la cual se acuerda por unanimidad, se aprueba el Plan de Salud Municipal año 2018, del Departamento de Salud Municipal.

D E C R E T O:

1. **APRUEBASE** el Plan de Salud Municipal año 2018 del Departamento de Salud Municipal de Traiguén.
2. **ADJÚNTESE** al presente Decreto, el Plan de Salud Municipal año 2018 del Departamento de Salud Municipal de Traiguén.
3. **PUBLÍQUESE** el presente Decreto y Plan adjunto en el Sistema de Transparencia Activa Municipal

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-

MUNICIPALIDAD SECRETARIA MUNICIPAL TRAIGUEN

MARIO ADRIASOLA CAULIER
SECRETARIO MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD ALCALDE TRAIGUEN

CRISTIAN SAN MIGUEL PINO
ALCALDE DE LA COMUNA (S)

MUNICIPALIDAD
DE TRAIGUÉN

PLAN DE SALUD COMUNAL TRAIGUEN 2018

INTRODUCCIÓN

Los establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal tienen la responsabilidad de formular cada año un Plan de salud Comunal en armonía con las orientaciones programáticas y normas técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 19.378.

Este documento incluye el diagnóstico epidemiológico y participativo, planificación de estrategias y principales actividades que nos permitan enfrentar los desafíos de trasformación hacia el enfoque de Salud familiar, y cumplimiento de metas e indicadores, potenciando el trabajo comunitario.

MISION:

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población de los sectores rurales de la comuna de Traiguén a través de la prevención y promoción de la salud , integrándolos a la red de atención que ellos requieren para la recuperación de la enfermedad .

Mantener un equipo de salud respetuoso, comprometido, dispuesto y actualizado en sus conocimientos, para acoger al usuario y cumplir los objetivos sanitarios en forma eficiente y eficaz.

VISION:

Ser identificados por la comunidad como parte fundamental de una red de salud resolutiva, participativa, integradora y de excelencia.

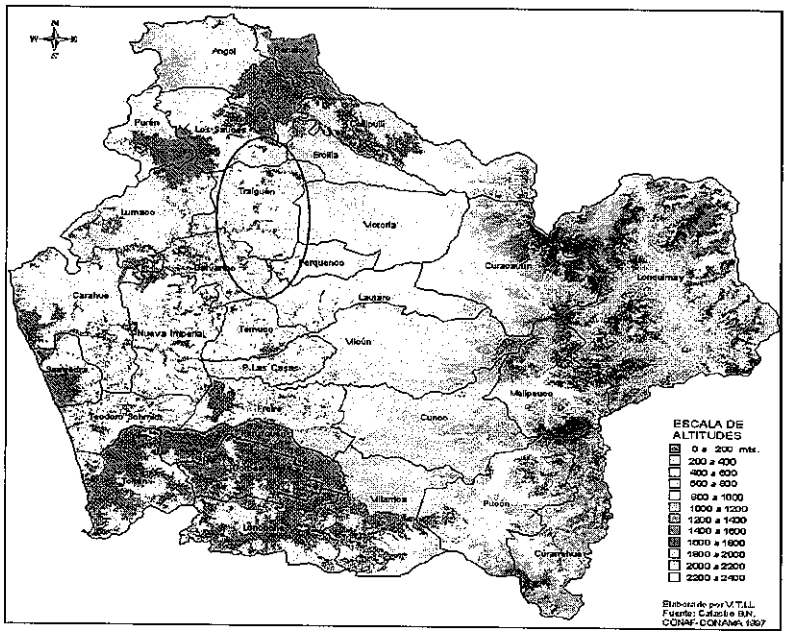
DIAGNÓSTICO GENERAL DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN

Traiguén , se encuentra ubicada en la provincia de Malleco, Región de la Araucanía, a 68 Km. de la Ciudad de Angol y a 89 Km. de Temuco. Su nombre significa en mapudungun 'salto de agua'.

Desde los inicios de su fundación, la ciudad se caracterizó por su dinamismo económico, lo cual significó que rápidamente la zona fuera conocida por el empuje, en la ardua tarea de implementar nuevos avances tecnológicos.

La ciudad se conoce históricamente como 'El Granero de Chile', en consideración a la gran producción triguera registrada a fines del siglo XIX y a comienzos del XX. Esto significó que ya en 1889 llegara a estas tierras el ferrocarril, además, se instaló en esos años el primer banco de La Frontera, de José Bunster, junto a otras casas financieras que establecieron sus sucursales en Traiguén.

Hoy la ciudad es conocida en el exterior por su importante producción forestal y hasta hace poco tiempo por la industria del mueble, pues se elaboraban en la zona artículos de calidad, que encontraban acogida en los mercados nacionales e internacionales. (Fábrica de Muebles Traiguén)



ATRACTIVOS TURÍSTICOS

Se pueden visitar atractivos entre los que se cuenta el Salto Quichanmahuida, con su Balneario Alin Mahuida, Balneario rinconada y Yaconny, la Quebrada Chufquén, con su Iglesia de Piedra y los Saltos del Río Quino. Además se puede visitar el Parque Weber, plantado hace más de 50 años y en el cual existen más de 76 variedades de coníferas de distintas partes del globo. Se cuenta además con la reserva Ecológica del Cerro Adencul.

Actualmente se está potenciando el desarrollo turístico a través del patrimonio arquitectónico, con proyectos como "museo a cielo abierto" que rescata el valor de casas históricas de la comuna.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de Traiguén se encuentra muy relacionada al proceso de incorporación de las tierras de 'La Frontera' al Estado chileno a fines del siglo XIX. Por lo tanto, como muchas ciudades de La Araucanía, Traiguén nació como un fuerte militar, una avanzada del Ejército de Chile para asentarse en esta zona del país.

El 2 de diciembre de 1878 se fundó el fuerte de Traiguén por el coronel Gregorio Urrutia, asentándose esta división en los dominios del gran Quilapán, quien diez años atrás había impedido que el Ejército lograra su cometido en el área.

Ya en el año 1879 se instaló el telégrafo en el sector, lo que permitió una rápida comunicación con otras zonas del país. Asimismo, junto a los militares llegaron cientos de personas con el ánimo de instalarse en el sector. La gente empezó a trabajar en la ganadería y la agricultura

En 1883, José Bunster instala un molino de cilindros que operaba con energía hidroeléctrica, siendo el primero en su tipo en Sudamérica. Por lo demás, permitió proveer de luz eléctrica a un importante número de familias.

En 1901 comenzó a operar la primera locomotora eléctrica en Sudamérica, bajo la administración de Juan Widmer y que hoy se ubica frente a la Estación de Ferrocarriles. A comienzos del siglo XX, la comuna se caracterizó por su prosperidad, lo cual significó que la zona atrajera a un alto número de inversionistas de distintas partes que vieron en estas tierras una buena alternativa para hacer riqueza, lo cual redundó en un abundante comercio y dinámica vida económica

CLIMA

Posee un clima templado lluvioso, con 10 meses húmedos (en los que se alcanza un promedio cercano a los 1.250 Mm. de precipitaciones), 2 secos, y una temperatura media anual de 12,2°C.

RELIEVE Y SITUACIÓN GEOLÓGICA

El relieve de la comuna de Traiguén es el resultado de antiguos y complejos procesos tectónicos erosivos y gravitacionales que han creado en el borde oriental de la cordillera de Nahuelbuta una serie de cuencas y serranías que avanzan hacia el centro. La capital comunal se presenta así como una cuenca abierta hacia el sur-este por donde las aguas del río Traiguén escurren hacia el sur donde formara el Cholchol. Este luego de reunirse al Cautín se integrara a la hoya hidrográfica del Imperial.

De este modo tenemos que la comuna presenta, además del área deprimida donde se asienta la capital comunal, dos sectores muy definidos y limitados por accidente topográficos de fácil reconocimiento. Un sector ondulado, casi plano que se extiende hacia el norte del cerro chumay, (341m de altitud) los espacios meridionales de Traiguén se extienden hasta el río Perquenco, espacio representativo de la depresión intermedia regional, plano pero con sectores acolineados que han originado los procesos erosivos de los ríos que lo cruzan, como el Tricauco, chanco, Quino y el mismo Perquenco, en su límite meridional. Los sectores montañosos nororientales están representados específicamente por las estribaciones sudoccidentales del cordón de Quechereguas, que tiene como su mejor exponente comunal al cerro Adencul por el sur, Cuel y Quichamahuida por el norte.

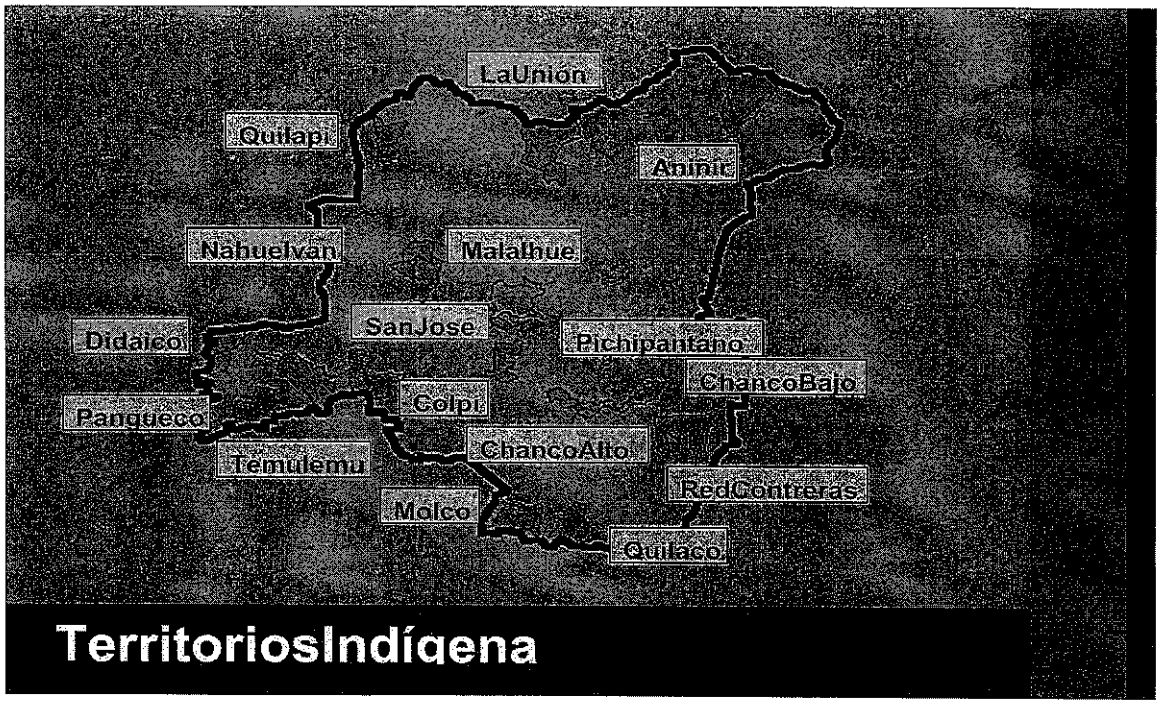
LOS SUELOS

Está ubicada en el valle Longitudinal, en una zona compuesta por material glacio-fluvio- volcánico, con suelos del tipo trumao; además, es regada por el río Traiguén, perteneciente a la hoya hidrográfica del río Imperial.

RED VIAL



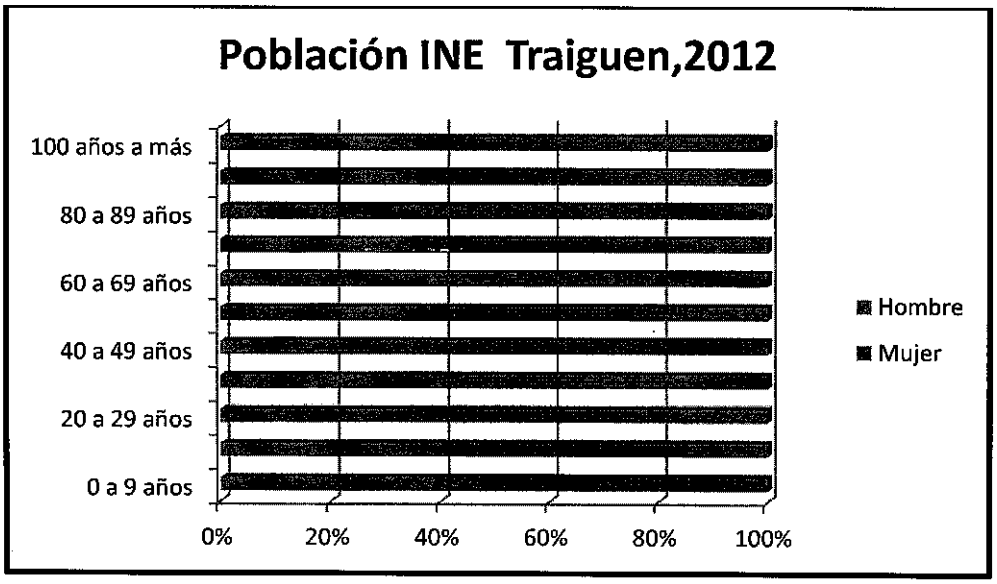
TERRITORIOS INDIGENAS :

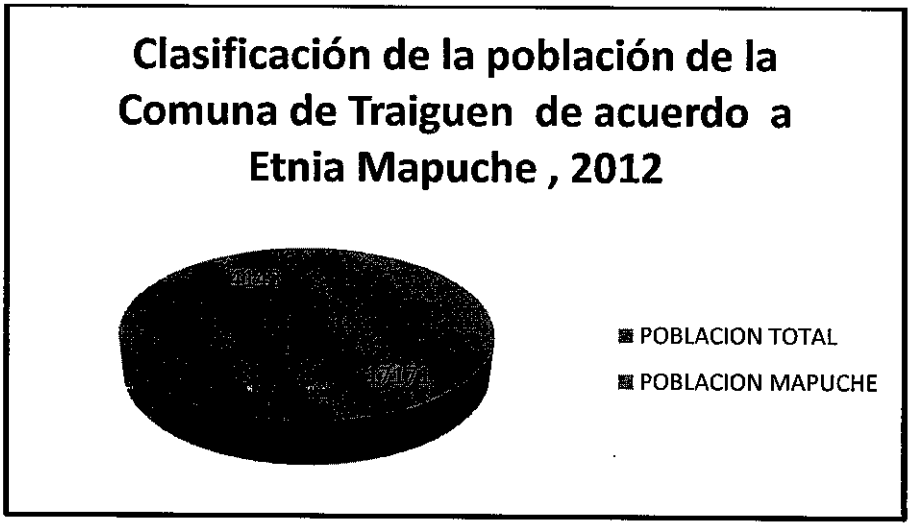


SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA ACTUAL DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN

Según datos del INE basados en el Censo de 2012, a través de la siguiente tabla se muestra la población total, por sexo, edad y etnia:

Traiguén	Población Total			Población Mapuche		
Ambos sexos	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	**17,171**	**8,132**	**9,039**	**4,143**	**2,006**	**2,137**
0 a 9 años	2,375	1,186	1,189	719	363	356
10 a 19 años	2,785	1,402	1,383	746	369	377
20 a 29 años	2,034	963	1,071	529	269	260
30 a 39 años	1,981	898	1,083	525	222	303
40 a 49 años	2,392	1,118	1,274	561	270	291
50 a 59 años	2,197	1,053	1,114	432	213	219
60 a 69 años	1,602	722	880	333	152	181
70 a 79 años	1,114	518	596	200	102	98
80 a 89 años	587	234	353	84	38	46
90 a 99 años	99	36	63	10	7	6
100 años a más	5	2	3	1	1	0





Cabe mencionar que del total de la población de la comuna, un 29,35% corresponde a sector rural.

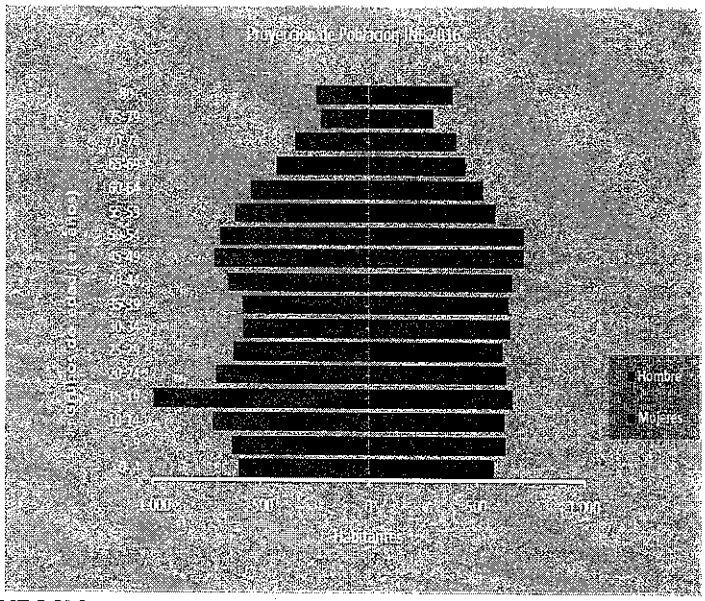
Por su parte, el Observatorio Social, en sus informes comunales N° 1 (febrero de 2014), en el año 2011 se estima que el 32,7% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, lo que corresponde a una tasa significativamente mayor, desde un punto de vista estadístico, a la registrada a nivel regional (22,9%) y nacional (14,4%).

Además, en términos de protección laboral, se observa que en la comuna la proporción de la población de 20 años y más que está afiliada al seguro de cesantía (22,3%) es menor al porcentaje observado a nivel regional y nacional (24,3% y 32,9% respectivamente). En tanto, una mayor proporción de los afiliados (que en la región y en el país) se encuentra entre el 40% de afiliados de menor renta promedio (quintiles nacionales I y II).

Asimismo, una mayor proporción de los afiliados de la comuna que en la región y el país tienen contrato de plazo fijo, lo que implica que una menor proporción tiene contrato indefinido en la comuna.

En relación a salud, la proporción de la población comunal afiliada a Fonasa que pertenece a los grupos A y B (78,1%), de menores ingresos, es mayor que el promedio regional (71,6%) y nacional (60,1%). En términos de resultados, se observa que el año 2010 la tasa de natalidad en la comuna es de 15,5 niños(as) por cada 1.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general del quinquenio 2005-2010 (ajustada a la población del año 2003) es de 6,7 personas por cada 1.000 habitantes, y la tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) es de 10,0 niños(as) por cada 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, la esperanza de vida femenina al nacer en la comuna es menor a la regional, mientras que la masculina es igual en la comuna y el promedio regional.

En lo relativo a la condición nutricional de la población, el año 2011, se observó en la comuna una mayor proporción que en la región de niños menores de 6 años, en control, que están con sobrepeso o en condición de obesidad. Análogamente, entre los adultos mayores, el porcentaje de la población en control que se encuentra con bajo peso supera el promedio regional.



PROYECCION POBLACION INE 2016 = 19, 771 habitantes

INDICADORES DEMOGRAFICOS COMUNA DE TRAIGUEN 2016 *

Población de ambos Sexos	**19,771**
Hombres	**9.931**
Mujeres	**9.840**
Indice de masculinidad (Nacional 98)	**100,92**
Indice de vejez (Nacional 52,5)	**63,13**
Indice de dependencia (Nacional 44)	**47,41**
Población de menores de 15 años (NACIONAL 20, 19%)	**19,23 %**
Porcentaje de población de 65 y más años (Nacional 15,32%)	**14,09 %**

*Fuente: Proyección 213-2020 INE

La comuna de acuerdo a la proyección INE 2017 cuenta con una población de 19.771 habitantes de ambos sexos. Los hombres de acuerdo a la proyección INE son 9931 habitantes y constituyen mayor número que las mujeres quienes de acuerdo a la proyección corresponde a 9840. Por lo anterior el índice de masculinidad de la comuna es de 100.92, sobre el nacional que es de 98.

En relación al porcentaje de la población menor de 15 años esta corresponde a un 19,23% siendo inferior al corte nacional de 20,19 % y el porcentaje de población de 65 años y más es de 14,09% en la comuna inferior al corte nacional de 15,32 %.

El índice de vejez es de un 63,13 mayor que el índice nacional ubicado en el 52,5 , esto refleja que Traiguén como comuna tiene un mayor número de habitantes longevos , en la poblacion mayor de 65 años el índice de dependencia es de 47,41 mayor al nacional donde el índice es de 44.

El % vulnerabilidad de la Comuna de Traiguen corresponde al 84, 49 %

La Proporción de personas calificadas en el 40% de menos ingresos o mayor vulnerabilidad según registro social de hogares corresponde al 71,81%

INDICADORES DE ESTADISTICAS VITALES COMUNA DE TRAIGUEN 2015 **

Natalidad (número de nacidos vivos)	**239**
Tasa de Natalidad (tasa x 1,000 habitantes- Nacional 14,15% al 2014)	**12,05**
Mortalidad General (número de defunciones)	**167**
Tasa de Mortalidad (tasa x 1,000 habitantes – Nacional 5,72 % al 2014)	**8,42**
Mortalidad Masculina (tasa x1,000 hombres)	**9,04**
Mortalidad Femenina (tasa x 1,000 mujeres)	**7,80**
Indice de Swaroop (>65)	**76,65**
Mortalidad Infantil (tasa x 1,000 nacidos vivos – Nacional 7,2 al 2014)	**4,18**
Mortalidad de 20 a 44 años (tasa x 1,000 habitantes)	**1,09**
Mortalidad de 45 a 64 años (tasa x1,000 habitantes)	**5,51**

** Elaboración DEIS, base de datos preliminares nacimientos y defunciones.

La Natalidad (número de nacidos vivos) en la comuna de Traiguén corresponde a un total de 239 nacidos vivos, con una tasa de natalidad (tasa x 1000 habitantes) de 12,05% inferior al corte nacional de 14,15 % al 2014. Al contrario la mortalidad (número de defunciones) en la población fue de 167 defunciones, dando como resultado una tasa de mortalidad de 8,42% mayor al corte nacional de 5,72% al 2014. De este total de defunciones la mortalidad masculina (tasa x1000 hombres) fue mayor a la mortalidad femenina (tasa x1000 mujeres), siendo la primera de 9,04% y la segunda de 7,8%.

El índice de Swarrop (>65), tasa empleada en demografía y epidemiologia para comparar la mortalidad entre poblaciones con diferentes estructura por edades, en la comuna este índice en la población pertenecientes a los rangos de mayores de 65 años fue de 76,65%

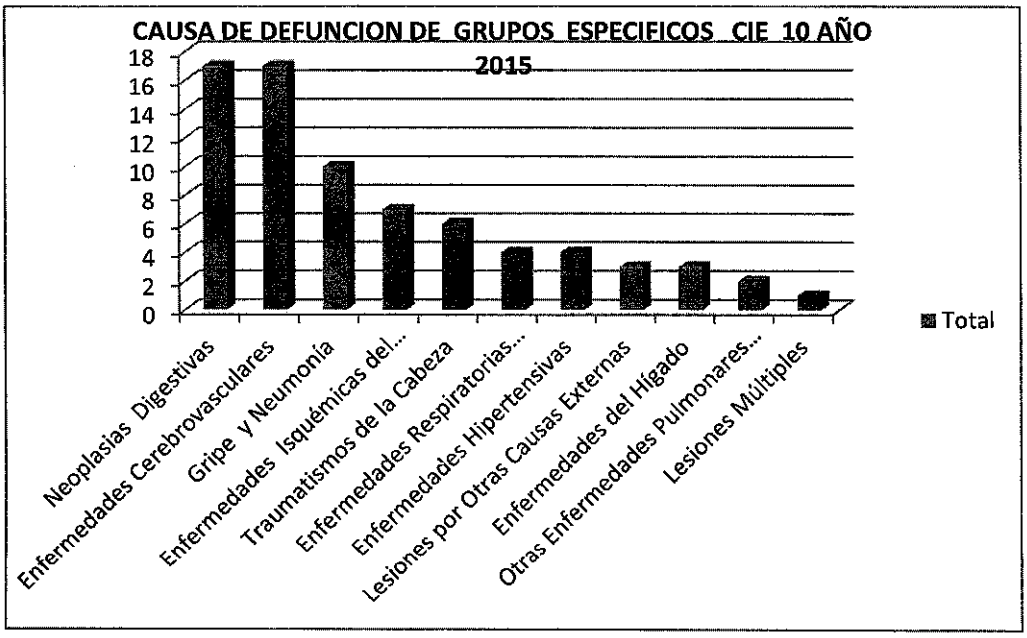
En lo que respecta a la mortalidad infantil (tasa x 1000 nacidos vivos) esta fue de 4.18% menor que el porcentaje nacional de 7,2% al año 2014. Y la mortalidad de 20 a 44 años (tasa x 1000 habitantes) dentro de ese rango de edad fue de 1,09% y la mortalidad de 45 a 64 años (tasa x 1000 habitantes) dentro de ese rango de edad fue de 5,51 %, siendo mayor las defunciones en este segundo rango etario.

INDICADORES DE MORTALIDAD DE LA COMUNA DE TRAIGUEN 2015 **

CAUSA DE DEFUNCION DE GRUPOS ESPECIFICOS - CIE 10 - AÑO 2015

Neoplasias Digestivas	17
Enfermedades Cerebrovasculares	17
Gripe y Neumonía	10
Enfermedades Isquémicas del corazón	7
Traumatismos de la Cabeza	6
Enfermedades Respiratorias Inferiores Crónicas	4
Enfermedades Hipertensivas	4
Lesiones por Otras Causas Externas	3
Enfermedades del Hígado	3
Otras Enfermedades Pulmonares Intersticiales con fibrosis	2
Lesiones Múltiples	1

** Elaboración DEIS, base de datos preliminaries nacimientos y defunciones.



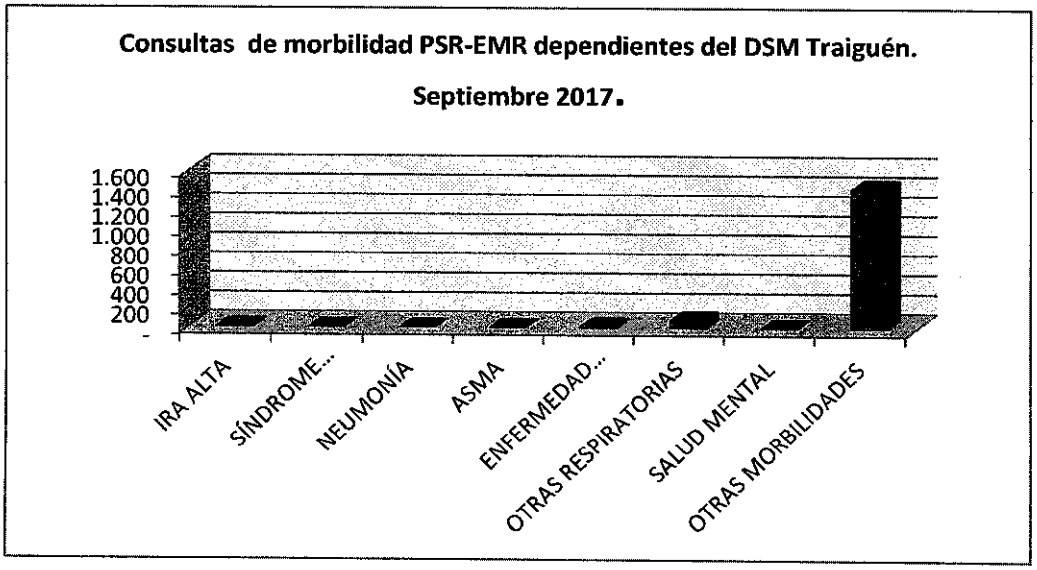
Las principales causas de mortalidad en la comuna de Traiguén son las neoplasias digestivas y las enfermedades Cerebrovasculares, seguida de las enfermedades del aparto respiratorio como son la Gripe, Neumonía, en menor grado las otras patologías mencionadas.

MORBILIDAD SALUD RURAL DE TRAGUEN

Consultas de Morbilidad a Septiembre del 2017:

TIPO DE CONSULTA	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
IRA ALTA	8	5	3
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	2	1	1
NEUMONÍA	1	-	1
ASMA	2	1	1
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	16	5	11
OTRAS RESPIRATORIAS	82	32	50
SALUD MENTAL	2	-	2
OTRAS MORBILIDADES	1427	525	902

Fuente: Rem Consolidado SA-04.



Dentro del registro de las consultas Médicas por Morbilidad en Postas y Estaciones Medico Rurales el resúmen estadístico destaca las patologías de origen respiratorio de mayor ocurrencia . En otras morbilidades , que constituye el mayor volumen de registro corresponde a otro tipo de problema de salud , si ameritan la necesidad de examen o derivación esta se realiza en el momento de la atención.

CENTROS DE DERIVACION:

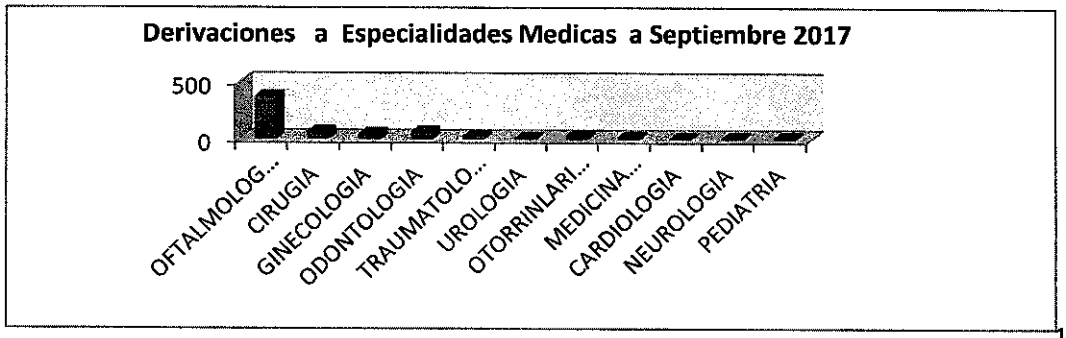
Los pacientes cuyos problemas de salud requieren de la intervención de otros profesionales especialistas, exámenes u otros procedimientos curativos que no correspondan al nivel primario de atención deben ser referidos a otros centros de salud mediante una Interconsulta. Estos centros de salud corresponden a:

Para este efecto existe una plataforma computacional en red que permite la solicitud y derivación de horas de Interconsultas para diferentes procedimientos y especialidades denominado sistema de Referencia y Contrarreferencia (RF-CRF), esta plataforma permite realizar un seguimiento respecto al estado de tiempos de espera determinar los principales problemas de salud de la población rural beneficiaria, las especialidades con mayor demanda y la respuesta del especialista que queda en la ficha electrónica creada para cada paciente en el establecimiento donde es derivado.

INTERCONSULTAS GENERADAS PARA ESPECIALIDADES MEDICAS A OCTUBRE 2017.

ESPECIALIDADES	TOTAL DE DERIVACIONES A SEPTIEMBRE 2017
OFTALMOLOGIA	372
CIRUGIA	67
GINECOLOGIA	51
ODONTOLOGIA	66
TRAUMATOLOGIA	28
UROLOGIA	10
OTORRINLARINGOLOGIA	30
MEDICINA INTERNA	20
CARDIOLOGIA	8
NEUROLOGIA	10
PEDIATRIA	11

FUENTE : Referencia-Contrareferencia – sept 2017



Dentro de la derivación de pacientes se puede apreciar que es Oftalmología con 372 derivaciones , constituye una de las especialidades con mayor demanda , esto esta dado por la incorporación de Convenios de compra de Servicio para la atención Oftalmologica Integral , donde la canasta incluye la atención de especialista Oftalmólogo y lentes , es una de las especialidades que presenta mayor resolutividad por atención primaria , la principal demanda con espera que se genera para esta especialidad es por Patologías GES Cataratas , Vicio de Refracción de personas de 65 y más años que dependen de la oferta de atenciones de Hospitales de Victoria y Traiguen quienes son los responsables de las garantías .

Las derivaciones a la especialidad de Cirugía corresponden a 67 , la mayor derivación se genera por el Programa Imágenes Diagnósticas , ya que a través de Ecografia Abdominal que se realiza a través de compra de servicios se confirman Patologías de la Cavidad Abdominal que requieren control y resolución de especialidad , como es el caso de Colelitiasis , Hernias, otros problemas de salud .

