

MUNICIPALIDAD DE SAN ANTONIO



PLAN ANUAL DE SALUD MUNICIPAL 2007

SAN ANTONIO – COMUNA PUERTO Nº 1 DE CHILE

Plan Anual Municipal año 2007

www.sanantonio.cl

1

I. MISIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD

Responsabilidad de conducir la formulación, ejecución, control y evaluación de las actividades de Salud integral y medioambientales, promocionales, educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras en el nivel de Atención Primaria de la Red Asistencial. Con la aplicación de un modelo de Salud Familiar a través de los establecimientos de Salud Municipal y que constituyen su ámbito territorial, con el objeto de mejorar la calidad de vida de esa Población y de las generaciones futuras.

II. DEFINICIÓN DE POLÍTICAS Y METAS

POLÍTICAS

1.- En relación con la planificación en salud

- a. Realizar actividades según lo estipulado en el Plan de Desarrollo Comunal
- b. Aplicar Plan alternativo en caso de traspaso Consultorios de Servicio de Salud

Considerar traspaso de Consultorios del SSVSA a la tuición Municipal; Solo si su financiamiento se encuentra asegurado se logren convenios que permitan el funcionamiento en el tiempo de la nueva exigencia.

- c. Analizar el rol de los encargados de Programa ; propiciar el de Encargados de Sector

Aplicación del Plan de Salud Comunal con énfasis en Salud Familiar y descripción de metas según normativa MINSAL y aplicación local de Estrategias según realidad de sectores Tres Urbano y uno Rural) (anexo 1.-)

2.- En relación con la mejora en la calidad de atención y promoción de salud comunal

- a. Se formalizará los nuevos conceptos de salud familiar, en el marco de la reforma sanitaria y se diseñará los procesos para la aplicación en los centros de salud primaria de administración municipal
- b. Se promoverá la temática de salud integral familiar a la comunidad en los centros de salud primaria de administración municipal
- c. Se enfrentará los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios sociales.
- d. Se procurará superar las desigualdades en salud.
- e. Se promoverá estilos de vida saludable.

Se motivara a la Población para compartir el desafío de Comuna Saludable haciendo participe a la familia del proceso Salud-Enfermedad

Promover la participación Comunitaria y el Fomento en Salud desde la visión poblacional

3.- En relación con la cobertura de salud

- a. Se procurará asegurar el respeto a la dignidad y a los derechos de los usuarios, otorgando un trato adecuado y disminuyendo los tiempos de espera.

b. Se proveerá servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población, de acuerdo a los recursos existentes.

c. Se procurará mejorar el acceso y la oportunidad de atención, asegurando la atención en menos de 48 horas para grupos de alto riesgo (adultos mayores y menores de un año) y la atención odontológica de urgencia.

d. Se propiciará el aumento en la cobertura la salud primaria fomentando la inscripción en los centros de salud primaria de administración municipal, de acuerdo a la capacidad de atención.

Adecuar a las dotaciones respecto pertinencia para el cumplimiento de las garantías GES

Instruir al personal respecto Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes.

4.-Ámbitos de atención de la salud primaria comunal

En materia de salud primaria se abordarán los siguientes programas Consulta Médica (Morbilidad), Programa Odontológico, Programa Maternal, Programa de Crónicos, Programa Niño sano, Programa de Salud Mental, Programa de la Mujer , Programa del Adulto Mayor Consultas: Sociales, Nutricionales, psicológicas, Kinesiológicas, Programa de promoción de Salud y exámenes como ecografías, electrocardiogramas, vacunas , tratamientos y curaciones Atención de Urgencia en SAPU, Beneficios de Convenios con el SSVSA (Mamografías, Vicios de Refracción, Prótesis Dentales, Ecografías Biliares)Consejeras según programas.

5.- En relación con los indicadores de salud

a. Se procurará mantener y reforzar los logros sanitarios alcanzados.

b. Se procurará mantener y / o elevar la capacidad resolutive a través de :

c. Aumento del número de consultas de morbilidad en a lo menos un 10%

d. Realización de exámenes de nivel secundario como ecografías y electrocardiogramas;

e. Manutención de stock crítico de medicamentos de atención primaria;

f. Consultas con especialistas, como en el caso de salud mental;

g. Implementando centro de gestión, con respecto a las Interconsultas generadas.

h. Participar del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA)

6.-Sistemas de información

a. Se implementará las de fichas familiares y uso de base de datos

b. Se generará y mantendrá actualizada un a base de datos que sistematice información estadística de la demanda y cobertura real de atención en la salud primaria de administración municipal

c. Se centralizara la información estadística a nivel de la dirección de Salud ,con el objeto de tener toda la visión Comunal y tomar decisiones en base a la información recabadas

7.-Coordinación

a. Se fortalecerá la coordinación Inter., intra unidades y con otros servicios públicos, de forma tal de

potenciar los resultados de las acciones emprendidas en materia de salud primaria.

b. Se propiciará el diseño y puesta en marcha del sistemas de coordinación eficiente y efectiva con los niveles primarios dependientes de SSVSA(Comisión técnica de Salud Intercomunal de la Provincia de San Antonio)

c. Se propiciará el diseño y puesta en marcha de un sistema de coordinación eficiente y efectiva con los niveles secundarios de salud(Red Asistencial)

d. Se fortalecerá la coordinación para una gestión transversal bajo la incorporación de conceptos de salud integral en el servicio de salud secundario

Se coordinará las acciones con otras instituciones para mejorar la cobertura de salud (ONG , FOSIS , SERNAM , JUNAEB , PRODEMU)

Se debe crear en cada Consultorio el cargo con funciones y accionar específico de responsable GES(a cargo del Comité auge)

Potenciar acciones conjunta con DIDECO

8.-Evaluación de los indicadores de salud

a. Se establecerán sistemas de evaluación de la salud primaria de administración municipal, en torno a los indicadores entregados por el SSVSA y Seremi. (Anexo 2.-)

- Indicadores APS
- Compromisos De Gestión
- Desempeño Colectivo
- Plan de Acreditación
- Modelo de Salud Familiar

b. Se aplicarán instrumentos que permitan determinar el grado de satisfacción del usuario de los centros de salud de administración municipal (Encuesta Anexo 3-)

9.-Salud secundaria

a. Se efectuará un análisis de requerimientos para mejorar la atención y cobertura de la salud secundaria

b. Se propiciará la búsqueda de financiamiento para mejorar la atención y cobertura de la salud secundaria

10.-Recursos humanos, materiales y financieros

a. Se efectuará un análisis de necesidades en infraestructura, equipamiento y RRHH para el mejoramiento de la calidad de atención de salud primaria de administración municipal

Propiciar la instancia y la capacitación para realizar centros de costos por Consultorio

Aplicación de instrumentos para diagnóstico de Clima Laboral

Validar instrumento para descripción de cargos y funciones.

11.-Financiamiento externo

- a. Se propiciará la presentación de proyectos y búsqueda de financiamiento en el ámbito de la salud primaria de administración municipal
- b. Se propiciará la firma de convenios de colaboración con otros servicios públicos para el desarrollo conjunto de acciones en el ámbito de la salud primaria de administración municipal
- c. Será preocupación permanente la eficiente ejecución y rendición de los proyectos financiados con recursos externos o en virtud de convenios en el ámbito de la salud primaria de administración municipal.
- d. Estimular e involucra a privados que quieran aportar al funcionamiento de la Dirección de Salud a cambio de publicidad en nuestro circuito cerrado de promoción

12.-En relación con el área administrativa de la salud

Cautelar la mantención de los márgenes presupuestarios destinados a las distintas áreas (77,5% a remuneraciones y 22,5% a funcionamiento).

Ordenamiento de carpetas personales respecto aplicación de carrera Funcionaria, según normativa legal

Centralización de todo el proceso de Adquisiciones y pagos a proveedores desde la Dirección de Salud

Centralización de toda la información Estadística con personal específico y entrenado para todo el proceso de análisis y recopilación semanal de los datos en todo el sistema Municipal de Salud

13.- En relación con los aportes municipales

a. Los aportes financieros del municipio a Salud serán destinados a inversión, a los esfuerzos por mejorar la calidad del servicio y a la implementación y mantención de los centros de salud.

b. La Dirección de salud se preocupará permanentemente de generar la máxima cantidad de ingresos propios del sistema de salud, mediante el cobro de las prestaciones de salud otorgadas a los pacientes afiliados a isapres y la postulación de proyectos a financiamiento ministerial. Los ingresos obtenidos por esta vía formarán parte de los ingresos de la dirección, suplementando el aporte municipal.

c. La Dirección de salud se preocupará permanentemente del control y racionalización de los costos y gastos del área.

d. La Dirección de salud se preocupará de la eficiente ejecución y rendición de los proyectos financiados con recursos externos o en virtud de convenios.

III.- DETALLE DE PLANES , PROGRAMAS Y TAREAS ASOCIADOS A SU IMPLEMENTACIÓN

- 1.- Plan Cumplimiento Garantías GES (Anexo 4.-)
- 2.- Plan cumplimiento indicadores APS
- 3.- Plan cumplimiento indicadores Desempeño Colectivo
- 4.- Plan cumplimiento Compromiso de Gestión
- 5.- Plan de Acreditación

6.- Aplicación de Modelo Salud Familiar

7.- Plan de Capacitación

1.- CUMPLIMIENTO GARANTIAS GES

Cumplir la normativa respecto enfermedades AUGE ;

En cada Consultorio existe un responsable técnico del cumplimiento de las garantías AUGE que comanda un comité cuya labor es definir estrategias y evaluar cumplimiento de las garantías.

Su labor es apoyada por un digitador SIGGES que determina el cumplimiento de las garantías y el incorporamiento del registro del paciente AUGE al sistema.

Listado de Patologías según Protocolo MINSAL

- Hiperplasia benigna de la próstata
- Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
- Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
- Cáncer cervicouterino
- Cáncer de mama en personas de 15 años y más
- Prevención del parto prematuro
- Tratamiento quirúrgico de la escoliosis en menores de 25 años
- Cardiopatía congénita operable en menores de 15 años
- Fisura labiopalatina
- Cáncer en menores de 15 años
- Disrafias espinales
- Infección respiratoria aguda (IRA baja)
- Salud oral integral para niños de 6 años
- Prematurez
- Estrabismo en menores de 9 años
- Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
- Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
- Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
- Linfomas en personas de 15 años más
- Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
- Cáncer gástrico en personas de 15 años y más
- Diabetes mellitus Tipo 1
- Diabetes mellitus Tipo 2
- Retinopatía diabética
- Insuficiencia renal crónica Terminal
- VIH/SIDA
- Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años más

- Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
- Hemofilia
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de manejo ambulatorio
- Tratamiento quirúrgico de cataratas
- Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera y limitación funcional severa
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
- Vicios de refracción en personas de 65 años y más
- Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
- Infarto agudo al miocardio
- Trastornos de generación del impulso cardíaco y su conducción en personas de 1 años y más, y que requieren marcapasos
- Depresión en personas de 15 años y más
- Esquizofrenia
- Desprendimiento de retina
- Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más

GLOSARIO DE TERMINOS GES

SIC : Solicitud de interconsulta

IPD: Informe de proceso diagnostico

PO: Prestación otorgada

OA: Orden de atención

PROBLEMA: Insuficiencia Renal Crónica Terminal

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Se puede efectuar tanto en el nivel primario como secundario de atención.

Se sospecha cuando:

Diagnóstico prenatal de sospecha de malformación nefrourológica y su confirmación post parto.

Infección urinaria asociada con malformación nefrourológica.

- Vejiga neurogénica.
- Hipertensión arterial en niños menores de 18 años.
- Cualquier deterioro de la función renal sin importar el valor del clearance de creatinina en niños y adolescentes

Clearance de creatinina inferior a 30 ml/min en adultos. Derivación a especialista

Antecedentes de factores de riesgo en el adulto (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus).

PROBLEMA: Cardiopatías Congénitas

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Detección de soplo en examen de rutina o en el curso de otra patología. Usualmente 2 tipos de pacientes:

- 1) Pacientes con soplos, asintomático
- 2) Pacientes con soplo con síntomas de IC o cianosis.

Derivar a todos los pacientes del grupo 2, y en forma electiva a los del grupo Apoyo diagnóstico a Nivel Primario: Rx de Tórax, Electrocardiograma, Saturación de Oxígeno.

PROBLEMA: Cáncer Cérvico Uterino

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Criterios de Sospecha:

- Mujeres Papanicolaou (PAP) Positivo y
- Mujeres con Sospecha Clínica de Cáncer
- Cervicouterino.

a. Mujeres con PAP positivo

La detección precoz a través de del examen PAP sigue siendo la medida más eficaz y rápida para controlar el Cáncer.

- Cervicouterino mayoritariamente en los establecimientos del Nivel de Atención Primaria de Salud y se focaliza en la Población femenina de 25 a 64 años. También se realiza toma de PAP en otros grupos etarios con factores de Riesgo identificado. La periodicidad del PAP es cada 3 años y la toma de muestra se realiza de acuerdo a manual de procedimiento vigente. El procesamiento de las muestras se realiza en el nivel secundario de Atención en los Laboratorios de Citología. Cito tecnólogos y Cito patólogos.

b. Sospecha clínica de Cáncer Cervicouterino

Mujer referida a Toma de PAP y/o evaluación ginecológica por signos Síntomas patológicos, que la especuloscopia presenta una lesión cervical. proliferativa y/o sangrante y/o friable, con o sin antecedentes de

sangramiento genital. Los Casos Sospechosos deben ser derivados al nivel secundario Terciario según corresponda. En la APS se realiza el seguimiento de los casos negativos y de los positivos egresados de la Unidad de Patología Cervical.

PROBLEMA: Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Avanzado

ROL APS: Seguimiento

CONTENIDO: En este nivel se recibe el paciente en condición estable, esto significa que tiene controlado su dolor y también todos los síntomas molestos. El traslado de paciente debe ser informado al establecimiento de referencia por diferentes vías (fax-teléfono-correo electrónico). El consultorio de atención debe corresponder al más cercano al domicilio del paciente. La atención puede efectuarse en forma ambulatoria o en domicilio, si el paciente se encuentra en condición postrada.

CONDUCTA EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

La atención del paciente en el consultorio deberá ocurrir en no más de 5 días. Si se trata de paciente postrado, se deberá completar una lista de cotejo sobre las condiciones del hogar. Esta tarea debe ejecutarla el nivel primario, conocida las circunstancias del hogar se procederá al traslado del paciente al hogar. La familia actuará como nexo y será ella quién concurra al consultorio. De acuerdo a nuestros actuales resultados, hasta un 45% de los pacientes ingresados al Programa, son derivados al Nivel Primario de Atención; este porcentaje varía entre regiones. La actividad fundamental es el control farmacológico de los síntomas en especial el dolor y la educación para el auto-cuidado al paciente y su familiar o cuidador. Especial énfasis a este nivel es el desarrollo y consolidación de la red de apoyo social y espiritual, para que actúen solidariamente en el apoyo de la familia y del enfermo. Si durante el curso de los controles efectuadas en este nivel, el paciente recibe la evaluación de inestable en más de dos controles, deberá ser derivado al nivel secundario para su estabilización.

Si el paciente en esta situación está postrado en domicilio, la familia actuará como nexo y será ella quién concurra al nivel secundario.

PROBLEMA: Manejo de Infarto Agudo al Miocardio

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: A partir del año 2005, en todos los SAPU del país se implementó la tele-electrocardiografía para que en estos establecimientos se realice el diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio, y se inicie el tratamiento en aquellos casos que corresponden a Infartos Agudos del Miocardio con supra desnivel ST, y cumplen los requerimientos establecidos en el protocolo correspondiente.

PROBLEMA: Diabetes Mellitus Tipo 1

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Si un niño, adolescente o adulto presenta una urgencia diabética (cetoacidosis) con descompensación grave, vómitos, derivación a hospitalización inmediata

PROBLEMA: Diabetes Mellitus Tipo 2 diagnóstico y tratamiento

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: La persona con examen alterado de glicemia tendrá acceso a exámenes de confirmación diagnóstica y si se confirma la diabetes ingresará a un programa de manejo integral en la atención primaria y se realizará la evaluación y etapificación para adecuar el tratamiento. Si tiene indicación de evaluación por especialista tendrá la citación, evaluación y tratamiento por especialista.

PROBLEMA: Cáncer de mama

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Atención de Casos Sospechosos: Estrategia de intervención programática focalizada en población femenina asintomática de entre 35 a 64 años, con Examen Físico de la Mama (EFM) protocolizado periódico. Este examen está dirigido a la detección de lesiones palpables y/o signos visibles sospechosos de patología mamaria, especialmente maligna y está incorporado como acción regular en las actividades del Programa de la Mujer, Programa Adulto (ESPA), Controles de Salud etc. La periodicidad de esta intervención es cada 3 años y si existen antecedentes de cáncer de mama familiar (madre, hermana, tías maternas), se realiza anualmente. Examen físico de mama realizado en mujeres menores de 35 años y mayores de 65 años, que consultan por sintomatología de patología mamaria. De acuerdo a los hallazgos del examen, éste es informado como probable

patología maligna (PPM), probable patología benigna (PPB), o como EFM Normal.

Personas que concurren con Mamografía ó Eco tomografía alterada.

En APS, a todo caso sospechoso de Probable Patología Maligna, debe realizarse Solicitud de Mamografía (programa de especialidades en APS). La Mamografía debe ser realizada en centros que cumplan requisitos de calidad técnica. Los Casos Sospechosos por EFM (+) PPM, por mamografía y/o por eco tomografía deben ser derivados al Nivel Secundario de Atención (NSA). La derivación se debe realizar de acuerdo a las normas de referencia y contrarreferencia vigentes y a la red de atención establecida.

PROBLEMA: Disrrafias Espinales Operables

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Durante el embarazo, si en la ecografía se sospecha malformación se solicitará interconsulta a un neurocirujano.

PROBLEMA: Tratamiento quirúrgico de escoliosis

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Beneficiario menor de 25 años con sospecha de Escoliosis será derivado a consulta por especialista para confirmación diagnóstica.

Criterios de inclusión en menores de 15 años:

1. Pacientes con curvatura mayor de 40°.
2. Pacientes entre 25° y 40° cuando no hay respuesta al tratamiento ortopédico y hay progresión de la curva.

Criterios de inclusión entre 15 y 19 años:

1. Curvas mayores de 40° en niñas pre-menárquicas de baja madurez
2. esquelética y post-menárquicas inmaduras esqueléticamente cuya curva progresa pese al uso de corset.
3. Curvas mayores de 30° asociadas a lordosis dorsal severa con disminución de volumen torácico. dependiendo del riesgo de progresión y grado de deformidad del tronco:
4. curvas mayores de 50° en esqueleto maduro; b) curvas mayores de 40° en varones menores a 16 años; y curvas entre 40-50° en esqueleto maduro, asociado a severa deformidad de tronco.

Criterios de inclusión entre 20 y 24 años:

1. Curva mayor de 50° que demuestre progresión.
2. Curva mayor de 50° con alto riesgo de progresión (rotación vértebra apical mayor de 30%, traslación lateral, ángulo costovertebral de Mehta mayor de 30%) y deformidad significativa del tronco.

PROBLEMA: Cataratas de personas de 15 años y más

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Esta primera etapa se inicia cuando la persona mayor de 15 años consulta espontáneamente o es pesquisada en un Control de Salud en Atención Primaria de Salud y se detectan los siguientes signos:

- Alteración de la agudeza visual indolora, no acompañada de ojo rojo, gradual, uní bilateral

que se manifiesta como: Visión borrosa para lejos y/o cerca

- Deslumbramiento
- Percepción alterada de colores
- Diplopía monocular
- Miopía transitoria

Examen:

Agudeza visual menor a 0,3 que no mejora al tomarla con agujero estenopeco, a diferencia de las metropias.

El examen del rojo pupilar revelará Leucocoria, atenuación o ausencia de rojo pupilar en el ojo afectado

Equipamiento

Cartilla de Snellen, Oftalmoscopio directo, Agujero estenopeco los pacientes sospechosos de cataratas deben ser derivados a oftalmólogo.

PROBLEMA: Artrosis de cadera

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: La sospecha diagnóstica se inicia cuando el paciente adulto mayor consulta a médico por dolor de cadera o rodilla, claudicación y acortamiento de la extremidad inferior afectada. El médico aplica algoritmo de sospecha diagnóstica que consiste en: anamnesis, examen físico, radiografías, exámenes de laboratorio y descarte de diagnósticos críticos. Efectuado el diagnóstico diferencial entre las siguientes patologías:

- fractura, artritis reumatoide, necrosis vascular y artrosis de cadera, el médico procede a la toma de decisiones.

Confirmación diagnóstica por parte del médico basándose en los siguientes criterios:

1.- Clínicos a la anamnesis y examen físico:

2.- Dolor y rigidez: Habrá que distinguir si el dolor y rigidez aparecen al inicio, final y durante la marcha para determinar uno de los criterios de severidad de la artrosis de cadera.

3. Movilidad Articular: El paciente refiere habitualmente que presenta rigidez al iniciar la marcha, que cede con el movimiento, como si la cadera "entrara en calor", venciendo la contractura muscular.

4. El paciente también puede referir dificultad para cortarse las uñas de los pies, vestirse, y en general al realizar actividades de la vida diaria que involucra la movilización de la cadera. Pero muchas veces, si no hay dolor, el paciente no se da cuenta de la limitación de movimiento, sobre todo si éste es inicial.

Cuando la rigidez es mayor, se produce una secuencia en la limitación de la movilidad; primero se afecta la rotación externa e interna, luego la abducción.

La flexión es lo último que se afecta y en general casi nunca se compromete La alteración de la movilidad lleva a posiciones viciosas de la cadera.

Otros síntomas y signos: son crujido articular, falta de fuerza, inestabilidad subjetiva y disminución franca de la capacidad de marcha, se va incrementando a medida que avanza el proceso artrósico.

Imagenología: Radiografía Simple

En la artrosis, la radiografía simple sigue siendo el examen más importante y útil. No es necesario en la casi totalidad de los casos el uso de otros medios radiográficos para el diagnóstico y el tratamiento.

Criterio de Severidad

Se aplicará el Test Funcional de Cadera D' Aubigné & Postel que permite clasificar al paciente portador de artrosis de cadera en: muy bueno, moderado, regular y pobre o severo.

Sólo las Artrosis de Cadera calificadas "Pobre ó Severa": Derivar en interconsulta a Traumatología para confirmar.

PROBLEMA: Fisura Labiopalatina Niños

ROL APS: No

CONTENIDO: No

PROBLEMA: Cáncer Infantil Leucemias

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Criterios de Sospecha:

Se puede sospechar leucemia infantil ante la presencia de cualquiera de los siguientes síndromes ó síntomas:

- Fiebre junto con citopenias
- Anemia, en niños mayores de 3 años, sin antecedentes de sangramientos.
- Síndrome hemorrágíparo acompañado o no de visceromegalia.
- Dolor óseo descartando causas habituales.
- Bicitopenias.
- Revisar: manual para la detección del Cáncer Infantil en centros de salud primarios. División de Rectoría y Regulación (DIRERE), U. Cáncer PINDA, 2002 MINSAL.

Si se identifica un caso sospechoso, debe ser derivado al nivel secundario para descarte o fundamentación de sospecha.

Si la sospecha se fundamenta (hemograma) en el nivel secundario, el niño debe ser derivado de acuerdo a la red de derivación al Centro para Tratamiento del Cáncer Infantil (PINDA).

PROBLEMA: Cáncer Infantil, Linformas o Tumores Sólidos

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Criterios de Sospecha: **DE LINFOMA**, ante presencia de cualquiera de los siguientes síntomas:

- Aumento de volumen (adenopatía) indolora en cualquier sitio, (cuello, axila, ingle, mediastino), que persiste por más de 15 días, o crecimiento progresivo (>1 cm), que puede asociarse a pérdida de peso.
- Dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, masa abdominal.
- Tumor maxilar de crecimiento rápido. Puede asociarse a visceromegalia (hepatomegalia - splenomegalia).

DE TUMOR SÓLIDO

Se debe Sospechar TUMOR SÓLIDO ante la presencia de cualquiera de los siguientes síntomas:

- Masa palpable, generalmente dura, no sensible Visceromegalia dura Leucocoria y/o estrabismo en menor de 2 años.

- Dolor óseo con ó sin aumento de volumen local
- Lactante con fiebre, visceromegalia y dermatitis seborreica
- Compresión de médula espinal
- Cefalea, vómitos asociado a trastorno de marcha y/o déficit pares craneanos convulsiones alteraciones oculares, nistagmo
- alteraciones endocrinas pérdida de habilidades adquiridas

Si se identifica un caso sospechoso, debe ser derivado al nivel secundario para descarte o fundamentación de sospecha.

PROBLEMA: Primer Episodio de Esquizofrenia

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Elementos para la sospecha diagnóstica lo siguiente:

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Lenguaje, pensamiento y/o comportamiento desorganizados
- Cambio conductual insidioso y persistente caracterizado por deterioro funcional, embotamiento afectivo, ensimismamiento, pobreza de la comunicación y empobrecimiento de la capacidad de relacionarse con otros.

A todas aquellas personas con sospecha clínica de esquizofrenia en quien se manifiestan por primera vez los síntomas psicóticos francos, solicitar interconsulta a un Psiquiatra.

PROBLEMA: Cáncer de Testículo del Adulto

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Criterios de Sospecha:

Tumor germinal gonadal o extragonadal, que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible, sin signos inflamatorios, casi siempre unilateral. Puede ser sospechado:

1. Producto del auto-examen testicular.
2. Por hallazgo al examen físico en cualquier consulta médica (principalmente en nivel primario ó secundario). Los adultos con sospecha clínica de cáncer testicular serán derivados a especialista del nivel secundario para estudio diagnóstico.

PROBLEMA: Linfomas en personas de 15 años y más

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Revisar: Programa Nacional de Cáncer y criterios para detección en centros de salud primarios. División de Rectoría y Regulación (DIRERE), U. Cáncer PANDA, 2002 MINSAL.

Si se identifica un caso sospechoso, debe ser derivado al nivel secundario para descarte o fundamentación de sospecha.

Si la sospecha se fundamenta (hemograma) en el nivel secundario, el niño debe ser derivado de acuerdo a la red de derivación al Centro para Tratamiento del Cáncer Adulto (PANDA).

PROBLEMA: Tratamiento Antiretroviral Para Personas que viven Con VIH/Sida y para la Prevención de la Transmisión Vertical

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: El diagnóstico de VIH se realiza mediante el examen de serología para VIH (Elisa) y su confirmación por el Instituto de Salud Pública. El examen puede ser solicitado en las siguientes situaciones, previo consentimiento informado y consejería pre y post test.

1. Niveles primario, secundario y terciario de atención, según el motivo de primera consulta
2. Banco de Sangre
3. Consultantes por enfermedades de transmisión sexual
4. Personas en control de salud sexual (trabajadoras/es sexuales)
5. Presencia de co-morbilidades que orienten a la existencia de infección por VIH.
6. Propia solicitud del usuario.

PROBLEMA: Infecciones Respiratorias Agudas Infantiles (IRA) Altas y Bajas y SBO en menores de 5 años ROL: diagnóstico y tratamiento

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Todo niño menor de 5 años que solicita atención por IRA tendrá acceso a atención por un profesional de salud capacitado. En los casos de sospecha de neumonía, tendrá acceso a radiografía de tórax para confirmar diagnóstico

Una vez establecido el diagnóstico, tendrá acceso a tratamiento farmacológico, según normas técnicas del Ministerio de Salud y tratamiento kinésico en los casos indicados. Los pacientes que lo requieran serán derivados a especialista u hospitalización.

PROBLEMA: Neumonía Comunitaria de Manejo Ambulatorio en el Adulto de 65 y más años ROL: diagnóstico y tratamiento

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: El adulto de 65 y más años que consulta por sintomatología respiratoria aguda sugerente de neumonía tendrá acceso a atención médica, radiografía de tórax si lo requiere y tratamiento antibiótico inmediato si se plantea diagnóstico de neumonía. Si se confirma la neumonía continuará el tratamiento con antibióticos durante 10 días. En aquellos casos que no responden al tratamiento en el control de 48 horas o que presentan complicaciones serán derivados a especialista u hospitalización.

PROBLEMA: Hipertensión Arterial Primaria o Esencial ROL: diagnóstico y tratamiento

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Ante la detección de una medición elevada de presión arterial en una consulta o control de salud, la persona adulta tendrá acceso a un perfil de presión arterial realizado por un profesional o técnico de salud capacitado. Si se confirma la hipertensión arterial ingresará al programa de tratamiento y será valuada con exámenes para determinar si se trata de una hipertensión arterial esencial y la etapa correspondiente, incluyendo evaluación por especialista en los casos indicados. Luego continuará en el programa de tratamiento con educación, tratamiento farmacológico si corresponde, controles con médico y otros profesionales y exámenes periódicos. Si es indicada la evaluación por especialista tendrá acceso a la consulta de especialista.

PROBLEMA: Salud Oral Integral Para Niños ROL: tratamiento

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Todo niño de 6 años recibirá una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, para mantener una buena salud bucal.

A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

- A todos los niños se les debe entregar un tubo de pasta dental y un cepillo de dientes.
- Los pacientes se mantienen en seguimiento hasta que han erupcionado los primeros molares definitivos y estos son evaluados y tratados si es necesario. . El caso GES se genera, cuando el adulto responsable del menor beneficiario, solicita la atención dental en el centro de salud, teniendo como único requisito tener 6 años.

PROBLEMA: PREMATUREZ: Displasia Broncopulmonar: Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Hasta los 7 Años de Vida Hipoacusia Neurosensorial del Prematura Extremo Retinopatía del Prematuro (Diagnóstico Oportuno, Tratamiento y Seguimiento hasta los 7 años)Parto Prematuro: Prevención, Detección Precoz y Manejo Adecuado y Oportuno.

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Todo niño < 1500 g. y/o < de 32 semanas de gestación, tendrá acceso a medidas reventivas de IRA y aquellos con diagnóstico establecido de DBP accederán además a terapias y exámenes de laboratorio y/o funcionales que les permita controlar adecuadamente los síntomas de la enfermedad. Tendrán acceso además a Programa de seguimiento.

- Todo niño menor de 1500grs. y/o menor de 32 semanas de gestación, tendrá acceso a un screening neonatal con AABR (potenciales automatizados detronco cerebral). Los casos con resultado alterado en el screening, tendrán acceso a segundo AABR.
- Los casos con sospecha de hipoacusia después de segundo screening, tendrán acceso a evaluación audiológica diagnóstica. En los casos confirmados de hipoacusia sensorioneural bilateral, tendrán acceso a audífonos e implante coclear en los casos que lo requieran según protocolo.
- Todo niño menor de 1750grs. y/o menor de 32 semanas de gestación tendrá acceso a examen de fondo de ojo y en los casos que lo requieran, a cirugía láser, cirugía vitreoretinal y anteojos.
- A todas las embarazadas se les realizará Urocultivo y tratará si el resultado es positivo.
- A todas las embarazadas con riesgo de parto prematuro se les realizará control en nivel secundario y ecografía transabdominal al comienzo del embarazo (en nivel primario o secundario) y luego entre 18 y 20 semanas (nivel secundario), donde Eco será transabdominal / transvaginal. Se les analizará también muestra cervicovaginal y tratará de acuerdo a resultado. Recibirán Corticoides cuando Protocolo así lo indique y/u otros tratamientos (tocolisis, profilaxis infección por estreptococo grupo
- Todas las embarazadas que presenten síntomas de PP durante embarazo actual, serán atendida en servicios de Alto Riesgo Obstétrico ambulatorios (nivel secundario) u hospitalarios (nivel terciario).

PROBLEMA: Tratamiento Médico en Atención Primaria de Niños Menores de 15 Años con

Diagnóstico de Epilepsia No Refractaria

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Todo niño o niña menor de 15 años, con diagnóstico de epilepsia no refractaria tendrá acceso al programa de epilepsia de atención primaria que incluye tratamiento farmacológico adecuado.

La confirmación diagnóstica de epilepsia no refractaria es realizada por especialista, quién cuando la confirma, envía al menor a su respectivo centro de salud de nivel primario y genera el caso en el SIGGES.

El nivel primario continúa tratamiento indicado y registra el inicio de tratamiento en el SIGGES, fecha con la cual se mide el cumplimiento de la garantía de oportunidad.

PROBLEMA: Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en el Adulto, que Requieren Marcapaso (MP)

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: Todo paciente de 15 o más años con indicación de instalación de Marcapasos o que requiera cambio de generador, será derivado a especialista para programar intervención y efectuar estudios Complementarios cuando correspondan. Todos los pacientes de 15 o más años que son portadores de MP, ingresarán a Programa de seguimiento.

PROBLEMA: Colectectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos.

