

INDICE

I.- PRESENTACION.....	2
II.- INTRODUCCION	3
III.- VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMUNAL.....	5
IV.- MARCO REFERENCIAL.....	6
V.- ANALISIS DEL ENTORNO	24
VI.- CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL AREA DE SALUD.....	37
VII.- PROGRAMAS ESPECIALES POR CONVENIOS.	43
VIII.- GESTIÓN SOCIAL EN APS.....	56
IX.- CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES.....	58
X.- LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS COMUNALES.....	59
XI.- PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	60
XII.- ACTIVIDADES PRIORIZADAS DE ACUERDO A ORIENTACIONES PROGRAMATICAS 2013	62
XIII.- METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	73
XIV.- INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	74
XV.- EVALUACIÓN Y CONTROL.....	74
XVI.- ANEXOS	76
XVII.- GLOSARIO	125

I.- PRESENTACION

La construcción de un modelo de salud, equitativo, expedito, digno y de calidad es uno de los propósitos como país, por cuanto se han planteado objetivos sanitarios para la década que constituyen una referencia inevitable para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben ser ejecutadas en un Plan Comunal de Salud. Los objetivos sanitarios para la década 2010 – 2020, las Políticas y Estrategias Prioritarias, propuestas por el MINSAL, constituyen el alineamiento fundamental para la formulación del Plan de Salud Comunal de La Serena para el año 2013,

Esta nueva política pública en salud, plantea una visión “Ser un país que protege a su población el derecho a vivir en forma saludable, con equidad y justicia social”; teniendo como misión para ello “Contribuir al desarrollo de un país con mayor bienestar y justicia social, a través de acciones que comprometan al conjunto de la sociedad, respondiendo a las necesidades de la población”.

De esta manera se origina el Plan de Salud que se presenta a continuación que cumple con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud", para que llevado a la Alcaldía, pueda ser considerado por el Concejo Municipal y con su aprobación de acuerdo al Art. 65 letra a) de la Ley 18.695, orgánica constitucional de las Municipalidades sea remitido al Servicio de Salud Coquimbo antes del 30 de noviembre de 2012.

En consecuencia el siguiente Plan de Salud Comunal constituye los lineamientos de la política de salud municipal para el periodo 2013.

II.- INTRODUCCION

Los desafíos de la Reforma de la Salud incluyen el fortalecimiento de la Atención Primaria y su rol protagónico incluye cambiar el paradigma en el modo de atender a las personas y familias.

Esto implica que los equipos de salud y la comunidad trabajen en forma colaborativa para promover estilos de vida saludables y el autocuidado personal y familiar. Este cambio de paradigma es el Modelo de Salud integral con enfoque familiar y comunitario, en donde se reconoce que los usuarios deben ser el centro de los esfuerzos de la Atención Primaria.

Ahora bien para el año 2013 los temas considerados por el Ministerio de Salud como prioritarios para la gestión en Atención Primaria son:

- 1) Mejorar la calidad del trato al usuario.
- 2) Mejorar la gestión de los recursos para la realización de la atención de salud a los Usuarios y su comunidad.
- 3) Revelar acciones de control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- 4) Integrar las acciones de la red asistencial y de la Seremi de Salud con las acciones del resto de los sectores destinadas a mejorar la situación de salud de la población, en el marco de los Objetivos Sanitarios 2011 – 2020 y del Plan nacional de Salud.

Para ello el Municipio representa al ente articulador entre las necesidades comunitarias y los esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas convirtiéndose así en el responsable institucional en la implementación de estrategias que apuntan al desarrollo y calidad de vida de su población.

En este sentido, tiene la responsabilidad de formular el Plan de Salud Comunal en armonía con las orientaciones programáticas y normas técnicas emanadas del MINSAL según establece la Ley 19.378, con el fin de mejorar la aplicación de políticas de salud en la comuna, junto con el otorgamiento de un servicio de salud a la comunidad, eficiente y con una clara orientación de servicio social, se convierte en un factor preponderante en el cumplimiento de dichas estrategias.

Desde la perspectiva de la gestión interna de cada centro de salud, la incorporación de la mirada sistémica que subyace al Modelo de Salud Familiar, ha significado no sólo un cambio paulatino respecto del modo de abordar los problemas de salud sino también una forma distinta de trabajar, que privilegia por sobre todo el trabajo en equipo y la importancia de incorporar de manera constante la mirada familiar asociado a él la importancia de la atención de calidad.

El Departamento de Salud de la Corporación Municipal Gabriel González Videla, ha potenciado el avance en el desarrollo del Modelo en sus diferentes establecimientos de salud logrando la certificación de 100% de estos como CESFAM, además de ser los primeros en la zona norte en satisfacción usuaria en CESFAM Pedro Aguirre Cerda y de tener en el CESFAM Cardenal Caro un premio a la excelencia.

El presente Plan Comunal de Salud pretende dar a conocer la realidad y las directrices como Departamento de Salud Comunal para el año 2013 a modo de diagnóstico, mostrar cuantitativamente antecedentes de salud de nuestros usuarios, avances y falencias en la implementación del Modelo de Salud Familiar así como también en el proceso de acreditación de prestadores de Salud.

III.- VISIÓN, MISIÓN, VALORES Y PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMUNAL

VISIÓN

“Ser la Comuna con atención de Salud Primaria de excelencia”

MISIÓN

“Contribuir al mejoramiento de calidad de vida, de los individuos y familias de la Comuna de La Serena, proporcionando una atención de salud integral con enfoque familiar, promocional y preventivo favoreciendo la participación comunitaria, el desarrollo de habilidades y destrezas para el autocuidado”

VALORES Y PRINCIPIOS

- Salud como un derecho
- Equidad y Solidaridad
- Accesibilidad
- Oportunidad
- Calidad
- Continuidad de la atención
- Integración social

IV.- MARCO REFERENCIAL

Enfoque de Determinantes Sociales en Salud:

Los determinantes Sociales en Salud se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en la salud.

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial.

Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Civil:

Este enfoque se refiere al derecho a la salud como uno de los Derechos Humanos fundamentales y también el derecho al acceso a la atención de salud y al ejercicio de los derechos que aseguran la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud.

Localmente, se requiere asegurar la igualdad en el ejercicio de estos derechos para todos los estratos socioeconómicos, grupos etarios, pueblos originarios, grupos religiosos, poblaciones urbanas y rurales, orientaciones sexuales, etc.

La Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos.

Equidad en Salud:

Alude a la minimización de desigualdades evitables en la salud, y sus determinantes, entre grupos humanos de diferentes niveles de privilegio social.

La equidad puede ser definida como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente.

Avanzar hacia la equidad en salud implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos.

a) Equidad de Género en Salud

Género: es la construcción cultural que asigna, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a mujeres y hombres sobre la base de su diferenciación sexual; a diferencia de Sexo, término que alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer.

Es importante destacar que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran “innecesarias, evitables y, además, injustas” y que se asocian a desventajas en el plano socioeconómico y en la valoración social.

b) Interculturalidad

De las Personas:

Quienes se identifican como pertenecientes a un pueblo indígena y enfrentan barreras de acceso a los servicios por creencias, lenguaje, costumbres, discriminación, etc.

La población migrante beneficiaria de la Red Asistencial Pública se reconoce, en una alta proporción, como un pueblo indígena y tiene, además otras creencias y costumbres que deben ser consideradas.

De los Sistemas de Salud:

La Interculturalidad en la planificación sanitaria, se basa en el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud de una población, lo que implica que el modelo científico “occidental” no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena, por ejemplo, también tiene un amplio desarrollo. En este sentido, el proceso de cambio de modelo de atención en curso tiene como desafío considerar las necesidades y características socioculturales de la población indígena.

Gobernanza

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

a) Intrasectorialidad

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

b) Intersectorialidad

La Coordinación intersectorial debe lograr la definición de objetivos comunes y complementarios, coordinar los recursos humanos y materiales y desarrollar actividades conjuntas orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas al trabajo entre distintos actores y participación ciudadana en salud (diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, etc.).

Participación Social y Transparencia

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud.

La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Estas modalidades no son excluyentes sino que pueden ser complementarias y se expresan a través de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios(as) organizado(as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, elaboración de Cartas de Deberes y Derechos.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas, acciones de salud.
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.
- Ejercicio de derecho a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

Se espera que la comunidad avance en la participación continua en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal.

Objetivos Sanitarios

En julio del año 2010, la Subsecretaría de Salud Pública dio inicio a la planificación de las acciones del sector para la consecución de objetivos sanitarios durante la década 2011- 2020. Este desarrollo se inició a principios del decenio 2000-2010, cuando el sector impulsó una reforma sectorial, cuyo primer eje fue la definición los objetivos sanitarios.

A la luz de los resultados de la evaluación, se hizo necesario no sólo reflexionar acerca de los objetivos sanitarios del sector durante la década que comienza, sino también, fortalecer la planificación sanitaria para la consecución efectiva de éstos.

Frente a ello, la formulación de los Objetivos Sanitarios del decenio 2011-2020, considera como uno de sus ejes fundamentales el trabajo colaborativo con el intersector. Esta preocupación se traduce en la metodología de construcción seleccionada, la cual otorga un gran énfasis, no sólo a la identificación de objetivos de impacto sanitario, sino también a la selección de estrategias para su consecución, utilizando criterios de calidad, equidad y de satisfacción para los usuarios del sistema de salud.

Los Objetivos Sanitarios para la década 2011 al 2020 son:

1. Reducir carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.
2. Prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
3. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo.
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas claves de la vida, embarazo, parto, período neonatal, infancia, y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable. Salud de los trabajadores.
5. Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques de Nivel Socio Económico, sensibles a las cuestiones de género, etnia y basados en los derechos humanos.
6. Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la

salud. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de la vida, y el apoyo de la salud pública y el desarrollo sustentable.

7. Promover la calidad y justicia en la atención de Salud.
8. Mejorar la institucionalidad de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, el financiamiento, la dotación de personal, la información, la infraestructura y gestión.
9. Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico.

Transformación del Actual Modelo de Atención

La transformación del actual modelo de atención se ha orientado hacia la obtención del máximo impacto sanitario de sus acciones. Ello involucra adecuaciones en los diferentes niveles de atención:

- Énfasis en la promoción y prevención de la salud, control de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable. Prevención de enfermedades mediante pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de éstas.
- Resolución integral de los problemas de salud trabajando en conjunto con la red asistencial.
- Resolución ambulatoria de la mayor parte de los problemas de salud, incorporando mecanismos de financiamiento que incentiven la atención ambulatoria. Desarrollo racional de las especialidades clínicas orientadas al impacto sanitario, a la mayor resolutivez, al enfoque por procesos clínicos y a la mejoría de la equidad en Salud.
- Uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada.
- Desarrollo de hospitales públicos al servicio de los requerimientos de la red asistencial, sustentables, y enfocados al desafío que introduce la problemática de salud del adulto.

Modelo de Atención Integral en Salud

El Modelo de Atención constituye el eje de la Reforma del sector, siendo aplicable a toda la Red de Salud. De acuerdo a las directrices de la Reforma se incorpora en la

Atención Primaria el “Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar”, siendo un programa que responde de la manera más efectiva a las necesidades actuales de los individuos, considerando su historia vital, con un enfoque integral respecto al proceso de salud-enfermedad, siendo el objetivo de la atención la familia, entendiendo que la salud y la enfermedad se dan en un contexto fuertemente determinado por esta estructura social. Además, favorece a las comunidades permitiéndoles acceder a un sistema de atención moderno y humanizado, de tal forma que las familias se sientan efectivamente protegidas y aseguradas en relación a sus necesidades de salud, mediante la oferta de acciones de calidad que permitan asegurar mejores resultados de salud y satisfacción de los usuarios, desarrollando acciones en los ámbitos de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con un enfoque biosicosocial multidisciplinario. Sus elementos centrales son:

a) Enfoque Familiar y Comunitario

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

Supone incluir la diversidad de formas de familia y las relaciones al interior de las mismas. El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a los equipos de salud analizar el proceso salud enfermedad, mirándolo desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como una unidad básica de parentesco que incluye a todos aquellos que viven juntos o se reconocen como entidades emocionales, relacionales y sociales significativas en la cual los roles y normas se centran sobre la protección recíproca de sus miembros, la regulación de las relaciones sexuales, la crianza de los niños y la definición de relaciones de parentesco” (Fried, 2000).

b) Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia por la salud de cada uno de sus integrantes.

Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivas promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja o persona significativa para la madre en el proceso reproductivo; del padre y la madre u otra figura responsable en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con

enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

c) Prestación de Servicios Integrados e Integrales

El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud.

La atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral. La prestación de Servicios Integrados en una Red Asistencial supone que en la definición de los horarios de funcionamiento de un establecimiento de Atención Primaria, se deben desarrollar acciones para facilitar la atención de personas que trabajan. Esto se materializa en el funcionamiento de los establecimientos con extensión horaria, en los términos establecidos por la Ley.

Para hacer operativo este modelo, se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivo General del “Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar”

Proporcionar a los individuos, familias y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de una manera integral, continua, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, a través de Centros de Salud Familiar (CESFAM) que contando con equipos de salud capacitados, ejecuten actividades con Enfoque Familiar.

Objetivo Específicos del “Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar”

- Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades de la población, usuaria de los CESFAM, con una adecuada relación oferta demanda.
- Proporcionar una atención integral, continua y de calidad para lograr la satisfacción de sus usuarios.
- Otorgar a la población beneficiaria del CESFAM una atención oportuna y eficiente.
- Asegurar a la población beneficiaria del CESFAM el derecho a recibir y demandar el conjunto de prestaciones.
- Maximizar la resolución ambulatoria de las necesidades de salud en los ámbitos de fomento, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la población beneficiaria del CESFAM (individuos y sus familias).

- Incrementar la capacidad resolutoria ambulatoria de patologías más complejas, mediante la compra de servicios a proveedores públicos y privados, y la optimización del sistema de referencia y contra referencia.
- Desarrollar una política de recursos humanos orientada a fortalecer la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral para el nivel primario de salud a través de la mejoría de la calidad técnica de los mismos.
- Promover y desarrollar programas de investigación operativa.
- Promover y desarrollar mecanismos para el uso eficiente de los recursos financieros.

Para dar cumplimiento a los objetivos antes mencionados los CESFAM, otorgan a su población beneficiaria un conjunto de prestaciones, denominado Plan de Salud Familiar 2 (PSF2). Además, implementan estrategias de gestión específicas y están sujetos a procedimientos de evaluación periódica y de recertificación. Para ello los CESFAM, deben contar con equipos de salud que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas al trabajo con familias, y su acompañamiento a lo largo del ciclo vital. Siendo responsabilidad de este equipo entregar atenciones oportunas y de calidad a las familias que atiende, así como de dar a conocer las problemáticas de salud que las aquejan, identificando factores de riesgos y protectores de la población a cargo, a través de la implementación de la estrategia de sectorización. Este conocimiento de las familias y comunidad, permitirá establecer las coordinaciones pertinentes con otras instituciones de la Red Asistencial, para satisfacer y mejorar las respuestas a las necesidades de salud de las familias en forma integral.

