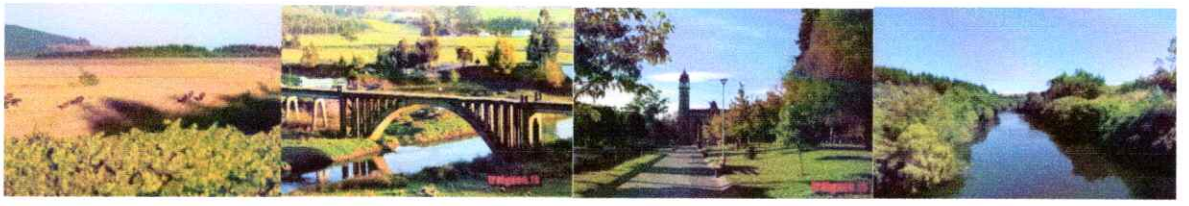
MUNICIPALIDAD
DE TRAIGUÉN

PLAN DE SALUD MUNICIPAL 2019
COMUNA DE TRAIGUEN



Índice

Índice 2

INTRODUCCIÓN 3

PROPOSITO DEL PLASAM 5

CAPITULO I BASES CONCEPTUALES 6

DEFINICIÓN DE APS 7

CANSTA DE PRESTACIONES APS 2018-2019 8

ENFOQUES QUE ORIENTAN LA PLANIFICACIÓN EN SALUD PUBLICA 14

OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020 20

EJES ESTRATEGICOS Y METAS DE IMPACTO 21

APS CONSTRUYENDO VALOR SOCIAL 34

MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIO 35

CONTROL INTEGRAL DE LA MILTIMORBILIDAD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES 37

RISS 40

ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED 47

CAPITULO II FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL 50

MISIÓN Y VISIÓN DSM TRAIGUÉN 50

DIAGNOSTICO DE LA COMUNA DE TRAIGUÉN 51

INSCRIPCION PERCAPITA 58

RECURSO HUMANO 59

PSR/EMR DE TRAIGUÉN 60

SECTORIZACIÓN 64

DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO 67

DIAGNOSTICO PARTICIATIVO 87

PLANIFICACIÓN 95

FINANCIAMIENTO 100

RECURSO HUMANO 101

CICLO VITAL 102

POSTRADOS 123

PROMOCION 124

PARTICIPACIÓN SOCIAL 125

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN 126

METAS SANITARIAS 134

INTRODUCCION

Cada año, las entidades administradoras de salud municipal, deben entregar a la comunidad las orientaciones generales que suponen el cuidado de la población a su cargo, ello en concordancia que, para los efectos, establece el Ministerio de Salud. Este Plan deberá contener los lineamientos generales para la salud de la Comuna, la programación de Actividades Anuales, la Dotación de Recursos Humanos, Metas y Objetivos a cumplir por los integrantes del Equipo de Salud Comunal y las Prioridades para el año 2019.

Dentro de los antecedentes contenidos en este documento, es posible apreciar la situación epidemiológica actual de la población a cargo de los diferentes Sectores que componen la Comuna, sus peculiaridades en torno a los diferentes factores que puedan incidir en la salud de las personas, la demanda de salud de la población en general y que se manifiesta con la participación de la ciudadanía en los diagnósticos participativos donde los dirigentes los Concejos de Desarrollo locales de salud cobran gran relevancia.

Al mismo tiempo, este documento permite conocer las características de la población beneficiaria, la infraestructura disponible para dar cumplimiento a la demanda asistencial, la estructura organizacional de sus establecimientos, el recurso humano existente, las políticas de desarrollo y perfeccionamiento, las vías de financiamiento y la evaluación de las acciones de salud en general, como también el cumplimiento de los indicadores establecidos en las Metas Sanitarias en Índices de Actividad fijadas por el Ministerio de Salud y que tienen gran impacto en el estado de salud de la Población.

Propender a una Salud Integral e Integralizada con enfoque de Género y Respeto a la Diversidad, fortalecer el Modelo de Gestión de Salud Familiar, focalizar los esfuerzos hacia los grupos más vulnerables, promover el acceso equitativo y mejorando las PSR de manera asequible y eficiente de APS , en sus medicamentos esenciales y fiables, a los servicios de inmunización seguros y a la tecnología médica, mejorando el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en nuestros establecimientos de atención de la salud primaria, promover la preservación , el desarrollo y el uso

de los conocimientos y las prácticas efectivas de la medicina tradicional cuando resulte apropiado, en combinación con la medicina moderna, reconociendo que las comunidades son depositarias de conocimientos y prácticas tradicionales, ocuparse de promover una vida sana para todas las personas a través del ciclo vital, teniendo en cuenta, entre otras cosa, la salud reproductiva y sexual mediante programas de prevención, promoción y rehabilitación de enfermedades y trastornos no contagiosos, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias, las lesiones, la violencia de género, los trastornos de la salud mental y sus factores de riesgo conexos, incluidos el alcohol, el tabaco, la malnutrición y la falta de actividad física, se incorporaran a las propuestas y lineamientos estratégicos del presente Plan de Salud Municipal donde cobran especial relevancia al visualizar el desarrollo que ha alcanzado en el último tiempo nuestra Comuna, lo que pone de relevancia la gobernanza en su rol normativo, entregando directrices para el desarrollo, implementación y fortalecimiento de la Salud Primaria Comunal, incorporando elementos en materia de sustentabilidad institucional, abordando las dificultades propias que impone el desarrollo tecnológico, social y organizacional, siendo el punto de encuentro el Trato al Usuario el que debe ser cálido, humano y centrado en la satisfacción usuaria y las necesidades de las personas.

PROPOSITO DEL PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA

El Plan de Salud Comunal 2019 pretende articular a todos los actores que de una u otra forma puede generar la sinergia para conseguir cambios positivos en la población, valorando y fomentando factores protectores de la salud, generando cambios en las conductas de riesgo presentes en el sector rural de la comuna, supeditando el involucramiento de nuestra organización en las transformaciones que sean necesarias para conseguir los propósitos que a continuación se detallan:

- Mejorar la Salud de la Población Rural de Nuestra Comuna
- Disminuir las desigualdades en Salud.
- Aumentar la Satisfacción Usuaria de la Población frente a las PSR.
- Asegurar la Calidad de las intervenciones en las Metas Sanitarias.

En este sentido, se ha continuado trabajando centrados en la participación, favoreciendo encuentros de los equipos para definir acciones de complementariedad, que permitan avanzar hacia una real integración en la Complementariedad de la Medicina con Enfoque Intercultural.

Esta transformación del hacer Salud con Enfoque Intercultural en nuestro Territorio, nos plantea un nuevo paradigma en la Salud, es que debemos generar REDES INTEGRADAS, con una clara definición en que las Redes implementen mecanismos cuyos esfuerzos se dirijan a alinear la realidad de la Salud Comunal, los cuales sean compartidos con los objetivos sanitarios actuales de nuestro país, terminando de esta forma con la parcelación de los esfuerzos organizacionales.

CAPITULO I.-
BASES CONCEPTUALES

La sociedad espera que, en el ámbito de la Salud Pública, el Estado tenga como rol, ser garantes del derecho fundamental a la salud. Para poder garantizar este derecho, el Estado, a través de sus diferentes instituciones y niveles, actúa en los ámbitos de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud, llevando a cabo las siguientes funciones y actividades:

- Monitoreo, evaluación y análisis del estado de la salud de la población.
- Vigilancia, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública.
- Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.
- Promoción de la Salud,
- Aseguramiento de la participación social en la salud.
- Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y manejo en la salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los Servicios de Salud.
- Capacitación y desarrollo del recurso humano.
- Aseguramiento de la Calidad en los Servicios de Salud.
- Investigación en Salud Pública.

Para cumplir a cabalidad estas funciones, la APS de Traiguén a través de la autoridad Comunal debe desarrollar procesos integrados, sistemáticos, planificados, integrales y participativos de gestión en nuestras PSR.

1.- DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es el primer contacto que tienen las personas con el Sistema de Salud Público. Busca resolver los principales problemas de salud de la población, en establecimientos como las Postas de Salud Rural, Centros de Salud Urbanos, Centros de Salud Rurales, Centros de Salud Familiar y Hospitales Comunitarios.

Para lograr este objetivo, la Atención Primaria realiza acciones de:

- **Promoción**, es decir de autocuidado: dejar de fumar, cuidado del medio ambiente, alimentarse en forma saludable, etc.
- **Prevención**, controles de salud, vacunas, entrega de alimentos a niños y niñas, embarazadas, puérperas, adultos y adultas mayores; técnica de cepillado de dientes, sellantes de piezas dentarias, etc.
- **Tratamiento** de enfermedades agudas y crónicas, cirugía menor, visita a pacientes postrados, consultas oftalmológicas, consultas de otorrino, entrega de lentes, entrega de audífonos.
- **Rehabilitación** y tratamiento de personas con secuelas de enfermedades.

La Atención Primaria fomenta la responsabilidad personal y colectiva, la participación del individuo, su familia y la comunidad.

La salud no está determinada sólo por el sistema de salud, está condicionada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan. En este sentido, la atención primaria en el cumplimiento de sus funciones considera a todos los sectores y actores responsables de contribuir a la mejora de la calidad de vida.

Para acceder a la atención, las personas sólo deben estar inscritas en el establecimiento.

El financiamiento de la Atención Primaria Municipal es a través del sistema per cápita, que consiste en que la población se inscribe en un establecimiento y el municipio recibe un aporte mensual por cada persona inscrita reconocida por FONASA, además de convenios para prestaciones específicas.

2.- CANASTA DE PRESTACIONES AÑO 2018/2019 DECRETO 31 del 08/02/2018

Artículo 5. Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el "Plan de Salud Familiar", que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud.

A continuación, se indican las prestaciones y/o acciones consolidadas por curso de vida:

I. SALUD DEL NIÑO

Control de salud del niño sano.
Evaluación del desarrollo psicomotor.
Control de malnutrición.
Control de lactancia materna.
Educación a grupos de riesgo.
Consulta nutricional.
Consulta de morbilidad.
Control de enfermedades crónicas.
Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
Consulta kinésica.
Consulta y consejería de salud mental.
Vacunación.
Programa Nacional de Alimentación Complementaria
Atención a domicilio.
Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos.
Examen de Salud Odontológico.
Consulta Odontológica Preventiva.
Consulta tratamiento Odontológica.
Consulta Urgencia Odontológica.
Radiografías Odontológicas.

II. SALUD DEL ADOLESCENTE

Control de salud.

Consulta morbilidad.

Control crónico.

Control prenatal.

Control de puerperio.

Control de regulación de fecundidad.

Consejería en salud sexual y reproductiva.

Control ginecológico preventivo.

Educación grupal.

Consulta morbilidad obstétrica.

Consulta morbilidad ginecológica.

Intervención Psicosocial.

Consulta y/o consejería en salud mental.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Atención a domicilio.

Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimiento.

Examen de Salud Odontológico.

Consulta Odontológica Preventiva.

Consulta tratamiento Odontológica.

Consulta Urgencia Odontológica.

Radiografías Odontológicas.

III. SALUD DE LA MUJER

Control prenatal.

Control de puerperio.

Control de regulación de fecundidad.

Consejería en salud sexual y reproductiva.

Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 64.

Educación grupal.

Consulta morbilidad obstétrica.

Consulta morbilidad ginecológica.

Consulta nutricional.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Ecografía Obstétrica Del Primer Trimestre.

Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.

Examen de Salud Odontológico en Gestantes.

Educación Grupal Odontológica en Gestantes.

Consulta Odontológica Preventiva Gestantes.

Consulta tratamiento Odontológico en Gestantes.

Consulta Urgencia Odontológica.

Radiografías Odontológicas.

IV. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS

Consulta de morbilidad.

Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias Del adulto de 20 años y más.

Consulta nutricional.

Control de salud.

Intervención psicosocial.

Consulta y/o consejería de salud mental.

Educación grupal.

Atención a domicilio.

Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.

Curación de pie diabético.

Intervención grupal de actividad física.

Consulta kinésica.

Consulta Odontológica Preventiva.

Consulta tratamiento Odontológica.

Consulta Urgencia Odontológica.

Radiografías Odontológicas.

V. SALUD DEL ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

Consulta de morbilidad.
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.
Consulta nutricional.
Control de salud.
Intervención psicosocial.
Consulta de salud mental.
Educación grupal.
Consulta kinésica.
Vacunación anti influenza.
Atención a domicilio.
Programa de alimentación complementaria Del adulto mayor.
Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
Curación de pie diabético.
Consulta Odontológica Preventiva.
Consulta morbilidad Odontológica.
Consulta Urgencia Odontológica.
Radiografías Odontológicas.

VI. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: Consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas Del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.

Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa Del adulto mayor.
Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.
Acceso a diagnóstico y tratamiento el 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.
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.
Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
Tratamiento de Erradicación de Helicobacter pílory.
****Acceso a tratamiento Salud Oral Integral de la Embarazada**

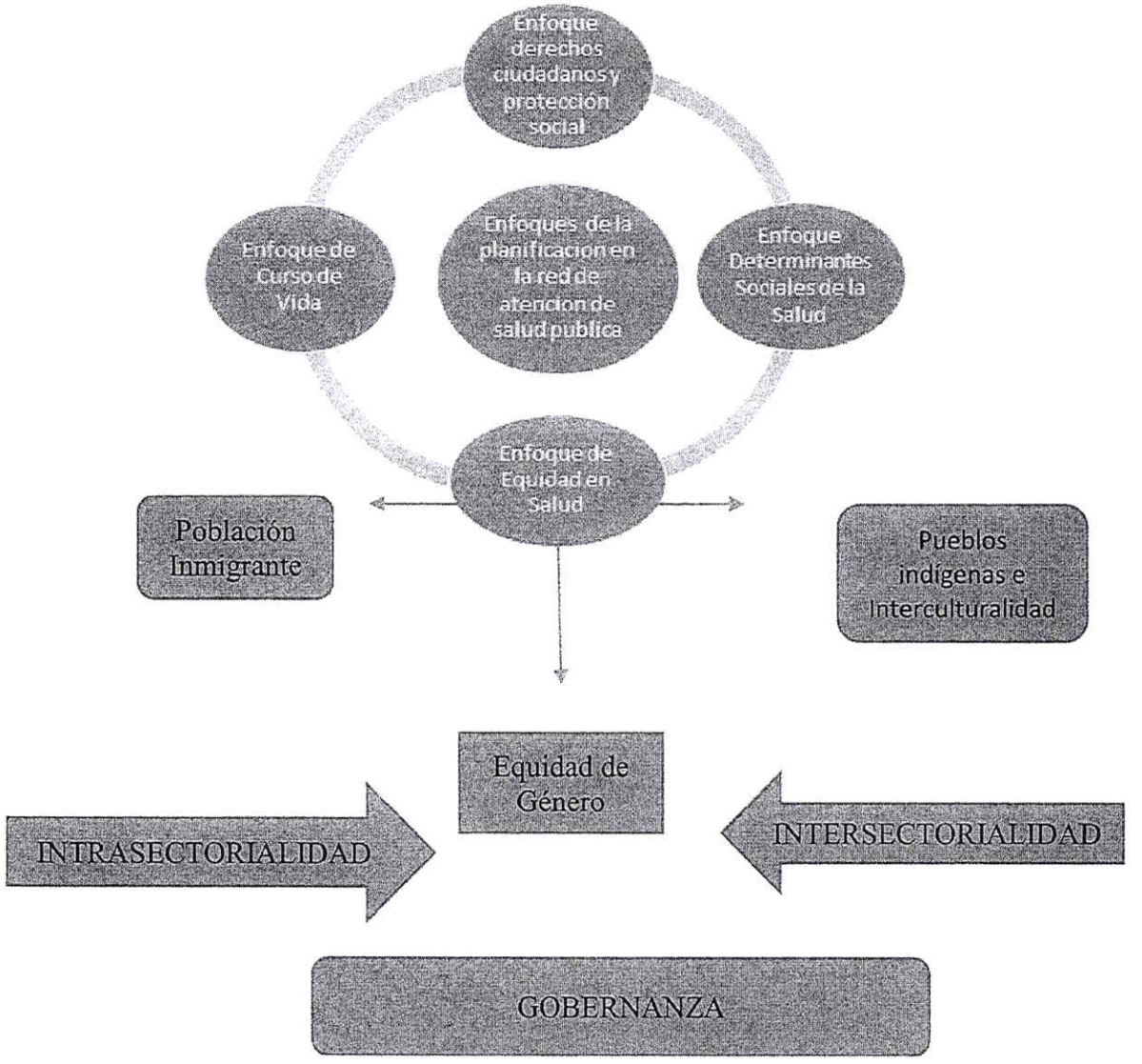
VII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

Educación grupal ambiental.
Consejería familiar.
Visita domiciliaria integral.
Consulta social.
Tratamiento y curaciones.
Extensión horaria.
Intervención familiar psicosocial.
Diagnóstico y control de la tuberculosis.

EXÁMENES DE LABORATORIO BÁSICO CONFORME EL SIGUIENTE DETALLE:

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

3.- ENFOQUES QUE ORIENTAN LA PLANIFICACIÓN EN SALUD PÚBLICA.



3.1 Enfoque de derechos ciudadanos y protección social.

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación. La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades

a) Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes

El 01 de octubre de 2012, entra en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios. Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la "Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes" en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley. Se establece que los prestadores institucionales o individuales, públicos o privados, en aplicación de las disposiciones del inciso penúltimo del artículo 8° de la Ley 20.584, deberán mantener en lugar público y visible, una impresión de la Carta de Derechos y Deberes, debiendo asegurarse que todas las personas que acceden a sus dependencias puedan visualizarla.

3.2 Enfoque de determinantes sociales de la Salud (DSS)

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

3.3 Enfoque de curso de vida

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en el adulto mayor, y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, y disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación (Barker & Clark, 1997; Gluckman & Hanson, 2008). Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008). El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida (Lu & Halfon, 2003). Demanda también contar con sistemas de información confiables que permitan estudiar grandes cohortes de población para conocer la efectividad e impacto de los programas de salud implementados. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país. Este enfoque, "considera el

derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida" (Minsal, 2010)

3.4 Enfoque de equidad en salud

Según la OMS, equidad puede ser definida como "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente". Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

a) Equidad de Género en Salud

La incorporación del enfoque de género en la salud, busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida. Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género.

b) Interculturalidad y Pueblos Indígenas

La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de salud Integral Familiar y Comunitario, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país y construir espacios de participación con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de mesas de trabajo comunales, provinciales y regionales para abordar los problemas de salud que atañen a los pueblos indígenas. En el ámbito asociado a trabajo y planificación sanitaria, la Cultura es un elemento clave, porque se vincula con comportamientos, hábitos, estilos y formas de vida, lo que se relaciona, por una parte con la "etiología" o causas de las enfermedades y también con las prácticas y explicaciones que le atribuyen las personas a su proceso de enfermedad, las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud. De ahí que debe ser considerada en los procesos de atención de la salud de las personas.

La interculturalidad en la planificación sanitaria, se basa en el reconocimiento de que "ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica que el modelo científico occidental no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena es integral y tiene un amplio desarrollo.

Considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones tales como: implementación de procesos de sensibilización que faciliten la comunicación, entre el personal de salud y las personas de comunidades indígenas; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías, que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud, adopción de enfoque intercultural en programas que tengan como beneficiarios a personas pertenecientes a pueblos indígenas, transversalización del enfoque intercultural en programas cuyos destinatarios pertenecientes a pueblos indígenas tengan perfiles epidemiológicos con marcado daño en la salud, entre otras.

c) Inmigrantes

La inmigración a nuestro país es un fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. El acceso a empleos en condiciones precarias e informales somete a los migrantes, especialmente a los no regulados, a condiciones de vida deficientes. Las situaciones de discriminación y entornos de vulnerabilidad que afectan a la población migrante están documentadas e incluyen, las precarias condiciones de vida, la vulneración de derechos laborales, las desiguales oportunidades educativas para niños/as y jóvenes, y los obstáculos para acceder a atención de salud, entre otros.

3.5 Gobernanza

Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común.

a) **Intrasectorialidad** Es imprescindible la integración y complementariedad de la gestión de la SEREMI con la Red Asistencial, para ofrecer a la población acciones de prevención y fomento, atención de morbilidad, de especialidades y hospitalización. Lo anterior, ligado a la vigilancia epidemiológica coherentemente integrada para el logro de los objetivos sanitarios propuestos para la década.

b) **Intersectorialdad** Consiste en el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales e institucionales y organizaciones presentes en el territorio (sector público, sector privado y sociedad civil), mediante intervenciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

4.- OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020

El sector salud en su constante búsqueda de enfrentar los desafíos que afectan a la población, estableció en la década anterior una profunda reforma, en cuyos ejes establece la definición de Objetivos Sanitarios, los cuales guían el accionar del sector, así como el abordaje intersectorial.
De esta forma, se establece como imprescindible una visión amplia de la salud en la perspectiva de la producción social y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, de manera que los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD) sean una Política de Estado más que solo sectoriales.

Es así que para el periodo 2011-2020 se plantean como Objetivos Sanitarios:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir las desigualdades en salud
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

De este modo se determina que para el logro de los 4 objetivos sanitarios existen 9 ejes estratégicos, desde los cuales se establecen metas de impacto y resultados esperados, las que se miden a través de indicadores, correspondiendo a su vez la selección de actividades, intervenciones clínicas o procesos organizacionales, los que permitan ir avanzando en el cumplimiento adecuado de los OSD (Objetivos Sanitarios de la Década).
De esta forma y considerando los perfiles epidemiológicos actuales, que imponen una alta exigencia a la eficiencia y eficacia de las políticas públicas de salud, será nuestra capacidad de adaptarnos y responder adecuadamente a estos requerimientos la que en parte determinará también el cumplimiento de los OSD, estableciéndose por lo tanto la necesidad de una vinculación efectiva en los distintos niveles del sector, así como también con el intersector.

5.- EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO

OE1.- 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: Incluye metas relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones, así mismo, se aborda la discapacidad en la población general.

TEMA	OBJETIVO	META
Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	-Aumentar la sobrevida al primer año proyectada del infarto 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
Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad 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 vulnerables	-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	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 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

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 genero	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 condiciones 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 solidos	*	Disminuir el porcentaje de personas que identifica problemas asociados a la presencia de micro basurales* en su localidad en 10%
Uso de aguas	*	Lograr que el 99% de la población cuente con acceso a agua potable reglamentaria Lograr que el 97% de la población cuente con acceso a disposición de aguas servidas reglamentaria
Entorno urbano	*	Disminuir el porcentaje de personas que perciben la falta de áreas verdes* en su barrio
Enfermedades Transmitidas por Alimento	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 establecimientos* 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 investigación financiados con fondos públicos (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 enfermeras) de 23,9 a 32 por 10.000 beneficiarios a nivel país Lograr que el 80% de los funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública presenten "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 hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición
Gobernanza y participación	Aumentar los mecanismos de participación 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 enfermedades crónicas no transmisibles	Disminuir 10% la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva.

		Disminuir 10% la tasa de hospitalización 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 contrapartes técnicas que participan en actividades 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 priorizados 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, desastres 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

6.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CONSTRUYENDO VALOR SOCIAL

El Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, tiene como uno de sus ejes principales, la participación, mediante estrategias como por ejemplo la creación de Consejos de Desarrollo Local, realización de diagnósticos participativos y planes de trabajos en conjunto, entre APS y la comunidad.

Se entiende la participación ciudadana como un proceso de cooperación mediante el cual el Estado y la ciudadanía tienen la capacidad de identificar y deliberar acerca de problemas públicos y sus posibles soluciones. Asimismo, el valor social, como el resultado generado cuando las políticas, los procesos y los recursos se combinan para generar mejoras en la vida de las personas y de la sociedad en conjunto.

La generación de espacios de participación en salud, permite generar una relación de colaboración y respeto mutuo entre el estado y la ciudadanía. Asimismo, favorece el fortalecimiento de la sociedad civil con una mayor legitimidad y sustento ético de las políticas públicas, por consiguiente, la participación de la ciudadanía, debe quedar reflejada en la planificación y programación de cada uno de los Profesionales de APS de la Comuna.

7.- MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, ha sido definido como "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural".

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

Muchos de los principios del Modelo de Salud Integral, pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; "centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



7.1.- Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

La operacionalización de los principios del Modelo de Salud Integral, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación se revisan su conceptualización y aplicabilidad.

a) 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. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, "en su integralidad física, mental, espiritual 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 y cultural.

b) 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 socialmente aceptables.

c) 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 profesional6. La continuidad del cuidado, significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

8.- CONTROL INTEGRAL DE LA MULTIMORBILIDAD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

En el marco de las enfermedades crónicas no transmisibles, que van en aumento progresivo en la población chilena, conforme muestran los resultados de la reciente encuesta nacional de salud, de la multimorbilidad, de las complicaciones asociadas y el alto consumo de recursos involucrados; se recomienda la atención integral en la población que presenta **Multimorbilidad**, entendiendo ésta, como aquellos pacientes con 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles, priorizando las patologías sintomáticas con potencial de desestabilización, descompensación, y dificultad de manejo.

La multimorbilidad se asocia con una disminución de la calidad de vida, deterioro funcional y aumento de la utilización de la atención médica, incluidos ingresos de emergencia y hospitalizaciones, particularmente con un mayor número de condiciones coexistentes. Además, los pacientes con varias condiciones crónicas tienen dificultades en la comprensión y el tratamiento de enfermedades múltiples y regímenes de medicamentos complejos.

Nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades, 65% en mayores de 65 años, y 82% en personas de 85 años y más, con diferencias significativas entre hombres y mujeres y entre nivel educacional. En estudios extranjeros las patologías más recurrentes son hipertensión arterial, depresión o trastorno ansioso y dolor crónico.

En relación a la realidad nacional, de acuerdo a la ENS (encuesta nacional de salud):

- El 74,6% de la población tiene 2 o más patologías
- El 16,5% (más de 2 millones de personas), tiene 5 o más patologías.
- Además, hay 800.000 sobrevivientes de enfermedades cardiovasculares (AVE o IAM): lo que constituye un 6% de la población grupo de mayor riesgo.