ROL APS: Sospecha fundada y/confirmación diagnóstica

CONTENIDO: A todo adulto entre 35 y 49 años que consulta en Atención Primaria: El médico de la APS ante sospecha fundada:

Antecedentes de cólico biliar a repetición, secundario a colelitiasis. La historia de elevación de transaminasas GOT/GPT y bilirrubina total y conjugada junto con síntomas de ictericia obstructiva o pancreatitis aguda

Están asociados a coledocolitiasis.

- Dolor tipo cólico en HD, irradiado o no al dorso, de 20 min. a 6 horas de duración, de magnitud mediana, vómitos, náuseas, ictericia. El dolor intenso por mas de 12hrs., acompañado de fiebre y leucocitosis esta asociado a colelitiasis aguda .Solicita ecotomografía, ésta puede realizarse en APS a través programa de resolución especialidades o en el nivel secundario. La responsabilidad de cumplimiento de garantía de confirmación diagnóstica, queda en el centro de salud, a menos que se emita una SIC, en que se deriva para confirmar en el nivel secundario, en este caso la responsabilidad se trasladará a dicho nivel. Cuando se haya confirmado el caso en la APS, debe emitirse una interconsulta (SIC) al especialista, directamente para tratamiento quirúrgico. La responsabilidad de la garantía de tratamiento (dentro de 90 días) queda en el establecimiento de destino de la SIC.
- Para facilitar la atención del paciente, si la APS cuenta con recursos, podría realizar los Exámenes pre-operatorios convencionales, que son:
 - ✓ Hemograma. Grupo sanguíneo y Rh Glicemia.
 - ✓ Nitrógeno Ureico.
 - ✓ Protrombina
 - ✓ Fosfatasas Alcalinas Bilirrubina total y conjugada

- ✓ Transaminasas oxaloacética y pirúvica
- ✓ Orina Completa
- ✓ Electrocardiograma Rx Tórax

Si el médico APS no cuenta con posibilidad de realizar ecotomografía, debe derivar al paciente al especialista para la confirmación diagnóstica en especialidad, para esto debe emitir una SIC para confirmación.

PROBLEMA: Cáncer Gástrico

ROL APS: Sospecha fundada

CONTENIDO: El médico de la APS ante sospecha fundada (de acuerdo a la guía clínica, criterios de inclusión), debe llenar la pauta estandarizada, que se señala en la guía clínica y realiza una interconsulta a especialista, quien evalúa y solicita la endoscopia, si corresponde. Al digitar la SIC en la APS se creará el caso GES, si el paciente es mayor de 40 años. La responsabilidad de cumplimiento de garantía de confirmación diagnóstica (> 40 años) queda en el establecimiento de destino de la SIC (nivel secundario).

PROBLEMA: Cáncer de Próstata

ROL APS: Sospecha fundada

CONTENIDO: A todo varón mayor de 15 años que consulta en APS con sintomatología de Cáncer de Próstata deberá fundamentar la sospecha y se derivará a consulta con especialista en el nivel secundario para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento a través de una SIC.

PROBLEMA: Vicios de Refracción en Personas de 65 Años y más

ROL APS: Confirmación Presbicia Pura y entrega de lentes. Sospecha fundada de otro vicio de refracción

CONTENIDO: Este problema se divide en:

- presbicia pura y otros vicios de refracción que incluyen:
- miopía, astigmatismo y/o hipermetropía y contempla a los adultos de 65 años y más.

La presbicia pura está considerada para indicación entrega de lentes en el nivel primario. Dado que la presbicia pura es una condición natural relacionada al envejecimiento, cualquier profesional puede entregar los lentes estandarizados para presbicia (+3), emitiendo para efectos de registro una orden de entrega de lentes (OA). La entrega de lentes se registra en documentos internos y en el Sigges en módulo de prestación Otorgada, quedando la garantía cerrada (30 días).

En caso de que el profesional sospeche que el paciente presenta otros vicios de refracción, debe solicitar a un médico de la AP que emita la SIC al oftalmólogo, esta SIC abrirá la garantía de confirmación dentro de 180 días. Los establecimientos de APS que cuenten con oftalmólogo, por ejemplo compra de Servicios u otros, podrán confirmar otros vicios de refracción, mediante la planilla AP, y deberán emitir la OA para la entrega de lentes en el nivel secundario, ya que el financiamiento de estos lentes en este nivel.

PROBLEMA: Estrabismo en menores de 9 años

ROL APS: Sospecha fundada

CONTENIDO: A todo niño menor de 9 años que en consulta o control en APS se le sospecha estrabismo se derivará a consulta con especialista en el nivel secundario para confirmación

diagnóstica, tratamiento y seguimiento, a través de una SIC, la que genera el caso GES en estado de sospecha, con una garantía de oportunidad de confirmación dentro de 90 días.

PROBLEMA: Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: El médico de un SAPU, UEH o APS) sospecha Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático, deriva en forma inmediata y con urgencia a oftalmólogo del nivel secundario para confirmación diagnóstica y tratamiento.

El oftalmólogo, confirma o descarta el caso, a través de un IPD y se genera la siguiente garantía de tratamiento dentro de 7 días, que puede ser cirugía convencional y/o vitrectomía.

PROBLEMA: Hemofilia

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: A todo paciente que consulta en SAPU o centro de salud, por episodio de sangramiento con características que sugieran Hemofilia será derivado a establecimiento de salud que cuente con Banco de Sangre o liofilizados para inicio de tratamiento de sustitución y atención por especialista para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Para confirmar o descartar, el nivel secundario o terciario deriva al especialista de la macrored mediante una SIC. El paciente, una vez confirmado continuará con su tratamiento de sustitución de por vida en la red asistencial que le corresponda.

PROBLEMA: Depresión en personas de 15 años y más

ROL APS: Sospecha Confirmación diagnóstica Tratamiento depresión leve y moderada

CONTENIDO: A todo paciente de 15 años y más que en consulta o control en APS, se le sospecha Depresión se derivará a atención por médico general quien confirmará el diagnóstico. El caso GES se crea a partir de la confirmación diagnóstica.

Si se confirma Depresión Leve a Moderada se realizará tratamiento que corresponda en Atención Primaria si el médico de APS cree que se trata de Depresión Severa, derivará a consulta con especialista (psiquiatra) en el nivel secundario para tratamiento dentro de 30 días.

Esta SIC posterior a la confirmación abrirá la garantía de consulta especialidad. Se entiende que en los casos que corresponda, mientras espera la hora con el especialista, el paciente deberá recibir Tratamiento mientras transcurre este plazo.

Si el especialista considera que el paciente tiene depresión leve o moderada, deberá contra-referirlo a la APS, mediante una SIC para que continúe su tratamiento en ese nivel.

En caso de urgencia, la atención en la UEH no está garantizada por GES, Este paciente, si presenta un cuadro compatible con depresión severa debe ser derivado a atención de especialidad en donde se realizará la confirmación de depresión GES y se iniciará el tratamiento garantizado que corresponda en forma inmediata. Si corresponde a un cuadro de depresión leve o moderada debe derivarse a la APS.

PROBLEMA: Hiperplasia benigna de Próstata

ROL APS: Sospecha fundada

CONTENIDO: A todo varón que consulta en APS con sintomatología de Hiperplasia Benigna de Próstata por presentar:

- Retención urinaria aguda repetida
- Retención urinaria crónica
- Cálculos vesicales
- Infecciones urinarias recurrentes
- Insuficiencia Renal Aguda o crónica secundaria a obstrucción urinaria a nivel prostático.
- Hematuria macroscópica recurrente o persistente, se derivará a consulta con especialista en el nivel secundario para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento. El caso GES se crea con la confirmación del especialista, generando la garantía de tratamiento en 180 días.

PROBLEMA: Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más

ROL APS: Confirmación diagnóstica Tratamiento

CONTENIDO: En todo adulto de 65 años y más al que el profesional de Atención Primaria, en examen de salud, le detecta una de las siguientes condiciones: Dolor, claudicación, alteración de la funcionalidad de la marcha, inestabilidad articular, riesgo de caídas, inmovilidad, deberá indicar entrega de Ortesis, junto con educación para su buen uso.

La entrega se deberá realizar en el establecimiento de Atención Primaria dentro de 20 días desde la indicación médica en caso de bastón, colchón antiescaras y cojín antiescaras; y dentro de 90 días desde la indicación médica en caso de silla de ruedas, andador y andador de paseo.

La entrega se realizará en condición de comodato, para que la órtesis sea devuelta al centro una vez que deje de ser utilizada.

El nivel secundario y terciario (institutos). También podrá indicar órtesis. El establecimiento responsable del cumplimiento de la garantía es el que emite la OA. Existe una garantía de acceso de dos sesiones de kinesiología. No tiene plazos definidos y se entiende que es en los caso que este indicada por el médico.

PROBLEMA: Accidente Cerebrovascular Isquémico

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: En caso que el médico de APS o SAPU sospeche un cuadro de accidente cerebro vascular debe derivar en forma inmediata y con carácter de urgencia a la unidad de emergencia hospitalaria correspondiente (UEH), a través de una SIC que generará el caso GES y la garantía de confirmación o descarte dentro de 72 horas. El especialista en la unidad de emergencia neurólogo, médico de urgencia o

Internista solicita TAC y confirma (o descarta) el caso. Si se confirma el caso, se abre la siguiente garantía de tratamiento (hospitalización) en prestador con capacidad resolutive en un plazo de 24 horas, desde dicha confirmación. Luego del alta hospitalaria, se abre la garantía de atención por especialista, con una garantía de oportunidad de 10 días.

PROBLEMA: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica De Tratamiento Ambulatorio

ROL APS: Sospecha, confirmación diagnóstica y tratamiento

CONTENIDO: El médico de la APS ante sospecha, debe cumplir con la garantía de oportunidad de confirmación dentro de 30 días desde la sospecha. Si corresponde, debe iniciarse tratamiento de inmediato,

En aquellos casos que estén confirmados, es posible generar otra garantía de atención por especialista dentro de 45 días (casos severos). Siempre y cuando el médico AP lo indique, para lo

cual debe emitir una SIC al especialista broncopulmonar o medicina interna. En los pacientes que ya están en tratamiento en el nivel secundario (por su severidad) el especialista podrá emitir un IPD de confirmación, para efectos que se le otorguen las garantías GES al paciente. Si el especialista lo determina, también puede enviar los casos de menor severidad a la AP,

PROBLEMA: Asma Bronquial Moderada Y Severa En Menores De 15 Años

ROL APS: Sospecha, confirmación diagnóstica y tratamiento

CONTENIDO: El médico de la AP ante sospecha, debe cumplir con la garantía de oportunidad de confirmación dentro de 20 días desde la sospecha. En caso de requerirse (según indicación médica), debe iniciarse tratamiento dentro de 7 días desde la sospecha. En aquellos casos que ya estén confirmados, es posible generar otra garantía de atención por especialista dentro de 30 días (casos severos). Siempre y cuando el médico AP lo indique, para lo cual debe emitir una SIC al especialista broncopulmonar o medicina interna.

PROBLEMA: Síndrome De Dificultad Respiratoria Del Recién Nacido

ROL APS: Sospecha

CONTENIDO: La sospecha se genera en el lugar donde nace el niño. En este lugar debe generarse el caso

Mediante el ingreso de la sospecha al SIGGES. El tratamiento que corresponda (medidas generales, oxígeno y surfactante) debe iniciarse en forma inmediata. Los Servicios de Salud deben velar que en sus eternidades exista disponibilidad de surfactante.

Otorgado el tratamiento inicial, el paciente debe derivarse dentro de 72 horas al prestador con capacidad de resolución integral de la red, es decir la unidad de neonatología del Hospital Base.

RESPONSABLES : En cada Consultorio el Encargado AUGE y el Director del Consultorio o Postas Rurales ; plazo anual

1.CUMPLIMIENTO : 100 %

2.- CUMPLIMIENTO INDICADORES ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Indicador 1.- Cobertura Hipertensión Arterial	60 %
Indicador 2.- Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2	80 %
Indicador 3.- Cobertura Diagnostico Depresión	50 %
Indicador 4.- Cobertura EMP	5 %
Indicador 5.- Tasa Consulta de Urgencia Odontológica	0,3 %
Indicador 6.- Mantencion de Extensiones Horarias	100 %
Indicador 7.- % de niños con déficit en DSM	15 %
Indicador 8.- % de niños con déficit y tratados(DSM)	60 %
Indicador 9.- Cobertura evaluación funcional del AM	50 %
Indicador 10.- Ingreso a control de Embarazo antes de 14 semanas	76 %
Indicador 11.- Cumplimiento Garantías AUGE	100 %

RESPONSABLES :Encargados de Sector , Director de Consultorio y Postas rurales : Plazo semestre Móviles

3.- CUMPLIMIENTO INDICADORES DESEMPEÑO COLECTIVO

Compromiso 1.- Implementación del Plan Comunal de Promoción en Salud en Establecimientos educacionales

Compromiso 2.- Evaluación de DSM a los 18 meses

Compromiso 3.- Cobertura de PAP

Compromiso 4.- a.-) Cobertura altas Odontológica niños de 6 años

b.-) Cobertura altas Odontológicas en Adolescentes de 12 años

c.-) Cobertura altas Odontológicas en Primigestas

Compromiso 5.- Compensación de Diabéticos bajo control

Compromiso 6.- Compensación de Hipertensos bajo control

Compromiso 7.- % de Obesos en menores de 6 años

Compromiso 8.- Agenda Medica Centralizada en SOME

RESPONSABLES : Encargados de Sector , Directores de Consultorios y Postas Rurales: plazo Anual

CUMPLIMIENTO: Análisis por jefaturas de programas. Cumplimiento asociado a entrega de bono de cumplimiento

4.- CUMPLIMIENTO INDICADORES COMPROMISO DE GESTION

Indicador 1.- Desarrollo Integral de niños y niñas (DSM)

Indicador 2.- Coordinación de la Red Asistencial

Indicador 3.- Desarrollo del Modelo de Salud Familiar

Indicador 4.- Desarrollo de la Red electiva Ambulatoria

Indicador 5.- Integrar la Red Hospitalaria

Indicador 6.-Desarrollo de la Red de Urgencia

Indicador 7.- Involucrar a la Población en Mecanismos de Participación

Indicador 8.- Desarrollo y Gestión del Recurso Humano

Indicador 9.-Uso Eficiente de los Recursos

Indicador 10.-Desarrollo de Sistemas de Información.

RESPONSABLES: Director de Salud, Directores de Consultorios y Postas Rurales, Encargado de Finanzas, Encargados EPS, Encargados Promoción, Jefes de Sectores. Plazo anual

CUMPLIMIENTO: Negociable con SSVSA respecto tiempo y cantidad.

5.- CUMPLIMIENTO EXIGENCIAS DE ACREDITACION :

Estándar 1. Gestión Directiva

Estándar 2. Satisfacción del Usuario

Estándar 3. Gestión del Personal

Estándar 4. Gestión Clínica

Estándar 5. Actividades de Apoyo Clínico

Estándar 6. Gestión en Red

Estándar 7. Seguridad instalaciones y de Equipamiento.

RESPONSABLES: Director de Salud, Directores de Consultorio, Jefe de Personal, Unidad de Finanzas.

Plazo : Anual

6.- APLICACIÓN DE MODELO DE SALUD FAMILIAR:

Conformación de Equipos de Cabecera por cada Sector

Sectorización estructural

Validación de sistema de Registros (Ficha Familiar , Cartola Familiar)

Diseño de Matriz de Riesgo

Desarrollar Visita Domiciliaria y Conserjería

Difusión y Capacitación

Definir redes de apoyo

Realizar actividades de Intersectorialidad

Frente a este nuevo desafío de la Dirección de Salud se propone aplicar este modelo de atención considerando dos puntos importantes :

a.- Es el modelo que mejores resultados epidemiológicos entrega en el menor tiempo. Experiencia observada en Países como Canadá, Cuba, México, Israel y varias Comunas de nuestro País. Esto por que su aplicación se basa en privilegiar la acción preventiva desde el seno de la familia. Dando un enfoque biopsicosocialcomunitario.

b.- El acreditar a nuestros tres Consultorios bases como CESFAN; Centros Comunitarios de Salud Familiar. El aporte per. cápita aumenta 5%.

Estrategias para motivar al Equipo de Salud a la aplicación del nuevo modelo :

a.- Aumentar la participación en la toma de decisiones

b.- Fortalecer el accionar del Consejo técnico

c.- Crear espacios para la integración con la Comunidad

d.- Potenciar el recurso humano mediante Capacitación y reconocimiento

e.- Mejorando la infraestructura, equipamiento y entrono laboral.

f.- Generando comités de gestión.

g.- Identificando ,en conjunto, resistencias

h.- Respetar dignidad y diversidad

i.- Manejo adecuado del flujo de información

Estrategias para motivar a la Comunidad :

a.- Reuniones de coordinación permanente con los Consejos Locales de Salud y las Unidades Vecinales

- b.- Capacitar monitores de Salud, con características de voluntariado que den apoyo en campañas y operativos de Salud.
- c.- Utilizar ferias libres para difundir información de Salud
- e.- Realizar actividades de planificación junto al Consejo Técnico
- f.- Informar a la Comunidad Organizada de presupuesto y planes de Acción
- g.- Participación activa de la Comunidad en el proceso de Sectorización y aplicación del modelo

Estructura

Cada Consultorio deberá establecer criterios de Sectorización geográficos ;los que deberán abarcar entre 5.00 y 7.000 personas

Personas asignadas. Cada Sector tendrá un responsable administrativo y técnico definido como Encargado de Sector o Jefe de Sector

Este será acompañado en la gestión por el Director del Consultorio y el Encargado Técnico por Consultorio. Juntos elaboraran las Estrategias a aplicar y las metas a cumplir por los Equipos de Cabecera. En esta tarea deberán ser acompañados por el representante de los funcionarios, uno por Sector y por el Coordinador de Salud Comunal. Quienes conformarán el Consejo Técnico Sectorizado.

La concertación de los Consejos Técnicos mas la presencia del Jefe de Personal , Encargada de Finanzas y Administradora Municipal conformarán el Consejo Técnico Asesor de sesión Semestral.

Debida a la importancia que adquiere la participación Comunitaria en la aplicación del modelo , se deberá integrar activamente a la gestión del Consultorio el accionar de la Comunidad organizada en el Consejo local de desarrollo.

Principios	Ámbitos desarrollados	
Enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario	<p>Población a cargo de Equipos de salud de cabecera.</p> <p>Programa de desarrollo del RRHH tendiente a aumentar la comprensión del modelo y a facilitar la incorporación de la familia como unidad de atención.</p> <p>Evolución de establecimientos a Centros de Salud¹ y de Centros de Salud a Centros de Salud Familiar (CESFAM)</p> <p>Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF)</p> <p>Incorporación de señalética bilingüe y estrategia de facilitadores interculturales.</p>	
Continuidad de la atención y accesibilidad:	<p>Población a cargo de Equipos de salud de cabecera.</p> <p>Mejoría en los mecanismos de referencia y contrarreferencia</p> <p>Programa de Mejoramiento: extensiones horarias, línea 800, selector de demanda. Incorporado desde el año 2005 en la gestión habitual del centro de salud y del mecanismo de financiamiento per cápita</p> <p>SAPU – Urgencia Rural</p> <p>Garantías explícitas en salud (GES)</p>	
Prestación de servicios integrados, con énfasis en promoción y prevención	<p>Plan de promoción de salud comunal.</p> <p>Plan regional de salud pública</p> <p>Programa de desarrollo del recurso humano: capacitaciones en salud familiar y en promoción de la salud.</p> <p>Incrementos de programas con componente preventivo: salud cardiovascular (Control del adulto sano), salud oral, vacunación anti influenza, refuerzo alimentario para adultos mayores, Evaluación funcional del adulto mayor.</p> <p>Equipos de Salud de cabecera que incorporan paulatinamente el enfoque de género, recogiendo experiencias y conocimientos y aplican el enfoque familiar y comunitario.</p> <p>Incorporación de prestaciones como la visita domiciliaria integral (incluye hogar, lugar de trabajo, escuela y organizaciones comunitarias del territorio) y la atención domiciliaria a personas con discapacidad grave y postrados.</p> <p>Programa de Salud y Pueblos Indígenas.</p> <p>Orientación al diseño de planes de promoción que fomenten comunas escuelas y lugares de trabajo promotores de la salud o saludables.</p>	24
Resolutividad	Creciente incorporación de la comunidad en la definición de respuestas ante	

IV.- DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

<p>Con el objeto de realizar un Diagnostico Participativo, se sugiere aplicar la siguiente plantilla la que debería reunir todos los datos a la segunda semana de Febrero del 2007. Logrando por primera vez en el área de Salud Municipal obtener un Diagnostico real y mas cercano a la Comunidad. Descripción del nivel o situación de salud</p>	
Mortalidad	Morbilidad
Mortalidad General Mortalidad Infantil Mortalidad Materna Mortalidad por Causas Esperanza de vida Índice de Swaroop AVISA (años de vida saludable que se pierden por muerte o incapacidad) AVPP (años de vida potencialmente perdidos).	Exámenes de Salud Encuestas de Morbilidad (Encuesta Nacional de Salud, análisis locales) Consultas Médicas Egresos Hospitalarios (información indispensable para la atención primaria y la programación en red) Enfermedades de Notificación Obligatoria Pensiones de Invalidez Licencias Médicas
<p>2.- Descripción de factores condicionantes</p>	
<u>Población:</u> Volumen Estructura según grupos etarios y género (susceptibilidad) Distribución Geográfica (rural inspersión, etc.)	<u>Medio Cultural:</u> Desarrollo Económico, Educación, Vivienda y Saneamiento, Alimentación, Transporte y Comunicaciones, Consumo y Ahorro, Recreación, Trabajo, Vestuario, Seguridad Social, Libertades Humanas Características Culturales, Etnia, Desarrollo comunitario, etc.
<u>Medio Natural:</u> Clima - Naturaleza - Situación Geográfica	<u>Sector Salud:</u> Política de Salud Organización de la red asistencial, identificar los flujos de derivación, etc. Recursos Materiales, Financieros, Humanos
<p>3.- Explicación</p> <p>Se trata de ver de qué manera los factores condicionantes influyen en la situación de salud de una comunidad.</p> <p>Se realiza análisis de la magnitud de los factores condicionantes y se evalúa la consecuencia o responsabilidad del Sector Salud en el nivel de salud.</p>	
<p>4.- Apreciación</p>	

Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo Normativo (metas nacionales y del SSVSA).

5.- Pronóstico

Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.

Esta plantilla constituye una primera parte del diagnóstico. Es necesario complementarlo con las etapas de intervención y evaluación, con metodologías y organización del trabajo acordadas con la comunidad. En todo el proceso es menester asignar metas, responsabilidades y plazos, de manera de no llevar a cabo procesos sin etapas claras, con riesgo de frustración tanto de parte del equipo como de la comunidad.

La frecuencia de actualización del diagnóstico se sugiere sea realizada anualmente y frente a la necesidad de nuevos datos.

La Dirección de Salud debiera tener centralizada la información que se genera al interior de los Centros de Salud, y dar las condiciones para mantener un flujo constante de esta, con el objeto de mantener actualizada la información y disponer de elementos para la toma **de decisiones**.

Información sugerida como básica

Familia	Nº de familias Distribución poblacional por edad y sexo Nº promedio integrantes familia Nº y % familias con VIF
Infantil	Nº de nacidos vivos Distribución de nacidos vivos por peso nacimiento. Porcentaje de niños diagnosticados en déficit de desarrollo psicomotor.
Adolescentes	Nº y % adolescentes con Control de salud al día Adolescentes en control regulación de fecundidad % de madres adolescentes en regulación de fecundidad
Mujer	Nº embarazos Distribución embarazos según: edad, EG de ingreso, estado civil. Nº y % mujeres en control depresión
Adultos	Nº y % pacientes bajo control según tipo enfermedad crónica Nº y % adultos con EMPA al día
Adultos mayores	Nº y % pacientes bajo control según tipo enfermedad crónica Nº y % pacientes con EFAM vigente Nº y % adultos mayores solos

Al respecto el Consultorio Néstor Fernández que ya se encuentra Sectorizado; Realizo encuesta sobre sus cuatro sectores. De esta muestra se pueden obtener visiones aplicables al resto de la Comunidad .Debido a las características sociales, económicas y psicológicas que son similares.

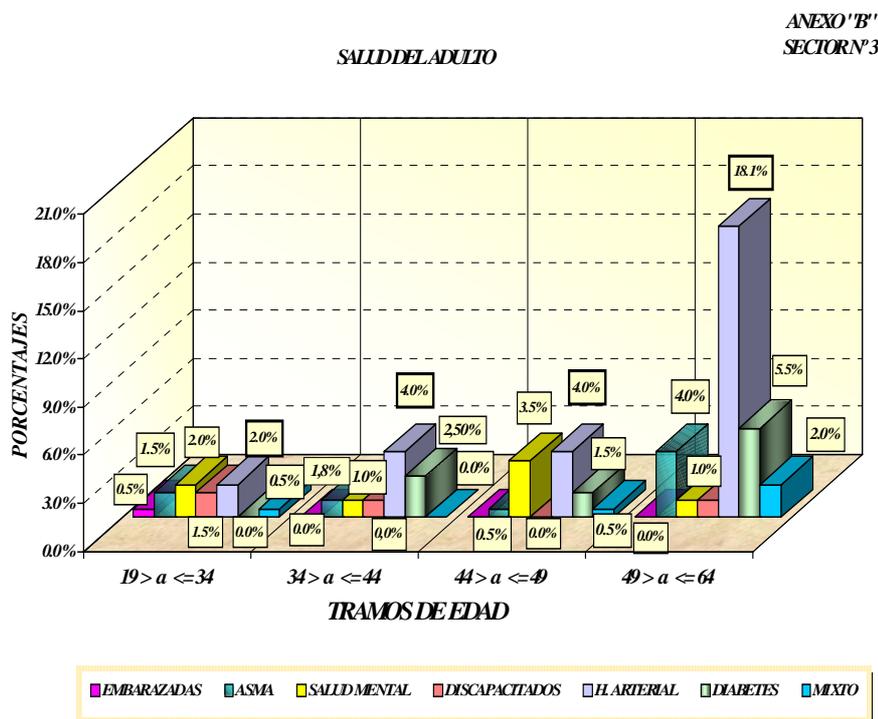
Desde este escenario es necesario construir las estrategias a aplicar según la determinación de riesgo y los factores de protección para cada familia.

Determinar el grado de intervención del Equipo de Salud y la realización de Consejerías para transformarse en un ente más anticipatorio del daño que curativo.

Poder identificar geográficamente y en el espacio las familias mas carenciadas y asociadas a riesgo y como insertarlas en la red asistencial y de protección social.

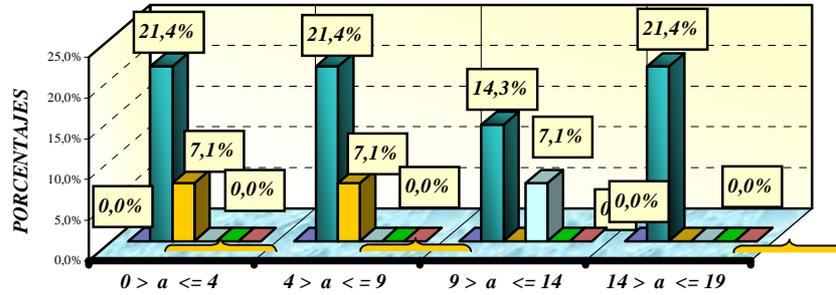
El Consultorio Néstor Fernández Thomas de Las Lomas realizó encuesta destinada a realizar diagnostico actualizado sobre el territorio que le es su jurisdicción. A continuación se grafican los resultados obtenidos en el sector 3, sobre un universo de 150 hogares .Estos resultados pueden ser extrapolados al resto de la Población Comunal.

RESULTADOS ENCUESTA SECTOR Nº 3 CONSULTORIO NESTOR FERNANDEZ



SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

ANEXO "B"
SECTOR N° 3

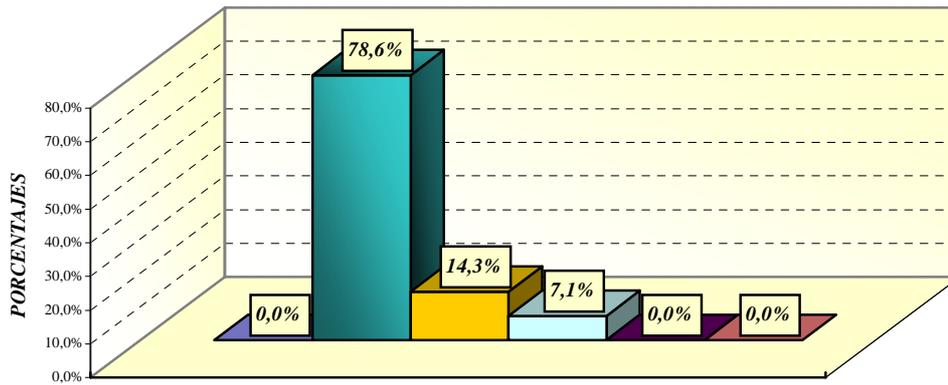


TRAMOS DE EDAD

EMBARAZADAS ASMA SBO RECIDIVANTE SALUD MENTAL EI

SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

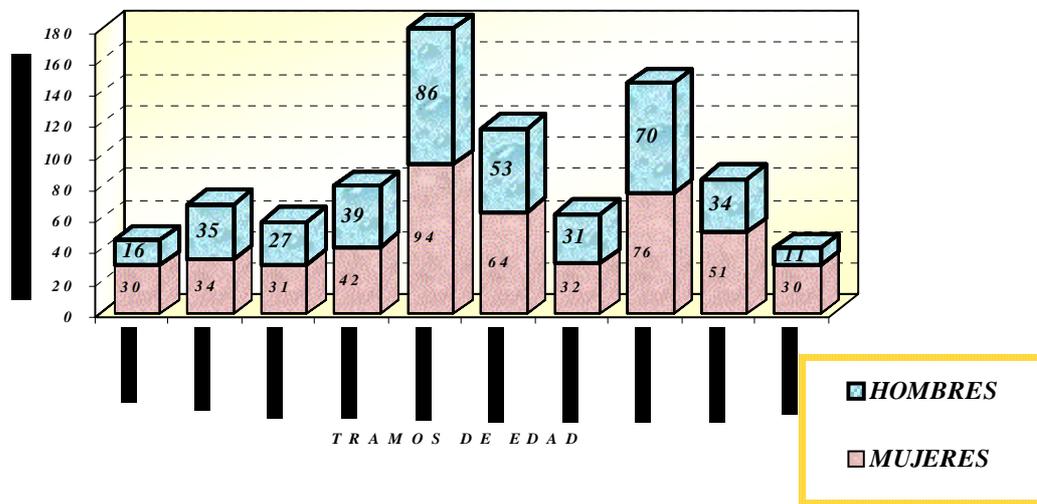
ANEXO "B"
SECTOR N° 3



EMBARAZADAS ASMA SBO RECIDIVANTE SALUD MENTAL EI

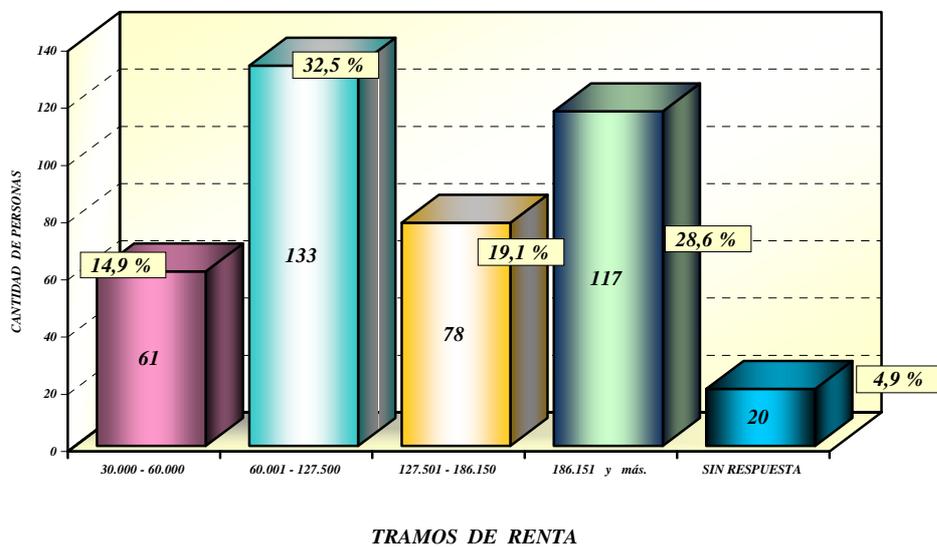
DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.