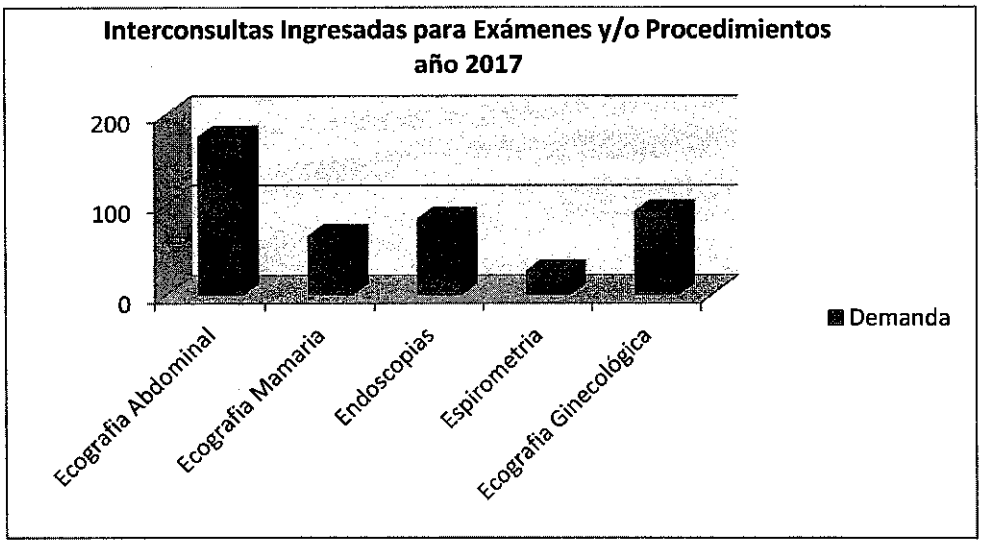
En el caso de las especialidades Odontologícas , estas corresponden a Periodoncia , Endodoncia, Cirugia Maxilofacial , Ortodoncia , Protesis Remoivible , la mayor derivación se genera a través de la mayor oferta de Odontologia General financiada atraves de Convenios Odontologicos.

Especialidades como Otorrinolaringologia, Traumatologia y Urología su demnada es en relación patologías GES : Hipoacusia en el mayor de 65 años , Artrosis de Rodilla y/o Cadera , Hiperplasia de Prostata respectivamente. El mayor tiempo de espera es para las especialidades de Otorrinolaringologia y Urologia.

INTERCONSULTAS GENERADAS PARA EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS:

Examen/Procedimiento	Demanda
Ecografia Abdominal	175
Ecografia Mamaria	65
Endoscopias	84
Espirometria	26
Ecografia Ginecológica	92

Fuente : Referencia-Contrareferencia –octubre 2017.



La mayor demanda de exámenes esta dada por Ecografia Abdominal , a través del Convenio Imágenes Diagnósticas del Servicio de salud Araucanía Norte se logra solucionar el 100 % de la demanda anual , también se resuelve la demanda de Ecografía mamaria con este Convenio.

Respecto a las Ecografias Ginecologicas la demanda se resuelve principalmente atraves de Hopital Traiguén quien incorporo la atención de Especialista Ginecologo este año 2017. Demandas que no son cubiertas por la agenda del Hospital Local se derivan a Hospital de Victoria.

La demanda de procedimeintos médicos como Endoscopias Digestivas Alta , se resuelve a través del Convenio de Resolutividad de La Atención Primaria de Salud del Servicio de Salud Araucania Norte , donde el 100 % de la demanda se soluciona con la compra de servicios.

En elación a las Espirometrias, la derivación corresponde al Hospital de Traiguén, quien a través de Agenda en su Sala ERA cubren la atencón del 100% de la demanda .

PROBLEMAS DE SALUD AUGE

Actualmente una parte importante de los recursos y esfuerzos en el sector Salud, en todos los niveles de atención, corresponde a la resolución de los problemas de salud AUGE (Acceso Universal y Garantías Explícitas enSalud).

El plan Auge es un sistema integral de salud, cuyos beneficiarios son todos los chilenos que pertenezcan a FONASA o Isapre indistintamente. A través de la Ley que establece el sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES) contempla mecanismos legales que dotan al Ministerio de Salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las respectivas garantías asociadas.

Entró en vigencia el 1° de Julio de 2005 con 25 patologías a las cuales se han ido incorporando otras en forma paulatina; para el año 2015 los problemas de Salud AUGE incluyen un total de 80 patologías, algunas de ellas de exclusividad de Atención Primaria de Salud.

Para su Monitoreo existe una plataforma computacional en red nacional denominada Sistema Informático de Gestión de las Garantías explícitas en Salud (SIGGES), la cual requiere de una constante supervisión y actualización de la información de manera de cumplir con los plazos definidos para su cumplimiento.

PATOLOGIAS AUGE DE RESPONSABILIDAD ATENCION PRIMARIA
HIPERTENSION ARTERIAL
DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
ASMA BRONQUIAL MENOR DE 15 AÑOS
ASMA BRONQUIAL 15 AÑOS Y MAS
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA MENOR 5 AÑOS
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD MAYOR E 65 AÑOS
ARTROSIS RODILLA Y/O CADERA EN EL MAYOR DE 55 AÑOS
DEPRESION LEVE A MODERADA
SALUD ORAL INTEGRAL 60 AÑOS
SALUD ORAL INTEGRAL 6 AÑOS
SALUD ORAL INTEGRAL DE LA EMBARAZADA
URGENCIA ODONTOLOGICA AMBULATORIA
EPILEPSIA NO REFRACTARIA MENOR DE 15 AÑOS
EPILEPSIA NO REFRACTARIA MAYOR DE 15 AÑOS
ORTESIS REQUERIDA MAYOR DE 65 AÑOS
CANCER CERVICOUTERINO
HIPOTIROIDISMO
TRATAMIENTO ERRADICACION DEL HELICOBACTER PYLORI

Es responsabilidad del Departamento de Salud Municipal el acercamiento de los pacientes GES al radio urbano para que puedan concurrir a sus controles de especialidad , especialmente los sectores rurales que no tienen un sistema expedito de locomoción rural que les permita acudir a sus citaciones .

Dentro de los problemas de salud que requieren un sistema expedito de acercamiento se debe mencionar los pacientes que acuden a Dialisis , a la fecha corresponde a 6 pacientes : Molco 3 pacientes , Reduccion Contreras 1 paciente , Pantano 1 paciente , Didaico 1 paciente.

Al 30 de Octubre del 2017 la derivación de los pacientes de Postas y Estaciones Medico Rurales a Especialidades por Patologías GES corresponde a los siguientes problemas de salud:

Artrosis Rodilla y/o Cadera	2
Vicio de Refracción	44
Cataratas	20
Hipoacusia -Audifono requerido	8
Colelitiasis	8
Cancer Cervicouterino	1
Cancer de Mama	1
Displasia Luxante de Cadera	2
Enfermedad Renal	3
Hiprplasia Prostatica Benigna	2
Retinopatia Diabetica	3

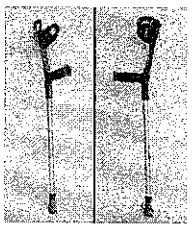
Fuente Referencia – Contrareferencia septiembre 2017.

La derivación de Patologís GES se realizan de acuerdo a las parametrizaciones que indican el flujo de derivación ,las patologás más frecuentes corresponden a las de mayor derivación : Oftlamología : Vicio de Refracción en mayor de 65 años , Cataratas. También es posible encontrar derivación por Hipocusia mayor de 65 años y Colelitiasis en el grupo de 35 a 49 años de edad.

GES - ORTESIS

Las Ortesis , constituyen un gran aporte a la autovalencia de los adultos de 65 y más años , ya que cuando se presenta limitación funcional para desplazarse y/o dificultad para realizar actividades de la vida diaria, originadas por múltiples causas y que se encuentren asociadas a dolor, claudicación, riesgo de caída, alteración de la marcha o síndrome de inmovilidad el uso de órtesis o ayudas técnicas determinará, en cada caso, mejorar las condiciones funcionales y de calidad de vida de las personas mayores. Las ortesis entregadas durante el año 2017 corresponden a **24 Bastones y 1 Colchón Antiescara.**

BASTONES



Se indica en presencia de:
- Dolor de articulaciones de extremidades inferiores secundaria a:
• Osteoartritis, artritis, traumatismos.
- Post- cirugía por endoprótesis de cadera, rodilla.
- Riesgo de caída o caídas a repetición.
- Secuela de AVE
- Amputados

COLCHONES



Se indica adultos mayores con alto grado de inmovilidad secundario a:
- Alteraciones del estado de conciencia
- Alteración de sensibilidad
- Cáncer Terminal
- Demencias en estadios avanzados
- Artropatías degenerativas severas
- Lesiones medulares

ESPECIALIDADES DERIVACION HOSPITAL DE VICTORIA

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
CIRUGIA GENERAL	HERNIAS CAVIDAD ABDOMINAL CANCER GASTRICO COLECISTECTOMIA 35 A 49 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
PEDIATRIA GENERAL	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO	
PEDIATRIA TRAUMATOLOGIA	DISPLASIA CADREA MENOR DE 1 AÑO	
MEDICINA INTERNA	ERRADICACION HP PARA SS ENDOSCOPIA CONTROL ESPECIALIDAD PATOLOGIAS AUGE INDICADAS POR MEDICO (HIPERTENSION-DIABETES- HIPOTIROIDISMO-ASMA BRONQUIAL– ARTRITIS REUMATOIDEA- ULCERA PEPTICA-ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL – ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA)	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
CARDIOLOGIA	CONTROL ESPECIALIDAD PATOLOGIAS AUGE INDICADAS POR MEDICO (HTA)	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
TRAUMATOLOGIA	CONTROL ESPECIALIDAD PATOLOGIAS AUGE INDICADAS POR MEDICO (ARTROSIS RODILLA Y/O CADERA – ARTROSIS CADERA 65 Y MAS AÑOS – ESCOLIOSIS MENOR DE 25 AÑOS- HERNIA NUCLEO PULPOSO)	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
PSIQUIATRIA	DEPRESION MODERADA A GRAVE- ESQUIZOFRENIA TRASTORNO BIPOLAR 15 Y MAS AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
UROLOGIA	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA – CONTROL PREVENCION SECUNDARIA DE IRCT HIPERPLASIA PROSTATA CANCER PROSTATA MAYOR 15 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
FONOAUDIOLOGO	HORAS DE CONTROL REFERIDAS POR PEDIATRA	
OFTALMOLOGIA	CATARATAS RETINOPATIA DIABETICA ESTRABISMO MENOR DE 9 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
NEUROLOGIA	EPILEPSIA- ENF PARKINSON	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
OTORRINOLARING	HIPOACUSIA MAYOR 65 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR MEDICO
ODONTOLOGIA	PATOLOGIAS ODONTOLOGICAS DEFINIDAS DE ACUERDO A PARAMETRIZACION 2º NIVEL QUE NO SEAN RESUELTAS EN APS. SO EMBARAZADA – 6 AÑOS- 60 AÑOS	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEFINIDOS POR ODONTOLOGO GENERAL
GINECOLOGIA	PATOLOGIAS DEFINIDAS POR MEDICO - MATRONA	

EXAMENES - PROCEDIMIENTOS DERIVACION HOSPITAL VICTORIA

ESPECIALIDAD	TIPO PROCEDIMIENTO	REQUERIMIENTO
ECOGRAFIAS ABDOMINAL - MAMARIA	EXAMEN	IMAGEN PARA APOYO DIAGNOSTICO SEGMENTO DEFINIDO POR IC MEDICO - MATRONA
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	PROCEDIMIENTO	IMAGEN PARA APOYO SEGMENTO DEFINIDO POR IC MEDICO PARA CONFIRMACION DIAGNOSTICA
COLONOSCOPIAS DIGESTIVAS	PROCEDIMIENTO	IMAGEN PARA APOYO SEGMENTO DEFINIDO POR IC MEDICO PARA CONFIRMACION DIAGNOSTICA

ESPECIALIDADES DERIVACION HOSPITAL DE TRAIGUEN

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
OFTALMOLOGIA	VICIOS DE REFRACCION MAYOR DE 65 AÑOS	
MED FAMILIAR-ORTESIS	ORTESIS 65 Y MAS AÑOS	
EXAMEN	ESPIROMETRIA PARA DEFINIR DIAGNOSTICO RADIOGRAFIA DE PELVIS	
MEDICINA FAMILIAR		DERMATOLOGIA - TELEDERMATOLOGIA

ESPECIALIDADES DERIVACION HOSPITAL DE ANGOL

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
GINECOLOGIA	SOSP CA CU	UNIDAD PATOLOGIA CERVICAL
GASTROENTEROLOGIA	OBS. CANCER GASTRICO	GASTRITIS CRONICA QUE REQUIERAN ENDOSCOPIAS
NEUROLOGIA INFANTIL	EPILEPSIA MENOR DE 15 AÑOS	TRASTORNOS DEL DESARROLLO INFANTIL

ESPECIALIDADES DERIVACION HOSPITAL DE TEMUCO

ESPECIALIDAD	PATOLOGIAS AUGE	OTRAS PATOLOGIAS
GINECOLOGIA	SOSP CA MAMA	UNIDAD PATOLOGIA MAMARIA

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD RURAL 2015- 2018.

Objetivo General:

Conocer la situación de Salud de la población rural beneficiaria del Departamento de Salud Municipal de la comuna de Traiguén, con la participación de los distintos actores sociales con el fin de priorizar los problemas y elaborar en conjunto un plan de Trabajo.

Objetivos Específicos:

- Recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud de la comunidad.
- Analizar los problemas de Salud detectados, en conjunto con la población y los actores sociales.
- Elaborar un plan de trabajo para el año, que contemple las posibles soluciones de los problemas detectados.

Antecedentes Generales de la Población Rural Beneficiaria:

La población beneficiaria rural corresponde a un total 4.602 usuarios, con un total aproximado de 986 familias, (promedio de 5 integrantes por hogar). De estos un 80% corresponde a población de etnia mapuche. El nivel educacional de la población predomina la básica incompleta con un 64%, un 16% lee y escribe, un 6% con enseñanza media completa, 2% con estudios superiores y 4% con analfabetismo.

Con relación a la fuente de ingreso laboral un 70% no cuenta con un trabajo remunerado estable, prevalecen los trabajos de temporada en empresas de rubro agrícola-forestal, programas de apoyo SENCE, programas de empleo de emergencia de la Municipalidad de Traiguén.

Las vías de acceso a los sectores rurales son mayoritariamente caminos de ripios en buen estado, permitiendo el tránsito vehicular en época de invierno a los distintos establecimientos de salud, sin embargo los caminos vecinales de algunos sectores se encuentran en mal estado lo que dificulta llegar al domicilio de los usuarios para entregar las prestaciones programadas por el equipo de salud.

En cuanto al saneamiento básico un 90% de la población cuenta con sistema de electrificación rural, el agua es obtenida a través de pozos o vertientes y solo un 15 % tiene agua potable rural. (Quilquén, Pantano, Villa el Tesoro Chufquen). Con respecto al sistema de eliminación de excretas predominan las letrinas sanitarias o fosa séptica.

En relación a las organizaciones sociales, existen sectores en los cuales se pueden encontrar JJVV, comités de agua potable rural, iglesias evangélicas, comités de salud, club de adulto mayor, escuelas, postas de salud rural, estaciones médico rural, otras.

Los principales problemas de salud identificados por los usuarios son: obesidad, sedentarismo, falta de información en temas de salud (patologías AUGE) falta de espacios recreativos, contaminación ambiental y alcoholismo.

PROBLEMAS PRIORIZADOS	ESTRATEGIA/SOLUCION	RESPONSABLES
Sedentarismo, Obesidad.	Realizar actividades / deportivas / recreativas Talleres de Capacitación Muestras de Alimentación Saludable Olimpiadas Deportivas Instalación de circuito de maquinas de ejercicios en dos sectores rurales (Quilquén, Quechereguas)	Comité de Salud Dirigentes Organizaciones Sociales Equipo de Salud
Desinformación en Temas y prestaciones GES.	Capacitar a los usuarios en diferentes patologías Auge. (Atención Primaria)	Equipo de Salud del DSM Traiguen
Contaminación ambiental, mal estado de letrinas sanitarias.	Capacitar a los usuarios en mantención y manejo adecuado de las letrinas sanitarias.	Oficina de Acción Sanitaria
Falta de Actividades Recreativas y rescate de Tradiciones.	Realizar actividades /Recreativas Taller de Guitarra en un sector rural Encuentros de Cueca Campesina en tres Comités de Salud	Comité de Salud Profesor de Educación Música Equipo DSM
Alcoholismo y Tabaco	Capacitar a los usuarios para que tomen conciencia de los efectos del Alcohol y Humo del tabaco en el organismo.	SENDA / PREVIENE Equipo DSM

PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL - 2017 :

La participación de la comunidad es relevante, si queremos desarrollar un enfoque de determinantes sociales y de mejoramiento de equidad. La incorporación de diagnósticos participativos que recogen la opinión y priorización de salud desde la perspectiva de la comunidad, contribuye al desarrollo de este enfoque y a avanzar en la pertinencia de las acciones de salud. La experiencia señala que para obtener mejoría en las condiciones de salud de la población es necesario sumar al diagnóstico técnico, el diagnóstico desarrollado por la comunidad.

Los procesos de planificación participativa, tienen la garantía de integrar las necesidades sentidas y/o reales de la población y generar un proceso de construcción conjunta de soluciones con mayor sostenibilidad a las intervenciones diseñadas. El Diagnóstico Participativo abre esta puerta y posibilita a los equipos locales de salud el desarrollo de estrategias pertinentes.

El diagnóstico participativo, permite llegar a "las causas de las causas" de las condiciones de salud de la población, por lo tanto además de ser una metodología, es un instrumento político que permite que la población asuma concientemente sus problemas, se empodere para enfrentar su realidad, en su relación con el Estado y para el desarrollo de un trabajo comunitario en su territorio o localidad.

De esta forma un ejercicio participativo en las etapa de planificación del Plan Comunal de Salud permitirá integrar y consolidar la mirada epidemiológica social y la mirada de los pobladores que colectivamente reconocen en su realidad los efectos en su salud y la forma de abordarlos, generando un proceso sinérgico de soluciones.

Servicio de Salud	**Araucanía Norte**
Comuna	**TRAIGUEN**
Establecimiento	**DSM TRAIGUEN**

Diagnóstico Participativo / **Fecha realización: Noviembre 2015**		**RESUMEN DEL PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL**			
Problemas Identificados	**Clasificación del problema (*)**	**OBJETIVOS**	**ACTIVIDADES**	**MEDIOS VERIFICACION**	**NUMERO DE ACTIVIDADES COMPROMETIDAS AÑO**
Falta de informacion de la Canasta de Prestaciones APS	Factores que inciden en la satisfaccion usuaria	Crear un boletin informativo de de Canasta de prestaciones de APS.	Elaboracion de Diptico Informativo de Canasta de prestaciones de APS.	Diptico informativo elaborado	1
Falta de informacion de la Canasta de Prestaciones APS	Factores que inciden en la satisfaccion usuaria	Informar a la comunidad de la Canasta de prestaciones de APS.	Taller informativo de de Canasta de prestaciones de APS en las postas de Molco, Quilquen, Pantano y Quechereguas)	Acta de los Talleres de difusion. Listas de Asistencia, fotografias	4
	Factores que inciden en la satisfaccion usuaria	contar con un documento elaborado(protocolo) de gestión de solicitudes ciudadanas	Elaboracion de un protocolo de solicitudes ciudadanas en el Departamento de salud municipal	Lista asistencia, protocolo elaborado	1
	Factores que inciden en la satisfaccion usuaria	mantener activo el comité de gestión de reclamos	Realizar reuniones de comité de gestión de reclamos para socializar protocolo.	Lista asistenci, acta	1
Obesidad y Sedentarismo	Salud de las Personas	Fomentar estilos de vida saludable en la comunidad. Prevenir enfermedades cronicas no transmisibles	Disposicion de un Profesor de Educacion Fisica Que enseñe a la comunidad a utilizar las maquinas de ejercicio en 2 plazas activas de la comuna	Listas de Asistencia, Fotografias, bitacora de actividades.	2

	Salud de las Personas	Fomentar estilos de vida saludable en la comunidad. Prevenir enfermedades cronicas no transmisibles	Disposicion de un Profesor de Educacion Fisica Que imparta actividades recreativas dirigidas a padres y /o cuidadores con sus hijos en edad escolar.	Listas de Asistencia, Fotografias, bitacora de actividades.	3
	Salud de las Personas	Fomentar estilos de vida saludable en la comunidad. Prevenir enfermedades cronicas no transmisibles	Talleres de actividad fisica en postas del sector rural. (Aniñir, Molco, Quilquen, Pantano y Quechereguas)	Listas de Asistencia, Acta	5
	Salud de las Personas	Fomentar estilos de vida saludable en la comunidad. Prevenir enfermedades cronicas no transmisibles	Talleres de actividad fisica en escuelas del sector rural. (Aniñir, Molco, Quilquen, Pantano)	Listas de Asistencia, Acta	4
	Salud de las Personas	Fomentar estilos de vida saludable en la comunidad. Prevenir enfermedades cronicas no transmisibles	Talleres de alimentacion saludable (etiquetado Nutricional) en escuelas del sector rural. (Pantano , Aniñir)	Listas de Asistencia, Acta	2
	Salud de las Personas	Fomentar estilos de vida saludable en la comunidad. Prevenir enfermedades cronicas no transmisibles	Reuniones con 2 Comites de Salud (Quilquen y Quechereguas) para coordinar actividades de promocion y participacion social, con la presencia de la Directora de Salud Municipal	Listas de Asistencia, Acta	6
Falta de actividades de esparcimiento y recreacion en los sectores rurales	Participacion	Fomentar la actividad fisica y la participacion social de la comunidad	Un Encuentro deportivo entre en escuelas rurales de Temulemu, Aniñir, Didaico y Quilquen	Fotografias, Acta	1

FINANCIAMIENTO :

APS MUNICIPAL

MECANISMOS DE PAGO

PER CAPITA Ley 19,378 Art. 49
PROGRAMAS: Pago por Prestaciones Ley 19378 Art. 56

GLOSA 02
LEY DE PRESUPUESTOS
REQUIERE

- Programa Ministerial de acciones sanitarias aprobado por Resolución.
- Resolución de distribución de recursos
- Convenio entre Servicio de Salud y Municipio
- Resolución del servicio de salud que Aprueba Convenio

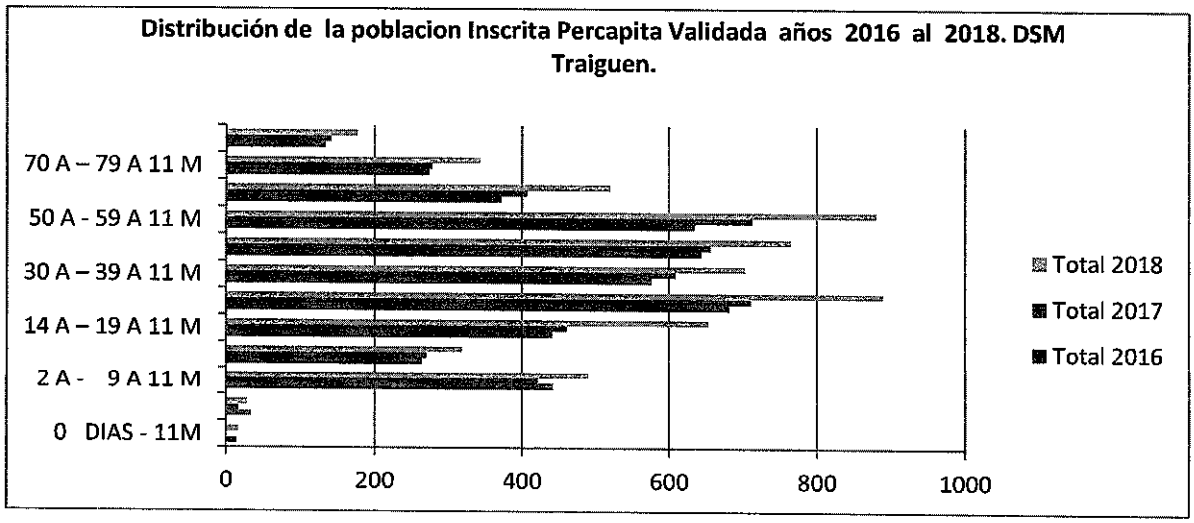
El Departamento de Salud de la Municipalidad de Traiguén, es responsable de la atención primaria de la población de los sectores rurales de nuestra comuna, inscrita y validada a través del sistema de inscripción Per cápita de FONASA, dependiente administrativamente de la Municipalidad de Traiguén y técnicamente del Ministerio de Salud.

El Per Cápita, es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar que considera acciones destinadas a la salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológica, del ambiente y la mayor parte de las garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. Cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, contemplan grupo objetivo y coberturas; se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con base a todo lo anterior se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

INSCRIPCION PERCAPITA AÑOS 2016 - 2018.-

Rango Edad	Masculino	Femenino	Total 2016	Masculino	Femenino	Total 2017	Masculino	Femenino	Total 2018
0 DIAS - 11M	5	9	14	1	0	1	4	12	16
1 A - 1 A 11 M	12	21	33	10	6	16	17	11	28
2 A - 9 A 11 M	228	214	442	221	200	421	252	238	490
10 A – 13 A 11 M	129	135	264	124	146	270	162	156	318
14 A – 19 A 11 M	238	203	441	252	209	461	387	266	653
20 A – 29 A 11 M	350	331	681	370	341	711	440	449	889
30 A – 39 A 11 M	284	292	576	291	318	609	338	365	703
40 A - 49 A 11 M	332	312	644	315	341	656	371	394	765
50 A - 59 A 11 M	316	319	635	351	362	713	428	452	880
60 A - 69 A 11 M	204	168	372	224	183	407	283	237	520
70 A – 79 A 11 M	139	135	274	140	138	278	158	185	343
80 Y MAS AÑOS	76	57	133	75	66	141	80	97	177
TOTAL	**2313**	**2196**	**4509**	**2374**	**2310**	**4684**	**2920**	**2862**	**5782**

Fuente : Fonasa /Septiembre 2017

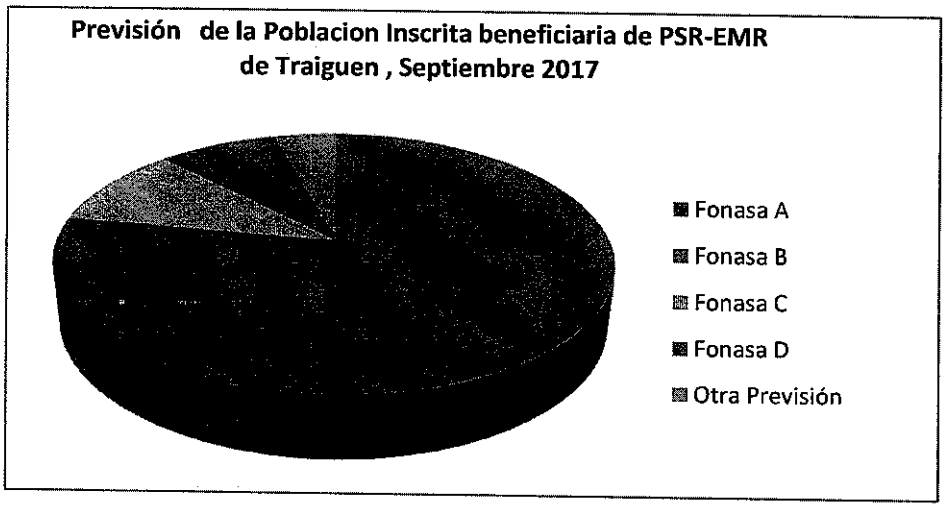


El mayor incremento de la población inscrita percapitada en DSM Traiguén , correspondientes a beneficiarios Fonasa se produce en el corte del año 2017 , de acuerdo al rango etareo , se puede apreciar que a sufrido un mayor incremento en los rangos de 30 años y más de edad.

Respecto a la tipificación FONASA al igual que en corte años anteriores existe anterior existe predominio de beneficiarios Fonasa A, le sigue FONASA B, C y D siendo el menor número a beneficiarios con otra previsión no declarada.

Previsión	Total
Fonasa A	2524
Fonasa B	1969
Fonasa C	587
Fonasa D	473
Otra Previsión	247

Fuente: Programa inscripción percapita-septiembre 2017



El 96 % de la población inscrita a septiembre 2017 es FONASA, dentro de esta modalidad se encuentra el 44 % calificado como FONASA – A, un 34 % corresponde a FONASA-B, un 10 % corresponde a FONASA –C, un 8% corresponde a FONASA – D y un 4% no tiene previsión registrada.

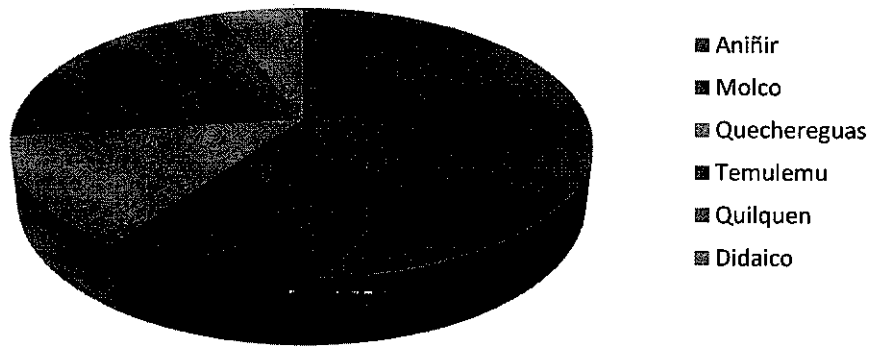
INSCRIPCION PERCAPITA POR SECTORES

Aniñir	Molco	Quechereguas	Temulemu	Quilquen	Didaico
362	3079	765	769	474	333

N° DE FAMILIAS INSCRITAS POR SECTOR RURAL

Aniñir	Molco	Quechereguas	Temulemu	Quilquen	Didaico
109	933	231	233	143	100

Gráfico de distribución de Familias Inscritas por Posta de Salud Rural , Comuna de Traiguén , Septiembre 2017.



ESTABLECIMIENTOS CON DEPENDENCIAS DE POSTAS DE SALUD RURAL :

CODIGO DEIS	ESTABLECIMIENTO	ESTACIONES MEDICO RURALES ASOCIADAS	TENS POR SECTOR
586	DIDAICO	NO TIENE	2
416	ANIÑIR (*)	NO TIENE	2
417	MOLCO	RED CONTRERAS – TERPELLE-QUINO - PROVIDENCIA	2
418	QUECHEREGUAS	CHANCO	2
420	TEMULEMU	PANTANO – COLPI NORTE	2
421	QUILQUEN	LA UNION - PICHIPANTANO	2

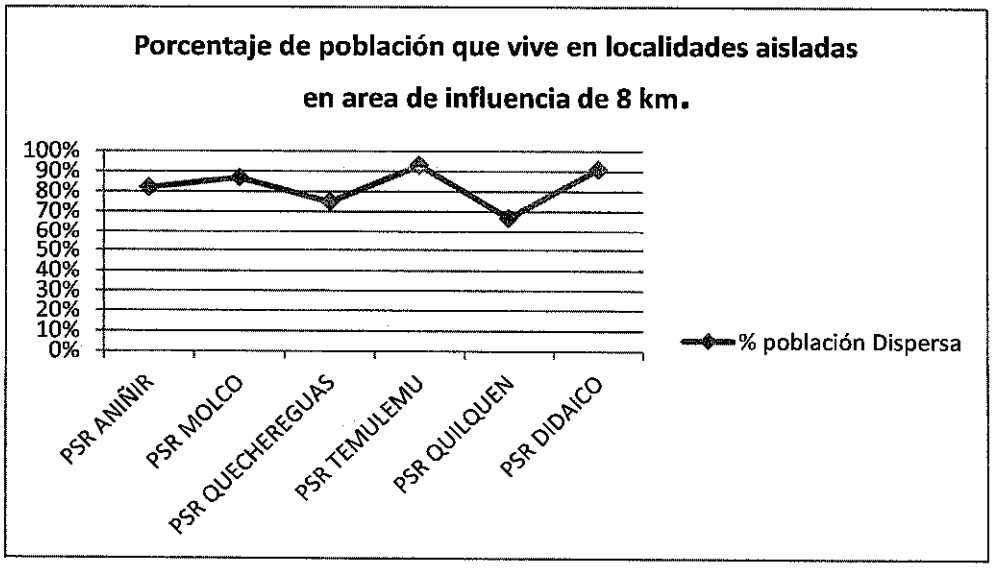
(*) PSR Aniñir: Dispone de una ambulancia comunitaria para el traslado de los pacientes.