Es así entonces que este modelo con enfoque de salud familiar, entiende a la familia como:

- Contexto social primario de las personas
- Determinante de conductas protectoras o de riesgo
- Modulador de la vivencia de enfermedad
- Agente terapéutico
- Ciclo de vida individual y familiar (funciones en cada etapa que afectan el desarrollo de las personas: personalidad y herramientas adaptativas al estrés)
- Crisis normativas y no normativas

Desde esta mirada, como estrategia para dar respuesta a estos cuidados de la salud de manera más cercana, desconcentrando la atención para mejorar la accesibilidad a la red pública de salud de las familias que se deben atender, se implementan los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), que son dependientes de un CESFAM ya existente.

Estos CECOSF atienden una parte de la población inscrita en el establecimiento del cual dependen, y cubren los mismos servicios que aquél, en forma complementaria,

a fin de resolver de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y por el tipo de trabajo que realizan en conjunto con ésta, en las tareas de promoción, prevención curación y rehabilitación de la población.

El enfoque de salud familiar que caracteriza a los CECOSF, aporta significativamente a una resolución más global e integral de los problemas de salud en la Atención Primaria, adquiriendo una mayor importancia el sistema familiar, pues allí transcurre el desarrollo biológico y psicosocial de cada individuo.

Implicar a toda la familia en un tratamiento es una idea que puede parecer lógica, sin embargo es bastante nueva y no fácil de implementar en la atención de salud, por los desafíos que exige el nuevo modelo, “ser sano”, que va más allá de factores exclusivamente genético-biológicos y abordables solamente desde la perspectiva médica, sino que reconoce la relevancia del entorno físico, cultural, ambiental y social en el cual se desarrolla la vida cotidiana de las personas, donde “La Familia” juega un rol fundamental.

Garantías Explícitas en Salud

La gestión de la entrega de las prestaciones definidas anualmente, por Ley, en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud es un importante desafío para la Atención Primaria, responsable de asegurar el acceso de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a esas prestaciones. La Atención Primaria de Salud (junto a los Servicios de Urgencias y Hospitalarios) son la instancia de la Red Asistencial en que se origina la demanda y es responsable de mantener el equilibrio entre la oferta de atenciones del sistema de garantías explícitas (GES) y de la oferta del régimen general de garantías.

La definición de los procesos clínicos realizada para responder a las garantías explícitas, ha permitido avanzar en una metodología que es aplicable a cualquier problema de salud y que consiste, en determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, definir las brechas de equipamiento, infraestructura y capacitación de los Recursos Humanos y estimar las inversiones que son necesarias para corregir dichas brechas.

Así mismo la Gestión de Garantías Explícitas requiere de una organización específica de funciones que buscan velar por el cumplimiento de las garantías, dicha organización debe considerar más que el cargo en lo estructural, el cumplimiento de la función que se deberá asociar a aquél agente de la estructura existente que más contribuya a cumplirlo, como se detalla a continuación:

Encargado Comunal de GES:

Objetivo: Asegurar la continuidad de la atención del usuario en una red explícita definida en áreas de atención de salud locales, regionales y nacionales.

En este caso esta responsabilidad recae en el Director del Departamento de Salud, que dirige y preside un Comité Comunal GES.

Monitor SIGGES:

Objetivo: Asegurar la calidad y oportunidad de la información asociada al SIGGES y el registro confiable y oportuno.

Este monitoreo se lleva a cabo a través de monitores locales en cada Centro de Salud y de un encargado comunal, responsable de la supervisión de los monitores citados anteriormente.

Digitador SIGGES:

Objetivo: Realizar el registro de información respectiva en la herramienta SIGGES con la calidad, confiabilidad y oportunidad requerida.

Encargados de las Oficinas OIRS/ Reclamos Ges:

Objetivo: Asegurar la información a la comunidad y los beneficiarios de las garantías explícitas y sus derechos y obligaciones, así como el ciclo de reclamos GES y su resolución. Aspectos específicos a considerar:

- Coordinación con oficinas OIRS (procesamiento y retroalimentación para la toma de decisiones)
- Coordinación con FONASA
- Plan Comunicacional Interno y Externo
- Creación de redes comunicacionales al interior del sistema
- Monitoreo de reclamos GES, pertinencia, resolución o disolución.

En la Atención Primaria la programación de la actividad GES debe estar contemplada en el Plan Anual de Salud, en un marco de integralidad con el resto de las prestaciones que brinda la Atención Primaria.

Es importante señalar que dado que la Atención Primaria de acuerdo a la Ley 19.966 es la puerta de entrada al GES (excepto urgencias, recién nacidos y parto), la programación global de la actividad GES del Servicio de Salud, debe considerar los casos en sospecha que la atención primaria detectará y derivará a los siguientes niveles, lo que a su vez son dependientes de los siguientes factores:

- Grado Información a la comunidad y al paciente GES, campañas educativas y preventivas.
- Grado de cobertura del examen de medicina preventivo (detección precoz)
- Grado de conocimiento de las guías clínicas GES y acatamiento a sus recomendaciones.
- Pertinencia de la derivación. Existencia de normas de derivación y de contra-derivación.
- Nivel de resolutiveidad de la APS; disponibilidad de especialistas en APS, equipamiento (laboratorio, radiografías, eco tomografías)
- Modelo de atención del GES; el que determina el nivel de resolución preferente de los problemas de salud GES en la Red. En este sentido le corresponde a la APS, en forma preferente la atención (sospecha, diagnostico y tratamiento) de los siguientes Problemas de Salud GES.

El modelo de gestión de garantías debe formar parte del Modelo de Atención en general, dentro del ciclo de atención de las personas agregando el concepto del cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, en este sentido le corresponde a la APS, en forma preferente la atención (sospecha, diagnostico y tratamiento) de los siguientes Problemas de Salud Ges:

PATOLOGIAS GES ATENCION PRIMARIA.

- Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en menores de 5 años.
- Hipertensión
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Neumonía adquirida en la comunidad en mayores de 65 años de manejo ambulatorio
- Salud oral (6 años)
- Asma bronquial
- Colectomía preventiva
- Depresión en mayores de 15 años
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Órtesis
- Vicios de refracción
- Artrosis de cadera y/o rodilla
- Salud oral adulto (60 años)
- Dependencia de alcohol y drogas
- Urgencia odontológica ambulatoria
- Epilepsia no refractaria entre 1 a 15 años (también tiene controles en el nivel secundario)
- Prevención secundaria enfermedad renal crónica

- Displasia Luxante de caderas
- Salud oral integral de la embarazada
- Enfermedad de Parkinson (mixta)

Recursos Financieros en Atención Primaria

La gestión de los recursos financieros en Atención Primaria se inscribe dentro de un contexto mayor de la administración de los recursos estatales en los distintos niveles de gobierno; estos recursos se insertan en una lógica macro de presupuesto por resultados, esto es, reconociendo la importancia de la asignación de recursos transparente, la necesidad de dar cuenta a la comunidad y a los distintos actores sociales involucrados, dónde se gasta, cómo se gasta, quienes son beneficiados y cómo se han financiado los gastos efectuados.

Esto cobra especial importancia en salud, pues involucra a las personas y su bienestar.

En ese contexto, en la Atención Primaria, existen distintas dependencias administrativas, con diferentes mecanismos de pagos y con marcos legales claramente determinados. Asimismo, la Ley de presupuesto del sector contempla el programa presupuestario de la Atención Primaria, donde se especifican los recursos para el gasto, en el concepto de transferencias corrientes a otros organismos del sector público, tanto para el caso de la dependencia de administración municipal, como la dependencia directa de los Servicios de Salud. En ambos casos además, existen glosas específicas en la Ley de presupuesto, que identifican en qué dependencia y cuánto se ha de gastar anualmente.

Además, es preciso resaltar que el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), instalado en el sector de salud, reconoce para el caso de la Atención Primaria, el programa presupuestario respectivo y las grandes aperturas en las dependencias municipal y de Servicios de Salud.

En suma, es fundamental profundizar la coherencia del sistema de salud primario en el tiempo, cuidando de las ventajas adquiridas en transparencia, flexibilización y eficiencia en la gestión de presupuestos de salud, y, consolidando el rol de la gestión a nivel local, con mayor fortalecimiento de la APS, y que considere no sólo la resolución de los problemas de salud, sino también la promoción y prevención, resguardando el sentido de integralidad de la salud primaria.

Financiamiento de la Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria (APS) posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, así como distintas dependencias administrativas. Se distingue la Atención Primaria

de Salud Municipal cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos.

La APS municipal, posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios el que se encuentra en la ley N° 19.378, artículos 49 y 56, y se refleja en dos mecanismos de pago per cápita y pago prospectivo por prestación (programas).

Además, el aporte fiscal a la APS, se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria, considerando dos glosas: 01 asociada a la APS dependiente de los Servicios de Salud que incluye los recursos para el financiamiento del aporte destinado a las organizaciones no gubernamentales, bajo convenios DFL 36/80, y, la 02, a la APS Municipal.

Se distinguen los siguientes mecanismos de financiamiento:

Mecanismo de Pago Per Cápita.

El Per Cápita es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar y sus programas y la inscripción de la población beneficiaria.

Con relación al plan de salud familiar, se menciona que su cálculo se efectúa con base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la atención primaria.

El plan de salud familiar, considera los distintos programas de salud, tales como: programa de salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente y garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención.

Para el cálculo del plan de salud familiar se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley N° 19.378 - Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, consideran grupo objetivo y coberturas; finalmente se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con base a todos los

anteriores costos, se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

Per Cápita Basal

El per cápita basal se define como el aporte básico unitario homogéneo, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Los factores de incremento del per cápita basal, consideran: el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, contemplando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema; la dificultad para prestar atenciones de salud y la dificultad para acceder a las atenciones de salud.

Aplicación de Criterios de Incremento del Per Cápita Basal:

i. Pobreza

Se considera el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP, elaborado con base a la información proporcionada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE) a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM).

ii. Riesgo asociado a edad

Por el mayor costo relativo de la atención de adultos mayores en salud, a las comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos que asciende a \$ 448 (en pesos de 2010) por persona de 65 años y más, a cargo, por mes.

iii. Ruralidad

Incremento por ruralidad: 20%. De acuerdo al CENSO de 2002, se clasifican las comunas en rurales y urbanas, considerando rural toda comuna en la cual población rural sea igual o mayor al 30%, así como, aquella en que la entidad respectiva administre solamente establecimientos rurales, tales como consultorios generales rurales, postas rurales, estaciones médicos rurales.

iv. Referencia de Asignación de Zona

Para las comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las atenciones de salud, se ha considerado en forma referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en artículo 7° del Decreto Ley N° 249, estructurado en diferentes tramos, con porcentajes de incremento que van desde 0% a 24%.

v. Desempeño Difícil

Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud, en que la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud deba recibir la asignación de desempeño difícil a la que se hace mención en los artículos 28,29 y 30 de la Ley N° 19.378.

Los recursos que resultan de la combinación de los distintos factores de incremento del Per cápita, permiten la implementación de un Plan de Salud Familiar, al que tienen derecho los beneficiarios del sistema público inscritos en cada comuna. Este aporte estatal a la salud municipal, que plasma el plan de salud, se financia con aporte fiscal y se efectúan las transferencias a través de los Servicios de Salud a los Municipios, con base a Decreto fundado anual suscrito por los Ministerios de Hacienda, Interior y Salud y resoluciones respectivas.

Mecanismo Pago Prospectivo por Prestación – Programas.

El aporte estatal vía el mecanismo de pago de Per cápita, se complementa con aportes estatales adicionales, normados en el artículo 56 de la ley N° 19.378. Su mecanismo es de pago es prospectivo por prestación.

Estos aportes se entregan vía convenios suscritos entre los respectivos Servicios de Salud y los Municipios correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Financiamiento Local a la Atención Primaria de Salud Municipal

Se debe destacar como fuente de financiamiento, a la salud primaria de administración municipal, los aportes propios que establece cada Comuna para atender a las necesidades de salud de la población a cargo, en forma complementaria a los aportes estatales señalados anteriormente.

Otros Aportes Fiscales a la Salud Primaria

Tales recursos con cargo a aporte fiscal, se encuentran determinados en la Ley de Presupuestos del Sector Público en la partida 16 y se describen a seguir:

a) Bienes de Salud Pública.

Para los bienes de salud pública se consideran recursos señalados para Plan Ampliado de Inmunizaciones, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), y, Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).

En este mismo capítulo, para el año 2010, se abrió el Subtítulo de gasto de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, Subtítulo 24 ítem 03 298, Ley N° 19.378, que contempla los recursos destinados a financiar acciones y actividades de promoción en la atención primaria de salud, quedando de esta manera tales iniciativas acogidas en el ámbito de la salud pública.

b) Refuerzo Estacional. Campaña de Invierno.

En función de refuerzo asistencial estacional para las atenciones de salud en toda la Red Asistencial, se establece el “Programa Campaña de Invierno”. Esta estrategia procura enfrentar en la red asistencial las infecciones respiratorias agudas (IRA), las que constituyendo un problema epidemiológico nacional que afecta a un número importante de la población durante todo el año, pero que en un determinado momento del mismo, caracterizado por un conjunto de variables: exposición a contaminantes, frío, humedad y virus circulantes, donde las enfermedades adquieren un carácter epidémico que determina gran impacto en mortalidad y morbilidad, requiere de refuerzo asistencial estacional y campaña de comunicación social para educación a la comunidad. Estos aportes se focalizan preferentemente en menores de un año y en los mayores de 65 años, que son los grupos biológicamente más vulnerables.

c) Protección Social.