ANEXO "B"
SECTOR Nº 2

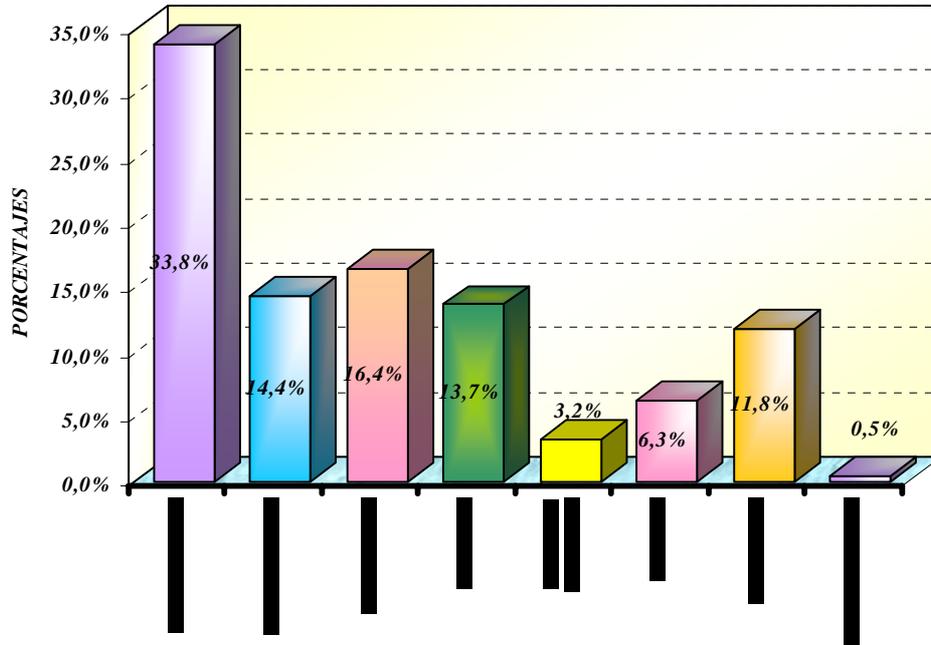


INGRESO FAMILIAR
(En \$)

ANEXO "B"
SECTOR Nº 3



SITUACIÓN LABORAL
Distribución Porcentual



IV.- OFERTA DE SALUD

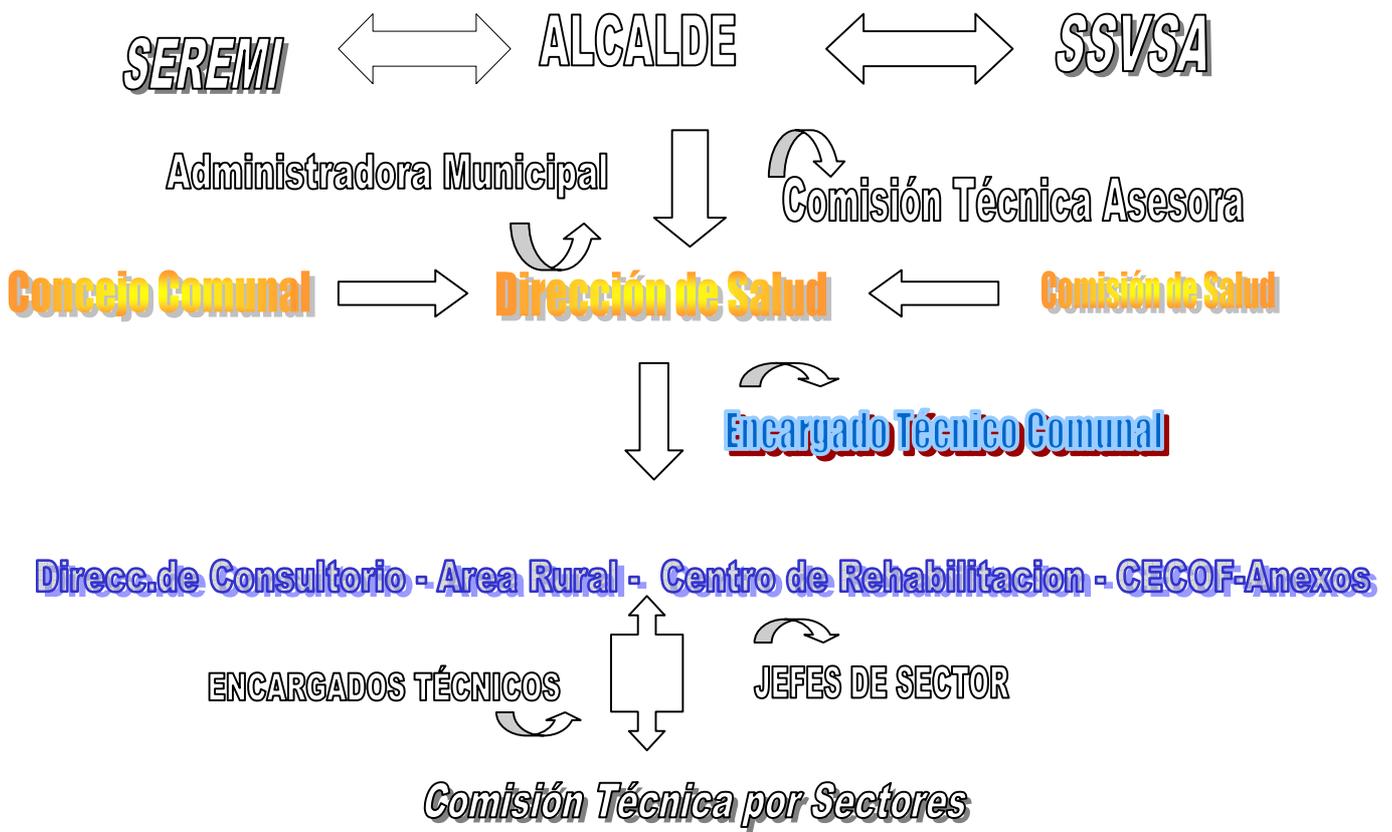
El sistema de Salud Municipal tiene la responsabilidad de dar cobertura de atención a 52.939 habitantes distribuidos en la siguiente forma:

Población inscrita validada Consultorio Néstor Fernández Thomas	25.841
Población inscrita validada Consultorio Diputado Manuel Bustos	11.000
Población inscrita validada Consultorio 30 de Marzo	11.332
Población inscrita validada Postas Rurales	2.066
Población inscrita validada CECOF Cerro Alegre	2.700

Para el cumplimiento de su Misión la Dirección de Salud cuenta con Tres Consultorios Generales Urbanos, cinco Postas Rurales, dos Estaciones Médico Rurales, un Anexo de Consultorio y un CECOF,

La Dirección de Salud no tiene una situación física definida y centraliza su accionar en lo que actualmente es la unidad de finanzas Salud.

Las exigencias de las garantías definidas en la Ley AUGE y la Aplicación del Modelo de Salud Familiar implicaron realizar una adecuación del organigrama y del flujo de información en los Consultorios; definiéndose de la siguiente manera:



La Comisión Técnica Asesora la integran

- 1.- Administradora Municipal
- 2.- Concejal que preside la Comisión de Salud
- 3.- Coordinador de Salud Municipal
- 4.- Directores de Consultorio
- 5.- Encargado de Rural
- 6.- Encargado Técnico Comunal
- 7.- Encargado de Finanzas
- 8.- Jefe de Personal
- 9.- Representante de Asociación de Funcionarios

La Comisión Técnica de Sector la Integran

- 1.- El Director de Consultorio
- 2.- El Encargado Técnico
- 3.- Jefes de Sector

4.- Encargado SIGGES, Encargado PAI, Encargado Epidemiología, Encargado AUGE, Encargado SOME (Cuando Corresponda)

5.- Delegado de Funcionarios

La mayor problemática de los establecimientos de Salud Municipal obedece a su falta de espacios y hacinamiento respecto la disposición de Boxes esto debido a que fueron diseñados y proyectados para dar cobertura a una población menor (Néstor Fernández Thomas Y 30 de Marzo) frente a esta situación el Consultorio Néstor Fernández estableció la habilitación de un centro de atención periférico (Anexo Baquedano) que permitió descongestionar la atención en el Consultorio actual y además se transformara en el primer centro de Salud Familiar muy cercano a la comunidad y con la modalidad de atención por equipos de cabecera. (Diciembre del 2.006)

El Anexo Baquedano debe necesariamente crecer para poder dar Atención a dos Sectores y debe considerarse el costo de ampliación e implementación. Esta actividad debería realizarse en los meses de Diciembre del 2006 a Febrero del 2007

Frente a la situación del Consultorio 30 de Marzo la habilitación del Centro de Discapacidad, cercano a este, le permitirá otorgar allí algún grado de atención que descongestione el actual accionar y cuya incorporación en la Red se inicio durante el 2006. Y debe necesariamente realizar el diseño y postulación de financiamiento para desarrollar un segundo piso que permita aumentar la superficie útil del Consultorio

Respecto el Consultorio Manuel Bustos su situación de inaugurado hace dos años le permite no tener complicaciones respecto espacio físico pero su recurso humano se ve sobrepasado por la creciente inscripción que le afecta. Esto implica adecuar su planta a la necesidad real de la población. El déficit de atención en este Consultorio esta definido respecto la resolución de las Urgencias. Instancia que debe superarse con la habilitación de SAPU corto en dicho centro.

La habilitación de un CECOF en el sector de Cerro Alegre permitió dar cobertura a un sector de la Población que no tenía acceso fácil al Consultorio Bellavista. Logrando captar nueva Población y por lo tanto aumentar la inscripción Percapita

En el área Rural su principal objetivo pasa por mantener estable el Equipo de trabajo, pues, su labor de rotativa semanal significa un alto grado de sensibilidad respecto la Comunidad sobre su atención. Y el aseguramiento del traslado de la ronda medica, mediante vehículo que este a disposición del Equipo de Rural (visita domiciliaria, atención de postrados)

Los desafíos de inversión para el año 2007 obedecen a la necesidad de trasladar pacientes desde y hacia la red asistencial, vehículo para visita domiciliaria y Atención de postrados. Equipamiento clínico variado para procedimientos de enfermería. Asegurar el estado de mantencion del Equipamiento más sofisticado (Electrocardiografos, ecógrafo, equipamiento dental).

Instalar red informática que maneje un programa de gestión de redes para Centros de Salud Familiar incluyendo bodegas, farmacia y ficha clínica. Agendamiento de SOME y definición de Centros de Costos.

La red Municipal de Salud puede ser expandida si se autoriza la Construcción de CECOF en el Sector de Tejas Verdes. Esto permitiría dar cobertura de atención al sector señalado con dependencia técnica del Consultorio Néstor Fernández Thomas.

IV.1.- ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL AÑO 2006

PRESTACIONES DE MORBILIDAD AÑO 2006		COMUNA
MORBILIDAD	INFANTIL	14.409
MORBILIDAD	ADOLESCENTES	5.352
MORBILIDAD	ADULTOS	19.004
MORBILIDAD	ADULTO MAYOR	5.382
TOTAL ANUAL CONSULTAS		44.147

ACCIONES PREVENTIVAS AÑO 2006		
EVALUACION D.S.M.	MENORES 2 años	1.615
EMPAS		3.858
ADULTOS BAJO CONTROL CARDIO VASCULAR		7.831
A. MAYOR BAJO CONTROL CARDIO VASCULAR		1.916
MUJERES	ENTRE 25-64 AÑOS PAP VIGENTES	9.643
EXAMEN DE SALUD	EFAM	1.651

LEY 19.813 DE DESEMPEÑO COLECTIVO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Indicadores del 2006

- 1.- Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años = $176/159 = 111\%$
Meta 85% CUMPLIMIENTO = 111%
- 2.- Cobertura alta integral odontológica en niños de 12 años = $129/127 = 102\%$
Meta 60% CUMPLIMIENTO = 102%
- 3.- Cobertura alta integral odontológica en mujeres embarazadas primigestas
Meta 75% CUMPLIMIENTO = 77%
- 4.- Programa de la mujer PAP vigentes 25-64 años= $2041/2941 =$
Meta 68% CUMPLIMIENTO = 69,3% - 30 de marzo
- 5.- Nº de niños de 18 meses con EDSM entre enero y diciembre 2006=
Meta 80% CUMPLIMIENTO 81% - 30 de marzo
- 6.- Nº de hipertensos bajo control de 20 a 64 años con presión < 130/85_= $448/ 606$
Meta 47%. CUMPLIMIENTO 74% - 30 de marzo
- 7.- Nº de diabéticos bajo control de 20 a 64 años con (hba1c < 8)= $109/ 236$ Meta 44%
CUMPLIMIENTO 46,1% - 30 de marzo.
- 8.- Compromiso meta 7.6 % de obesos en niños <de 6 años = Meta 7,6%
CUMPLIMIENTO 6,6% 30 de marzo

9.- Agenda medica, odontológica, de enfermera y matrona centralizada e SOME. = Meta 100%
CUMPLIMIENTO COMUNAL 100%

10.- Acreditación de establecimientos educacionales como promotores de estilos de vida saludables. Meta 100%

CUMPLIMIENTO COMUNAL 100%

INDICES DE ACTIVIDADES GENERALES APS 2006

Actividades generales Semestres móviles 2006

1ero ENERO – JUNIO

2do MARZO – AGOSTO

3ero MAYO - OCTUBRE

ESTE CORTE CORRESPONDE AL TERCER SEMESTRE DE MAYO OCTUBRE.

1.- Nº de Diabéticos bajo control de 20 y más años / Diabéticos esperados según prevaecía (5%)

Meta 83 CUMPLIMIENTO 30 de Marzo $334/353 = 94,61\%$

2.- Nº de niños menores de 5 años atendidos por morbilidad, dentro de las 48 hrs. / Nº de niños menores de 5 años que solicitan atención de morbilidad.

Meta 90% CUMPLIMIENTO COMUNAL $1190/1190 = 100\%$

3.- Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 20 y más años / Nº de hipertensos esperados según prevalencia (20%)

Meta 68% CUMPLIMIENTO 30 de marzo $999 / 1413 = 70,70\%$

4.- Nº de días al mes con fármacos centinelas / Total de días del mes.

Meta 100% CUMPLIMIENTO COMUNAL 100%.

5.- Nº de personas de 15 años y más que ingresan al programa de depresión entre enero y diciembre de 2006 / Nº de personas esperadas de 15 años y más.

Meta 45% anual- semestral 22,5% CUMPLIMIENTO COMUNAL = $402/1587 = 25,33\%$.

6.- Nº de adultos de 65 y más años atendidos por morbilidad dentro de las 48 hrs. / Nº de adultos de 65 y más años que solicitan atención de morbilidad.

Meta 100 CUMPLIMIENTO COMUNAL $666/666 = 100\%$

7.- Nº examen de medicina preventiva del adulto (EMP) realizado en población 20 a 64 años / población de 20 a 64 años inscrita.

Meta 5%, 2.5 por semestre. CUMPLIMIENTO COMUNAL $2223/ 27003 = 8,23\%$

8.- Nº de personas atendidas por urgencia odontológica / Nº de personas que consultan.

Meta 98% CUMPLIMIENTO COMUNAL $1846/ 1846 = 100\%$.

9.- Nº de horas de extensión horaria habilitada 2006 / Nº de horas de extensión horaria programadas 2006

Meta 100%A) Médicas Hrs.2006/ Hrs. 2005 CUMPLIMIENTO COMUNAL $425/360 = 118,05\%$

DENTAL Hrs. 2006/ Hrs.2005 CUMPLIMIENTO COMUNAL $282/300 = 94\%$

10.- Niños y niñas entre 12 y 23 meses detectados con déficit / Niños y niñas entre 12 y 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor.

Meta Máximo 15%. CUMPLIMIENTO COMUNAL $24/431 = 5,56\%$

11.- Niños y niñas entre 12 y 23 meses recuperados del riesgo o retraso / Niños y niñas entre 12 y 23 meses detectados con riesgo o retraso.

Meta 50% CUMPLIMIENTO COMUNAL = 88%

12.- N° de adultos de 65 y más años con examen de funcionalidad vigente/ Población inscrita de 65 años y más.

Meta 45%, 22.5 % semestre CUMPLIMIENTO COMUNAL = $1664 / 3396,25 = 48,99\%$

13.- N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control.

Metas 85 CUMPLIMIENTO COMUNAL = $383 / 436 = 87,8$

IV.2.- PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA INFANTIL

1.- INTRODUCCIÓN

En el marco de la Reforma de Salud, la idea de una medicina más humana e integral, que enfoca al paciente como un individuo con características personales que lo hacen único, rodeado de un ambiente que interactúa con él y lo modifica, se hace evidente la importancia del menor de edad, especialmente del niño, tan sensible, moldeable y dependiente de estas "interacciones". Dentro de estos agentes, y en un papel no menor, se encuentra el Equipo de Salud, el cual en muchas oportunidades es capaz de jugar un rol gravitante en el discurso de vida de estos pequeños. Creo necesario compartir un lenguaje y una visión comunes dentro del Equipo de Salud, que nos permita dar lo mejor de nosotros para el bien y la salud de los niños, por lo que me permitiré algunas reflexiones en torno a la situación actual y al manejo de la Salud Infantil como preámbulo a la discusión de las "metas" e "indicadores", que constituyen en el fondo la manera por la cual el impacto de nuestras acciones es medido.

La Supervisión de Salud del niño y adolescente constituye el eje principal, y es una herramienta fundamental en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de un niño en edad pediátrica, desde la gestación a la adolescencia. Es una actividad periódica que permite detectar eventuales alteraciones y así prevenir y/o tratar a tiempo enfermedades y situaciones de riesgo. Estudios han mostrado que los niños que tienen sus controles de salud al día tienen menos probabilidades de acudir al servicio de urgencias que aquellos que no. También permite promover hábitos de vida saludables al niño y su familia, para lograr la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, principal causa de morbimortalidad a nivel mundial y nacional. Comprende una evaluación completa en las áreas biomédica, del desarrollo y psicosocial.

La transición epidemiológica y demográfica experimentada en el siglo XX trajo consigo una evolución de la salud infantil. El creciente y mejor control sanitario del medio, las inmunizaciones, los avances tecnológicos y los progresos registrados en la educación de la población han sido los factores determinantes del descenso de la mortalidad infantil y del niño menor de 5 años. También ha habido cambios en la estructura y dinámica familiar, tales como el aumento de los niños nacidos fuera de una unión legal, el aumento las separaciones de las parejas y el consiguiente aumento de madres que deben criar solas a sus hijos, el rol creciente de los abuelos y asesoras del hogar en la crianza de los niños, y la incorporación de la mujer (madre) en forma creciente al campo laboral fuera del hogar, entre otros. Todos ellos también conllevan cambios en los problemas de salud observados en los niños, como un aumento de los problemas de malnutrición por exceso y los derivados del déficit en las normas de crianza, trastornos del aprendizaje, violencia y maltrato, abuso de drogas, intentos y gestos suicidas.

Por otro lado, la observación de que factores de riesgo, presentes en los primeros años de vida, tienen una incidencia notable en el desarrollo de las enfermedades crónicas del adulto, ha sido motivo de estímulo para otorgar a la supervisión de la salud del niño real trascendencia.

OBJETIVOS DE LA SUPERVISIÓN DE SALUD

Promover resultados sociales esperados, tanto del desarrollo como sanitarios, en niños y adolescentes.

Promover la salud física, emocional, intelectual y social, junto con la seguridad y bienestar de niños y adolescentes, en el contexto de sus familias y comunidad.

Prevención y detección precoz de enfermedades.

Ver la salud desde una perspectiva del desarrollo, proveyendo un cuidado continuo del progreso de los niños a través de los hitos del desarrollo y los desafíos de la infancia, desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Alimentar una relación de confianza entre el equipo de salud infantil, el niño y adolescente, y la familia.

Reconocer que las familias conocen a sus niños mejor y que son una importante ayuda en la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

Conocer el impacto de la familia y la comunidad en la salud del niño.

1.-MISTERIO DE SALUD (MINSAL)

El Programa de Salud del Niño junto con las actividades y programas asociados, como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), sientan las bases para la Supervisión de Salud en Atención Primaria.

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

2.- OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO

Contribuir a mejorar la calidad de vida del niño.

Identificar y disminuir el impacto que tienen sobre la salud del niño los principales factores de riesgo biológicos, ambientales, psicológicos y sociales.

Mejorar la calidad de la atención de salud del niño y de la niña, en todos los niveles de atención.

Contribuir a la permanente satisfacción del usuario en las distintas actividades del programa.

Mantener la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil.

Disminuir la mortalidad del niño de 1 a 9 años.

Si bien el MINSAL asegura acceso a los niños menores de 10 años, en Atención Primaria son pocos los Centros de Salud que tienen implementado un control regular del niño mayor de 6 años, por lo que aquí se abre uno de los desafíos por llevar adelante en este tema.

El sistema público de salud, específicamente en Atención Primaria, tienen su sistema implementado hace largo tiempo, con una eficiencia y aprovechamiento muy adecuado de sus recursos humanos y financieros limitados, habitualmente.

Problemas:

Escaso tiempo dedicado a cada consulta de control sano: entre 15 a 20 minutos en promedio, dejando en desmedro las actividades preventivas y un tiempo adecuado para fortalecer la relación con la familia y el niño, y para resolver y discutir dudas de puericultura, respecto a la antropometría y la alimentación, importantes obviamente pero no los únicos objetivos a cumplir en esta actividad.

Estudios demuestran que tal cantidad de tiempo es insuficiente para tratar elementos psicosociales y del desarrollo adecuadamente.

Pocas horas de médicos, por lo que sólo 1 a 2 controles sanos (control RN y tercer mes) por niño son realizados por estos profesionales, aún cuando Sociedades Científicas de la talla de la AAP reconocen el rol de liderazgo y la idoneidad natural del pediatra en el proceso de supervisión de salud .

El médico en el sistema privado de Salud goza de las ventajas de tener disponible un mayor arsenal terapéutico y de exámenes complementarios para indicar a sus pacientes. Sin embargo, en el ámbito de la supervisión de Salud infantil, esto no necesariamente constituye una ventaja dado que las acciones que se realizan son preventivas y no requieren de mayores medios adicionales de los que cuenta el sistema público (balanzas, tallímetros, vitamina D, radiografía de caderas, hierro oral). Probablemente al comparar las acciones realizadas en el ámbito público con el privado, nos encontraremos que en este último se concretan menos acciones que las recomendadas y realizadas en los consultorios de atención primaria, como las derivaciones preventivas a odontología, la realización de test de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP y TEPSI), etc. Además en el área privada no contamos, en general, con un equipo multidisciplinario para poder interactuar y complementar las opiniones, derivar, y discutir las decisiones en relación a los niños evaluados.

3.- SUPERVISIÓN DE SALUD Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MBE)

Si bien otros ámbitos de la medicina y la pediatría han sido más extensamente abordados según la MBE, la supervisión de salud no ha estado ajena a ello.

Las revisiones de modelos en otros países sugieren que el patrón tradicional del médico realizando solo las actividades de la supervisión de salud, sin apoyo del resto del equipo de salud infantil, está obsoleto, estimulando la integración con otros profesionales, incluyendo, por ejemplo, a los profesores. En esto al menos, tenemos en Chile un camino ya recorrido y afianzado. Varios estudios han mostrado que las enfermeras logran los mismos resultados y niveles de satisfacción en las familias que los médicos, y ya revisamos que son ellas quienes en nuestro sistema de salud pública realizan la mayor parte de los controles.

Los grupos de control sano (*well child care* en inglés), es una estrategia introducida hace más de 20 años en la cual el pediatra actúa como facilitador en la discusión sobre temas de salud entre familias con niños de edad similar. Tiene la ventaja de combinar consejería preventiva con el intercambio de experiencias entre padres, con resultados positivos en términos de adquisición de conocimiento y satisfacción logrados. Recientemente investigaciones han probado que es tan efectiva como las actividades individuales, especialmente en familias de bajo nivel socio-económico.

También se ha estudiado y probado que la comunicación y envío de información vía e-mail es menos costosa, más práctica y efectiva en promoción de salud, si bien no está al alcance de todas las familias, especialmente en Atención Primaria Municipal.

Entendemos como guías anticipatorios la información entregada a los padres en cuanto a prevención y promoción en tópicos que respectan a la salud de sus hijos, junto con manejo inicial de problemas frecuentes, todo esto para el período que viene hasta la próxima visita de supervisión de salud. La efectividad de esta herramienta ha sido también probada por varios estudios.

El número IDEAL de visitas o controles de la supervisión de salud nunca ha sido establecido, y requerirá estudios con un gran número de niños y con seguimientos por muy largos períodos de tiempo. La Academia Americana de Pediatría (AAP) aumentó el número de controles desde el nacimiento a los 21 años de edad de 14 a 28, la mitad de ellos los primeros 5 años de vida (versus 19 sugeridos por el MINSAL). Otras instituciones recomiendan aún menos controles, como el Registro Rourke Baby de Canadá, con sólo 10 controles sugeridos en este mismo período, y el programa Salud para Todos los Niños del Reino Unido que sugiere sólo 2 visitas obligadas, una al nacimiento y otra entre las 4 y 8 semanas de vida, con la posibilidad de visitas opcionales decididas por la familia a los 8 meses, 2 años y 4 años de edad. Este programa incluye un equipo

profesional multidisciplinario bien preparado, a cargo de las visitas, los screening metabólicos, monitoreo de la antropometría, test oculares y consejería preventiva, todo estrictamente basado en evidencia científica de la efectividad de la supervisión de salud. Si bien en nuestro medio puede parecer controversial un programa con tan pocas visitas, probablemente en vista de la evidencia disponible, el sistema actual con visitas muy frecuentes inicialmente y en forma rígida, con sistemáticas evaluaciones antropométricas y exámenes físicos extendidos cada vez, con desmedro de otras de otras medidas de promoción de salud, debiera cuestionarse y reevaluarse.

No hay que perder de vista, finalmente, que el programa que se implemente debe ser flexible y responder a las necesidades individuales del niño y su entorno familiar, la infraestructura y los recursos humanos y financieros disponibles, pudiendo disminuir el número de visitas cuando no existan evidentes factores de riesgo.

4.- DESAFIOS

Definir el número de controles a realizar en la supervisión de salud, su frecuencia, las actividades a realizar en cada uno, según nuestra realidad local y según la MBE.

Revisar y definir cuantos controles debiera realizar el médico, según la MBE, y no solo por disponibilidad de horas médicas (por cierto, también es un punto a considerar).

Reforzar nuestra formación y conocimientos en la gran variedad de situaciones especiales que conlleva la relación a establecer con el niño y su familia en la supervisión de salud: padres separados o divorciados, familias de inmigrantes, racismo y/o nacionalismo extremo, niños con una sumatoria de enfermedades crónicas, secuestrados de prematuridad o enfermedades graves, adopciones, niños abandonados y/o institucionalizados, niños adolescentes enfrentados a la paternidad.

Mejorar y actualizar nuestras estrategias de comunicación.

Darle más espacio a la familia para que tome el cuidado de sus hijos en sus manos, ofreciéndole información adecuada y espacios poco aprovechados hasta ahora, como la Internet (comunicación vía e-mail, páginas para padres, etc.).

Incluir en las visitas el llenado previo por parte de los padres (en la espera o en el hogar) de formularios con datos que serán de utilidad y que se incorporarán a la ficha clínica pero que ahorrarán tiempo para utilizar en otras actividades dentro de la visita de supervisión de salud.

Adoptar y sacarle más provecho a herramientas valiosas como las guías anticipatorias, tanto en la discusión como en la entrega de material por escrito. Pedir a los padres que en forma rutinaria anoten por escrito las dudas y las entreguen.

Incorporar a las visitas de supervisión de salud pediátricas la visita prenatal, e implementar en forma regular la supervisión de salud del escolar y el adolescente.

Intervenir y dar a conocer nuestra opinión como expertos en áreas que se relacionan directamente con el crecimiento y desarrollo del niño y comunicación.

5.- METAS E INDICADORES EN SALUD INFANTIL

Resulta indispensable que el Equipo de Salud maneje con claridad cuales son las metas e indicadores a través de los cuales se medirán nuestras prestaciones y nuestra resolutivez en atención en salud. Por lo tanto adjunto las orientaciones programáticas 2007 a modo de cuadro resumen, que competen al Programa del Niño.

Vigilancia integral del desarrollo del niño y manejo del riesgo o retraso del desarrollo psicomotor (DSM).

- Lactancia materna.
- Estado nutricional.
- Accidentes infantiles.
- Trastornos hiperkinéticos y de la atención.
- Salud bucal en preescolares y escolares.

Históricamente el Programa del Niño se ha ocupado de los cuatro primeros puntos, a lo que se agrega hoy el apoyo al manejo integral de los THA, en los que se ha reconocido una base ambiental muy importante, y en el cual el enfoque de Salud Familiar podría, sin duda, impactar positivamente en la evolución de este trastorno. No es de extrañar que la lactancia materna y la evaluación nutricional, tan estrechamente relacionados, se analicen por separado, dado que la malnutrición infantil constituye en estos instantes una de las principales patologías y condiciones de riesgo de nuestra población. La salud bucal sigue, evidentemente, bajo la tutela del Programa Dental.

A continuación analizaremos cada indicador por separado y delinearemos algunas de las estrategias para el logro de los objetivos.

Antes de comenzar, y como aclaración, es necesario que se manejen en forma tanto conceptual como práctica, las metas correspondientes a la Ley 19.813 de las manejadas como Índices de Actividad General (IAG) de APS.

En este sentido es necesario considerar las metas de Cobertura del DSM entre los 12 – 23 meses (90%) y Prevalencia de Obesidad en el Menor de 6 Años (meta según consultorio) como situaciones especiales en vista de tres consideraciones:

No son metas comunales, sino por consultorio.

Implican recursos para salud en forma directa.

La malnutrición infantil históricamente constituye la meta que no logramos cumplir a nivel de APS.

6.- VIGILANCIA DEL DESARROLLO INTEGRAL DE NIÑOS(AS)

Nº de niños de 18 meses con EDSM Enero - Diciembre 2007

Población total entre 12 y 23 meses bajo control

Ley 19.813

C.Néstor Fernández Thomas: POBLACION BAJO CONTROL 18 MESES: 377

META ESTIMADA = 340

C. 30 de Marzo: POBLACION BAJO CONTROL 18 MESES: 168

META ESTIMADA = 152

C. Diputado Manuel Bustos: POBLACION BAJO CONTROL 18 MESES: 260

META ESTIMADA = 234

La cobertura de la evaluación del DSM AUMENTA este año a un 90%, meta en extremo exigente, sobre todo dada la dificultad en rescatar a todos los niños a esta edad, por lo que será necesario implementar algunas estrategias específicas destinadas a lograr la cobertura adecuada, a saber:

Programación MENSUAL de número de evaluaciones del DSM por sector, es decir, establecer una planificación (AGENDAR) el 100% de las evaluaciones para el período en cuestión.

Reforzar durante los meses de enero y febrero, frente a cualquier otra actividad las evaluaciones del DSM del mes por enfermera.

Rescate oportuno (RÁPIDO) de los inasistentes a control, mínimo tres actividades de esta naturaleza en el período de un mes.

Limpieza estricta del tarjetero, catalogando a los pacientes como inasistentes, pasivos, en control habitual, etc.

A pesar de estos esfuerzos debería existir una pequeña proporción de pacientes a los que por razones de fuerza mayor no se les podrá realizar la evaluación del DSM, proporción estimada aproximadamente en 1 de cada 10 niños, por lo cual es OBLIGATORIO programar por cada profesional a cargo la evaluación, el 100% de las evaluaciones para el mes, sin ninguna excepción, siendo de su exclusiva responsabilidad la entrega tanto del número de evaluaciones del DSM programados para el mes y el número de evaluaciones realizadas durante el mismo.

Para las evaluaciones de los 2 meses (70%) y cuatro años (50%) se recomienda seguir estrategias similares, aunque siendo la exigencia mucho más baja, se puede manejar con mayor flexibilidad.

b) Nº VDI efectuadas en familias con uno o más de los FR

Total familias detectadas con uno o más de los FR

Indicador aplicable a centros que realicen visitas domiciliarias integrales, en nuestra realidad local por el momento al C. Néstor Fernández Thomas.

Realizar Visita Domiciliaria Integral al 100% de familias con: RN prematuros, niños detectados en déficit del DSM, madres adolescentes sin redes de apoyo, detectados a partir del mes de enero del 2007 (factores de riesgo: FR).

Programación de dichas actividades por sector, especialmente contando con visita a terreno por parte de enfermera y asistente social.

Presentación de la totalidad de los casos al equipo de salud del sector, para discusión y análisis.

Eventual domicilio por parte del resto del equipo, según las acciones determinadas en conjunto.

c) Nº de madres que reciben apoyo educativo

Total de madres con niños en déficit

Se refiere a madres de niños en riesgo de déficit, las cuales deben ser apoyadas con material educativo adecuado, talleres grupales, etc. En vista la pequeña proporción de niños en riesgo esta meta debería ser cumplida con facilidad.