Las Postas de Salud Rural de la Comuna de Traiguen se destacan por la gran dispersión geográfica por lo que su radio de acción fácilmente supera 1 kilometro de distancia que la población a cargo debe desplazarse para concurrir a ella , de estas la que concentra el mayor número de familias beneficiarias es **Molco** , esto podría explicarse por ser la Posta a la que se encuentra asociado el mayor número de Estaciones Medico Rurales (5 Estaciones) lo que amplia su radio de acción . Las Postas con menor cantidad de familias beneficiadas son Aniñir y Didaico, ambos establecimientos no tienen estaciones medico rurales asociadas.

PORCENTAJE DE POBLACION QUE VIVE EN LOCALIDADES AISLADAS EN AREAS DE INFLUENCIA DE 8 KILOMETROS

Posta Salud Rural	% población Dispersa
PSR ANIÑIR	82%
PSR MOLCO	87%
PSR QUECHEREGUAS	75%
PSR TEMULEMU	93%
PSR QUILQUEN	67%
PSR DIDAICO	91%

Fuente : Mapa Epidemiologico de Población beneficiaria PSR - 2017



Las Postas Rurales son un activo agente del desarrollo sustentable de las comunidades rurales, por lo que simultáneamente forma parte de la red de salud, y de la red intersectorial.

Para las PSR rurales de la comuna de Traiguén se puede identificar que la población que se ubica en localidades aisladas en área de influencia de 8 kilometros definida por Norma Técnica de Postas Rurales año 2011 , es uno de los factores a considerar en la planificación local de actividades ya que la accesibilidad a la atención de salud puede verse afectada por la gran dispersión de la población beneficiaria que presentan las Postas Rurales.

VIAS DE COMUNICACIÓN CON LA RED ASISTENCIAL

Medios de Comunicación	Telefonia Celular	Telefonia Satelital	Telefonia Red Fija y/o Internet	Radio de Comunicación	Sin Medios de Comunicación
PSR ANIÑIR	x				
PSR MOLCO	x				
PSR QUEHEREGUAS	x				
PSR TEMULEMU	x				
PSR QUILQUEN	x				
PSR DIDAICO (*)					

Fuente: catastro local de medios de comunicación disponibles en PSR.

Las Postas Rurales de la Comuna de Traiguén cuentan con Telefonía Celular , la cobertura telefónica presenta fallas y retraso de conexión cuando existen cortes de luz o condiciones climaticas adversas .

Dentro de la cobertura de la telefonía celular se debe destacar que la mensajería Whatsapp a contribuido a través de su mensajería el envio de citaciones de horas de especialidad e información a los distintos sectores . La PSR Didaico es la que presenta mayor problema de comunicación ya que ninguna compañía tefefónica tiene señal para poder efectuar una comunicación fluida , solo es posible si el funcionario se desplaza a gran distancia de la Posta para encontrar señal adecuada, por lo que al momento del término de la jornada laboral en su regreso a Traiguén los funcionarios pueden recibir la información que se envía para su sector.

ACCESO A RADIO URBANO

El acceso al radio Urbano de la comuna de Traiguén, depende de la locomoción rural disponible. Por esto, la necesidad de traslado para acercamiento de los usuarios surge de la poca oferta en horarios de locomoción desde los sectores rurales y el costo económico que ello implica.

SECTOR	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
ANIÑIR	X		X		X	X
QUECHEREGUAS	X		X		X	X
QUILQUEN	X				X	
MOLCO	X	X	X	X	X	X
DIDAICO	X	X	X	X	X	X
TEMULEMU	X		X		X	X
PICHIPANTANO	X		X		X	
PANTANO	X	X	X	X	X	X
TERPELLE	X	X	X	X	X	X
CONTRERAS	X		X		X	
CHANCO	X		X		X	X
COLPI NORTE						
QUINO	X		X		X	
LA PROVIDENCIA	X	X	X	X	X	X
LA UNION	X		X		X	

RECURSO HUMANO - DOTACION:

La Dotación corresponde al número total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento, esta debe ser acorde a lo siguientes criterios:

- La población beneficiaria
- Las características epidemiológicas de la población
- Las normas técnicas que sobre los programas que imparta el Ministerio de Salud.
- La estructura organizacional definida de conformidad al artículo 56.
- El número y tipo de establecimientos de atención primaria a cargo de la entidad administradora.
- La disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

La Dotación del Personal de Salud de la Comuna de Traiguén comprende las siguientes categorías:

Categoría	Tipo de Profesional
Categoría A	Médico - Odontólogo
Categoría B	Enfermera - Matrona- Nutricionista – Psicólogo - Asistente Social – Educadora Diferencial- Kinesiólogo
Categoría C	Técnicos de Nivel Superior en enfermería - Técnicos de Nivel Superior en Administración
Categoría D	Técnicos en enfermería
Categoría E	Administrativos
Categoría F	Conductor - Auxiliar de Servicio

RECURSO HUMANO AÑOS 2015 AL 2017 :

Resolución Exenta N° 3098, del 31 de diciembre del 2014 vigente para el año **2015**:

CATEGORIA	PROFESION	TOTAL HORAS
A	MEDICO /QUIMICO /ODONTOLOGO	44 HORAS
B	OTROS PROFESIONALES	396 HORAS
C	TECN.NIVEL SUPERIOR EN SALUD	484 HORAS
E	ADMINISTRATIVOS DE SALUD	66 HORAS
F	AUXILIARES DE SERVICIO DE SALUD	176 HORAS
	TOTAL	1166 HORAS

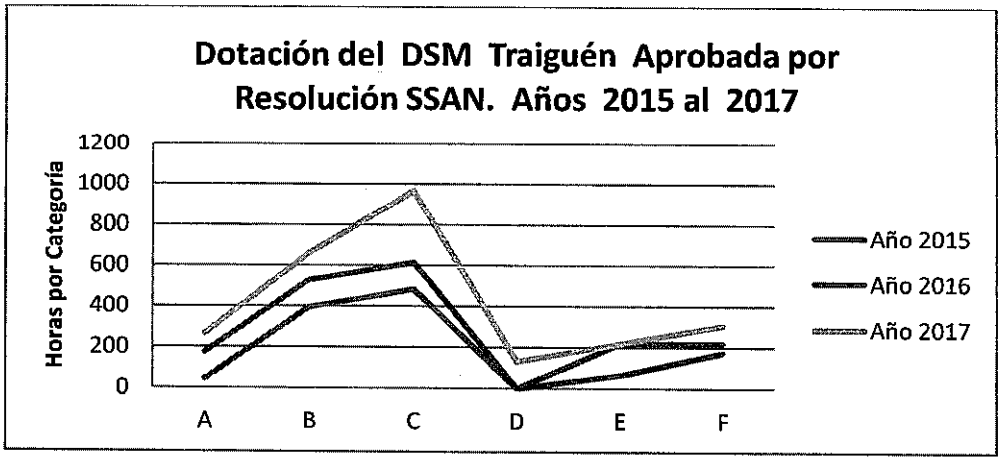
Resolución Exenta N° 3021, del 27 de noviembre del 2015 vigente para el año **2016**:

CATEGORIA	PROFESION	INDEFINIDO	PLAZO FIJO	TOTAL HORAS
A	MEDICO /QUIMICO /ODONTOLOGO	132	44	176 HORAS
B	OTROS PROFESIONALES	440	88	528 HORAS
C	TECN.NIVEL SUPERIOR EN SALUD	528	88	616HORAS
E	ADMINISTRATIVOS DE SALUD	132	88	220 HORAS
F	AUXILIARES DE SERVICIO DE SALUD	176	44	220 HORAS
	TOTAL	1408	352	1760 HORAS
	%	80%	20%	100%

Resolución Exenta N° 3119, del 04 de noviembre del 2016 vigente para el año **2017**:

CATEGORIA	PROFESION	INDEFINIDO	PLAZO FIJO	TOTAL HORAS
A	MEDICO /QUIMICO /ODONTOLOGO	220	44	264 HORAS
B	OTROS PROFESIONALES	572	88	660 HORAS
C	TECN.NIVEL SUPERIOR EN SALUD	748	220	968 HORAS
D	TECNICOS DE SALUD	88	44	132 HORAS
E	ADMINISTRATIVOS DE SALUD	132	88	220 HORAS
F	AUXILIARES DE SERVICIO DE SALUD	264	44	308 HORAS
	TOTAL	2024	528	2552 HORAS
	%	80%	20%	100%

DOTACION DE SALUD AÑOS 2015 AL 2017:



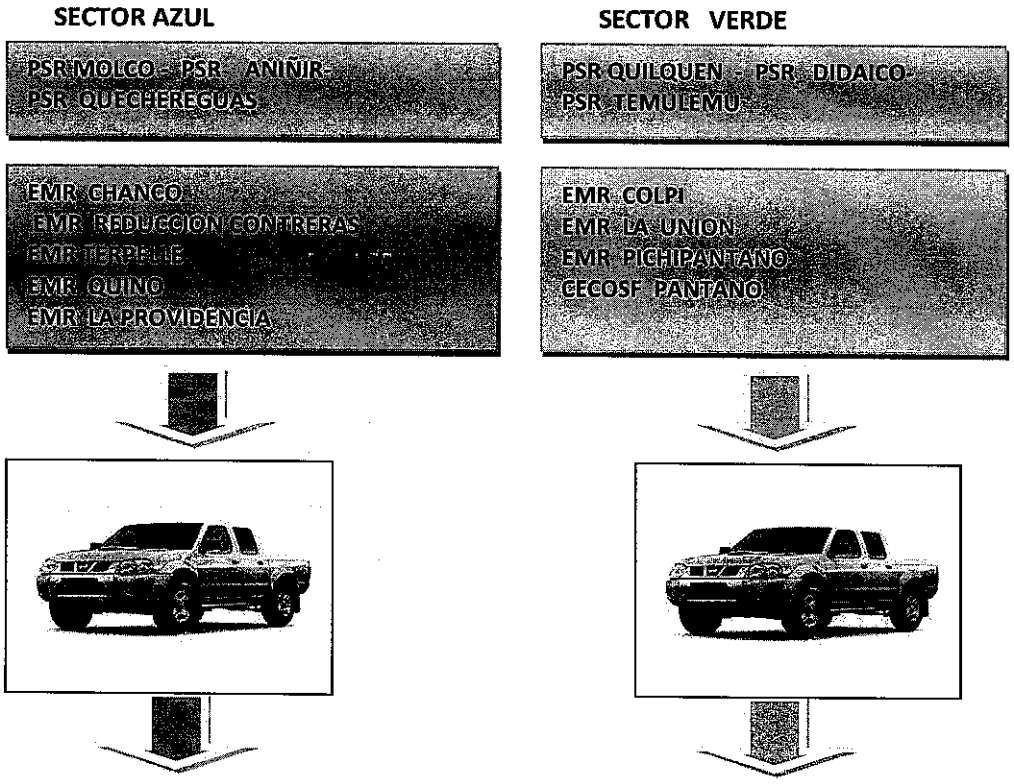
Fuente : Resolución Exenta Aprueba Dotacion SSAN.

Durante el año 2017 la Dotación de Salud Municipal se incrementa considerando en su elaboración el número de horas requeridas para cumplir con el Plan de Cuidados a través del ciclo vital .

SECTORIZACION

Estrategias como la sectorización, que permite dividir el territorio de manera de lograr mayor proximidad con las comunidades locales, su perfil demográfico y epidemiológico, debiera ser una oportunidad para integrar la visión de la población tanto en la definición de los límites territoriales como el análisis de la situación de salud, considerando las características culturales, historia, sentido de pertenencia e identidad comunitaria. Así también, la incorporación de los equipos de cabecera como interlocutores válidos y legitimados por las
Comunidades locales para establecer puentes de diálogo permanente y generación de propuestas conjuntas para la solución de los problemas de salud.

El desafío de sectorizar a los equipos de salud en 2 Sectores cada uno de ellos con responsabilidad sobre 3 Postas de Salud y sus Estaciones Medico Rurales que tienen dependencia administrativa esto corresponde a los Sectores : **Azul y Verde**



Equipo Médico de Rondas Sector Azul

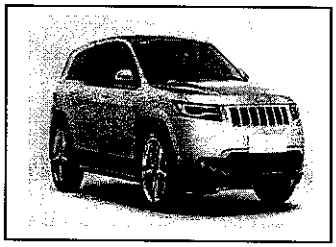
- Médico 44 horas
- Odontólogo 22 horas
- Enfermera 44 horas
- Nutricionista 44 horas
- As Social 44 horas
- Psicólogo 44 horas
- Matrona 22 horas
- Kinesiólogo 22 horas
- TENS 44 horas cada PSR
- Conductor 44 horas

Equipo Médico de Rondas Sector Verde

Médico	44 horas
Odontólogo	22 horas
Enfermera	44 horas
Nutricionista	44 horas
As. Social	44 horas
Psicólogo	44 horas
Matrona	22 horas
Kinesiólogo	22 horas
TENS	44 horas cada PSR
Conductor	44 horas

El Departamento de Salud Municipal cuenta con 1 TENS (Técnico de Nivel Superior) Encargado de Farmacia , y 1 TENS de Apoyo en Salidas del equipo de Terreno. La Posta de Salud Rural Aniñir cuenta cun una ambulacia Comunitaria para el traslado de pacientes.

El CECOSF de Pantano cuenta con la siguiente Dotación:



Coordinador de CECOSF	22 horas
Enfermera	44 horas
Kinesiólogo	22 horas
Odontólogo	22 horas
TENS	88 horas
Asistente Dental	22 horas
Facilitador Intercultural	44 horas
Auxiliar de Aseo	44 horas
Conductor	44 horas

ACTIVIDADES MENSUALES PROGRAMADAS EN CADA SECTOR:

Los Sectores donde se realiza la atención del equipo profesional , la distancia desde la comuna de Traiguén , el tipo de establecimiento que tiene y el número de veces que se concurre a cada uno de ellos es el siguiente :

SECTORES	DISTANCIA (km) DESDE PSR AL HOSPITAL DE REFERENCIA HOSP. DR. DIGNO STAGNO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MES (N° RONDAS)
MOLCO	25	PSR	4
TEMULEMU*	28	PSR	4
QUILQUEN	20	PSR	3
QUECHEREGUAS **	18	PSR	2
ANIÑIR	33	PSR	3
DIDAICO	33	PSR	3
TERPELLE	32	EMR	2
PANTANO	20	CECOSF	3
REDUCCION CONTRERAS	18	EMR	3
CHANCO BAJO	20	EMR	2
LA PROVIDENCIA	10	EMR	1
COLPI NORTE	22	EMR	2
PICHIPANTANO- LIUCURA	18	EMR	2
QUINO-CONDOR DE	35	EMR	2
LA UNION TEMULEMU	20	EMR	2

*PSR Temulemu en proceso de Normalización
**PSR Quechereguas en proyecto de Construcción y equipamiento

CANASTA DE PRESTACIONES AÑO 2017 DECRETO 55 del 31/01/2017

Artículo 7º. - Las acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, está contextualizado en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, como parte de las redes integradas de Servicios de Salud basadas en atención primaria, que integra un conjunto de prestaciones contenidas en los programas de salud para las diversas etapas o necesidades de las personas en su curso de vida, conforme a continuación se indican:

I. SALUD DEL NIÑO

1. Control de salud del niño sano.
2. Evaluación del desarrollo psicomotor.
3. Control de malnutrición.
4. Control de lactancia materna.
5. Educación a grupos de riesgo.
6. Consulta nutricional.
7. Consulta de morbilidad.
8. Control de enfermedades crónicas.
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
10. Consulta kinésica.
11. Consulta y consejería de salud mental.
12. Vacunación.
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio.
15. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.

II. SALUD DEL ADOLESCENTE

16. Control de salud.
17. Consulta morbilidad.
18. Control crónico.
19. Control prenatal.
20. Control de puerperio.
21. Control de regulación de fecundidad.
22. Consejería en salud sexual y reproductiva.
23. Control ginecológico preventivo.
24. Educación grupal.
25. Consulta morbilidad obstétrica.
26. Consulta morbilidad ginecológica.

27. Intervención Psicosocial.
28. Consulta y/o consejería en salud mental.
29. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
30. Atención a domicilio.
31. Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.

III. SALUD DE LA MUJER

32. Control prenatal.
33. Control de puerperio.
34. Control de regulación de fecundidad.
35. Consejería en salud sexual y reproductiva.
36. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 -64 años.
37. Educación grupal.
38. Consulta morbilidad obstétrica.
39. Consulta morbilidad ginecológica.
40. Consulta nutricional.
41. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
42. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre.
43. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.

IV. SALUD DEL ADULTO

44. Consulta de morbilidad.
45. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las Salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
46. Consulta nutricional.
47. Control de salud.
48. Intervención psicosocial.
49. Consulta y/o consejería de salud mental.
50. Educación grupal.
51. Atención a domicilio.
52. Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
53. Curación de pie diabético.
54. Intervención grupal de actividad física.
55. Consulta kinésica.

V. SALUD DEL ADULTO MAYOR

56. Consulta de morbilidad.
57. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las Salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
58. Consulta nutricional.
59. Control de salud.
60. Intervención psicosocial.
61. Consulta de salud mental.
62. Educación grupal.

63. Consulta kinésica.
64. Vacunación anti influenza.
65. Atención a domicilio.
66. Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
67. Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
68. Curación de pie diabético.

VI. SALUD ORAL

69. Examen de salud odontológico.
70. Educación odontológica grupal.
71. Consulta odontológica de urgencia.
72. Exodoncia.
73. Destartraje y pulido coronario.
74. Obturaciones temporales y definitivas.
75. Aplicación de sellantes.
76. Pulpotomías.
77. Barniz de flúor.
78. Endodoncia.
79. Rayos X dental.

VII. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

80. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: Consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.

81. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.

82. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.

83. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.

84. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.

85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.

86. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.

87. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.

88. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.

89. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.

90. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.

91. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.

92. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.

93. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.

94. Tratamiento de Erradicación de Helicobacter pílory.

VIII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

95. Educación grupal ambiental.
96. Consejería familiar.
97. Visita domiciliaria integral.
98. Consulta social.
99. Tratamiento y curaciones.
100. Extensión horaria.
101. Intervención familiar psicosocial.
102. Diagnóstico y control de la tuberculosis.
103. Exámenes de laboratorio básico conforme el siguiente detalle:

Exámenes
HEMATOLOGÍA
HEMATOCRITO
HEMOGRAMA
RECUENTO DE LEUCOCITOS
RECUENTO DE PLAQUETAS
TIEMPO DE PROTROMBINA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
BIOQUIMICA
A. SANGRE
ACIDO URICO
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
PERFIL LIPIDICO (INCLUYE COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL Y TRIGLICERIDOS)
ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U
CREATININA (1 VEZ AL AÑO)
DEPURACION DE CREATININA
FOSFATASAS ALCALINAS
GLUCOSA
GLUCOSA POST- CARGA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
PROTEINAS TOTALES
TRANSAMINASAS OXALOACETICA/PIRUVICA (GOT/AST y GPT/ALH)
TSH- T4 LIBRE –T4
UREA
DETERMINACION DE NIVELES PLASMATICOS DE DROGAS Y/O MEDICAMENTOS
B. ORINA
CREATINURIA
DETECCION DE EMBARAZO
ORINA COMPLETA / SEDIMENTO URINARIO/ ALBUMINA
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
C. DEPOSICIONES
LEUCOCITOS FECALES
SANGRE EN DEPOSICIONES
INMUNOLOGÍA
FACTOR REUMATOIDEO
MICROBIOLOGIA
A. BACTERIOLOGÍA
ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
BACILOSCOPIA ZIEHL NIELSEN (TOMA DE MUESTRA)
EXAMEN DIRECTO AL FRESCO
GONOCOCO, MUESTRA, SIEMBRA, DERIVACION
RPR O DERIVAR PARA VDRL
UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS, ANTIBIOGRAMA
B. PARASITOLOGÍA
COPROPARASITOLOGICO SERIADO
EX. DIRECTO AL FRESCO C/S TINCION
EXAMEN DE GRAHAM
EXAMEN GUSANOS, MACROSCOPICO
TRICOMONA VAGINALIS (EX DIRECTO)

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION BAJO CONTROL.

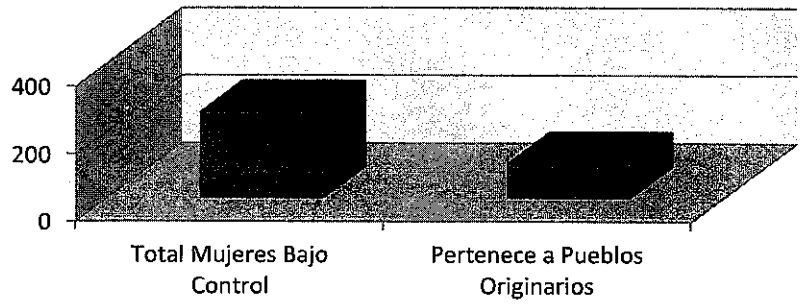
1. PROGRAMA DE LA MUJER

1.1 Distribución de la Población femenina bajo control en PSR – EMR , según su pertenencia a Pueblos originarios , Traiguén , Junio 2017:

Total Mujeres Bajo Control	**256**
Pertenece a Pueblos Originarios	**104**

Fuente : DEIS – Serie P01, junio 2017

Gráfico N° 1.1 : Distribución de la Población femenina bajo control en PSR – EMR , según su pertenencia a Pueblos Originarios , Traiguén , Junio 2017:



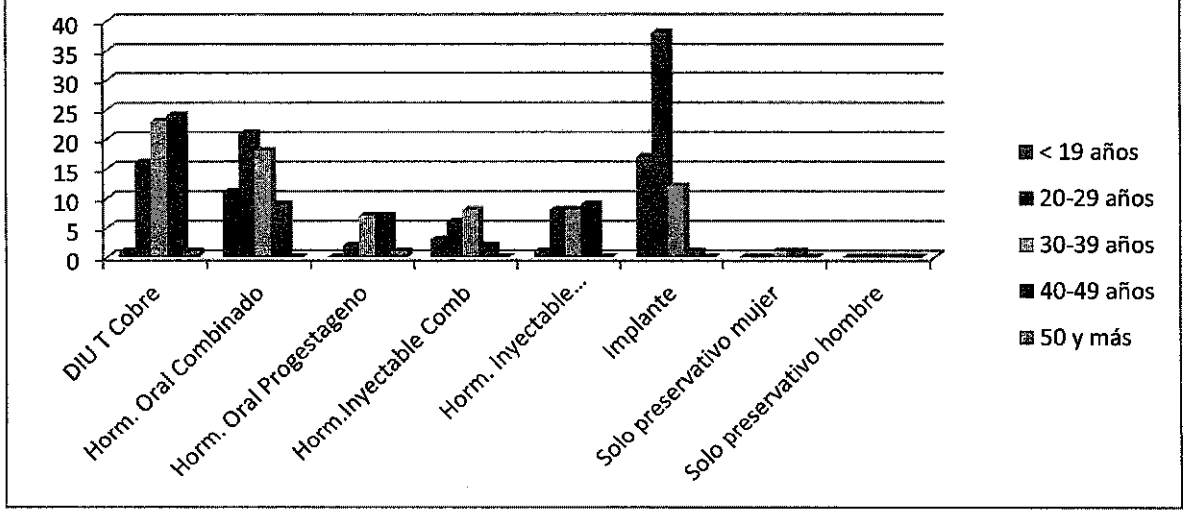
Del total de mujeres bajo control en el programa de la mujer el 40% , correspondiente a 104 mujeres declara ser perteneciente a pueblos originarios , para esta Comuna corresponde a la etnia Mapuche.

1.2 Distribución de la Población bajo control en Postas y EMR dependientes de la comuna de Traiguen según método de Regulación de Fecundidad , Junio 2017:

METODO	< 19 años	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50 y más
DIU T Cobre	1	16	23	24	1
Horm. Oral Combinado	11	21	18	9	0
Horm. Oral Progestageno	0	2	7	7	1
Horm.Inyectable Comb	3	6	8	2	0
Horm. Inyectable Progestageno	1	8	8	9	0
Implante	17	38	12	1	0
Solo preservativo mujer	0	0	1	1	0
Solo preservativo hombre	0	0	0	0	0
TOTAL	**33**	**91**	**77**	**53**	**2**

Fuente : DEIS – Serie P01, junio 2017

Gráfico N° 1.2 : Distribución de la Población bajo control en Postas y EMR dependientes de la comuna de Traiguen segun metodo de Regulación de Fecundidad , Junio 2017:
Título del gráfico



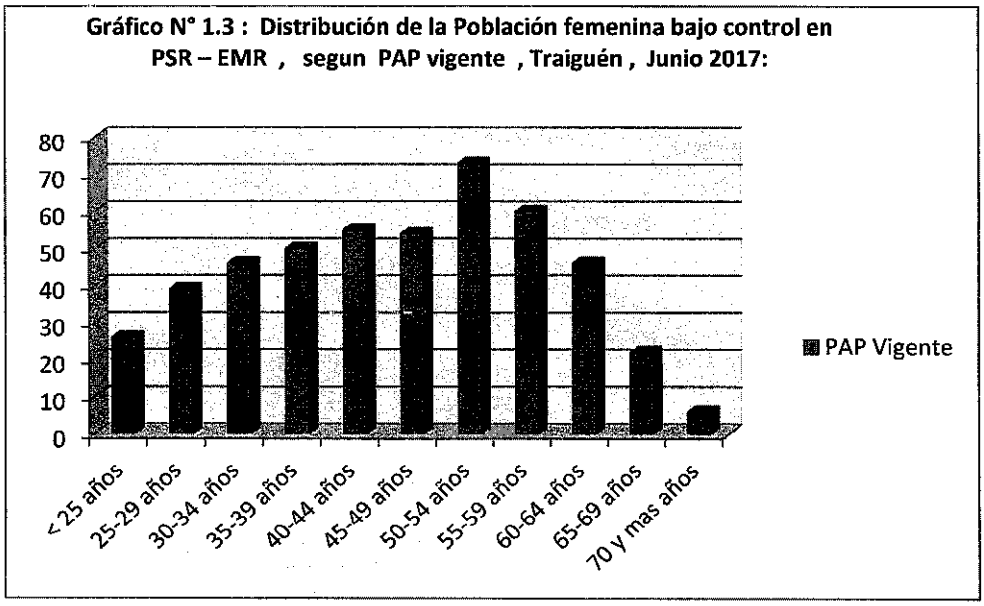
Como lo muestra la gráfica el Implante es uno de los métodos anticonceptivos de mayor elección por las mujeres bajo control en edad fértil , le sigue en proporción el dispositivo intrauterino DIU y los metodos hormonales orales .

1.3 Distribución de la Población femenina bajo control en PSR – EMR, según PAP vigente, Traiguén, Junio 2017:

Rango Edad	PAP Vigente
< 25 años	26
25-29 años	39
30-34 años	46
35-39 años	50
40-44 años	55
45-49 años	54
50-54 años	73
55-59 años	60
60-64 años	46
65-69 años	22
70 y mas años	6
TOTAL	477

Fuente : DEIS – Serie P012, junio 2017

Gráfico N° 1.3 : Distribución de la Población femenina bajo control en PSR – EMR , segun PAP vigente , Traiguén , Junio 2017:

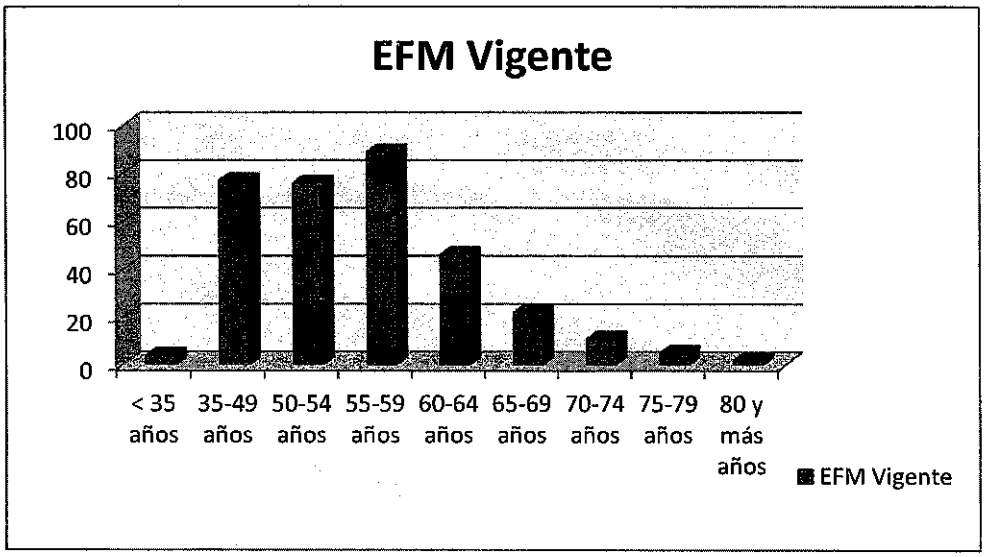


El papanicolau constituye un exámen preventivo del cancer cervicouterino , el grupo etareo con enfasis son las mujeres de 25 a 64 años , ya que el tamizaje constituye una garantía AUGE que los establecimientos de atención primaria deben cumplir . La gráfica muestra un mayor número de mujeres en esos rangos de edad que constituyen la población beneficiaria con exámen vigente. La toma de este exámen es parte de la canasta de prestaciones del programa de la mujer.

1.4 Distribución de la Población femenina bajo control en PSR – EMR , según Exámen Físico de Mama vigente , Traiguén , Junio 2017

Rango Edad	EFM Vigente
< 35 años	4
35-49 años	77
50-54 años	76
55-59 años	89
60-64 años	46
65-69 años	22
70-74 años	11
75-79 años	5
80 y más años	2
TOTAL	**332**

Fuente : DEIS – Serie P01, junio 2017



El exámen fisico de mama es parte del control del Programa de la Mujer , 332 corresponde a la población femenina bajo control en las Postas y estaciones Medico Rurales con exámen físico de mama vigente , el rango etareo de 35 a 64 años concentra el mayor número de usuarias . Frente a alteraciones o confirmación diagnostica existe apoyo de mamografias y ecotomografias mamarias ambos con financiamiento anual a traves de Convenio imagenes Diagnósticas .

Tabla N° 1.5: Distribución de las Gestantes bajo control en PSR – EMR dependientes de la Municipalidad de Traiguen, Junio 2017.

GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL	EN RIESGO PSICO-SOCIAL	QUE PRESENTAN VIOLENCIA DE GÉNERO	GESTANTES QUE PRESENTAN ARO
Menos de 15 años	-	-	-	-
15 a 19 años	1	1	-	-
20 a 24 años	1	-	-	1
25 a 29 años	4	1	-	2
30 a 34 años	2	1	-	-
35 a 39 años	3	2	-	-
40 a 44 años	-	-	-	-
45 a 49 años	-	-	-	-
50 a 54 años	-	-	-	-
TOTAL	11	5	-	3

Fuente : DEIS – Serie P01, junio 2017

El total de gestantes en control en las Postas y Estaciones Médico Rurales de la comuna de Traiguén a junio del 2017 corresponde a 11 . El 90 % (11 embarazadas) de las gestantes se ubican en rango de edad de 20 a 39 años y el 10% (1 embarazada) corresponde a adolescente .

De las gestantes bajo control , 5 presentan Riesgo Psicosocial y 3 presentan Alto Riesgo Obstetrico , las que se encuentran en seguimiento y control de acuerdo a la Norma Vigente.

Ingreso de Gestantes a Octubre 2017.