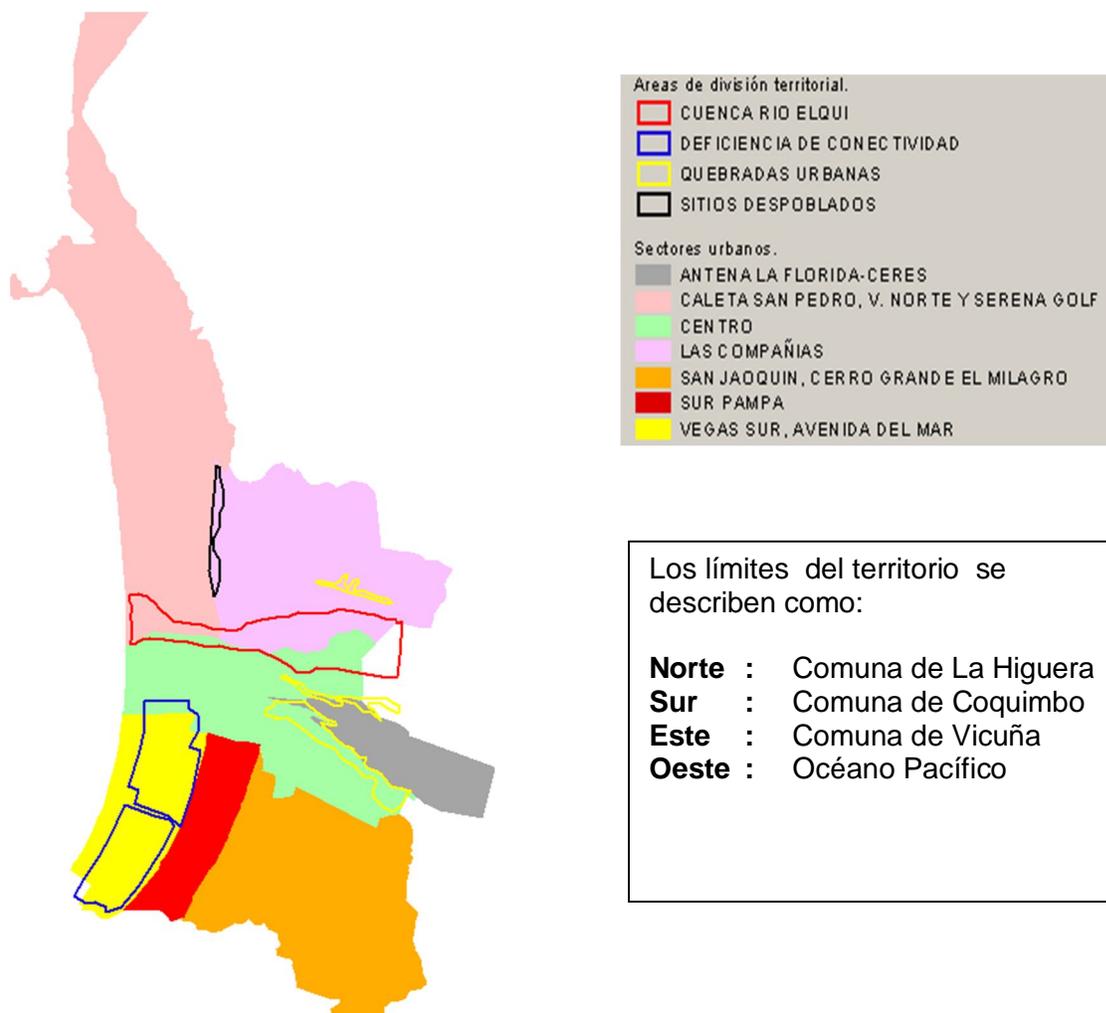
Asociado a acciones de promoción y prevención, se establece el Programa de Apoyo al Recién Nacido, destinado a mejorar las condiciones de atención y cuidado para el desarrollo infantil; así como también, a fomentar la instalación de interacciones y relaciones de apego seguro entre los padres, madres, cuidadoras(es) y sus hijos o hijas.

d) Inversión Sectorial de Salud

Se consideran asimismo, recursos contemplados para inversiones de financiamiento sectorial. Se relaciona con el financiamiento de obras civiles y equipamientos para nuevos consultorios y postas de salud rural y sus reposiciones.

V.- ANALISIS DEL ENTORNO

La comuna de La Serena está situada en la zona norte costera de la región de Coquimbo y a unos 470 km de distancia al norte de la ciudad de Santiago. Dicha comuna es muy relevante en la Región, ya que en ella se encuentra la capital regional llamada ciudad de La Serena y forma parte del polo territorial urbano llamado conurbación La Serena-Coquimbo y como capital regional, representa un territorio emergente y atractivo para inversiones y desarrollo demográfico



Fuente: Plan Desarrollo Comunal (PLADECO) año 2008-2012

INFORMACION DEMOGRAFICA COMUNAL

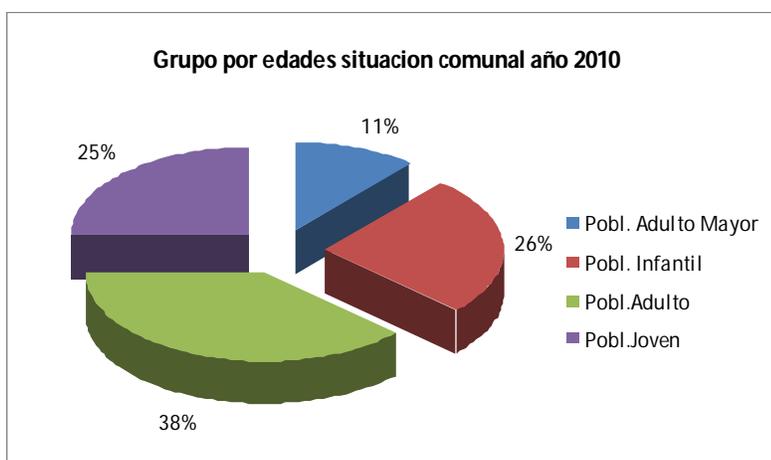
Según la información obtenida del PLADECO 2010, el total de población de la comuna es de 163.372 habitantes; de estos, un 26% corresponde a población infantil (entiéndase desde los 0 a 14 años), un 25% a jóvenes (población de 15 a 29 años en proceso de estudio secundario, universitario o económicamente activa), un 37% a adultos (población económicamente activa entre los 30 y 59 años) y un 11% a adultos mayores (población por sobre los 60 años).

De acuerdo a la panorámica territorial el 41% de la población habita en el sector de Las Compañías, seguido de un 17% sector Pampa, un 12% sector La Antena-La Florida y un 9% sector rural.

Dentro de lo que respecta a la población urbana, esta representa al 90.8% y corresponde a 148.444 habitantes. De acuerdo a la concentración de población por segmento social, el sector de mayor representatividad son las Compañías, seguido del sector Pampa y La Antena –La Florida.

En cuanto a la división por sexo la comuna de La Serena está representada por un 51% de mujeres. Es decir 84.371 mujeres y 79.001 Hombres.

División de localidades urbanas Ciudad de La Serena y cantidades de Habitantes por grupo de edades.



Fuente: Plan Desarrollo Comunal (PLADECO) año 2008-2012

A Continuación se muestra dinámica de sectores por localidad y grupo de población.

TABLA DE POBLACIÓN Y ESTRATIFICACION SOCIAL	% COMUNALES	TOTALES COMUNALES	LAS COMPAÑIAS	CALETA SAN PEDRO VEGAS NORTE	CENTRO	PAMPA	SAN JOAQUIN	AV DEL MAR VEGAS SUR	ANTENA LA FLORIDA	TOTAL URBANO	% URBANO	RURAL	% RURAL
POB INFANTIL	26	43148	20744	421	2590	5670	4276	223	4997	38921	26	4227	28
POB JOVENES	25	41491	16998	272	5470	7044	3633	262	4441	38120	26	3371	23
POB ADULTOS	37	60811	24307	485	5491	10337	6743	555	7250	55168	37	5643	38
POB ADULT. MAYORES	11	17922	5094	124	3072	4074	1313	169	2389	16235	11	1687	11
TOTAL	100	163372	67143	1302	16623	27125	15965	1209	19077	148444	100	14928	100
TOTAL % POBLACION		100	41	1	10	17	10	1	12			9	

Fuente: Plan Desarrollo Comunal (PLADECO) año 2008-2012

Antecedentes laborales

Según el censo del año 2002, el total de población que laboraba en alguna rama productiva era de 55.525 personas.

De las principales características de la comuna de La Serena es su alta diversificación productiva, estando en el norte de nuestro país, la comuna posee un desarrollo sostenido en el ámbito de la minería, pesca y agricultura, este último se ha visto sustentado por la mejores condiciones de riego y la inserción de inversiones relacionadas con la vid y otros productos frutícolas. Una de las actividades más crecientes y en pleno desarrollo ha sido el turismo, esta variable productiva ha generado un aumento de las actividades de servicio, hotelería, construcción, transporte y comercio.

En general, lo anterior ha posicionado a la comuna con un centro o polo de desarrollo y concentración de demanda y servicios de gran envergadura, la cual tiene un inconveniente, ya que dicho crecimiento mayor se ve reflejado sólo en época estival.

Total fuerza laboral de población por localidad

TOTAL FUERZA LABORAL	TOTAL	%
LAS COMPAÑIAS	23.596	42
ANTENA	6.766	12
AVENIDA DEL MAR	581	1
CENTRO	5.893	11
PAMPA	9.836	18
SAN JOAQUIN	4.734	9
CALETA SAN PEDRO	489	1
RURAL	3.630	7
TOTAL	55.525	100

Fuente: Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) año 2008-2012

Dentro de los registros mencionados las actividades que muestran mayor rango a nivel de acuerdo al censo 2002, son aquellas relacionadas con el rubro de la construcción, comercio mayor y menor (microempresas), hotelería, restaurantes y transporte, seguido por actividades de enseñanza, administración pública, defensa, agricultura, servicios y minería mayor y menor.

La zona con mayor concentración de fuerza laboral es el sector de Las Compañías el cual representa al 42 % de la población que ejerce alguna actividad laboral en este contexto.

El sector de Las Compañías está asociado en cuanto a su población laboral a una tendencia de productividad de comercio menor y construcción.

La actividad económica está marcada por una estacionalidad, considerando que en temporada estival de despliega toda la capacidad productiva y comercial, bajando sustantivamente en periodos de otoño-invierno, efecto que se ve reflejado en el comportamiento de las tasas de actividad económica y desempleo.

Social

Las políticas sociales tendrán como objetivo no sólo superar la pobreza, sino también las desigualdades y discriminaciones que están en la base de los riesgos sociales que afectan a familias y personas, como son la pérdida del empleo, el trabajo precario, los bajos ingresos, la enfermedad, la falta de educación, que amenazan a niños, mujeres, adultos mayores o personas con discapacidad. El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso.

Indicadores Epidemiológicos Comuna La Serena

PROBLEMA DE SALUD	TASA NACIONAL	TASA REGIONAL	TASA COMUNAL
Tasa de natalidad (por 1.000 hab.)	15,1	14,8	13,9
Tasa de mortalidad general (por 1.000 hab.)	4,9	4,4	4,3
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	8,4	8,9	9,1
Mortalidad 20-64 años por Enfermedades Cardiovasculares (por 100.000 hab.)	25,88	25	19
Mortalidad 20-64 años por Tumores Malignos (por 100.000 hab.)	29,19	25,19	25,6
Mortalidad 20-64 años por Enfermedades Respiratorias (por 100.000 hab.)	6,8	6,8	4,6
Mortalidad 20-64 años por Traumatismos-Envenenamientos (por 100.000 hab.)	47	46,1	45,6
Mortalidad 20-64 años por Cirrosis Hepática y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado (por 100.000 hab.)	9,8	9,6	9,7
Tasa egreso hospitalario por Enfermedad Isquémica Corazón (por 100.000 hab.)	126	125	125
Tasa egreso hospitalario por Enfermedades Cerebro vasculares (por 100.000 hab.)	78	78,5	77,7
Tasa de notificación por Hepatitis (por 100.000 hab.)	78,68	91,76	68
Tasa de notificación por Fiebre Tifoidea (por 100.000 hab.)	2,3	1,3	1
Tasa de notificación por Tuberculosis (por 100.000 hab.)	26,8	47	10
Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (%)	6,3	5,5	6,6
Prevalencia malnutrición por déficit (<1DE) Peso/talla < de 6 años bajo control (%)	2,5	3,1	2,2
Prevalencia malnutrición por exceso (1 DE y más) de Peso/talla en < de 6 años bajo control (%)	7,4	6,6	9,8
Déficit de Talla/edad (menos 1 DE) de niños de 2 a 5 años bajo control (%)	9,9	10,7	8,6
Proporción de embarazadas adolescentes en control (10 – 19 años) (%)	23,79	25,68	23,18
Nacidos vivos de madres menores de 15 años (%)	0,47	0,5	0,4
Proporción niños con resultado normal en el examen de desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses (%)	94	91,7	94,17
Proporción de niños con lactancia natural exclusiva a la edad de 6 meses (%)	49,3	51,44	37,18
Cobertura de atención de hipertensos	16	15	14,37
Proporción de hipertensos en control compensados	44,85	49,6	49,6
Cobertura efectiva hipertensos	7,29	8,34	8
Cobertura de atención de diabéticos	82	82	81,56
Proporción de diabéticos en control compensados	42,74	43,16	43
Cobertura efectiva diabéticos	2,31	2,5	2,47
Consultas médicas totales por habitantes (SNSS)	1,15	1,07	0,97
Egresos Hospitalarios por 1.000 habitantes	85,4	86,5	86

Fuente: SEREMI de SALUD Coquimbo /diagnóstico epidemiológico de la región de Coquimbo año 2005

Previsional

La distribución de la población de la IV Región según Seguro de Salud, destaca que el 74% de la población corresponde a FONASA, con tendencia a aumentar. Los quintiles más pobres, son los que mayor proporción ocupan en la participación del asegurador público.

POBLACION VALIDADA

MUNICIPIO	TOTAL POBLACION INSCRITA VALIDADA (30 Octubre 2011)
La Serena	166.289

Fuente: [www.FONASA.cl/estadisticas/informedevalidaciónderegistros/comuna La Serena](http://www.FONASA.cl/estadisticas/informedevalidaciónderegistros/comuna%20La%20Serena)

Educacional

Resumen de matriculas año 2012

A continuación se presenta el resumen del numero de matriculas en la comuna de La Serena

NIVEL DE EDUCACIÓN	N° MATRICULAS
EDUCACION MEDIA	3.318
EDUCACION BASICA	7.963
EDUCACION ESPECIAL - ADULTO	444
TOTAL	11.725

Fuente: Departamento de Educación. C. M. G. G. Videla. La Serena.

Político

La implementación de la Reforma del Sistema de Salud continúa en desarrollo por los diversos actores de la Red cuyos objetivos son:

- a) Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil biodemográfico de la población, las tecnologías disponibles y la evidencia científica.
- b) Aumentar la seguridad y confianza de las personas en sistema de salud, explicitando sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su autocuidado.
- c) Modernizar la organización y gestión del sector público, en función de los nuevos desafíos, específicamente la implementación progresiva del Régimen de Garantías Explícitas
- d) En salud, con sus garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, ha implicado la modificación de estilos de trabajo y de relación en la Red, con una mayor responsabilidad de los equipos de salud.

Financieros

Inscripción Per Cápita

La modalidad de financiamiento de la Atención Primaria, desde 1995 en la Comuna de La Serena se ha llevado a cabo el proceso de Inscripción Per Cápita en todos los Centros de Salud.

Se entiende por Per Cápita el sistema de financiamiento que cada municipio recibe según el número de beneficiario inscrito validados por FONASA en cada centro de salud (población inscrita validada).

El monto Per Cápita actual para la Comuna de La Serena, es de **\$ 3.304.-** mensuales.