Realizar actividades educativas a todas las madres con hijos en riesgo o déficit del DSM y a todos los padres de niños en riesgo BPS.

d) Nº de niños con riesgo o retraso del DSM

Nº de niños con riesgo o retraso dados de alta

Si bien se viene evaluando este indicador desde hace algún tiempo, a aumentado su exigencia y las edades a las cuales se mide, en concordancia con las metas de cobertura (2-5 meses, a los 18 meses y 4 años)

Dado que resulta indispensable dar de alta al 100% de los niños con déficit o retraso se debe considerar que corresponden a los de causa NO NEUROLÓGICA, por lo que las derivaciones a médico y especialista se deben realizar en forma oportuna.

Los pacientes con déficit del DSM en los que se confirme causa neurológica deben ser dados de alta con fines estadísticos, constando como alta por otras causas.

Realizar evaluaciones y reevaluaciones según estándares técnicos adecuados.

Visitas domiciliarias y trabajo como equipo de salud, no siendo responsabilidad exclusiva de enfermería.

Capacitación y actualización técnicas de evaluación del DSM.

Siendo evidente que las escalas de evaluación no se aplican uniformemente en nuestro servicio, es necesario estandarizar las técnicas a nivel comunal, para lo cual SE REQUIERE de reuniones del conjunto de enfermeras y enfermeros de toda la comuna, aunque sea en forma trimestral.

Recordar que el déficit en cuestión se debe en alto grado a falta de estimulación, por lo que las actividades no se deben concentrar necesariamente en el menor, sino que preferentemente en los cuidadores. Sólo las evaluaciones y reevaluaciones DEBEN contar estrictamente con el menor. Los controles PUEDEN ser realizados exclusivamente con los cuidadores.

Talleres grupales que convoquen a padres de niños en riesgo o déficit del DSM y padres de niños sin riesgo.

7.- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

a) Nº de niños de 6 meses con LME

Nº de niños de 6 meses bajo control

b) Nº de madres en consulta de LM

Nº de madres en riesgo de perder LM

Cada día se reconoce con mayor fuerza la importancia de la lactancia materna, y en este contexto la preocupación por el tema.

Educación sobre LME prenatal. Se ha detectado gran número de rechazo a la LME por desconocimiento de la madre de sus ventajas y de sus especiales características. Si bien todo el equipo de salud debe estar capacitado para educar con respecto a sus ventajas, esta actividad DEBE ser realizada por parte del equipo de salud a cargo del niño (médico, enfermera o nutricionista).

TODA madre que suspenda LME al menor de 6 meses o que suspenda LM al menor de 1 año debe entrar a consulta de LM, lo cual debe quedar consignado. Esta actividad se realiza dentro de los controles habituales y no por separado.

Todo niño que no se encuentre con LME < 6 meses o LM < 1 año debe encontrarse en control nutricional.

Semana de la Lactancia Materna. Coordinación con Promoción en Salud. Talleres de educación grupal, que convoquen a madres en riesgo de suspensión de LM y madres en LME y LM.

8.- ESTADO NUTRICIONAL

a).Nº de niños de < de 6 años diagnosticados como obesos

Población total < de 6 años bajo control

(Ley 19.813)

b) Nº de niños de 5 meses con consulta nutricional

Nº de niños de 6 a 11 meses bajo control

Entrego a continuación un detalle de la situación actual de este indicador de la Ley 19813:

C. Néstor Fernández Thomas: CORTE TRIMESTRAL SEPTIEMBRE 2006-- 165/1837
% 8.98 **(META: 8.3%)**

C. 30 de Marzo: CORTE TRIMESTRAL SEPTIEMBRE 2006 -- 64/977 % 6.55 **(META: 7.6%)**

C. Diputado Manuel Bustos: CORTE TRIMESTRAL SEPTIEMBRE 2006-- 111/1363
% 8.14 **(META: 7.6%)**

Sin duda constituye este uno de los problemas de salud más relevantes de la actualidad, tanto por su prevalencia, difícilísimo manejo y tendencia natural al aumento, como por su relación con la prevalencia en ECNT del adulto.

Algunos antecedentes para considerar:

Constituye una meta históricamente no cumplida a nivel comunal.

Se realiza un catastro por consultorio y no por comuna.

El aumento de población en algunos consultorios hace que el porcentaje de obesidad actual NO dependa de las actividades realizadas para su control, ya que el impacto que tiene la llegada de un paciente < de 6 años obesos a la población bajo control puede ser catastrófico.

Si bien se han realizado negociaciones por consultorio para la estimación de las metas a cumplir en cuanto a prevalencia de obesidad, nos encontramos dentro de lo que se podría denominar una exigencia ALTA con respecto a esta meta.

NO es posible realizar programaciones estrictas en base a cortes poblacionales, pues la población bajo control es móvil, por lo que para estas consideraciones programáticas es sólo posible realizar estimaciones con cierto margen de error obvio.

Aclarado lo anterior es necesario crear estrategias para el manejo de la obesidad durante el período 2007

Limpieza de tarjeteros acuciosa (pasivos, inasistentes, bajo control, etc.).

Adopción de nuevas curvas de crecimiento.

Es Obligatorio estimar por parte de las nutricionistas el número de obesos a DICIEMBRE 2007 con la población actual bajo control, es decir, estimar con exactitud el número de altas por edad a diciembre del 2007.

Trabajo coordinado entre nutrición-kinesiología para trabajo con niños en RIESGO de obesidad, que constituyan los potenciales obesos del 2007.

Coordinación con Promoción en Salud de actividades que MOTIVEN a los niños a tener una dieta balanceada y una actividad física saludable.

Derivación oportuna a médico de menores en riesgo de obesidad secundaria.

Apoyo por parte del Equipo Integral de Salud en los casos que se estime conveniente.

Promoción firme de la LME y LM en el menor de 6 y 12 meses respectivamente.

9.- ACCIDENTES INFANTILES

a) Nº de padres de hijos < 1 año que reciben educación (guía)

Nº padres de hijos < 1 año bajo control

Si bien constituye una actividad que se realiza en forma permanente, esta debe quedar consignada, tanto en ecuación como en la entrega de material ad hoc.

Realizar educación a todos los padres de niños menores de 1 año, dentro del período otorgado para el control habitual del Niño Sano.

Confección del material adecuado para entregar a los padres.

Esta actividad puede ser realizada por cualquiera de los miembros del equipo de Salud en los controles de Niño Sano (enfermera, nutricionista, médico).

10.- TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS Y DE LA ATENCIÓN

a) Nº de familias con niño THA que recibe VDI

Nº de familias con niño dg. THA

a) Nº de niños THA que reciben intervención PS

Nº de niños THA

Este constituye un nuevo desafío en APS, en el que debemos contar ante todo con el apoyo del psicólogo y asistente social

Detección temprana de trastornos THA y derivación con psicólogo o médico;

Evaluación por psicólogo del 100% de los niños con sospecha de THA y confirmación o descarte del caso;

En caso de confirmación se DEBE realizar VDI por parte de psicólogo y otro miembro del equipo, idealmente por asistente social.

Discusión y presentación del caso al resto del equipo.

Derivación oportuna por parte del médico tratante a atención secundaria en caso de requerirlo (neurología infantil HCV).

Capacitación de médico y psicólogo en el manejo de THA.

DR. HÉCTOR OJEDA CALDERARA

ENCARGADO PROGRAMA SALUD INFANTIL

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SANA ANTONIO

BIBLIOGRAFÍA

Hakim R, Ronsaville D. Effect of Compliance With Health Supervision Guidelines Among US Infants on Emergency Department Visits. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156: 1015-1020.

Schor E. Rethinking Well-Child Care. Pediatrics 2004; 114: 210-216

American Academy of Pediatrics, Comité on Pediatric Workforce. Scope of Practice in the Delivery of Pediatric Health Care. Pediatrics 2003;111: 426-435

Bethell C, Reuland C, Halfon N, Schor E. Measuring the Quality of Preventive and Developmental Services for Young Children: Matinal Estimates and Patterns of Clinicians' Performance. Pediatrics 2004; 113: 1973-1983

Dinkevich E, Hupert J, Moyer V. Evidence based well child care. BMJ 2001; 323: 846-849

American Academy of Pediatrics, Comité on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidelines for Health Supervision III. 3rd. ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997 (updated 2002).

Vargas N. Puericultura: El cuidado de niños y jóvenes en el siglo XXI. Editorial Universitaria 2004.

Catalán S, Cifuentes L, Moore R, Valdés R, Téllez A. La Supervisión de Salud del Niño y Adolescente. Editorial Mediterraneo 2000.

Zúñiga J. Supervisión de Salud en la Infancia: Generalidades. Diploma de Pediatría Ambulatoria. MEDICHI 2006.

Orientaciones para la Programación en Red año 2007. División Gestión de la Red Asistencial. Anexo N° 1.

IV.3.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL

Basados en las garantías explícitas en salud que incorpora el sistema de salud y su reforma, la APS debe facilitar el acceso a los problemas de salud incluidos en la ley 16.966 del régimen General de Garantías en Salud

Dentro de las 40 patologías nos encontramos con:

- Depresión en Mayores de 15 años y más Rol APS: Sospecha, confirmación diagnóstica y tratamiento la depresión leve y moderada.

Contenido: A todo paciente de 15 años y más que en consulta o control en APS, se le sospecha Depresión se derivará a atención por médico general quien confirmará el diagnóstico. El caso GES se crea a partir de la confirmación diagnóstica. Si se confirma Depresión Leve a Moderada se realizará tratamiento que corresponda en Atención Primaria. Si el médico de APS cree que se trata de Depresión Severa, derivará a consulta con especialista (psiquiatra) en el nivel secundario para tratamiento dentro de 30 días.

INDICADOR:

Nº de pacientes de 15 años y más tratados por Depresión.

Número de pacientes de 15 años y más, inscritos estimados con Depresión.

OBJETIVOS LOCALES:

Ingresar en el sistema GES a todos los pacientes con Depresión leve y moderada, acordes con los casos informados en los cortes de población

Ingresar en el sistema GES a todos los pacientes con Depresión severa, acordes con los casos informados en los cortes de población

Mantener la cobertura solicitada por el SSVSA de pacientes con depresión según prevalencia nacional y local

METAS

Lograr mantener en tratamiento a lo menos el 45 % de las personas entre 15 años de edad y más, que tengan el diagnóstico de Depresión y que estén inscritos en los consultorios de APS. Antecedentes y atención de pacientes con depresión de 15 y más años en el año 2006 a noviembre:

Llo Lleo	261	} Pacientes nuevos ingresados por Depresión (> de 15 años)
30 de Marzo	227	
Manuel Bustos	201	
Postas Rurales	25	

Total Comunal: 714 pacientes nuevos durante el año 2006 a Noviembre

Llo Lleo	} Pacientes bajo control años anteriores 2005 hacia atrás
30 de Marzo	
Bellavista	

Total Comunal: Pacientes antiguos bajo control en el año 2006

Meta año 2006 = 45% población (prevalencia 1,5 para hombres y 4,8 para mujeres)

Cumplimiento en el año 2005 = 50% de cobertura

Con 3 consultorios y 5 postas el año pasado nuestros resultados fueron:

Llo Lleo.	Meta	426	Cumplido	261	(pacientes nuevos)
Manuel Bustos.	Meta	90	Cumplido	270	(pacientes nuevos)
30 de Marzo	Meta	164	Cumplido	260	(pacientes nuevos)
Postas Rurales	Meta	33	Cumplido	25	(pacientes nuevos)

Cumplimiento un 45 % de ingresos nuevos en depresión en la población mayor de 15 años 715 personas. A noviembre se tiene el 99, 86%.

TASA DE PREVALENCIA DE DEPRESION EN LA POBLACION 2006:

- 4.5 % para hombres y mujeres

METAS POR CONSULTORIOS AÑO 2006

Dr. N. Fernandez Th.

Pob. Total = 26.444 aprox.

Pob. > de 15 años = 21050 per. *4,5%=947*45%=426 pacientes en total

Meta Total = 426 pacientes /12 meses = 36 ingresos al mes

Meta Realizada a Noviembre 261 (53%)

30 de Marzo.

Pob. Total= 11.047 habitantes

Pob.>de 15 años= 8102 per.*4,5%=364*45%=164

Meta total =164 pacientes /12 meses = 14 ingresos al mes

Meta realizada a Noviembre 227 (138%)

Manuel Bustos.

Pob.Total= 7023 habitantes

Pob.> de 15 años= 4469 pers.*4,5%=201*45%

Meta total = 90 pacientes/ 12 meses = 8 ingresos al mes.

Meta realizada a Noviembre 201 (223%)

El Asilo.

Pob. Total =212

Pob > de 15 años =169*4,5%=8*45%

Meta total = 4 pacientes/ 12 meses = 1 ingreso cada 3 meses.

Meta realizada 3

Cuncumen

Pob. Total 547

Pob > de 15 años=430 pers.*4,5%=19*45%=9

Meta total = 9 pacientes / 12 meses =3 ingreso cada 4 meses.

Meta realizada 6

San Juan.

Población .Total 422

Población > de 15 años= $337 * 4,5\% = 15 * 45\% = 7$

Meta total = 7 pacientes nuevos en 12 meses.

Meta Realizada 6

Leyda.

Población .Total 338

Población.> de 15 años= $266 \text{ per.} * 4,5\% = 12 * 45\% = 5$

Meta total = 5 pacientes nuevos en 12 meses.

Meta realizada 6

Lo Gallardo.

Población. Total 588

Población.> de 15 años $449 * 4,5\% = 20 * 45\% = 9$

Meta total = 9 pacientes / 12 meses= 1 paciente nuevo mensual.

Meta realizada 4

Total postas 25 realizado de una meta de 33 (75%)

Pese Al cumplimiento comunal es digno de análisis al observar los cumplimientos por centro de salud, y la población reconocida por FONASA y detallada por el SSVSA, el aumento en Consultorio Diputado Manuel Bustos y la baja en Dr. NFT, que refleja los movimientos poblaciones internos que se realizaron al crearse el CECOF en Cerro Alegre y al proceso de sectorización y creación del anexo Baquedano en el C.NFT.

METAS AÑO 2007 DEPRESION (tentativa)**Dr. N. Fernández Th.**

Población. Total = 23615 aprox.

Población. > De 15 años = $18485 \text{ per.} * 4,5\% = 831 * 45\% = 426$ pacientes en total

Meta Total = 373 pacientes /12 meses = 31 ingresos al mes

30 de Marzo.

Población. Total= 11.345 habitantes

Población.>de 15 años= $8406 \text{ per.} * 4,5\% = 378 * 45\% = 164$

Meta total =170 pacientes /12 meses = 14 ingresos al mes

Manuel Bustos.

Población total= 13063 habitantes

Población.> de 15 años= 9468 personas.*4,5%=426*45%

Meta total = 191 pacientes/ 12 meses = 16 ingresos al mes.

En Postas mantener metas del año 2006.....y población del año anterior

El Asilo.

Población. Total =212

Población > de 15 años =169*4,5%=8*45%

Meta total = 4 pacientes/ 12 meses = 1 ingreso cada 3 meses.

Cuncumen.

Población. Total 547

Población > de 15 años=430 personas.*4,5%=19*45%=9

Meta total = 9 pacientes / 12 meses =3 ingreso cada 4 meses.

San Juan.

Población .Total 422

Población > de 15 años= 337*4,5%=15*45%=7

Meta total = 7 pacientes nuevos en 12 meses.

Leyda.

Población .Total 338

Población.> de 15 años= 266 personas.*4,5%=12*45%=5

Meta total = 5 pacientes nuevos en 12 meses.

Lo Gallardo.

Población. Total 588

Población.> de 15 años 449*4,5%=20*45%=9

Meta total = 9 pacientes / 12 meses= 1 paciente nuevo mensual.

RESUMEN METAS AÑO 2007

DR. NFT 373

30 DE MARZO 170

MANUEL BUSTOS 191

POSTAS 33

COMUNAL 767 TOTAL AÑO 2007... SI SE MANTIENEN PREVALENCIA Y COBERTURA SOLICITADA.

ESTRATEGIAS

- Reforzar horas profesionales en el área de salud mental en Consultorio Bellavista (Psicólogo-Asistente Social)
- Sectorizar a los médicos y que éstos comiencen a atender integralmente a la población en los diferentes programas, incluyendo Salud mental.
- Seguir capacitando a los equipos por sector en Depresión
- Orientar y capacitar a los médicos según guía clínica de GES DEPRESIÓN, comprometiendo al equipo de salud en la pesquisa de la enfermedad.
- Realizar diagnóstico y confirmación por médico general de atención primaria según guía clínicas
- Apoyo administrativo de Asistente social realizando CIE 10 y cartolas de salud mental para optimizar tiempo de médico.
- Enseñar al equipo de salud el Flujo grama de atención para la atención de la Depresión, aplicando 3 preguntas de sospecha diagnóstica de depresión.
- Ingresar a talleres psicosociales de depresión a pacientes con depresión leve y moderada a partir de marzo del presente año.
- Derivar a nivel secundario a pacientes con depresión severa a través de Consultorías Psiquiátricas o vía telefónica.
- Desarrollar talleres, psicoterapia individual y consejerías por parte del equipo de salud para el tratamiento de la Depresión.
- Mantener tarjetero actualizado para los pacientes con diagnóstico de Depresión 2006 (mensualmente).
- Contabilización de los pacientes atendidos estadísticamente de manera trimestral.
- Contar con apoyo administrativo en la realización de estadísticas y entrega de cartolas de salud mental durante los controles de los pacientes.
- Informar a diario con hoja de registro GES los pacientes con depresión nuevos en atención y los antiguos. Deben realizarla los médicos (morbilidad y de salud mental), psicólogo y/o Asistente Social marcando las fichas para evitar duplicidad.

2.-CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS (RIESGO, PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA)

Se desconoce si este año se incorpora a patología AUGE este programa dirigido a adolescentes.

ADOLESCENTE

OBJETIVO APS: Detectar, diagnosticar, tratar oportunamente y referir cuando corresponda el consumo problemático, consumo perjudicial y dependencia de alcohol o drogas.

META EN PROGRAMA ADOLESCENTE. 100 % de los adolescentes detectados con consumo en riesgo de alcohol y drogas reciben intervención preventiva

INDICADOR:

Nº de adolescentes detectados con consumo en riesgo de alcohol y drogas que reciben int. Preventiva Nº total de adolescentes detectados con consumo en riesgo de alcohol y drogas.

ADULTO

OBJETIVO: Detectar, diagnosticar, tratar oportunamente y referir cuando corresponda el consumo problemático de alcohol o drogas (riesgo, abuso y dependencia)

META: Mantener la cobertura en consultorio Llo Lleo y aumentarla en los otros establecimientos de la APS municipalizada la atención a pacientes con consumo en riesgo y / o problema de alcohol y drogas.

OBJETIVO

Aumentar la cobertura comunal de los pacientes con consumo en riesgo y Problema de alcohol y drogas

Derivar al nivel secundario los pacientes con problemas de dependencia de alcohol y drogas

METAS: Incrementar la cobertura de Consumo problemático de alcohol o drogas

INDICADOR: Nº de personas inscritas de 20 años y más detectadas con consumo perjudicial o dependencia bajo control / Nº de personas inscritas de 20 años con consumo perjudicial o dependencia esperadas según Prevalencia.

ATENCIÓN DE POBLACION CON CONSUMO EN RIESGO Y CONSUMO PROBLEMA DE ALCOHOL Y DROGAS AÑO 2006.(al corte de septiembre)

Llo Lleo.	}	66 pacientes Bajo Control año 2006 alcohol y drogas
		11 pacientes nuevos al corte
Manuel Bustos.	}	42 pacientes Bajo Control año 2006 al corte.
		3 pacientes nuevos al corte
Postas Rurales	}	0 pacientes Bajo Control año 2006
		0 ingresos y pacientes años anteriores
30 de Marzo.		23 pacientes Bajo Control.
		8 pacientes nuevos al corte

META AÑO 2006 LLO LLEO = 37 pacientes a nivel preventivo

20 pacientes a nivel terapéutico

Total 57 pacientes cobertura del año/12 meses = 5 PACIENTES MENSUALES A NIVEL COMUNAL.

LLO LLEO TIENE 32 INGRESOS NUEVOS EN EL AÑO EN LOS 3 DIFERENTES CORTES 30 DE MARZO 23

D. MANUEL BUSTOS: 15

POSTAS: 0

TOTAL COMUNAL A SEPTIEMBRE 70 INGRESOS

ESTRATEGIAS:

Destinar número de horas médicas, psicológicas y de Asistente Social para ejecutar el programa.

Orientar y capacitar a todo el equipo de salud en la detección de la problemática de consumo problema y dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria y encuesta AUDIT

Comprometer al equipo de salud en el logro de esta meta y en la derivación guiada de los pacientes con estas problemáticas al programa de salud mental para recibir apoyo especializado.

Enseñar al equipo de salud y a SOME el flujograma de atención para los adolescentes con problemáticas de abuso y/o dependencia leve o moderada de alcohol y drogas.

FLUJOGRAMA

Desarrollar conserjerías, tratamientos y seguimientos a los adolescentes que se encuentren en control por abuso y/o dependencia leve o moderada de alcohol y drogas a cargo del o la Asistente Social y médico. Siendo derivado a atención psicológica solo en caso necesario.

Derivar en un 100% los pacientes con dependencia de alcohol y drogas al nivel secundario Unidad de Fármaco Dependencia (UFD).

Mantener tarjetero actualizado para los pacientes con diagnóstico de consumo en riesgo y problema de alcohol y drogas

Contabilización de los pacientes atendidos estadísticamente de manera trimestral.

3.-VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

OBJETIVO APS: Detectar, diagnosticar, tratar oportunamente y referir, cuando corresponda a las personas víctimas de Violencia intrafamiliar, con especial énfasis en mujeres.

META: 100% de las familias inscritas en las que se detecta violencia intrafamiliar (VIF), reciben intervención psicosocial individual o grupal, con enfoque familiar

INDICADOR N° de familias inscritas con VIF detectada que reciben intervención

Total familias con VIF detectadas) * 100

N° de mujeres que viven violencia

Total familias con VIF

METAS AÑO 2006 VIF

A CONTINUACION DETALLAMOS LO QUE SE ENCUENTRA A SEPTIEMBRE REALIZADO, POR CONSULTORIO Y O POSTA:

VIF

LAS LOMAS	43 ANUAL	86 REALIZADO A SEPTIEMBRE	200%
30 DE MARZO	17 ANUAL	32 REALIZADO A SEPTIEMBRE	188%
MANUEL BUSTOS	9 ANUAL	61 32 REALIZADO A SEPTIEMBRE	677%
CUNCUMEN	1 ANUAL	0 REALIZADO A SEPTIEMBRE	0
EL ASILO	0 ANUAL	0 REALIZADO A SEPTIEMBRE	0
LEYDA	1 ANUAL	5 REALIZADO A SEPTIEMBRE	500%
SAN JUAN	1 ANUAL	2 REALIZADO A SEPTIEMBRE	200%
LO GALLARDO	1 ANUAL	1 REALIZADO A SEPTIEMBRE	100%

ESTRATEGIAS

Destinar número de horas médicas, psicológicas y de Asistente Social para ejecutar el programa.

Orientar y recordar a todo el equipo de salud en la detección de la problemática de VIF a través de memo

Comprometer al equipo de salud en el logro de esta meta y en la derivación guiada de los pacientes con estas problemáticas al programa de salud mental para recibir apoyo especializado.

Enseñar al equipo de salud y a SOME el flujo grama de atención para las familias que son víctimas de VIF

Mantener coordinación con instituciones de la red.

Derivar casos de VIF grave a nivel secundario a través de consultorías.

IV.4.- PROGRAMA DEL ADOLESCENTE

Teniendo como proyección el modelo integral de salud que esta encaminado a la atención eficaz y oportuna de los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital y considerando que la población adolescente es un grupo frágil y vulnerable debemos enfocarnos en mejorar su calidad de vida, apoyando en momentos críticos con consejería, educación y estrategias de promoción de salud, detectando oportunamente alguna patología proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna si el caso lo amerita.

OBJETIVOS

Que los adolescentes reciban una atención oportuna, con privacidad y adecuada a las características de los adolescentes de hoy para lograr un desarrollo integral total.

Desarrollar la capacidad de auto cuidado mediante estilos de vida saludable.

Desarrollar actividades de promoción y prevención, intersectorialmente con participación comunitaria y de los propios adolescentes.

Proporcionar atención integrada de los problemas salud enfermedad con enfoque de riesgos.

Proporcionar atención integral a la adolescente embarazada.

ESTRATEGIAS

- a) .-Capacitar al equipo de salud y a gentes de la comunidad que trabajen con adolescentes sobre el manejo psicosocial de estos.
- b).-Coordinar con los establecimientos educacionales correspondientes a la jurisdicción del Consultorio para elaborar pautas de trabajo.
- c).-Realizar actividades educativas con un enfoque multidisciplinario a nivel del colegio y grupos juveniles de la comunidad.
- d).-Fortalecer el trabajo conjunto de salud y educación a través de las reuniones.
- e).-Aplicar al 100 % de los adolescentes inscritos en su consultorio la ficha CLAP encargada de detectar factores de riesgo biopsicosocial.
- f).-Realizar talleres educativos dirigidos a los alumnos y sus padres teniendo como prioridad mejorar los estilos de vida saludables.
- g).-Incorporar el trabajo en red con otras entidades que trabajen con adolescentes.
- h).-Realizar campañas educativas dirigidas a los niños mayores de 12 años sobre la prevención del SIDA.
- i).-Derivar si el caso lo amerita al 100 % de los adolescentes que se les haya detectado algún factor de riesgo.
- j).-Incentivar al adolescente al auto cuidado y protección y así tener una vida sexual segura.
- k).-Realizar visita domiciliaria integral al adolescente embarazada y su familia con el fin de apoyar frente al proceso.
- l).-Realizar el seguimiento de la madre adolescente, su hijo y el entorno familiar para así apoyar los proceso de crianza.
- m).-Incorporar la aplicación del control de salud preventiva (ESPA) debido al aumento considerable de factores de riesgo.

META: Detectar y derivación 100 % de adolescentes con primer episodio de Esquizofrenia.

Indicador: $n.$ de adolescentes con sospecha de primer episodio de EQZ / Total de adolescente inscritos en APS x 100.

META: Detección y tratamiento del 90 % de adolescente con Depresión Leve y Moderada.

Indicador: n. de adolescentes con Depresión leve y moderada tratada / Total de adolescentes en los que se detecto depresión x 100.

META: Detección y tratamiento del 20 % de los adolescentes con abuso y dependencia alcohol y drogas.

Indicador: n. adolescente con abuso y / o dependencia leve y moderada / total adolescentes en los

I- INSTALAR UN MODELO DE ATENCION DEL ADOLESCENTE

OBJETIVOS 1

Perfeccionar la modalidad de atención al adolescente adecuada a esta etapa de vida.

ESTRATEGIA

a-Definir un equipo de profesionales que realice el control de salud del adolescente

(Ficha CLAP)

b-Determinar un Flujograma para la aplicación de la Ficha Clap ; considerando la ficha anterior se puede presentar de la siguiente manera:

Primera parte

Examen de Salud del Adolescente, lo aplican medico, enfermera, matrona, nutricionista; estos profesionales derivan a Asistente Social para realizar la segunda parte , es decir, la entrevista que contiene la Ficha Clap.

OBSERVACIÓN

Se solicita realizar la Ficha Clap al 15% de la población en control; a continuación se presenta la cantidad a realizar por consultorio:

Consultorio	Nº de adolescentes en control	15 %
Néstor Fernández	5312	797
30 de Marzo	1784	268
Bellavista	1511	227
Postas	398	60

Según las cifras presentadas es difícil realizar esta cantidad de Fichas Clap; sobre todo en el Consultorio N.F.T; se necesita un equipo exclusivo para realizar el control; además implica a lo menos 45 minutos por cada paciente, lo cual afecta directamente al rendimiento diario de los profesionales, por lo tanto, se recomienda realizar la Ficha a los adolescentes que se presenten diariamente para obtener con claridad el numero real de pacientes en control.

La cantidad de adolescentes en control en el consultorio N.F.T no corresponde a la real , si bien es cierto se presentan 5.312 estos corresponden al registro de los profesionales que atienden

diariamente en donde un adolescente puede ser visto por medico y nutricionista, registrándose dos intervenciones .

Para llevar un registro real de los controles se recomienda que la Asistente Social lleve un registro de las Clap realizadas para obtener un registro real de la población en control.

OBJETIVOS 2

Favorecer la asociatividad en el adolescente

ESTRATEGIA

Incorporar a 15 adolescentes al Consejo Local de Salud para tener acceso a las postulaciones de Proyectos Sociales a los distintos Fondos Concursables (Conace, INJUV, Fosis, etc).

II- ESTADO NUTRICIONAL DEL ADOLESCENTE

OBJETIVOS 1

Evaluar el estado nutricional y recomendar alimentación del escolar según guías vigentes

ESTRATEGIA

a).-Nutricionista realiza al 100% de los adolescentes pesquisados con la Ficha CLAP como bajo peso o sobrepeso, el control y seguimiento de su estado de salud.

b).-Nutricionista educa a los padres de los adolescentes antes mencionados sobre la mantención de un buen estado de salud a través de una adecuada alimentación. Aplica a grupos de 10 padres cada 15 días, durante 45 minutos.

c).-La misma actividad se recomienda realizar en los establecimientos educacionales, que Registren la mayor población con problemas de obesidad y bajo peso.

III- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

OBJETIVOS 1

Reducir el embarazo no planificado en el adolescente

ESTRATEGIA

Matrona realiza

a.- Consejería al 100% de los adolescentes, pesquisados como de Riesgo Social, sobre prevención del embarazo; enfermedades de Transmisión Sexual ETS.

b.- Educación a grupos de adolescentes sobre prevención del embarazo y ETS; tanto en cada consultorio como en establecimientos educacionales definidos como de riesgo.

OBJETIVOS 2

Reducir el número de segundo embarazo en adolescente

ESTRATEGIA

a).-Matrona y Asistente Social realizan Educación, seguimiento y Visita integral a domicilio a todas las madres adolescentes.

IV- DISMINUIR EL CONSUMO DE TABACO EN MUJERES EN EDAD FERTIL.

OBJETIVOS

Disminuir el consumo de tabaco en mujeres adolescentes mayores de 15 años

ESTRATEGIA

a).-Coordinar con Promoción de la Salud la participación de los adolescentes pertenecientes al Consejo Local de Salud en las actividades PROMO 2006.

GES

OBJETIVOS

Realizar monitoreo y seguimiento de patologías GES priorizadas en el adolescente para el cumplimiento oportuno de las garantías explícitas en salud:

- Sospecha primer episodio de esquizofrenia
- Depresión leve y moderada
- Cáncer adolescente

ESTRATEGIA

Coordinación con equipos GES para el seguimiento de los pacientes

V-CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

OBJETIVO

Realizar el control y seguimiento de pacientes entre 15 y 18 años con AUDIT positivo
Prevenir el consumo de alcohol y drogas en adolescentes beneficiarios del consultorio

ESTRATEGIA

Coordinación con el Programa de Salud Mental

SALUD ORAL ADOLESCENTES DE 12 AÑOS

OBJETIVOS

Realizar el seguimiento de los pacientes adolescentes de 12 años con alta odontológica

ESTRATEGIA

a).-Coordinación con el Programa Dental para realizar el seguimiento de los pacientes

Coordinadora del Programa: Asistente Social Marcela Silva (Anexo Baquedano)

IV.5.- PROGRAMA DE LA MUJER

La condición de la mujer es central en el desarrollo humano y de las sociedades: sobre ella recae la responsabilidad, y los riesgos, del proceso reproductivo, tanto en lo biológico como en lo social, restringir la salud de las mujeres solo a la salud materno – infantil y a la vida reproductiva, resulta hoy plenamente insuficiente al omitir otras dimensiones de gran importancia, con la mujer vista como un sujeto que desempeña una amplia gama de roles en la sociedad contemporánea, y a la luz de los nuevos desafíos epidemiológicos que enfrenta el país.

La mujer como principal responsable de la salud y educación familiar, tiende a asumir estas múltiples tareas descuidando sus necesidades, con el obvio deterioro de su propia condición.