CONDICIÓN	TOTAL	VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	PUEBLOS ORIGINARIOS
GESTANTES INGRESADAS	**17**	**1**	**6**
PRIMIGESTAS INGRESADAS	3	-	1
GESTANTES INGRESADAS ANTES DE LAS 14 SEMANAS	12	-	1
GESTANTES CON ECOGRAFÍA ANTES DE LAS 20 SEMANAS	5	-	-
GESTANTES CON EMBARAZO NO PLANIFICADO	12	-	1

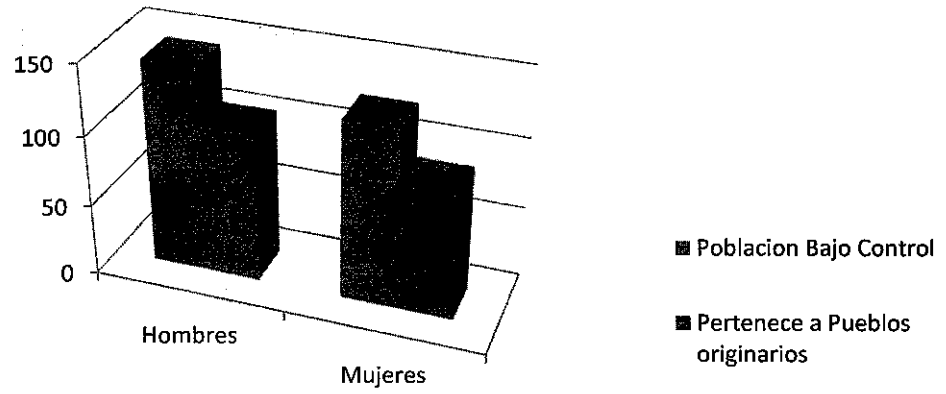
2.- PROGRAMA INFANTIL

2.1 Distribución de la Población Infantil bajo control en PSR – EMR, segun pertenencia a Pueblos originarios , Traiguén , Junio 2017:

Población bajo control/Pueblos Oiginarios	Hombres	Mujeres
Poblacion Bajo Control	145	126
Pertenece a Pueblos originarios	105	89

Fuente : DEIS – Serie P02, junio 2017

Gráfico N° 2.1 : Distribución de la Población Infantil bajo control en PSR – EMR , segun su pertenencia a Pueblos originarios y sexo , Traiguén , Junio 2017.



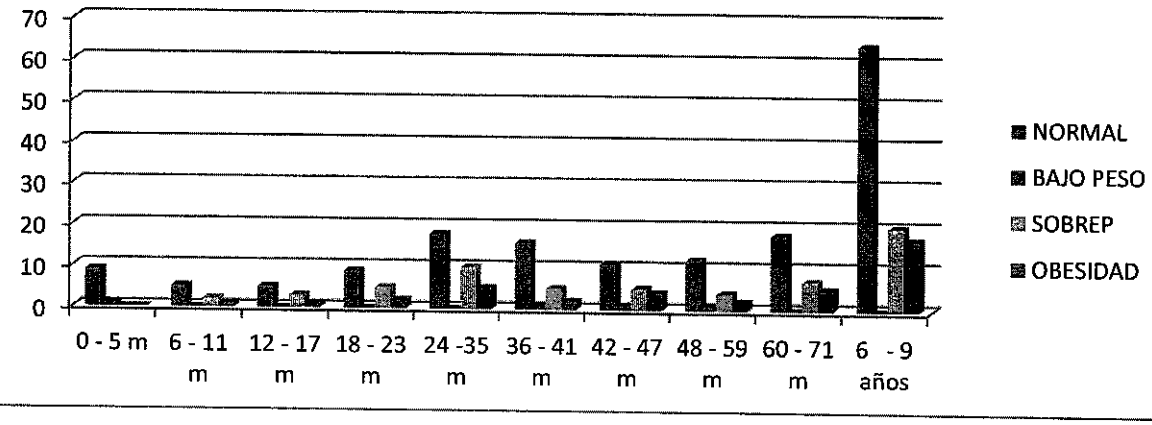
El Programa Infantil cuenta con un total de 271 niños bajo control de ellos 194 niños son pertenecientes a pueblos originarios. En relación al sexo, se evidencia mayor número de niños (250 niños) en relación a las niñas (215 niñas)

Tabla N° 2.2 : Distribución de la Población Infantil bajo control en PSR – EMR de acuerdo a su Estado Nutricional y edad , Traiguén , Junio 2017:

EDAD/Est Nutricional	NORMAL	BAJO PESO	SOBREP	OBESIDAD
0 - 5 m	9	1	0	0
6 - 11 m	5	0	2	1
12 - 17 m	5	0	3	1
18 - 23 m	9	0	5	2
24 -35 m	18	0	10	5
36 - 41 m	16	1	5	2
42 - 47 m	11	1	5	4
48 - 59 m	12	1	4	2
60 - 71 m	18	0	7	5
6 - 9 años	64	0	20	17
TOTAL	**167**	**4**	**61**	**39**

Fuente : DEIS – Serie P02, junio 2017

Gráfico 2.2 : Distribución de la Población Infantil bajo control en PSR – EMR de acuerdo a su Estado Nutricional y edad , Traiguén , Junio 2017.



La población infantil bajo control se concentra principalmente en el grupo de edad de menor de 6 años , con 170 niños/as , le sigue la población de 6 a 9 años que corresponde a 101 menores bajo control.

Respecto al Estado Nutricional existe un predominio de Diagnóstico Nutricional de Normalidad , le sigue la Malnutrición por exceso donde predomina Diagnóstcio Nutricional de Sobrepeso (61 niños/as) y Obesidad (39 niños/as). Dentro del corte estadístico a junio del 2017 dentro de la población bajo control también se encuentran 4 menores con Déficit de Peso .

Aplicación y resultados de Pauta Breve a octubre 2017 .

EVALUACIONES POR EDAD DEL NIÑO		Total	
		Hombres	Mujeres
APLICACIÓN PAUTA BREVE		14	16
RESULTADOS	NORMAL	13	15
	ALTERADO	1	1

Aplicación de Escalas de Evaluación del Desarrollo Psicomotor a octubre 2017

ACTIVIDAD	RESULTADO	Total	
		Hombres	Mujeres
APLICACIÓN TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR		36	29
PRIMERA EVALUACIÓN	NORMAL	18	19
	NORMAL CON REZAGO	7	3
	RIESGO	10	4
	RETRASO	1	-
REEVALUACIÓN	NORMAL (de rezago)	1	1
	NORMAL (de riesgo)	1	1
	NORMAL (retraso)	1	1
	NORMAL CON REZAGO	-	-
	RIESGO	-	1
	RETRASO	-	-

Niños y niñas con rezago, déficit u ora vulnerabilidad derivados a alguna modalidad d estimulación en la primera evaluación a octubre 2017

NIÑO / A	Total	
	Hombres	Mujeres
NORMAL CON REZAGO	7	3
RIESGO	11	4
RETRASO	1	-
OTRA VULNERABILIDAD	-	-

3- PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

En el año 2011, se inicia el proceso de formulación de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, para el logro de los Objetivos Sanitarios de la nueva década; los resultados esperados en esta Estrategia Nacional se basan en la evidencia disponible y opinión de expertos que han señalado cursos de acción para alcanzarlas. Muchas de las metas de impacto involucradas en los objetivos sanitarios, se respaldan en modelos de abordaje basados en el enfoque de curso de vida y determinantes sociales de la salud y se ubican transversalmente en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

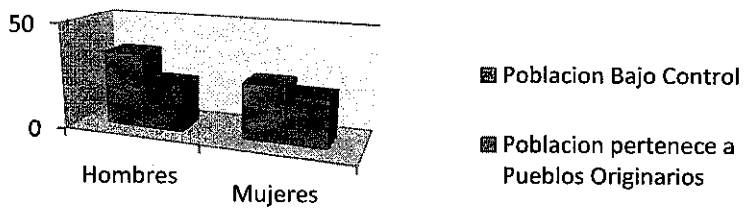
El control de salud Integral **"Control Joven Sano,** es una acción específica de salud, innovadora y complementaria, respecto a la atención que actualmente se realiza a adolescentes de 10 a 19 años beneficiarios del sistema público de salud, que se encuentra definida técnicamente en el **Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes,** y permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los factores protectores y de riesgo y problemas de salud, e intervenir en forma oportuna, integrada e integralmente, con enfoque anticipatorio, participativo, generando intervenciones de sólidos resultados, ampliando la cobertura de controles de salud y entregando una atención de calidad a este grupo etario.

3.1 Población Adolescente bajo control según rango de edad, Traiguén, Junio 2017.

Pertenencia a pueblos originarios	Hombres	Mujeres
Población Bajo Control	35	26
Población pertenece a Pueblos Originarios	22	22

Fuente: DEIS – Serie P09, junio 2017

Gráfico 3.1 : Distribución de la lPoblación Adolescente bajo control según rango de edad, Traiguén , Junio 2017.



El Programa de Salud del Adolescente cuenta con un total de 105 adolescentes bajo control, de ellos 44 pertenecen a pueblos originarios. en lo que respecta al sexo se evidencia

mayor cantidad de población masculina (57 hombres) y una menor cantidad de población femenina (48 mujeres).

3.2. Distribución de la población adolescente bajo control, según edad y sexo, Traiguén, junio 2017

Grupo de Edad	Hombres	Mujeres
10 - 14 años	30	24
15 - 19 años	5	2

Fuente: DEIS – Serie P09, junio 2017

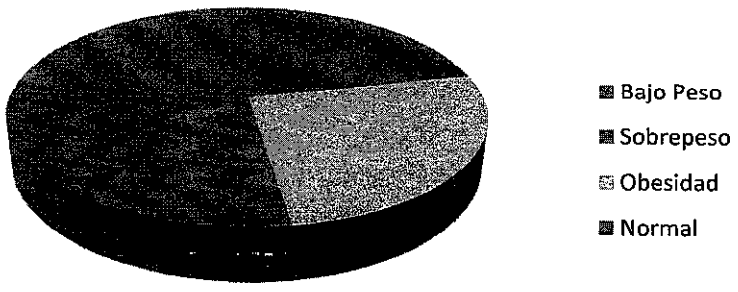
La población adolescente se divide en dos grupos, de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, concentrándose mayor cantidad de población en el primer grupo en el cual predomina el sexo masculino por sobre el femenino.

3.3. Distribución de la población adolescente bajo control, según estado nutricional, Traiguén, junio 2017.

Diagnóstico Nutricional	Total
Bajo Peso	1
Sobrepeso	12
Obesidad	16
Normal	32
Total	**61**

Fuente: DEIS – Serie P09, junio 2017

Gráfico N° 3.3 : Distribución de la población adolescente bajo control, según estado nutricional , Traiguén, junio 2017.Total



En relación al Estado Nutricional de la población adolescente bajo control se observa que el 52% (32 adolescentes) se encuentran con estado nutricional Normal , dentro de la malnutrición por exceso , se tiene que con Diagnóstico Nutricional de Sobrepeso hay un 19,6% (12 adolescentes) y un 26,2 % (16 adolescentes) presentan Diagnóstico Nutricional de Obesidad . Respecto de la Malnutrición por deficit se encuentra 1 adolescente con Bajo Peso.

Tabla N° 3.4: Población en control de salud integral de adolescente, según educación y trabajo, Traiguén, Junio 2017.

Estudio/trabajo	10 - 14 años		15 - 19 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
ESTUDIA	30	23	5	2
DESERCIÓN ESCOLAR	-	1	-	-
TRABAJO INFANTIL	-	-		
TRABAJO JUVENIL			-	-
PEORES FORMAS DE TRABAJO INFANTIL	-	-	-	-
SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO	-	-	-	-

Fuente: DEIS – Serie P09, junio 2017

De la población adolescente bajo control en el programa de salud integral, la mayor parte de los adolescentes estudia, se evidencia una escasa deserción escolar y ninguno de ellos trabaja con o sin remuneración.

Tabla N° 3.5: Población en control de salud integral adolescente, según areas de riesgo, Traiguen, junio 2017.

Área de Riesgo	10 - 14 años		15 - 19 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	-	3	1	-
IDEACIÓN SUICIDA	-	-	-	-
INTENTO SUICIDA	-	-	-	-
CONSUMO ALCOHOL Y DROGAS	2	-	2	-
NUTRICIONAL	13	15	-	1
OTRO RIESGO	3	1	-	-

Fuente: DEIS – Serie P09, junio 2017

En la población adolescente se evidencian 4 areas de riesgo, la principal es la nutricional la que presenta una mayor intervención en las Escuelas Rurales por la gran cantidad de malnutrición por exceso (Sobrepeso, Obesidad). Otras areas de riesgo que tambien se focalizan a traves de intervenciones educativas en los recintos escolares en temáticas de sexualidad , el consumo de alcohol y drogas .

Tabla N° 3.6: Población en control de salud integral adolescente, según tipo de consejería, Traiguén, junio 2017.

Área Temática	Edad	Hombre	Mujer
Actividad Física	10-14 años	18	19
	15 - 19 años	-	-
Alimentación Saludable	10-14 años	17	17
	15 - 19 años	-	-
Tabaquismo	10-14 años	-	-
	15 - 19 años	-	-
Consumo de Drogas	10-14 años	-	-
	15 - 19 años	-	-
Salud Sexual y reproductiva	10-14 años	12	17
	15 - 19 años	-	-
Regulación de Fecundidad	10-14 años	-	1
	15 - 19 años	-	-
Prevención VIH-ITS	10-14 años	-	-
	15 - 19 años	-	-

Fuente: DEIS – Serie P09, junio 2017

En relación a las Consejerías en la población adolescente , se han realizado intervenciones en los grupos dominates en los sectores rurales (10 a 14 años) ya que las Escuelas estan aledañas a las Postas Rurales a las que pertenecen . Las Consejerías trabajadas son Alimentación Saludable, Actividad Física, Salud Sexual y Reproductiva.

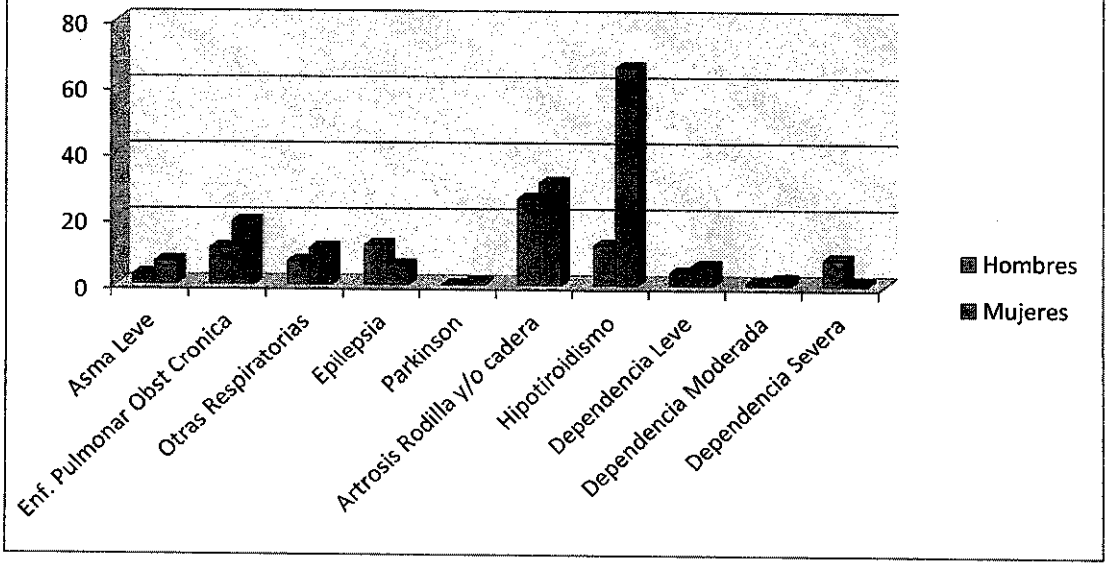
4.- PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

Tabla N° 4.1 : Distribución de la Población Adulta bajo control en PSR – EMR según Diagnóstico de patologías Crónica , Traiguén , Junio 2017:

Patologías Crónicas/Sexo	Hombres	Mujeres
Asma Leve	3	7
Enf. Pulmonar Obst Crónica	11	19
Otras Respiratorias	7	11
Epilepsia	12	6
Parkinson	0	1
Artrosis Rodilla y/o cadera	26	31
Hipotiroidismo	12	66
Dependencia Leve	4	6
Dependencia Moderada	1	2
Dependencia Severa	8	1
Población Bajo Control	**84**	**150**

Fuente : DEIS – Serie P03, junio 2017

Gráfico 4.1 : Distribución de la Población Adulta bajo control en PSR – EMR según su patologías Crónica , Traiguén , Junio 2017.



La Población Adulta bajo control por Patologías Crónicas corresponde a 234 adultos, de los cuales 84 son hombres y 150 son mujeres.

Dentro de las patologías Crónicas Bajo control la que concentra mayor predominio corresponde a Patologías AUGE : Hipotiroidismo 78 pacientes , Artrosis de Rodilla y/o

Cadera 57 pacientes , Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 30 pacientes , Epilepsia 18 pacientes , por ser patologías GES tienen garantizado su tratamiento farmacológico , exámenes anuales y controles de especialidad si requiere. Respecto a la dependencia Moderada y Severa se encuentran bajo un Programa Domiciliario Integral donde reciben intervenciones de los distintos profesionales del equipo de salud , donde la atención Domiciliaria en rural cumple un rol significativo.

Tabla 4.2 : Distribución de la Población Adulta bajo control en PSR – EMR según Programa de Apoyo Domiciliario a Pacientes con Dependencia Moderada y/o severa , Traiguén , Junio 2017:	
Total de Cuidadores	**9**
Cuidadores con apoyo monetario	**6**
Cuidadores capacitados con apoyo monetario	**5**
Total de Cuidadores Capacitados	**8**

Fuente: DEIS – Serie P03, junio 2017

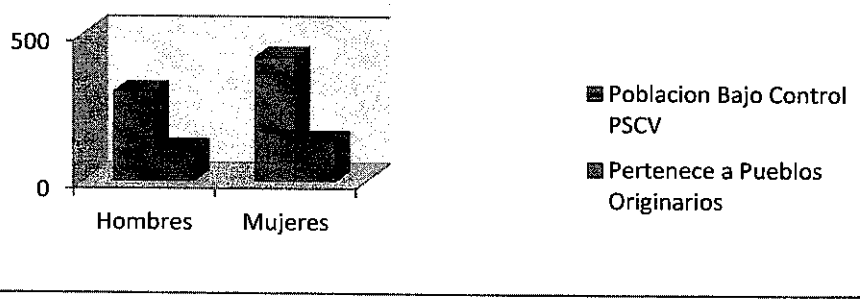
El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel; y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

El programa de apoyo domiciliario a pacientes con dependencia moderada o severa en el sector rural de la Comuna cuenta con un total de 9 cuidadores de los cuales 6 de ellos recibe apoyo monetario, 5 de ellos recibe este apoyo monetario y además están capacitados, y, 8 de ellos están capacitados para realizar su función de cuidador.

Tabla N° 4.3: Distribución de la población en control en programa Cardiovascular según pertenencia a pueblos originarios y sexo, Traiguén, Junio 2017.

Tipo de población	Hombres	Mujeres
Población Bajo Control PSCV	302	421
Pertenece a Pueblos Originarios	107	136

Gráfico N° 4.3 : Distribución de la población en control en programa Cardiovascular s según pertenencia a pueblos originarios y sexo, Traiguen, Junio 2017.



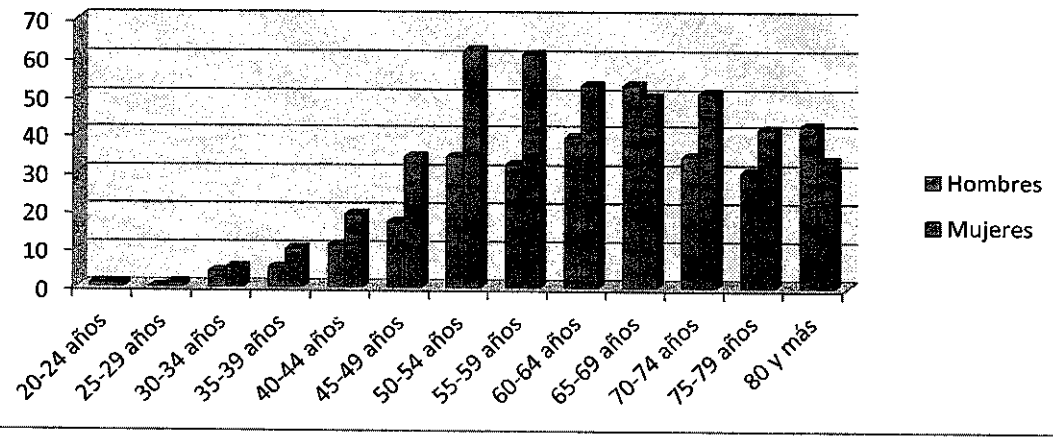
A Junio del 2017 el Programa de Salud Cardiovascular , cuenta con un población bajo control de 723 personas, de ellos 243 pertenecen a pueblos originarios. Del total de la población 302 corresponde a hombres y 421 a mujeres.

Tabla N° 4.4: Distribución de la Población Adulta bajo control PSR-EMR , Programa Cardiovascular , según edad y sexo ,Traiguén , Junio 2017:

Rango Edad/ Sexo	Hombres	Mujeres
20-24 años	1	1
25-29 años	0	1
30-34 años	4	5
35-39 años	5	10
40-44 años	11	19
45-49 años	17	34
50-54 años	34	62
55-59 años	32	61
60-64 años	39	53
65-69 años	53	50
70-74 años	34	51
75-79 años	30	41
80 y más	42	33
Población Bajo Control	**302**	**421**

Fuente: DEIS – Serie P04, junio 2017

Gráfico N° 4.4 : Distribución de la Población Adulta bajo control en PSR – EMR en Programa Cardiovascular , según edad y sexo ,Traiguén , Junio 2017.



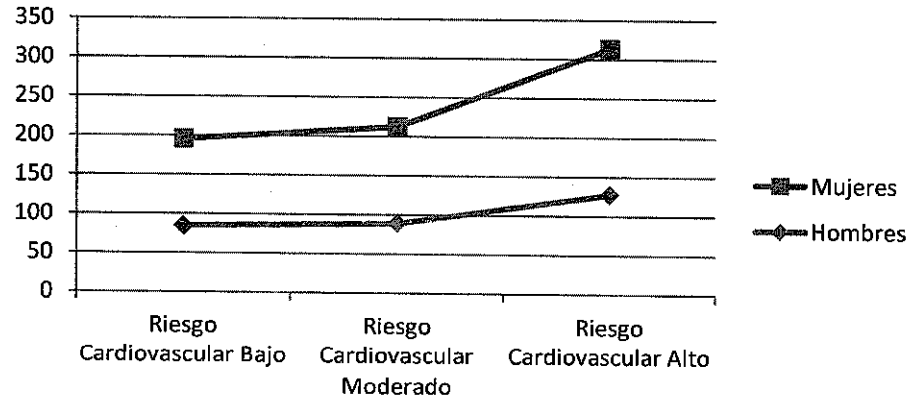
De acuerdo a la clasificación por rango de edad , se puede apreciar que el mayor número de pacientes en control por Patología cardiovascular se concentra en edades de 50 y más años , encontrándose similar proporción de hombres y mujeres.

Tabla N° 4.5 : Distribución de la Población Adulta bajo control en PSR – EMR de acuerdo a Clasificación de Riesgo cardiovascular , según edad y sexo ,Traiguén , Junio 2017:

Clasificación de acuerdo a Riesgo Cardiovascular	Hombres	Mujeres
Riesgo Cardiovascular Bajo	85	111
Riesgo Cardiovascular Moderado	89	124
Riesgo Cardiovascular Alto	128	186

Fuente: DEIS – Serie P04, junio 2017

Gráfico N° 4.5 : Distribución de la Población Adulta bajo control en PSR – EMR de acuerdo a Clasificación de Riesgo cardiovascular , según edad y sexo ,Traiguén , Junio 2017



Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en Chile las que se deben a la combinación de diferentes factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo. Es por esto que a partir del año 2009, el Ministerio de Salud ha promovido que se realicen evaluaciones del riesgo global de presentar un evento cardiovascular.

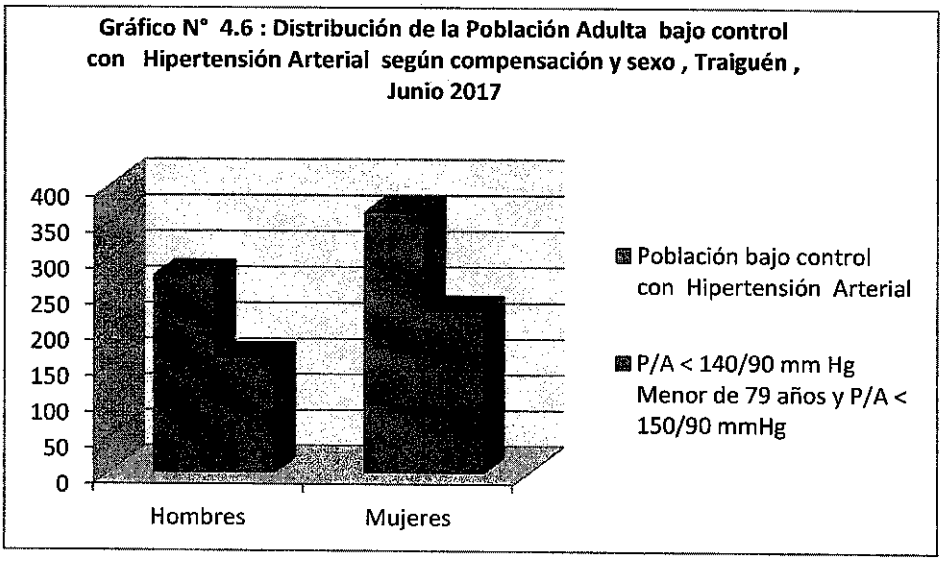
En la Población bajo control se puede apreciar que dentro de la Clasificación de Riesgo cardiovascular , 314 pacientes presentan Riesgo cardiovascular Alto , 213 pacientes bajo control presentan Riesgo cardiovascular moderado y 196 pacientes presentan Riesgo cardiovascular Bajo .

Tabla N° 4.6 : Distribución de la Población Adulta bajo control con Hipertensión Arterial según compensación y sexo , Traiguén , Junio 2017:

Compensación de Pacientes con Hipertensión bajo Control	Hombres	Mujeres
Población bajo control con Hipertensión Arterial	276	364
P/A < 140/90 mm Hg Menor de 79 años y P/A < 150/90 mmHg	161	226

Fuente: DEIS – Serie P04, junio 2017

Gráfico N° 4.6 : Distribución de la Población Adulta bajo control con Hipertensión Arterial según compensación y sexo , Traiguén , Junio 2017



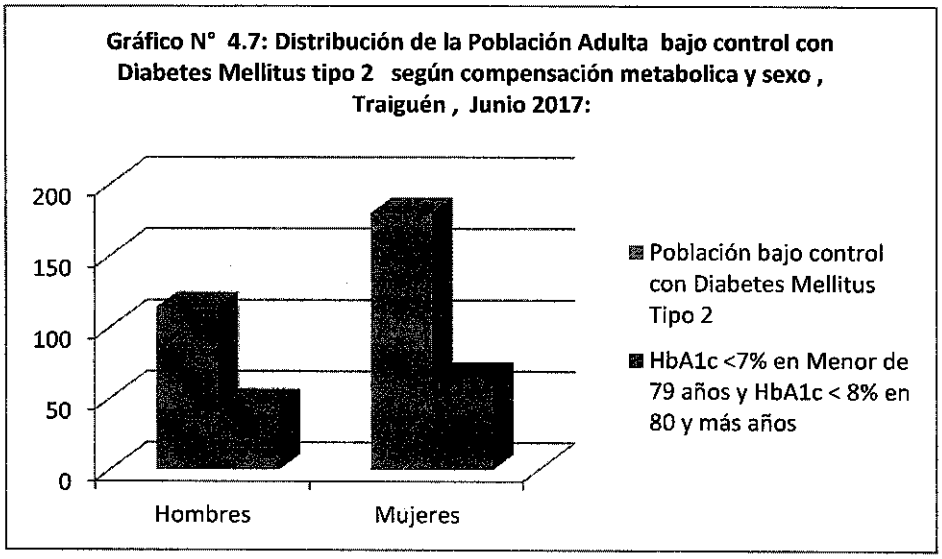
Dentro de la población bajo control con Diagnóstico de Hipertensión Arterial , de un total de 640 pacientes bajo control el 60% (387 pacientes) se encuentran con una situación de Compensación , los rangos presentados corresponden a P/A menor a 140/90 mmHg en menorsd e 79 años de edad y una P/A menor a 150/90 mmHg para pacientes de 80 y más años.

Tabla N° 4.7 : Distribución de la Población Adulta bajo control con Diabetes Mellitus tipo 2 según compensación metabolica y sexo , Traiguén , Junio 2017:

Compensación de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 bajo Control	Hombres	Mujeres
Población bajo control con Diabetes Mellitus Tipo 2	114	180
HbA1c <7% en Menor de 79 años y HbA1c < 8% en 80 y más años	46	65

Fuente: DEIS – Serie P04, junio 2017

Gráfico N° 4.7: Distribución de la Población Adulta bajo control con Diabetes Mellitus tipo 2 según compensación metabolica y sexo , Traiguén , Junio 2017:

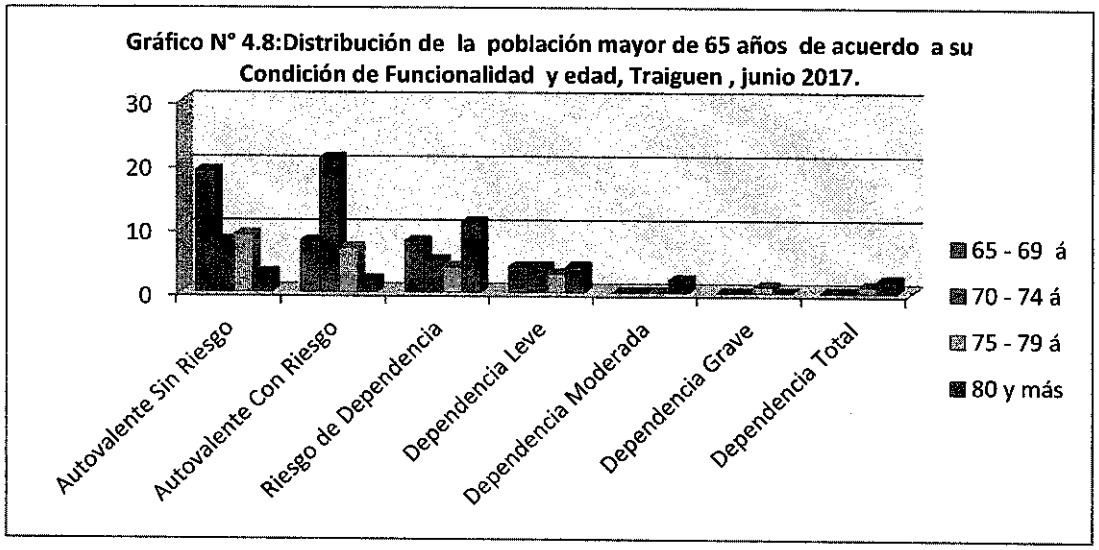


Dentro de la población bajo control con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 , de un total de 294 pacientes bajo control el 37,7% (111 pacientes) se encuentran con una situación de Compensación , los rangos presentados corresponden a HbA1c <7% en Menor de 79 años y HbA1c < 8% en 80 y más años .

Tabla N° 4.8 : Distribución de la Población Adulta Mayor de 65 años de edad , de acuerdo a la Condición de Funcionalidad y edad, Traiguen , junio 2017.

Condicion Funcionalidad/Edad	65 - 69 á	70 - 74 á	75 - 79 á	80 y más
Autovalente Sin Riesgo	19	8	9	3
Autovalente Con Riesgo	8	21	7	2
Riesgo de Dependencia	8	5	4	11
Dependencia Leve	4	4	3	4
Dependencia Moderada	0	0	0	2
Dependencia Grave	0	0	1	0
Dependencia Total	0	0	1	2

Fuente: DEIS – Serie P05, junio 2017



El Examen de Medicina Preventivo (EMP), es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad.