CENTRO DE SALUD	Validados Corte 31/10/07	Validados Corte 31/10/2008	Validados Corte 31/10/2009	Validados Corte 31/10/2010	Validados Corte 31/10/2011
Cardenal Caro	30.334	30.814	32.044	33.680	34.607
Las Compañías	31.215	31.792	33.188	33.919	34.503
Pedro Aguirre Cerda	21.728	22.418	23.255	24.363	25.212
Dr. E. Schaffhauser	37.360	37.813	38.790	38.975	39.422
Cardenal Raúl Silva Henríquez	28.225	28.850	30.327	31.069	32.542
TOTALES	148.862	151.687	157.604	162.006	166.289

Fuente: Departamento de Informática Corporación Municipal Gabriel González Videla

Resumen Financiero Programas y Convenios año 2012

CODIGO	PROGRAMA	PRESUPUESTO 2012 \$
2	<i>Cecof Villa el Indio, Villa Alemania, Villa Lambert</i>	144.150.000
3	<i>SAPU Pedro Aguirre Cerda</i>	107.779.370
4	<i>SAPU Las Compañías</i>	107.779.370
5	<i>SAPU Cardenal Caro</i>	107.779.370
6	<i>SAPU Raúl Silva Henríquez</i>	107.779.370
47	<i>SAPU E. Schaffhauser</i>	107.779.373
8	<i>Chile Crece Contigo</i>	96.400.000
10	<i>Especialidades Medicas</i>	4.125.852
47	<i>Consultorios de Excelencia en APS</i>	84.280.000
12	<i>Conoce- Fonasa-Minsal- Sename</i>	102.284.400
15	<i>Planes Tratamiento. Conace-Minsal</i>	41.700.960
16	<i>Salud Mental Integral</i>	54.366.000
19 A	<i>Reforzamiento Odontológico 60 Años</i>	72.122.472
19 B	<i>Reforzamiento Odontológico Integral</i>	78.483.579
19 C	<i>Reforzamiento Odontológico Familiar</i>	31.422.050
	<i>Resolutividad: Oftalmología</i>	45.830.304
	<i>Resolutividad: Otorrino logía</i>	18.364.104
20	<i>Resolutividad: Procedimientos Cutáneos</i>	21.175.084
25	<i>Campaña IRA</i>	5.760.000
28	<i>Sala Era</i>	73.102.745
29	<i>Espacios Amigables</i>	3.743.000
49	<i>Preventivo en salud Bucal</i>	1.215.490
30	<i>Rehabilitación Integral(Schaffhauser y Juan Pablo II</i>	46.119.823
31	<i>Ejecución Rx. Tórax Patologías Respiratoria <5 y >65 años (NAC)</i>	20.217.950
35	<i>Modelo de atención en enfoque en salud familiar</i>	42.891.196
52	<i>Apoyo a la Gestión apoyo SAPUS</i>	34.608.000
22	<i>Laboratorio Complementario GES</i>	87.633.466
51	<i>Control Joven sano</i>	10.622.277
36	<i>Piloto Vida Sana intervención obesidad</i>	24.686.480
	<i>Mamografías y Eco mamarías 35 y más</i>	32.818.360
	<i>Radiografías Caderas 3 meses</i>	8.356.656
41	<i>Eco Abdominales</i>	26.919.156
		1.752.296.257

Fuente: Registro de convenios, Departamento de Salud Corporación Municipal Gabriel González Videla

Jurídico

El país cuenta con una atención primaria de administración dependiente de los Gobiernos locales (Municipios) y de los Servicios de Salud (SS) del SNSS. La red de prestadores incluye diferentes tipos de establecimientos de acuerdo a la realidad local de las comunas, siendo lo más determinante su condición rural y distribución geodemográfica. Es así que se cuenta con: centros de salud (urbanos y rurales) que cuentan con equipo de recurso humano estable, postas de salud rural, que no tienen recurso humano permanente, sino que realizan rondas de atención.

Por otra parte, de un total de 346 comunas del país, en 320 cuyos municipios administran establecimientos de salud, coexisten dos modalidades estructurales que determinan distintas capacidades de gestión: Corporaciones Municipales de carácter privado (53) y Departamento de Salud del Municipios (267). ¹

En el caso de la Atención Primaria Municipalizada, ésta se sustenta en la Ley 19.378, que corresponde al Estatuto de Atención Primaria, y su Reglamento General Decreto N° 2.296 y Decreto N° 1.889 de Carrera Funcionaria que regulan la administración, el financiamiento, la coordinación y relaciones laborales de la atención primaria municipalizada, incluyen, entre otros temas, los elementos básicos a considerar para la programación local.

Entre sus principales aspectos, está el Programa de Salud de la Comuna que debe contener el programa de capacitación válido para la Carrera Funcionaria, que a su vez, debe incluir las actividades tendientes a la adquisición de competencias nuevas que permitan el mejoramiento de la atención y la mayor resolutivez, como la mejoría en la atención y la implementación del Modelo de Salud Familiar y de Gestión del Equipo de Salud.

Además esta Ley en su Art. 59^o, crea las Comisiones Técnicas de Salud Comunal y en su Reglamento General Decreto N° 2296 (Art. 16 al 25), se señala la asesoría técnica que deben proporcionar los Servicios de Salud para apoyar en la Formulación del Proyecto de la programación local. Además, la Ley regula la fijación de la dotación y los criterios para ello.

¹Asociación de Municipalidades de Chile.

Asimismo, establece un Sistema de remuneraciones y define conceptos básicos sobre Sueldos, y, asigna responsabilidades en su fijación al Concejo Municipal (Art. 39).

En el Título 3, Párrafo 1º, Art. 49º los criterios que determinarán el aporte mensual de financiamiento y que incorpora población, nivel socioeconómico y ruralidad, prestaciones que se programen y prestaciones que efectivamente se realicen medido mediante IAAPS.

Ley 18.469, Modalidad de atención institucional que define los beneficiarios del sistema.

Ley Nº 19.813 que crea una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo del personal de la Ley 19.378. Esta Asignación está asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de Atención Primaria.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión que define la red asistencial y determina la inscripción de la población a cargo, como un eje fundamental de la atención primaria.

Ley 19.966 Auge. Régimen de Garantías en Salud.

Ley 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Introduce variadas modificaciones a otros cuerpos legales, lo que representa un incremento notable del derecho de participación de la sociedad civil en las políticas públicas del país. Entre los aportes más sustantivos que se alcanzan con esta ley está la inclusión de un nuevo título a la ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, el Título IV, De la participación ciudadana en la gestión pública cuyos principales contenidos son que el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones efectuados a través de sus órganos de administración, existiendo el deber de poner en conocimiento público información relevante acerca de sus políticas, planes, programas, acciones y presupuestos, dando cuenta pública participativa a la ciudadanía de la gestión de sus políticas, señalando aquellas materias de interés ciudadano en que se requiera conocer la opinión de las personas.

Todos los órganos de la Administración del Estado deberán crear sus propios consejos de la sociedad civil, y estos deben ser de carácter consultivo, pluralistas, representativos y diversos. También crea un catastro nacional de organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro, listado que será público y estará a disposición de todos vía web, el que será administrado por el registro civil. Se establece también

un Fondo de fortalecimiento de las organizaciones de interés público, donde la mayoría de los miembros que componen el consejo que lo adjudica deberán ser miembros de organizaciones de interés público y ellos serán los encargados de aprobar las bases y asignar los fondos. Reconoce a las instituciones de voluntariado como organizaciones de interés público, con propósito solidario, a favor de terceros, existiendo un párrafo completo dedicado a ellas. Así le imprimen el carácter de libre, sistemática y regular. Ley que respalda el quehacer de los Consejos Consultivos de Salud de las localidades urbanas y rurales.

Tecnológico

El avance progresivo en la incorporación de tecnología de la información y comunicaciones (TIC) en la gestión de salud primaria ha sido implementado a través de proyectos MINSAL.

Desde los años 2011-2012, algunos Centros de Salud de la comuna cuentan con el programa SIDRA, sistema de información de redes asistenciales del sector salud que congrega los aplicativos de cada uno de los actores, que da soporte a la gestión operacional en cada nivel, con foco en la mejora de la atención integral a los usuarios del sistema público de salud, y sirve como herramienta tecnológica para mejorar los procesos de la red asistencial. Para el 2013, se contempla la implantación del sistema en los restantes Centros de Salud de la comuna, así como la generación de los resguardos necesarios para evitar pérdidas de información clínica ante las eventuales contingencias que se puedan generar.

Componentes Contemplados en SIDRA

- Agenda
- Sistema de Referencia y Contra-referencia
- Sistema de Registro de Población Bajo Control y sus atenciones en la red asistencial.
- Sistema de Registro de Atenciones de Urgencias.
- Sistema de Dispensación de Fármacos

VI.- CARTERA DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL AREA DE SALUD.

En la actualidad la comuna de La Serena cuenta para la atención de sus usuarios con:

- 6 CESFAM (Pedro Aguirre Cerda, Las Compañías, Raúl Silva Henríquez, Cardenal Caro, Dr. Emilio Schaffhauser Acuña. y Juan Pablo II)
- 3 CECOSF (Villa Lambert, Villa El Indio, Villa Alemania)
- 4 Postas de Salud Rural (Lambert, El Romero, Algarrobito y Las Rojas)
- 21 Estaciones Medico Rurales
- 5 SAPU (Pedro Aguirre Cerda, Las Compañías, Raúl Silva Henríquez, Cardenal Caro y Dr. Emilio Schaffhauser Acuña)
- 1 Anexo del CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser A.
- 1 Centro de Rehabilitación Comunal
- 1 Clínica Dental Escolar
- 1 Unidad de Atención Primaria de Oftalmología

Todos los establecimientos antes señalados, cuentan con su respectiva cartera de servicios entendiéndose como tal, “el conjunto de acciones de promoción, preventivas, curativas, de mantenimiento y rehabilitación si las hubiere, que oferta un determinado establecimiento”.

Esta cartera debe ser de conocimiento público, de manera que no sólo facilite la programación de las horas profesionales asociados a ella, sino que le permite al usuario orientarse respecto a qué acciones puede acceder en cada establecimiento.

A continuación se detalla la cartera de servicios de la Atención Primaria de Salud Comunal, que contiene el conjunto de prestaciones mínimas dirigidas a resolver las necesidades de salud de la población:

ACTIVIDADES POR CICLO VITAL

INFANTIL

- Control de Binomio Madre –Niño (Chile Crece Contigo)
- Control de salud del niño
- Entrega de material de estimulación del DSM de ChCC.
- Evaluación de Riesgo Psicosocial
- Consulta Nutricional Diagnostica.
- Consulta Nutricional a menores con malnutrición por Déficit o por Exceso
- Aplicación de Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotriz de 0 a 2 años (EEDP)
- Aplicación de Escala de evaluación de Desarrollo Psicomotriz de 2 a 5 años (TEPSI)
- Control por déficit de desarrollo psicomotor.
- Reevaluación de DSM por déficit.
- Ingreso a Sala de Estimulación de DSM.
- Consulta nutricional
- Consulta social.
- Consulta de morbilidad.
- Control de Patologías crónicas
- Consulta por Fonoaudiólogo
- Consulta y/o consejería de salud mental integral
- Consulta de lactancia materna
- Consulta y Control Kinésico Respiratorio (Sala IRA)
- Educación grupal e individual
- Taller de Lactancia Materna, Autocuidado y Apego, Prevención IRA, Prevención de Accidentes, Estimulación temprana DSM, Normas de Crianza, Promoción de Ambientes libres de Humo de Tabaco, Habilidades Parentales “Nadie es Perfecto,
- Educación a grupos de riesgo (Chile Crece Contigo)
- Entrega Productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Administración de Vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones
- Ejecución de Campañas de Inmunizaciones
- Examen de salud bucal
- Visita domiciliaria integral
- Visita domiciliaria por Riesgo o vulnerabilidad.
- Estudio de Familia
- Intervención Psicosocial Individual y Grupal
- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos
- Consulta y terapia psicológica y médica por trastornos de Salud Mental.

- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en familias con consumo de alcohol y drogas
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Detección y tratamiento por Maltrato o Abuso
- Visita domiciliaria de salud mental
- Atención Infanto Juvenil de Déficit Atencional con y sin Hipercinesia.
- Consultoría Psiquiátrica Adultos

ADOLESCENCIA

- Control prenatal integral (Chile Crece Contigo)
- Control de Binomio Madre-Niño (Chile Crece Contigo)
- Control de regulación de fecundidad
- Control ginecológico preventivo
- Consulta morbilidad
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta morbilidad ginecológica
- Control de salud
- Control crónico
- Consulta y/o Consejería de Salud Mental Integral.
- Consulta social
- Consulta nutricional
- Consulta y control kinésico Respiratorio
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Consejería ITS (Infección de Transmisión Sexual)
- Educación grupal (Chile Crece Contigo)
- Intervención Psicosocial Individual y Grupal
- Visita domiciliaria integral
- Estudio de Familia
- Consejería familiar
- Intervención en crisis
- Examen de salud bucal
- Educación grupal mediante talleres en colegios
- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos
- Consulta y terapia psicológica y médica
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Visita domiciliaria de salud mental

- Atención Infanto Juvenil de Déficit Atencional con y sin Hipercinesia. Consultoría Psiquiátrica

MUJER

- Control preconcepcional
- Control antenatal Integral (Chile Crece Contigo)
- Talleres antenatales
- Ecografía obstétrica
- Ecografía ginecológica
- Consulta morbilidad obstétrica
- Consulta nutricional
- Control Salud Bucal
- Consulta social
- Visita domiciliaria integral
- Entrega Productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Control post parto
- Control post aborto
- Control DIADA (Binomio Madre- Hijo) (Chile Crece Contigo)
- Consulta de lactancia materna
- Consulta morbilidad ginecológica
- Control ginecológico preventivo
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico
- Consejería VIH/ITS
- Examen Médico Preventivo del Adulto
- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Visita domiciliaria de salud mental
- Consejería familiar
- Intervención en crisis
- Estudio de Familia
- Intervención Psicosocial Individual y Grupal
- Consulta y terapia psicológica y médica
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
- Consultoría Psiquiátrica Adultos

ADULTO Y ADULTO MAYOR

- Consulta de morbilidad
- Consulta y control de enfermedades crónicas
- Consulta nutricional
- Consulta social
- Consulta y/o consejería de salud mental
- Consulta y control kinésico (programa ERA y Rehabilitación Artrosis leve – moderada Rodilla y cadera)
- Consulta y control en domicilio
- Control de salud adulto mayor
- Control de salud
- Examen de Medicina Preventiva
- Examen de Medicina Preventiva del Adulto
- Examen de Presbicia y entrega de lentes al paciente mayor de 65 años
- Intervención psicosocial integral individual y grupal
- Educación grupal
- Visita domiciliaria integral
- Consejería de Salud Sexual Reproductiva e ITS
- Vacunación antinfluenza y neumocócica
- Entrega de PACAM (programa de alimentación complementaria del adulto mayor)
- Estudio de Familia
- Atención de Pacientes Dismovilizados y entrega de ayudas técnicas (órtesis)
- Examen de salud bucal
- Educación grupal
- Urgencias Odontológicas
- Tratamientos Odontológicos
- Consulta y terapia psicológica y médica
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Visita domiciliaria de salud mental
- Consultoría Psiquiátrica

PROCEDIMIENTOS

- Tratamientos Inyectables
- Curaciones avanzadas de pie diabético y Heridas
- Atención podológica en Pacientes Diabéticos
- Curaciones intra y extra Centros de Salud
- Toma de muestra de exámenes de laboratorio
- Ecografía ginecológica y obstétrica
- Examen Micrométodo. Niveles de Glucosa y Colesterol
- Electrocardiogramas
- Holter de Presión Arterial
- Fondos de Ojo
- Procedimientos Atención en Domicilio
- Radiografías Dental
- Cirugía menor
- Espirometrías

VII.- PROGRAMAS ESPECIALES POR CONVENIOS.

Los convenios son instrumentos legales que permiten la transferencia de recursos por parte del Ministerio a través del Servicio de Salud, para la ejecución de actividades de apoyo a la gestión local, los cuales tienen recursos asignados y tiempos definidos para su ejecución.

1.- Programa de Resolutividad en Atención Primaria

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha implementado el Programa de Resolutividad en Atención Primaria.