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

El cuidado de la salud de la mujer, es un derecho esencial cuya satisfacción adecuada es nuestra responsabilidad; la participación en el cuidado de la propia salud y de su grupo familiar es un tarea que como Centro de Salud de la IMSA estamos obligados a cumplir, dando cumplimiento a las normas ministeriales del Programa de la Mujer y considerando la realidad y las características propias de la mujeres de la Comuna

EVALUACIÓN 2006

Respecto de metas prioritarias, a Noviembre 2006:

1.- Ley 19.813 COBERTURA DE PAP

	SOLICITADA	LOGRADA
C. N. FDEZ TH.	68%	68.4%
M. BUSTOS	68%	141.4%
30 de MARZO	68%	68.5%
POSTAS RURALES	80%	110.0%

2.- ÍNDICE ACTIVIDADES GENERALES

Cobertura ingreso precoz de embarazo, solicitada en cada semestre móvil = 85%

Cobertura lograda a nivel comunal = Promedio 87%

Respecto del Mejoramiento de la Calidad de Atención

- 1.- Creación de nuevos centros de atención: Anexo Baquedano, Cecof
- 2.- Sectorización Consultorio N. Fernández Thomas
- 3.- Incremento de recursos humanos en horas matrona
- 4.-Adquisición de nuevo Ecógrafo

METAS PRIORITARIAS

LEY 19.813

1.- Cobertura de PAP mujeres de 25 a 64 años

Consultorio Dr. Néstor Fernández Th.	= 69%
Consultorio 30 treinta Marzo	= 68%
Consultorio Manuel Bustos Huerta	= 68%
Postas Rurales	= a definir según población a percapitar

ESTRATEGIAS

- 1.-Desarrollo de sistema organizado de actividades que establezca profesionales responsables de su conducción, coordinación y evaluación.
- 2.-Destinar horas matrona para la detección y derivación del cáncer cérvico uterino.
- 3.-Sensibilización de todo el equipo de salud.
- 4.-Capacitación continua de profesionales que participan en el programa.
- 5.-Capacitación al personal del SOME para la entrega de horas rápida y oportuna en mujeres de riesgo.
- 6.-Realizar campañas educativas y promocionales en la comunidad para PAP.
- 7.-Implementación del día PAP.(sábados según necesidad)
- 8.-Comprobación de PAP vigente en todas las actividades que involucra a mujeres entre 25 y 64 años.
- 9.-Mantenimiento actualizado de tarjeteros.
- 10.-Toma de PAP cada 3 años a mujeres entre 25 y 64 años.
- 11.-Cumplir con protocolo AUGE.
- 12.-Derivar al programa de salud de la mujer a toda consultante entre 25 y 64 años que no se ha realizado nunca el PAP o se encuentra atrasada en su examen.
- 13.-Captación de mujeres entre las funcionarias.
- 14.-Educación individual y grupal para adhesividad de las mujeres al programa.
- 15.-Verificación de la evolución del protocolo, derivaciones, tratamiento y asistencia de mujeres referidas al nivel secundario.
- 16.-Evaluación trimestral del progreso del programa, según metas.
- 17.-Definir responsabilidades individuales y colectivas respecto a metas.

18.-Asegurar la cantidad y calidad de insumos y equipos necesarios para toma de PAP.

19.-Visitas domiciliarias a pacientes inasistentes y pasivas en toma de PAP.

20.-Visitas domiciliarias a pacientes inasistentes a patología cervical.

21.-Coordinación con citodiagnóstico para verificación de vigencia de PAP en mujeres

Inasistentes

2.-A) Altas odontológicas integrales de primigestas

Cobertura solicitada 75%

B) Altas odontológicas en no primigestas

Cobertura solicitada 20%

ESTRATEGIAS

- Destinar horas odontológicas necesarias para la ejecución del programa
- Inicio precoz del control prenatal para derivación inmediata al programa dental
- Usar criterios de priorización en la referencia a dental (primigestas – embarazadas en riesgo de parto prematuro)
- Sensibilización del equipo de salud para logro de las metas
- Facilitar coordinación con SOME para las citaciones del grupo objetivo
- Identificar claramente en hojas de referencia al grupo de riesgo
- Efectuar evaluación odontológica y tratamiento según patología dental
- Rescate de Embarazadas e inasistentes
- Reforzar coordinación del programa de salud de la mujer con equipo del programa dental.
- Crear sistema de registro de atenciones dentales en control prenatal
- Mantención actualizada de registros en ficha dental
- Educar a las embarazadas y sus parejas en medidas de auto-cuidado, riesgos y consecuencias de enfermedades dentales
- Promover la adhesividad al control dental
- Promover en las gestantes y sus parejas actitudes favorables a la salud bucal de su hijo.
- Definir responsabilidades individuales y colectivas en el logro de las metas.
- Monitoreo y evaluación trimestral del avance del programa

3.-Malnutrición por exceso en púerperas de 6º mes

Cobertura solicitada < 58% ESTRATEGIAS

ESTRATEGIAS

- Evaluación del índice de masa corporal de todas las mujeres en control preconcepcional.
- Al ingreso de embarazo diagnosticar estado Nutricional
- Orientar a la embarazada respecto al incremento deseado durante la gestación
- Derivación a nutricionista a embarazadas enflaquecidas, sobrepeso y obesos
- Entregar al ingreso, una lista con alimento recomendados según estado nutricional

- Verificar estado nutricional al sexto mes post-parto,
- Derivar a control nutricional a mujeres sobrepeso y obesas post-parto
- Coordinación con SOME para atención matrona y nutricionista
- Mejorar registros en ficha clínica
- Definir responsabilidades individuales y colectivas en el cumplimiento de metas
- Evaluación trimestral de la evolución del programa
- Rescate de puérperas inasistentes.

4.-Agenda en some 100%

Meta cumplida en todos los consultorios

METAS AUGE

100% de derivación en sospecha de cáncer de mama

100% de derivación de mujeres con PAP positivo

100% de derivación de embarazadas con síntomas de parto prematuro

INDICE DE ACTIVIDADES GENERALES

Lograr una cobertura del 85% de ingreso precoz al control prenatal (antes de las 14 semanas)

ESTRATEGIAS

- Destinar horas matrona para asegurar el ingreso precoz al control prenatal
- Informar a las mujeres en edad fértil la importancia del control precoz del embarazo
- Orientar a las mujeres en control preconcepcional y aquellas que planifican un embarazo la importancia y métodos de detección precoz de la gestación
- Motivar al equipo de salud para la derivación precoz a los controles prenatales
- Incorporar en toda consulta médica, odontológica, crónicos, nutricional, social, la pregunta sobre fecha de última regla o sospecha de embarazo
- Capacitar a personal de SOME para captación y entrega de horas a mujeres que consultan por sospecha de embarazo
- Establecer diagnóstico precoz del embarazo, utilizando métodos de laboratorio (test de embarazo), ecografías)
- Asegurar en cada centro de salud la existencia de test de embarazo
- Ingreso a control prenatal inmediatamente realizado el diagnóstico de embarazo
- Destinar horas ginecólogo para la realización de ecografías y atención de consultas obstétricas
- Definir responsabilidades individuales y colectivas en el logro de la meta
- Evaluación mensual del desarrollo del programa e información oportuna de semestres móviles.

ORIENTACIONES PROGRAMÁTICAS

CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

El objetivo de la atención es apoyar el proceso de autonomía progresiva, de modo que las y los adolescentes cuenten con información y servicios adecuados para que puedan tomar decisiones en favor de su salud y calidad de vida, en el marco de relaciones intergeneracionales positivas y cercanas, de una integración social activa y con equidad de género³. Desde el punto de vista sanitario, la enorme energía disponible para nuevos aprendizajes y el interés por explorar el mundo que caracterizan la adolescencia, permite a las personas culminar su proceso de desarrollo y a construir para si mismos una identidad que se proyectará en la vida adulta, lo que representa un período de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, equitativas y Solidarias.

	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Tema/ Prioridad Salud Sexual y Reproductiva	Realizar Consejería en SSR, en adolescentes de 14 a 19 años	% de adolescentes de 14 a 19 años con consejería en SSR realizada, del total de adolescentes inscritas o beneficiarios de 14 a 19 Establecer Línea base	Nº de adolescentes 14 a 19 años que reciben Consejería en SSR para prevenir embarazos no planificados	aproximado 2007 = 5%
	Reducir el número de madres adolescentes que presentan un nuevo embarazo	El 100% de puérperas adolescentes ingresan a control de regulación de fertilidad Establecer línea base	Nº de madres adolescentes con un nuevo embarazo / nº de madres adolescentes bajo control Madres adolescentes en programa regulación de fecundidad / Nº madres adolescentes *100	<i>REM 01</i> <i>Aproximado 2007 = 85%</i>

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante frente a la patología crónica y aquellos problemas del Ámbito psicosocial.

La relación de estos 2 grupos con la salud familiar es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación.

Su presencia afecta la dinámica familiar y la dinámica familiar es factor que influye positiva o negativamente en su evolución. El logro de mejores indicadores sanitarios estará relacionado con lo que los equipos puedan hacer en materia de enfoque familiar y comunitario.

CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

El principal desafío en esta etapa de la vida es generar las condiciones para que los adultos mayores, los más activamente a la sociedad, puedan mantener una calidad de vida tal que le otorgue sentido de pertenencia y utilidad aún cuando parte de su funcionalidad haya mermado. Mantener una vida activa, en armonía con la familia (cuando ésta exista) y/o con las redes sociales, ayudará a mantener la funcionalidad, evitando el deterioro y la postración.

El actual nivel de desarrollo del modelo de abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la calidad de vida, nos obliga hoy día a enfrentar el desafío de consolidar esta atención del adulto mayor con una atención Integral de mayor resolutivez y de satisfacción usuaria. Junto con ello se debe mejorar el nivel técnico de los cursos humanos, a través de la capacitación continua.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que dificulten su acceso.

Tema/ Prioridad	Objetivos	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Salud Sexual y Reproductiva	Promover vida sexual satisfactoria en el adulto mayor	Introducir el tema sexualidad en la Historia clínica del adulto mayor, evaluando su pertinencia	Propuesta del equipo en torno al tema	Manejo local Talleres para y funcionarios

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA MUJER

En general la salud de la mujer ha sido vinculada fundamentalmente al proceso reproductivo, el cual corresponde sólo a un ámbito de su ciclo vital. Al momento actual, dado el importante rol que cumplen las mujeres en la

vida de la sociedad, se requiere un cambio en el modelo de atención, con un enfoque integral y personalizado que dé respuesta a sus necesidades y expectativas a través de la vida.; este cambio implica considerar, junto a los aspectos biológicos en los cuales ha estado centrada tradicionalmente la atención, los aspectos psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad, y reconocer la capacidad de las personas de decidir y asumir responsablemente un papel protagónico en el logro y mantención de su condición de salud.

En el ámbito reproductivo, la personalización de la atención ayuda a las personas, mujeres y hombres, a asumir

un rol protagónico en un evento altamente significativo para la vida de las familias y de la sociedad en su conjunto.

El enfoque de salud familiar, en un contexto de participación social y comunitaria (apoyo intra familiar, creación y fortalecimiento de redes, asociatividad), representa una oportunidad de promover un importante cambio en la cultura sanitaria de nuestro país.

Tema/ Prioridad	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
------------------------	-----------------	--------------	------------------	------------------------------

Tema/ Prioridad	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Salud Sexual y Reproductiva (conducta sexual)	Favorecer la toma de decisiones informada en Salud sexual y reproductiva.	100% de personas que soliciten servicios de Regulación de la Fertilidad, reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva	(Nº de personas que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva / Nº de personas que soliciten servicios de Regulación de la Fertilidad)*100	REM P 01 Aproximado 2007 = 100%
		Consejería pre y post test al 100% de las personas que requieren Test de Elisa para VIH	Nº de consultantes que reciben consejería pre y post test para VIH / Total personas que acceden al Test de Elisa x 100 (indicador de uso local)	REM 19 Aproximado 2007 = 100%
Apoyo al proceso reproductivo.	Promover la participación de las personas (mujer, hombre, parejas) en la toma de decisiones a lo largo del proceso reproductivo.	Incrementar en un 5% los controles de embarazadas que acuden con acompañantes (pareja, otro) a su control prenatal.	(Nº de controles de embarazadas que asisten con a su control pre natal / Total de embarazadas en control)*100	REM 27 Aproximado 2007= 10%
	Aumentar capacidad de autocuidado y preparación para el parto en mujer y pareja o acompañante	100% primigestas participan en taller educativo sobre embarazo, parto y puerperio % creciente participa acompañada	Nº de primigestas asiste a taller / total de primigestas Nº de primigestas acuden a taller acompañadas /total primigestas x 100	REM 19 Aproximado 2007= 85%

Tema/ Prioridad	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
	Manejo oportuno de las condiciones de riesgo BPS del entorno personal y familiar.	100% Visita domiciliaria integral a embarazadas de riesgo y/o inasistentes a control	Nº de VDI a embarazadas de riesgo y/o inasistentes / Total embarazadas en riesgo x 100	REM 01 Aproximado 2007= 85%
		Incrementar el % de controles de puérperas y RN en domicilio.	Nº de controles en domicilio a puérperas / Total de puérperas x 100	REM 26 Aproximado 2007= 50%
		100% de las embarazadas en riesgo reciben intervención con enfoque familiar	Nº de familias con embarazada en riesgo que reciben intervención / Total embarazadas en riesgo x 100	Aproximado 2007 = 85%
	Control precoz del RN	100% de las puérperas y RN son atendidos antes de los 7 días (en Consultorio o domicilio)	Nº de controles realizados a puérpera y recién nacido antes de los 7 días del alta / Total de puérperas x 100	REM 01 Aproximado 2007= 95%
	Ofrecer taller para mejorar las competencias de los padres en la crianza	10% de los padres participan en taller crianza inicial de los hijos	Nº de padres que asiste a taller de apoyo a la crianza / Total de embarazadas x 100	Aproximado 2007 = 20%
	Acompañar en duelo a familias con abortos o mortinatos	100% de VDI a familias con abortos o mortinatos	Nº de VDI y/o intervención en crisis / Total familias con aborto o mortinato x 100	REM 26 Aproximado 2007= 100%
	Orientar en regulación de fecundidad a personas que soliciten anticoncepción	100% de personas que solicitan anticoncepción de emergencia reciben Consejería en salud sexual y	Nº de mujeres que solicitan píldora del día después y reciben consejería /total mujeres que solicitan	REM 26 aproximado 2007= 100%

Tema/ Prioridad	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
	de emergencia	regulación de fertilidad	anticoncepción de emergencia	
Salud integral de la mujer adulta	Enfoque integral del climaterio	Incrementar en un 5% el número de mujeres con climaterio bajo control con enfoque integral	Nº de mujeres 45 a 64 años bajo Control de Climaterio/ Población total de mujeres climatéricas inscritas (45-64 años) *100.	REM P 01 Aproximado 2007= 10%
		50% de mujeres entre 45 y 64 años, trabajadoras del Centro de salud participan en taller de climaterio	Nº mujeres trabajadoras de 45 a 64 años participan en taller /total mujeres trabajadoras de 45 a 64 años x 100	REM 19 Aproximado 2007 = 60%
Intervención Nutricional a través del ciclo vital para la prevención de Obesidad	Detener el aumento de malnutrición por exceso en mujeres Puérperas.	Mantener o disminuir el % promedio nacional de 58%, de la población de mujeres con malnutrición por exceso (obesas mas sobrepeso) al control del 6º mes post parto	(Nº de mujeres obesas y con sobrepeso en el control del 6º mes post parto a dic 2007/ Total de mujeres en control al 6º mes post parto x 100	Numerador y Denominador en REM 01 Aproximado 2007 = 58%

Tema/ Prioridad	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Salud Bucal de la Mujer	Recuperar la Salud Bucal de las Primigestas y no Primigestas	Alcanzar a lo menos un 75% de cobertura en altas odontológicas totales integrales en embarazadas primigestas bajo control	(Nº de primigestas con altas totales odontológica / Nº total de primigestas bajo control x100	REM 09 Aproximado 2007= 75%
		Alcanzar a lo menos un 20% de cobertura en altas odontológicas totales integrales en embarazadas No primigestas bajo control	(Nº de No primigestas con altas totales odontológica / Nº total de primigestas bajo control x100	Aproximado 2007 = 20%
	Colaborar a prevenir el parto prematuro y bajo peso al nacer.	Alcanzar un 90 % de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" en embarazadas de Riesgo de Parto Prematuro bajo control en el consultorio	(Nº de embarazadas en riesgo egresadas de Tratamiento de Desinfección Bucal Total / Nº de Embarazadas en riesgo derivadas desde Servicio Maternal) x100	Aproximado 2007= 50%

Tema/ Prioridad	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Cáncer de Mama	Medir el porcentaje de mujeres con mamografías informadas como Birads 4 ó 5 ó 6 del total de mamografías del PRE, en la APS.	Que el 100% del Servicio de Salud cuenten con la medición, según BIRADS, del total de las mujeres con mamografías realizadas por el PRE de APS. % referencial para Birads 4 ó 5 ó 6 del total: 2 %	Nº mujeres con informe de mamografía Birads 4 ó 5 ó 6 del total de mamografía del PRE y solicitadas en APS durante el 2006 / Total de mujeres que se realiza mamografía solicitada en APS dentro del PRE, durante el 2006 *100	Tarjetero del Programa Cáncer de Mama del NPA. Interconsulta de derivación GES. Registros del PRE de la APS Aproximado 2007= 100%
Cáncer Cervicouterino	Aumentar la pesquisa precoz del Cáncer Cervicouterino en los grupos de riesgo.	70% cobertura PAP vigente en mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas o asignadas	Nº mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas o asignadas año 2006 con PAP vigente en los 3 últimos años / Total mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas o asignadas año 2006. *100	REM12 Citoexpert. Meta prioritaria , cobertura según consultorio

IV.6.- PROGRAMA CARDIOVASCULAR

ORIENTACIONES PROGRAMATICAS COMUNAL 2007

INTRODUCCION

En relación a los múltiples desafíos que se han puesto en el quehacer de la Salud, de acuerdo al proceso de Reforma, nos obliga a tener un conjunto de orientaciones que faciliten el enfrentamiento de estos, de forma armónica, clara, libre de aspectos que confundan y que entreguen a los equipos elementos suficientes que le permitan seguir orientando o reorientando sus acciones, para dar respuesta a las prioridades locales y aquellas que sin ser prioridades constituyen el conjunto de necesidades de Salud.

En realidad a la población adulta, el enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante frente a la patología crónica y aquellos problemas del ámbito psicosocial.

La relación de estos dos grupos en la salud familiar es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación.

Su presencia afecta la dinámica familiar, y la dinámica familiar es factor que influye positiva o negativamente en su evolución.

El logro de mejores indicadores está relacionado con lo que los equipos puedan hacer en materia de enfoque familiar y comunitario.

OBJETIVO GENERAL

Es prolongar la vida saludable, mejorando la salud de la población prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad.

Reducir la morbi-mortalidad por enfermedades cardiovasculares mediante la prevención y el tratamiento oportuno y efectivo de aquellos pacientes con factores de riesgo cardiovascular y/o enfermedades cardiovasculares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Detección de factores de riesgo o patologías en una etapa temprana del curso de la enfermedad para intervenir en medidas preventivas.

Reducir la morbi-mortalidad y las secuelas por patología cardiovascular a través de la pesquisa temprana, coberturas adecuadas de control y educación a la población.

Aumentar la proporción de pacientes en control con riesgo cardiovascular compensados.

ESTRATEGIAS

- Promover hábitos de vida saludable a través de talleres participativos multidisciplinarias.
- Estimular a todos los pacientes que se realizan el EMP a que se realicen todos los exámenes que se indican, considerando que el EMP es anual y las intervenciones educativas deberían implicar algún cambio favorable de conducta de las personas. Focalizar la búsqueda activa en el grupo de pacientes de 35 a 54 años mediante el EMP.
- Se requiere una búsqueda activa de la población más joven y de los varones especialmente, quienes tienen una baja demanda de controles de salud.
- Para el manejo de los problemas se debe utilizar las Guías Clínicas GES, considerando los criterios de calidad en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Incorporar desde su ingreso al paciente actividades grupales de educación para la salud, actividad física y monitoreo de aquellos que presentan uno o más factores de riesgo (auto ayuda en Diabetes).
- Se propiciara la implementación de Módulos de Obesidad / Actividad Física, para la incorporación de las personas bajo control por malnutrición por exceso o patología cardiovascular.
- Todo paciente descompensado recibirá acción centrada en la familia, tales como visita domiciliaria integral o consejerías familiares u otras que el equipo defina.
- A todo paciente con Diabetes se deberá realizar HbA1c por lo menos 3 veces al año.
- Disminuir el porcentaje de pacientes inasistentes a control a través de visitas domiciliarias multidisciplinarias.
- Realizar atención domiciliaria integral a los pacientes secuela dos y oncológicos terminales.
- Capacitar constantemente al equipo de salud, tanto en la promoción de salud en la comunidad, como en el manejo de los usuarios con riesgo cardiovascular.

- Contratar el recurso humano profesional y técnico de acuerdo a metas y necesidades 2007 del programa.

POBLACIONES GENERALES DEL ADULTO 2007

CONSULTORIO NESTOR FERNANDEZ

Total: 25.615

Adulto total: 20 - 64 años = 15.239

44 años = 9.675

45 - 54 años = 3.454

55 - 64 años = 2.110

Adulto mayor: 65 y más años = 2.264

65 a 69 años = 763

70 y más = 1.501

CONSULTORIO 30 DE MARZO:

Total: 11.345

Adulto total: 20 a 64 años: 6.543

20 a 44 años: 4.470

45 a 54 años: 1.206

55 a 64 años: 867

Adulto mayor: 65 y más : 762

65 a 69 años: 281

70 y más años: 481

CONSULTORIO MANUEL BUSTOS HUERTA

Total: 13.063

Adulto total: 20 a 64 años: 7.245

20 a 44 años: 4.969

45 a 54 años: 1.437

55 a 64 años: 839

Adulto mayor: 65 y más: 829

65 a 69 años: 305

70 y más años: 524

INDICE DE ACTIVIDADES GENERALES APS 2007

- ✓ Personas Diabéticas Estimadas: Prevalencia 5 %
- ✓ Personas Hipertensas Estimadas: Prevalencia 20 %
- ✓ Cobertura de Diabetes Mellitas 2. Meta anual 83%
- ✓ Cobertura de Hipertensión Arterial: Meta anual 68 %
- ✓ Cobertura de EMP de 20 a 64 años .Meta 15 %
- ✓ Cobertura de EFAM de 65 y más años: Meta 45 %

Consultorio Néstor Fernández Thomas :

- ✓ Personas Diabéticas estimadas: Prevalencia 5% : 875
- ✓ Personas Hipertensas estimadas: Prevalencia 20 % : 3.500
- ✓ Cobertura de Diabetes Mellitas tipo 2 : META ANUAL : 83 % = 726
- ✓ Cobertura de Hipertensión primaria : META ANUAL : 68 % = 2.380
- ✓ Cobertura de Examen de Medicina Preventiva (EMP) 20 a 64 años: META ANUAL: 5 % = 2.285
- ✓ Cobertura de Evaluación Funcional del Adulto de 65 y más años : META POR SEMESTRE MOVIL : 45 % = 1.018

Realizar EMP mensual: 10 meses = 228 cada mes.

Realizar EFAM mensual: 10 meses = 102 cada mes.

Consultorio 30 de Marzo

Personas Diabéticas estimadas: Prevalencia 5% : 365

Personas Hipertensas estimadas: Prevalencia 20 % : 1.461

- ✓ Cobertura de Diabetes Mellitas tipo 2 : META ANUAL : 83 % = 302
- ✓ Cobertura de Hipertensión primaria: META ANUAL: 68 % = 993
- ✓ Cobertura de Examen de Medicina Preventiva (EMP) 20 a 64 años: META ANUAL: 5 % = 981
- ✓ Cobertura de Evaluación Funcional del Adulto de 65 y más años: META POR SEMESTRE MOVIL: 45 % = 343

Realizar EMP mensual: 10 meses = 98 cada mes.

Realizar EFAM mensual: 10 meses = 34 cada mes.

Consultorio Manuel Bustos Huerta :

Personas Diabéticas estimadas: Prevalencia 5% : 404

Personas Hipertensas estimadas: Prevalencia 20 % : 1.615

- ✓ Cobertura de Diabetes Mellitas tipo 2 : META ANUAL : **83 %** = 335
- ✓ Cobertura de Hipertensión primaria : META ANUAL : **68 %** = 1.098
- ✓ Cobertura de Examen de Medicina Preventiva (EMP) 20 a 64 años : META ANUAL : 5 % = 1.087
- ✓ Cobertura de Evaluación Funcional del Adulto de 65 y más años : META POR SEMESTRE MOVIL : 45 % = 373

Realizar EMP mensual: 10 meses = 109 cada mes.

Realizar EFAM mensual: 10 meses = 37 cada mes.

METAS DE DESEMPEÑO COLECTIVO LEY 19.813 2007

Numero de Hipertensos bajo control de 20 a 64 años con presión < 130/85

META: 51 %

Numero de Diabéticos bajo control de 20 a 64 años con hemoglobina glicosilada <7

META: 30%

Dra. Elinori Mejia F.

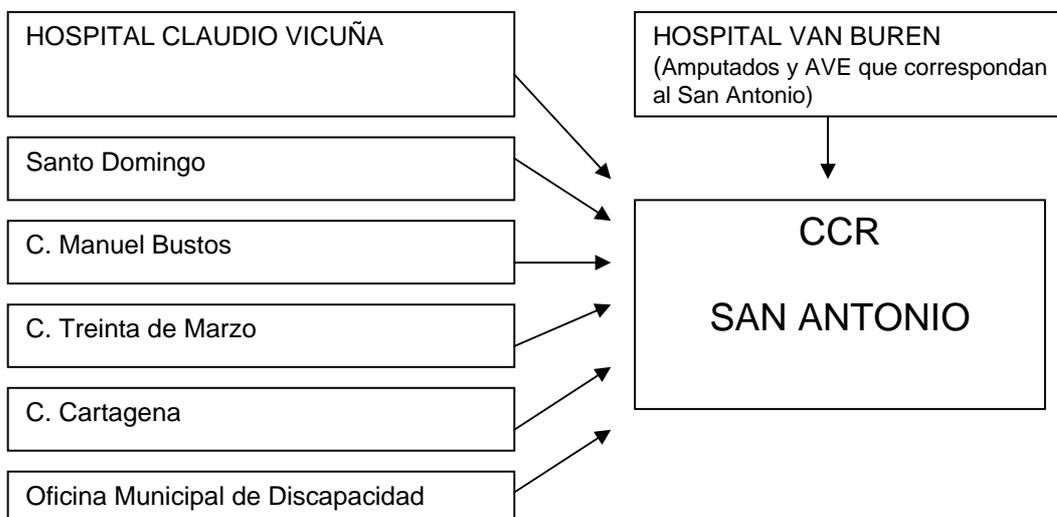
IV.6.- CENTRO DE REHABILITACIÓN “SAN ANTONIO DE PADUA”

1.-FECHA DE INICIO DEL PROGRAMA

El equipo actual inicia sus actividades en Abril del año 2005, en el Club de Rayuela de la Población 30 de Marzo y realizando atención en terreno de pacientes discapacitados y postrados. Posteriormente 11 de Octubre del mismo año se entrega el Centro de rehabilitación y se inician en conjunto las actividades en el mismo. Esta Instancia fue financiada por la Embajada de Japón en conjunto a FONADIS

2.-COBERTURA PROYECTADA.

Según las últimas coordinaciones con la red de rehabilitación perteneciente al SSVSA la cobertura del Centro de Rehabilitación en una primera instancia sería:



3.-ROL DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DE LA COMUNA.

La Rehabilitación con Base Comunitaria es una estrategia del modelo de Salud Familiar orientada a entregar servicio de rehabilitación física a las personas y entregar el soporte individual, familiar y comunitario que les permita su plena incorporación de acuerdo a sus capacidades y a su medio ambiente, sea este la familia, la escuela, el trabajo, o la pertenencia a grupos sociales, así como también fortalecer las capacidades rehabilitadoras en la familia y la comunidad, transfiriéndoles tecnologías y habilidades específicas.

El desafío del actual modelo es incorporar la rehabilitación y a las personas con discapacidad en las acciones de la salud, en este sentido, además de mejorar la oferta de servicios de rehabilitación física, es preciso establecer los nexos permanentes con el equipo de atención primaria que entrega los cuidados de salud general y las herramientas de la familia para el autocuidado.

La Red Asistencial de cada Servicio de Salud debe organizarse para resolver de manera efectiva los problemas de salud de la población con los establecimientos pertenecientes a la red pública, incorporar los establecimientos de atención primaria y aquellos en convenio.

La rehabilitación no finaliza sin la integración social de las personas con discapacidad, partiendo por la red familiar, social, así mismo las redes intrasectoriales son las encargadas del soporte en salud, las intersectoriales e intergubernamentales deben organizarse para optimizar los recursos del Estado en este tema y ofrecer un abanico de alternativas de inclusión a la sociedad (salud, educación, trabajo). Esta actividad no puede estar ausente y obliga a los equipos de salud a mantener dentro de sus actividades habituales este tipo de coordinaciones.

Principios orientadores

Derecho del ciudadano a obtener cuidados de salud orientados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Enfoque inclusivo entendiendo que la persona debe incorporarse a la sociedad independientemente de las capacidades y/o habilidades que este tenga

Protección desde el punto de vista económico, pues la condición de discapacidad genera mayor pobreza en las personas y la familia, se pretende romper con este círculo mejorando las oportunidades de rehabilitación.

Apoyo al cuidador, rol que recae generalmente en una mujer cuyas posibilidades de incorporación al mercado laboral o a la vida social se ven limitadas.

Recuperar este capital humano para integrarlo a la vida social y productiva.

Enfoques de salud familiar

Incorpora el enfoque familiar, dando continuidad en los cuidados en el ciclo salud enfermedad y a lo largo del ciclo vital, desarrollando en la familia habilidades para realizar la rehabilitación en ese ámbito, apoyo al cuidador y alternancia en el cuidado incorporando a más de un miembro de ella en la capacitación en este aspecto.

Atención en una red de servicios

La atención está dada en una red de servicios articulada que comprende la atención primaria y los niveles hospitalarios de mayor complejidad, siendo preferentemente ambulatoria y asegura la hospitalización y la atención de rehabilitación especializada en los períodos agudos, punto desde el cual la persona será enviada a los CCR (Centro Comunitario de Rehabilitación) para dar

continuidad a los cuidados e incorporarse al medio ambiente familiar y social, el camino inverso cuando desde la atención primaria se requiera atención de mayor especialización. (Orientaciones Enfoque Rehabilitación de base comunitaria RBC)

4.-PROTOCOLOS DE FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO.

PACIENTES BENEFICIARIOS Y COBERTURA CENTRO REHABILITACIÓN.

- ✓ Población con Discapacidad pertenecientes a la Comuna de San Antonio desde los 18 años de edad.
- ✓ Paciente beneficiario FONASA.
- ✓ Paciente con discapacidad leve y moderada.
- ✓ Presente patología aguda que requiera de Fisioterapia ambulatoria y/o Rehabilitación Física. Por ejemplo: Lumbago, Tendinitis, Contracturas musculares, Esguince, artritis, desgarros, entre otras.).
- ✓ Paciente Secuelado de AVE.
- ✓ Traumatismo Raquimedular.
- ✓ Post Operado de Cadera luego del alta Hospitalaria.
- ✓ Daño Orgánico Cerebral (Multidéficit).
- ✓ Artrosis.
- ✓ Adulto Mayor Dependiente No postrado.
- ✓ Todo paciente deberá ingresar a través de una interconsulta y/o hoja de derivación con orden médica que indique claramente la patología respectiva y la indicación de rehabilitación correspondiente.
- ✓ El paciente derivado al CCR deberá tener patologías crónicas compensadas.

Todo paciente deberá tener un cuidador o tutor responsable que lo acompañe a rehabilitación cuando se requiera.