El foco se orienta a optimizar los contactos del equipo de salud con los pacientes desde una perspectiva más integral, aprovechándolos como una oportunidad de resolver la mayor cantidad de problemas de salud que tenga el paciente, evitando la fragmentación por morbilidad o programas.

Para ello el profesional que atiende a la persona debe realizar el control y seguimiento de todas las condiciones crónicas diagnosticadas, utilizando elementos de la entrevista motivacional para definir el plan de cuidados y sus prioridades.

Esto es relevante en la adherencia al tratamiento y controles, mejor manejo de los fármacos, mejor compensación de sus enfermedades, así como también optimizar el recurso humano y aportar a una mayor satisfacción, entre otros. Por ejemplo, una persona con HTA, DM2, artrosis e hipotiroidismo, en la atención realizada por el profesional se consideran todas estas patologías y se establece un plan de cuidados consensuado e integrado de cada una de ellas. En el caso de presentar alguna patología de salud mental, queda a criterio del equipo de salud, si realiza el control de aquella en esta misma atención o lo cita posteriormente (dependiendo de la evolución, respuesta a tratamiento farmacológico y conocimiento del caso). Asimismo, es importante tener presente que trastornos mentales como la depresión, son un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de infarto al miocardio entre un 15 a 30%, su prevalencia aumenta de dos a tres veces entre las personas con DM o HTA, y afecta la adherencia en particular de la diabetes.

Población objetivo: Población adulta de 25 y más años con 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles (DM2, HTA, Artrosis, Hipotiroidismo, ERA, Enfermedad de Parkinson, Epilepsia, entre otras). Priorizar el grupo de adultos mayores con multimorbilidad.

Rendimiento: Conforme la realidad local y las condiciones de complejidad y riesgo de las personas con multimorbilidad, se recomienda programar mayor tiempo en la agenda para estas atenciones que abordan 2 o más patologías, con el objeto de resguardar una mirada integral e integrada. Asimismo, se sugiere utilizar el control en duplas de profesionales cuando corresponda.

- Control integral de la multimorbilidad en personas con condiciones crónicas:

1 a 2 por hora

Concentración: - En aquellas personas con a lo menos una de las patologías de programa cardiovascular, ya sea acompañada por otra patología cardiovascular o no, se mantiene la frecuencia de controles conforme lo establecido según riesgo cardiovascular (Bajo, moderado, alto).

- En caso de presentar más de una patología no incorporada en programa cardiovascular se mantiene la frecuencia conforme lo indicado en dichas condiciones crónicas.

- El control de seguimiento no presencial, ya sea telefónico, mensajería u otro también debe darse en este marco. Un buen recurso en estas estrategias es el TENS quien integra el cuidado en la persona y está más cerca de sus necesidades expresadas.

Registro: El registro en REM se mantiene conforme lo indicado para cada una de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Evaluación: se recomienda que el encargado en el centro de salud del Adulto y adulto mayor realice en forma periódica auditoria de fichas, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de esta prestación.

9.- REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), son una iniciativa de la OPS que tienen como propósito, contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. Según OPS 8(10), un Sistema de Salud Basado en la APS supone:

"Un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad".

En el contexto de la planificación y programación, las RISS, permitirán a los equipos de salud avanzar en una programación entre niveles de atención. A continuación algunos elementos relevantes de las RISS.

Los Servicios de Salud, tienen la responsabilidad de la realización de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas, bajo la normativa vigente que emana del Ministerio de Salud.

La acción de los mismos, se desarrolla a través de una serie de actividades, cuya responsabilidad recae en los diferentes establecimientos que conforman la red asistencial de su territorio. Uno de los principales desafíos para lograr los objetivos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, es la efectiva coordinación de los diferentes equipos de trabajo.

En este contexto las RISS contribuyen a superar los desafíos de la fragmentación tendiendo a:

- Optimizar y garantizar el acceso a los servicios
- Mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios
- Propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles
- Mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud recibidos

La OPS identificó 4 ámbitos de abordaje para sistematizar la implementación en las Redes Asistenciales de Salud.

A. Modelo asistencial
B. Gobernanza y estrategias
C. Organización y gestión
D. Asignación de recursos e incentivos

Ámbitos de abordaje para sistematizar la implementación de las Redes Asistenciales de Salud



La OMS (2015) por su parte, propone un necesario cambio de paradigma en los modelos de atención señalando que: "A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible. Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a los servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas."

¿Porque trabajar en RISS?

La OPS establece que uno de los principales desafíos de los Modelos de salud de la región es superar la FRAGMENTACION, que se refleja en los siguientes aspectos .

DESAFIO DEL TRABAJO EN RISS



Los desafíos para el desarrollo del modelo de redes integradas de servicios de salud en Chile

La evaluación del modelo de Redes Integradas de Servicios de salud realizada entre los años 2015-2016, propone un cambio en el foco de gestión de los equipos de salud, interpela el enfoque hospitalo- céntrico y a cambio les propone a los equipos de salud que se coordinen entre los diferentes niveles de la red y valoren su trabajo mutuamente. Sin duda, este es uno de los principales desafíos que requiere superar las barreras de desconfianza y desconocimiento entre los equipos que no se conocen, generando espacios de encuentro sistemáticos y en los cuales se definan estrategias de manera conjunta.

Romper la **fragmentación administrativa, institucional y organizacional** en la cual se desempeña el sector salud es el primer desafío que permitirá dar pasos importantes para avanzar en la integración de los servicios y en la continuidad de los cuidados que requiere cada persona. Este modelo es el que puede responder con mayor resolutividad al perfil de salud y de daño que presenta la población actualmente.

Desarrollar una **gestión que esté basada en la capacidad protectora y resolutiva** a nivel de la atención primaria, con herramientas para la derivación y seguimiento de los pacientes que requieren atención de especialistas o intervenciones en centros hospitalarios, permitirá que la atención de salud este centrada en las personas y que se logre la continuidad de la atención que requieren.

Fortalecer el **enfoque territorial la pertinencia cultural,** priorizar el acceso y la oportunidad de la atención de las personas es el desafío que permitirá mejorar la calidad de las prestaciones y resultados frente a las intervenciones sanitarias.

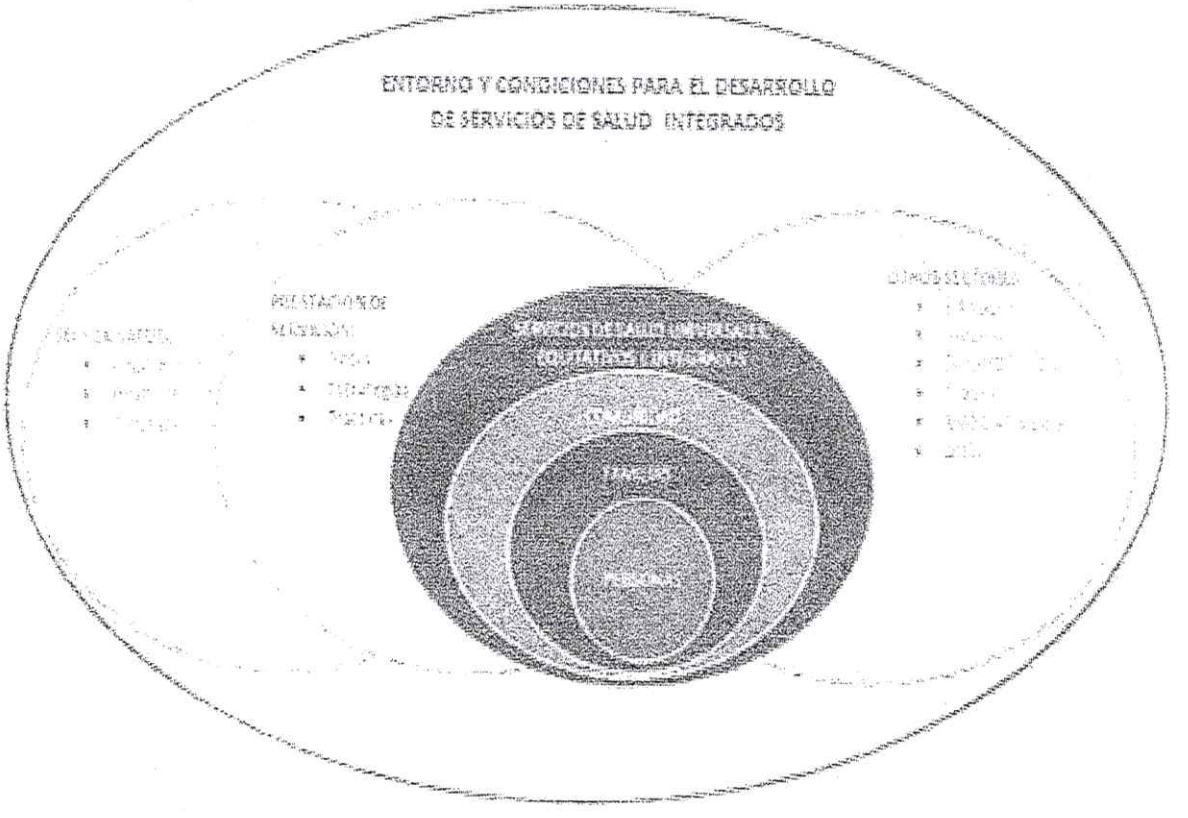
Mantener programas de **formación de especialistas y profesionales** que trabajan en equipo y que reconocen la relevancia del trabajo intersectorial, que establecer áreas de protección para población en riesgo.

Formar profesiones y equipos de salud que **valoran la participación de las personas, familia y comunidades en salud** y lo incorporan como un pilar de los procesos de cuidado y protección de la salud.

Centrar la atención en las personas, lograr continuidad de los cuidados en salud, anticiparse al daño y priorizar a las personas y grupos vulnerables de la sociedad, respetando la dignidad y diversidad cultural, son los desafíos que permitirán lograr el impacto sanitario en este siglo.

En el contexto de la Planificación y programación de las RISS, que permita a los equipos de salud avanzar en una programación entre niveles de atención que fortalece la integración de los establecimientos de la red y el desarrollo de liderazgos para lograr mejorar en la continuidad de la atención de salud, el seguimiento de los pacientes y las derivaciones oportunas.

Los Servicios Integrados de Salud son, por **tanto "Servicios de salud que se gestionan y entregan de una manera que asegure que la gente recibe un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y servicios de cuidados paliativos, en los diferentes niveles y sitios de atención dentro del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su curso de la vida"(OMS, 2015).**



Las redes integradas del Servicio de Salud (RISS) están definidas como

"Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPS, 2010)".

La definición anterior, impone la necesidad de organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio. Otros elementos que dan cuenta de esa fragmentación son:

- ✓ Segmentación institucional del sistema de salud;
- ✓ Predominio de programas focalizados en enfermedades,
- ✓ Riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria;
- ✓ Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
- ✓ Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.
- ✓ Trabajo intersectorial escaso y sin permanencia en el tiempo.

En el caso particular de Chile, el hecho de que la mayor parte de la atención primaria se encuentre bajo un régimen de administración municipal, impone la necesidad de redoblar los esfuerzos de coordinación y cuando corresponde, de abogacía, para que las acciones definidas por el Ministerio de Salud, tengan una adecuada ejecución en los diferentes establecimientos de APS que, aún con entidades administradoras diferentes, tienen la responsabilidad de la ejecución de programas nacionales que están diseñados para llegar a la población en la misma modalidad, cualquiera sea el sector geográfico en que se encuentre.

Este riesgo de fragmentación, derivada de la dependencia administrativa, constituye un desafío para el gestor de red en cada territorio, en tanto la obtención de adecuados resultados sanitarios, es prácticamente imposible sin la atención primaria fortalecida.

10.- ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACION EN RED

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red, están dados principalmente por la Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios de la década y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y basado en las características socio demográficas de la población, con una tendencia creciente al envejecimiento.

En el proceso de Programación en Red, cada actor tiene una función específica:

10.1.-Ministerio de Salud

Le corresponderá, de acuerdo a lo establecido en la Ley Nº 19.937, Artículo 4, formular y fijar las políticas de Salud que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

10.2.- SEREMI de Salud

En su función de autoridad regional debe:

- Mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar Vigilancia Epidemiológica.
- Evaluar metas sanitarias de Atención Primaria.

10.3.-Servicios de Salud

Liderados por el Gestor de Red (Director de Servicio), son quienes analizan y gestionan su oferta y demanda, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del Plan Anual.

El Rol del Servicio de Salud, es la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la súper-vigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

GESTOR DE RED

Dispone de distintas instancias para facilitar la Articulación de la Red Asistencial. Uno de ellos, es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA). Este Consejo, está constituido por representantes de establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados, que integren la Red Asistencial del Servicio y presidido por el Gestor de Red. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas la medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los establecimientos de Atención Primaria, sean estos de dependencia del Servicio o establecimientos de dependencia municipal. Asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas que presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

Al Gestor de Red le compete gestionar las medidas necesarias para la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red, a fin de otorgar a la población que lo requiera continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención.

CAPITULO II

FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

1. DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud Municipal desde el año 1987 depende administrativamente de la municipalidad y técnicamente del Servicio de Salud Araucanía Norte (SSAN), existiendo continua coordinación con el Hospital local, tiene como población a cargo los usuarios del sector rural de la comuna.