Su propósito es optimizar la calidad técnica y capacidad resolutiva de los establecimientos de atención primaria de salud, en sus aspectos preventivos, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral de forma ambulatoria, como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial.

Componentes:

1.1 Resolutividad:

Su propósito es contribuir al aumento de la resolutividad en el nivel primario de atención, mediante prestaciones de especialidad de carácter ambulatorio, aplicando criterios de efectividad y eficiencia, tendientes a mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Las metas corresponden a las siguientes prestaciones integrales:

Componente	Actividad
Oftalmología	<ul style="list-style-type: none">• Consulta Oftalmología para Vicio Refracción.• Otras consultas oftalmológicas (drenaje de absceso de párpado, de ceja y de saco lagrimal, extracción cuerpo extraño corneal.• Lentes

Plan Comunal de Salud 2013

Otorrinolaringología	<ul style="list-style-type: none">• Impedanciometría• Consulta Hipoacusia• Audiometría• Audífonos
Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad Esta se realiza en los establecimientos CESFAM Cardenal Caro y Pedro Aguirre Cerda, lo que contribuye a aumentar la capacidad resolutive del establecimiento frente a aquellos procedimientos quirúrgicos de baja complejidad susceptibles de ser resueltos en forma ambulatoria en la atención primaria.	<ul style="list-style-type: none">• Bbiopsia de piel y/o mucosa trat. quirúrgico cuerpo extraño cutáneo y/o nevus /o tumor benigno/o angioma• Lipoma subcutáneo, tratamiento quirúrgico• Herida cortante o contusa, no complicada reparación y sutura• Onisectomía c/s plastía de lecho• Lesiones supuradas de la piel.
Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (U.A.P.O.) Esta unidad contribuye a mejorar la capacidad resolutive de la comuna de La Serena mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutive con calidad técnica potenciando los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación enmarcados en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.	<ul style="list-style-type: none">• Dacriocistitis• Dacriostenosis• Epíforas• Cirugías menores oftalmológicas (Chalazión y Pterigion)• Inflamaciones refractarias a tratamiento primario.• Extracción de cuerpos extraños corneal.• Otras patologías de menor complejidad que requiera tonometría ocular.• Consultas de vicio refracción

1.2 Atención Domiciliaria de Pacientes Dismovilizados

La Atención Domiciliaria a Pacientes Dismovilizados se divide en tres subcomponentes:

- Visita Domiciliaria Integral (VDI)
- Estipendio a Cuidadores de Postrados
- Atención en domicilio (procedimientos)

La Corporación Municipal Gabriel González Videla pone a disposición del programa horas del equipo de salud (médico, enfermera, kinesiólogo, psicólogo, nutricionista, asistente social y técnico paramédico) y movilización que sean necesaria para su óptimo funcionamiento, además la Corporación Municipal procede al pago de estipendios mensuales para el cuidador, en situación de vulnerabilidad, valorado por la Ficha de Protección Social, entendiéndose estipendio como un valor en dinero, el cual aporta al ingreso económico del grupo familiar.

La postulación al beneficio lo realiza el mismo equipo de salud, el cual valora en su integralidad la realidad del usuario y su familia. Por lo tanto, todo paciente que presente Discapacidad Severa tanta física, psíquica o multidéficit, sin límite de edad, serán beneficiarios de las acciones del Equipo de Salud de su establecimiento, siempre y cuando estén inscritos en él y sea beneficiarios del Sistema Público

2.- Programas Odontológicos en Atención Primaria

2.1 Programa GES Odontológico Adulto

El programa GES odontológico adulto tiene como propósito ofrecer atención integral incluyendo la rehabilitación protésica a los adultos de 60 años del país.

Componente	Actividad
Atención odontológica adultos 60 años	Altas integrales GES de adultos de 60 años

2.2 Programa GES Odontológico Familiar

El programa GES odontológico familiar tiene como propósito favorecer las medidas de fomento, prevención y recuperación de la salud oral en niños de 6 años, las embarazadas y la atención odontológica de urgencia.

Componentes	Actividad
1. Atención dental en niños	Altas odontológicas en niños de 6 años
2. Atención dental en embarazadas	Altas odontológicas en embarazadas
3. Atención dental de Urgencia	Urgencias GES atendidas

2.3 Programa Odontológico Integral

El programa odontológico integral tiene como propósito ofrecer un mayor acceso, oportunidad y calidad de la atención odontológica. Su ejecución comprende: un aumento de la resolutivez de la APS mediante la ejecución de las especialidades de Endodoncia y Prótesis en el nivel primario; un componente odontológico incorporado a los CECOSF para potenciar las actividades promocionales y preventivas de salud oral y, la atención a Mujeres y Hombres de Escasos Recursos con énfasis en la calidad y atención usuaria.

Componentes:

Resolución de Especialidades Odontológicas en Atención Primaria de Salud

- Prótesis Removibles.
- Endodoncias.

Promoción y prevención odontológica (Apoyo Odontológico CECOSF)

- Aplicaciones de flúor barniz realizadas en CECOSF en relación al total de ingresos CECOSF año actual.

Programa de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos de la Comuna de La Serena

Consiste en otorgar atención odontológica integral y/o de seguimiento, para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida, principalmente a mujeres y hombres pertenecientes a las familias de Chile Solidario, esta focalización responde a que están insertos en un ambiente de mayor vulnerabilidad.

3.- Salud Mental Integral

Programa cuyo propósito es contribuir a mejorar la salud mental de los usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Personal, Familiar y Comunitario.

- Componente Violencia Intrafamiliar
- Componente Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas
- Componente Consumo Perjudicial o Dependiente de alcohol y/o drogas en población menor de 20 años
- Componente Salud Mental Infanto Adolescente

4.- Rehabilitación Integral

Desde el 2007 a la fecha se ha instalado en la comuna de La Serena el Centro Comunitario de Rehabilitación Integral, en donde se ha incorporado la práctica clínica de los problemas de salud cubiertos por el AUGE, acciones de habilitación y rehabilitación orientando estas intervenciones en congruencia con el modelo de Salud Familiar.

El equipo de atención está compuesto por:

- Kinesiólogo
- Técnico Paramédico
- Auxiliar de servicios menores.
- Terapeuta ocupacional

Las prestaciones entregadas son:

- Consulta medica
- Visitas domiciliarias
- Atención kinésica de patologías osteomusculares y neuro musculares
- Educación

Con la puesta en marcha del Cesfam Juan Pablo II del sector de las Compañías, se incrementará la red de rehabilitación comunal, debido a que éste cuenta en su infraestructura, con el espacio y equipamiento de ultimas generación para la realización de las actividades de rehabilitación con un enfoque comunitario y que cuenta con los últimos estándares técnicos para su desarrollo.

5.- Atención Respiratoria

- Sala ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto)
- Campaña de Invierno en SAPU

6.- Convenios JUNAEB-Corporación Municipal Gabriel González Videla

6.1 Salud Escolar

El objetivo del Programa de Salud Escolar es colaborar en el mejoramiento de la salud de los escolares, de tal manera que la presencia de ciertas patologías no signifique una merma en el rendimiento y estabilidad de los niños dentro del sistema educacional y en su capacidad de desarrollarse dentro de la escuela.

El programa beneficia a los escolares de Enseñanza Parvularia, Básica y Media, matriculados en escuelas municipales y particulares subvencionadas de la comuna. Así mismo, estudiantes que asistan a escuelas especiales.

El programa considera dos áreas básicas de acción: el Área de Capacitación y el Área Asistencial

Comprende los siguientes aspectos:

- Evaluación y tratamiento oftalmológico, otorrinolaringológico y traumatológico a los estudiantes de la enseñanza prebásica, básica y 1º medio. (Junaeb)
- Entrega gratuita de lentes, audífonos, corsés, tratamiento kinésico, medicamentos y exámenes de diagnóstico: audiometrías, radiografías y otros exámenes que requieren los alumnos.

6.2 Clínica Dental Escolar

La atención en Módulos Dentales corresponde a la línea asistencial del programa de Salud Oral de JUNAEB, que se viene desarrollando desde 1991 a través de la entrega en comodato de equipos dentales que son atendidos por personal de los Municipios y/o de los Servicios de Salud, con los cuales se realizan convenios anuales. La atención de dichos módulos se enmarca dentro de las políticas institucionales de la JUNAEB y de las emanadas del Programa Nacional de atención Odontológica del Ministerio de Salud, teniendo como propósito fundamental mejorar la Salud Bucal del sector más vulnerable de la población escolar del país (6 a 14 años) a través de acciones específicas de recuperación, rehabilitación, protección y fomento de la Salud Buco-Dental.

La Clínica Dental Escolar atiende a 35 colegios municipales de la comuna de La Serena (17 urbanos y 18 rurales). Proporciona atención odontológica integral, preventiva, educativa y rehabilitadora al ciclo básico. Además cuenta con una Clínica Móvil Rural que atiende a la población escolar del área rural.

7.- Promoción en Salud y Participación ciudadana.

La relación entre la sociedad civil y estado, en la salud pública se establece su mayor desarrollo a través de la promoción de la salud en tres dimensiones, la acción comunitaria, gestión interna y la acción intersectorial.

En la Comuna la promoción de salud se desarrolla en todos los Centros de Salud Familiar, estas actividades se enmarcan dentro de un Plan Comunal, que tiene por objetivo promover estilos de vida saludables en la población, familia e individuos durante todo su ciclo de vida, contemplando actividades educativas, comunitarias y de difusión que promueven el consumo de alimentos sanos, fomento de la actividad física, cuidado del medio ambiente, sexualidad sana, factores protectores psicosociales y ambientes libres del humo de tabaco.

Las intervenciones que se ejecutan a través de este plan se realizan con un enfoque de determinantes sociales, en lugares de trabajo, Establecimientos Educativos y con la Comunidad, con la Participación Ciudadana y el Trabajo Intersectorial.

La Promoción de la Salud plantea componentes claves:

- Políticas saludables.
- Fortalecimiento de la participación social.
- Fortalecimiento de destrezas y potencialidades individuales.
- Creación de entornos saludables.
- Reorientación de los servicios de salud.

Propone acciones dirigidas a incidir en los factores determinantes de la salud:

- Incidir en determinantes biológicos del proceso salud / enfermedad.
- Mejorar los estilos de vida.
- Mejorar los espacios físicos y socioculturales, y
- Fomentar el empleo, los ingresos económicos y la educación.

Para fortalecer la relación entre la sociedad civil y participación ciudadana, la política de salud estableció la implementación de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias al interior de todos los Establecimientos de Salud urbanos y rurales de La Serena, con la finalidad de recoger demandas ciudadanas, favorecer el acceso de la comunidad a la información, para generar un modelo control social, las cuentas Públicas, diálogos ciudadanos y los Consejos Consultivos de Salud, Grupos Funcionales con personalidad jurídica que apoyan la gestión de los Centros de Salud y que están constituidos en todos los Centros de Salud Familiar urbanos de nuestra comuna y en las cuatro postas rurales de la Ciudad.

8.- Programa Chile Crece Contigo

Chile Crece Contigo forma parte de la red de Protección Social de Chile – Protege, que apoya y acompaña a las personas desde la gestación y hasta la vejez. En este contexto, se inscribe el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, destinado a igualar oportunidades de desarrollo de los niños y niñas desde su gestación y en sus primeros años de vida.

Este sistema provee a los niños, niñas y sus familias acceso a un conjunto de servicios y prestaciones de carácter universal, y otras diferenciadas de acuerdo a sus particulares condiciones de vulnerabilidad, en base a las necesidades de desarrollo para cada etapa del ciclo vital.

Las acciones y prestaciones que el Sistema Contempla para toda la población en primera infancia que se atiende en el Sistema Público de Salud, se expresa en lo que se denomina Programa de Apoyo al Desarrollo Biosicosocial y la puerta de entrada es el primer control de gestación en el Sistema Público de salud y contempla, acciones e intervenciones diferenciadas en tres grupos:

- A) Todos los niños, niñas y sus familias que constituyen la población nacional
- B) Todos los niños, niñas y sus familias que son atendidos en el sistema público de salud
- C) Los niños, niñas y sus familias que pertenecen a hogares del 60% más vulnerable del país, que no perteneciendo a este grupo, presentan una situación de alto riesgo de vulnerabilidad especial

Este Sistema de Protección propone corregir las desigualdades que existen entre las personas en razón de su origen social, étnico, geográfico y de las condiciones en las que transcurren sus primeros años.

Para evitar la reproducción intergeneracional de la desigualdad, es necesario actuar en la etapa del ciclo en que los determinantes sociales impactan con mayor fuerza, tanto para favorecer una vida plena, como para condicionar mejores capacidades para enfrentar con éxito el desafío de vivir.

Principios orientadores

a). Todos los niños y las niñas tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades. Como lo define la Convención sobre los Derechos del Niño, los derechos deben ser garantizados a todos los niños y las niñas sin distinción, e independientemente de cualquier

característica personal o de su familia. Por ello, es fundamental informar a la familia cuáles son estos derechos y la forma de ejercerlos.

b). Durante la infancia se establecen los cimientos del desarrollo futuro de las personas, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continúa en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida.

c). Las políticas destinadas a acompañar el desarrollo de niñas y niños deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y que se adapten flexiblemente a la diversidad de sus necesidades, de manera de complementar los recursos para apoyar su desarrollo, que se encuentran disponibles en su familia y comunidad.

d). Las comunidades en sus procesos de desarrollo local, deben considerar que con la participación activa de sus ciudadanos, las autoridades deben comprometer disponibilidad y acceso a servicios y ambientes locales inclusivos que favorezcan la cohesión social e impacten positivamente la salud de niños y niñas, en cada etapa de su desarrollo.

El Sistema de Protección a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, tiene por objeto ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales adecuados a las necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad.

El componente de salud de Chile Crece Contigo considera iniciar la vigilancia epidemiológica universal de factores de riesgo psicosocial durante gestación y los primeros años de vida, dar un renovado énfasis al monitoreo de hitos del desarrollo no incluidos en el modelo clásico de seguimiento al desarrollo infantil, esto es, los propios del desarrollo emocional y social, además de facilitar el acceso a los dispositivos necesarios para disminuir tales riesgos y atender a los rezagos.

Las prestaciones y servicios del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial se agrupan en las siguientes áreas o dimensiones:

Fortalecimiento del desarrollo prenatal

1. Fortalecimiento de los cuidados prenatales

Enfatizando la detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar.

- Protocolo estandarizado para el ingreso al control prenatal (incluye detección de factores de riesgo mediante la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada EPsA)
- Entrega de la Guía de la Gestación y el Nacimiento “Empezando a Crecer

2. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial:

- Formulación de plan de salud personalizado para cada gestante y su familia, en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Incorporación al programa de Visita Domiciliaria Integral a gestantes en situación de vulnerabilidad psicosocial.
- Activación de la Red Comunal Chile Crece Contigo.

3. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)

Fortalecimiento del control de salud del niño o niña, con énfasis en el logro de un desarrollo integral

1. Primer control de salud madre, padre, cuidador-hijo, hija de ingreso a la atención primaria:

- Atención antes de los 7 días.
- Seguimiento de factores de vulnerabilidad psicosocial detectados durante la gestación.
- Apoyo en lactancia.
- Evaluación del ajuste o acoplamiento inicial entre las características del recién nacido y su madre.
- Pesquisa de signos tempranos de depresión y derivación oportuna.
- Visita domiciliaria integral al recién nacido y su familia en caso de vulnerabilidad psicosocial.
- Seguimiento al plan de trabajo del equipo de salud.

2. Ingreso al Control de Salud del niño y la niña:

- Aplicación del protocolo neurosensorial.
- Identificación de factores de riesgo.
- Identificación y promoción de factores protectores del desarrollo integral (lactancia materna exclusiva, interacciones vinculares sensibles, participación activa del padre en el cuidado del niño o niña. Plan de salud personalizado.
- Entrega de material educativo

3. Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño o niña:

- Evaluación de la presencia de sintomatología ansioso-depresiva (Pauta de Edimburgo para la detección precoz de depresión post parto) a los 2 y 6 meses.

- Evaluación de la relación vincular (4 y 12 meses).
- Evaluación periódica del desarrollo psicomotor (Aplicación tests TEPSI y EEDP).
- Entrega de material educativo

4. Intervención psicoeducativa grupal o individual enfocada en el desarrollo de competencias parentales:

- Taller Nadie es Perfecto, 6 a 8 sesiones por cada taller, para el fomento de habilidades de los padres, madres y cuidadores en la crianza de niños y niñas, y autocuidado del adulto de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentran sus hijos o hijas.
- Entrega de material educativo a los participantes.

Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral

1. Atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral:

- Detección de déficit y derivación a modalidades de estimulación por déficit.
- Plan de intervención personalizado en función de déficits detectados.
- Revisión y seguimiento del plan de intervención.
- Derivación a sala cuna o jardín infantil, según corresponda.
- Derivación preferencial de madres y padres a talleres de habilidades parentales Nadie es Perfecto.
- Incorporación al programa de visita domiciliaria integral para el déficit en el desarrollo psicomotor.

2. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial del niño o niña:

- Programa de visita domiciliaria integral de acuerdo a las prioridades definidas.
- Implementación de plan de continuidad de las intervenciones.

3. Sala de estimulación en el centro de salud:

- Evaluación del desarrollo psicomotor y formulación de plan de trabajo.
- Consejería individual y sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil.
- Talleres de confección de juguetes y desarrollo de actividades de apoyo al aprendizaje.

- Educación a la familia sobre desarrollo infantil.

10.- Espacios amigables para adolescentes en APS

Su propósito se enmarca principalmente en contribuir al máximo estado de equidad y bienestar en salud de la población de Adolescentes en Chile. Del mismo modo su objetivo realza la idea de validar estrategia de “espacios accequibles para atención de salud de adolescentes y jóvenes” como un modelo de intervención eficaz para resolver las necesidades de salud de adolescentes en el nivel primario de salud.

Se caracteriza por la modalidad de un cambio cualitativo en la atención de adolescentes que se diseña en base a dos elementos centrales:

- a) La extensión horaria, como estrategia innovadora, que facilita el acceso y fortalece la oferta de servicios de cuidados para adolescentes, adecuándola en horarios alternativos al horario escolar.
- b) La focalización de estos espacios de interacción y atención orientados específicamente a adolescentes de 10 a 19 años con enfoque biopsicosocial.

Criterios de inclusión

Ser adolescente entre 10 a 19 años, tener previsión FONASA y estar inscrito en un establecimiento de salud de la Comuna de La Serena.

Profesionales del Programa

Se cuenta con psicólogo y matrona, 3 veces a la semana de 17^{oo} a 20 hrs.

Actividades del Programa

Asistencial

- a) Acciones de salud inmediata:
 - Salud sexual y reproductiva
 - Salud mental (acogida – intervención en crisis)
 - Otras acciones (coordinación con otros centros, derivaciones SAPU)
- b) Acciones programadas

Individuales

- Aplicación de Ficha CLAPS (para determinar riesgo y contexto familiar)
- Examen preventivo de salud
- Acompañamiento y consejería
- Estimular la ocupación de la red de salud.

Comunitaria

- Trabajo con la comunidad y adolescentes asistentes mediante talleres o charlas educativas de autocuidado y orientación.
- Orientación grupal

Prestaciones

- Evaluación integral de los adolescentes.
- Examen de Medicina Preventiva.
- Consejería en habilidades para: la vida, familia y resiliencia.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Contención e Intervención en crisis.
- Control antenatal en adolescentes.
- Control de la fertilidad y de paternidad responsable.
- Control ginecológico.
- Consulta de morbilidad ginecológica
- Consulta y atención salud mental.
- Talleres educativos.
- Control diada (binomio madre e hijo)

11.- Actividades del Servicio de Atención Primaria de Urgencia

- Atención médica de urgencia
- Procedimientos de urgencia
- Derivación a unidad de urgencia hospitalaria
- Traslados de pacientes hacia atención secundaria
- Apoyo Red Comunal de Urgencia (SAMU)
- Atención kinésica respiratoria (Campaña de Invierno adultos y niños)

VIII.- GESTIÓN SOCIAL EN APS

El trabajo social fundamenta su acción en principios éticos de respeto a la persona humana y su autodeterminación. En su que hacer utiliza conocimientos teóricos provenientes de las ciencias sociales y a partir de su práctica contribuye al desarrollo de un cuerpo de conocimientos propios acerca de la realidad social.

En concordancia con sus principios éticos y el conocimiento de la conducta humana, escoge como instrumentos para el cambio y el desarrollo de potencialidades individuales, grupales y comunitarias, un conjunto de técnicas y un cuerpo metodológico específico.

El esquema metodológico general comprende como pasos fundamentales, cuatro etapas que pueden ser utilizadas indistintamente en cualquier nivel de intervención; diagnóstico, programación, ejecución y evaluación.

Dentro de cada una de estas etapas, utiliza un conjunto de procedimientos que en forma articulada constituyen modelos de intervención, reconociendo método de caso, de grupo y comunidad, resaltando el valor y pilar fundamental de la reforma de salud y proceso de cambio de la APS, como es el modelo de Salud Familiar, por tanto el trabajo social se convierte en una base para el nuevo modelo.

En este contexto y considerando los principios orientadores de la Reforma de la Salud: justicia social, solidaridad, integralidad, calidad, participación social y equidad, los equipos de salud de la comuna buscan, oportunidades para promover la equidad en salud intersectorialmente, entregando Protección Social que incluya a todas las personas con énfasis en quienes suelen estar excluidos y concreta acciones como las derivaciones a los distintos programas sociales existentes en nuestro país, bajo el alero del Sistema Chile Solidario, entre ellos encontramos:

Programa Puente
Programa Vínculo
Programa Jefas de Hogar
Programa de apoyo a las personas de Calle

Además el trabajo social en APS, debe concentrar sus gestiones en el apoyo mutuo hacía las personas vulnerables de derechos por tanto centra acciones con tribunales de Familia en casos principalmente de VIF de derivación y seguimiento, con OPD en la vulneración de niños y niñas. Otra de las tareas fundamentales en trabajo social es la gestión de calificación en Fonasa que se realiza, identificando según normativas vigentes y bajo el alero directo de Fonasa, aquellas personas que se encuentran en vulnerabilidad económica y social para ser beneficiadas por el

sistema previsional. Así a la vez se gestionan ayudas técnicas por medio de sistema informático de SENADIS en la obtención de ayudas a personas con discapacidad según los criterios y acciones reglamentadas por este servicio público.

Dentro del programa de apoyo a la discapacidad severa sin importar edad, el trabajo social en APS debe reconocer, gestionar y mantener el apoyo en estipendio económico para aquellos cuidadores y postrados que se encuentren en vulnerabilidad según FPS otorgada por Municipio.

Un acción de apoyo a las personas más vulnerables se da en base el Programa de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos de la Comuna de La Serena que consiste en otorgar atención odontológica integral y/o de seguimiento, para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida, principalmente a mujeres y hombres entre 15 y 64 años, pertenecientes a las familias de Chile Solidario.

Otra de las tareas principales de la reforma es la promoción y participación de la comunidad, por tanto el trabajo social es fundamental en la formación y proceso de vida de los consejos consultivos de salud de cada institución, el único ente organizado de la comunidad reconocido para Salud en apoyo a la gestión local, comunal y regional, cabe señalar que en lo comunal en La Serena se reconocen 11 CCS formados y formalizados. Dentro de esta acción se rescata el liderazgo de social en los comités locales de gestión de la demanda, donde se cumple una de las tareas de la reforma de salud en la interacción y participación de la comunidad dentro del que hacer de las instituciones de salud.

IX.- CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES

El desarrollo de carreras de la salud en Universidades e Institutos de nuestra comuna, implicará oportunidades de desarrollo académico que favorecerán el desempeño global del sistema.

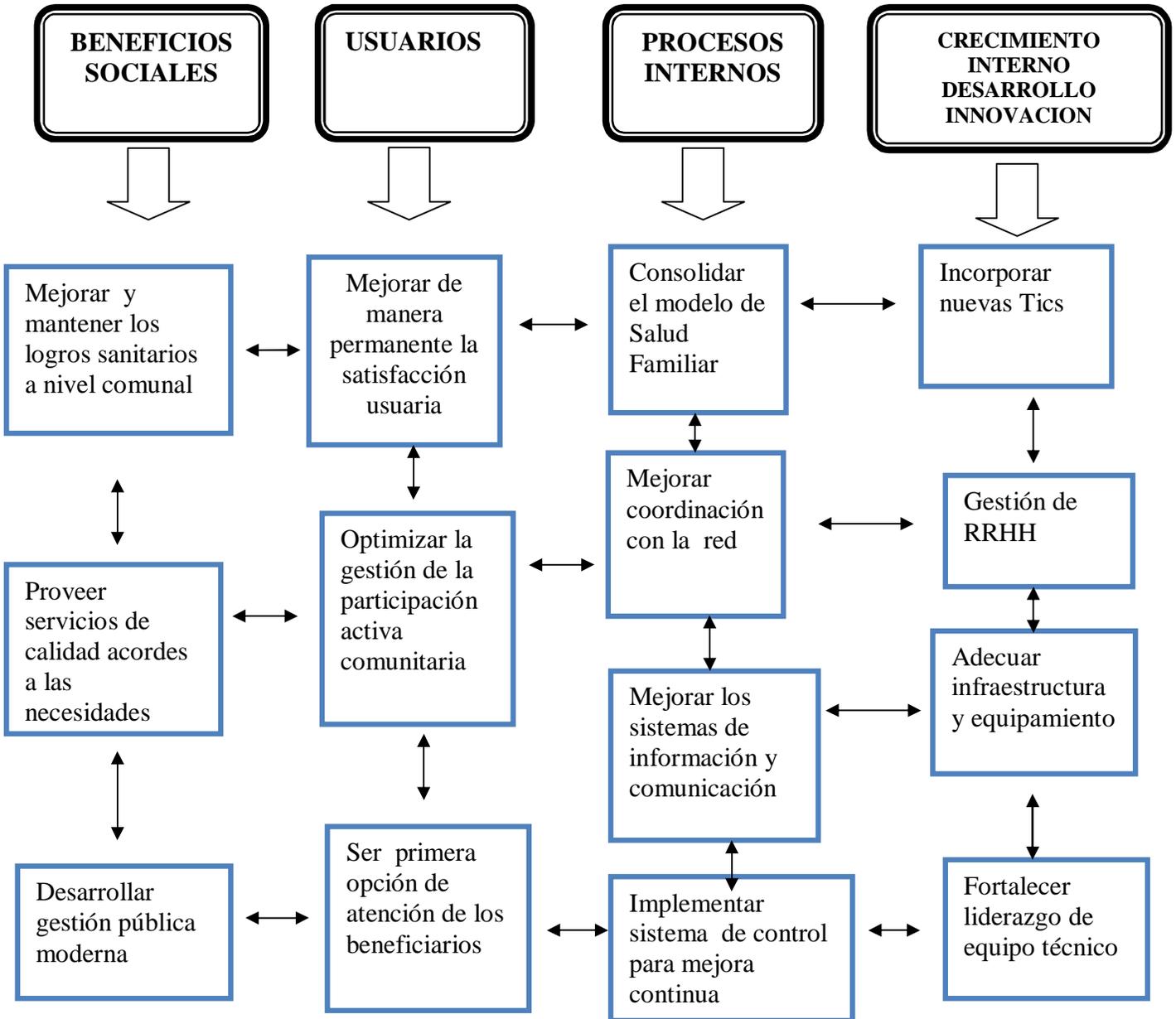
A continuación se presentan los convenios actualmente vigentes con las casas de estudios de educación superior.

INSTITUCION	CARRERAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO	RENOVACION
Universidad de La Serena	Enfermería -Área Salud	01-09-1995	3 años	Automática
Universidad del Mar	Salud – derecho – negocios – turismo –educación	24-11-2006	5 años	Automática
Universidad Central	Todas las carreras	20-12-2005	2 años	Automática
Universidad Santo Tomas	Carreras área salud	01-04-2004	4 años	Automática
Centro Odontológico Núñez	Asistente dental	14-11-2005	3 años	Automática
C. F. T Santo Tomas	T.E.N.S	31-08-2004	4 años	Automática
Instituto Valle Central	T.E.N.S	22-03-2004	indefinido	Automática
Universidad de Antofagasta	Odontología	04-08-2008	31-12-2012	Automática
Universidad Católica del Norte	Carreras área de salud	02-01-2008	2 años	Automática
AIEP	T.E.N.S.	01-11-2009	2 años	Automática
Capacitación y Educación Carvajal Ltda.	Asistente dental	02-01-2010	1 año	Automática
Universidad Pedro de Valdivia	Todas las carreras área de Salud	01-12-2009	2 años	Automática
Universidad Tecnológica de Chile	Carreras área salud	01-03-2012	01-03-2015	Automática
Universidad de Valparaíso	Odontología	01-03-2012	01-03-2015	Automática

X.- LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS COMUNALES

Como resultado del análisis del diagnóstico de situación, y FODA, se obtuvo un listado de problemas de salud y problemas de atención, los que fueron priorizados de acuerdo a los ejes estratégicos, es decir, al conjunto de dimensiones que se van a privilegiar para dar cumplimiento de la Misión y Visión en el horizonte 2010.

MAPA ESTRATEGICO DE LA COMUNA DE LA SERENA



XI.- PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Propósito del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en A.P.S.

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

En la formulación del siguiente Programa de Capacitación, se han incluido orientaciones de la gestión del Ministerio de Salud, que consideran la Visión, Misión y Objetivos estratégicos definidos para el periodo.

DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNA LA SERENA	
PRIORIZACIÓN	JUSTIFICACIÓN
1º Lugar: Mejoramiento del clima organizacional	Alto índice de licencias médicas de tipo laboral (stress – depresión, etc.) Se hace necesario adquirir herramientas para manejar el stress, medidas de auto cuidado y mejorar la calidad de vida del funcionario.
2º Lugar: Modelo de atención en salud familiar	Implementar las herramientas necesarias para el fortalecimiento del trabajo comunitario del nuevo modelo de atención
3º Lugar: Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Desarrollar y fortalecer el cumplimiento de las garantías GES. Y así responder a los Objetivos Sanitarios y al cumplimiento de esta nueva Ley en la Atención Primaria.
4º Lugar: Preparación para actuar frente a contingencias, emergencias y catástrofes a nivel local	Las situaciones de emergencia y catástrofes pueden ocurrir en cualquier momento, es necesario desarrollar planes de emergencias y estar preparado para actuar en cada Establecimiento.
5º Lugar: Actualización Protocolos de Urgencia	Actualización de las normas de atención de urgencia y la optimización del trabajo en la Red de Urgencia.