5.-FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO

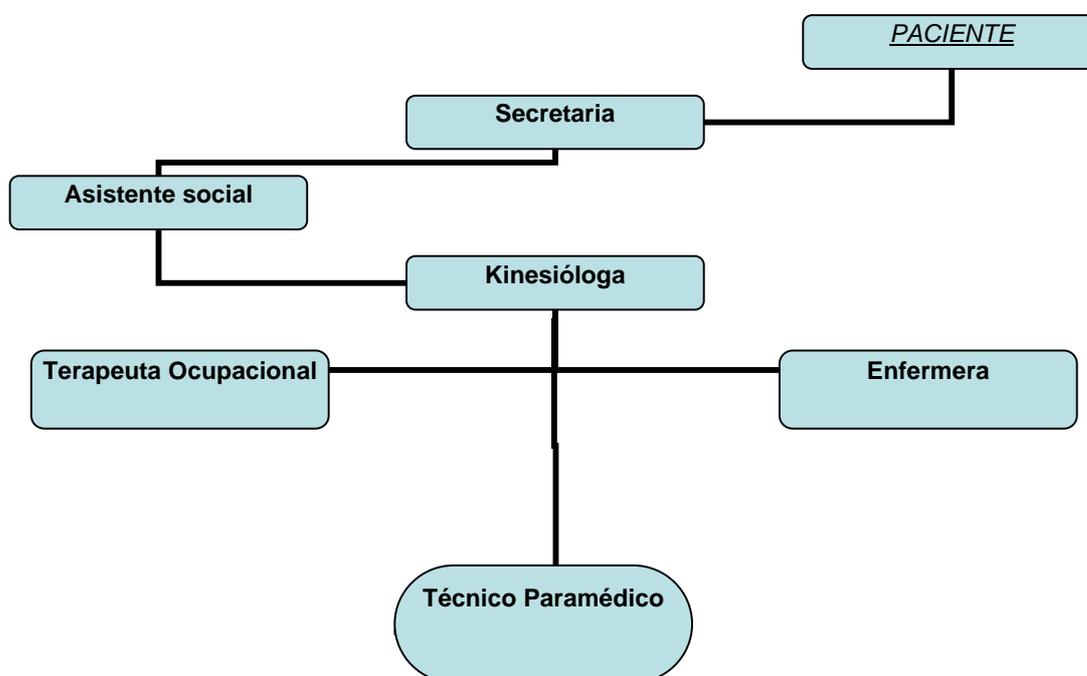
Los protocolos de funcionamiento del CCR son los siguientes:

- ✓ Paciente Ingresa con evaluación social por Asistente Social quien evalúa condición y cumplimiento de ingreso por parte del paciente.
- ✓ Este deriva a Kinesióloga quien realiza una evaluación completa y deriva a Terapeuta Ocupacional, Enfermera y/o Técnico Paramédico según corresponda.
- ✓ Paciente ingresa a prestación de cada profesional según corresponda.
- ✓ Realización de atenciones domiciliarias a pacientes Discapacitados y dependientes del sector 30 de Marzo, a los cuales también se les transporta a rehabilitación según necesidad.
- ✓ Préstamo de ayudas técnicas a pacientes que lo requieran según Stock disponible.

- ✓ Protocolos de referencia y contrarreferencia

Es importante recalcar que el CCR está en proceso de formulación de mecanismos de ingreso y derivación de pacientes en conjunto con la articulación de la red provincial de rehabilitación del SSVSA, la cual tiene un plazo de finalización el mes de diciembre del presente año.

6.-FLUJOGRAMA DE TRABAJO CRBC.



7.- INFORME EMANADO PARA EL MINISTERIO DE SALUD SOBRE COBERTURA REALIZADA POR ENCARGADO DEL CENTRO.

Estadística mensual de atenciones realizadas en los tres últimos meses perteneciente a Kinesióloga del Centro de Rehabilitación:

Estadística 30 de Agosto 2006.

- Rehabilitación: 201
- Fisioterapia: 87
- Atención Domiciliaria: 54
- Hidroterapia: 5
- Desarrollo Psicomotor: 5
- TOTAL = 352

Reunión Mensual con Monitores de Rehabilitación

Reunión Mensual con Familiares de pacientes postrados y discapacitados.

Estadística 27 de Septiembre 2006.

Rehabilitación:	139
Fisioterapia:	98
Atención domiciliaria:	33
Desarrollo Psicomotor:	3
TOTAL=	273

Reunión Mensual con Monitores de Rehabilitación

Reunión Mensual con Familiares de pacientes postrados y discapacitados.

Estadística 26 de Octubre 2006.

Rehabilitación:	242
Fisioterapia:	158
Hidroterapia:	14
Atención Domiciliaria:	19
Desarrollo Psicomotor:	2
TOTAL =	435

Reunión Mensual con Monitores de Rehabilitación

Reunión Mensual con Familiares de pacientes postrados y discapacitados.

Es importante mencionar que en ésta estadística se excluyen el N° de personas que fueron evaluadas y asesoradas para las entregas de ayudas técnicas y para el registro nacional de discapacidad, además de las coordinación y realización de ciertos eventos que fomentan la participación de los pacientes, familiares y monitores que posibilitan su inclusión en la sociedad. Finalmente las coordinaciones con Red de rehabilitación del servicio de Salud y Oficina Municipal de la Discapacidad.

IV.7.- ATENCION POSTAS RURALES - 2007

Con el objeto de otorgar una mejor calidad de atención de Salud en los sectores rurales de nuestra Comuna se diseñó una nueva modalidad; la cual responde a:

- Necesidades sentidas por la Comunidad Rural atendida
- Optimización de recurso hora profesional
- Aumento de cobertura de atención
- Satisfacción del usuario
- Optimización de uso móvil rural

En razón a lo anteriormente expuesto, se distribuyeron las horas del equipo profesional sin alterar su jornada ni causar un impacto presupuestario.

Dada la problemática ocasionada por la falta de boxes en todas las Postas Rurales; la cual brinde una atención basada en el respeto y la privacidad del paciente, se determinó alternar la atención profesional en dos equipos, quedando de la siguiente forma:

Equipo I:

- a) Médico
- b) Enfermera

- c) Odontólogo
- d) Paramédico
- e) Auxiliar de Servicio

Equipo II:

- a) Matrona
- b) Asistente Social
- c) Psicóloga
- d) Nutricionista
- e) Paramédico
- f) Auxiliar de Servicio

La Nutricionista y Psicóloga, realizarán atenciones la tercera semana de cada mes (8 horas). Dado que no se justifica un horario mayor, en razón de la demanda y cantidad de población. Los exámenes y toma de muestras a los pacientes, se realizarán los días martes en la mañana (Quincenalmente), de acuerdo a calendarización. Estos serán tomados por paramédicos residentes de cada Posta, con supervisión e indicación de Enfermera cuando corresponda.

La Vacunación general se realizará los últimos lunes de cada mes, durante todo el día. Las reuniones técnicas por estamentos, se realizarán los últimos viernes de cada mes en las dependencias del Área de Salud Rural, en los siguientes horarios:

Estamento Aux. De Servicio y Conductores de 11 a 12 horas.
 Estamento Profesional de 14 a 15 hrs.
 Estamento Paramédicos residentes de 15 a 16 hrs.

A objeto de dar cumplimiento a la programación 2007, se requiere contar con las condiciones mínimas, tales como:

- Contratación de horas profesionales de Psicóloga y Nutricionista.
- Entrega oportuna de insumos de Atención y materiales de Escritorio, Aseo y mantención
- Contar con Móvil a diario; a fin de realizar los desplazamientos del equipo profesional a los diferentes sectores rurales.
- toma de muestras y exámenes a los pacientes, colocación de dosis de vacunas.
- curaciones y tratamientos en domicilios a pacientes de riesgo, terminales o postrados.
- entrega de insumos a las diferentes Postas.
- Visitas Domiciliares integrales.
- Reuniones con los Consejos de Desarrollo Local de cada sector.
- Supervisión y trabajo en terreno de Monitoras de Salud de la Comunidad.
- traslado de personal a reuniones técnicas por estamento, etc.

A continuación se detalla el calendario de atención profesional por equipos y Postas.

HORARIOS	L U N E S
De 8:30 a 13 hrs.	Lo Gallardo Atención de Equipo I : Médico (Morbilidad) Enfermera (Controles Niño .Sano) Odontólogo (Atención. Urgencia y Controles) Paramédico (Preparación) Auxiliar. Serv. (Aseo general)

	<p>San Juan Atención de Equipo II : Matrona (Urgencias, atenciones, controles en general y toma PAP) Asistente Social (Urgencias, atenciones en general y controles) Psicóloga (Atenciones y Controles) Nutricionista (Atenciones y Controles) Paramédico (Preparación) Aux. Serv. (Aseo general)</p>
De 14 a 16:45 hrs.	<p>Lo Gallardo Atención de Equipo I : Medico (Atención cos) Enfermera (Atención) Paramédico (Preparación) Auxiliar. (Aseo general)</p> <p>San Juan Atención de Equipo II: Matrona (VD. Educación. Promoción y Elaboración Mat. Educativo) Asistente Social Psicóloga (Controles y Visitas Domiciliarias) Nutricionista (Controles y Visitas Domiciliarias) Paramédico (Preparación Material de Ronda) Auxiliar de Servicio (Preparación de Material para At. Ronda y Aseo)</p>
HORARIOS	MARTES
De 8:0 a 13 hrs.	<p>San Juan Atención de Equipo I : Medico (Morbilidad) Enfermera (Controles Niño. Sano) Odontólogo (Atención. Urgencia y Controles) Paramédico (Preparación) Auxiliar .Servicios. (Aseo general)</p> <p>Leyda Atención de Equipo II : Matrona (Urgencias, atenciones, controles en general y toma PAP) Asistente Social (Urgencias, atenciones en general y controles) Psicóloga (Atenciones y Controles) Nutricionista (Atenciones y Controles) Paramédico (Preparación) Aux. Serv. (Aseo general)</p>
De 14:00 16:45 hrs.	<p>Malvilla Atención de Equipo I y II: Medico (Atención. Morbilidad General y Crónicos) Enfermera (Atención. Morbilidad General y Crónicos) Matrona (At. Controles. Urgencias y Toma de PAP) Asistente Social (Urgencias, atenciones en General y Controles) Nutricionista (Atenciones y Controles) Psicóloga (Atenciones y Controles) Paramédico (preparación) Auxiliar de Servicio (Aseo General y lavado de Instrumental)</p>

HORARIOS
De 8:30 a 13:00 hrs.

MIÉRCOLES

Leyda

Atención de Equipo I :

Medico (Morbilidad)
Enfermera (Controles Niño .Sano)
Odontólogo (Atención. Urgencia y Controles)
Paramédico (Preparación)
Auxiliar. Servicio. (Aseo general)

Lo Gallardo

Atención de Equipo II :

Matrona (Urgencias, atenciones, controles en general y toma PAP)
Asistente Social (Urgencias, atenciones en general y controles)
Psicóloga (Atenciones y Controles)
Nutricionista (Atenciones y Controles)
Paramédico (Preparación)
Aux. Serv. (Aseo general)

De 14:00 a 16:45 hrs.

Aguas Buenas

Atención de Equipo I y II:

Medico (Atención. Morbilidad General y Crónicos)
Enfermera (Atención. Morbilidad General y Crónicos)
Matrona (At. Controles Urgencias y Toma de PAP)
Asistente Social (Urgencias, atenciones en General y Controles)
Nutricionista (Atenciones y Controles)
Psicóloga (Atenciones y Controles)
Paramédico (preparación)
Auxiliar de Servicio (Aseo General y lavado de Instrumental)

HORARIOS
De 8:30 a 13:00 hrs.

JUEVES

Cuncumen

Atención de Equipo I :

Medico (Morbilidad)
Enfermera (Controles Niño .Sano)
Odontólogo (Atención. Urgencia y Controles)
Paramédico (Preparación)
Auxiliar. Servicios. (Aseo general)

El Asilo

Atención de Equipo II :

Matrona (Urgencias, atenciones, controles en general y toma PAP)
Asistente Social (Urgencias, atenciones en general y controles)
Psicóloga (Atenciones y Controles)
Nutricionista (Atenciones y Controles)
Paramédico (Preparación)
Aux. Serv. (Aseo general)

De 14:00a 16:45 hrs.

Cuncumen

Atención de Equipo I :

Medico (Atención. Crónicos)

Enfermera (Atención. Crónicos)
Paramédico (Preparación)
Auxiliar. Servicio. (Aseo general)

El Asilo

Atención de Equipo II:

Matrona (VD. Educación. Promoción y Elaboración Mat. Educativo)
Asistente Social (VD. Educación. Promoción y Elaboración Mat. Educativo)
Psicóloga (Controles y Visitas Domiciliarias)
Nutricionista (Controles y Visitas Domiciliarias)
Paramédico (Preparación Material de Ronda)
Auxiliar de Servicio (Preparación de Material para Atención. Ronda y Aseo)

HORARIOS

De 8:30 a 13:00 hrs.

V I E R N E S

El Asilo

Atención de Equipo I :

Médico (Morbilidad)
Enfermera (Controles Niño .Sano)
Odontólogo (Atención. Urgencia y Controles)
Paramédico (Preparación)
Auxiliar .Servicio (Aseo general)

Cuncumen

Atención de Equipo II :

Matrona (Urgencias, atenciones, controles en general y toma PAP)
Asistente Social (Urgencias, atenciones en general y controles)
Psicóloga (Atenciones y Controles)
Nutricionista (Atenciones y Controles)
Paramédico (Preparación)
Aux. Serv. (Aseo general)

De 14:00 a 16:45 hrs.

P O S T A S E N G E N E R A L

Médico y Enfermera:

Visitas Domiciliarias a Pacientes de diferentes Postas, según calendarización; Evaluación Estadística sobre cumplimiento de Metas y Análisis de Caso.

Matrona (Encargada Técnica) y Asistente Social (Directora Área):

Análisis y seguimiento

Sobre cumplimiento de metas; Retroalimentación de gestión realizada.

Paramédicos:

Preparaciones varias para atenciones de pacientes en Posta y Rondas; Confección de información solicitada en general; Confección de listado de necesidades por Posta.

Auxiliar de Servicios:

Preparación de condiciones higiénicas y Aseo de material, Entorno y Posta en general; Confección de Listado de necesidades de Aseo.

Ultimo Viernes de cada mes:

Reuniones Técnicas por Estamento.

Actividades por Reunión de Estamentos:

Auxiliares de Servicio y Conductores:

Entrega de Información Solicitada por Dirección (Listado de Necesidades; Desperfectos en Postas; Necesidades de Mantenición y Reparación; etc.).

Profesionales:

Evaluación de Atenciones en función de Metas a Cumplir; Retroalimentación de la Gestión; Análisis de Casos; Replica de información sobre Cursos a los que hayan

Asistido; Intercambio de información sobre asistencia a reuniones y nuevas normativas ministeriales; Evaluación de Personal a Cargo; etc.)

Paramédicos Residentes:

Entrega de Información solicitada por Dirección; Análisis sobre cumplimiento de Metas; Replica de Información sobre cursos a los que hayan asistido; ofertas de Capacitación; Entrega de Libros de Pedidos; Información sobre normativas Ministerial Análisis sobre comportamiento funcionario; Auto evaluación; etc.

IV. Área promoción de salud año 2007

Objetivos según condicionantes de Salud
1. Fomentar hábitos de alimentación saludable en la Comuna de San Antonio (Área urbana y rural) (Condicionante Alimentación)
2. Promover actividad Física en los distintos grupos etéreos de la Comuna de San Antonio (Área urbana y rural) (Condicionante Actividad Física)
3. Sensibilizar a la Comuna de San Antonio sobre los efectos nocivos del tabaco (Área urbana y rural). (condicionante Tabaquismo)
4. Promover Factores protectores psicosociales en la Comuna de San Antonio (Are urbana y rural). (condicionante factores protectores psicosociales)
5. Sensibilizar a la población de la comuna de San Antonio en problemas de salud ambiental que influyen en la calidad d vida (Área urbana y rural). (condicionante factores protectores medio ambientales)
6. Promover una sexualidad responsable y placentera en la Comuna de San Antonio (Área urbana y rural). (condicionante sexualidad responsable)
7. Fomentar hábitos de higiene bucal para prevención de caries en alumnos de establecimientos educacionales establecidos en las COMSE de cada sector de la comuna (Área urbana y rural). (condicionante salud bucal)

DESAFIOS AÑO 2007 SEGÚN EVALUACION PLAN COMUNAL AÑO 2006

BRECHA FACILITADORES / OBSTACULIZADORES

FACILITADORES	OBSTACULIZADORES
Apoyo autoridades Municipales	Falta de apoyo de Autoridades Comunes
Colaboración específica de Deptos. Municipales Nombrar: Prensa, Relaciones Publicas	Escasa supervisión y acompañamiento en la implementación de las actividades de promoción
Participación de grupos, organizaciones sociales, redes comunitarias, etc.	Desmotivación o falta de liderazgo en organizaciones sociales
Cooperación del sector Educación: profesorado, directivos	Falta de cooperación del sector Educación. Directivos.
Colaboración del intersector público (no municipal)	Desinterés del intersector
Fuerte liderazgo del Equipo de Promoción Comunal	Problemas internos del Equipo de Promoción de la Comuna
Disponibilidad de Presupuesto para el Plan comunal	Falta de horas o RRHH para Promoción.
Disponibilidad de recursos humanos para actividades de Promoción	Fallas atribuibles a programación deficiente del Plan Comunal.
Disponibilidad de recursos técnicos, materiales, infraestructura y equipamiento	Falta de recursos económicos: falta que llegue el dinero y los recursos según lo programado, por razones de artazo desde el ministerio y falta de horas disponible personal de finanzas para encargarse de esta Área. Debiera permitirse un ítem que contemple gasto de horas extras para esta actividad.
Población concentrada en barrios, villas o sectores.	Dispersion geográfica o problemas de accesibilidad

Otros desafíos año 2007

Planificar trabajos en las áreas de promoción que dicen relación con las acreditaciones Escuelas Promotoras de Salud (estimadas para este año Total ¿???), trabajo con el programa de salud con la gente y tema del Tabaquismo.

Estrategias

Fortalecimiento del trabajo con la COMSE de cada sector en la definición de actividades año 2007 (Escuelas y Jardines Infantiles)

Fortalecimiento del trabajo con representantes de las áreas de los servicios públicos y privados en la sensibilización de la ley del tabaco 20.105 que se publicó en el Diario Oficial el 14 de mayo 2006.

Fortalecimiento del trabajo del Comité Vida Chile incorporando nuevos representantes de los sectores que trabajan en conjunto con los Establecimientos de salud (consejos locales de salud, grupos de Adultos mayores, Grupos Juveniles, Clubes Deportivos, Organizaciones de Mujeres, Jardines Infantiles, Escuelas Municipalizadas y Subvencionadas, unidades Municipales, funcionarios de la salud representantes según estamentos, etc.)

COBERTURAS

BENEFICIARIOS/AS DIRECTOS: personas que reciben directamente las actividades del Plan Comunal a través de sesiones grupales, talleres, charlas, etc.

BENEFICIARIOS/AS COMUNICACIONALES: las personas que se estima reciben el o los mensajes mediante algún soporte comunicacional.

Nº Beneficiarios/as directos del Plan	Programados año 2006
Nº beneficiarias Mujeres	15.355
Nº beneficiarios Hombres	5.944
Total Beneficiarios/as Directos	21.299
Se debe reunir el equipo promoción comunal para estimar los beneficiarios Plan Comunal año 2007 el que variara según lo logrado en Plan Comunal año 2006.	

Beneficiarios/as del Programa CHILE SOLIDARIO (incluidos en el cuadro anterior)

Nº Beneficiarios/as directos del Programa CHILE SOLIDARIO	Programados
Nº beneficiarias Mujeres	0
Nº beneficiarios Hombres	0
Total Beneficiarios/as Directos	0
Señalar estrategias en que participa este grupo de población (implementación proceso de catastro y de registro)	2
Este año se debe incluir en las actividades de Promoción según Plan Comunal año 2007 esta población definida como vulnerable y que requiere del trabajo en esta área para el mejoramiento de su calidad de vida en	

materia de salud.	
-------------------	--

PLAN COMUNAL DE PROMOCION DE SALUD 2007

PROGRAMACIÓN

IDENTIFICACIÓN

Región:	Quinta
Servicio de Salud:	Valparaíso-San Antonio
Comuna:	San Antonio
Provincia:	San Antonio
Responsable del Plan:	Katherina Antonieta Hrzic Miranda
Cargo:	Kinesióloga
Dirección:	José Miguel Carrera N° 1015
Dirección Postal	Casanova 289 Llo Lleo San Antonio
Teléfono	281790
Fax:	281790
Correo electrónico	katherinahrzic@gmail.com

Índice de Pobreza Comunal: 17,4%

Porcentaje de Ruralidad Comunal: 4,3%

¿El Plan Comunal de Promoción forma parte del Plan de Salud Comunal?:

SI: NO:

COMITÉ COMUNAL DE PROMOCIÓN VIDA CHILE: Funcionamiento del Comité

Cronograma anual de reuniones – Adjunta:

SI NO

Plan de trabajo año 2007 – Adjunta:

SI NO

Datos del Coordinador/a del Comité: nombre, teléfono, fax, mail y dirección (cuando es diferente al Responsable del Plan Comunal):

Nombre del Coordinador	Katherina Antonieta Hrzic Miranda
Teléfono de Contacto	281790
Fax	281790

Correo Electrónico	katherinahrzic@gmail.com
Dirección	José Miguel Carrera N° 1015 San Antonio

Organizaciones e instituciones Integrantes del Comité Comunal VIDA CHILE que integran el Comité (Agregar las líneas que sea necesario según N° entidades integrantes):

Nº	Nombre Organizaciones sociales y comunitarias	Nombre de Instituciones Públicas, Privadas, dependencias Municipales, ONGs
1	Junta de Vecinos	1 Departamento de Salud Municipal
2	Club de Adultos Mayores	2 Departamento de Prensa
3	Club de Diabéticos	3JUNJI
4	Club de Abstemios	4 INTEGRA
5	Consejos Locales	5 ESVAL
6	OIRS	6 Cruz Roja
7		7 Iglesia Adventista
N		8 Iglesia Mormona
		9 SEREMI
		10 PREVIENE
		11 CONACE

OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS

Cuadro 1: Objetivos y metas del Plan Comunal 2007

Objetivo General del Plan	Mejorar la Calidad de Vida de la Comuna de San Antonio fomentando estilos de Vida Saludable
Objetivos específicos	<p>1. Alimentación: Fomentar hábitos de alimentación saludable en la comuna.</p> <p>2. Actividad Física Promover la actividad física en los distintos grupos etéreos de la comuna</p> <p>3. Tabaco: Sensibilizar a la comuna de San Antonio sobre los efectos nocivos del Tabaco Promover acciones que fomenten y potencien el control de la Ley 19.419</p>

	<p>en la comuna</p> <p>4. Factores Protectores Psicosociales: Promover factores protectores psicosociales en la Comuna Implementar acciones en el ámbito de Salud sexual y/o prevención del VIH-SIDA y ETS en la comuna de San Antonio</p> <p>5. Factores Protectores Ambientales: Sensibilizar a la comuna en los problemas de salud ambiental que influyen en la calidad de vida de sus habitantes.</p>	
Condicionantes abordados	Metas 2007	Indicadores de las Metas
1.- Alimentación	<p>1.1 Capacitar al 10% de cada estamento educativo de establecimientos seleccionados regionalmente en alimentación saludable.</p> <p>1.2 Capacitar al 10% de cada estamento educativo de las EEPS en alimentación saludable.</p> <p>1.3 Difundir a la comunidad a través de 72 cuñas radiales al año, el fomento de la lactancia materna</p> <p>1.4 Difundir a la comunidad a través de 72 cuñas radiales al año, el fomento de la alimentación saludable</p> <p>1.5 Difundir a la comunidad durante todo el año, a través de la instalación de 12 nuevos lienzos el fomento de la alimentación saludable</p> <p>1.6 Promover a través de la instalación de 7 nuevos paneles educativos a los pacientes de la sala de espera, de los consultorios de APS, la alimentación saludable.</p> <p>1.7 Difusión de la Alimentación Saludable, a través de 2 Ferias de Promoción de la Salud en el año, para sensibilizar y reforzar respecto de estos temas, a los asistentes.</p>	<p>- Nº de personas de los establecimientos de educación seleccionados regionalmente con capacitación en alimentación saludable/ total de personas de los establecimientos seleccionados regionalmente x 100</p> <p>- Nº de personas de las EEPS con capacitación en alimentación saludable/ total de personas de los establecimientos seleccionados x 100</p> <p>- Actividad realizada/ Total actividades programadas x 100.</p> <p>- Actividad realizada/ Total actividades programadas x 100.</p> <p>- Nº de Lienzos instalados/Nº lienzos programados.</p>

	<p>1.8 Promover la Lactancia Materna, con un evento masivo, reuniendo a 500 nodrizas en el Gimnasio Montemar, para lograr Record Guinness.</p> <p>1.9 Incentivar a la Comunidad de San Antonio, en el tema de alimentación saludable por intermedio de un Concurso de 50 participantes de Platos Saludables.</p> <p>1.10 Incorporar el tema de la alimentación saludable a 70 niños de la comuna a través del "Concurso Alimentación Saludable al Aire Libre"</p>	<p>- N° de Paneles/ N° paneles programados x 100.</p> <p>- N° de Ferias realizadas/ total de Ferias programadas x 100.</p> <p>- N° de nodrizas asistentes al record Guinness de Lactancia Materna/ N° de nodrizas programadas x 100.</p> <p>- N° de participantes del concurso Alimentación Saludable/ N° total de participantes programados x 100.</p> <p>- N° de participantes del Concurso Alimentación Saludable al Aire Libre/ N° total programado x 100.</p>
2.- Actividad Física	<p>2.1 Capacitar en actividad física, al 10% de cada estamento de establecimientos de educación seleccionados.</p> <p>2.2 Difundir a la comunidad a través de 72 cuñas radiales el fomento de la actividad física</p> <p>2.3 Difundir a la comunidad a través de la instalación de 6 lienzos la práctica de la actividad física.</p> <p>2.4 Promover a través de 7 paneles educativos, a los pacientes de la sala de espera, de los consultorios de APS el fomento de la actividad física.</p> <p>2.5 Capacitar al 10% de cada estamento de establecimientos de educación seleccionados y EEPS, en actividad física</p> <p>2.6 Sensibilizar en el tema de Actividad Física, a través de la realización de 2 Ferias de Promoción de la Salud.</p> <p>2.7. Promover la actividad física regular a través de un evento denominado "Caminata familiar" con la participación de 50 familias de la Comuna de San Antonio.</p>	<p>- N° de personas capacitadas/N° total de personas pertenecientes a la Comunidad Educativa x 100.</p> <p>- N° cuñas realizadas/N° cuñas programadas x 100.</p> <p>- N° lienzos instalados/ N° lienzos programados x 100.</p> <p>- N° Paneles instalados/ N° paneles programados x 100.</p> <p>- N° de personas capacitadas/ N° total de personas x 100</p> <p>- N° de Ferias realizadas/ N° de Ferias programadas x 100</p> <p>- N° de personas participantes/ N° de personas programadas x 100.</p>

	<p>2.8 Motivar la práctica de la actividad física a 70 familias de la comunidad a través de un mega evento de Baile Entretenido "Muévete San Antonio".</p> <p>2.9 Fomentar Juegos Populares Chilenos en el mes de la Patria a 100 escolares de las EEPS y establecimientos seleccionados.</p>	<p>- N° de personas asistentes/ N° de personas programadas X 100.</p> <p>- N° de niños participantes de la actividad/ N° de participantes programados x 100.</p>
3.- Tabaco	<p>3.1 Capacitar en Promoción Antitabaco y Legislación vigente, al 10% de cada estamento (profesores, apoderados, alumnos y administrativos), de establecimientos de educación seleccionados.</p> <p>3.2 Propagar a la comunidad a través de 72 cuñas radiales el efecto dañino del tabaco y su legislación.</p> <p>3.3 Difundir en la Sala de Espera de los Consultorios, a través de la instalación de 7 paneles (uno en cada Establecimiento de APS), los efectos nocivos del tabaco y la Ley existente.</p> <p>3.4 Promoción a la comunidad, a través de la instalación de 1 lienzo en el frontis de cada Consultorio, acerca de la importancia de Ambientes Libres del Humo del Tabaco.</p> <p>3.5 Capacitar al 10% de cada estamento (profesores, personal administrativo, apoderados, alumnos) de las EEPS, en la Ley de tabaco.</p> <p>3.6 Sensibilizar 500 personas de la comunidad acerca de los efectos nocivos del tabaco a través de consejerías breves</p> <p>3.7 Lograr que 300 hogares de la Comuna, se acrediten como Ambientes Libres del Humo del Tabaco.</p>	<p>- N° de personas capacitadas / N° total de personas pertenecientes a los establecimientos seleccionados x 100</p> <p>- N° de cuñas radiales realizadas / N° de cuñas radiales programadas x 100.</p> <p>- N° Paneles instalados / N° paneles programados x 100.</p> <p>- N° lienzos instalados / N° lienzos programados x 100</p> <p>- N° de personas capacitadas/ N° total de personas de los EEPS x 100.</p> <p>- N° de consejerías realizadas / N° de Consejerías programadas x 100.</p> <p>- N° de hogares acreditados como ambientes libres del humo del tabaco / N° hogares programados x 100.</p>

	<p>3.8 Sensibilizar en el tema de tabaquismo a los asistentes de 2 Ferias de Promoción de Salud que se realizarán en la Comuna.</p> <p>3.9 Celebración del “Día Mundial sin Fumar”, convocando a la comunidad a una “Caminata”.</p> <p>3.10 Incentivar la cesación del tabaco a través del Seminario para dejar de Fumar</p>	<p>- N° de Ferias realizadas/ Total de Ferias programadas x 100</p> <p>- N° Caminatas realizadas / Caminatas Programadas x 100.</p> <p>- N° de Seminarios realizados / N° Seminarios programadas x 100.</p>
4.- Factores Protectores Psicosociales (acá se debieran identificar las acciones en salud sexual)	<p>4.1 Motivar las buenas relaciones interpersonales a través de la celebración de fechas planificadas por el Comité Vida Chile</p> <p>4.2 Difundir a la comunidad, a través de 6 lienzos los factores protectores psicosociales, colocando énfasis en la comunicación y afectividad intrafamiliar.</p> <p>4.3 Promover la prevención del VIH SIDA Y ETS, a los pacientes de la sala de espera de los Consultorios de APS, a través de 7 paneles educativos.</p> <p>4.4 Propagar la prevención del VIH SIDA y ETS a 100 adolescentes pertenecientes a los establecimientos de educación seleccionados, de la comuna.</p> <p>4.5 Sensibilizar en el tema de prevención de VIH SIDA y ETS a través de la realización de 2 Ferias de Promoción de Salud</p> <p>4.6 Sensibilizar a la población sobre la prevención del VIH SIDA a través de la conmemoración del día mundial del SIDA, a través de un evento masivo en el Paseo Bellamar.</p>	<p>- N° Celebraciones realizadas / N° Celebraciones programadas x 100.</p> <p>- N° de lienzos instalados/ N° de lienzos programados X 100</p> <p>- N° de paneles instalados/N° paneles programados x 100.</p> <p>- N° de adolescentes capacitados/ N° de adolescentes programados x 100.</p> <p>-N° de Ferias realizadas / N° de Ferias Programadas x 100.</p> <p>- N° Eventos realizados/ N° Eventos Programados x 100.</p>
Factores Protectores Ambientales	5.1 Propagar a la comunidad a través de 20 cuñas radiales, el fomento de la salud ambiental	- N° de cuñas radiales realizadas/ N° de cuñas radiales programadas x 100.

	<p>5.2 Difundir a la comunidad a través de la confección de 1 lienzo el cuidado del Medio Ambiente.</p> <p>5.3 Promover a los pacientes de la sala de espera de los consultorios de APS a través de la instalación de 7 paneles educativos sobre el cuidado ambiental.</p> <p>5.4 Capacitar al 10% de los alumnos de los establecimientos seleccionados regionalmente y EEPS, sobre la protección del medio ambiente.</p> <p>5.5 Sensibilizar a la comunidad sobre el cuidado del medio ambiente en las 2 Ferias de la Promoción de Salud programadas.</p> <p>5.6 Promover el cuidado del medio ambiente por intermedio de la celebración del día mundial de la Tierra, con un evento masivo a realizarse con la comunidad escolar de la comuna, reuniendo a 70 niños de enseñanza básica.</p> <p>5.7 Lograr a través de 7 campañas educativas la promoción de estilos de vida saludable medioambientales</p>	<p>- Nº de lienzos instalados / nº de lienzos programados x 100</p> <p>- Nº de paneles instalados / Nº de paneles programados x 100.</p> <p>- Nº de alumnos capacitados / Nº total de alumnos de los establecimientos x 100.</p> <p>- Nº de Ferias realizadas / Nº de ferias programadas x 100.</p> <p>- Nº de escolares asistentes / Nº de escolares programados x 100.</p> <p>- Nº de campañas realizadas / Nº de campañas programadas x 100.</p>
--	---	---

Cuadro 2: Identificación de Actividades por Condicionante, éstas se deben describir explícitamente, en cada categoría.