El objetivo de la prevención primaria es evitar la ocurrencia de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo, modificando conductas o a través de la inmunización; la prevención secundaria, en cambio, identifica individuos asintomáticos en una etapa temprana de la enfermedad, en la cual se asegure una respuesta significativamente mejor que el tratamiento aplicado cuando la persona esté sintomática

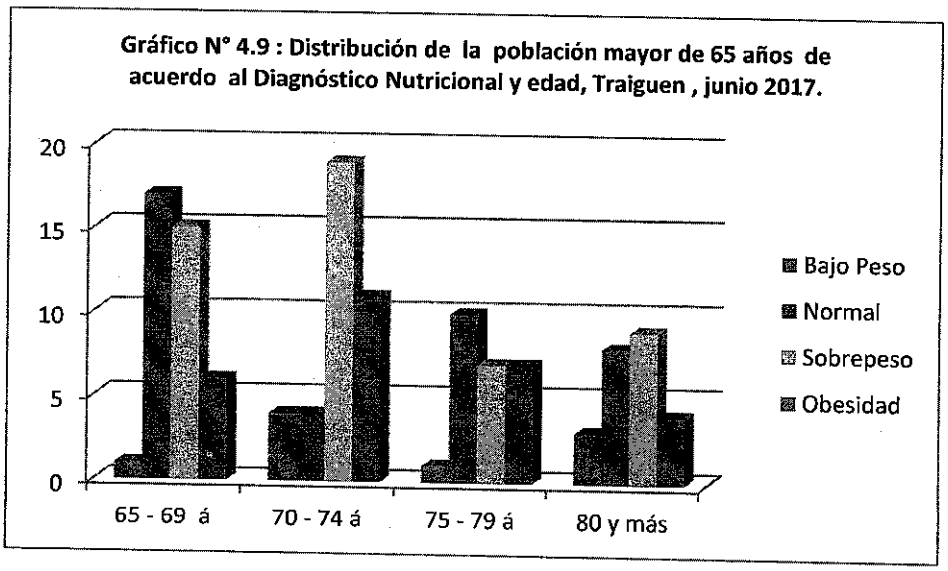
En esta clasificación se encuentran los Adultos de 65 y más años que se realizaron su control de salud integral durante este semestre (de enero a junio) y corresponde a 126 . Del total de adultos evaluados, 39 presentan una condición de Autovalente sin Riesgo , 38 Autovalentes con Riesgo , 28 con Riesgo de Dependencia y 21 con Dependencia . Dentro de la clasificación de Dependencia se pueden encontrar 15 con Dependencia Leve , 2 con Dependencia Moderada , 1 con Dependencia Grave y 3 con Dependencia Total.

Tabla N° 4.9 : Distribución de la población mayor de 65 años de acuerdo al Diagnóstico Nutricional y edad, Traiguen , junio 2017.

Diagnóstico Nutricional/Edad	65 - 69 á	70 - 74 á	75 - 79 á	80 y más
Bajo Peso	1	4	1	3
Normal	17	4	10	8
Sobrepeso	15	19	7	9
Obesidad	6	11	7	4

Fuente: DEIS – Serie P05, junio 2017

Gráfico N° 4.9 : Distribución de la población mayor de 65 años de acuerdo al Diagnóstico Nutricional y edad, Traiguen , junio 2017.



Respecto al Estado Nutricional se puede apreciar que el 62% de la población adulta mayor evaluada durante el primer semestre presenta Malnutricion por Exceso , con Dignóstico de Sobrepeso 50 pacientes y con Obesidad 28 pacientes . el 31 % correspondiente a 39 pacientes presenta un Estado Nutricional de Normalidad y 7% correspondiente a 9n pacientes presenta un estado Nutriional de Bajo Peso .

5.0 PROGRAMA DE SALUD MENTAL:

Dentro de la metodología utilizada en el Programa de Salud Mental se encuentran dos grandes lineamientos de trabajo, el primero de ellos hace referencia a la promoción/prevención que se traduce en la ejecución de talleres de educación para la salud los cuales son planificados anualmente y dirigidos a toda la comunidad de cada sector rural en temáticas relacionadas a la Salud Mental y que van de la mano a las necesidades y problemáticas de la población beneficiaria históricamente identificadas (violencia intrafamiliar, violencia de género, consumo de alcohol, autocuidado en salud mental, estilos de crianza inadecuados, sexualidad adolescente, comunicación efectiva, entre otros).

Estas actividades se realizan tanto a nivel interno (sólo el equipo de salud mental) como también a través de un trabajo conjunto con el intersector y organizaciones sociales de base lo cual brinda un mayor impacto a la población (escuelas, jardines infantiles, agrupaciones y comités de salud).

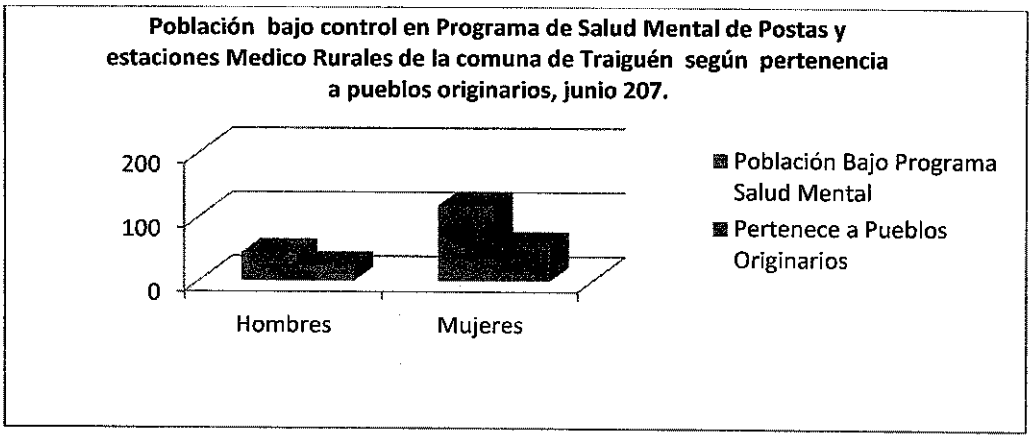
El segundo lineamiento hace alusión al tratamiento integral de los trastornos mentales los cuales son pesquisados/diagnosticados por el médico en una primera instancia y derivados a la dupla psicosocial para su posterior intervención paralelamente al tratamiento farmacológico si corresponde o bien realizando la interconsulta si concierne a un trastorno de nivel secundario de atención. La intervención puede contemplar la Consulta de Salud Mental, la Consulta de Psicólogo, la Visita Domiciliaria Integral y la Intervención Psicosocial Grupal.

Por otra parte, la pesquisa de problemáticas de salud mental (violencia intrafamiliar, consumo riesgoso de alcohol) pueden ser identificados por cualquier profesional o TENS para su derivación a la dupla psicosocial que corresponda según el sector sin necesariamente pasar por médico en primera instancia y donde se realizan las mismas prestaciones para el tratamiento de los trastornos mentales variando el enfoque teórico de intervención.

El Programa de Salud Mental también incorpora el registro constantemente actualizado de la población que permanece bajo control en el tratamiento de trastornos mentales diagnosticados o que presentan factores de riesgos/condicionantes de la salud mental. De esta manera se evalúa la meta de cobertura de atención integral a personas de 5 y más años con diagnóstico de trastornos mentales , para este año 2017 la meta negociada es de un 16%.

Tabla N° 5.1 : Población bajo control en Programa de Salud Mental de Postas y Estaciones Medico Rurales de la comuna de Traiguén según pertenencia a pueblos originarios, junio 207.

Tipo de población	Hombres	Mujeres
Población Bajo Programa Salud Mental	44	118
Pertenece a Pueblos Originarios	24	55

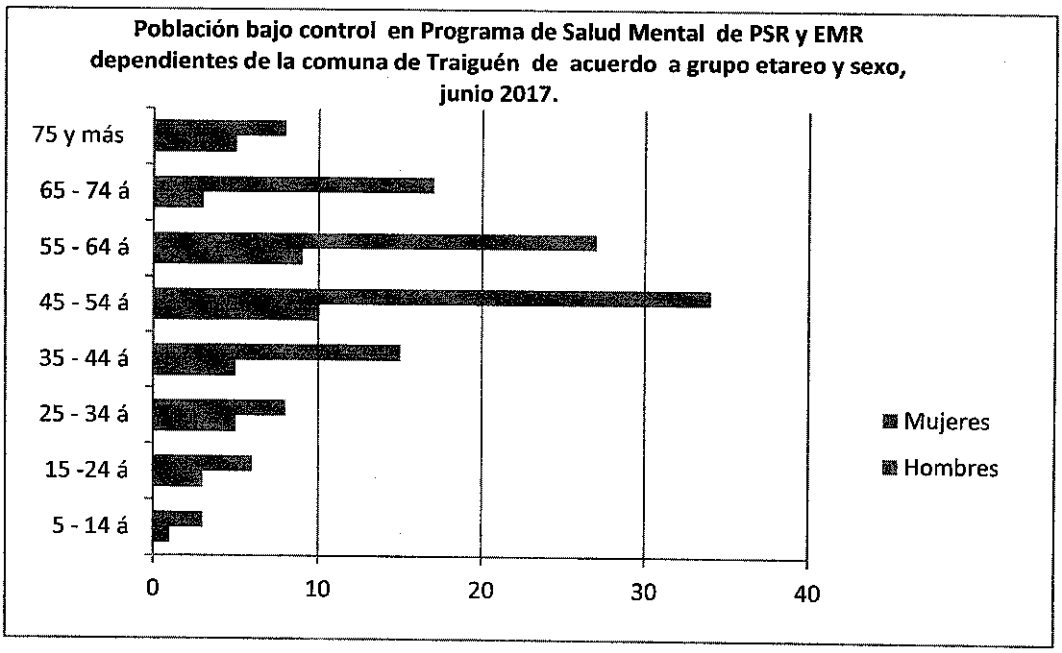


Respecto de la Población bajo control en el Programa de Salud Mental , a junio son 162 personas de los cuales el 73% (118) son mujeres y 27% (44) son hombres. Respecto a pertenencia a pueblos originarios el 49% (79 personas) se declara perteneciente a pueblos originarios.

Tabla N° 5.2 : Población bajo control en Programa de Salud Mental de PSR y EMR dependientes de la comuna de Traiguén de acuerdo a grupo etareo y sexo, junio 2017.

Edad / Sexo	Hombres	Mujeres
5 - 14 á	1	3
15 -24 á	3	6
25 - 34 á	5	8
35 - 44 á	5	15
45 - 54 á	11	34
55 - 64 á	10	27
65 - 74 á	4	17
75 y más	5	8
Población Total bajo Control	44	118

Fuente: DEIS – Serie P06, junio 2017

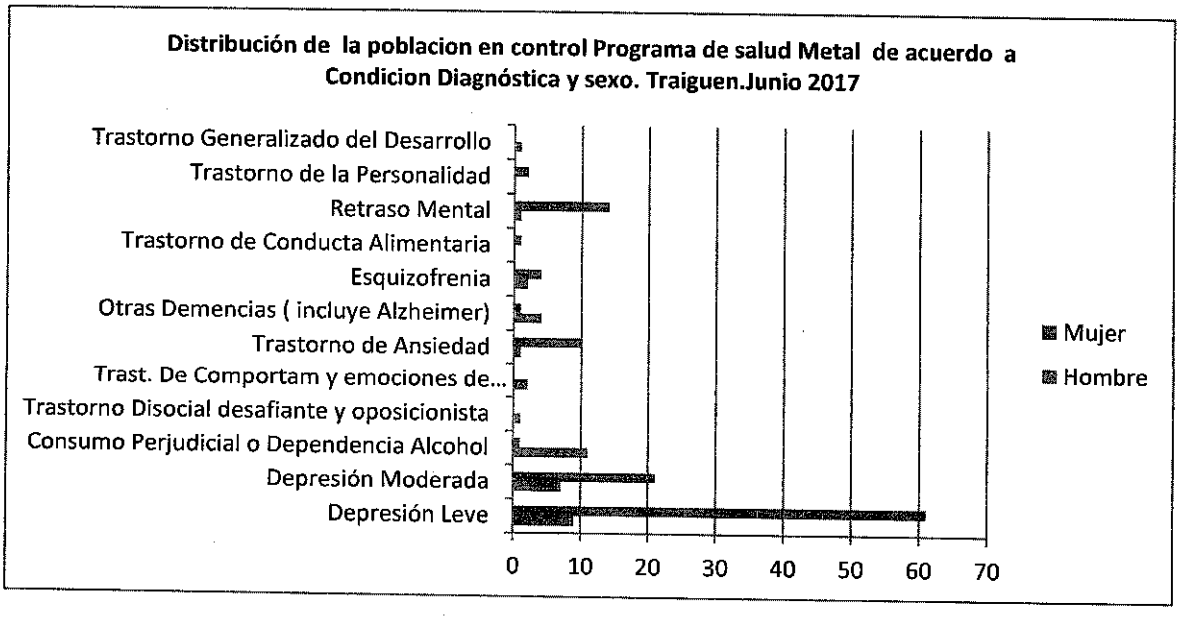


De acuerdo a la distribución por grupo de edad se puede apreciar que la población bajo control en el programa se extiende a través de todo el ciclo vital . La adecuada pesquisa permite que precozmente se inicie la intervención de los problemas de salud , esto se realiza a través de distintos instrumentos de evaluación diagnóstica que se aplican a la población beneficiaria. En el grupo de 45 a 64 años se genera el mayor número de ingresos, de acuerdo a sexo corresponde a la población de mujeres.

Tabla N° 5.3: Distribución de la población en control Programa de Salud Metal de acuerdo a Condición Diagnóstica y sexo. Traiguen. Junio 2017

Problema de Salud/Sexo	Hombre	Mujer
Depresión Leve	9	61
Depresión Moderada	7	21
Consumo Perjudicial o Dependencia Alcohol	11	1
Trastorno Disocial desafiante y oposicionista	1	0
Trast. De Comportamiento y emociones de inicio infancia	3	0
Trastorno de Ansiedad	2	12
Otras Demencias (incluye Alzheimer)	4	1
Esquizofrenia	2	4
Trastorno de Conducta Alimentaria	0	1
Retraso Mental	1	14
Trastorno de la Personalidad	0	2
Trastorno Generalizado del Desarrollo	1	0

Fuente: DEIS – Serie P06, junio 2017



Dentro de los problemas de Salud Mental , se puede apreciar que la Depresión Leve a Moderada es la más frecuente ,con 98 casos de los cuales 82 son mujeres y 16 son hombresLa Depresión corresponde a un problema de salud AUGE que tiene garantizado su Tratamiento Integral en atención primaria donde el apoyo medico y psicologico resultas relevantes para el control ,seguimiento y recuperación , dentro de las garantías GES se encuentran los examenes anuales , tratamiento farmacológico y derivación a control de especialista si sebrequire . El retraso Mental corresponde a 15 pacientes , Ansiedad 14 pacientes y 12 consumo prejudicial de alcohol y drogas.

PROGRAMA DE APOYO A LA SALUD MENTAL INFANTIL DE LA COMUNA DE TRAIGUEN [PASMI]

ANTECEDENTES

Este programa surge como extensión de Chile Crece Contigo, que contempla la problematización de la alta prevalencia de trastornos mentales en niñas y niños de Chile (27.8% en 4 a 11 años), a su vez, para la necesidad de disminuir las brechas en la entrega y recepción de tratamiento para abordar trastornos mentales y con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud mental de niños y niñas, mejorando su capacidad individual para prevenir los trastornos mentales, como entregar la atención para su pronta recuperación, esto en términos de acceso, oportunidad y calidad de atención.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El presente programa, que comienza a implementarse desde enero de 2017 en el Departamento de Salud de Traiguén, está orientado a la atención y tratamiento integral de problemas/trastornos de salud mental en población infantil de cinco a nueve años de la Comuna de Traiguén . Para ello se refuerzan equipos de salud a disponibilidad en la red en la que está inserto PASMI y se trabaja de manera intersectorial, abordando al usuario como un sujeto inserto en un contexto en el cual se interviene desde un enfoque familiar-comunitario a través del tratamiento integral, con una visión sistémica y promoviendo la des-estigmatización y sensibilización acerca del trastorno mental, como también disminuir las brechas respecto a la entrega de tratamiento en salud mental en la población objetivo, atendiendo a sus redes vinculares directas e indirectas pertinentes dentro de su sistema, como lo son figuras paternales y otros vínculos familiares, como también individuos insertos en el medio dentro de establecimientos educacionales (profesores, educadores) y entre otros que guarden significancia. También se realiza difusión del programa, y talleres de sensibilización de los problemas de salud mental infantil, bienestar socioemocional, como también de habilidades parentales.

El trabajo que se realiza consiste en proveer atención psicológica en niñas y niños de 5 a 9 años, a través del tratamiento y/o prevención de trastornos mentales en niñas y niños, por medio de tratamiento integral, donde el ideal es la activación y utilización de redes locales para el trabajo interdisciplinario, donde también se realizan visitas domiciliarias a establecimientos educacionales u otras instituciones que aporten al diagnóstico y abordaje del tratamiento. Los y las usuarios/as son ingresados por derivaciones o por demanda espontánea y las sesiones se llevan a cabo en el Departamento de Salud Municipal de Traiguén.

OBJETIVOS:

General:

- Aumentar la proporción (cobertura) de niñas/os de 5 a 9 años de la Couna de Traiguén con trastornos de salud mental que acceden a diagnóstico y tratamiento integral de salud con enfoque familiar y comunitario.

Específicos:

- Diagnosticar, ingresar y efectuar tratamiento integral a niñas y niños entre 5 a 9 años que presenten algún trastorno mental.

REQUISITOS:

- Pertenecer a FONASA
- Edad del usuario/a de 5 a 9 años.

ESTADÍSTICAS DE ATENCIONES E INGRESOS AÑO 2017:

MES	INGRESOS	N° ATENCIONES
ABRIL	1	1
MAYO	0	3
JUNIO	3	8
JULIO	2	8
AGOSTO	10	22
SEPTIEMBRE	2	11
TOTAL	**18**	**53**



SERVICIOS DE ESTIMULACION

Objetivo General

- Apoyar la implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo a nivel comunal, a través de la oferta local de intervenciones adaptadas para una adecuada estimulación del desarrollo a fin que los niños(as) puedan desplegar al máximo sus potencialidades y capacidades.

Objetivos Específicos

-Potenciar el máximo despliegue de las capacidades de niños(as) en primera infancia que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo BPS en su desarrollo.
-Facilitar la adecuada articulación de apoyos específicos que requieren niños(as) en primera infancia.
-Apoyar a las familias, especialmente madre, padre y/o adulto responsable, de niños(as) en primera infancia, para la adecuada atención, cuidado y estimulación de sus hijos e hijas.

SERVICIO ITINERANTE DE ESTIMULACION

Esta modalidad permite ofrecer experiencias de estimulación al desarrollo integral de niños/as beneficiarios que viven en el sector rural de la comuna de Traiguén.

Las experiencias de estimulación y planes de intervención se desarrollan en las Postas, Estaciones Médico Rurales o en los domicilios de los beneficiaries, se organiza en torno a un calendario que establece el trabajo en terreno. Se considera, de manera complementaria, la entrega de material educativo con recomendaciones o sugerencias de actividades para que los padres y madres realicen con sus hijos e hijas, en el periodo que transcurre entre cada visita de la modalidad. Se consideran demostraciones prácticas (modelaje) de las actividades de estimulación recomendadas.

Etapas del proceso de intervención

- Ingreso
- Evaluación:
  - Evaluar contexto familiar del niño
  - Conocer detalles de la rutina del niño/a
  - Hipótesis diagnóstica
  - Vinculo terapéutico con el adulto y el niño/a

- Elaboración del plan de trabajo
  - Diseño del plan de intervención
  - Derivaciones a médico o especialistas (sólo niños con resultado retraso en el test)

- Ejecución plan de trabajo:
  - Ejecución de estimulación
  - Reunión con equipo cabecera (en caso necesario)
  - Dar seguimiento a derivaciones
  - Conexión con instituciones que se requiera de la red

- Cierre

Otras actividades realizadas en Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil

- Actividades de Difusión (plazas ciudadanas, actividades de la red

- Visitas Domiciliarias Integrales (conocer en terreno prácticas de estimulación, fomentar actividades de estimulación)

- Talleres
  - Pautas de Crianza con pertinencia intercultural
  - Fomento Motor menores de un año
  - Fomento de Lenguaje menores de un año

ATENCIONES 2017

Diagnóstico	Arrastre año 2016	Ingresos 2017	Sesiones realizadas
Rezago	0	10	50
Riesgo	17	10	270
Retraso	1	1	40
Otra Vulnerabilidad	0	0	0

PROGRAMA ESPACIO AMIGABLE PARA ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE TRAIGUEN





Este Programa se articula como estrategia del Ministerio de Salud para acercar a adolescentes y jóvenes a la atención en salud, abordando temáticas que son de importancia e interés para esta etapa del desarrollo y que significan una necesidad que no esta siendo cubierta en su totalidad por el sistema de salud chileno.

Entre las temáticas que el programa comprende incluye la **educación sexual y reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual, salud mental y participación escolar.**

En el Departamento de Salud el programa comienza a ejecutarse desde octubre del año 2016 teniendo como principal objetivo en ese entonces la implementación y la difusión; contratando a 3 profesionales según lo especificado en el convenio (Psicólogo, Asistente Social y Matrona) quienes se mantienen hasta el día de hoy.

Respecto al funcionamiento del programa, se estableció un horario de atención en las tardes de lunes a jueves desde las 17:30 a las 18:30 por parte de la **dupla psicosocial** considerando la hora de salida de clases de los jóvenes, mientras que la **atención del profesional Matrona** se realiza los días martes desde las 18:00 ocupando el resto de horas en **talleres educativos** en los establecimientos educacionales. La programación de Talleres Educativos a realizar por la Dupla Psicosocial se realizan dos días a la semana en los internados de establecimientos de la comuna.

Por otra parte, las atenciones que se realizan en el departamento a los adolescentes que llegan en el horario señalado incluyen ***consejerías en educación sexual y reproductiva*** mayoritariamente, ya sea individual o grupal; con la entrega de preservativos en el caso que lo soliciten.

Durante el año 2017 se Han realizado:

79 Consejería a adolescentes en Conductas de Autocuidado – Salud Mental
16 Sesiones de Talleres Educativos por Dupla Psicosocial.
20 Talleres de Sexualidad y Afectividad realizados por a los cursos de diversos establecimientos de educación básica y media de la Comuna de Traiguén.

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso. A través de Mideplan, los ministerios de Educación, Salud, Vivienda, Trabajo, Cultura y Sernam, articulan y complementan los organismos públicos e impulsan servicios de mayor calidad para la atención de la población más pobre y con riesgo social delpaís.

El sector salud participa en varios programas de protección social de carácter intersectorial, entre ellos: Reforma Previsional, Chile Crece Contigo, Ingreso éticofamiliar.

SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL A LA INFANCIA "CHILE CRECE CONTIGO"

El Sistema de Protección Integral a la infancia Chile Crece Contigo (ChCC), tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar oportunidades de desarrollo en niños, niñas, sus familias y comunidades.

En su diseño mismo Chile Crece Contigo ha sido definido como una red integrada de servicios que opera en el territorio municipal en la cual cada sector pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia.

Chile Crece Contigo es una Red intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña y su familia.

En el caso del sector salud, se introducen importantes modificaciones a los antiguos programa de salud de la mujer y el niño, para desarrollar un nuevo "Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial" (PADBP) que se implementa en las redes asistenciales y constituye la puerta de entrada y eje del sistema. A su vez se fortalece el rol de salud pública promoviendo la intersectorialidad y las acciones territoriales en el ambiente que viven los niños yniñas.

El seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas mediante el PADBP establece nuevas actividades a realizar en cada control de salud, desde la gestación y hasta los 4 años de vida postnatal.

PROGRAMA DE SALUD DE PUEBLOS INDIGENAS - PESPI

En la actualidad, la Estrategia Nacional de Salud (ENS) que define objetivos sanitarios para la década 2011-2020 expresa en su objetivo N°5 sobre "equidad y salud en todas las políticas" su propósito de contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas que se operacionaliza a través de orientaciones técnicas con el propósito de proporcionar lineamientos a los equipos responsables del tema en las SEREMI y en los Servicios de Salud, en la priorización de líneas de acción para la elaboración de Planes Anuales con población indígena.

El Ministerio de Salud implementa el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) desde el año 2000, definiendo tres principios que posteriormente se ven reflejados en la Política de Salud y Pueblos Indígenas (2006) y en la legislación vigente:

- **Enfoque de Equidad**
- **Participación Social Indígena**
- **Enfoque Intercultural en Salud**

Objetivo General del Programa PESPI

Contribuir a la disminución de brechas de inequidad, en la situación de salud de los pueblos indígenas, a través de la construcción participativa de planes de salud que reconozcan la diversidad cultural, promuevan la complementariedad entre sistemas médicos y provean servicios de salud adecuados que respondan a necesidades, derechos y perfiles epidemiológicos específicos.

PLANIFICACION PESPI AÑO 2017

PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS SSAN

ESTABLECIMIENTO: D.S.M TRAIGUEN	DSM TRAIGUEN				
FACILITADOR (A): JUAN NAHUELPI					
ENC. PROGRAMA: A.S. KATHERINE CANOBBI					
COMPONENTE	**METAS**	**ACTIVIDADES ASOCIADAS A METAS**	**INDICADORES/MEDIOS DE VERIFICACION**	**RECURSOS FINANCIEROS SOCILITADOS**	**INVERSION DE RECURSOS (EN QUE SE VAN A GASTAR LOS RECURSOS)**
EQUIDAD: MEJORAMIENTO CALIDAD DE ATENCIÓN	Entregar el 100% de la ayudas sociales solicitadas por usuarios(as) mapuche de acuerdo a disponibilidad de recursos.	Atención de público, solicitud de ayuda social previa evaluación social, visita domiciliaria (Pañales, leche, medicamentos, pasajes, exámenes de alto costo, útiles de aseos personal u otros)	Registro de atención de público, ficha de recepción conforme, y documentos de respaldo de la entrega de beneficio	$ 2.000.000	Compra de pañales, exámenes de alto costo, exámenes de mayor compeljidad, medicamentos, insumos médicos, alimentos complementarios entre otros.
EQUIDAD: IMPLEMENTACION ESPACIOS CON PERTINENCIA INTERCULTURAL	Implementacion de espacio con pertinecia intercultural	Mantener y continuar fortaleciendo la oficina del facilitador para la acogida y la atención del usuario además, compra de cuadro con pertinencia cultural, adquisición de instrumento musicales (pifilka, trutruka, kulkul,2 bandera mapuche) adquisición de materiales de escritorios, alimentación e implementación de oficina.	Facturas, boletas, inventario de lo adquirido.	$ 250.000	Compra de cámara fotográfica, compra de cuadro con pertinencia cultural, compra de instrumento musical, compra de materiales de escritorio, compra de 2 bandera mapuche, compra de alimentación para la acogida de los usuarios.

EQUIDAD: FACILITADORES INTERCULTURALES	Incorporación y formalización del rol de facilitadores o asesores culturales en los establecimientos de la Red asistencial.	Contratación recurso humano, Facilitador Intercultural por 44 horas	Boleta de honorarios	5.204.831	
EQUIDAD: REGISTROS EN LA RED DE SALUD CON PERTENENCIA A PUEBLOS INDIGENAS	Realizar registro estadístico mensual de las actividades realizadas por el programa. .	Realizar registros locales (Rema, tinta, lápices, carpetas, archivadores, u otros)	REM	200.000	Compra de Material de escritorio, tinta, lápices u otros.

ENFOQUE INTERCULTURAL: DESARROLLO DE EXPERIENCIAS DE ATENCION INTERCULTURAL	Apoyar el 100% a los usuarios que solicitan movilizacion para traslado de medicina mapuche (machi) desde o hasta el centro de salud y otros. Apoyar a la machi en la atención de medicina mapuche y recolección de lawen y en traslado de machi a ceremonias.	Apoyar el traslado de paciente a medicina mapuche, además de traslado de agente de salud mapuche en actividades tales como: actividades ceremoniales, busca de lawen, actividades culturales entre otros. Gestión de traslados de dirigentes a reuniones extraordinarias además de traslado de pacientes a toma de examen y control de salud, previa evaluación. Los recursos serán utilizado para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio u otros.	Facturas, boletas,cotizacion,registro de traslado,registro de lista de asistencia,fotografico.	$ 1.500.000	Contratación de servicio de traslado, coordinación de actividades, compra o contratación de servicio de alimentación.
ENFOQUE INTERCULTURAL: DESARROLLO DE PROGRAMA DE CAPACITACION CON ENFOQUE INTERCULTURAL (A FUNCIONARIOS, DIRIGENTES, COMUNIDADES Y ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES)	Realizar a lo menos una capacitación con funcionarios de salud, además de realizar pasantía con la comunidad en experiencia de salud intercultural, realizar capacitación de prevención de salud, realizar a lo menos 3 capacitaciones en el intersector.	Realizar pasantía Funcionarios Cecosf, y Dirigentes , en experiencias de salud intercultural de la región, comunidad de Boroa. Capacitar a la comunidad en prevención de enfermedades occidentales (tbc y otros), continuar coordinando capacitación en el intersector. Los recursos serán utilizados para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio u otros.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de asistencia,registro fotografico.	$ 700.000	Contratación de docencia, contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.

ENFOQUE INTERCULTURAL: TRANSVERSALIZACION DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.	Realizar a lo menos 2 talleres con la comunidad en cosmovision mapuche y fortalecimiento de la cultura.	Realizar taller comunitario con la escuela del lof pantano.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de asistencia,registro fotografico.	$ 300.000	Contratación de docencia, contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.
PARTICIPACION SOCIAL: PROMOCION DE INSTANCIAS DE PARTICIPACION PROVINCIAL Y REGIONAL	Realizar 3 reuniones con autoridad del lof pantano para continuar fortaleciendo el modelo de salud. Garantizar la participacion en actividades culturales del lof y de las agentes de salud mapuche.garantizar la Participacion de facilitador en actividades culturales,reuniones, y ceremonias propias mapuche.	Garantizar a lo menos 3 mesas locales para continuar fortaleciendo el modelo de salud intercultural en LOF PANTANO. Participación con autoridades mapuche en reuniones de mesa territorial y provincial.Realizar actividades culturales tales como; we tripantu, palin, trafkintu u otros en el Lof Pantano.Participación en actividades culturales tales como; we tripantu, palin, trafkintu u otros.Participación y apoyo del facilitador intercultural en actividades comunitaria en realización de proyecto, solicitudes, reuniones, participación cultural u otros. Los recursos serán utilizados para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio y otros.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de asistencia,registro fotografico.	$ 700.000	Contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.

PARTICIPACION SOCIAL: PARTICIPACION DE DIRECTIVOS Y FUNCIONARIOS EN ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR ORGANIZACIONES INDIGENAS	Garantizar la participacion de los funcionarios de salud en actividades propias del territorio.	Realizar a lo menos un encuentro cultural con comunidad mapuches y funcionarios. Participación en actividades culturales Mapuche, junto a la comunidad (dirigentes, autoridades tradicionales, otros). Continuar fortaleciendo las actividades propias del LOF PANTANO. Los recursos serán utilizados para traslado, movilización, alimentación, material de escritorio y otros.	Facturas, boletas, cotizacion,registro de asistencia,registro fotografico.	$ 600.000	Contratación de servicio de traslado, compra de alimentación o contratación servicio de alimentación, adquisición de materiales de escritorio.

PRAIS

El Programa de Reparación y Atención Integral en Salud, es la respuesta del Sector Salud al compromiso de REPARACIÓN asumido por el Estado con las víctimas de represión política, brindando atención en lo biopsicosocial.

La reparación ha de ser un proceso de reconocimiento de hechos conforme a la verdad, a la dignificación moral de las víctimas y a la consecución de una mejor calidad de vida para las familias directamente afectadas.

Se debe comprender en el sistema de salud público que estos beneficios constituyen un derecho histórico, moral y sanitario de las victimas reconocidas y no son una dadiva, recompensa o privilegio.

ROL DEL FACILITADOR

- ✓ Detectar posibles beneficiarios, recepcionar, informar y orientar a cerca del sistema de salud en general y del establecimiento en que se desempeña.
- ✓ Derivar al Equipo PRAIS del Servicio de Salud cuando corresponda.
- ✓ Mantener una coordinación permanente con el equipo especializado del Servicio de Salud.
- ✓ Facilitar acceso y oportunidad de la atención reparatoria en salud a los beneficiarios de este Programa.
- ✓ Coordinación regular y permanente con las agrupaciones de usuarios del programa.