1.1 Red asistencial

Con el fin de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral, se plantea un Modelo de Gestión en Red basado en fortalecer la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Salud Familiar y potenciar la articulación de la Red Asistencial, de acuerdo a las necesidades locales.

A continuación se presenta el mapa de la Red asistencial de la provincia de Malleco.



DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE TRAIGUEN

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.

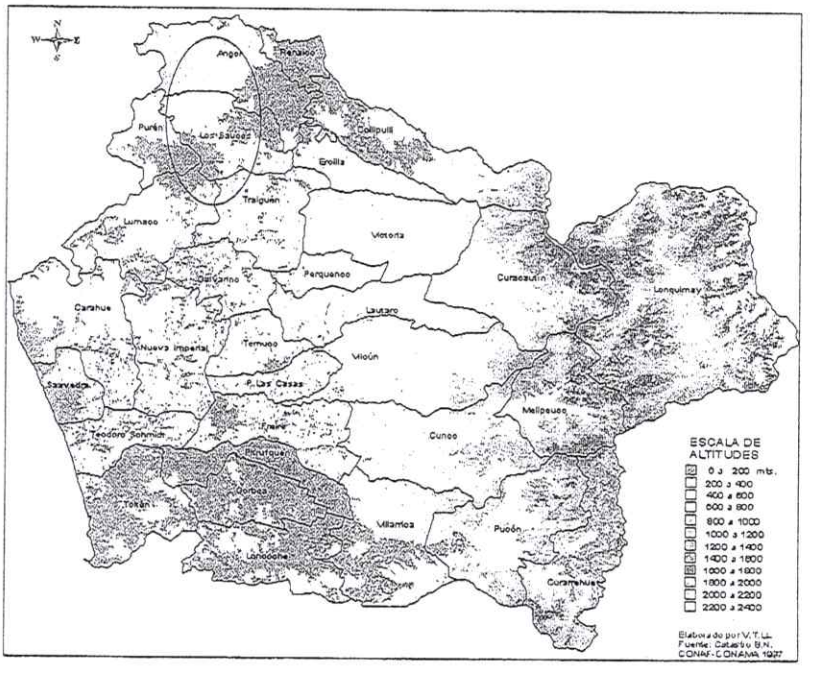
DIAGNOSTICO GENERAL DE LA COMUNA DE TRAIGUEN

ANTECEDENTES GENERALES

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.

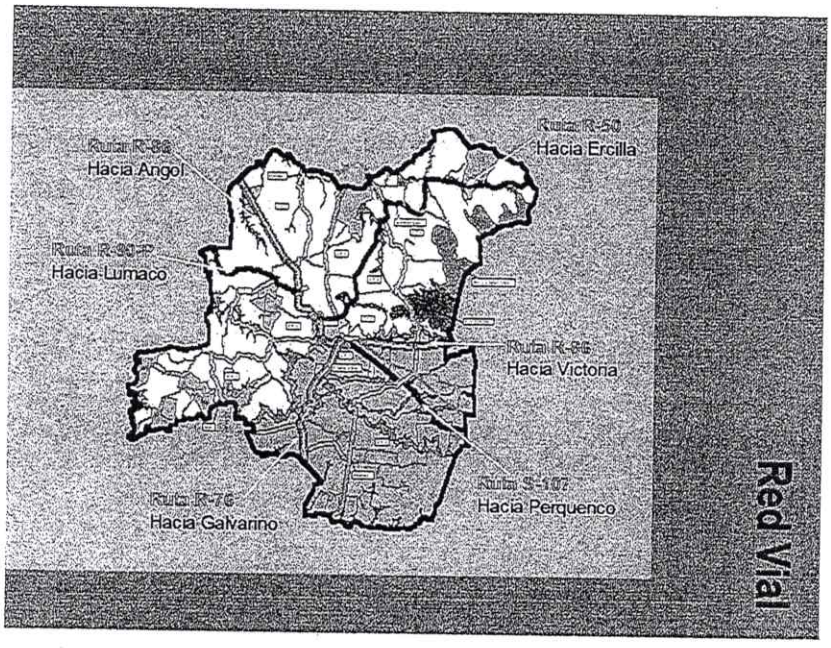
La ciudad se conoce históricamente como 'El Granero de Chile', en consideración a la gran producción triguera registrada a fines del siglo XIX y a comienzos del XX. Esto significó que ya en 1889 llegara a estas tierras el ferrocarril, además, se instaló en esos años el primer banco de La Frontera, de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



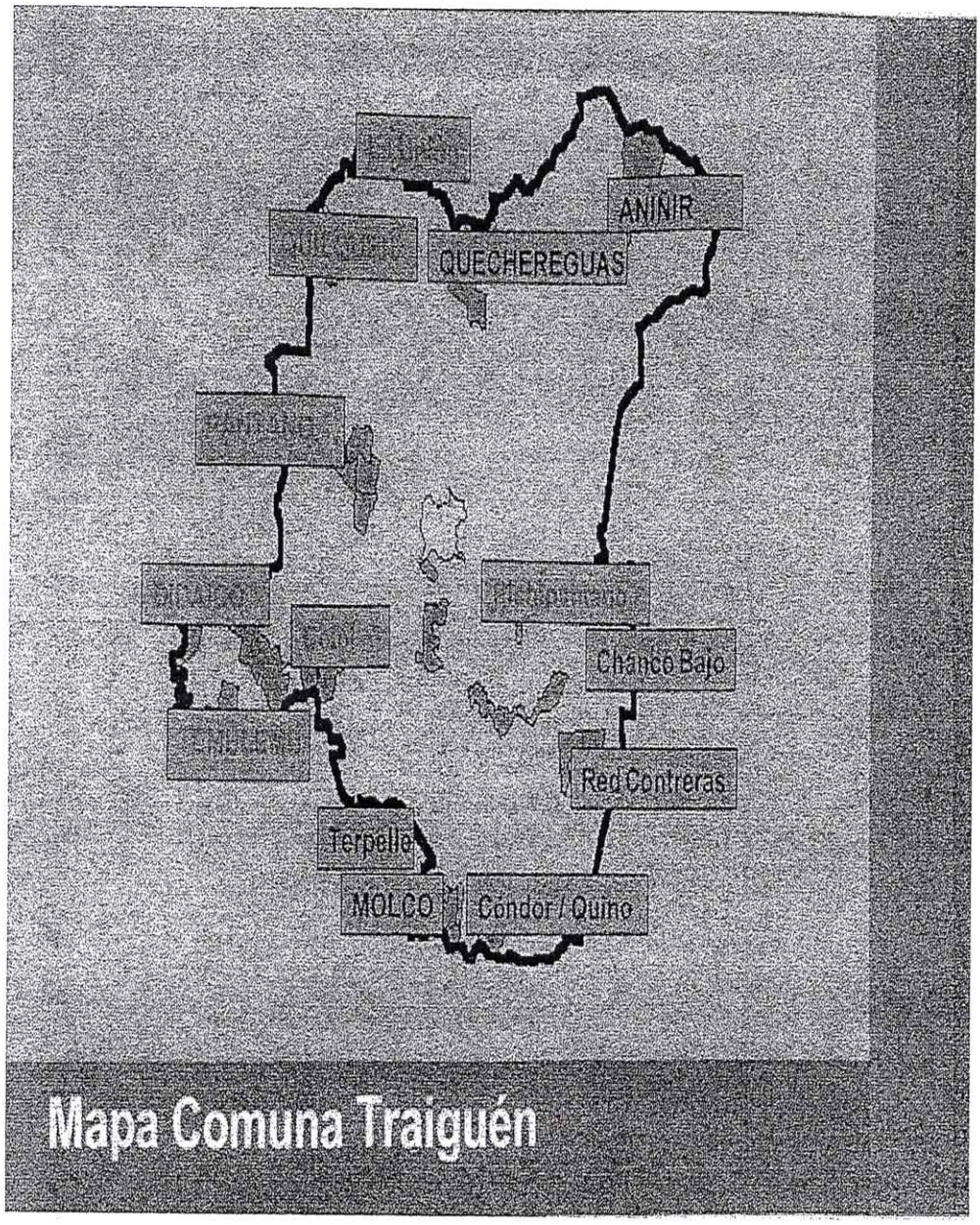
CLIMA

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.

RED VIAL



PRINCIPALES SECTORES RURALES DE LA COMUNA DE TRAIGUEN



SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA ACTUAL DE LA COMUNADE TRAIGUÉN

Según datos del INE basados en el Censo de 2017, a través de la siguiente tabla se muestra la población total, por sexo, edad y etnia:

Traiguén	Población Total			Población Rural			Pueblos Originarios
Ambos sexos	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Total	**18.843**	**9.019**	**9,824**	**4.493**	**2.400**	**2.093**	**5.534**
0 a 4 años	1.253	638	615	266	132	134	453
5 a 9 años	1.279	681	598	278	146	132	511
10 a 14 años	1.364	677	687	335	164	171	527
15 a 19 años	1.499	795	704	481	310	171	487
20 a 24 años	1.091	506	585	227	126	101	329
25 a 29 años	1.161	552	609	240	119	121	356
30 a 34 años	1.141	520	621	204	101	103	334
35 a 39 años	1.094	499	595	240	123	117	344
40 a 44 años	1.085	507	578	252	131	121	359
45 a 49 años	1.209	563	646	321	169	152	344
50 a 54 años	1.402	662	740	373	204	169	360
55 a 59 años	1.275	618	657	328	173	155	323
60 a 64 años	1.069	506	563	263	136	127	241
65 a 69 años	856	412	444	212	125	87	172
70 a 74 años	712	314	398	193	91	102	148
75 a 79 años	563	261	302	134	81	53	118
80 a 84 años	413	172	241	84	40	44	71
85 a 89 años	243	93	150	47	21	26	39
90 a 94 años	102	33	69	14	7	7	17
95 a 99 años	24	7	17	0	0	0	0
100 años y mas	8	3	5	1	1	0	1

Total Población que se considera perteneciente a un pueblo indígena u originario de la comuna de Traiguén:

Total	5.534
Hombres	2.693
Mujeres	2.841



Cabe mencionar que del total de la población de la comuna, un 23,84% corresponde a sector rural, y un 29.36 % corresponde a población perteneciente a pueblos originarios.

El % vulnerabilidad de la Comuna de Traiguén 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**
MortalidadGeneral (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**
Índice 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.

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 preliminares 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 aparato respiratorio como son la Gripe, Neumonía, en menor grado las otras patologías mencionadas.

DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD SECTOR RURAL

POBLACION INSCRITA VALIDADA AÑO 2018

Rango Edad	Masculino	Femenino	Total 2018
0 DIAS - 11M	4	12	16
1 A - 1 A 11 M	17	11	28
2 A - 9 A 11 M	252	238	490
10 A – 13 A 11 M	162	156	318
14 A – 19 A 11 M	387	266	653
20 A – 29 A 11 M	440	449	889
30 A – 39 A 11 M	338	365	703
40 A - 49 A 11 M	371	394	765
50 A - 59 A 11 M	428	452	880
60 A - 69 A 11 M	283	237	520
70 A – 79 A 11 M	158	185	343
80 Y MAS AÑOS	80	97	177
TOTAL	2920	2862	5782

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

RECURSO HUMANO

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.

DOTACION DE PERSONAL DEPARTAMENTO DE SALUD AÑO 2019, SEGUN RESOLUCION EXENTA N° 2393 DE FECHA 08 DE OCTUBRE DE 2018, DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE.-

CATEGORIA	HORAS	PROFESION
A	286	MEDICO/ ODONTOLOGO
B	726	OTROS PROFESIONALES
C	968	TECNICOS DE NIVEL SUPERIOR
D	132	TECNICOS EN SALUD
E	176	ADMINISTRATIVOS DE SALUD
F	352	AUXILIARES DE SERVICIO
TOTAL DE HORAS	2640	

POSTAS DE SALUD RURAL

"Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social."

ESTACIONES MÉDICO RURALES

No son establecimientos por sí mismos. Corresponden a estrategias de trabajo; actualmente esta estrategia es aplicada en pocos lugares como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio, CESFAM, PSR y ocasionalmente de un Servicio de Salud. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de un consultorio o una Posta a las poblaciones usuarias, en zonas de máxima dispersión, en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales o técnicos en forma periódica.

SECTORES RURALES A LOS QUE SE ENTREGA ATENCION DE SALUD

SECTOR	DISTANCIA APROX DE TRAIGUEN	TIPO DE ESTABLECIMIENTO
MOLCO	24	POSTA DE SALUD RURAL
TEMULEMU	28	POSTA DE SALUD RURAL
QUILQUEN	18	POSTA DE SALUD RURAL
QUECHEREGUAS	18	POSTA DE SALUD RURAL
ANIÑIR	33	POSTA DE SALUD RURAL
DIDAICO	31	POSTA DE SALUD RURAL
TERPELLE	32	ESTACION MEDICO RURAL
PANTANO	20	ESTACION MEDICO RURAL
REDUCCION CONTRERAS	18	ESTACION MEDICO RURAL
CHANCO	20	ESTACION MEDICO RURAL
COLPI	22	ESTACION MEDICO RURAL
PICHIPANTANO	18	ESTACION MEDICO RURAL
FUNDO QUINO	35	ESTACION MEDICO RURAL
CONDOR DE MALLECO	35	ESTACIÓN MEDICO RURAL
LA UNION TEMULEMU II	20	ESTACION MEDICO RURAL

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- CONDOR DE MALLECO	2
418	QUECHEREGUAS	CHANCO	2
420	TEMULEMU	PANTANO – COLPI NORTE	2
421	QUILQUEN	LA UNION - PICHIPANTANO	2

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

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 climáticas adversas . Si bien existe telefonía fija en 5 Postas de Salud Rural estas presentan problemas de red lo cual hace que funcione de forma muy irregular el servicio.