Condicionante: Alimentación:				
Tipos de Actividades	Actividades Específicas	Cantidad de Actividades	Horas Comprometidas	Beneficiarios Directos
Comunicacional	<p>META 1.3</p> <p>1.3.1.- Intervención en 72 programas radiales para motivar la lactancia materna en la comunidad de San Antonio, informando acerca de los beneficios como factor protector de la salud.</p> <p>META 1.4</p> <p>1.4.1.- Intervención en 72</p>	72	18 hrs.	5.000 personas

	<p>programas radiales para motivar la Alimentación Saludable en la comunidad de San Antonio, informando acerca de la necesidad de consumir 5 productos naturales al día y la incorporación de los Productos del Mar en la dieta alimenticia.</p> <p>META 1.5</p> <p>1.5.1.- Instalación de Lienzos en los Centros de Salud, que incluyan mensajes con énfasis en la campaña de “5 al Día” y Estrategia Global contra la Obesidad.</p> <p>META 1.6</p> <p>1.6.1.- Presencia sistemática de material de difusión expuesto en paneles ubicados en forma estratégica en las Salas de Espera de los Centros de Salud de la comuna, relacionados con la Alimentación Saludable (Sugerencias sobre el consumo de productos, Recetas, Consejos, etc.).</p>	72	18 hrs.	5.000 personas
		12	24 hrs.	2.000 personas
		252	378 hrs.	2.000 personas
Educativas	<p>META 1.1</p> <p>1.1.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica, para la preparación de colaciones saludables.</p> <p>1.1.2.- Talleres dirigidos a los alumnos de Enseñanza Media, para la preparación de Postres Saludables.</p> <p>1. 1.3.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados en preparación de productos del Mar.</p> <p>META 1.2</p> <p>1.2.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica, para la preparación de colaciones saludables.</p> <p>1.2.2.- Talleres dirigidos a</p>	2	6 hrs.	48 niños
		2	6 hrs.	24 adolescentes
		2	6 hrs.	76 adultos
		6	18 hrs.	144 niños

	los alumnos de Enseñanza Media, para la preparación de Postres Saludables.	6	18 hrs.	72 adolescentes
	1. 2.3.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados en preparación.	6	18 hrs.	228 adultos
Comunitarias	META 1.7 1.7.1.- Ejecución de 2 Ferias de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo (trípticos/ dípticos/Recetarios, etc.), acerca del consumo de frutas, verduras y productos del mar.	2	28 hrs.	160 personas
	META 1.8 1.8.1.- Realizar un evento masivo de nodrizas y lactantes para fomentar la Lactancia Materna en un número de participantes que marque el Record Ginnes.	1	14 hrs.	2.000 personas
	META 1.9 1.9.1.- Realizar Concurso Platos Saludables, dirigido a toda la comunidad.	1	14 hrs.	200 personas
	META 1.10 1.10.1.- Realizar Concurso Pictórico sobre Alimentación saludable, al aire libre, con la participación de niños de enseñanza básica de los colegios pertenecientes a la Comisión Mixta.	1	14 hrs.	280 personas

Condicionante: Actividad Física				
Tipos de Actividades	Actividades Específicas	Cantidad de Actividades	Horas Comprometidas	Beneficiarios Directos
Comunicacional	META 2.2 1.2.1.- Intervención en 72 programas radiales para motivar la Actividad Física en la comunidad de San Antonio, informando acerca de los beneficios como factor protector de la salud.	72	18 hrs.	5.000 personas
	META 2.3 2.3.1.- Confección e instalación de 6 lienzos con mensajes relacionados con la práctica y beneficios de la Actividad Física.	6	18 hrs.	200 personas
	META 2.4 2.4.1.- Instalar 7 Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud que incluyan pautas sobre prácticas de Pausas Activas en los lugares de trabajo, en el hogar, etc.	252	378 hrs.	2.000 personas
Educativas	META 2.1 2.1.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica, en prácticas físicas entretenidas para ejecutar durante los recreos.	2	6 hrs.	48 niños
	2.1.2.- Talleres dirigidos a los alumnos de Enseñanza Media, para el fomento de las actividades deportivas extra escolares.	2	6 hrs.	24 adolescentes
	2. 1.3.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados los beneficios de incluir actividades deportivas en las mallas curriculares de los colegios ó en Talleres extra programáticos	2	6 hrs.	76 adultos
	META 2.5 2.5.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica, en prácticas físicas entretenidas para ejecutar durante los recreos.	6	18 hrs.	144 niños
	2.5.2.- Talleres dirigidos a los alumnos de Enseñanza Media, para el fomento de las actividades deportivas extra escolares.	6	18 hrs.	72 adolescentes
	2. 5.3.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados los beneficios de incluir actividades deportivas en las mallas curriculares de los colegios ó en Talleres extra programáticos.	6	18 hrs.	228 adultos
Comunitarias	META 2.6 2.6.1.- Ejecución de 2 Ferias de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo práctica de actividad física.	2	28 hrs.	160 personas ⁹²

Condicionante: Tabaco:				
Tipos de Actividades	Actividades Específicas	Cantidad de Actividades	Horas Comprometidas	Beneficiarios Directos
Comunicacional	META 3.2 3.2.1 Intervención en 72 programas radiales para promover la cesación tabaquica y difusión de la Ley 19419	72	18 hrs.	5.000 personas
	META 3.3 3.3.1 Instalar 7 Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud de la Comuna, que incluyan consejos para la cesación tabaquica evidenciando el efecto dañino del hábito y exposición permanente de la Ley 19.419.	252	378	2.000 personas
	META 3.4 3.4.1 Instalación de 6 Lienzos en los Centros de Salud, que incluyan mensajes con énfasis en los efectos dañinos de Tabaco.	6	18 hrs.	2.000 personas
Educativas	META 3.1 3.1.1 Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica, destinados a identificar los efectos nocivos del Tabaquismo	2	6 hrs.	48 niños
	3.1.2.- Talleres dirigidos a los alumnos de Enseñanza Media, destinados a la difusión de la Ley 19.419	2	6 hrs.	24 adolescentes
	3. 1.3.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados orientados al conocimiento de la Legislación antitabaquica e implementación de consejerías breves en el estamento estudiantil.	2	6 hrs.	76 adultos
	META 3.5			

	<p>3.5.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica, destinados a identificar los efectos nocivos del Tabaquismo</p> <p>3.5.2.- Talleres dirigidos a los alumnos de Enseñanza Media, destinados a la difusión de la Ley 19.419</p> <p>3.5.3.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados orientados al conocimiento de la Legislación antitabaquica e implementación de consejerías breves en el estamento estudiantil.</p> <p>META 3.6</p> <p>.3.6.1.- Realizar Consejerías Antitabáquicas Breves a 500 usuarios de los Consultorios de APS de la Comuna.</p>	<p>6</p> <p>6</p> <p>6</p> <p>500</p>	<p>18 hrs.</p> <p>18 hrs.</p> <p>18 hrs.</p> <p>42 hrs.</p>	<p>144 niños</p> <p>72 adolescentes</p> <p>228 adultos</p> <p>500 adultos</p>
Comunitarias	<p>META 3.7</p> <p>3.7.1.- Efectuar 300 acreditaciones de Hogares Libres del Humo del Tabaco en la Comuna de San Antonio</p> <p>META 3.8</p> <p>3.8.1.- Ejecución de 2 Ferias de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo (trípticos/ dípticos/consejos.), acerca de los efectos nocivos del tabaco y consejos para la cesación de éste.</p> <p>META 3.9</p> <p>3.9.1.- Realización de un encuentro masivo denominado "Caminata por un Ambiente Puro" en conmemoración del Día Mundial sin Fumar.</p>	<p>300</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>150 hrs.</p> <p>28 hrs.</p> <p>8 hrs.</p>	<p>1.200 personas</p> <p>160 personas</p> <p>200 personas</p>

	META 3.10 3.10.1.- Seminario para dejar de Fumar organizado por la Iglesia Adventista y el Comité Vida Chile	5	15 hrs.	200 personas
--	--	---	---------	--------------

Condicionante: Factores Protectores Psicosociales: Incluir las acciones planificadas en salud sexual, salud mental, etc.

Tipos de Actividades	Actividades Específicas	Cantidad de Actividades	Horas Comprometidas	Beneficiarios Directos
Comunicacional	<p>META 4.1</p> <p>4.1.1.- Celebrar 30 efemérides y/o conmemoraciones en la Comuna en beneficio de las relaciones interpersonales.</p>	30	60 hrs.	300 adultos
	<p>META 4.2</p>	6	18 hrs.	2.000 personas
	<p>4.2.1.- Instalación de 6 Lienzos en los Centros de Salud, que incluyan mensajes con énfasis en la comunicación y afectividad familiar.</p> <p>META 4.3</p> <p>4.3.1.- Instalar Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud de la Comuna, con mensajes relacionados con la Prevención de VIH SIDA y ETS.</p>	252	378 hrs.	2.000 personas
Educativas	<p>META 4.4</p> <p>4.4.1.- Ejecución de Talleres sobre salud sexual y prevención de VIH SIDA y ETS a la comunidad educativa de las EEPS y establecimientos seleccionados de la comuna.</p>	5	15 hrs.	100 adolescentes
Comunitarias	<p>META 4.5</p> <p>4.5.1.- Ejecución de 2 Ferias de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo (trípticos/ dípticos/consejos.), con énfasis en la Prevención del VIH SIDA y ETS.</p>	2	28 hrs.	160 personas
	<p>META 4.6</p> <p>4.6.1.- Realización de un encuentro masivo denominado "Día de las Velas" en conmemoración del Día Mundial del SIDA</p>	1	14 hrs.	60 personas

Estrategias	SI	NO
Establecimientos de Educación Promotores de la Salud	x	
Comunas y Comunidades Promotoras de Salud	x	
Lugares de Trabajo Promotores de Salud		x
Programa Salud con la Gente		x

COBERTURA POBLACIONAL PROGRAMADA

Nº Beneficiarios/as directos del Plan	Programados
	4.547
Nº beneficiarias Mujeres	
	4.079
Nº beneficiarios Hombres	
	8.626
Total Beneficiarios/as Directos/as	

Nº Beneficiarios/as directos del Programa CHILE	Programados SOLIDARIO
Nº beneficiarias Mujeres	
Nº beneficiarios Hombres	
Total Beneficiarios/as Directos	
Señalar estrategias en que participará este grupo de población	

Cuadro 4: Beneficiarios directos del Chile Solidario (incluidos en el cuadro anterior)

Cuadro 5: Número de beneficiarios por estrategia de Promoción según grupo de edad.

Grupos*	Establecimientos de Educación Promotores de la Salud		Comunas y Comunidades Promotoras de la Salud		Lugares de Trabajo Promotores de la Salud	Programa Salud con la Gente		Hombres	Mujeres
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres			
Niños (0-9 años)	339	449	608	807					
Adolescentes (10-19 años)	269	357	339	450					

Adultos (20-64 años)	685	907	1.317	1.746				
Adulto Mayor (65 y más años)			152	201				
TOTAL	1.293	1.713	2.417	3.203				
Total ambos sexos	3.006		5.620					

Cuadro 6: Número de beneficiarios por condicionantes según grupo de edad.

Grupos	Alimentación y Nutrición		Actividad Física		ALHT y Tabaco		Factores Protectores Psicosociales		Factores Protectores Ambientales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Niños (0-9 años)	431	570	190	252	188	249	15	20	174	231
Adolescentes (10-19 años)	1.067	222	94	125	171	226	61	81	65	86
Adultos (20-64 años)	740	981	288	381	804	1065	54	71	117	155
Adulto Mayor (65 y más años)	52	69	22	29	64	85	8	10	5	7
TOTAL	1.390	1.842	594	788	1.226	1.626	138	182	361	479
Total ambos sexos	3.232		1.382		2.852		320		840	

Cuadro 7: Número de Beneficiarios de actividades comunicacionales

Actividad Comunicacional	Nº de Beneficiarios De ser posible separar cifras por x sexo.	Señalar colaboradores (escuelas, empresas, otras instituciones)
Alimentación Saludable: 5 al día, otras	Hombres: 6.020 Mujeres: 7.980 Total: 14.000	Escuelas promotoras Escuelas seleccionadas Desarrollo pesquero, Secplac, IMSA. Consultorios aps Radio local
Actividad Física: caminata, cicletadas, otras	Hombres: 3.096 Mujeres: 4.104 Total: 7.200	Escuelas promotoras Escuelas seleccionadas Consultorios aps Radio local
Tabaco: Difusión de la ley, acciones de promoción del control social, etc.	Hombres: 3.870 Mujeres: 5.130 Total: 9.000	Escuelas promotoras Escuelas seleccionadas Consultorios aps Iglesia adventista del 7º día. Radio local
Plazas VIDA CHILE: señalar además el Nº de Plazas	Hombres: Mujeres: Total:	
FACTORES PROTECTORES PSICOSOCIALES	Hombres: 1.987 Mujeres: 2.633 Total: 4.620	Escuelas promotoras Escuelas seleccionadas Consultorios aps Equipo prensa IMSA Radio local
Otras Actividades : MEDIO AMBIENTE	Hombres: 3.117 Mujeres: 4.133 Total: 7.250	Escuelas promotoras Escuelas seleccionadas Consultorios aps Equipo prensa imsa Esval, Conama Radio local
TOTAL	Hombres: 18.090 Mujeres: 23.980	TOTAL :42.070

ESPACIOS SALUDABLES PROMOTORES DE LA SALUD

Tipo de Establecimientos	Número
EE Municipalizados	
Particulares subvencionados	
Particulares Pagados	
Jardines JUNJI	
Jardines INTEGRA	
TOTAL	

Cuadro 8: N° de Establecimientos Educativos intervenidos:

a) TOTAL de Establecimientos Educativos de la Comuna:

Considerando la perspectiva de equidad se deben identificar los establecimientos vulnerables (IVE Junaeb, con alto prevalencia de obesidad, etc.) y priorizar las acciones de promoción en ellos, con el objetivo de hacer posible su acreditación como EEPS, a mediano plazo.

Tipo de Establecimientos	N° con Actividades de Promoción	N° a Acreditar como EEPS	N° a Reacreditar como EEPS	N° Urbanas	N° Rurales	N° sin agua potable de red pública
Jardines Infantiles		1	5	6	0	0
Escuela		4	2	4	2	0
Liceos						
Otros						
TOTAL GRAL		5	7	10	2	0

El listado de los establecimientos señalando con una X los con actividades de promoción, los a acreditar como EEPS, los a Reacreditar como EEPS, los rurales y los que no tienen abastecimiento de agua potable por medio de red pública. Agregar las filas que sea necesario según número de establecimientos a identificar: Nombre del establecimiento	RBD	Con Actividades Promoción	A Acreditar como EEPS	A Reacreditar como EEPS	Rural	Sin agua potable de red pública
JARDÍN INFANTIL PETER PAN			X			
ESCUELA MOVILIZADORES			X			

PORUARIOS.						
ESCUELA PLACILLA			X			
ESCUELA AGUAS BUENAS			X			
COLEGIO SAGRADA FAMILIA			X			
ESCUELA FLORESTA				X	X	
ESCUELA VALLE ABAJO				X	X	
JARDÍN INFANTIL EL PRINCIPITO				X		
JARDÍN INFANTIL LA PRINCESITA				X		
JARDÍN INFANTIL LOS PEQUEÑOS CONQUISTADORES				X		
JARDÍN INFANTIL EL VELERITO				X		
JARDÍN INFANTIL CARACOLITO						X

Respecto a la reacreditación considerar los que corresponden a este año (acreditados año 2004) y los rezagados de años anteriores (acreditados año 2003 y 2004).

Cuadro 9: Intervenciones Programadas según tipo en los ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN

	Tipo de Intervenciones	Nº Jardines Infantiles	Nº Escuelas	Nº Liceos	Nº Otros
Alimentación	Nº de establecimientos, con derivación a APS de alumnos con obesidad		2		
Actividad Física	Nº de establecimientos con capacitación en Actividad Física	5	8		
Tabaco	Nº de Establecimientos Educativos con Capacitación en Ley Antitabaco	5	8		
Factores Protectores Psicosociales	Nº de Establecimientos con programa de Habilidades para la Vida o competencias psicosociales, con acciones de difusión o capacitación en salud sexual, prevención de drogas, etc.		2		
Estilos de Vida	Nº Establecimientos con formación de Líderes escolares en estilos de vida saludable: alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, drogas, conducta sexual, desarrollo personal. Creación de brigadas o clubes u otra actividad protectora de la salud.				
Ambiente	Nº de Establecimientos con formación de monitores escolares en salud ambiental (manejo adecuado de agua, excretas, basuras y otros), creación de brigadas ecológicas,	5	8		

	ecoclubes, forjadores ambientales u otra actividad protectora de la salud ambiental				
	Nº de Establecimientos rurales con dificultades en el sistema de desinfección y control de calidad del agua de consumo.				
Otras	Nº de Establecimientos con otra intervención priorizada: salud oral, participación social (consejos escolares, centro de alumnos), prevención accidentes u otros.				

Lugares de trabajo	Nº con Actividades de Promoción
Sector Salud:	
Hospitales	
Consultorios	
Otros, especificar:	
Otros Sectores	Nº con Actividades de Promoción
Municipios	
Instituciones públicas	
Empresas privadas	
Otras, especificar:	
TOTAL	

Cuadro 10: Nº de Lugares de Trabajo

Nombre del Lugar de Trabajo

Adjuntar el listado de los Lugares de Trabajo con Actividades de Promoción, como una forma de ir avanzando en la perspectiva de la acreditación, se sugiere aplicar la pauta de acreditación para obtener un diagnóstico de brechas y de esta manera poder priorizar las acciones futuras.

PROGRAMA SALUD CON LA GENTE

Describir cómo se implementa el Programa Salud con la Gente en la Comuna (modalidad en el uso De los recursos, incorporación de las actividades en el plan comunal u otros aspectos)

SALUD CON LA GENTE Nombre Organización Social	Proyecto o Actividad Apoyada	Nº <u>Beneficiarios</u> Directos	Nº <u>Beneficiarios</u> Comunicacionales
--	------------------------------	----------------------------------	--

Cuadro 11:

6.- PROGRAMACIÓN FINANCIERA: En los cuadros 13, 14,15 y 16 se deben considerar sólo los Recursos PROMOS, es decir aquellos aportados por MINSAL a través de convenio entre Municipio, Servicio de Salud y SEREMI de Salud

Cuadro 12: Distribución de recursos según fuente Cuadro 13: Distribución de Recursos PROMOS por ítem de gastos

ÍTEM	\$			Recursos PROMOCIÓN	
	Financieros	Valoraciones		Cantidad	%
Aportes (PROMOS) Sector Salud	6.439.687	No aplicable	Recursos humanos		
Aporte Municipalidad		10.800.000	Gastos de operación		
Aporte Comunidad			Equipamiento menor		
Aporte otros sectores		3.936.000	TOTAL		
TOTAL APORTES PLAN	6.439.687	14.736.000			

Cuadro 14: Distribución de recursos promoción por estrategia Cuadro 15: Distribución de recursos promoción (PROMOS) por condicionante (PROMOS)

	Monto	%		Monto	%
Establecimientos de Educación			Alimentación		
Comunas y Comunidades			Actividad Física:		
Lugares de Trabajo			Tabaco		
Programa Salud con la Gente			Factores protectores psicosociales		
			Factores protectores		

				ambientales		
Actividades y/o Campañas Comunicacionales				Otros		

Cuadro 16:

GASTO PERCÁPITA CON RECURSOS **PROMOS POR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN**

(Total recursos Promoción Plan Comunal / N° de beneficiarios directos Plan Comunal)

Total Recursos Promoción Plan Comuna	N° de Beneficiarios Directos del Plan Comunal	Gasto Per cápita
		\$

GASTO PERCÁPITA CON RECURSOS “FRESCOS” TOTALES DEL PLAN COMUNAL

(Total recursos Promoción Plan Comunal / N° de beneficiarios directos Plan Comunal)

Total Recursos “Frescos” Plan Comunal de Promoción	N° de Beneficiarios Directos del Plan Comunal	Gasto Percápita
6. 439.687	50.696	\$ 127.03

Nombre	Katherina Antonieta Hrzic Miranda
Teléfono – Fax – Correo Electrónico	281790- 281790- katherinahrzic@gmail.com

RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO Y EQUIPO DE TRABAJO:

Nombre	Institución y/o Organización	Profesión o Actividad
Iris González Pajarito	Departamento de Salud I. Municipalidad de San Antonio	Ingeniero Comercial
Clara Castillo	Consultorio San Antonio	Asistente Social
María Elena Anguita	Consultorio San Antonio	Nutricionista
Ana Maria Campos	Consultorio Barrancas	Nutricionista
Michelle Pérez Gamboa	Consultorio Manuel Bustos	Asistente Social
Carolé García Cabrera	Consultorio 30 Marzo	Nutricionista

EQUIPO

INTEGRANTES DEL COMITÉ VIDA CHILE COMUNAL:

Ana Campos Alarcón, Consultorio de Barrancas, Nutricionista.

Ana Madrid Mancilla, Presidenta Agrupación Espejo de Vida.

Berta Bustos, Pan de azúcar, dueña de casa.

Carolé García Cabrera, Consultorio 30 de Marzo, Coordinadora; Nutricionista.

Carolina Bravo, Coordinadora Provincial de Salud, Asistente Social.

Catalina Sanhueza, Centro Adulto Mayor Pan de azúcar.

Clara Castillo, Coordinadora Consultorio San Antonio, A. Social.

Elena Bravo,

Erna Olivera Martínez., Voluntario Iglesia Adventista.

Esteban Contreras, Vale tu Vida, Consejo Local, comerciante.

Eulalia Palacios P., Consultorio 30 DE Marzo,

Genoveva Godoy Uribe, Voluntaria Iglesia Adventista.

Gladys Herrera, Secretaria Agrupación Adulto Mayor Espejo de Vida.

Gerardo Manzo, Consultorio Bellavista, Aux. Paramédico.

Hortensia Jaque B, Voluntaria Cruz Roja.

Hugo Huerta, Club de Abstemios

Irma Parra, Matrona, Coordinadora Consultorio de Barrancas.

Jorge Guerrero, Consejo Local Consultorio Dr. N. Fernández Th.

Katherina Hrzic Miranda, Coordinadora Comunal Promoción de Salud, Kinesióloga.

Makarena Pinto

Manuel Adasme Gallardo, Miembro Iglesia Adventista.

Marcela Farías Romero, Miembro Iglesia Adventista.

María Alvarado, Centro Adulto Mayor Pan de azúcar..

María Elena Anguita, Coordinadora Consultorio San Antonio, Nutricionista.

María Poblete, Centro Adulto Mayor Corazón de esperanza.

María Soledad Martínez F., Miembro Iglesia Adventista.

María Antonieta Pavéz,

Mario Celedón Bustos, Funcionario Dirección de Salud IMSA.

Marta Meza G., Consultorio 30 de marzo.

Michele Pérez Gamboa, Coord. Consultorio Dip. M. Bustos H. Bellavista, Asistente Social.

Mónica Pavéz, Consejo Local, Bellavista.

Olga Bustos, Consejo Local Consultorio Dr. N. Fernández Th.

Patrica Montecinos, Consejo Local, Bellavista.

Paula Rubio F, CET LAS ROSAS.

Pilar Rodríguez

Regina Fernández, ESVAL.

Rossana Castañeda C., Secretaria de la SEREMI de Salud.

Sergio González S., Consejo Local Consultorio Dr. N. Fernández Th.

Teresa Ossandon Flores, JUNJI, Parvularia.

Valentina Rojas C., Agrupación de Diabéticos y representante de la OIRS.

Vasthi Abcillay G., Jardín Infantil Caracolito.

Violeta Soriano, Grupo Salud Mental Corazón Esperanza

DIRECTIVA COMITÉ

PRESIDENTA: PATRICIA RADRÍGUEZ SOLORZANO.

SECRETARIA: ELENA BRAVO SEGURA.

TESORERO: GERARDO MANZO DÍAZ.

PRIMER DIRECTOR: MARÍA PAVÉZ VERA.

SEGUNDO DIRECTOR: MÓNICA PAVÉZ CARRIEL

COORDINADORA DEL COMITÉ VIDA CHILE COMUNAL:

NOMBRE	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN	CARGO
Katherina Hrzic Miranda	Ilustre Municipalidad de San Antonio	Kinesióloga

IV.9.- PLAN DE CAPACITACION

INTRODUCCIÓN:

Esta propuesta ha sido elaborada a partir de los resultados del proceso de Detección de Necesidades de Capacitación, realizado durante el mes de Marzo de 2005, en base a entrevistas con el nivel directivo y a un Taller de Diagnóstico que contó con la participación de funcionarios de diferentes estamentos.

El propósito del Plan de Capacitación es constituirse en una herramienta que guíe las acciones de capacitación que la organización ha estimado necesarias para fortalecer el desempeño de las personas y de los grupos de personas de la organización, así como brindarles las herramientas necesarias para facilitarles los procesos de cambio que deben enfrentar.

ALGUNAS CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO

Entre los factores mencionados como principales causas que justifican un desempeño inferior al que las propias personas reconocen como deseado o posible, cabe mencionar:

- Falta de materiales necesarios para realizar el trabajo.
- Malas relaciones interpersonales.
- Falta de información.
- Mala comunicación entre jefes y subordinados.
- Mala comunicación entre jefes de diferentes unidades.
- Falta de preparación para el trabajo en equipo.
- Falta de coordinación de las actividades.
- Falta de apoyo de la jefatura.

A la Pregunta “¿Cómo siente usted que está realizando su trabajo?”, la respuesta generalizada es “Bien” o “Muy bien”. En contraste con lo anterior, la mayoría señala que sus compañeros de área o departamento desempeñan “bien” o “regular” su trabajo.

La mayoría señala que le gusta “mucho” o “bastante” trabajar en equipo. Sin embargo, la “falta de preparación para el trabajo en equipo” es también una opinión frecuente.

La mayoría señala que siente que la institución se preocupa “nada” o “poco” por capacitarlo.

Entre las falencias que los entrevistados señalan del desempeño de los niveles de jefatura, mencionan con más frecuencia:

- Malas relaciones con los subordinados.
- No administra bien su tiempo.
- Escaso reconocimiento a los subordinados.
- Falta de orientación a los subordinados.
- Poca solidez de sus decisiones.
- Escasa delegación.

Entre los temas organizacionales que los participantes mencionan como necesarios de incluir en el Plan de Capacitación, destacan:

- Desarrollo Personal.
- Atención al Usuario.
- Trabajo en Equipo.
- Prevención y Control de Stress.
- Liderazgo

Entre los temas técnicos y específicos que los participantes mencionan como necesarios de incluir en el Plan e Capacitación, destacan:

Programa Ampliado de Inmunización.

- Salud Familiar.
- Plan AUGÉ.
- Primeros Auxilios para las categorías D y F.
- Aspectos Legales en la Atención de Salud.
- Violencia Intrafamiliar
- Depresión

Entre los criterios generales propuestos por los participantes, se sugiere considerar:

- Entrega oportuna de certificados de aprobación de curso.
- Velar porque los certificados aprobación de cursos no se pierdan.
- Que las actividades de capacitación se programen dentro de la jornada de trabajo.
- Que las actividades se planifiquen de modo tal que la participación en capacitación no afecte el desarrollo del servicio que se presta a la comunidad.
- Que la capacitación sea una instancia de encuentro entre personal de diferentes estamentos.
- Que las opiniones entregadas por los participantes en el taller de diagnóstico, sean tomadas en cuenta por la autoridad.
- Mayor equidad en el acceso a actividades de capacitación.
- Que se reduzcan costos asociados a la realización de cursos, como viáticos de traslado, almuerzos, etc., en beneficio de una ampliación de la cobertura de capacitación a un número mayor de funcionarios.
- Que las actividades a realizar se distribuya durante todo el año, para evitar que se afecten los servicios por un exceso de actividad de este tipo al final del año.

POLÍTICAS DE CAPACITACIÓN

La capacitación en la Dirección de Salud, tanto como en la I. Municipalidad de San Antonio, NO debe constituir un fin en sí misma sino, como generadora de conocimiento, debe ser considerada UNA poderosa herramienta para alcanzar los objetivos estratégicos de la institución, y a la vez debe constituirse en palanca y motor del cambio organizacional.

El Proceso de Capacitación debe contribuir a lograr, a través de las personas, la misión, los objetivos estratégicos, las metas que en su ámbito se ha propuesto el municipio, la internalización de los valores y de las actitudes laborales que sustentarán la cultura organizacional deseada.

A través de un proceso de capacitación innovador, basado en metodologías participativas, se deberá contribuir también al desarrollo de habilidades intelectuales, emocionales, laborales y sociales, y a la conformación de equipos de trabajo, como respuesta a la necesidad de la organización de transformar el trabajo individual limitado, y a veces desalentador, en un trabajo colectivo, motivador y participativo.

Por último, la capacitación, debe contribuir a hacer realidad la relación aparentemente irreconciliable entre productividad y calidad de vida de las personas en su trabajo.

Estos planteamientos constituyen la base sobre la que se ha diseñado el Plan propuesto, y que a juicio del consultor a cargo, contiene los elementos fundamentales para facilitar la adaptación de las personas a los cambios organizacionales y para iniciar el tránsito hacia nuevos y mejores estilos de gestión de personas, que contribuyan a mejorar el clima laboral, la motivación y el compromiso de los trabajadores con su institución.

Integración a la Gestión

La capacitación, como proceso de intervención en el conjunto de personas de la organización, no puede estar desligada de la gestión. Junto con contribuir al desarrollo integral de las capacidades personales, profesionales y técnicas de trabajadores competentes, motivados y satisfechos, la capacitación debe contribuir a la optimización de la gestión organizacional y, a la vez, considerar los avances, cambios e innovaciones de la gestión actual, así como sus propósitos, para el diseño de los objetivos específicos, elección de contenidos y determinación de metodologías.

CONDICIONES PARA SU IMPLEMENTACIÓN:

La presente propuesta, además de entregar los contenidos temáticos del Plan Anual de Capacitación, debe ser considerada un Plan Director del proceso de capacitación para el año 2005; como tal, entrega los lineamientos generales que orientarán las acciones de capacitación que se han de desarrollar en dicho período. Sin embargo, el plan propuesto requiere ser asegurado, en cuanto a que su implementación sea efectiva y eficiente.

En opinión del consultor responsable de la formulación de este plan, entre las condiciones requeridas para el correcto desarrollo del plan de capacitación propuesto, es posible anticipar:

Mejoramiento de los sistemas de comunicación internos, para divulgar el sentido del Plan de Capacitación, sus políticas y objetivos, como también los beneficios que obtendrán las personas y la organización.

Potenciar la relación de la Dirección del Departamento de Salud con las diferentes Direcciones de Consultorios y unidades funcionales de la estructura, con el propósito de planificar en conjunto con las áreas de origen del personal beneficiario de capacitación, la conformación de los grupos de participantes, los horarios y frecuencia de las actividades, los lugares de realización y la logística requerida (traslados, personal de reemplazo, etc.).

Considerar la asesoría del Asesor en Gestión de Recursos Humanos del municipio, para la implementación técnica del Plan de Capacitación, asesoría que deberá velar por la correcta selección y contratación de capacitadores, que supervise las metodologías a aplicar y los aspectos técnicos a tener en cuenta en la ejecución de las actividades, así como la evaluación de las mismas.

Actualización permanente y dinámica del Plan de Capacitación, de acuerdo a la evaluación de su desarrollo, y teniendo presente las necesidades que provocan los cambios estructurales y de gestión emergentes en la institución, como asimismo las oportunidades que surgen tanto en el municipio como en el ámbito de la estructura regional y nacional de salud.

Velar por óptimo aprovechamiento de los recursos de financiamiento del Plan de Capacitación, en beneficio de una mayor cobertura de beneficiarios.

Destinar el máximo de recursos disponibles al desarrollo de las actividades de capacitación propuestas en el presente Plan, resguardando un porcentaje del total de presupuesto (10 a 15 por

ciento) para el financiamiento de actividades que puedan surgir como una oportunidad durante el año.

Promover acciones que permitan multiplicar los efectos de cada acción de capacitación.

Potenciar el desarrollo sistemático de actividades de capacitación interna, en las que los propios funcionarios participan como capacitadores o facilitadores del aprendizaje de otros, de acuerdo a sus propias competencias técnicas.

Los aspectos señalados son de máxima importancia para el aseguramiento del Plan de Capacitación propuesto.

Líneas Temáticas Prioritarias

Se presenta a continuación las líneas temáticas que de acuerdo al diagnóstico son prioritarias para la organización.

- Programa de Desarrollo de Competencias Directivas
- Programa de Diplomado en Gestión, o similar que brinde herramientas de gestión (planificación, control de gestión, evaluación de proyectos) y fortalezca competencias relacionadas con la gestión de personas (liderazgo, comunicación, trabajo en equipo).
- Dirigido a Directores de Consultorios o cargos similares.
- Duración: 100 a 150 horas.
- Cupos: 4
- Observación: Curso abierto externo.
- Curso – Taller de Liderazgo, Motivación y Comunicación:
- Programa de capacitación que permita a los participantes el desarrollo de competencias específicas orientadas al liderazgo participativo, gestión motivadora, mejoramiento de la coordinación a través de la comunicación.
- Dirigido a jefes de mando medio, encargados de programas o áreas funcionales, y en general a quienes en ese nivel tienen personal a cargo.
- Duración: 24 horas
- Cupos: 20

Observación: Curso cerrado.