QUIENES SON BENEFICIARIOS

- Presos políticos y torturados incluidos en el Informe Valech y sus familiares.
- Familiares de DD.DD y Ejecutados políticos, individualizados en el Informe Rettig.
- Exonerados Políticos, calificados por el Ministerio del Interior y sus familiares.
- Exiliados por motivos políticos y sus familiares.

BENEFICIOS GENERALES:

La Red de Salud Pública en General, garantiza la atención gratuita en salud en el sistema público a toda persona que posea su tarjeta PRAIS, según disponibilidad.

CASA PRAIS

Acceso a la atención por parte de los profesionales integrantes del equipo PRAIS, fundamentalmente a los usuarios que presenten secuelas de represión política.

BENEFICIOS A NIVEL LOCAL (CASA PRAIS ANGOL)

- Paños Adultos : Indicación de medico y/o profesional tratante
- Suplementos alimenticios (Ensure, Glucerna) Indicación de médico y/o profesional tratante.
- Devolución de Pasajes: para pacientes en control médico y/o psicológico con profesionales de PRAIS, a partir de la 2º sesión.
- Medicamentos : devolución total y/o parcial para compra de medicamentos extra sistema (max $35,000) y compra de medicamentos extra sistema que el paciente deba tomar de forma permanente con indicación medica
- Exámenes: devolución total y/o parcial para la compra de exámenes de difícil resolución en el extra sistema. (max. $50,000)
- Ayudas Técnicas: entrega en comodato de silla de rueda, bastones, burrito o colchón anti escaras para pacientes con indicación médica y que no sean considerados por GES.

POBLACION INSCRITA EN POSTAS ESTACIONES MEDICO RURALES BENEFICIARIA PRAIS PERIODO 2015 -2017.

SECTOR	BENEFICIARIOS PRAIS
QUILQUEN	18
MOLCO	10
DIDAICO	7
RED CONTRERAS	6
TEMULEMU	5
ANIÑIR	3
QUINO-CONDOR	3
TERPELLE	2
TOTAL PACIENTES PRAIS	**54**

Los beneficiarios PRAIS que se controlan en Postas y Estaciones Medico Rurales de la comuna de Traiguen corresponden a 54, este dato corresponde a los pacientes que se han derivado a Consultas medicas de Especialidad , exámenes y procedimientos de la subred Victoria.

PROGRAMA PLAN ARAUCANIA
MEJORAMIENTO DE CENTROS DE SALUD INTERCULTURAL MAPUCHE 2017

El Plan Araucanía tiene como objetivo Apoyar con recursos financieros que corresponden a un monto de **$13.235.266**, para la implementación de las siguientes acciones de **salud intercultural**:

1. Mejoramiento del acceso a usuarios /as mapuche, de los sectores rurales y urbanosa la atención de salud del sistema médico occidental.

2. Mejoramiento de la información a los usuarios/as de salud en el Modelo de atención con pertinencia cultural.

3. Desarrollo y fortalecimiento del sistema médico mapuche, que responda al Modelo de atención con pertinencia cultural.

4. Fortalecimiento del Modelo de atención con pertinencia cultural a través de la capacitación de los dirigentes y funcionarios/as de salud.

5. Fortalecimiento de la experiencia de salud intercultural a través de la participación de las Comunidades mapuche del territorio y de la provincia

Plan de Trabajo y Actividades para el año 2017.

No	NOMBRE ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	MONTO ($)
1	Contribuir al desarrollo de una experiencia de atención con pertinencia cultural en el Centro de Salud Intercultural Pantano.	Entregar Ayudas Sociales solicitadas por los usuarios de acuerdo a disponibilidad de recursos y previa evaluación social (pañales, alimentación complementaria, pasajes, exámenes de alto costo, entre otros.)	$735.266
2	Desarrollo y fortalecimiento del sistema médico mapuche, que responda al Modelo de atención con pertinencia cultural.	Traslado de usuarios a la medicina Mapuche y apoyo a los especialistas de la medicina mapuche en la recolección de lawen. (Incluye: Movilización Adquisición de insumos, pasajes, traslados, fletes, otros).	$2.000.000
		Construcción de una bodega Reas para resguardo de los insumos, materiales médicos, entre otros del Cecosf Pantano.	$ 7.000.000
3	Implementación de acciones de salud intercultural, orientados a la transversalización de la interculturalidad en los Programas de salud.	Mejorar la calidad de atención de agentes de medicina mapuche tales como ngutamchefe y puñeñelchefe del territorio.Incluye actividades culturales con pertinencia, docencia, recesos, materiales de apoyo, pasajes, traslados, y otros.	$1.500.000
		Realizar en el centro de salud lof pantano un vivero con pertinencia cultural y fomentar la educación y cuidado de las plantas medicinales propia del territorio. Incluye actividades culturales con pertinencia, docencia, recesos, materiales de apoyo e insumos, pasajes, traslados, y otros.	$ 1.000.000
4	Fortalecimiento de la experiencia de salud intercultural a través de la participación de las Comunidades mapuche del territorio de la comuna de Traiguén.	Contratación de una monitora de Telar y materiales para realización de talleres de iconografía mapuche a usuarias del Lof Pantano.	$ 500.000
		Conmemoración día internacional mujer indígena	$ 500.000
$13.235.266.-			

PROGRAMA COMUNAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 2016-2018

Programa transversal a todas las actividades según ciclo vital, que además está enfocado al trabajo intersectorial comunal, cuyas acciones están plasmadas en el Plan Comunal de Promoción de la Salud, elaborado en forma anual de acuerdo a las características epidemiológicas y principales condicionantes de la salud de la población urbana y rural de la comuna.

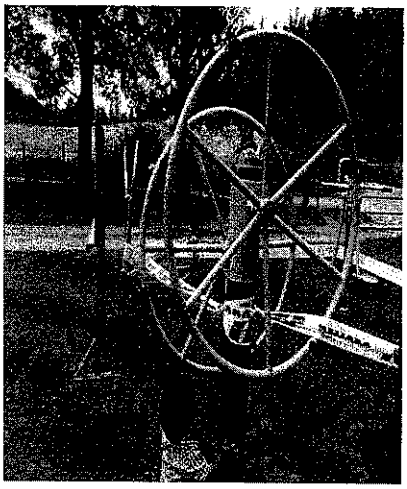
La promoción de la Salud constituye un proceso político, social y global que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. En este sentido, las intervenciones abarcan no solamente las acciones dirigidas a directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública. Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas.

A partir de estos lineamientos se busca empoderar a la población de la comuna de Traiguén a ser partícipes directos y actores sociales relevantes en el programa de promoción de salud, mediante espacios de participación ciudadana que involucran distintas miradas desde la diversidad cultural de la comuna, recogiendo por medio de instrumentos participativos, lo problemas que aquejan a la población y levantando propuestas que han nacido de los propios actores involucrados en este proceso.

Estas instancias participativas han surgido de la necesidad de tener una mirada amplia, pero no menos integral de los problemáticas más atingentes en la comuna, que se han plasmado en el presente diagnostico comunal, que tuvo como objetivo principal la elaboración y puesta en marcha de un plan trienal de promoción de salud que comenzó a funcionar a contar del año 2016 y que tiene como ejes principales las condicionantes de Alimentación Saludable, Actividad Física y Participación, enfocados tanto en la comunidad en general como en los establecimientos educacionales de la comuna.

PLANILLA PROGRAMACION-GESTION TRIENAL 2016-2018			
RESULTADO ESPERADO	Actividad	Componente	Tipo de Entorno
Alimentación Saludable incorporada en la vida diaria de los preescolares intervenidos en la comuna de Traiguén	Taller educativo a mujeres en donde se dé a conocer la ley 20.606	Alimentación Saludable	Entorno comunal
	Implementación de huertos en Establecimientos Educacionales	Alimentación Saludable	Entorno educacional
	Realización de capacitación con niños/as y apoderados de al menos 2 escuelas rurales	Actividad Física	Entorno educacional
Habilitación y apertura de espacio garantizada por la Autoridad para la práctica de actividad física deportiva y/o recreativa en la comuna	Reunión de seguimiento con coordinador de deportes	Actividad Física	Entorno Comunal
Familias participando activamente de los distintos programas deportivos y/o recreativos brindados en la comuna de Traiguén	Compra e instalación de las maquinas en sectores aledaños a EE priorizados para que sean utilizados de forma masiva e igualitaria por la población.	Actividad Física	Entorno Comunal - Educacional
	Contratación de profesor de educación física que impartirá clases de actividad física.	Actividad Física	Entorno Comunal - Educacional
Estudiantes de 1° a 4° año básico participan en alguna disciplina deportiva en sus respectivos EE o en escuelas deportivas municipales.	Catastro de los talleres deportivos que se imparten en EE priorizados	Actividad Física	Entorno Educacional
	Adquirir implementación deportiva para generación de talleres deportivos en 4 EE priorizados para el 2017	Actividad Física	Entorno educacional
	Realización de encuentro escolar de deportes tradicionales mapuches	Actividad Física	Entorno educacional
	Compra de Juego Infantil de exterior	Actividad Física	Entorno educacional
MONTO ASIGNADO AÑO 2017			**$ 9.702.423**







MODELO SALUD FAMILIAR :

POLITICA DE CALIDAD

A contar del mes de Agosto de 2017, el Departamento de Salud con sus respectivas Postas de Salud Rural, establece:

Este Establecimiento y sus funcionarios se comprometen a implementar y mantener una gestión de calidad y seguridad en la atención de los usuarios de los sectores rurales, inscritos y validados, beneficiarios de las Postas de Salud Rural, a través del mejoramiento continuo de los procesos de atención en salud asegurando calidad, eficacia y eficiencia.

La implementación de esta política institucional contribuirá a la entrega de una atención de salud oportuna y pertinente, otorgada por profesionales calificados, minimizando los riesgos asociados a la atención y asegurando la gestión de los recursos Humanos y económicos adecuados a las necesidades de salud de los usuarios del sector rural, sus familias y comunidad.

Acreditación:

Proceso periódico de evaluación para medir el nivel de cumplimiento que deben tener las prácticas relacionadas con la seguridad en la atención de salud en una institución, comparándolas con una norma (estándar de calidad) definida por el Ministerio de Salud, aplicado por entidades acreditadoras.

Objetivo General:

Asegurar la calidad de la atención entregada, a través del cumplimiento de estándares incluidos en el proceso de acreditación y evaluando con indicadores relacionados con la seguridad.

OBJETIVO específicos	**META**	**ACTIVIDADES**	**Responsables**	**Plazo**	**Medios de verificación**
Asistir a reuniones y capacitaciones en política de calidad del SSAN	Asistir al 100 % de las reuniones y capacitaciones	Reuniones de calidad mensuales	SSAN	Mensual	Acta reunión mensual
Capacitar a los funcionarios en Acreditación de Calidad	90% funcionarios ley 19.378 capacitados	Jornada de Capacitación en Calidad	Comité Capacitación	Septiembre 2017	Lista Asistencia
Comenzar proceso para acreditación institucional en calidad.	Elaborar 1 política de calidad	Reunión equipo de calidad para elaboración política	Equipo de calidad	Agosto 2017	Documento Política de calidad

Difundir política de calidad y sensibilizar a funcionarios	Difundir política al 100% de los funcionarios	Distribuir documento de Política de calidad a las PSR. Reunión de capacitación con los funcionarios	Equipo de Calidad	A Diciembre 2017	Lista asistencia
Definición de brechas para Autorización Sanitaria Postas de Salud Rural	Revisión de brechas en 100 % PSR	Aplicación de pauta De brechas por establecimiento	Equipo Calidad	Agosto 2017	Pauta aplicada
Análisis de cumplimiento de indicadores de calidad (obligatorios)	Cumplir con el 100% de las características obligatorias	Actualizar y elaborar protocolos.	Equipo de Calidad	2018	Informe de resultado de cumplimiento de indicadores obligatorios. Protocolos elaborados.

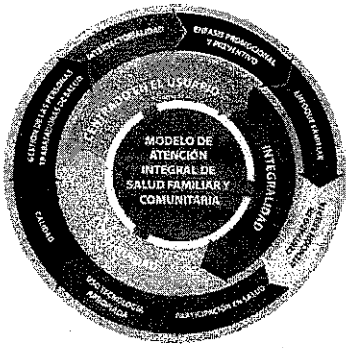
MODELO DE SALUD FAMILIAR

Entendiendo que el Modelo de atención constituye un elemento eje de la reforma del sector, es aplicable a toda la Red de Salud y sus conceptos principales son:

Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. En donde el eje del proceso de atención está centrado en las personas, "en su integralidad física, mental y social". La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social ycultural.

Integralidad: El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmenteaceptables.

Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.



LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR :

Enfoque Familiar y Comunitario : Está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los Centros de Salud, deben contar con equipos, que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada amplia en la atención de salud de las personas y por ende abordar además del trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

Responsabilidad compartida por la salud de cada uno de los integrantes de la familia : Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas .Especialmente se favorece la participación de la pareja o persona significativa para la madre en el proceso reproductivo; del padre y la madre u otra figura responsable en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores , discapacitados personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

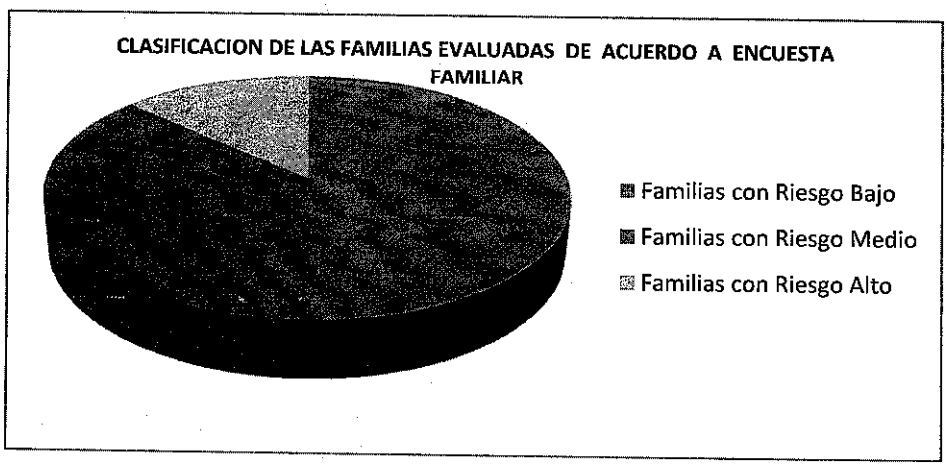
Prestación de Servicios Integrados e integrales : Incorporar acciones de Promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el auto cuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables, actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población.

Gestión de Garantías Explícitas en Salud: En este contexto, para la Red Asistencial, son procesos especialmente importantes: la sospecha fundada, el tratamiento según protocolo y la derivación oportuna y pertinente a los 37 niveles de mayor complejidad tecnológica. La definición de los procesos clínicos realizada para responder a las garantías explicitas, ha permitido avanzar en una metodología que es aplicable a cualquier problema de salud y que consiste, en determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, definir las brechas de equipamiento, infraestructura y capacitación de los Recursos Humanos y estimar las inversiones que son necesarias para corregir dichasbrechas.

Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Atención Primaria de Salud: Continuar generando una masa crítica de funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales de la Estrategia de Atención Primaria y en particular de su enfoque familiar, comunitario, de género, intercultural y en red como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial.

Total de Familias Inscritas PSR-EMR Dependientes DSM TRAIGUEN ***679***
Familias Evaluadas Encuesta Familiar ***436***

Familias con Riesgo Bajo	197
Familias con Riesgo Medio	145
Familias con Riesgo Alto	53



De acuerdo a la matriz de Evaluación de Riesgo de las familias inscritas de un total de 395 Pautas aplicadas , un 50 % presenta Riesgo Bajo , un 37 % presenta un Riesgo Medio y un 13 % presenta un riesgo Alto . De acuerdo este instrument se define el Plan de Cuidados para la familia .

PLAN DE MEJORA MODELO SALUD FAMILIAR 2017:

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la Modernización de la Atención Primaria e incorporando la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud decide impulsar el **Programa de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.**

Objetivo General:

- Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa; evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la evolución del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, detectadas con "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria"
- Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud

Plan de Mejora : Tareas comprometidas 2017 ejecutadas

EJE PROMOCIÓN			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
Continuidad, integralidad y Centrado en las personas	Potenciar factores protectores durante todo el ciclo vital a nivel individual, familiar y en la comunidad	Existencia de guías anticipatorias para el embarazo (Chile Crece Contigo u otra elaborada localmente).	Logrado
		Entrega de guía anticipatoria con educación a embarazadas del establecimiento de atención primaria.	Logrado
		Existencia de guías anticipatorias con consejo breve a padres de niños/as menores de 1 año, en lactancia materna y cuidados del crecimiento y desarrollo.	Logrado
		Entrega de guía anticipatoria con consejo breve a padres de niños/as menores de 1 año del establecimiento de atención primaria.	Logrado
		Existencia de guías anticipatorias con consejo breve a padres de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, en alimentación saludable.	Logrado
		Entrega de guía anticipatoria con consejo breve a padres de niños/as mayores de 1 año y menores de 5 años, en crecimiento y desarrollo.	Logrado
		Existencia de guías anticipatorias para adultos entre 25 y 64 años, en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco y actividad física.	Logrado
		Entrega de guía anticipatoria con consejo breve a adultos entre 25 y 64 años, en consumo de alcohol responsable, consumo de tabaco y actividad física.	Logrado
	Estimular la participación y rol que juega la comunidad local y el Intersector en lo que respecta a promoción de salud.	Proporción de actividades realizadas del Plan de Trabajo con el Intersector, relacionadas con las orientaciones de escuelas promotoras de salud y en sintonía con el Plan de Salud Comunal y Plan de Educación Municipal.	Logrado

		Instalación de mesa de trabajo de promoción de salud en cada sector, en conjunto con el Intersector y por cada 5.000 inscritos (por ejemplo, Comisión Mixta Salud Educación, COMSE)	Logrado
		Formulación del Plan Trianual de Promoción de Salud, donde se verifique la participación de la comunidad, el intersector y se verifique acciones que incluyan todos los establecimientos de aps comunales.	Logrado
		Existencia de proyectos comunitarios en promoción de salud.	Logrado
EJE PREVENCION			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
Continuidad	Proporcionar consejerías, durante todo el ciclo vital del individuo y familiar, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	Realizar consejerías a adolescentes con control Joven Sano en el establecimiento de atención primaria, escuela u otro espacio	Logrado
		Realizar consejerías a mujeres bajo control en el establecimiento de atención primaria.	Logrado
		Realizar consejerías a adultos bajo control , en el establecimiento de atención primaria	Logrado
		Realizar consejerías a adultos bajo control , en el establecimiento de atención primaria	Logrado
Centrado en las personas	Articular un conjunto de acciones específicas, durante todo el ciclo vital del individuo y familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar lasconsecuencias de ellas.	Lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes, considerando lo alcanzado en los dos últimos años (hoy Meta Sanitaria).	Logrado
		Adolescentes asisten a control de salud integral (Joven Sano)	Logrado
		Mujeres con EMP y PAP realizado inscritas en el establecimiento de atención primaria. (según metas sanitarias e IAAPS)	Logrado
		Hombres con EMP inscritos en el establecimiento de atención primaria. (según meta IAAPS)	Logrado

		Adultos mayores con EMPAM inscritos en el establecimiento de atención primaria (según IAAPS)	Logrado
		Existencia de Plan de Cuidado del cuidador en el establecimiento de salud.	Logrado
EJE ENFOQUE FAMILIAR			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
Continuidad	Acompañar y asistir a las familias durante la experiencia de crisis normativas y no normativas, con el fin de que puedan abordar estas fases de manera exitosa para ellas.	Existencia de documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa	Logrado
		Existencia de documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que tengan o hayan tenido algún integrante hospitalizado (considerando lo anterior como crisis no normativa), según diagnóstico de salud de su establecimiento.	Logrado
		Familias inscritas evaluadas bajo criterios definidos por el establecimiento y/o comunas (mediante mecanismo de screening)	849 familias evaluadas
		Planes de Intervención a familias evaluadas como de riesgo.	Logrado
Integralidad	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas	Existencia de sistema/protocolo instalado para realizar estudios de familia y planes de abordaje.	Logrado
		Existencia de pauta de visita domiciliaria integral	Logrado
		Existencia de talleres para personas con patología crónica no cardiovascular	Logrado
		Existencia de talleres para personas con patología crónica cardiovascular	Logrado
EJE CALIDAD			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
Continuidad	Asegurar el acceso y la oportunidad de atención a los usuarios de los	Plan de gestión de la demanda	Logrado
		Interconsultas emitidas por el establecimiento, calificadas	Logrado

	establecimientos de atención primaria.	como P1 y evaluadas antes de 10 días en el nivel secundario.	
Integralidad	Desarrollar una cultura de calidad y mejora continua en el establecimiento de salud, con el fin de abordar los constantes nuevos desafíos que exige la salud pública hoy.	Existencia de planes de mejora continua que aborde problemas pesquisados en Diagnósticos Participativos, OIRS, encuesta de satisfacción usuaria, análisis de coberturas, resultados, entre otros.	Logrado
		Existencia de un plan de acción destinado a disminuir las hospitalizaciones de la población inscrita menor de 65 años.	Logrado
Centrado en las personas	Procurar la entrega de servicios de salud de calidad a la población inscrita en el establecimiento.	Existencia de plan de mejoramiento continuo en base a resultados de encuestas de satisfacción usuaria, realizadas por externos	Logrado
EJE INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
Continuidad	Abordar, desde un enfoque intersectorial, el estado de salud y bienestar de la población inscrita, en el marco de la Estrategia Nacional de Salud.	Existencia de trabajo en Red, reflejado en atenciones que reciban las personas inscritas en el establecimiento.	Logrado
Integralidad	Identificar las instituciones que componen el Intersector del establecimiento de salud, con el fin de coordinar acciones efectiva con éste	Existencia de mapa del territorio incluyendo las instituciones que operan en él y los recursos (infraestructura u otros) disponibles en el sector en el cual esta.	100%
		Existencia de plan de trabajo anual con el Intersector que opera en el territorio local del establecimiento.	Logrado
EJE CENTRADO EN ATENCION ABIERTA			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento

Continuidad	Fomentar la relación y tránsito de los usuarios de la Red de Salud, desde el modelo hospitalario hacia el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.	Existencia de un plan de trabajo que establezca acciones de coordinación, mediante flujo de información periódica, de los egresos hospitalarios hacia los establecimientos de atención primaria.	Logrado
		Existencia de plan de cuidados para usuarios inscritos dados de alta hospitalaria por causa de IAM y/o AVE.	Logrado
Integralidad	Promover el fortalecimiento de la atención primaria poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención en personas con alto riesgo de hospitalización	Existencia de plan de cuidado ambulatorio a usuarios inscritos con problemas de salud que, al agravarse, corren alto riesgo de hospitalización.	Logrado
Centrado en las personas	Favorecer el abordaje ambulatorio y con enfoque familiar y comunitario a personas que tienen alto riesgo de agravar su situación de salud	Talleres o educaciones en domicilio a cuidados de personas con dependencia severa.	Logrado
		Visitas domiciliarias a personas con dependencia severa inscritas en el establecimiento	Logrado
EJE TECNOLOGIA			
Principio Irrenunciable	**Objetivo**	**Indicador**	**Cumplimiento**
Continuidad	Utilizar la tecnología en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo. Se incluyen los medicamentos, los dispositivos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.	Existencia de reportes periódicos en relación a cumplimiento de IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital, basados en un software u otro similar.	Logrado
		Mecanismos para difundir los reportes de IAAPS, metas sanitarias y/o programas de ciclo vital, basados en alguna tecnología u otro método.	Logrado
Integralidad		Existencia de plataforma informática que permita la coordinación del establecimiento con su red local y/o con la red del Servicio de Salud	Logrado
Centrado en las personas		Existencia de alguna TICs para la prevención y promoción de salud, a nivel individual o comunitario tales como: página web, blog, Facebook, Twitter, mensajería a celulares, etc.	Logrado
		Existencia de algún tipo de tecnología aplicada a la resolutividad (incluye telemedicina, equipamiento u otro)	Logrado

EJE PARTICIPACION			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
Continuidad	Comprometer y desarrollar todos los esfuerzos necesarios para promover la participación social en salud como práctica habitual, reconociendo la importancia de su fomento y del trabajo colaborativo con la comunidad.	Existencia de plan de participación social en salud que contenga elementos de evaluación y construido con la comunidad	Logrado
		Actividades participativas de desarrollo territorial realizadas.	Logrado
		Encargado de participación con competencias ad/hoc certificadas.	Logrado
		Encargado/a de participación del establecimiento cuenta con, al menos, 22 hrs. semanales dedicadas al trabajo en participación social.	Logrado
Integralidad		Existencia de diagnóstico participativo por cada sector y/o equipo de cabecera, con participación comunitaria y enfoque intercultural, que incluya el análisis de problemas de salud en el sector, identificados por la comunidad.	Logrado
Centrado en las personas		Existencia y aplicación de protocolo de Buen trato al usuario (Ley de derechos y deberes)	Logrado
EJE DESARROLLO DE LAS PERSONAS			
Principio Irrenunciable	Objetivo	Indicador	Cumplimiento
Continuidad, integralidad y centrado en las personas	Trabajar en pos de la organización de las personas, su desempeño y desarrollo de competencias con énfasis en el fomento del capital humano y en la construcción de ambientes laborales orientados a la obtención de impacto sanitario, con visión de salud pública.	Construcción consensuada de perfiles y roles de cargos directivos (director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, entre otros) Difundidos y conocidos por el equipo	Logrado
		Definición de la dotación por cada establecimiento necesaria para el desarrollo del Plan de Salud Comunal, autorizada por el SS respectivo	Logrado
		Existencia de personas capacitadas en cursos de capacitación basados en el Modelo de Atención Integral de Salud	Logrado

		Diagnóstico del clima laboral para el desarrollo de planes anuales de mejoramiento del mismo	En proceso

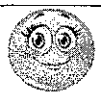
TRATO USUARIO:

Medir la calidad del trato al usuario de los establecimientos de salud municipal del sistema publico de salud es un objetivo que se consolida con la aplicación de 40 encuestas en cada uno de los establecimientos de atención , durante el primer semestre del 2017 se aplicaron 240 cuestionarios que constituyen un instrumento validado para medir calidad del trato al usuario en los establecimientos y determinar en cada uno de los establecimeintos evaluados la percepción del trato al usuario expresado lo que se expresa en un analisis que se presenta acontinuación .

240 ENCUESTAS APLICADAS POSTAS:
MOLCO – QUECHEREGUAS- QUILQUEN – TEMULEMU – QUILQUEN – ANIÑIR

ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS

Señale su nivel de Satisfacción con los siguientes aspectos referentes a la Ronda de Salud Rural de su Posta: Posta molco enero a junio 2017

ME IDENTIFICO	 **Mucho**	 **Bastante**	 **Algo**	 **Poco**	 **Nada**
1. Elnúmero de veces al mes que viene la ronda a mi posta es adecuado para atender mis problemas de salud.					
2. Hoy fue fácil para conseguir hora para que me atendieran.					
3. Me atendieron varios profesionales para solucionar mi problema de salud					
4. Los profesionales de la ronda se preocuparon de examinarme y revisar mis síntomas.					
5. Los profesionales de la ronda me escucharon, me atendieron y me dieron confianza.					
6. Los profesionales me explicaron cual es la enfermedad que tengo y las consecuencias si no tengo tratamiento.					
7.Entendi las indicaciones que me dieron para seguir el tratamiento					
8.Puedo seguir las recomendaciones e indicaciones que me hacen los profesionales					
9. La Posta tiene los medicamentos que me indica el médico o la Matrona					
10.Cuando necesito especialista, se preocupan de encontrarme cupo para especialista					

ANALISIS CUALITATIVO DE LA ENCUESTA SATISFACCION USUARIA PRIMER SEMESTRE AÑO 2017

Considerando la evaluación de los usuarios en las 240 encuestas aplicadas durante el primer semestre en las Postas Rurales de la comuna de Traiguén se puede concluir lo siguiente:

1. En las encuestas aplicadas por posta en el período Enero a Junio de 2017 se observa la demanda de la comunidad que en las postas y el equipo de salud rural no cuentan con los medicamentos que requieren de acuerdo a los indicados por los profesionales en las rondas, destacan las postas de Quilquén, Quechereguas y Didaico que no observan este punto como una necesidad.

2. Usuarios de las Postas de Aniñir, Quechereguas y Temulemu identifican que el número de veces que asiste la ronda a la posta en el mes es insuficiente para atender sus problemas de salud, llama la atención esta demanda considerando que se ha aumentado el número de rondas por la sectorización de la población a una semanal y en la comunidad de Temulemu se encuentra establecido en la Posta un Equipo de Salud del Programa de Reparación Prilongko.

3. Usuarios sienten que para ser atendidos por especialistas el equipo de salud no se preocupa por encontrarles cupo, esto en las postas de Temulemu, Quilquén, Quechereguas y Aniñir. En éste punto el equipo de salud cumple con digitar las interconsultas en sistema de Referencia y Contra Referencia y hacer seguimiento, no teniendo inferencia para disminuir tiempos de espera.

4. Los usuarios identifican que para solucionar su problema de salud deben ser atendidos por varios profesionales en las rondas médicas, esto se evidencia básicamente en las Postas de Quecherguas y Quilquén cuya población es mayoritariamente Adulto mayor y requieren evaluación por otros profesionales no médico tales como enfermera, nutricionista, Psicólogo, Asistente Social u otros.

5. Usuarios identifican debilidad en el equipo de salud en la entrega de información de los profesionales al momento de explicar su enfermedad y las consecuencias de esta si no se trata.

6. Usuarios no están conforme por la atención profesional que reciben ya que señalan poca preocupación para examinarlos y atender sus síntomas, como también coinciden en que durante la atención no hay escucha atenta y no les dan confianza, esto se identifica en las postas de Aniñir y Temulemu.

EVALUACIÓN TRATO USUARIO 2016

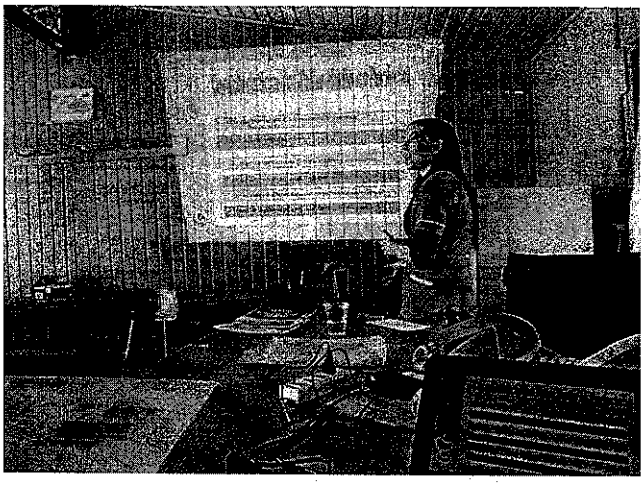
En función del mejoramiento del trato a los usuarios de los establecimientos municipales de atención primaria de salud, el cual se determinará mediante el resultado obtenido de la aplicación de un instrumento de evaluación establecido , por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, previo informe del Comité Técnico que estará integrado por un representante de dicha Subsecretaría y uno de la Dirección de Presupuestos, definen el instrumento de evaluación, el que podrá ser actualizado a partir de los dos años de uso.

Dicho instrumento contiene la aplicación de una encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos de salud municipal, la aplicación del instrumento de evaluación se efectua por expertos externos a los establecimientos municipales de atención primaria de salud.

La contratación de dichos expertos es responsabilidad de la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través del procedimiento dispuesto en la ley Nº 19.886.
El instrumento de evaluación se aplica a los usuarios mayores de 15 años que hayan recibido atención en el establecimiento de salud municipal durante el período de la aplicación de dicho instrumento.