ACCESO A RADIO URBANO

El acceso al radio Urbano de la comuna de Traiguén, depende de la locomoción rural disponible, como se muestra en la tabla siguiente.

Disponibilidad de transporte público:

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	

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 Departamento de Salud se ha sectorizado en dos equipos de salud que corresponde a los Sectores: **Azul y Verde**

SECTOR AZUL

PSR MOLCO - PSR ANIÑIR-
PSR QUECHEREGUAS

EMR CHANCO
EMR REDUCCION CONTRERAS
EMR TERPELLE
EMR QUINO
EMR LA PROVIDENCIA

SECTOR VERDE

PSR QUILQUEN - PSR DIDAICO-
PSR TEMULEMU

EMR COLPI
EMR LA UNION
EMR PICHIPANTANO
CECOSF PANTANO

RONDAS 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.	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MES (N° RONDAS)
MOLCO	25	PSR	7
TEMULEMU	28	PSR	4
QUILQUEN	20	PSR	3
QUECHEREGUAS	18	PSR	2
ANIÑIR	33	PSR	4
DIDAICO	33	PSR	4
TERPELLE	32	EMR	2
PANTANO	20	CECOSF	3
REDUCCION	18	EMR	4
CHANCO BAJO	20	EMR	2
COLPI NORTE	22	EMR	2
PICHIPANTANO-	18	EMR	2
CONDOR DE MALLECO QUINOFFDIQUINOMAM	35	EMR	2
LA UNION TEMULEMU	20	EMR	2

DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

DATOS SEGÚN CICLO VITAL

Población Bajo control según estado nutricional, sexo y edad.

Ciclo Vital infantil

SITUACIÓN NUTRICIONAL POBLACION BAJO CONTROL		TOTAL	GRUPOS DE EDAD Y SEXO																										Pueblos Originarios	
			Menor de 1 mes		1 mes		2 mes		3 mes		4 mes		5 mes		6 mes		7-11 meses		12 -17 meses		18-23 meses		24-47 meses		48-71 meses		6-9 años			
			M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL		256			1	1	2	1	1		1	1		1	1	1	3	3	4	4	9	5	34	22	33	30	50	48	38	48
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	RIESGO																													
	DESNUTRIDO																													
	SOBREPESO	77					1				1				1		1	2	2	1	2	1	6	5	15	10	15	14		
	OBESO	30																		1	1		5	3	5	4	9	2		
	NORMAL	149			1	1	1	1	1			1		1		1	2	1	2	2	6	4	23	14	10	16	26	32		

Fuente: REM P corte Junio 2018

ANALISIS: Del total de niños bajo control menor de 9 años (256) el 41% corresponde a Malnutrición por exceso, situación que se encuentra a los largo del ciclo vital, ubicándose principalmente en los grupos de edad mayor de 6 meses, situándose los mayores porcentajes sobre los 2 años de edad.

Población Bajo Control menor de 1 año según alimentación

TIPO DE ALIMENTACIÓN	Del 1° mes	Del 3° mes	Del 6° mes	Del 12° mes
MENORES CONTROLADOS	2	5	9	13
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	2	5	9	
LACTANCIA MATERNA MAS SÓLIDOS				9

Fuente : Serie REM A 03 Enero a Septiembre 2018

Población Bajo control según aplicación de Score de Riesgo de Morir por neumonía

RESULTADO		TOTAL	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses
CORE DE RIESGO	LEVE	9	2	2	1	2		2
	MODERADO	3	1	1			1	
	GRAVE							
	TOTAL	12	3	3	1	2	1	2

Fuente: Rem serie P junio 2018

En relación al tipo de alimentación que reciben los niños y niñas menores de 1 año, se evidencia que el 86.2% recibe Lactancia Materna Exclusiva al mes de vida, Cabe destacar que del total de niños bajo control menores de 6 años un porcentaje importante corresponde a etnia mapuche, constituyendo un factor muy importante, principalmente en la Malnutrición por exceso, la cultura, las prácticas culinarias y las normas de crianza que están insertas en las familias de los distintos sectores.

Población Bajo control según aplicación de Instrumentos de Evaluación.

ESCALAS	TOTAL	EVALUACIONES POR EDAD DEL NIÑO											
		Menor de 1 mes	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 - 11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses
PAUTA BREVE	29					10				15	4		
TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR	49								14	2	15	16	2
PROTOCOLO NEUROSENSORIAL (1 - 2 MESES)	10		8	2									
ESCALA DE EDIMBURGO	16			7				9					

Fuente: REM serie A Enero a Septiembre 2018

Población bajo control con Riesgo y Rezago derivados a alguna modalidad de Estimulación

NIÑO / A	TOTAL	POR EDAD						POR SEXO	
		Menor 6 meses	7 – 11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses	Hombres	Mujeres
NORMAL CON REZAGO	2		1				1	1	1
RIESGO	10		3		4	3		3	7
RETRASO	3			1	1	1		2	1
OTRA VULNERABILIDAD	1								1

Rem serie A junio a Septiembre 2018

Ciclo Vital del Adolescente

Población de Adolescentes según grupo y etáreo y principales problemas de salud mental

Problema	Total ambos sexos	10-14 años		15-19 años	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Depresión Leve	4		1		3
Trastorno de Ansiedad	1				1
Trastorno Conducta alimentaria	1				1
Trastornos Emocionales y del comportamiento de la infancia y adolescencia	7	1	3	3	
Retraso mental	3	2	1		
TOTAL	16	3	5	3	5

Fuente REM P6 septiembre 2018

Del cuadro anterior se desprende que los principales `problemas de salud mental en este grupo etáreo corresponden Depresión leve y trastornos emocionales y del comportamiento.

Ciclo Vital del Adulto

Población de 20 a 64 años según Aplicación EMP, por sexo y estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	TOTAL			20 a 24 años		25 a 44 años		45 a 64 años	
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	247	127	120	7	3	59	52	61	65
NORMAL	25	13	2	1		3	2	9	10
BAJO PESO	1	1				1			1
SOBRE PESO	109	76	33	4	1	25	16	31	16
OBESOS	123	52	71	2	2	29	31	21	38

Rem Serie A 02, enero a Septiembre 2018

Ciclo Vital del Adulto Mayor

Población Adulto Mayor con Evaluación de Funcionalidad

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL			65-69 años		70 - 79 años		80 y más años	
	AMBOS SEXO	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	68	41	27	19	11	19	16	3	
AUTOVALENTE CON RIESGO	130	81	49	32	19	42	28	7	2
RIESGO DE DEPENDENCIA	153	62	91	21	25	30	55	11	11
DEPENDIENTE LEVE	28	17	11	1	1	7	3	9	7
DEPENDIENTE MODERADO	8	4	4		1		1	4	2
DEPENDIENTE GRAVE	1	1						1	
DEPENDIENTE TOTAL	2	1	1			1	1		
TOTAL ADULTOS MAYORES CON EMPAM VIGENTE	390								

Fuente: Rem P05 Junio 2018

Funcionalidad:

Del total de adultos mayores con evaluación de funcionalidad un 17.4 %, corresponden a diagnóstico de Autovalente sin Riesgo, un 33.3 % corresponden a Autovalente con Riesgo. Se observa además que un 39.2 % tienen un diagnóstico de Riesgo de Dependencia. Es importante señalar que se realizan posteriormente planes de atención consensuados por el equipo de Salud de manera de efectuar intervenciones planificadas y un seguimiento adecuados de manera de evitar que se desarrolle mayor grado de dependencia en aquellos pacientes con factores de riesgo y de mantener la autovalencia.

ENFOQUES COMPLEMENTARIOS Y OTRAS ACCIONES TRANVERSALES

PRINCIPALES CONTROLES DE SALUD A LO LARGO DEL CICLO VITAL INDIVIDUAL

CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL	POR EDAD								
			6 - 9 años	10 - 14 años	15 a 19 años	20 - 24	25 – 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 y más
PRE-CONCEPCIONAL	MÉDICO	1						1			
	MATRONA /ÓN	6				1	2	3			
PRENATAL	MÉDICO										
	MATRONA /ÓN	36			4	6	18	7	1		
POST PARTO Y POST ABORTO	MÉDICO										
	MATRONA /ÓN	3				1	1	1			
PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO HASTA 10 DÍAS DE VIDA	MÉDICO										
	MATRONA /ÓN	4			1		2	1			
PUÉRPERA CON RECIÉN NACIDO ENTRE 11 y 28 DÍAS	MÉDICO										
	MATRONA /ÓN	1					1				
GINECOLÓGICO	MÉDICO										
	MATRONA /ÓN	266			5	9	42	68	83	45	14
CLIMATERIO	MÉDICO	4							1	3	
	MATRONA /ÓN	36							22	14	
REGULACIÓN DE FECUNDIDAD	MÉDICO										
	MATRONA /ÓN	268		10	48	44	84	60	22		

REM A01, sección A enero a Septiembre 2018

CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL

TIPO DE CONTROL DE SALUD	PROFESIONAL	TOTAL	POR EDAD													
			Menor de 1 mes	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 - 11 meses	12 a 17 meses	18 - 23 meses	24 - 47 meses	48 - 59 meses	60 - 71 meses	6 - 9 años
	MÉDICO	20	2	4	3		2	2	1							
	ENFERMERA /O	296		2	13	7	13	2	13	21	25	19	53	29	44	5
	MATRONA /ÓN	4	4													
	TÉCNICO PARAM.	105									10	1		24	19	2

REM A01, sección B enero a Septiembre 2018

CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD

TIPO DE CONTROL	PROFESIONAL	TOTAL	POR EDAD									SEXO		BENEFI-CIARIOS
			0 - 9 años	10 - 14 años	15 a 19 años	20 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 y más	HOMBRES	MUJERES	
DE SALUD CARDIOVASCULAR	MÉDICO	1098				2	18	104	196	278	500	437	661	1098
	ENFERMERA /O	729				1	8	54	114	142	410	300	429	729
	NUTRICIONISTA	579				3	9	53	75	162	277	235	344	579
	TÉCNICO PARAMÉDICO	556				21	61	62	87	112	213	266	290	556
OTROS PROBLEMAS DE SALUD	MÉDICO													
	ENFERMERA /O	47	2					2	8	10	25	22	25	47
	NUTRICIONISTA	45					3	4	7	6	25	21	24	45
	TÉCNICO PARAMÉDICO	984	1	15	20	63	81	154	177	155	316	457	527	984

REM A01, sección C enero a Septiembre 2018

ENFOQUE DE RIESGO SEGÚN CONDICIONANTES DE SALUD CARDIOVASCULAR

CONCEPTO		TOTAL	% COMPENSACIÓN
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV		780	
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN	HIPERTENSOS	665	41 %
	DIABETICOS	995	23.7%
	DISLIPIDEMICOS	146	

REM Serie P 04, junio 2018

ENFOQUE DE GÉNERO

Población en Control Según Método de Regulación de Fertilidad

MÉTODOS		POBLACIÓN BAJO CONTROL					
		TOTAL	Menor de 15 años	15 - 19 años	20 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años
D . I . U .		62		1	34	21	6
HORMONAL	Oral Combinado	71	1	13	34	18	5
	Oral Progestágeno	24			10	10	4
	Inyectable Combinado	16	1	5	7	3	
	Inyectable Progestágeno	29		1	14	7	7
	Implante	71	2	18	45	6	
PRESERVATIVO	Mujer	3			2		1
	Hombres						
TOTAL		276	4	38	146	65	23

REM serie P1 Junio 2018

Gestantes en Control y Con Riesgo Psicosocial (CITOEXPERT)

GRUPOS DE EDAD	TOTAL DE GESTANTES EN CONTROL
Menos de 15 años	
15 - 19 años	1
20 - 34 años	2
35 - 44 años	2
45 - 54 años	
TOTAL	5

Fuente Rem P12 junio 2018

Población Femenina con PAP Vigente

GRUPOS DE EDAD (en años)	MUJERES con PAP Vigente (Menor o igual a 3 años)
Menor de 25 años	56
25 a 29 años	69
30 a 34 años	61
35 a 39 años	65
40 a 44 años	74
45 a 49 años	98
50 a 54 años	87
55 a 59 años	75
60 a 64 años	39
65 a 69 años	14
70 a 74 años	
75 a 79 años	3
80 y más años	
TOTAL	641

Número de Mujeres con Mamografías

Grupo de Edad	Mujeres con Mamografía vigente (en últimos 3 años)
Menor de 35 años	2
35 – 49 años	30
50 - 54 años	32
55 a 59 años	57
60 a 64 años	20
65 a 69 años	15
70 a 74 años	6
75 a 79 años	3
80 y mas años	1
Total	166