Curso – Taller: Desarrollo Personal y Orientación al Usuario

- Programa de capacitación que permita a los participantes el desarrollo de competencias específicas para la atención efectiva al usuario, como empatía y comunicación efectiva; desarrollo de la vocación de servicio y de competencias emocionales y habilidades sociales que contribuyan asimismo a su desarrollo personal.
- Dirigido a funcionarios de todos los estamentos y unidades.
- Duración: 20 horas
- Cupos: 25 por cada grupo.

Observación: Curso cerrado. Privilegiar el máximo de grupos.

Curso – Taller: Aprendiendo a Trabajar en Equipo

- Programa de capacitación que permita a los participantes el desarrollo de competencias específicas para la práctica del trabajo colaborativo, con la finalidad principal de fortalecer el trabajo coordinado Inter-áreas.
- Dirigido a jefes de mando medio, encargados de programas o áreas funcionales, y en general a quienes en ese nivel tienen personal a cargo.
- Duración: 24 horas
- Cupos: 20

Observación: Curso cerrado.

Curso VIF

Actualizar conocimientos respecto aspectos legales y formas de intervención en las temáticas de Violencia Intrafamiliar y Depresión.

- Dirigido a profesionales que del Equipo de Salud Mental.
- Duración: 20 horas
- Cupos: 15

Observación: Curso cerrado.

Curso – Taller: Manejo de Conflictos y Control de Stress.

- Programa de capacitación que permita a los participantes el manejo de métodos no adversariales frente a conflictos con usuarios del servicio, y para prevenir y controlar las situaciones generadoras de estrés.

Dirigido a personas en contacto directo con usuarios externos.

- Duración: 20 horas
- Cupos : 20

Observación: Curso cerrado.

Curso: Primeros Auxilios.

- Programa de capacitación que permita a los participantes brindar la primera atención en emergencias de menor escala, accidentes laborales o domésticos, y aplicar curaciones y otras prácticas que puedan habilitarse a través de este curso.
- Dirigido a personal interesado voluntariamente en el curso y que tenga la característica de no dar trato directo al paciente.
- Duración : 30 horas
- Cupos: 20

Observación: Si existen los recursos humanos puede ser impartido por funcionario interno habilitado.

Curso Taller: Salud Familiar.

- Programa de capacitación que permita a los participantes conocer y entender los nuevos enfoques de la atención de salud, de acuerdo a las políticas del ministerio de la orden y de la propia Dirección de Salud municipal.

- Personal destinado por la Dirección.
- Duración: 30 horas
- Cupos: 25 nivel Avanzado
- Cupos: 30 nivel intermedio

Observación: Curso interno a realizarse a nivel Provincial con el resto de las Comunas.

Programa Técnico

- Cursos y destinatarios a determinar por la Dirección.

V.- PROYECTOS 2007

<p>NOMBRE DE LA INICIATIVA</p> <p>CONSTRUCCIÓN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR TEJAS VERDES</p>
<p>DESCRIPCIÓN</p> <p>La situación de la población residente en Tejas Vedes respecto acceso a Centros de Atención Primaria es dificultosa, debido a que el Consultorio base que les corresponde (Néstor Fernández Thomas de Las Lomas) se encuentra ubicado en un sector que les implica tomar dos locomociones, costo difícil de asumir para ellos y el Consultorio que les permite acceso mediante movilización directa se encuentra distante por lo que los conceptos de Atención Primaria y de Salud Familiar no pueden ser desarrollados en esta Comunidad.</p> <p>Para el desarrollo de esta iniciativa se cuenta con los siguientes facilitadores :</p> <p>Terreno con Disponibilidad: En condiciones de escritura y situación al día y de dominio del SERVIU. Ubicado en sector central de Tejas Verdes de fácil acceso frente a la Escuela Local. Condiciones de topografía accesibles sin grandes</p> <p>Población Motivada: Involucrados en el proceso de aplicación del modelo de Salud Familiar están desarrollando su propio diagnostico a partir de la organización de un Consejo de desarrollo territorial.</p> <p>Aplicación de la Reforma Sanitaria: Es el momento de poder intervenir en esta Población y lograr el máximo de voluntades tanto para el Equipo de Salud como para la Comunidad. La difusión de Garantías en Salud y la discusión de la Ley sobre deberes y derechos de los pacientes hace necesario estar más cerca de la Comunidad.</p> <p>Autoridades Comunales tanto administrativas como técnicas involucradas en el proceso de generar un cambio en la participación Comunitaria y en el desarrollo de la Ciudad. Pilar fundamental del Plan San Antonio</p>

TIEMPO EJECUCIÓN	FINANCIAMIENTO	
	Monto	Fuente
Desde Enero 2007 Hasta: Marzo 2007	M(\$) 110.786	MINSAL

VULNERABILIDAD SOCIAL	OBSERVACIONES
<p>La Comuna de San Antonio tiene una condición eminentemente portuaria y pesquera que en los últimos años se a traducido en un daño Social importante al disminuir considerable - mente las cuotas de captura pesquera y al no reflejarse en el desarrollo de la ciudad lo exitoso del ámbito portuario que no impacta económicamente a la Ciudad. Ante esta situación la tasa de desempleo se mantiene como una de las más altas del País.</p> <p>El sector de Tejas Verdes no esta ajeno a esta situación donde la principal fuente de ingresos deriva la modalidad de pesca del "Chinchorro" al borde del Río Maipú con quien deslinda el sector. (Desembocadura del río).</p> <p>En el sector existen según ultimo Censo 1.375 hogares de los cuales :</p> <p>Indigentes 170 Pobres no pobres</p> <p>Respecto servicios básicos el 99 % cuenta con Agua Potable</p> <p>El 98 con Alcantarillado y el 99% con Luz Eléctrica</p> <p>IMPACTO EN LA COMUNA</p> <p>La intervención en la Comunidad pretende dar atención con el Modelo de Salud Familiar a 5.000 personas .Revirtiendo de esta manera el gran daño provocado por las afecciones del sistema cardiovascular que es una de las Patologías que mas prevalecen en esta población característica dada por la distribución etaria de adultos y adultos mayores .La posibilidad de realizar protección y difusión de estilos de vida saludable en todo el proceso de desarrollo humano. El concepto de Salud cerca de la gente es completamente aplicado en esta instancia ya que esta Comunidad no tiene intervención en esa área con lo cual aportamos intersectorialmente a la disminución de brechas de cobertura.</p>	<p>Tasa de desempleo actual : 9,8 %</p> <p>Autorizada a realizarse , año 2005</p>
	<p>La intervención de esta Comunidad mediante la Habilidadación de un Centro Comunitario de Salud Familiar es una</p>

NOMBRE DE LA INICIATIVA			
CONSTRUCCIÓN II PARTE CENTRO PERIFERICO DE ATENCIÓN CONSULTORIO NESTOR FERNÁNDEZ THOMAS			
DESCRIPCIÓN:			
<p>El Consultorio Néstor Fernández Thomas de Las Lomas fue diseñado para dar cobertura de atención a 10.000 personas. En la actualidad consta de 25.841 inscritos reconocidos .Esto se traduce en un gran hacinamiento para el usuario externo e interno</p> <p>Centro Periférico de Atención: Frente a esta situación la I. Municipalidad de San Antonio tomo la decisión de habilitar un establecimiento de dependencia de la Dirección de Educación que se encontraba sin uso . Y disponer ahí el funcionamiento de dos sectores con la modalidad de Salud Familiar .Esto se realizo con fondos propios. Tuvo un costo de \$22.000.000 y permitió la habilitación de solo la primera etapa (un sector)</p> <p>Brecha de Construcción: Es necesario habilitar la instalación de un segundo Equipo de cabecera y eso implica construir y dotar de equipamiento a este Centro ubicado en el sector de Baquedano</p> <p>Trabajo Comunitario: Mediante la participación de la Comunidad en los Consejos Locales de Desarrollo en Salud se ha logrado la motivación de cuatro grandes sectores de la Población que al estar, el Equipo de Salud , mas cercanos en su accionar logran comprometer y hacer participar activamente del proceso de Salud y Promoción. Dos estos sectores recibirían cobertura en este nuevo Establecimiento.</p> <p>Descongestionamiento: La habitación de este Centro Periférico de Atención lograra descongestionar al Consultorio base y permitir una atención mas eficiente y de calidad para la Población los dos sectores que seguirán siendo atendidos en el Consultorio inicial.</p> <p>Ahorro de Construcción (regularización): Al habilitar la segunda parte del anexo Baquedano y dar desde este Centro de Salud cobertura para dos sectores permitirá no invertir en ampliación del Consultorio base Néstor Fernández Thomas. Instancia que significaba inyectar una cantidad mas alta de recurso económico</p>			
POBLACIÓN BENEFICIARIA :	TIEMPO EJECUCIÓN	FINANCIAMIENTO	
14.000 personas	Desde:	Monto	Fuente
Unidades Municipales Involucradas:	Hasta:	M (\$) 30.000	MINS
Dirección de Salud		Construcción.	AL
DIDECO		8.000	IMSA
SECPLAC		Equipamiento	
DEM			
DOM			

IMPACTO EN LA COMUNA	OBSERVACIONES
<p>1.-Salud más cerca de la Gente.</p> <p>2.-Descongestionar el hacinamiento del Consultorio Base.</p> <p>3.-Atención de mejor calidad, aplicación del modelo de Salud Familiar</p> <p>4.-Mejoramiento de la resolución y cobertura de atención</p>	<p>El costo total del Equipamiento considera la habilitación de dos Equipos de cabecera</p>

NOMBRE DE LA INICIATIVA HABILITACION SAPU CONSULTORIO DIPUTADO MANUEL BUSTOS DE BELLAVISTA
<p>DESCRIPCIÓN</p> <p>La población del Sector que comprende el área geográfica del Consultorio Manuel Bustos Huerta presenta varias características que amerita la habilitación de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia en las dependencias de este.</p> <p>Característica Geográficas:</p> <p>El sector se ubica en el extremo norte de la ciudad de San Antonio siendo uno de los lugares de la ciudad más alejados del Hospital de San Antonio y mas aun del SAPU del Consultorio Dr. Néstor Fernández Thomas.</p> <p>Corresponde a un terreno compuesto por varios cerros entre los cuales se encuentran quebradas. La mayoría de ellas habitadas</p> <p>El Cerro Bellavista posee un acceso único por San Antonio de las Bodegas, con movilización poco expedita, sin locomoción colectiva directa hacia el Hospital Local. Para acceder a dicho centro deben tomar colectivo cancelando tarifa mas alta que lo habitual o 2 microbuses.</p> <p>Características Biodemograficas :</p> <p>Población calculada en alrededor de 18.000 habitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta tasa de consulta calculada para el año 2005 alrededor de 1.75 - Alto N° de rechazos en periodo invierno. - Población con alto porcentaje en grupos erarios de riesgo. Gran cantidad de adultos mayores mas del 12% de la población total) y niños (25%) - Inscritos en Consultorio 15615 pacientes y 4345 familias. Se adjunta tabla con número de pacientes por edades.

- Perfil de morbilidad con alta cantidad de pacientes con patología crónica con frecuentes descompensaciones. Alrededor de 2500 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.
- Aproximadamente 500 de estos pacientes corresponden a SBOR: Asma y EPOC que en período de invierno presentan alta recurrencia de las exacerbaciones.
- Importante número de pacientes postrados para los cuales la movilización al hospital es difícil.

Características Sociales:

Alta cesantía falta de oportunidades laborales. Pobreza crónica de algunas familias alto porcentaje de familias que se encuentran en condiciones de pobreza o pobreza extrema, lo cual redundaría en la existencia de patologías sociales en aumento. Actividades remuneradas desarrolladas por la población. En general son relacionadas a la pesca artesanal los varones desarrollan la pesca misma y las mujeres desarrollan actividades como encarnadotas.

Baja escolaridad y de capacidades emprendedoras.

Deficiente saneamiento ambiental. Alrededor de 50 familias en sector punta de Diamante que no poseen alcantarillado y obtención de agua potable a través de pilones. Unidad vecinal 1, aun no cuenta en su totalidad con saneamiento básico dada su ubicación y alejamiento de las conexiones lo que trae consigo que muchas de las familias no cuenten con alcantarillado. Sino con letrina . esto con consecuente riesgo de aumento de enfermedades gastrointestinales

Falta de previsión en salud.

Problemas de VIF. Alcoholismo, drogadicción, problemas de salud mental, descompensadas habitualmente descompensadas por problemas económicas y de stress familiar.

BENEFICIARIOS DIRECTOS 18.000 PERSONAS	TIEMPO EJECUCIÓN	FINANCIAMIENTO	
		Monto	Fuente
	Desde: Enero 2007 Hasta: Indefinido	M(\$) 77.000 Anual	MINSAL
IMPACTO EN LA COMUNA	OBSERVACIONES		
La posibilidad de la Comunidad de acceder en forma oportuna a un servicio de Urgencia y de su traslado al Hospital Local si esto es pertinente.	El ofrecimiento de la habilitación de un SAPU en el Consultorio señalado fue realizado por el Ministro de Salud de la época en Diciembre del 2004 a la Comunidad asistente a la ceremonia:		

EXTRACTO DEL PLAN DE CIUDAD PARA EL AREA SOCIAL DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN ANTONIO :

Sector o segmento	Resultados diagnostico	Estrategias de intervención
Integración ciudadana	<p>Bajos niveles de participación</p> <p>Desconfianza por parte de la ciudadanía a la gestión publica</p>	<p>Democratizar y modernizar la Gestión Municipal.</p> <p>Incorporación a la comunidad a las decisiones presupuestarias y de análisis.</p> <p>Promover la gestión asociada y la autogestión de la comunidad.</p> <p>Invertir en Capital Social.</p>
Educación	<p>Disminución sostenida de las matriculas municipales</p> <p>Bajos rendimientos en el SIMCE.</p> <p>Baja oferta calidad en la oferta de la educación superior.</p> <p>Falta de estudios en relación a los jóvenes estudiantes.</p> <p>Falta de base de datos con información estadística de demanda y cobertura educacional.</p>	<p>Fortalecer los vínculos entre el Municipio y los establecimientos educacionales.</p> <p>Fortalecer las capacidades municipales para la dirección estratégica del sector educación, dirigido a mejorar la planificación y gestión del municipio.</p> <p>Fortalecer la dirección y gestión del departamento de educación Municipal, destinado a potenciar capacidades de los equipos profesionales y técnicos.</p> <p>Determinación a nivel prospectivo de una oferta de calidad de educación superior y proponer líneas de acción</p> <p>Promover el desarrollo de competencias de empleabilidad y capacidades emprendedoras de los Jóvenes del sistema escolar.</p> <p>Estudio de Caracterización de la Población Juvenil de San Antonio</p>

		Se generará y mantendrá actualizada un a base de datos que sistematice información estadística de la demanda, cobertura y resultados de la educación municipal
Deportes	<p>Falta de una política local de deportes.</p> <p>Falta de espacios deportivos en buen estado</p> <p>Déficit de infraestructura deportiva</p> <p>Falta de programas de promoción deportiva</p>	<p>Potenciar una practica regular y diversificada que garantice mejoras en la salud de la comunidad;</p> <p>Impulsar la máxima participación ciudadana a todas las edades y sin discriminación de ningún tipo;</p> <p>Educar con el deporte a fin de promover la adquisición de valores y actitudes deseables;</p> <p>Focalizar la inversión en infraestructura de forma pertinente.</p> <p>Elaboración de un plan comunal de deportes.</p> <p>Establecer vinculaciones formales con Chile deportes</p> <p>Promover la creación de una Corporación Municipal de Deporte para la articulación de actores en el ámbito del deporte para la promoción del deporte y la recreación.</p> <p>Generar cupos de planta en Especialidades en el Hospital Local, promover incentivos para los Profesionales</p>
Salud	Brechas en la Red Asistencial. respecto resolución de Especialidades las que deben ser resueltas en Valparaíso	Adquirir y capacitar personal en la utilización de Ecotomógrafo y Mamógrafo

	<p>Déficit de elementos de Imagenología de la Red Asistencial ,la que es resuelta vía prestadores privados</p> <p>Sectores Poblacionales con acceso inadecuado a los Centros de Salud (Cerro Alegre, tejas Verdes, agua Buena ,Malvilla,Baquedaño)</p> <p>Desconocimiento de la Población respecto Garantías en Salud y Reforma Sanitaria</p> <p>Déficit Municipal de Parque Automotriz asistencial</p> <p>Déficit de Establecimientos de Urgencia en sectores con dificultades de Acceso</p> <p>Consultorio 30 de Marzo con estructura sobrepasada</p>	<p>Construcción de Centros Comunitarios de Salud Familiar en Cerro Alegre y Tejas Verdes. Construcción de Postas Rurales en Agua Buena y Malvilla. Habilitación de Anexo Baquedaño.</p> <p>Difusión de contenidos de la Reforma Sanitaria mediante los Consejos Locales de Desarrollo en Salud, aumentar la participación comunitaria.</p> <p>Postulación a financiamiento para tres Ambulancias del Sistema de Salud Municipal con el objeto de dar cobertura a toda la red Municipal y SAPU</p> <p>Habilitación de SAPU en Consultorio Diputado Manuel Bustos de Bellavista y Consultorio 30 de Marzo de la Población 30 de Marzo</p> <p>Regularización del Consultorio 30 de Marzo ;Habilitación de segundo piso</p>
--	---	---

VI.- PRESUPUESTO.-

PROYECTO PRESUPUESTO AÑO 2007

I.- INGRESOS

CUENTA	CONCEPTO	2007	2006	Variación
111.01.11.	Subvencion por atencion de Salud	848,220	815,596	4%
111.01.12	Otros Ingresos	97,000	83,953	15.54%
111.06.20	Aporte de la Municipalidad	489,720	472,000	3.75%
111.06.21	Otras Transferencias	14,522	12,545	15.75%
11	Saldo Inicial Caja	10	10	0
	Total Ingresos	1,449,472	1,339,139	

II.- GASTOS

CUENTA	CONCEPTO	2007	2006	
21	GASTOS EN PERSONAL :			
21.30.001	Pago Remuneraciones Liquidas	661,472	612,165	8.05%
21.30.002	Integro Cotizaciones Previsionales	168,000	155,745	7.86%
2130.003	Integro Impuesto a la Renta	13,500	11,769	14.71%
2130.004	Integro Descuentos Voluntarios	61,000	49,872	22.30%
2130.005	Pago Cotizaciones y Aporte Empleador	12,500	11,200	11.60%
2130006	Otros gastos en Personal	13,000	11,800	11.01%
	Sub - total	929,472	852,551	
21.31.001	Pago Remuneraciones Liquidas	129,000	120,220	7.30%
2131.002	Integro Cotizaciones Previsionales	36,500	34,864	4.69%
2131.003	Integro Impuesto a la Renta	100	72	38.89%
2131.004	Integro Descuentos Voluntarios	40,440	32,200	25.59%
2131.005	Pago Cotizaciones y Aporte Empleador	3,200	2,969	7.78%
2131006	Otros Gastos en Personal	7,588	7,200	5.39%
	Sub - total	216,828	197,525	
26	GASTOS DE FUNCIONAMIENTO :			

26001	Textiles Vestuario y Calzado	6,600	6,000	10%
26002	Combustible y Lubricantes	12,000	10,200	17.64%
26003	Artículos de Oficina	13,000	13,000	0.00%
26004	Material de Enseñanza	1,800	2,800	-55.56%
26005	Productos Químicos	90,000	87,000	3.45%
26006	Materiales y Útiles Quirúrgicos	44,000	39,000	12.82%
26007	Otros Materiales y Suministros	11,996	10,000	19.96%
26008	Materiales para Mantencion y Reparación	6,000	4,202	42.79%
26009	Mantencion y Reparación de Vehículos	8,400	7,500	12%
26010	Mantencion Reparación Maquinas y Equipos	8,196	7,200	13.84%
26011	Otras Mantenciones Reparaciones e Instalaciones	4,134	3,597	14.92%
26012	Consumo Electricidad	12,500	11,304	10.58%
26013	Consumo Telefónico	10,800	8,400	28.57%
26014	Consumo de Gas y agua	6,996	5,200	34.54%
26015	Operaciones Devengadas Anteriores	10	10	0%
26016	Otros Compromisos años Anteriores	10	10	0%
26018	Publicidad y Difusión	1,700	1,700	0%
26020	Gastos Menores	3,080	2,760	11.59%
26021	Pasajes y Fletes	2,700	2,030	33%
26022	Capacitación y Perfeccionamiento	5,000	9,700	-94%
26023	Otros Servicios Generales	30,000	32,000	-6.67%
26024	Imprevistos	500	500	0%
26025	Otros Servicios Computacionales	1,260	2,500	-98.41%
26026	Material uso corriente computacional	4,500	4,500	0%
	Sub. - Total	285,182	271,113	
31.00	Inversión Real			
31.50.002	Requisitos inversión Funcionamiento	6,590	9,030	-37.02%
31.60	Otras inversiones	11,400	8,920	27.80%
	sub. - total	17,990	17,950	
	Total General	1,449,472	1,339,139	

VII.- DOTACION
 PLANILLA DOTACION DE
 PLANTA DIRECCION DE
 SALUD

2006-2007.-

CONSULTORIO DR. NESTOR FERNANDEZ THOMAS

Apellidos, Nombres	Cat.	Nivel	Horas	Cargo
ABARCA PALOMINOS, AMADA	E	8	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
ARACENA GONZALEZ, PAMELA	B	11	44 SEMANALES	ASIST. SOCIAL
ARAYA DURAN, VIVIANA	D	11	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
ARAYA ROJAS, SARA	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
ARIAS SILVA, JUAN CARLOS	B	13	44 SEMANALES	PSICOLOGO
ARTEAGA ALCIVAR, RONALD	A	15	22 SEMANALES	MEDICO
AVILA URIBE, ELSA GLORIA	D	10	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
BUSTOS CARRASCO, DIEGO	B	9	44 SEMANALES	MATRON
BUSTOS QUEZADA, ANA	D	8	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
CALDERON MARTINEZ, MARITZA	A	13	36 SEMANALES	MEDICO
CALDERON PEREZ, IVONNE	D	12	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
CARU CESPEDES, SILVIA	D	5	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
CARVAJAL ARIAS, HECTOR	A	10	44 SEMANALES	ODONTOLOGO
CELEDON BUSTOS, MARIO	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
CORDOVA MEZA, PAOLA	E	11	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
CHACON VERA, CARLOS	F	11	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
CID ALBORNOZ, PATRICIA	B	15	44 SEMANALES	PSICOLOGO
DIP OLMOS, MARIA SOLEDAD	B	11	22 SEMANALES	MATRONA
ESPINOZA GARRIDO, MANUEL	E	9	44 SEMANALES	SUB-DIRECTOR
FARIAS TOBAR, CARMEN	D	12	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.

GARCIA SALTOS, JORGE	A	15	44 SEMANALES	MEDICO
GAYOSA BUSTOS, MARIA	B	9	44 SEMANALES	ENFERMERA
GAYOSA BUSTOS, PATRICIA	E	9	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
GONZALEZ PAJARITO, IRIS	B	13	44 SEMANALES	AUDITORA
GUINEZ HERNANDEZ, LIDIA	B	7	44 SEMANALES	NUTRICIONISTA
HERNANDEZ ENCINA, HERMINIA	D	9	44 SEMANALES	AUX. DENTAL
HERNANDEZ RUBUI, MARCELA	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
HERNANDEZ TAPIA, JOSE LUIS	A	10	44 SEMANALES	ODONTOLOGO
HRZIC MIRANDA, KATHERINA	B	15	44 SEMANALES	KINESIOLOGA
JARA PARRAGUEZ, FANNY	D	13	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
LEIVA PEREZ, NATALIA	B	15	44 SEMANALES	MATRONA
MARTINEZ JARA, MARIO	F	13	44 SEMANALES	CHOFER
MEDINA PINTO, MARIA RAQUEL	B	10	44 SEMANALES	ENFERMERA
MEJIAS CARREÑO, MARIA	D	9	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
MIRANDA GUZMAN, ANA	D	7	44 SEMANALES	AUX. DENTAL
MIRANDA MUÑOZ, SELMA	E	14	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
OLIVARES VENEGAS, LUCIA	B	13	22 SEMANALES	KINESIOLOGA
ORELLANA PAVEZ, MARIA	D	7	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
PIUZZI ITURRA, ADOLFO	F	10	44 SEMANALES	AUX. DE SERVICIO
QUELOPANA González, FLOR	F	15	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
QUIROZ VERGARA, DELIA	E	11	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
RAMIREZ SUAZO, LUZ ELIANA	E	9	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
RIVEROS LOPEZ, IVONNE	D	15	44 SEMANALES	AUX.PARAMEDICO
ROJAS ROQUE, ANGELICA	D	12	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
ROMAN NUÑEZ, ELCIRA	F	13	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
ROMERO BARRERA, GRACIELA	D	15	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
ROMERO GUZMAN, EDITH	D	11	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
RUIZ OBREGON, ERNA	E	11	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA

SALDIAS LIZANA, GABRIEL	A	10	20 SEMANALES	ODONTOLOGO
SERRANO NORANBUENA, JUAN	F	12	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
SILVA BECERRFA, MARCELA	B	15	44 SEMANALES	ASISTENTE SOCIAL
SOTO ESCOBAR, NOELIA	D	10	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
TORO VALENZUELA, ROXANA	D	9	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
TORRES PEREZ, SONIA	E	13	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
TORRES RIAÑO, RAUL	B	13	44 SEMANALES	PSICOLOGO
VALLEJOS CARDENAS, GLORIA	D	10	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
VARGAS GONZALEZ , EMILIA	B	14	20 SEMANALES	NUTRICIONISTA
VARGAS LAZO, VILMA	B	11	44 SEMANALES	MATRONA
VASQUEZ UBILLA, MARITZA	D	11	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
VERA Pérez, SILVIA	B	15	44 SEMANALES	ENFERMERA
VERGARA PEREZ, PAULINA	E	11	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
ZUÑIGA JARA, HUMBERTO	D	9	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.

I. MUNICIPALIDAD DE SAN ANTONIO

DEPTO SALUD

**CONSULTORIO DIPUTADO
MANUEL BUSTOS HUERTA**

Apellidos, Nombres	Categoria.	Nivel	Horas	Cargo
			Contratadas	
ABARCA PAVEZ, OSCAR	B	15	44 SEMANALES	Psicólogo
ACUÑA FARIAS, ELIZABETH	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
ARENAS VARGAS, LUISA	D	12	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
ARIAS LEAL, MANUEL	F	15	44 SEMANALES	CONDUCTOR
ATENAS CATALAN, NATALY	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
FRIAS VILLATORO, CONSUELO	D	11	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.

GONZALEZ SEPULVEDA , LUIS	D	15	44 SEMANALES	AUX .PARAMEDICO
HERRERA CERDA, VERONICA	D	15	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
IRIGOYEN CORDOVA, ANA	D	15	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
LEIVA SILVA, ESTER	E	13	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
LUA ENDERICA, SANTA	A	15	44 SEMANALES	MEDICO
MACIEL CARREÑO, ANA MARIA	D	15	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
MARTINEZ REYES, FABIAN	D	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
MALDONADO MALDONADO, ANA MARIA	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
NAVIA ROJO, YENNY SANDY	D	14	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
OLIVARES VENEGAS, LUCIA	B	15	22 SEMANALES	Kinesióloga
OLIVERA SOTO, NORMA	B	15	44 SEMANALES	ENFERMERA
PEREZ GAMBOA, MICHELLE	B	15	44 SEMANALES	ASISTENTE SOCIAL
PIÑA VASQUEZ, OLGA	A	15	44 SEMANALES	MEDICO
PONTIGO LUES, KAREN	A	15	44 SEMANALES	MEDICO
QUIROZ BARRIGA, LUIS	E	13	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
REYES OSORIO, JULIA	D	15	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
REYES TORO, JAIME	A	15	44 SEMANALES	Odontólogo
SAEZ MORALES, PATRICIO	D	15	44 SEMANALES	AUX .PARAMEDICO
SANTIS LARRAÑAGA, JUAN	E	13	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
URETA CONTRERAS, ORietta	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
VELASQUEZ MOYA, LILIAN	B	15	44 SEMANALES	MATRONA

CONSULTORIO TREINTA DE MARZO

Apellidos, Nombres	Categoría.	Nivel	Horas	Cargo
			Contratadas	
ARAYA NARANJO, ELENA CLAUDIA	F	15	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
BETANCOURT GONZALEZ, ELIANA	E	13	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
BUSTOS SOTO, SUSANA	B	12	44 SEMANALES	MATRONA
CATALAN GONZALEZ, JULIO	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
FRANCO GUZMAN, ANA MARIA	E	7	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
GAMBOA ROSEL, NORMA	D	14	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
GARCIA CABRERA, CAROLE	B	15	44 SEMANALES	NUTRICIONISTA
GONZALEZ VALENZUELA, CECILIA	B	14	22 SEMANALES	PSICOLOGA
HERBAGE ESCALONA, IRENE	A	15	33 SEMANALES	MEDICO
JORQUERA CASTRO, JORGE	B	10	44 SEMANALES	ASISTENTE SOCIAL
MANZO DIAZ, CAROL	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
MARTÍNEZ MAULÉN, MÓNICA	B	11	44 SEMANALES	ENFERMERA
MEJIA FARFAN. ELINORI	A	15	44 SEMANALES	MEDICO
MELLENDEZ PAILAMILLA, RAQUEL	D	14	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
MUÑOZ BARRERA, CARLA	B	15	22 SEMANALES	Kinesióloga
MUÑOZ CARRILLO, FABIOLA	D	14	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
OLGUIN FARIAS, ISABEL	D	12	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
ORTEGA SOTO, ALVARO	F	14	44 SEMANALES	ESTAFETA
PARDO LIZAMA, MARCELA	D	12	44	AUX.

			SEMANALES	PARAMEDICO
QUIROZ BARRIGA, LUIS	E	13	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVO
RAMIREZ VILLATORO, ELIZABETH	E	15	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
RIOS LETELIER, CLARA	D	13	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
SILVA CLAVIJO, CLAUDIA	D	15	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
SOTO VERA, MARCO	F	13	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
TRONCOSO REYES, MARIA	E	13	44 SEMANALES	SECRETARIA
VALLEJOS LUQUE, JESSICA	A	15	22 SEMANALES	MEDICO

POSTAS
RURALES

ALVARADO VARGAS, PAULA	D	11	44 SEMANALES	AUX. PARAMEDICO
ARIAS BASCUÑAN, ANA	D	5	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
CARRANCA LABRA, PATRICIO	D	11	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
DE GRAZIA PACHECO, OTTO	A	15	44 SEMANALES	MEDICO
DONOSO ZUÑIGA, ANA	F	9	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
FARIAS SOTO, JULIA	F	9	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
JAVIA HERNANDEZ, ZUNILDA	F	11	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
FUENTES BRAVO, EVA	E	11	44 SEMANALES	ADMINISTRATIVA
HUENCHO VARGAS, PATRICIO	F	9	44 SEMANALES	CHOFER
JIMENEZ PANTOJA, IRIS	B	11	44 SEMANALES	ASIST. SOCIAL
KUJAN MACIAS, JOSE	A	15	22 SEMANALES	Odontólogo
LASCANO ESPINOZA, CARMEN	B	15	44 SEMANALES	ENFERMERA
MIRANDA VERA, PAULA	B	15	44	MATRONA

			SEMANALES	
MOYA URRUTIA, MARIA	F	9	44 SEMANALES	AUX. SERVICIO
SEPULVEDA FUENTES, MARIA	D	6	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.
TOBAR GOMEZ, GLADYS	D	9	44 SEMANALES	AUX. PARAMED.

CENTRO DE REHABILITACIÓN

ACEVEDO ACEVEDO RICARDO	F	10	44 SEMANALES	NOCHERO
CORVALAN, MARIA ANGELICA	B	15	22 SEMANALES	ASISTENTE SOCIAL
HERNANDEZ CASTAÑEDA, ALEJANDRA	B	15	44 SEMANALES	Kinesióloga

RESUMEN

PROFESIONALES CATEGORÍA "A"	15
OTROS PROFESIONALES CATEG. "B"	33
AUXILIARES PARAMEDICOS CATEG."D"	41
ADMINISTRATIVOS CATEG. "E"	29
AUX .DE SERVICIO CONDUCTORES	
NOCHEROS.- CATEGORIA "F"	16
TOTAL PERSONAL DE PLANTA	134