Los establecimientos una vez evaluados se ordenan en forma decreciente de acuerdo al resultado obtenido en la aplicación del instrumento de evaluación, clasificándose de acuerdo tramos:

Los resultados de la Encuesta Trato Usuario año 2016 publicados en MINSAL realizada en Posta Quilquen , de acuerdo a los Items Evaluados asignaron un Puntaje correspondiente al **Tramo 1 , Nota 7,0.**





APS_Araucanía Norte	CALIDAD DEL TRATO EN ASPECTOS GENERALES									
	P8) La forma en que lo recibieron y saludaron cuando Ud. llegó a este Consultorio (Centro de Salud) o cuando fue atendido.		P9) El vestuario y presentación del personal de este consultorio (centro de salud) (administrativo, paramédico y profesional).		P10) La identificación o piocha que usan las personas que trabajan en este lugar para que Ud. los reconozca.		P11) La limpieza de este Consultorio (Centro de Salud).		P14) Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado(a) hasta que fue atendido(a).	
Nombre Establecimiento	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Posta de Salud Rural Quilquén	6,912	0,288	7,000	0,000	7,000	0,000	6,941	0,343	7,000	0,000

APS_Araucanía Norte	CALIDAD DEL TRATO PERSONAL TÉCNICO-PARAMEDICO									
	P21) La amabilidad y cortesía del(los) Auxiliar(es) de Enfermería (Técnico - Paramédico) que lo(a) atendió (eron).		P22) El tiempo que el Auxiliar de Enfermería (Técnico -Paramédico) dedicó a atenderle.		P23) Las respuestas del Auxiliar de Enfermería (Técnico - Paramédico) a las preguntas que Ud. le hizo.		P24) La disposición del Auxiliar de Enfermería (Técnico-Paramédico) para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo.		P25) La confianza que le generó el Auxiliar de Enfermería (Técnico-Paramédico) que lo atendió.	
Nombre Establecimiento	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Posta de Salud Rural Quilquén	6,941	0,239	6,941	0,343	7,000	0,000	7,000	0,000	7,000	0,000

APS_Araucanía Norte	CALIDAD DEL TRATO PERSONAL PROFESIONAL									
	P27) El interés y la amabilidad del (la) profesional que lo(a) atendió.		P28) La explicación que le dio el (la) profesional sobre su problema de salud y tratamiento.		P29) La posibilidad que le brindó el (la) profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento.		P30) La disposición del (la) profesional para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo.		P31) La confianza que le generó el (la) profesional que lo atendió.	
Nombre Establecimiento	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Posta de Salud Rural Quilquén	6,941	0,239	6,941	0,239	6,941	0,239	6,941	0,239	6,941	0,239

CONSIDERACIONES PARA LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE ACTIVIDADES AÑO 2018

Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

OE 1. REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 por 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis.
Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Mantener en 0 el número de casos de enfermedades transmisibles en eliminación.
Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas.

OE2. REDUCIR LA MORBILIDAD, LA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD PREMATURA POR AFECCIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada de linfarto agudo al miocardio
		Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular
Diabetes Mellitus	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mantener en 15,9 por 100 mil habitantes la mortalidad por diabetes
Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Bajar de 8,2 a 6,8 por cada 100 mil habitantes los nuevos casos proyectados de tratados con hemodiálisis
Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer
Enfermedad Respiratorias Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica

OE2. REDUCIR LA MORBILIDAD, LA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD PREMATURA POR AFECCIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapaci- dad en personas con enfermedad mental	Disminuir 15% el promedio de días de licencia médica asociada a un trastorno mental
		Disminuir 6,20 puntos porcentuales la prevalencia de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal
Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad proyectada
Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulner- ables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años
		Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal
Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Reducir de 1,19 a 0,7 por 100.000 habitantes la mortalidad por accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol.
Violencia Intrafamiliar	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Disminuir en un punto porcentual a 8% la cantidad de mujeres, entre 15 y 25 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses.
		Disminuir en un punto porcentual a 6,8% la cantidad de mujeres, entre 26 y 65 años, que reportan haber vivido violencia de género por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses.
		Disminuir la tasa anual de femicidios en mayores de edad

OE3. REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CARGA DE ENFERMEDAD, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores, en población mayor a 15 años.
Consumo de Tabaco	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años
Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	Disminuir 10% la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.
Sobrepeso y Obesidad	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Mantener o disminuir respecto de la línea de base, la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (en el sistema público)
Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en niños, adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 5 a 24 años.
Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente.
Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población de 15 a 24 años	Disminuir 5% prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante último año en población de 15 a 24 años.

OE4. REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal.
Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años.
Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicido en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años.
Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años

Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir 40% la tasa promedio de los últimos 3 años de mortalidad por accidentes del trabajo.
Enfermedades Profesionales	Mejorar la vigilancia de la enfermedades profesionales	Disminuir la tasa de días perdidos por riesgos específicos
Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Aumentar a 30% el porcentaje de mujeres climatéricas bajo control, con MRS aplicado, con puntaje menor a 15 puntos.
Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años.
Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Reducir de 1,19 a 0,7 por 100.000 habitantes la mortalidad por accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol.

OE5. REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LA MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS QUE PRODUCEN LOS DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS EN LA SALUD		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Salud Intercultural	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Disminuir 0,2 % la mortalidad por TBC en población indígena en regiones seleccionadas.
Inequidad de Género	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud con enfoque de género	Reducir la brecha de carga de enfermedad originada por inequidades de género.

OE6. PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDI- CIONES AMBIENTALES Y DE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Contaminación Atmosférica	Mejorar la calidad de vida de las personas asociada a las condiciones sanitario ambientales	Disminuir el porcentaje de personas que identifica problemas de contaminación del aire en su localidad en 15%.
Residuos Sólidos		Disminuir el porcentaje de personas que identifica problemas asociados a la presencia de microbasurales en su localidad en 10%.
Uso de Aguas		Lograr que el 99% de la población cuente con acceso a agua potable reglamentaria.
Entorno Urbano		Lograr que el 97% de la población cuente con acceso a disposición de aguas servidas reglamentaria.
Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.

OE7. FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Sistemas de Información	Mejorar la disponibilidad, oportunidad y validez de la información en salud	Aumentar a 70% los establecimien- tos que tributan información de manera efectiva a la Historia Clínica Compartida.
Investigación en Salud	Aumentar la investigación en salud en Chile que genera mejor salud, equidad y eficiencia en las políticas públicas	Aumentar un 20% los proyectos de in- vestigación financiados con fondos pú- blicos (Fonis, Fondef, etc.) que presentan una traducción en políticas públicas.
Recursos Humanos	Mejorar la gestión del personal del sector salud	Aumentar la densidad de profesionales nucleares (médicos, matronas y enfer- meras) de 23,9 a 32 por 10.000 benefi- ciarios a nivel país.

		Lograr que el 80% de los funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública pre- senten "riesgo bajo" en las dimensiones de evaluación de riesgo psicosocial.
Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud. Lograr que un 100% de los Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno.
Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospital- es en operación, con mejoramiento, nor- malización y/o reposición.
		Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con me- joramiento, normalización y/o reposición.
Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de par- ticipación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Lograr que todas las SEREMI y SS realicen al menos una consulta ciudadana anual sobre las políticas públicas de salud.
Efectividad de Procesos	Mejorar la efectividad de la atención de salud de las personas con enferme- dades crónicas no transmisibles	Disminuir 10% la tasa de hospitaliza- ciones por Insuficiencia Cardíaca Con- gestiva.
		Disminuir 10% la tasa de Hospitaliza- ciones por Infarto Agudo al Miocardio en hombres menores de 50 años.
Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener el 75% el porcentaje de con- trapartes técnicas que participan en ac- tividades de la agenda y la cooperación internacional

OE8. MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN MARCO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Seguridad de la atención	Aumentar la seguridad en la atención de salud	Disminución de 20% de la tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica.
Fármacos	Mejorar la calidad de medicamentos	Al menos 90% de los fármacos prioriza- dos cumplen con las características de calidad definidas.
Satisfacción Usuaria	Mejorar la Satisfacción Usuaria	Mantener o disminuir el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de Centros de Atención Primaria igual o menor a 18,6%.
		Mantener o aumentar el porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en las Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias del Ministerio de Salud.

OE9. FORTALECER LA RESPUESTA ADECUADA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESAS- TRES Y EPIDEMIAS		
TEMA	**OBJETIVO**	**META**
Emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer la respuesta del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias	Lograr que al menos un 70% de los desastres no alteren la tasa de mortalidad bruta más allá de los 3 meses posteriores al desastre.

PLAN DE CUIDADOS CICLO VITAL NIÑO/A

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	10%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	80%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	50%	REM

PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el Número de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto del año anterior	Actividades Comunitarias de Salud Mental: Taller de Promoción de la Salud Mental (habilidades personales, factores protectores sicosociales, etc.) en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)	Aumentar el Número de Talleres respecto del año anterior	REM
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	25%	REM
PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	60%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las 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 5 años bajo control.	5%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	Disminuir en 10%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de entre 0- 9 años inscritos en establecimiento de salud.	Según norma técnica	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Controles de salud con aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo Psicomotor EEDP a los 8 meses y 18 meses, TEPSI a los 3 años y aplicación de Pauta breve a los 4 y 12 meses y 2 años.	90%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM

PREVENCION	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria	Talleres preventivos de violencia de genero a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Aumentar el Nº talleres respecto al año anterior	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	100%	SIGGES
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopia, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	90%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	linea base	REM
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de Vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones de acuerdo a calendario de vacunación a lactantes bajo control .	95% de cobertura	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años 11 meses 29 días.	90%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 6 y los 10 años.	90%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de Vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones de acuerdo a calendario de vacunación a escolares de 1° básico (SRP y DTPa) y niñas de 4° básico (1° dosis VPH)	95% de cobertura	RNI
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años. Control de salud oral de niños y niñas menores de 7 años	100% 60 %	REM

PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral.	60%	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	100%	REM
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Sesiones de estimulación (en domicilio o establecimiento de salud) según edad y diagnóstico (MADI) Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	90 %	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con rezago o déficit en su desarrollo psicomotor.	90%	REM
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Aumentar en un 5%	REM
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Incrementar en 20%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	≥79%	REM

TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años	2.5%	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	30%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 16% de la población potencial con trastornos mentales	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años	Aumentar en N° de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Ingreso de niños y niñas mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Aumentar los ingresos de personas a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	REM
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Mantener o aumentar Linea Base 2017	REM
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Mantener o aumentar Linea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018

DEPARTAMENTO DE SALUD
MUNICIPAL TRAIGUEN

D. S. M.
TRAIGUÉN

PLAN DE CUIDADOS DEL ADOLESCENTE

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	REM
PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Aumentar en un 20%	REM
PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	30%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	Aumentar en un 10%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	90%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro	100%	REM

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Establecer línea base	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Establecer línea base	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 14 años.	15% población 10 a 14 años	REM- A01 Población inscrita 10 a 19 años
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Establecer línea base	REM P9/REM A01
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 10 a 24 años	Control Preconcepcional.	Aumentar en un 15%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	Aumentar en un 30%	REM

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Adolescentes y jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	Aumentar en un 30%	REM P9
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años	25% de adolescentes 10-19 años (META ENS)	REM
PREVENCIÓN	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	100% de adolescentes de 10 a 19 años	REM
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan por morbilidad.	Aumentar en 10%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea.	Aumentar en 20%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	90% de cobertura	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	95 % de cobertura	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	95 % de cobertura	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	95 % de cobertura	RNI

PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de vacuna dtPa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestación	85 % de cobertura	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de vacuna dtpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación	85 % de cobertura	RNI
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en hombres de 20 a 24 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Incrementar al menos en un 20%	REM- FONASA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control	Incrementar en 20%	REM
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	REM

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Incrementar en un 30% de la PBC respecto al año anterior	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Incrementar en un 10% de la poblcacion inscrita respecto al año anterior.	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Incrementar en un 30% respecto al año anterior , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Incrementar en al menos 10% , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Incrementar las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	≥74%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	2,50%	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	30%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	Aumentar en 5%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Aumentar en N° de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM A 05
REHABILITACION	Disminuir la discapacidad	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	REM
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Mantener o aumentar Linea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2017
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Mantener o aumentar Linea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018

PLAN DE CUIDADOS DEL ADULTO

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	REM
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM
PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	80%	REM
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal Control de regulación de fertilidad	Establecer línea base Aumentar en 3 %	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH	Control de regulación de fertilidad	Establecer línea base	REM

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbi mortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 y 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2y 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Establecer línea base	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Consejería en salud sexual y reproductiva	Aumentar en 5%	REM

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Aumentar en 5%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Linea base 2018	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal y materna	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	100%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Aumentar el 4%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Alcanzar al menos 55%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	80%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Aumentar en 10 %	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	100%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA

	cardiovasculares		hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.		
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	90% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en relacion al año anterior	REM
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	REM
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	85 % de cobertura	RNI
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Aumentar en 20%	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o mas	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas.	REM

PREVENCIÓN	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta de 25 a 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta de 25 a 64 años	Aumentar el Nº talleres respecto al año anterior	REM
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	2%	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Aumentar en 10% con respecto al año anterior .	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM A 05
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Aumentar en 5%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Incrementar las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 - 64 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	2,5%	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	30%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Aumentar el N° de controles respecto al año anterior.	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Aumentar en N° de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Aumentar los ingresos en relación al año anterior	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Aumentar en N° de altas de personas egresadas por violencia de género	REM
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Mantener o aumentar Linea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2017
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Mantener o aumentar Linea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa*	Control de regulación de fertilidad	Establecer línea base	REM
ATENCION INTEGRAL	Atención de salud con pertinencia cultural	Mejorar la calidad de atención con pertinencia cultural en control de regulación de	Control de regulación de fertilidad	Establecer línea base	REM

		fertilidad.			

PLAN DE CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	100%	REM
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta mayor de 64 años	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	55% de la población inscrita validada	REM
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y mas autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	80% con control de seguimiento realizado	REM

PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica , en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	95 % de cobertura	RNI
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Aumentar en 20%	REM
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	REM
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	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.	REM
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m2)	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II	REM

PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Aumentar el 4%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	Alcanzar al menos 50%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	REM
PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	SIDRA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Incrementar en un 5% el examen de VIH	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	A traves de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	REM

			problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años		
PREVENCIÓN	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta mayor de 64 años	Aumentar el Nº talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y mas bajo control con PA <140/90 mm hg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mm hg en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% los años siguientes	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Incrementar en un 10% la proporcion de hipertensos de 65 años y mas con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, en la poblacion inscrita validada hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)

				siguientes	
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Incrementar en un 15% la proporcion de diabeticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensacion de al menos 80% los años siguientes	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	Incrementar en un 10% la la proporción de diabéticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensacion de al menos 80% los años siguientes	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	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	80% reciben manejo avanzado de heridas	REM

			de recursos humanos).		
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Aumentar en 10%	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	2.5%	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	30%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 16 % de la población potencial	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Aumentar los ingresos en relación al año anterior .	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Aumentar en N° de personas egresadas por violencia de género	REM

ATENCION INTEGRAL	**Disminuir la morbilidad del grupo familiar**	**tamizar las familias**	**Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar**	**Mantener o aumentar Linea Base 2017**	**REM p7 sujeto a modificación del REM 2017**
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Mantener o aumentar Linea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018

PROMOCION

INDICADORES ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL **Y COMUNITARIO**

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PROMOCION / **PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION**	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud / Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la persona en su contexto familiar	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	0,22	REM y población inscrita percapita Fonasa

PREVENCIÖN	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones , sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo. Herramienta que permita a los equipos de salud comprender el funcionamiento de la familia, puedan categorizar el o los riesgos a los que se encuentren expuestos, y así consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	0,15	REM serie P y población inscrita percapita Fonasa

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	100%	Informe de evaluación de estudio de contacto
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	20 a 30% de los casos	Registro nacional de pacientes TBC

PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo).	90%	Informe de Evaluación del programa
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	100%	Informe de Evaluación del programa
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	100%	Tarjeta de tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	100%	Tarjeta de Tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	3 consultas al 100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	100%	tarjeta de tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	100%	Tarjeta de tratamiento.
CAPACITACION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	1 capacitación anual	Listado de asistencia a la capacitación

PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS (PESPI)

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas a directivos y funcionarios.	100%	Informe Servicio de Salud
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Diseñar e implementan programas de inducción en salud intercultural a profesionales del ciclo de destinación.	60%	Informe Servicio de Salud
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad de los registros para contar con información confiable	Diseño e implementación de un sistema de registro confiable de la variable pertenencia a pueblo indígena	80%	Informe Servicio de Salud
PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas	Gestionar y articular acciones intersectoriales para asegurar el acceso y la provisión de recursos terapéuticos indígenas.	100%	Informe Servicio de Salud
PREVENCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas	Orientar a los establecimientos de la red en aspectos operativos que faciliten la atención y derivación entre sistemas médicos (elaboración de protocolos).	100%	Informe Servicio de Salud

PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Desarrollar el Programa con la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios.	Formular, ejecutar, monitorear y evaluar los planes anuales del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en conjunto con representantes indígenas.	100%	Informe Servicio de Salud
PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Desarrollar el Programa con la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios.	Incorporar en la planificación técnica del Programa la realización de las mesas territoriales de salud intercultural. Eliminar	100%	Informe Servicio de Salud REM

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA (A LO LARGO DE CUALQUIER CICLO VITAL: INFANCIA/ADOLECENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	FUENTE
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	REM

PREVENCION	**Disminuir la discapacidad**	**Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.**	**Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.**	**82% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria** para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	**REM**
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Al menos el 90 % de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)	100% de los cuidadores de personas con situación de dependencia severa capacitados.	REM

METAS SANITARIAS AÑO 2017.

Para la planificación y propuesta del año 2017 se trabajó con la Dotación del año 2017, dato que constituye la base para la implementación de las estrategias a desarrollar y la población per cápita inscrita validada por Fonasa.

Nº	Indicadores	Numerador	Denominador	Meta año 2017
1	Recuperación del Desarrollo Psicomotor	N° de Niños (as) de 12 a 23 meses diagnosticados con Riesgo en Desarrollo Psicomotor Recuperados de Enero a Diciembre 2017	Niños/as de 12 a 23 Meses Diagnosticados con Riesgo en su primera evaluación del DSM de Enero a Diciembre del 2017.	90%
2	Cobertura de mujeres de 25 y más años con PAP vigente de enero a diciembre del 2017	N° de Mujeres de 25 a 64 años Inscritas Validadas con PAP Vigente a Diciembre 2017	Total Mujeres 25 a 64 Años Inscritas Validadas para el año 2017	50 %
3.A	Cobertura Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	N° Adolescentes de 12 Años C/Alta Odontológica Total Ene - Dic 2017	Total Adolescentes 12 años inscritos validados para el año 2017	60 %
3.B	Cobertura Alta Odontológica Total en Niños (as) de 6 años	N° de Niños(as) de 6 años C/Alta Odontológica Total Ene - Dic 2017	Total de niños(as) de 6 años inscritos validados para el año 2017	79 %
3.C	Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas	N° de Embarazadas con Alta OdontológicaTotal Ene - Dic 2017	N°Total de Embarazadas Ingresadas a Control Ene - Dic 2017	68 %
4.	Evaluación Anual del Pie Diabético, en personas con DM 2 bajo control de 15 y más años	N° de personas de 15 y más años con DM 2 bajo control con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses	Total de Personas Diabéticas 15 y más Años bajo control	90 %
5	Lactancia Materna exclusiva en niños/as al sexto mes de vida	N° de niños/as que al control de salud del sexto mes recibieron LME en el periodo enero-diciembre 2017	N° de niños/as con control de salud del sexto mes realizado en el periodo de enero a diciembre del 2017	80 %
6	Participación Social	Plan de participación Social elaborado y funcionando participativamente		80 %

Resolución Exenta N° 1111

INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD AÑO 2017

El **"INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA"**, en adelante IAAPS, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos. Las prestaciones que evalúa se definen anualmente a través de un **Decreto**, firmado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente.

A nivel local las metas de cumplimiento son negociadas entre los funcionarios y los Referentes técnicos del servicio de Salud Araucanía Norte. Son evaluados en forma trimestral y su incumplimiento implica rebajas al aporte estatal mensual (Percápita).

META	INDICADOR	DATO A EVALUAR	META
META 1	Porcentaje de Centros de salud autoevaluados mediante instrumento y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente	N° de centros evaluados 2017 / N° total de centros de salud comunal x 100	100 %
META 2	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo familiar	N° familias evaluadas según riesgo familiar durante 2017 / N° familias inscrita validada año 2017 x 100	15 %
META 3.1	Gestión de reclamos en APS con enfoque participativo (porcentaje de reclamos respondidos dentro del plazo)	N° total de reclamos respondidos dentro de los plazos legales establecidos/ N° total de reclamos	97 %
META 3.2	Gestión de reclamos en APS con enfoque participativo (N° de establecimientos de salud de la comuna incluyen en la tabla temática de reuniones de Consejo de salud, mesa territorial u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud ,el análisis de reclamos)	N° de establecimientos	4
META 4.1	N° de establecimientos funcionando de 08:00 horas a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas	N° de establecimientos	NO APLICA
META 4.2	Disponibilidad de fármacos trazadores		100 %

META 5	Tasa de consultas de morbilidad y controles médicos ,por habitante	N° de consultas de morbilidad y controles médicos realizados en el 2017 / Población inscrita 2017 x 100	0,7
META 6	Porcentaje de Consultas resueltas en atención primaria	N° SIC a especialidad médica en el nivel secundario/ N° total de controles y consultas médicas año 2017 x 100	15 %
META 7	Tasa de visita domiciliaria integral	N° Visitas domiciliarias realizadas año 2017 / N° familias inscritas x 100	0,22
META 8.1	EMP hombres de 20 a 64 años	N° de exámenes preventivos realizados en población masculina de 20 a 64 años, durante 2017/ Población de hombres de 20 a 64 años inscrita año 2017 x 100	11 %
META 8.2	EMP mujeres de 45 a 64 años	N° de exámenes preventivos realizados en población femenina de 45 a 64 años, durante 2017/ Población de mujeres de 45 a 64 años inscrita año 2017 x 100	21 %
META 8.3	EMP hombres y mujeres de 65 y mas años	N° de exámenes preventivos realizados en población adulta de 65 y más años, durante 2017/ Población de 65 y más años inscrita año 2017 x 100	58 %
META 9	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños/as de 12 a 23 meses bajo control	N° de niños/as de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor /N° de niños/as de 12 a 23 meses bajo	94 %

		control año 2017 x 100	
META 10	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	N° controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/Población de 10 a 14 años inscrita el 2017 x 100	15 %
META 11	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	N° altas odontológica total en población menor de 20 años / población inscrita menor de 20 años el 2017 x 100	24 %
META 12	Cobertura de atención integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales	Personas de 5 y más años con trastornos mentales bajo control 2017 / N° personas con trastornos mentales esperadas según prevalencia 2017 x 100	16 %
META 13	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años	N°de personas de 40 y más años con Asma y EPOC bajo control 2017 / N° personas con Asma y EPOC de acuerdo a prevalencia esperada 2017 x 100	22 %
META 14	Cobertura de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio	N° de cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio capacitados/N° total de cuidadores de personas con dependencia severa x 100	90 %
META 15	Cumplimiento garantías GES cuyas acciones son de ejecución en APS	GES Cumplidas / GES Totales x 100	100 %
META 16	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetiva definida para el año 2017	N° personas inscritas de los grupos vacunados anti influenza/ Total de población inscrita de los grupos objetivos x 100	80 %

META 17	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 sem a control / N° total de mujeres embarazadas ingresadas a control x 100	90 %
META 18	Cobertura de método anticonceptivo en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de fecundidad	N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de fecundidad / Total de adolescentes de 15 a 19 años inscritos x 100	10 %
META 19	Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años	N° personas con DM2 de 15 a 79 años con HbA1c bajo 7% + N° personas con DM2 de 80 y más con HbA1c bajo 8% / Total de personas con DM2 de 15 y más años esperadas según prevalencia x 100	21%
META 20	Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Hipertensión Arterial de 15 y más años	N° personas con HTA de 15 a 79 años con PA < 140/90 mmHg+ N° personas con HTA de 80 y más P/A < 150/90 mmHg / Total de personas con HTA de 15 y más años esperadas según prevalencia x 100	46 %
META 21	Proporción de niños/as menores de 3 años libre de caries en población inscrita	N° de niños/as menores de 3 años con registro CEO=0 / N° niños/as menores de 3 años inscritos x 100	12,5 % Meta establecer linea base

ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE
INDICES DE ACTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)
AÑO 2017

- Reuniones con equipo para unificar criterios, difundir flujo grama y evaluación mensual de indicadores de manera de reformular estrategias de ser necesario.
- Coordinación con intrasector, comités de salud, dirigente de los sectores para realizar difusión de la actividad, edades, fechas de ronda, etc.
- Prioridad de aplicación EMP en población que consulta por morbilidad u otra consulta de los profesionales de PSR o EMR.
- Que TENS participe en reuniones u otras actividades de la comunidad o escuelas para difundir actividad y fechas de realización, citación de pacientes, o realización de EMP en el lugar.
- Calendarización de actividades, difusión del mismo.
- Realizar citaciones a Domicilio.
- Mantener registros informáticos de la población inscrita y población bajo control en programas infantil, adolescente, adulto, adulto mayor actualizada en cada Posta o EMR.
- Mantener catastro actualizado de Instituciones, empresas forestales, u otras organizaciones de cada sector.
- Realizar examen y registros completos en Formulario EMP-EMPAM, ficha clínica, hoja diaria, realizando registro de exámenes.
- Educación a través del ciclo vital incorporando temas que faciliten ingreso precoz de embarazo, EMP, EMPAM, Diabetes, Hipertensión, Desarrollo Psicomotor.
- Contar en forma permanente con stock de Test de embarazo para realización de diagnóstico oportuno.
- Reforzar actividad de pesquisa precoz en PSR, manteniendo tarjeteros al día y visitando a pacientes inasistentes a su control de Regulación de la Fecundidad, control seriado de presión arterial, o inasistencia a exámenes de confirmación diagnóstica de Diabetes, HTA.
- Al ingreso de Hipertensión Arterial , Diabetes Mellitus se debe hacer tarjeta de control y entrega de carné de paciente crónico , el registro planilla de ingreso casos auge para digitación antes de 24 horas y llenar formulario de consentimiento informado
- Uso adecuado de tarjeteros, registros completos, claros y al día de cada intervención realizada al niño o niña y Registro informático actualizado.
- Coordinación permanente entre equipo y Red CHCC, participación en reuniones de Red Comunal
- Reuniones de programas para consensuar plan de acción y seguimiento de los casos que lo requieran.

- Pesquisa adecuada de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad que requieran intervención integral del equipo, para planear y priorizar las Visitas Domiciliarias.
- Se deberá velar por mantener stock adecuado de medicamentos e insumos que son requeridos para las patologías AUGE que son responsabilidad de APS.
- Gestión de reclamos dentro de los plazos legales establecidos (20 días hábiles)
- Mantener libro de Felicitaciones, Sugerencias y reclamos en cada Posta de Salud Rural.
- Mantener una adecuada coordinación entre la Dirección y el equipo de salud para el adecuado cumplimiento de los plazos y respuesta a los usuarios



OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD AÑO 2017





ACTIVIDADES DE SALUD AÑO 2017.

Controles de Salud a través del ciclo vital según edad

PROFESIONAL	TOTAL	Menor de 11 meses	12 a 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses	60 - 71 meses	6 - 9 AÑOS
ENFERMERA /O	319	60	58	69	39	24	69
MATRONA /ÓN	16	8	0	0	0	0	0
TÉCNICO PARAMÉDICO	5		2	0	1	1	1

FUENTE : REM CO-SA 01 - OCTUBRE 2017

PROFESIONAL	TOTAL	10 - 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 Y MÁS
ENFERMERA /O	36	22	2	2	0	0	0	10
MATRONA /ÓN	8	8	0	0	0	0	0	0
TÉCNICO PARAMÉDICO	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE : REM CO-SA 01 - OCTUBRE 2017

Controles de Salud a través del ciclo vital por Programas de Salud, según edad y sexo.

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL	RANGO DE EDAD									
			0 -19 años		20 - 29 años		30 - 39		40 - 49		50 - 59	
			Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
DE SALUD CARDIOVASCULAR	MÉDICO	461			3	12	22	33	37	90	85	179
	ENFERMERA /O	207	1		2	1	11	13	14	38	38	89
	NUTRICIONISTA	146		1	-	2	4	8	15	22	32	62
	TÉCNICO PARAMÉDICO	114	1		7	2	5	6	13	9	33	38
DE TUBERCULOSIS	MÉDICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ENFERMERA /O	9	4	1	1	1	-	1	1	-	-	-
OTROS PROBLEMAS DE SALUD	MÉDICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ENFERMERA /O	6	3	-	-	-	-	-	-	-	2	1
	MATRONA /ÓN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL	RANGO DE EDAD									
			60 - 64		65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 y mas	
			Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
DE SALUD CARDIOVASCULAR	MÉDICO	582	54	90	47	80	51	64	46	65	41	44
	ENFERMERA /O	362	18	29	47	34	45	50	31	36	36	36
	NUTRICIONISTA	245	31	29	37	37	36	34	15	7	10	9
	TÉCNICO PARAMÉDICO	165	14	17	23	16	19	21	14	22	13	16
SEGUIMIENTO AUTOVALENTE CON RIESGO	MÉDICO				-	-	-	-	-	-	-	-
	ENFERMERA /O	2			-	-	1	-	-	1	-	-
SEGUIMIENTO RIESGO DEPENDENCIA	MÉDICO				-	-	-	-	-	-	-	-
	ENFERMERA /O	2			-	-	-	-	1	-	-	1
OTROS PROBLEMAS DE SALUD	MÉDICO		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ENFERMERA /O	27	-	2	1	2	3	6	2	5	4	2
	MATRONA /ÓN		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	NUTRICIONISTA	26	4	3	3	5	6	2	1	2	-	-
	TÉCNICO PARAMÉDICO	88	8	11	14	6	6	9	9	5	10	10
	NUTRICIONISTA	52	-	5	2	6	6	8	5	10	4	6
	TÉCNICO PARAMÉDICO	100	-	7	7	7	6	12	11	10	17	23

FUENTE : REM CO-SA 01 - OCTUBRE 2017

FUENTE : REM CO-SA 01 - OCTUBRE 2017

Exámenes de Medicina Preventiva realizados año 2017.

PROFESIONAL	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
TOTAL	506	250	256
MÉDICO	1	-	1
ENFERMERA /O	294	144	150
MATRONA /ÓN	34	-	34
NUTRICIONISTA	4	3	1
TÉCNICO PARAMÉDICO	173	103	70

FUENTE : REM CO-SA 02 - OCTUBRE 2017

Consultas de Profesionales año 2017.