Fuente Rem P12 junio 2018

Número de Mujeres con Examen Físico de Mamas

GRUPO DE EDAD (en años)	Mujeres con EFM vigente
Menor de 35 años	7
35 a 49 años	44
50 a 54 años	33
55 a 59 años	61
60 a 64 años	22
65 a 69 años	18
70 a 74 años	6
75 a 79 años	3
80 y más años	2
TOTAL	196

Fuente Rem P12 junio 2018

PRINCIPALES ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS

VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS

CONCEPTOS	TOTAL	UN PROFESIONAL	DOS O MÁS PROFESIONALES	UN PROFESIONAL Y UN TÉCNICO PARAMÉDICO	PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA
Familia con niño prematuro	2		2		
Familia con niño recién nacido	7	2	3	2	
Familia con niño con déficit del DSM	2		2		
Familia con niño malnutrido	9		3	6	
Familia con niño con Riesgo Psicosocial (Excluye Vincular Afectivo)	2		2		
Familia con adolescente en riesgo o problema psicosocial	6	1	5		
Familia con integrante con patología crónica descompensada	78	4	36	38	
Familia con adulto mayor dependiente (excluye dependiente severo)	24	5	14	5	
Familia con adulto mayor con demencia	5	2	3		4
Familia con adulto mayor en riesgo psicosocial	27	7	15	5	
Familia con gestante (cualquier edad) en riesgo psicosocial	4	2	2		
Familia con integrante con enfermedad Terminal	3		2	1	3
Familia con integrante Alta Hospitalización precoz	3	1	2		
Familia con integrante con dependencia severa	28	3	23	2	28
Familia con otro riesgo psicosocial	19	4	14	1	
Visita de primer contacto (conocer entorno familiar)	17	1	14	2	

Rem A 26 enero a Septiembre 2018

TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS EN DOMICILIO

CONCEPTOS		TOTAL	PROFESIONAL	TÉCNICO PARAMÉDICO	PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA
A PERSONAS CON DEPENDENCIA LEVE		89	25	64	
A PERSONAS CON DEPENDENCIA MODERADA		86	34	52	
A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	ONCOLÓGICOS	24		24	24
	NO ONCOLÓGICOS	273	187	86	221
OTROS		864	372	492	

Fuentes: REM A 26, Enero a Septiembre 2018

ACTIVIDADES EDUCATIVAS SEGÚN AREAS TEMATICAS

ÁREAS TEMÁTICAS DE PREVENCIÓN		TOTAL	UN PROFESIONAL	DOS O MÁS PROFESIONALES	UN PROFESIONAL Y UN TÉCNICO PARAMÉDICO	TÉCNICO PARAMÉ-DICO
EDUCACIÓN DE GRUPO	ESTIMULACIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR	13	13			
	NUTRICIÓN	70	70			
	PREVENCIÓN DE IRA – ERA	10	10			
	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	1	1			
	SALUD BUCO-DENTAL					
	VIOLENCIA DE GÉNERO					
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
	PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA CRIANZA	6		6		
	AUTOCUIDADO: ESTIMULACION Y NORMAS DE CRIANZA	2		2		
	HABILIDADES PARENTALES "NADIE ES PERFECTO"	12	6	6		
	AUTOCUIDADO					
	APOYO MADRE A MADRE					
	PREVENCIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS					
	ANTITABÁQUICA (excluye REM 23)					
	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH-SIFILIS					
	OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS	13	10			3
	EDUCACIÓN ESPECIAL EN ADULTO MAYOR – ESTIMULACIÓN DE MEMORIA					
	EDUCACIÓN ESPECIAL EN ADULTO MAYOR – PREVENCIÓN CAÍDAS	1	1			
	EDUCACIÓN ESPECIAL EN ADULTO MAYOR – ESTIMULACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA					
	TOTAL	128	111	14		3

REM SERIE A 27, Enero a Septiembre 2018

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN SEGÚN ESTRATEGIAS Y CONDICIONANTES ABORDADAS Y NÚMERO DE PARTICIPANTES

ACTIVIDADES	ESTRATEGIA, ESPACIOS O LÍNEAS DE ACCIÓN	TOTAL ACTIVIDADES	CONDICIONANTES ABORDADAS							DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ABORDADAS		TOTAL PARTICI-PANTES
			ACTIVIDAD FÍSICA	ALIMENTACIÓN	AMBIENTE LIBRE HUMO DE TABACO	FACTORES PROTECTORES PSICOSOCIALES	FACTORES PROTECTORES AMBIENTALES	DERECHOS HUMANOS	SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA E ITS	DONACIÓN ALTRUISTA O REPETIDA DE SANGRE	CHILE CRECE CONTIGO	
EVENTOS MASIVOS	COMUNAS, COMUNIDADES.											
	EN APS - ESPACIOS AMIGABLES											
	LUGARES DE TRABAJO											
	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIÓN											
REUNIONES DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA	COMUNAS, COMUNIDADES.	3	1	1	1							
	EN APS - ESPACIOS AMIGABLES											
	LUGARES DE TRABAJO											
	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIÓN											
EDUCACIÓN GRUPAL	COMUNAS, COMUNIDADES.	1		1								
	EN APS - ESPACIOS AMIGABLES											
	LUGARES DE TRABAJO											
	ESTABLECIMIENTOS EDUCACIÓN	3	1	2								

Fuente: REM A sección 19 a

ATENCIONES DE URGENCIA EN POSTAS RURALES

PROFESIONAL	TOTAL	GRUPOS DE EDAD (en años)						SEXO		A BENEFI-CIARIOS
		0 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 64	65 y más	Hombres	Mujeres	
MÉDICO										
ENFERMERA /O	4	2				1	1	1	3	4
MATRONA /ÓN										
TÉCNICO PARAMÉDICO	133	3	2	3	7	56	62	62	71	133
OTROS PROFESIONALES										

Rem a 08 Enero a Septiembre 2018

ÁTENCIONES DE SALUD ODONTOLÓGICA

Consultas y controles odontológicos

ACTIVIDAD	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
CONSULTA DE MORBILIDAD	388	186	202
CONTROL ODONTOLÓGICO	2086	690	1396
CONSULTA DE URGENCIA (GES)	3	3	0
INASISTENCIA A CONSULTA	432	138	294

Rem A09 enero septiembre de 2018

OTRAS ACTIVIDADES DE ODONTOLOGIA GENERAL

TIPO DE ACTIVIDAD	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
EDUCACIÓN INDIVIDUAL CON INSTRUCCIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO	736	288	448
CONSEJERÍA BREVE EN TABACO	0	0	0
EDUCACIÓN GRUPAL			
EXAMEN DE SALUD ORAL	1274	402	872
APLICACIÓN DE SELLANTES	1737	903	834
FLUORURACIÓN TÓPICA BARNIZ	244	111	133
PULIDO CORONARIO	196	72	124
ACTIVIDAD INTERCEPTIVA DE ANOMALÍAS DENTO MAXILARES (OPI)	3	0	3
DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL	212	83	129
EXODONCIA	220	104	116
PULPOTOMÍA	34	17	17
RESTAURACIÓN PROVISORIA	166	62	104
RESTAURACIÓN ESTÉTICA	1508	624	884
RESTAURACIÓN DE AMALGAMAS	4	2	2
OBTURACIONES DE VIDIRIO IONÓMERO EN DIENTE TEMPORAL	205	99	106
DESTARTRAJE SUBGINGIVAL Y PULIDO RADICULAR POR SEXTANTE	185	71	114
DESINFECCIÓN BUCAL TOTAL	15	6	9
PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS	229	72	157
RADIOGRAFÍA INTRAORAL (RETROALVEOLARES, BITE WING Y OCLUSALES)	0	0	0
Total Actividades	6968	2916	4052

Rem A 09 enero Septiembre 2018

PROGRAMAS ODONTOLOGICOS ESPECIALES Y GES

PROGRAMA - ACTIVIDAD			TOTAL		
			Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA MÁS SONRISAS PARA CHILE	N°AUDITORÍAS CLÍNICAS REALIZADAS		0		0
	PRÓTESIS REMOVIBLES		149		149
	REPARACIÓN DE PRÓTESIS		0		0
	ALTAS INTEGRALES	TOTAL	91		91
		JUNJI-INTEGRA-MINEDUC	3		3
		SERNAM	11		11
		CHILE SOLIDARIO	0		0
		MINVU	0		0
		DEMANDA LOCAL	77		77
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	ALTAS INTEGRALES/ACTIVIDADES	PRÓTESIS REMOVIBLES	0	0	
		TOTAL ALTAS INTEGRALES	2	2	
		Nº DE AUDITORIAS CLÍNICAS REALIZADAS	0	0	
		REPARACIÓN DE PROTESIS	2	2	
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDAD EN APS	TRATAMIENTO ENDODONCIA	N° PACIENTES	6	2	4
		N° DIENTES	9	3	6
	PRÓTESIS REMOVIBLES	N° PACIENTES	16	16	0
		N° PRÓTESIS	32	32	0
PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO ADULTO DE 60 AÑOS.	ALTAS INTEGRALES		13	9	4
	TRATAMIENTO ENDODONCIA	N° PACIENTES	0	0	0
		N° DIENTES	0	0	0
	PRÓTESIS REMOVIBLES	N° PACIENTES	6	4	2
		N° PRÓTESIS	12	8	4
PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	ALTAS INTEGRALES ESTUDIANTES DE CUARTO MEDIO	ALTA INTEGRAL EN CENTRO DE SALUD	0	0	0

		ALTA INTEGRAL EN UNIDAD DENTAL MÓVIL O PORTÁTIL	0	0	0
		ALTA INTEGRAL EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL	0	0	0
	MORBILIDAD ADULTO	N° TOTAL DE ACTIVIDAD RECUPERATIVA REALIZADA EN >20 AÑOS, EN EXTENSIÓN HORARIA	2137	1293	844
		N° DE CONSULTAS DE MORBILIDAD REALIZADAS EN >20 AÑOS, EN EXTENSIÓN HORARIA	703	432	271

PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS

ACTIVIDAD	TOTAL		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
EXAMEN DE SALUD	313	167	146
Nº DE NIÑOS CON ÍNDICE ceod=0 AL INGRESO	194	100	94
ENDUCACIÓN INDIVIDUAL CON Nº DE SET DE HIGIENE ORAL ENTREGADOS	313	167	146
Nº DE APLICACIONES FLÚOR BARNIZ	313	167	146

Rem A 09 Enero –Septiembre 2018

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD RURAL

DSM TRAIGUEN

El objetivo general del Diagnóstico Participativo es lograr un espacio de confianza donde los participantes (representantes de las comunidades rurales, Juntas de Vecinos y otras organizaciones) expresen libremente sus opiniones respecto a temas seleccionados previamente y que son pertinentes a salud, sobre la base del estímulo de los facilitadores (equipo de salud DSM).

El Diagnóstico Participativo pretende además formular un plan de acción derivado de las diversas necesidades y problemas detectados y priorizados por la comunidad, el cual requiere de un compromiso de los participantes en las soluciones propuestas; involucrando a más actores y un inherente trabajo en red en todo este proceso de mejora.

RESULTADOS

REALIDAD RURAL EN EL TEMA DE LA DISCAPACIDAD.

Fortalezas	Debilidades	Propuestas de mejora
Existencia de Equipo multidisciplinario instalado en el sector (Temulemu, Pantano Didaico). Atención Permanente en el domicilio por parte del Equipo de salud. Existencia de vínculos de afectos entre funcionarios y usuarios. Realización de trabajos comunitarios del Equipo de Salud (reuniones, capacitaciones, entre otras) Entrega de ayudas sociales (pasajes, ayudas técnicas.	Asistencia irregular del equipo de salud a Unión Temulemu 2 Infraestructura en malas condiciones de atención en Estación Médico Rural (EMR). Dificultad de traslado hacia los centros de atención de salud (comunal e intercomunal). Falta de información a la comunidad de las redes sociales de apoyo (municipio, hospital, dirigentes, previsión social, otros.) Falta de un podólogo.	Establecer continuidad de la atención en las rondas en Unión Temulemu. Dotar todas las EMR con silla de ruedas para el traslado de pacientes con movilidad reducida. Fortalecer trabajo conjunto entre el equipo de salud y la comunidad (reuniones trimestrales con dirigentes). Alianza entre DSM y comunidad para acercar usuarios a los centros de salud.

Tomas de exámenes en terreno. Acompañamiento de paciente al lugar de atención fuera de la comuna	Caminos de accesos en mal estados para la atención de usuarios en domicilio. Dificultad de entrevista entre dirigentes de las comunidades y directora del DSM. Falta de acceso a la educación. Falta de medicamentos. Falta de funcionarios del DSM con dedicación exclusiva al tema de la discapacidad.	Gestionar contratación de podólogo. Activar redes de apoyo para arreglo de caminos y beneficios sociales. Definir un día de atención a los dirigentes por la dirección del DSM. Facilitar acceso a la Escuela Especial de niños con Discapacidad del sector rural.

CALIDAD DE VIDA DE LA INFANCIA Y EL ADULTO MAYOR.