Plan Comunal de Salud 2013

6º Lugar: Gestión en Calidad	Es vital para los equipos de salud contar con herramientas técnicas y de gestión para mejorar la calidad de atención de nuestros usuarios en APS
7º Lugar Herramientas informáticas	La aplicación de herramientas informáticas esta cada vez mas inserta en el área tanto técnica como de gestión de salud, por lo tanto se requiere personal capacitado en estos temas.

XII.- ACTIVIDADES PRIORIZADAS DE ACUERDO A ORIENTACIONES PROGRAMATICAS 2013

Todas las actividades, que destinadas al cuidado de la salud a lo largo de la vida están basadas en los principios y enfoques enunciados en los capítulos anteriores y expresan el reconocimiento de los derechos de las personas de parte del Estado y a su rol de entregar protección social de la población más desfavorecida para disminuir las desigualdades en salud. En este sentido, el conjunto de prestaciones priorizadas a programar es, en sí, un determinante social de la salud, dado que ofrece una oportunidad para el ejercicio de derechos ciudadanos y para el acceso a intervenciones sanitarias basadas en evidencia de efectividad.

SALUD MATERNA Y NEONATAL

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son muy difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La instalación de las estrategias necesarias para lograr un nacimiento seguro, pueden disminuir en forma significativa el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. El periodo neonatal, inmediatamente después del nacimiento, representa un momento vulnerable y crítico del primer año de vida.

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

La tendencia actual en la asistencia obstétrica, se basa en dos principios éticos: el respeto a la autonomía de la mujer en una experiencia de tanta significación emocional para ella y su familia y el no someter a la madre a un daño innecesario. El rol de los profesionales de la atención obstétrica y neonatal, es actuar en resguardo del mejor interés de la madre y de su hijo, mediante la entrega de una información adecuada, basada en la evidencia disponible, que permita a la madre tomar decisiones plenamente informadas a lo largo del proceso reproductivo – auto cuidado durante la gestación, protagonismo en el parto y postparto (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo MINSAL 2008).

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En Chile, la responsabilidad del Estado, a través del equipo de salud, esta definida como orientadora respecto de los métodos anticonceptivos de manera que las y los potenciales usuarias(os) elijan, informadamente, el anticonceptivo que desean utilizar. El Estado, a través del Ministerio de Salud y su red asistencial asegura la atención y la entrega del método anticonceptivo (Norma Regulación de Fertilidad. MINSAL 2007). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red Año 2013 En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso, es una condición que se presenta en algunas mujeres y consideramos que es muy importante asegurar que los servicios técnicos otorgados a las mujeres que consultan por esta razón sean de calidad, así como es relevante que estos servicios cuenten con consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas. El año 2010, se elaboran las Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de las Mujeres que presentan un Aborto y Otras Pérdidas Reproductivas.”

La política de regulación familiar se sustento originalmente en disminuir la mortalidad materna, especialmente la producida por el aborto provocado, como también reducir la mortalidad infantil por razones asociadas a embarazos no deseados, además de promover el bienestar familiar mediante el énfasis en regulación de la fecundidad.

Para lograr disminuir la mortalidad materna por embarazos no deseados y de alto riesgo, es necesario disminuir la brecha entre fecundidad deseada y real y focalizar acciones en la población adolescente y en sectores de la población más vulnerable.

SALUD DE LA MUJER EN ETAPA DE CLIMATERIO

El aumento en la expectativa de vida observado en las últimas décadas ha llevado a conceder creciente importancia a los múltiples síntomas asociados al cese de la función ovárica (hipogonadismo) y su expresión clínica, la menopausia.); Este periodo se asocia con un deterioro de la calidad de vida de la mujer, así como a un aumento de ciertas enfermedades crónicas destacando las patologías cardiovasculares y la osteoporosis, si esta no es manejada a su debido tiempo según demanda y recursos de la APS.

SALUD INFANTIL

En la infancia: Los énfasis están en contribuir a una acogida respetuosa y afectuosa a las nuevas personas, en facilitar la adopción temprana de hábitos de vida saludables que les garanticen una vida sana a través del curso de la vida, en facilitar tratamiento a aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia

en la crianza, en ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, accidente domésticos y maltrato, en detectar y derivar tempranamente las enfermedades mas frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y el desarrollo psicosocial de los niños y niñas.

Área Estratégica: Promoción

- Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas.
- Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.

Área Estratégica: Prevención

- Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.
- Fortalecer la cobertura de control de salud de los niños/as con énfasis en el control de los 2 años seis meses y a los cuatro años seis meses.
- Fortalecer la creación o mantención de un vínculo seguro entre el niño o niña y la madre, padre o figura significativa en el cuidado.
- Detección oportuna de niños y niñas con rezago y déficit en su desarrollo integral.
- Reducir la carga de enfermedad por inmuno prevenibles.
- Reducir la carga de enfermedad por primera dosis de vacuna TRIVIRICA al año de edad.
- Detener el aumento de la prevalencia de obesidad en la población de niños y niñas menores de 6 años.
- Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar.
- Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses.
- Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.

- Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación hasta los 3 meses de edad.

Área Estratégica: Tratamiento

- Disminuir la incidencia de Déficit de Desarrollo Sicomotor en los niños y/o niñas detectadas con rezago en su evaluación del DSM.
- Aumentar el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo.
- Restablecer el vínculo seguro entre el niño o niña y la madre, padre o figura significativa en el cuidado.
- Disminuir o mantener la prevalencia de obesidad en la población de niños y niñas menores de 6 años.
- Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales.
- Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar, mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.
- Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 6 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años).
- Contribuir a la disminución de morbi mortalidad en menores de 7 meses con riesgo moderado- grave de morir por Neumonía.

SALUD DEL ADOLESCENTE

Es fundamental una atención diferenciada e integral, respetuosa y confidencial que incentive y apoye las conductas protectoras de la salud y el auto cuidado, promueva el respeto para si mismo para los demás y facilite el logro de las tareas del desarrollo, en particular de la identidad adolescente, de manera que ellos y ellas se integren a la sociedad, como sujetos de derechos, conscientes de sus deberes. El perfil de morbi mortalidad en esta etapa está estrechamente asociado a las

desigualdades sociales, así como, a conductas de riesgo/protección , por lo tanto, a causas prevenibles, dándose los principales problemas en siete ámbitos: la Salud Mental (violencia, incluido el abuso sexual ; consumo problemático de tabaco, alcohol y drogas, depresión, intentos y actos suicidas); Salud Nutricional (sobrepeso y obesidad y trastornos alimentarios) y estilo de vida (sedentarismo); la Salud sexual y reproductiva (embarazo no planificado, ITS/SIDA) Discapacidad, Enfermedades crónicas y oncológica³⁶, Salud dental . En cuanto a la mortalidad, estas se relacionan principalmente con causas externas (accidentes, homicidios y suicidios)

Área Estratégica: Promoción

- Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.
- Realizar control anual de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes.
- Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años.
- Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.

Área Estratégica: Prevención

- Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.
- Aumentar el ingreso y control de adolescentes en regulación de fertilidad.
- Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.
- Disminuir la transmisión vertical del VIH.
- Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años
- Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.
- Gestantes, madres y padres adolescentes con habilidades parentales y apoyo para la crianza.

- Disminuir las adolescentes con malnutrición durante su gestación.
- Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.
- Derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Obesidad y Síndrome Metabólico.
- Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.
- Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.

Área Estratégica: Tratamiento

- Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años.
- Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.
- Disminuir la transmisión vertical del VIH.
- Aumentar el número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.
- Aumentar el número de adolescentes gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial durante su gestación
- Detección, consejería y derivación efectiva de adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas en el control prenatal de ingreso.
- Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. La relación de

estos 2 grupos es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación. Existe una interrelación entre la presencia de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías.

Principales problemas de salud son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Cardiovasculares, Cánceres, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. El 80% de ellas³⁷ son evitables reduciendo factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo. Por ello, el énfasis está en los controles preventivos de salud para detectar y tratar precozmente las enfermedades y para apoyar a las personas a reducir las condiciones de riesgo. Es fundamental considerar que casi todos los hombres y una proporción creciente de mujeres desempeñan un trabajo remunerado cuyas condiciones afectan la salud y están sujetos a horarios y restricciones para acudir al centro de salud.

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para mujeres y hombres adultos, también lo es en la adolescencia y la adultez mayor. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, opción sexual ni cultura. El énfasis está en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención Personalizada, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional y la detección de la violencia sexual y de género y de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama; contribuyendo además a otros cánceres de ovario y de endometrio.

En este grupo de edad, también suelen aparecer los primeros síntomas aunque no siempre específicos que pueden hacer sospechar colestiasis, o un cáncer de estómago, de testículo y próstata y también de pulmón, vejiga y color rectal entre otros.

Área Estratégica: Promoción

- Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.
- Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.

Área Estratégica: Prevención

- Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.
- Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.
- Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años.
- Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto.
- Aumentar el número de personas, bajo control en el PSCV obesas que logran bajar de peso.
- Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.
- Aumentar cobertura de personas adultas entre 20 y 64 años con hipertensión PSCV.
- Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2 en el PSCV.
- Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.
- Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas y trastornos mentales.
- Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual.
- Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa vigente.
- Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad.

- Disminuir la prevalencia de descompensaciones por infecciones respiratorias.

Área Estratégica: Tratamiento

- Aumentar la proporción de personas compensadas bajo control de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control)
- Aumentar el número de personas bajo control con diabetes.
- Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con trastornos mentales.
- Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH
- Garantizar la realización del examen de detección del VIH/SIDA con consejería pre y post test de acuerdo a normativa vigente.
- Detectar co – infección VIH/ TBC.
- GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años.
- Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias
- Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.

Área Estratégica: Rehabilitación

- Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, Epoc)

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

La base fundamental de la atención del Adulto Mayor es mantener o recuperar la funcionalidad, base fundamental de la calidad de vida en la vejez. Esta forma de abordar el proceso de envejecimiento requiere ofrecer una atención integral y resolutive, acorde a los derechos de las personas, que favorezca la participación y genere satisfacción usuaria. Es importante incentivar y facilitar el acceso a las y los adultos mayores a los controles periódicos de salud y al tratamiento de las patologías agudas y crónicas que se presentan a estas edades.

El modelo de abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, nos obliga hoy día a consolidar la atención del adulto mayor con una mirada de Integralidad, de mayor resolutive y de Satisfacción Usuaria. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua.

Área Estratégica: Promoción

- Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.
- Promover que los AM participen en organizaciones sociales y comunitarias (OSC).

Área Estratégica: Prevención

- Aumentar cobertura en AM con Examen Anual de Medicina Preventiva (EMPAM) respecto al año anterior.
- Promover el envejecimiento activo y el autocuidado en el Adulto Mayor.
- Promover la difusión de hogares libres de humo de tabaco.
- Brindar atención integral y oportuna a Adultos Mayores identificados en riesgo psicosocial.
- Realizar actividades de apoyo a AM identificados con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato.
- Detectar tempranamente AM en riesgo o que presentan una insuficiencia renal crónica (ERC), en personas hipertensas y/o diabéticas de 65 y más años.
- Disminuir riesgo de Infarto en personas de 65 y más años.
- Aumentar la cobertura de personas hipertensas y diabéticas que se encuentren en control en el Programa Cardiovascular.

- Realizar examen baciloscopía a AM sintomáticos respiratorios según norma.
- Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.
- Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que reciben PACAM.

Área Estratégica: Tratamiento

- Aumentar el número de personas compensadas de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, que se encuentren en control en el PSCV.
- Aumentar el número de personas dependientes que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.
- Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes y con demencia que están capacitadas y reciben apoyo.
- Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan úlceras activas, retinopatía diabética.
- Aumentar el número de AM que recibe tratamiento en Atención Primaria por artrosis leve y moderada de rodilla y cadera.
- Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.
- Brindar atención integral y oportuna AM y sus familias, con problemas y trastornos de salud mental.
- Aumentar el número de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento de Tuberculosis (85 %).
- Disminuir tasa de abandono menor al 5% por TBC.
- Disminuir la tasa de mortalidad menor de 3% en cohorte por
- TBC.

XIII.- METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile, los equipos multidisciplinarios que se desempeñan en los Centros de Salud deben brindar los servicios de forma integral, continua y equitativa. Los administradores municipales deben cumplir metas sanitarias, satisfacer expectativas de servicio para la creciente demanda por salud, utilizar eficientemente los recursos y reducir la demanda de otros niveles mediante estrategias de prevención y promoción de salud.

Estas Metas Sanitarias están orientadas a:

- La necesidad de promover el incremento de la calidad y oportunidad de la atención de salud en los establecimientos de nivel primario.
- Dar cumplimiento a estas y dar mejoramiento a la atención de salud que se les ha fijado para el año, depende de esto la obtención de la asignación desarrollo y estímulo al desempeño colectivo por el personal regido por la ley N° 19.378.

La ley N° 19.813 que Otorga beneficios a la Salud Primaria, establece para el personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de la ley N° 19.378, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. Dicha asignación estará asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de la atención primaria de salud.

El cumplimiento de las metas señaladas, otorga a los trabajadores de atención primaria de salud municipal el derecho a recibir total o parcialmente el componente variable de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo contemplada en esta ley.

XIV.- INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Este Índice fue constituido por dos componentes para el año 2012:

- Actividad General
- Actividad con Garantías Explícitas-GES

Este indicador debe ser evaluado para poder acceder al aporte estatal 2010, fijado en el artículo 1º letra e) I y II, del decreto N° 70 del 7 de Diciembre de 2009.

Esta evaluación debe efectuarse con distintas ponderaciones de acuerdo al tipo de establecimiento de salud que se encuentren en el ámbito territorial del Servicio de Salud Coquimbo.

Este Índice es acordado en comisión tripartita de negociación, compuesta por representantes provinciales, validados por las comunas, de las entidades administradoras de salud municipal y de la Asociación Chilena de Municipalidades; representantes de las asociaciones gremiales de los funcionarios de salud municipalizada (CONFUSAM) y representantes del Servicio de Salud Coquimbo.