PROFESIONAL	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
ENFERMERA /O	793	374	419
MATRONA /ÓN (MORB.GINECOLÓGICA)	235	3	232
MATRONA /ÓN (ITS)	2	-	2
MATRONA /ÓN (INFERTILIDAD)	2	-	2
MATRONA /ÓN (OTRAS CONSULTAS)	3	-	3
NUTRICIONISTA	464	206	258
PSICÓLOGO/A	11	3	8
ASISTENTE SOCIAL	393	122	271

FUENTE : REM CO-SA 04 - OCTUBRE 2017

Controles Programa de Salud Mental año 2017

ACTIVIDAD	PROFESIONAL	TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
CONTROLES SALUD MENTAL	MÉDICO	18	2	16
	PSICÓLOGO/A	343	96	247
	ENFERMERA /O	2	-	2
	MATRONA /ÓN	-	-	-
	ASISTENTE SOCIAL	12	4	8
PSICODIAGNOSTICO	PSICÓLOGO/A	11	8	3
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	PSICÓLOGO/A	3	3	-

FUENTE : REM CO-SA 06 - OCTUBRE 2017

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE DESEMPEÑO EN COMUNIDAD (IVADEC-CIF)

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL		
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
ORIGEN FISICO	DISCAPACIDAD LEVE	2	2	-
	DISCAPACIDAD MODERADA	3	1	2
	DISCAPACIDAD SEVERA	2	-	2
ORIGEN MENTAL INTELECTUAL	SIN DISCAPACIDAD	1	1	-
	DISCAPACIDAD LEVE	2	2	-
	DISCAPACIDAD MODERADA	1	1	-
TOTAL DE EVALUACIONES		11	7	4
EVALUACIONES PARA CERTIFICACIÓN		9	5	4
TOTAL DE EVALUACIONES		9	5	4

FUENTE : REM CO-SA 06 - OCTUBRE 2017

Consultas y Controles Odontológicos

ACTIVIDAD	TOTAL		
	Total	Hombres	Mujeres
CONSULTA DE MORBILIDAD	527	217	310
CONTROL ODONTOLÓGICO	1.810	731	1.079
CONSULTA DE URGENCIA (GES)	32	9	23
INASISTENCIA A CONSULTA	833	324	509

FUENTE : REM CO-SA 09 - OCTUBRE 2017

Otras Actividades de Odontología General

TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL		
	Total	Hombres	Mujeres
EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON INSTRUCCIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO	620	291	329
CONSEJERÍA BREVE EN TABACO	3	2	1
EDUCACIÓN GRUPAL	5	1	4
EXAMEN DE SALUD ORAL	845	327	518
APLICACIÓN DE SELLANTES	1.335	567	768
FLUORURACIÓN TÓPICA BARNIZ	115	45	70
PULIDO CORONARIO	331	160	171
ACTIVIDAD INTERCEPTIVA DE ANOMALÍAS DENTO MAXILARES (OPI)	-	-	-
DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL	440	143	297
EXODONCIA	284	144	140
PULPOTOMÍA	20	9	11
RESTAURACIÓN PROVISORIA	164	64	100
RESTAURACIÓN ESTÉTICA	1.867	789	1.078
RESTAURACIÓN DE AMALGAMAS	-	-	-
OBTURACIONES DE VIDIRIO IONÓMERO EN DIENTE TEMPORAL	100	52	48
DESTARTRAJE SUBGINGIVAL Y PULIDO RADICULAR POR SEXTANTE	968	333	635
DESINFECCIÓN BUCAL TOTAL	134	45	89
PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS	579	195	384
RADIOGRAFÍA INTRAORAL (RETROALVEOLARES, BITE WING Y OCLUSALES)	-	-	-
Total Actividades	7.810	3.167	4.643

FUENTE : REM CO-SA 09 - OCTUBRE 2017

SECCIÓN C : INGRESOS Y EGRESOS EN ESTABLECIMIENTOS APS

TIPO DE INGRESO O EGRESO		TOTAL		
		Total	Hombres	Mujeres
INGRESOS A TRATAMIENTO ODONTOLOGÍA GENERAL		520	170	350
INGRESO A CONTROL CON ENFOQUE RIESGO ODONTOLÓGICO (CERO)		21	10	11
EGRESO A CONTROL CON ENFOQUE RIESGO ODONTOLÓGICO (CERO)		-	-	-
ALTAS ODONTOLÓGICAS PREVENTIVAS		7	3	4
ALTAS ODONTOLÓGICAS INTEGRALES		222	95	127
ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES		359	98	261
ÍNDICE ceod O COPD EN PACIENTES INGRESADOS (Índice ceod se usa en menores de 7 años, para resto se utiliza COPD)	-	43	16	27
	1 a 2	45	23	22
	3 a 4	41	13	28
	5 a 6	47	19	28
	7 a 8	42	13	29
	9 o más	213	50	163
	TOTAL	431	134	297

FUENTE : REM CO-SA 09 - OCTUBRE 2017

PROGRAMAS ESPECIALES Y GES

PROGRAMA - ACTIVIDAD			TOTAL		
			Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA MÁS SONRISAS PARA CHILE	N°AUDITORÍAS CLÍNICAS REALIZADAS		-	-	-
	PRÓTESIS REMOVIBLES		84	-	84
	REPARACIÓN DE PRÓTESIS		-	-	-
	ALTAS INTEGRALES	TOTAL	130	-	130
		JUNJI-INTEGRA-MINEDUC	-	-	-
		SERNAM	54	-	54
		CHILE SOLIDARIO	-	-	-
		MINVU	-	-	-
		DEMANDA LOCAL	76	-	76
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	PRÓTESIS REMOVIBLES		-	-	-
	ALTAS INTEGRALES	TOTAL	-	-	-
		CHILE SOLIDARIO	-	-	-
		DEMANDA LOCAL	-	-	-
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDAD EN APS	TRATAMIENTO ENDODONCIA	N° PACIENTES	22	2	20
		N° DIENTES	27	2	25
	PRÓTESIS REMOVIBLES	N° PACIENTES	31	28	3
		N° PRÓTESIS	57	51	6
PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO ADULTO DE 60 AÑOS.	ALTAS INTEGRALES		10	5	5
	MORBILIDAD ADULTO	N° TOTAL DE ACTIVIDAD RECUPERATIVA REALIZADA EN >20 AÑOS, EN EXTENSIÓN HORARIA	2.499	1.336	1.163
		N° DE CONSULTAS DE MORBILIDAD REALIZADAS EN >20 AÑOS, EN EXTENSIÓN HORARIA	952	497	455

FUENTE : REM CO-SA 09 - OCTUBRE 2017

PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS

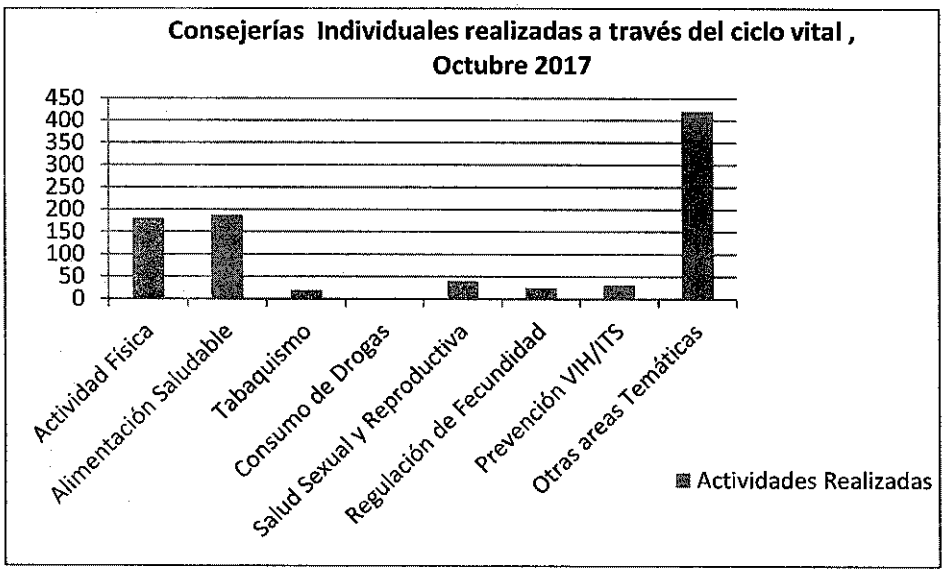
ACTIVIDAD	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
EXAMEN DE SALUD	310	163	147
Nº DE NIÑOS CON ÍNDICE ceod=0 AL INGRESO	182	99	83
ENDUCACIÓN INDIVIDUAL CON Nº DE SET DE HIGIENE ORAL ENTREGADOS	317	165	152
Nº DE APLICACIONES FLÚOR BARNIZ	310	163	147

FUENTE : REM CO-SA 09 - OCTUBRE 2017

Consejerias Individuales

Area Tematica	Actividades Realizadas
Actividad Física	181
Alimentación Saludable	188
Tabaquismo	20
Consumo de Drogas	2
Salud Sexual y Reproductiva	41
Regulación de Fecundidad	26
Prevención VIH/ITS	32
Otras areas Temáticas	422

FUENTE : REM CO-SA 19A - OCTUBRE 2017



Visitas Domiciliarias Integrales

CONCEPTOS	TOTAL
FAMILIA CON NIÑO RECIÉN NACIDO	8
FAMILIA CON NIÑO CON DÉFICIT DEL DSM	4
FAMILIA CON NIÑO < 7 MESES CON SCORE DE RIESGO MODERADO DE MORIR POR NEUMONÍA	2
FAMILIA CON NIÑO MALNUTRIDO	3
FAMILIA CON NIÑO CON RIESGO PSICOSOCIAL (EXCLUYE VINCULAR AFECTIVO)	3
FAMILIA CON INTEGRANTE CON PATOLOGÍA CRÓNICA DESCOMPENSADA	35
FAMILIA CON ADULTO MAYOR DEPENDEDIENTE (EXCLUYE DEPENDIENTE SEVERO)	16
FAMILIA CON ADULTO MAYOR CON DEMENCIA	6
FAMILIA CON ADULTO MAYOR EN RIESGO PSICOSOCIAL	16
FAMILIA CON GESTANTE >20 AÑOS EN RIESGO PSICOSOCIAL	12
FAMILIA CON GESTANTE ADOLESCENTE EN RIESGO PSICOSOCIAL 15 A 19 AÑOS	2
FAMILIA CON ADULTO CON PROBLEMA RESPIRATORIO CRÓNICO O NO CONTROLADO	1
FAMILIA CON GESTANTE EN RIESGO BIOMÉDICO	1
FAMILIA CON INTEGRANTE ALTA HOSPITALIZACIÓN PRECOZ	2
FAMILIA CON INTEGRANTE CON DEPENDENCIA SEVERA	7
FAMILIA CON OTRO RIESGO PSICOSOCIAL	22
FAMILIA CON INTEGRANTE CON PROBLEMA DE SALUD MENTAL	9

VISITAS CON FINES DE TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS EN DOMICILIO

CONCEPTOS		TOTAL
A PERSONAS CON DEPENDENCIA LEVE		29
A PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA		17
A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	ONCOLÓGICOS	8
	NO ONCOLÓGICOS	167
OTROS		687
VISITA DE SEGUIMIENTO A PERSONAS CON DEPEDENCIA SEVERA		15

FUENTE : REM CO-SA 19A - OCTUBRE 2017

PROGRAMA DE REHABILITACION : INGRESOS POR CONDICIÓN DE SALUD

Este programa se inicia el año 2017 por equipo multidisciplinario del Servicio de Salud Araucania Norte quienes a través de los servicios entregados en domicilio a los distintos sectores rurales por Terapeuta Ocupacional y Kinesiologo , la modalidad de trabajo es domiciliaria donde se realizan las actividades y procedimientos integrales que el paciente requiere. Junto a ello se realiza el entrenamiento de ayudas técnicas y fortalecimiento del apoyo familiar.

CONDICIÓN DE SALUD	CONCEPTO	TOTAL	Rehabilitación Integral (RI)	Rehabilitación Rural (RR)	OTROS	EGRESOS
TOTAL INGRESO (N° DE PERSONAS)		152	63	83	6	
CONDICIÓN FÍSICA	SÍNDROME DOLOROSO DE ORIGEN TRAUMÁTICO	4	2	2	-	-
	SÍNDROME DOLOROSO DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO	24	10	9	5	-
	ARTROSIS LEVE Y MODERADA DE RODILLA Y CADERA	19	19	-	-	-
	SECUELA DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)	15	3	12	-	1
	SECUELAS DE TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC)	3	1	2	-	-
	SECUELA DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (TRM)	3	2	1	-	-
	SECUELA QUEMADURA	-	-	-	-	1
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	1	1	-	-	-
	OTRO DÉFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MAYOR DE 20 AÑOS	5	4	-	1	-
	AMPUTACIÓN POR PIE DIABETICO	-	-	-	-	-
	OTROS	87	30	57	-	49
CONDICIÓN SENSORIAL VISUAL	CONGÉNITO	-	-	-	-	-
	ADQUIRIDO	1	1	-	-	-
OTRAS CONDICIONES	CUIDADORES	4	4	-	-	-

FUENTE : REM CO-SA 28 - OCTUBRE 2017

Procedimientos y actividades

TIPO	Total Rehabilitacion Base Comunitaria	Total Rehabilitación Integral	Total Rehabilitacion Rural	OTROS
EVALUACIÓN AYUDAS TÉCNICAS	-	10	4	-
FISIOTERAPIA	-	-	38	13
MASOTERAPIA	-	8	25	21
EJERCICIOS TERAPÉUTICOS	-	42	431	15
CONFECCIÓN ÓRTESIS Y/O ADAPTACIONES	-	-	29	-
HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DE AVD	-	3	131	-
ADAPTACIÓN DEL HOGAR	-	-	1	-
ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS	-	10	140	-
ORIENTACIÓN Y MOVILIDAD	-	9	-	-
ENTRENAMIENTO DE AYUDAS TECNICAS	-	9	3	-
TOTAL	**-**	**91**	**802**	**49**

FUENTE: REM CO-SA 28 - OCTUBRE 2017

VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES

FAMILIA	Rehabilitación Integral(RI)	Rehabilitación Rural (RR)	Otros
VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	13	87	31
VISITA DE TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO	10	73	37

FUENTE: REM CO-SA 28 - OCTUBRE 2017

PROGRAMA DE CAPACITACION FUNCIONARIOS DSM TRAIGUEN AÑO 2017:

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE CAPACITACION

La capacitación es un proceso a través del cual los recursos humanos de una Institución o Empresa, pueden adquirir, actualizar y/o perfeccionar conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para lograr un desempeño eficiente y realizar una mejor gestión con el fin de elevar la calidad de la atención al usuario.

La capacidad y calidad de los recursos humanos es un claro factor de éxito en las organizaciones de salud, tiene impactos positivos en la obtención de metas de salud, mejoramiento de indicadores y satisfacción de los usuarios y la comunidad.

El contar con personal de salud capacitado, competente y eficaz es uno de los aspectos claves en la producción de servicios de salud, por lo que es de gran importancia que el personal de salud sea capacitado en el enfoque de salud familiar, dado que este es el modelo eje para la implementación de la reforma del sector salud en el país.

Otro gran desafío de la atención primaria es desarrollar una política de estado en promoción de la salud de carácter intersectorial y participativo, que impulse el cambio de vida, genere ambientes saludables e involucre activamente a la población de cada comuna, región y país. Por lo anterior es prioritario la capacitación del personal de salud de atención primaria en las metas y estrategias del Plan Nacional de Promoción y participación de Salud implementado desde el año 1998.

La capacitación debe considerar al equipo de salud en su totalidad; con la participación de los funcionarios de todas las categorías especificadas en la Ley 19.378, debido que para lograr eficiencia, eficacia y equidad, en salud es necesario que todo el equipo esté preparado para enfrentar los desafíos y mejorar o mantener las metas sanitarias alcanzadas.

Vemos como una alternativa real y necesaria, programar, coordinar y ejecutar acciones en conjunto, lo que permite bajar los costos en capacitación y homogenizar los temas de perfeccionamiento en nuestro Departamento de Salud de Traiguén.

En los **Lineamientos Estratégicos** de Capacitación para el 2017 propuesto por el Servicio de Salud Araucanía Norte presenta el siguiente **Programa de Capacitación** basado en los 9 lineamientos sugeridos:

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS:

1.-Fortalecer el Modelo de Atención en salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.

2.-Consolidar el Modelo de Gestión en red, local, regional y supra regional (macro y micro redes).

3.-Fortalecer el Sistema de Garantías Explicitas en Salud (GES) y responder a objeticos sanitarios 2011-2020 a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.

4.-Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

5.- Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida Funcionaria.

6.- Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones (Tics.)

7.- Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera

8.- Mejorar la Gestión y Desarrollo de las personas

9.- Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes etc. que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

NOMBRE	DSM TRAIGUEN
FUNCIONARIOS REGIDOS POR LA LEY N°19.378.	40

CATEGORIA	Nº FUNCIONARIOS
CATEGORIA A	4
CATEGORIA B	12
CATEGORIA C	14
CATEGORIA D	0
CATEGORIA E	5
CATEGORIA F	5

De acuerdo a los lineamientos estratégicos de capacitación para el año 2017 las propuestas respecto a Temas de acuerdo a los 9 lineamientos y a encuesta realizada a la totalidad del personal donde debían definir tres opciones, los resultados fueron los siguientes:

N°	CAPACITACIÓN	SUMATORIA	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO
1	Autocuidado y Manejo del Stress	12	5
2	RCP Avanzado	2	
3	Calidad y Acreditación en Salud	9	1
4	Elaboración de Protocolos en Salud	1	
5	Farmacología y AUGE	2	
6	Autocuidado en Adultos Mayores	3	
7	Manejo Avanzado de Office	3	
8	Curso Avanzado de Informática	1	
9	Trabajo en Equipo	1	
10	Satisfacción Usuaria	5	
11	Uso Adecuado de Redes de Apoyo	1	
12	Canasta Básica de Prestaciones	1	
13	Procedimientos de Esterilización Instrumental	2	
14	Bienestar en Salud Municipal	20	5
15	Salud Familiar	2	
16	Apego	1	
17	Salud Mental	2	
18	Alcoholismo y Tratamiento	1	
19	Manejo a la Defensiva	1	
20	Primeros Auxilios	2	
21	Avances en Nutrición	1	
22	Evaluación Nutricional a través del Ciclo	1	
23	Consejería Individual en Salud	7	1

Para la definición final de las actividades a realizar se consideraron los siguientes criterios entregados por la Unidad de Capacitación del Servicio de Salud Araucanía Norte:

- El 50 % de las prestaciones en el PAC están asociadas al LE. 1 y el otro 50 % al LE 5, con un mínimo de 20 hrs. Pedagógicas.
- Incorporar al 100% de la dotación según Ley.
- Considerar indicaciones entregadas en reunión APS, respecto de orientaciones programáticas.
- Socialización con Jefes de Programa y Director.

PROGRAMA DE CAPACITACION DE FUNCIONARIOS DE APS COMUNA DE TRAIGUEN AÑO 2017									
LINEAMIENTO	**NOMBRE DEL CURSO**	**OBJETIVOS**	**RESULTADOS ESPERADOS**	**METODOLOGIA**	**CATEGORIAS**	**DURACION EN HORAS**	**FECHA**	**PRESUPUESTO SSAN**	**RELATOR**
LINEAMIENTO 1: FORTALECER EL MODELO DE ATENCION EN SALUD, JUNTO CON LOS VALORES Y PRINCIPIOS QUE LO SUSTENTAN.	**CALIDAD Y ACREDITACIÓN EN SALUD**	- Conocer el marco regulatorio que circunscribe y da sentido al proceso de acreditación en salud. - Conocer y comprender el concepto de calidad e identificar sus distintas dimensiones. - Identificar los aspectos críticos asociados al sistema de acreditación en salud con el fin de reconocer el flujo de información y sus diferentes fases.	Que el personal de salud comprenda el diseño, implementación y evaluación para poder colaborar con la realización de los planes de mejora, en los ámbitos donde el DSM no responda adecuadamente a temas de calidad y seguridad de los procesos asistenciales.	Teórica y Practica	Categorías A- B - C- E - F de la Ley 19.378	20 horas	Abril 2017	$200.000	SSAN
LINEAMIENTO 1: FORTALECER EL MODELO DE ATENCION EN SALUD, JUNTO CON LOS VALORES Y PRINCIPIOS QUE LO SUSTENTAN.	**CONSEJERÍA INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN SALUD**	-Adquirir conocimientos teóricos y prácticos para realizar consejerías individuales. - Adquirir y desarrollar habilidades personales, técnicas y pedagógicas que permitan habilitar a los funcionarios de salud como consejeros individuales.	-Que los funcionarios de salud sean capaces de realizar consejerías individuales a los usuarios que lo requieran en diversas temáticas de salud. -Mejorar y aumentar el registro de Consejerías individuales en el Registro Estadístico Mensual (REM A 19 a.)	Teórica y Practica	Categorías A- B - de la Ley 19.378	20 horas	Mayo 2017	$178.000	SSAN

LINEAMIENTO 5: GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA	**BIENESTAR EN SALUD MUNICIPAL**	- Estudiar los antecedentes teóricos y prácticos sobre la organización de un Sistema de Bienestar del Personal en la Salud Primaria Municipal, desarrollando una metodología de gestión de trabajo integrado para el logro de los objetivos de este.	- En general, los participantes podrán entender la importancia de lograr una gestión eficiente, apegada a la normativa y que cumpla con sus objetivos. -Aplicar las técnicas que permitan administrar de manera eficiente y eficaz el Servicio de Bienestar e identificar las obligaciones relacionadas con la gestión presupuestaria, financiera y contable a que deben estar sometidas estas unidades.	Teórica y Practica	Categorías A- B - C- E- F de la Ley 19.378	20 horas	Julio 2017	$200.000	FERFUSAM
FUNCIONARIOS CON CAPACITACIONES ASOCIADAS A ALGUNO DE LOS 9 LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS.	**PROGRAMA DE FORMACION CONTINUA.**			Teórica y Practico	CATEGORIA A				

MATRIZ DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE DESARROLLO COMUNAL: AMBITO DE LA SALUD - COMUNA DE TRAIGUEN 2017-2019:

Plan Desarrollo Comunal (PLADECO)

El Plan de Desarrollo Comunal, PLADECO, es un instrumento de planificación estratégica y de gestión municipal que tiene como objetivo ser una respuesta a las demandas sociales de una comunidad en materia social, cultural, económica y toda área relacionada con el interés de la comuna .

En conjunto con la comunidad, sus personas , organizaciones sociales y los profesionales municipales se recopiló en jornadas comunitarias realizadas en diferentes unidades vecinales la información necesaria para crear el PLADECO, siendo este el instrumento que rige el desarrollo en la comuna y que contempla acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local , promover su avance social, económico y cultural priorizando los planes de acción a través de lineamientos y políticas municipales en cuatro años de gestión en las áreas relacionadas con el desarrollo de la comuna.

En el ámbito de la Salud Municipal se plantean los siguientes lineamientos:

I. ÁMBITO SALUD								
LINEAMIENTO ESTRATEGICO 1: Garantizar la Accesibilidad de los habitantes al sistema de salud dentro del marco de la denominación de Zona Aislada								
ACCIONES	**OBJETIVOS ESPECIFICOS**		**DESCRIPCIÓN**	**RESPONSABLE**	**PLAZO**	**TERRITORIO**	**MONTO M$**	**INDICADOR**	**META**
	O1. Fortalecer el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitario.	**O2.Potenciar y Fortalecer la intervención en promoción y prevención de enfermedades**							
	A1.1 Implementar acciones en el ámbito de la Salud Intercultural		Elaboración y ejecución anual de Plan de Trabajo con enfoque intercultural (PESPI)	CECOSF PANTANO	ANUAL	Comuna	10.000	Plan de trabajo elaborado y ejecutado	Cumplimiento de plan de trabajo sobre el 80 %
			Participación de Departamento de Salud Rural en Mesa Territorial Mapuche Rural	Depto. de Salud	Anual	Comuna		Plan de mejora elaborado	Un Plan de mejora continúa implementado.
	A1.2 Avanzar en las etapas de habilitación de centro comunitario de salud familiar urbano		Construcción y habilitación de CECOSF en sector poblacional de la comuna de Traiguén	Depto. de Salud SECPLAC	2015-2019	Sector poblacional comuna		CECOSF construido y habilitado	Cecosf Habilitado y en funcionamiento
	A1.3 Mejoramiento de Postas de Salud Rural		Normalización Posta Reducción Temulemu. Construcción y equipamiento Posta Quechereguas Avanzar en las etapas	Depto. de Salud, SECPLAC SSAN	2019	Comuna		N° de Postas Normalizadas N° de proyectos postulados	Al menos 2 postas normalizadas y una postulación

		de Postulación a Proyecto De Normalización Posta Villa Quilquén						
A1.6 Avanzar en las etapas de acreditación en el modelo de salud familiar en los establecimientos de Atención Primaria de la Comuna de acuerdo a indicaciones del MINSAL		Acreditar en el modelo de salud familiar de acuerdo a las condiciones territoriales de la comuna, Este proceso se realizará de forma gradual y participativa con la comunidad.	Depto. de Salud Ministerio de Salud Comunidad	2015-2019	Comuna	2.600 aprox anual	N° de Postas de Salud Rural acreditadas en Modelo de Salud Familiar	Acreditar el 100 % de las Postas de Salud Rural
A1.7 Contribuir a elevar el nivel de salud de la población de los sectores rurales d la comuna de Traiguén, integrándolos a la red de atención que ellos requieren para la recuperación de la enfermedad y actividades de prevención y promoción de la salud.		Elaboración en base a diagnóstico participativo de un Plan de Salud que incorpore los resultados de dicho diagnóstico, los lineamientos del nivel central y las necesidades de la comuna.	Depto. de Salud Ministerio de Salud Comunidad	Anual	comuna		Plan elaborado y ejecutado en forma anual	Plan de trabajo
	A2.1 Fortalecer los comités de salud y la participación	Generación de talleres y procesos de trabajo conjunto que incorpore las	Depto. de Salud Comités de	Anual	Rural	2.000	Plan de Trabajo anual de participación	Cumplimiento de 80 % del plan de trabajo

	comunitaria para la promoción de salud general en APS	necesidades reales de la comunidad.	Salud De Postas de Salud Rural				elaborado y ejecutado	
	A2.2 Implementar acciones de Promociónde la salud en la comuna (plan Trienal de Promoción de la Salud)	Diseñar, difundir y ejecutar Plan Comunal de Promoción de la salud de acuerdo a diagnóstico participativo comunal en los condicionantes de Actividad Física, alimentación saludable, Ambientes libres de tabaco en el ámbito escolar y comunitario	Depto. de Salud	2016-2018	Comuna	9.700 anual	Plan elaborado y ejecutado anualmente	Intervenir a la población menor de 9 años y sus familias en Estilos de Vida Saludable.
	A2.3 Colaborar en el Programa Transversal comunal de Prevención del Uso de Drogas y Alcohol	Integrar coordinadamente el Programa Transversal en esta materia, destinado a niños y jóvenes de la comuna.	Dpto. de Salud. Dpto. Educación Municipal.	Anual	Comuna	1.000	Registro audiovisual. Registro asistencia.	3 Actividades por año.
0.3 Dotar de movilización adecuada al DSM para el traslado de pacientes y profesionales								
A3.2 Adquisición de un VehículoTraslado Pacientes Rurales a centros de mayor complejidad.		Contar con un vehículo adecuado, para traslado de pacientes de sectores rurales a derivaciones de especialidades a centros de mayor	DEPTO SALUD SECPLAC SSAN	2017-2018	Rural	23.000	N° de pacientes trasladados	Mejorar a lo menos en un 70% las inasistencias a horas de especialidad 100% Asistencia de pacientes a Diálisis.

			complejidad como Victoria, Angol, Temuco y otros. Y pacientes de Diálisis.						

CONVENIOS DSM TRAIGUÉN 2017

N°	Nombre del Convenio	N° de Resolución	Fecha de Resolución	Monto del Convenio	Componentes
1	Prorroga Convenios Programa en Atención Primaria Municipal entre Servicio de Salud Araucanía Norte y Municipalidad de Traiguén	3756	27-12-2016	$ -	1.- Programa de Resolutividad en APS 2.- Programa Mejoramiento al Acceso en Atención Odontológica 3.- Programa Imágenes Diagnosticas en APS 4.- Programa Centros Comunitarios de Salud Famiiar (CECOSF) 5.- Programa Espacios Amigables para Adolecentes
2	Programa Odontológico Sembrando Sonrisa	716	06-03-2017	$ 1.744.923	1.-Entrega de Kit de Higiene Oral a Párvulos y NT1 Y NT2. 2.- Examen de Salud Bucal a población parvularia 3.- Aplicación de Barniz de Flúor en Población Parvularia
3	Programa Odontológico Integral	665	27-02-2017	$ 30.944.705	1.- Resolución de Especialidades Odontológicas en APS 2.- Más Sonrisas para Chile
4	Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-psicosocial en la Red Asistencial	664	27-02-2017	$ 13.213.870	1.- Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal 2.- Fortalecimiento del Desarrollo Integral del Niño y Niña 3.- Atención de Niños y Niñas en Situación de Vulnerabilidad

N°	Nombre del Convenio	N° de Resolución	Fecha de Resolución	Monto del Convenio	Componentes
5	Programa Mejoría de la Equidad en Salud Rural	719	06-03-2017	$ 73.434.112	1.1.- Reforzamiento equipos de Ronda
					1.2.- Segundos Técnicos Paramédicos en postas rurales
					2.- Sistema de comunicación de postas rurales
					3.- Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales "Proyectos Comunitarios"
6	Programa Ges Odontológico	668	27-02-2017	$ 4.623.733	1.- Atención Dental en Niños
					2.- Atención Dental en Embarazadas
					3.- Atención Odontológica Adulto 60 años
7	Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria	662	23-02-2017	$ 2.587.969	1.- Evaluar la instalación y desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.
					2.- Implementar un plan de mejora, sobre sus bases y principios que sustentan el Modelo de Salud Familiar
8	Programa Espacios Amigables para adolecentes	497	13-02-2017	$ 6.299.196	1.- Estrategias de Promoción de la Salud
					2.- Atención de salud integral en establecimientos de salud educacionales

N°	Nombre del Convenio	N° de Resolución	Fecha de Resolución	Monto del Convenio	Componentes
9	Programa Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf Pantano)	547	16-02-2017	$ 59.549.834	1.- Implementación del Modelo de Atención CECOSF
					2.- Participación Comunitaria y Promoción de Salud
					3.- Evaluar y proponer planes de mejora continua
10	Programa de Capacitación y Formación de la APS	1111	04-04-2017	$ 694.304	1.- Programa Anual de Capacitación APS
11	Programa de Resolutividad en Atención Primaria	N° 1131	08-04-2016	$ 16.922.350	1.1- Oftalmología
					2.1.- Otorrinolaringología
					1.3.- Gastroenterología
12	Programa de Apoyo a Inmunización de Influenza y Neumococo	1124	05-04-2017	$ 211.234	1.- Apoyar la estrategia de Inmunización contra la Infkuenza y enfermedades Neumocócicas
13	Programa Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica	1286	21-04-2017	$ 31.069.440	1.- Atención Odontológica de Morbilidad a Mayores de 20 años
14	Convenio Modificatorio Programa Especial de Salud Pueblos Indigenas	1504	10-05-2017	$ 177.912.598	1.- Equidad
					1.5.- Plan Indígena Pri Longko Didaico - Temulemu
					2.- Enfoque Intercultural en Salud
					3.- Participación Social Indígena
15	Convenio Modificatorio Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (Programa Prorrogado)	1480	10-05-2017	$ 13.152.216	1.- Programa Prorrogado al 31/12/2017, para terminar su ejecución y total rendición financiera.

N°	Nombre del Convenio	N° de Resolución	Fecha de Resolución	Monto del Convenio	Componentes
16	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	1493	10-05-2017	$ 7.191.000	1.- Atención Integral a miños y niñas de entre 5 a 9 años, que presenten trastornos mentales.
17	Programa Promoción de Salud Año 2017	9970	15-07-2016	$ 9.702.493	1.- Recursos enviados por la Seremi de Salud de la Araucanía
18	Programa Plan Araucanía Mejoramiento de Centros de Salud Intercultural Mapuche.	1659	25-05-2017	$ 13.235.266	1.- Constribuir al desarrollo de una experiencia de atención con pertinencia cultural.
					2.- Desarrollo y fortalecimiento del sistema médico mapuche.
					3.- Implementación de Acciones de salud intercultural.
					2.- Fortalecimiento de la experiencia de salud intercultural.
19	Programa de Apoyo a laGestión a Nivel Local en Atención Primaria	1781	05-06-2017	$ 480.595	1.- Refuerzo Recurso Humano DSM Traiguén (Enfermera, TENS y 2 Termómetros digitales de alta y mínima)
20	Programa de Formación de Especialistas en el Nivel de Atención Primaria de Salud - FENAPS	1849	12-06-2017	$ 1.276.470	2.- Estrategias de educación continua (Electrocardiografia . Padiatria - Medicina Interna para medicos no especialistas)
21	Convenio Modificatorio Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf Pantano) (Modifica Prorroga convenio 2016)	1893	16-06-2017	$ 21.541.457	1.- Adquisición de un Vehículo para mejorar el acceso de usuarios con dificultades de movilidad y al equipo de salud del Cecosf Lof Pantano

N°	Nombre del Convenio	N° de Resolución	Fecha de Resolución	Monto del Convenio	Componentes
22	Programa Capacitación y Formación de AP en la Red Asistencial - Desarrollo de Recursos Humanos APS - Estrategia Cursos y Diplomas	2080	03-07-2017	$ 5.450.000	1.- Diplomado de Salud Familiar 2.- Diplomado Salud Integral del Adolecente
23	Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal	2165	07-07-2017	$ 23.000.000	1.- Adquisición de un Vehículo para el transporte de transporte de pacientes y equipos de salud (con priorización usuarios de diálisis)
24	Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal (Programa Prorrogado	2811	25-08-2017	$ 13.394.343	1.- Programa Prorrogado al 31/12/2017, para terminar su ejecución y total rendición financiera.