(Infancia)

Fortalezas	Debilidades	Propuestas de mejora
Existencia de huertos caseros (autoconsumo). Niños/as al cuidado de ambos padres.	Malnutrición infantil por exceso. No existe lugar de encuentro que incentive el deporte. Falta de fármacos. Problemas de conectividad (caminos). Falta de profesionales que incentiven la actividad física. Presencia de alcoholismo y drogadicción. Poco incentivo en la utilización de hiervas medicinales	Aumentar educación en alimentación saludable a padres- educación en colegio. Gestionar instalación de máquinas de ejercicios Mantener stock permanente. Dar aviso a autoridades pertinentes (municipio). Contar con un profesor de actividad física algunas horas a la semana. Orientación a los padres. Realizar educación con respecto al tema por parte del Facilitador intercultural. Creación de huertos con hierbas medicinales.

(Adulto mayor)

Fortalezas	Debilidades	Propuestas de mejora
Mayor acceso a obtener alimentación saludable.	Discapacidad física que impide el cultivo.	Realizar visitas domiciliarias Multidisciplinaria al AM.
Existencia Programa de Apoyo a Pacientes con Dependencia Severa.	Abandono familiar	Aumentar rescate del AM Por parte del equipo.
Entrega de PACAM.	Falta de participación social por parte del adulto mayor.	Realizar educación en la Preparación de los productos.
Aumento de frecuencia en atención por parte del equipo de salud.	Falta de locomoción para realizar actividades. Malos accesos.	Aumentar flota de Vehículos.
Mayor accesibilidad a órtesis.	Cuidados poco capacitados para atender enfermedades del AM.	Dar a conocer autoridades Pertinentes.
Existencia de facilitador intercultural.	Falta de tiempo para realizar actividades con comunidades.	Educar a cuidadores en Primeros auxilios.
		Realización de talleres con las comunidades Solicitadas por los usuarios.

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y RECREACIÓN.

Fortalezas	Debilidades	Propuestas de mejora
Conformación de una Junta de Vecinos Unión Comunal Rural (de todos los sectores rurales de la comuna) Existencia de comunidades organizadas. En algunos sectores se cuenta con facilitador intercultural.	Existe un abandono total en el tema de la actividad física y ausencia de máquinas de ejercicio en sector Molco. En los lugares que sí hay máquinas de ejercicios falta que un profesional vaya a explicar a la gente cómo utilizarlos y para qué sirven. Lejanía de la Posta de Molco para parte de la gente que vive en sectores aledaños (Santos Huentemil, Terpelle). Falta de agua para poder postular a EMR en Santos Huentemil. Falta de una EMR con condiciones mínimas de higiene y privacidad en la atención en Unión Temulemu 2. Falta de talleres para dueñas de casa (platería, hilado, etc.) Siempre participan las mismas personas. Poco compromiso de las personas de la comunidad. Hay algunas comunidades que no están unidas entre ellas por lo que no llegan a acuerdos.	Gestionar la instalación de máquinas de ejercicios en todos los sectores rurales. En los lugares donde hay máquinas instalar techos para poder utilizarlas todo el año. Más Estaciones Médico Rurales. Conformación de Comités de Salud para postulación de proyectos. Instalación de juegos infantiles. Formación de clubes de adultos mayores. Formación y organizar club deportivo para fortalecer actividades deportivas orientadas a los jóvenes de la comunidad y juntas de vecinos. Posta Molco: ver la necesidad de tener TENS en turno de noche y aumentar rondas médicas por la alta densidad de población. Que la facilitadora intercultural participe en las rondas médicas.

	No hay comités de salud en la mayoría de los sectores por desconocimiento. La organización rural tiene muy poco tiempo constituido. La gente no sabe cuál es el rol que tiene un facilitador intercultural.	Fortalecer la medicina mapuche y educar en cada comunidad para complementar la salud con ambas medicinas Entregar más participación al facilitador intercultural Dar a conocer a la gente el rol del facilitador intercultural. Que el facilitador intercultural tenga conocimiento en medicina mapuche y que sea propuesto por la comunidad quien tenga el cargo de facilitador intercultural.

¿CUÁL ES MI COMPROMISO EN SALUD?

Fortalezas	Debilidades	Propuestas de mejora
La mayoría de los usuarios asisten a sus controles de salud. Funcionarios de salud realizan talleres de alimentación saludable para fomentar una buena alimentación. Los dirigentes cumplen un rol informativo en su comunidad, informando los días de ronda, citaciones y traslados. Postas y Estaciones Medico Rurales cuentan con equipo de profesionales fijo en las rondas médicas. Cada Sector cuenta con un calendario mensual fijo de rondas médicas. En algunos sectores existen personas de la comunidad que se dedican y tienen la vocación de visitar adultos mayores, acompañarlos, ayudarlos. Se les entrega información de cuidarse, tomarse los medicamentos etc.	Citaciones a Interconsultas son muy temprano y los usuarios no alcanzan a llegar. Adultos mayores que no hablan español o tienen baja educación no entienden las indicaciones médicas y citaciones.	Que el Departamento de salud pueda Trasladar a las personas que tienes horas medicas muy tempano. Que las juntas de vecinos puedan ayudar económicamente en el traslado de los usuarios con recursos propios en casos eventuales. Que la facilitadora intercultural del departamento de salud acompañe a los usuarios a las horas médicas de especialista cuando la necesidad lo requiera (adultos mayores, personas con baja escolaridad, problemas de audición, etc.) Contar con una persona de la comunidad que pueda acompañar al adulto mayor que vive solo a las horas médicas.

CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE.

Fortalezas	Debilidades	Propuestas de mejora
Existe el DSM que brinda apoyo a las comunidades. Los jardines y colegios que pueden aportar a la educación sobre el tema de medio ambiente. Comunidad organizada. Dirigentes mantienen buena relación con la comunidad.	Poca participación de la comunidad (por ejemplo en reuniones, talleres y otras actividades.) No se baja toda la información por parte de los dirigentes. Dificultades de acceso geográfico a servicios por condición de ruralidad. Falta de conocimiento e información sobre en temas de medio ambiente y tenencia responsable de mascotas. Ausencia de políticas públicas que incorporen a los sectores rurales. Falta de fiscalización en temas de medio ambiente. Tenencia irresponsable de mascotas. Empresas frutícolas no cumplen con la normativa, contaminando el agua.	Gestionar talleres educativos en saneamiento básico, tenencia responsable de mascotas, reciclaje, zoonosis y vectores. Coordinar con otras instituciones que tengan injerencia en temas de medio ambiente. Hacer nexo con el municipio para establecer ordenanzas y para realización de operativos en sectores rurales (vacunación, desparasitación, esterilización, instalación de chips) Compromiso de mayor participación por parte de la comunidad en reuniones y talleres de capacitación. Presentación de proyectos (compra de contenedores, antiparasitarios para mascotas). Promover el empoderamiento de la comunidad para que denuncien situaciones de contaminación u otras faltas en esta área. Gestionar reunión con autoridades y dueños de empresas en el tema de contaminación por plaguicidas. Motivar a la comunidad en los cuidados del medio ambiente, por parte de los dirigentes. Compromiso de tratar estos temas en las reuniones con la comunidad.

PLANIFICACION DE SALUD SECTOR RURAL AÑO 2019

ELEMENTOS GENERALES

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

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 y cultural.

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 socialmente aceptables.

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.

GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El régimen de garantías explicitas en salud, representa un desafío al rol que le compete a la red asistencial en el aseguramiento del acceso a la atención y respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud (individuos y sus familias), posiciona a la APS como punto de origen de la demanda de atención al resto de la red e introduce el desafío de mantener el equilibrio de oferta de atenciones entre el sistema de garantías explícitas y el régimen general de garantías.

En este contexto, adquieren especial importancia para la atención primaria, procesos como la sospecha fundada y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad tecnológica y la confirmación diagnóstica y el tratamiento según protocolo cuando el problema específico puede ser asumido técnicamente por la atención primaria. En esto, debe asegurarse la difusión de los protocolos y guías clínicas a los equipos de salud, así como también la difusión e información adecuada a los usuarios, en relación a las garantías de las cuales son beneficiarios.

La gestión de garantías demanda monitoreo y evaluación constantes.

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 del país.

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

Sistema de Protección 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 intersectorial dad y las acciones territoriales en el ambiente que viven los niños y niñas.

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.

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 beneficiarios, 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.

Programa de apoyo a la Salud Mental Infantil (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.

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

Diagnóstico Participativo 2018		RESUMEN DEL PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL	
Problemas Identificados / Factores Protectores de Salud	**Clasificación del problema (*)**	**OBJETIVOS**	**ACTIVIDADES**
1- OBESIDAD Y SEDENTARISMO 2- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 3- DEFICIENTE CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES DE USUARIOS CON DEPENDENCIA SEVERA	Salud de las personas	Fomentar la buena convivencia familiar y estilos de vida saludable en la población rural de la comuna de Traiguén durante el período 2018.	Taller de alimentación saludable y actividad física en las escuelas de Molco, Aniñir, Chanco y Providencia
			Taller de alimentación saludable y actividad física en las postas de Aniñir, Molco , Quechereguas y Red. Contreras.
			Taller de Violencia Intrafamiliar en las postas de Quilquén, Pantano, Temulemu y Didaico
			Taller consumo de alcohol y drogas a estudiantes de 5 a 8 básico escuela de Pantano
			Talleres de cuidadores de personas con dependencia severa en las postas de Aniñir, Molco y Quechereguas
FALTA DE COORDINACION Y TRABAJO EN RED CON EL INTERSECTOR	Trabajo intersector / Participación de Directivos	Asesorar las organizaciones del sector rural, comités de salud en la postulación de proyectos, realizar en conjunto actividades de promoción y prevención de salud, fortaleciendo el Trabajo en Red.	Reuniones con los comités de salud de Quilquén y Quechereguas para coordinar actividades de promoción y participación con la presencia de la Directora
			Participación de profesionales en reuniones de la mesa de Discapacidad de la comuna de Traiguén

			Participación de profesionales en reuniones de la Red comunal Chile Crece Contigo de la comuna de Tragiuen
			Encuentro de esparcimiento y recreación de adultos mayores Cecosf Pantano
DESCONOCIMIENTO DEL PROCESO DE SOLICITUDES CIUDADADANAS POR LA COMUNIDAD Y ORGANIZACIONES	Factores que inciden en la satisfacción usuaria /Comunicación con la comunidad	Mejorar la satisfacción y trato al usuario en Postas y Estaciones Medico Rurales	Reunión Comité de solicitudes ciudadanas
			Elaborar protocolo de buen trato al usuario por equipo de salud
			Socialización de protocolo de buen trato con comités de salud de Quechereguas, Molco y Quilquén
Fortalecer trabajo del equipo de Salud con el Pueblo Mapuche.	Interculturalidad	Mejorar adherencia a tratamiento farmacológico con pertinencia intercultural en usuarios con patologías crónicas descompensadas en las postas rurales.	Elaboración de dispensario a través de la modalidad aprender haciendo, considerando la cosmovisión mapuche.

PROGRAMA DE CAPACITACION AÑO 2019

INTRODUCCION

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.

La ley 19.378, establece que los funcionarios del sistema tendrán derecho a participar hasta 5 días en el año, con goce de sus remuneraciones, en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento.

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 2013 propuesto por el Servicio de Salud Araucanía Norte presenta el siguiente Programa de Capacitación basado en los 9 lineamientos sugeridos:

1.-Fortalecer el Modelo de atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustenta.

2.-Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local, regional y supraregional (macro y microrredes).

3.-Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud GES y responder a objetivos 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 (TIC)

7.-Desarrollar 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.

10.- Lineamientos estratégicos del 01 al 09

EJE ESTRATEGICO	IMPACTO	RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIAS						Nº HORAS PEDAGOG.	
					A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL	
EJE ESTRATEGICO N°2: ENFERMEDADES CRONICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD	IMPACTO N°1 AUMENTAR LA SOBREVIDA ANTE INFARTO Y ATAQUE CARDIOVASCULAR	Diagnóstico y manejo del infarto agudo al miocardio. Resolutividad ,derivación	CAPREA	Actualizar los conocimientos y fortalecer procedimientos y habilidades necesarias para ejecutar adecuadamente el manejo inicial de reanimación básica del paciente en riesgo vital con patologías cardiovasculares. Disminuir el tiempo de acción ante una situación de emergencia.	1	9	8	1	1	5	25	20
EJE ESTRATEGICO N°7: INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD	IMPACTO N°5 GESTION DEL PERSONAL DE SALUD	Actualización respecto de Ley N°19.378, leyes supletorias y nueva juris-prudencia en razón de procesos asociados al personal del sector salud.	LEY N°19.378, LEYES SUPLETORIAS Y NUEVA JURISPRUDENCIA.	Actualizar conocimientos con respecto al ámbito de aplicación de la Ley, Dotación, Jornada Laboral, Remuneraciones, Calificaciones, Capacitación etc. Leyes supletorias y nueva jurisprudencia.	1	9	8	1	1	5	25	20

EJE ESTRATEGICO N°3: HABITOS DE VIDA	IMPACTO N°6: AUMENTAR LOS FACTORES PROTECTORES	Que los funcionarios sean capaces de trabajar eficientemente en equipo. Funcionarios generan e implementan estrategias de autocuidado y para la Protección de la Salud que incorporan resguardo de espacio físico y tiempo para su realización.	**TRABAJO EN EQUIPO Y AUTOCUIDADO**	Valorar las singularidades como base de la complementariedad necesaria del trabajo en equipo. Reconocer la importancia del cuidado del otro como un acto valioso en si mismo y las implicancias de esto en el autocuidado y el del equipo de trabajo. Fortalecer la comunicación y coordinación entre los distintos estamentos del Departamento de Salud. Propiciar espacios de distensión, relajación y sano esparcimiento.	1	9	8	1	1	5	25	20
EJES del N°1 al 10	TODOS LOS IMPACTOS INVOLUCRADOS SEGÚN NECESIDAD DE LA RED DE APS MALLECO	Profesionales con desempeño en la APS, actualizan su conocimiento clínico-sanitario, mediante pasantías y/o capacitaciones continúas.	**Programa Formación de Especialistas Nivel Atención Primaria de Salud FENAPS - componente Educación Continua.**	Contribuir al fortalecimiento del recurso humano correspondiente a la Categoría "A" regido por la citada Ley 19.378, mediante su acceso a programas de postgrados y educación continua en espacios docentes adecuados, que facilitan su desempeño en el cargo-conforme a los cambios en las necesidades sanitarias de la población-, promoviéndose además su permanencia en los establecimientos de salud municipal, mejorando la capacidad resolutiva de la APS y una atención oportuna y de calidad a su población beneficiaria.	**1**	0	0	0	0	0	1	Mínimo 8 Hrs. Pedagógicas
EJES del N°1 al 10	TODOS LOS IMPACTOS INVOLUCRADOS SEGÚN NECESIDAD DE LA RED DE APS MALLECO	Funcionarios nivelados en torno a temas del Modelo de Salud Familiar y Atención Primaria en Salud, entre otras.	**Programa SIAD-APS Autogestionado (capsulas autoformacion)**	sensibilizar y nivelar conocimientos en toda la red de salud de forma rapida y eficiente	1	9	**8**	1	1	**5**	25	Mínimo 8 Hrs. Pedagógicas

EJES del N°1 al 10	**TODOS LOS IMPACTOS INVOLUCRADOS SEGÚN NECESIDAD DE LA RED DE APS MALLECO**	Funcionarios con capacitaciones asociadas a alguno de los 9 EJES estrategicos	**OTRAS CAPACITACIONES Y PERFECCIONAMIENTOS: POR PROGRAMAS MINSAL - SSAN y GESTION LOCAL: Capacitaciones Emergentes sólo para cumplimiento de la Ley y su insidencia en la carrera, con pertinencia en la función y las necesidades del personal de salud.**	Mejorar la calidad de la atencion, enncoherencia con los EJES ESTRATEGICOS Y sanitarios del MINSAL	1	9	**8**	1	1	**5**	25	Mínimo 8 Hrs. Pedagógicas
TOTAL												

METAS SANITARIAS LEY 19.813

N°	Indicadores	Meta
1	Recuperación del Desarrollo Psicomotor	90 %
2	Aumentar el N° de mujeres con Papanicolao Vigente	46 %
3.A	Cobertura Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	70.5 %
3.B	Cobertura Alta Odontológica Total en Embarazadas	82 %
3.C	Cobertura Alta Odontológica Total en Niños (as) de 6 años	79 %
4.	Cobertura Efectiva de DM 2 en personas de 15 y más años.	27 %
5	Evaluación Anual del Pie Diabético, en personas con DM 2 bajo control de 15 y más años	90 %
6	Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 y más años.	48 %
7	Cobertura de Lactancia Materna exclusiva en niños/as al sexto mes de vida	80 %
8	Establecimientos con Plan de Participación Social elaborado y funcionando participativamente.	80 %

INDICES DE ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA

META	INDICADOR	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	100 %
META 2	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo familiar	51 %
META 3.1	Gestión de reclamos en APS con enfoque participativo (porcentaje de reclamos respondidos dentro del plazo)	100 %
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)	100 %
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	NO APLICA
META 4.2	Disponibilidad de fármacos trazadores	100 %
META 5	Tasa de consultas de morbilidad y controles médicos ,por habitante	0,9
META 6	Porcentaje de interconsultas derivadas a consulta médica de especialidad en el nivel secundario	10 %
META 7	Tasa de visita domiciliaria integral	0,25
META 8.1	EMP hombres de 20 a 64 años	16 %
META 8.2	EMP mujeres de 45 a 64 años	23 %
META 8.3	EMP hombres y mujeres de 65 y más años	56 %
META 9	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños/as de 12 a 23 meses bajo control	94 %
META 10	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a	17 %

	14 años	
META 11	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	21 %
META 12	Cobertura de atención integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales	20 %
META 13	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años	NO APLICA
META 14	Cobertura de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio	75 %
META 15	Cumplimiento garantías GES cuyas acciones son de ejecución en APS	100 %
META 16	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetiva definida	80 %
META 17	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	83 %
META 18	Cobertura de método anticonceptivo en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de fecundidad	17 %
META 19	Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años	25%
META 20	Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Hipertensión Arterial de 15 y más años	48 %
META 21	Proporción de niños/as menores de 3 años libre de caries en población inscrita	60 %

RECURSO HUMANO 2019

DOTACION DE PERSONAL DEPARTAMENTO DE SALUD AÑO 2019

CATEGORIA	HORAS	PROFESION
A	286	MEDICO/ ODONTOLOGO
B	726	OTROS PROFESIONALES
C	968	TECNICOS DE NIVEL SUPERIOR
D	132	TECNICOS EN SALUD
E	176	ADMINISTRATIVOS DE SALUD
F	352	AUXILIARES DE SERVICIO
TOTAL DE HORAS	2. 640	

PLAN DE CUIDADOS CICLO VITAL NIÑO/A

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD
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.
		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 . 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. . 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.
	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 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
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.

	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.
		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 . Control de salud a niñas y niños de entre 0- 9 años inscritos en establecimiento de salud.
		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.
		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 . Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses . Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual. . Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial
	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
	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
	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. . Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años 11 meses 29 días. . Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 6 y los 10 años. . 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)

	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. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	. Evaluación del estado de Salud Bucal de la población infantil. . Control de salud oral de la población infantil.
	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
		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.
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.
	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
		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.
	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.
		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
	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más	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.

	vulnerables	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	Atención de Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Consultas Morbilidad Odontológica en menores de 10 años
	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 . Controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años
	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.
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta Familiar
		Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Realizar Plan de Intervención a las familias con factores de riesgo.

PLAN DE CUIDADOS DEL ADOLESCENTE

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD
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
	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.
	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
	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.
PREVENCIÓN	Dsiminuir la Mortalidad Perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial. 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.	. Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial. . Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.
		Detectar gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro y otro riesgo según Guía GES	. Realizar control prenatal en forma oportuna . Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro . Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal
		Aumentar la detección de Depresión de la gestante,	Aplicar a gestantes, puérperas y madres adolescentes a los 2 y 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)

		puerpera y a los 2 y 6 meses Postparto	
	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente. Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 10 a 24 años Prevenir los trastornos mentales en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Control de Salud integral adolescentes. Control Preconcepcional. Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, VIH/SIDA e ITS y regulación de la fertilidad, con entrega de condones Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo. Realización de talleres preventivos para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas Realizar examen de VIH (Test rápido) en jóvenes con factores de riesgo y demanda espontánea
	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Aumentar la cobertura de vacunación Reducir la carga de enfermedad por enfermedades inmunoprevenibles.	Administrar vacunación escolar según calendario nacional de Vacunas y campañas de vacunación.
	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	Realización de de talleres preventivos para la prevención de la violencia.
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
	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	Atención integral a adolescentes y jóvenes y sus familias.
	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión y Diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión y Diabetes en personas de 20-24 años.

	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.
	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables y Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. Control prenatal Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años. Atención de Urgencia Odontológica ambulatoria Cosnultas de Morbilidad Odontológica en adolescentes
	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.
	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
	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
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
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta Familiar
		Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Realizar Plan de Intervención a las familias con factores de riesgo.

PLAN DE CUIDADOS DEL ADULTO

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD
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.
	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
	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
	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
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso. Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso. Control prenatal Control de regulación de fertilidad Aplicación Pauta EPSA, en control prenatal.

	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbi mortalidad en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto según normas técnicas
	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. Detectar gestantes, puérperas y madres con síntomas de depresión Entregar orientación e información clara, completa y oportunaacerca de planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa. Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida. Aplicar a gestantes, puérperas y madres a los 2 y 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS) Consejería en salud sexual y reproductiva Control de regulación de fertilidad Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta
	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida. Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama. Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino. Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Control ginecológico. Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años. Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años. Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años.

	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. Aplicación de la Escala MRS en el ingreso a control de salud de climaterio.
	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 Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo. Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	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. Realizar Visita domiciliaria Integral Elaborar Plan de trabajo Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año. 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.
	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA y Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad. Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	. Realizar examen de VIH. . Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.
	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 Vacunación Antigripal a grupos a de riesgo
	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Aumentar el numero de Baciloscopías a grupos de riesgo Capacitar en forma permanente al personal y usuarios
	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). . Garantizar la atención odontológica de urgencia	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o mas . Atención de Urgencia Odontológica ambulatoria . Consultas de morbilidad Odontologica

		. Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	
	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria en población adulta de 25 a 64 años	Realizar talleres preventivos
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	Atención integral a pacientes y sus familias.
	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
	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión y Diabetes en personas de 25 a 64 años. mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Optimizar el tratamiento de hipertensión y Diabetes en personas de 25-64 años Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV. Evaluación de riesgo de ulceración de Pie Manejo avanzado de úlceras activas en personas Realizar examen de fondo de Ojo
	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.
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus		
	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 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 personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas.

	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
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de Encuesta Familiar
		Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Realizar plan de intervención a familias con factores de riesgo
	Atencion de salud con pertinencia cultural	Mejorar la calidad de atención con pertinencia cultural en control de regulación de fertilidad.	Control de regulación de fertilidad con pertinencia cultural

PLAN DE CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD
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.
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
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 . Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM) . Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	. Realizar control de salud integral (EMPAM) según norma técnica. . Referir a talleres de Memoria y prevención de caídas . Realizar control de seguimiento a Adultos mayores Autovalentes con riesgo y riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud. . Realizar consejería . Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacunación en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica y Anti influenza, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Aumentar el numero de Baciloscopías a grupos de riesgo Capacitar en forma permanente al personal y usuarios

PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección y prevenir la progresión 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. . 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.
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	. Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más . Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama . Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	. Realizar Control ginecológico. . Solicitar mamografía a mujeres de 65 a **69** años . 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
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 . Aumentar la compensación de HTA Y DM en personas de 65 años y más. . Aumentar la cobertura efectiva de HTA y DM en personas de 65 años y más. .Disminuir la incidencia de complicaciones por DM (Amputación de extremidades inferiores, retinopatía diabética)	. 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. . Visita Domiciliaria Integral . Plan de trabajo . Optimizar el tratamiento de la HTA y DM en los adultos de 65 o más años en el PSCV. . Evaluación de riesgo de ulceración de Pie . Manejo avanzado de úlceras activas en personas . Realizar examen de fondo de Ojo
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 Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad Realizar consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	. Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años . Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años . Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	. Realizar talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años . Realizar talleres sobre violencia de género. . Realizar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas. . Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años
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
	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	. Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores . Morbilidad Odontológica en adultos mayores
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	tamizar las familias	Aplicacar Encuesta Familiar
	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Realizar Plan de Intervención a familias con factores de riesgo

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

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD
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	Realizar Visita domiciliaria integral a las familias
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 Matriz de riesgo familiar Realizar Plan de Intervención a familias según riesgo familiar

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD
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 Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	. Aumentar el número de Baciloscopías a grupos de riesgo . Realizar tratamiento a casos índices Realizar Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años Realizar estudio de Contactos de casos Índices
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.
		Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento
		Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)
		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)
	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento Lograr una perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	. Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento. . Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera
CAPACITACION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Realizar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en la postas de salud rural y Cecosf

PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA *

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD
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.	. Realizar Visitas Domicilaria Integral . Plan de trabajo personalizado . Realizar atención domiciliaria . Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores(ZARIT) . Plan de Cuidados al Cuidador . Capacitación a cuidadores

*Desde 2018 funciona Programa De apoyo a la Atención domiciliaria a personas con dependencia Severa

PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

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. En este contexto se constituye durante el año 2018, un equipo de apoyo a éste programa, con el objeto de mejorar la cobertura de las prestaciones otorgadas y asegurando la continuidad de éstas a los pacientes con dependencia severa y sus familias, tanto urbanas como rurales.

OBJETIVO GENERAL

Otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico emocional y social mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.

- Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa.

- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado.

- Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa en página web

RECURSO HUMANO

El equipo de apoyo al Programa de Atención Domiciliaria a pacientes con dependencia severa se encuentra formado por los siguientes profesionales:

- Enfermero (rural) 22 horas
- Enfermera (urbana) 22 horas
- Kinesióloga 33 horas
- Podóloga 22 horas
- TENS 22 horas

PROGRAMA COMUNAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

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.

PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL

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 conscientemente 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.