XV.- EVALUACIÓN Y CONTROL

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Para efectos del cumplimiento de las metas comprometidas, se considerarán las acciones efectuadas entre enero 2012 y el mes de corte:

- 1 Corte: Enero a Marzo: acciones realizadas de enero a marzo
- 2 Corte: Enero a Junio: acciones realizadas de enero a junio
- 3 Corte: Enero a Agosto: acciones realizadas de enero a agosto
- 4 Corte: Enero a Octubre: acciones realizadas de enero a octubre

El Ministerio de Salud calculará la rebaja, para cada comuna, de acuerdo al porcentaje de cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud - IAAPS, conforme a las siguientes tablas:

Tabla 1: Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Actividad General

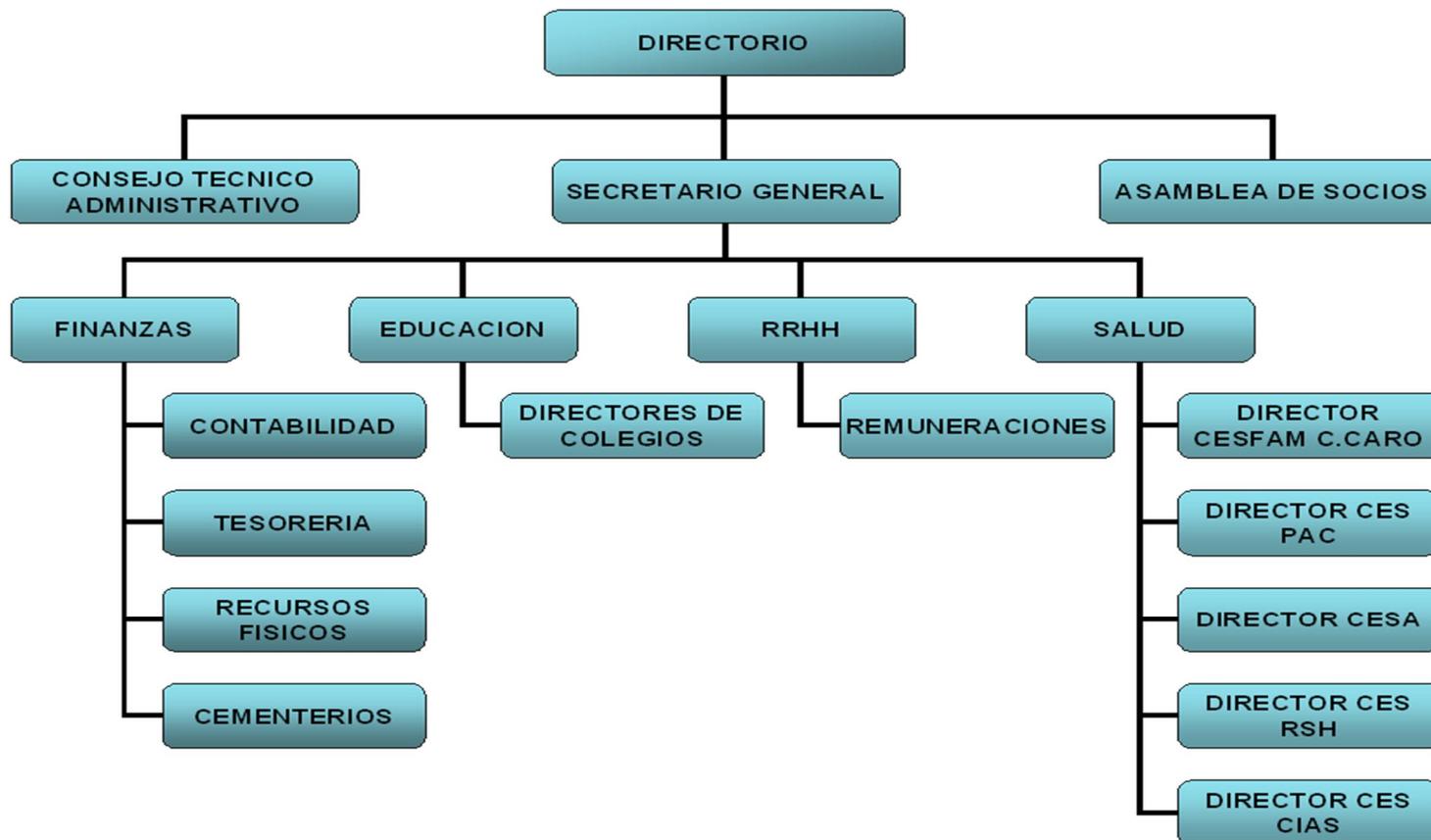
Tramos	% de Cumplimiento	Rebaja
1	90 a 100	0%
2	80 a 89.99	4.0%
3	70 a 79.99	8.0%
4	Menor de 70	12.0%

Fuente: www.MINSAL.cl

XVI.- ANEXOS

ANEXO Nº 1

ORGANIGRAMA CORPORACION MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA



**ANEXO Nº 2
MATRIZ FODA**

<p>FACTORES INTERNOS</p> <p>FACTORES EXTERNOS</p>	<p>FORTALEZAS (F)</p> <p>Funcionarios comprometidos, con competencias técnicas y humanas. Establecimientos Urbanos con Tecnología de Información. Equipos de salud reconocidos por la comunidad. Desarrollo de instancias de participación ciudadana (Consejos Consultivos, OIRS, Clubes, Grupos, etc.). Trabajo en Red e Intersector. Integrantes de la Red de Urgencia. Mejoramiento continuo de Infraestructura. Capacidad Resolutiva (U.A.P.O.). Cobertura Dental Rural (Clínicas Móviles Dentales). Equipo de Salud Rural Establecido y Consolidado. Avance en el desarrollo del Modelo de Salud Familiar. Cefam Cardenal Caro de excelencia. Funcionamiento de 3 CECOSF. Capacitación continua de los equipos de Salud. Radiocomunicación en Red. Asociaciones Gremiales Representativas. Funcionamiento de CESFAM Juan Pablo II Incremento de la Planta de funcionarios CESFAM autorizados sanitariamente Creación del comité de calidad</p>	<p>DEBILIDADES (D)</p> <p>Gestión del Recurso Humano en Salud (optimizar la administración de recurso humano como proceso). Alta Rotación de Profesionales y TENS. Gestión FINANCIERA (centralizada). Ausencia de implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Plantas Físicas no acorde con el Modelo de Salud Familiar. Equipo Rural y Clínica Dental Escolar con insuficiente desarrollo de Tecnologías de Información. Alto Ausentismo Laboral. Aportes Financieros Municipal insuficiente. Incentivo Laboral y Tipo de Contrato. Falta de un diagnostico epidemiológico comunal.</p>
<p>OPORTUNIDADES (O)</p> <p>Proceso de acreditación. Reforma de Salud que prioriza APS. Apoyo financiero por convenios. Existencia de Convenios Docente Pasantías Nacionales e Internacionales Participación comunitaria Trabajo en red e Intersector</p>	<p>ESTRATEGIAS (FO)</p> <p>Fortalecer el modelo integral de Salud. Fomentar la participación Ciudadana. Desarrollar Tecnología de información, aplicada a la Gestión. Optimización del trabajo con la Red Asistencial. Acceso a mayor y mejor capacitación. Incorporación de un plan preventivo de mantenimiento de equipamiento y movilización. Potenciar la salud rural. Elaboración de reglamento de campos clínicos. Establecer plan de fortalecimiento de los consultivos de salud.</p>	<p>ESTRATEGIAS (DO)</p> <p>Directores de Centros de Salud seleccionados mediante Concurso Público. Directivos con capacitación en gestión administrativa actualizada. Optimización de recursos financieros y generación de recursos propios. Implementación del SIDRA en los Centros de Salud Urbanos. Implementación de Unidad de RRHH en el Departamento de Salud. Elaboración del Diagnostico epidemiológico comunal. Inicio proceso de acreditación.</p>

	Optimizar el trabajo en red. Fortalecimiento del comité de calidad comunal	Formulación de diagnósticos participativos locales. Potenciar el comité de satisfacción usuaria.
<p align="center">AMENAZAS (A)</p> <p>Metas de salud impuestas a nivel central y no acordes a la realidad local. Asignación de recursos financieros burocrática e insuficiente. Convenios. Medios de comunicación social que promueven falsas expectativas. Cambio escenario Político. Incertidumbre continuidad de Programas y convenios. Desfase entre la entrega de recursos y la ejecución de los programas. Adaptación al nuevo sistema informático. Comunidad poco informada. Cambios epidemiológicos. Situaciones de desastres. Dispersión geográfica rural. Conductas deficitarias de la comunidad en autocuidado.</p>	<p align="center">ESTRATEGIAS (FA)</p> <p>Desarrollar un programa de difusión y comunicación social. Fortalecer el trabajo en RED. Fortalecer la Prevención y Promoción en Salud. Optimizar los beneficios de los convenios Docentes Asistenciales. Implementar un sistema de control de procesos.</p>	<p align="center">ESTRATEGIAS (DA)</p> <p>Capacitación en el nuevo sistema informático. Optimizar los canales de información y difusión de RRPP. Solicitar aumento de aporte municipal. Utilizar las instancias de participación y coordinación de interineles (CIRA – COTESAIN) para mejorar la Gestión de Recursos.</p>

**ANEXO N° 3
DOTACION DE RECURSO HUMANO AÑO 2012
AREA SALUD CORPORACION MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ**

CAT.	ESCALAFON	DOTACION SOLICITADA AÑO 2013									
		N° FUNCIONARIOS SEGÚN N° HORAS CONTRATADAS									
		N° FUNC.	44 HRS	40 HRS	33 HRS	26 HRS	22 HRS	11 HRS	6 HRS	TOTAL	CANT.
A	MEDICOS CIRUJANOS	54	54		1		7	2		54	2376
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	1							1	44
	BIOQUIMICOS	0								0	
	CIRUJANOS DENTISTAS	34	34							34	1496
	MEDICO (EX. MGZ)	0								0	
	DENTISTA (EX. MGZ)	0								0	
B	ENFERMERAS	43	43							43	1892
	MATRONAS	27	27							27	1188
	ASISTENTE SOCIAL	15	15							15	660
	NUTRICIONISTA	15	15							15	660
	EDUCADORA DE PARVULOS	2	2							2	88
	PSICOLOGOS	15	15							15	660
	TECNOLOGO MEDICO	1	1							1	44
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	2							2	88

Plan Comunal de Salud 2013

	KINESIOLOGO	17	17						1	17	748
	JEFE SOME	0								0	
	INGENIERO	1	1							1	44
	JEFE DEPTO. SALUD									0	
C	CONTADORES	0								0	
	PROGRAMADORES	7	7							7	308
	ESTADISTICOS	0								0	
	TECNICO NIVEL SUPERIOR EN SALUD	50	50							50	2200
	OTROS (TEC. NIVEL SUP)									0	
D	AUX. ENFERMERIA	26	26							26	1144
	AUX. FARMACIA	5	5							5	220
	AUX. LABORATORIO	0								0	
	AUX. DENTAL	28	28							28	1232
E	SECRETARIAS	0								0	0
	ADMINISTRATIVOS	48	48							48	2112
	SECRETARIA/O	9	9							9	396
F	CHOFERES	21	21							21	924
	AUX. SERVICIO	26	26							26	1144
	OTROS	18	18							18	792
		0								465	20.460

Fuente: Departamento de Recurso Humano. Corporación Municipal Gabriel González Videla.

ANEXO Nº 4

**PRESUPUESTO 2013 AREA SALUD
CORPORACION MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA**

INGRESOS

CODIGO	DENOMINACION	PRESUPUESTO M\$
115-00-00-000-000-000	Deudores Presupuestarios 111.	9.408.725
115-05-00-000-000-000	C x C Transferencias Corrientes	9.402.706
115-05-03-000-000-000	De Otras Entidades Públicas	9.402.706
115-05-03-006-000-000	Del Servicio de Salud	9.184.512
115-05-03-006-001-000	Atención Primaria Ley Nº 19.378 Art. 49	7.327.410
115-05-03-006-001-001	Remesa Percapita Base	6.831.954
115-05-03-006-001-004	Incentivo de Desempeño Colectivo Fijo Ley Nº 19.813	215.828
115-05-03-006-001-005	Incentivo de Desempeño Colectivo Variable Ley Nº 19.813	249.357
115-05-03-006-001-006	Incentivo de Desempeño Choferes Ley Nº 19.813	9.947
115-05-03-006-001-007	Asignación Desempeño Difícil de Salud	15.975
115-05-03-006-001-014	Cambio de Categoría Técnico	3.365
115-05-03-006-001-015	Ajuste Cambio Categoría Técnicos	984
115-05-03-006-002-000	Aportes Afectados	1.848.266
115-05-03-006-002-003	ADD Resolutividad	62.696
115-05-03-006-002-006	Promoción de Salud Plan Comunal	14.139
115-05-03-006-002-008	Programa SAPU	450.733
115-05-03-006-002-014	Programa Salas IRA	2.350
115-05-03-006-002-015	Programa Salas ERA	67.108
115-05-03-006-002-019	Programa de Reforzamiento Odontológico	133.681
115-05-03-006-002-022	Atención Domiciliaria Pacientes Postrados	19.933

Plan Comunal de Salud 2013

115-05-03-006-002-027	Modelo de Atención con Enfoque Familiar	52.499
115-05-03-006-002-028	Programa de Detección y Tratamiento de Alcohol y Drogas	146.463
115-05-03-006-002-035	Programa CECOF	176.440
115-05-03-006-002-037	Vacunación Anti Influenza	2.264
115-05-03-006-002-038	Radiografías de Tórax	20.748
115-05-03-006-002-040	Rehabilitación en la red de salud (Artrosis)	33.870
115-05-03-006-002-042	GES Alcohol y Drogas	64.358
115-05-03-006-002-045	Desarrollo Bio-Psicosocial	117.994
115-05-03-006-002-048	Salud Mental Integral	64.571
115-05-03-006-002-050	Desarrollo Recurso Humano en APS	18.586
115-05-03-006-002-053	Espacios amigables para la salud del adolescente en APS	4.581
115-05-03-006-002-059	Programa Laboratorio Complemento GES	42.905
115-05-03-006-002-060	Programa de Imágenes Diagnosticasen APS	83.347
115-05-03-006-002-061	Programa de apoyo a la implementación de centros comunitarios de rehabilitación senadis	7.503
115-05-03-006-002-062	Programa intervención en obesidad en niños, adolescentes y adultos	30.216
115-05-03-006-002-065	Programa de apoyo de atención primaria de salud municipal	166.225
115-05-03-006-002-066	Programa de mejoría de la equidad en salud rural para APS	9.263
115-05-03-006-002-067	Programa ges preventivo en salud bucal	1.476
115-05-03-006-002-068	Programa consultorios de excelencia en atención primaria	41.263
115-05-03-006-002-069	Programa control de salud joven sano	13.051
115-05-03-006-003-000	Descuentos de Subvención de Salud	-22.032
115-05-03-006-003-001	Descuento Retiro Voluntario	-22.032
115-05-03-006-044-000	Integración diferencial bono ley n° 19.813	30.869
115-05-03-099-000-000	De Otras Entidades Públicas	106.811
115-05-03-099-001-000	Convenios Junaeb	106.811
115-05-03-099-001-001	Altas Odontológicas	60.285

Plan Comunal de Salud 2013

115-05-03-099-001-002	Habilidades para la Vida	37.758
115-05-03-099-001-003	Habilidades para la vida segundo ciclo	8.768
115-05-03-101-000-000	De la Municipalidad A Servicios Incorporados a su Gestión	111.384
115-05-03-101-101-000	Aporte Municipal a Salud	111.384
115-07-00-000-000-000	C x C Ingresos de Operación	2.457
115-07-02-000-000-000	Venta de Servicios	2.457
115-07-02-003-000-000	Otros Ingresos	2.457
115-08-00-000-000-000	C x C Otros Ingresos Corrientes	3.561
115-08-99-000-000-000	Otros	3.561
115-08-99-001-000-000	Devoluciones y Reintegros no Provenientes de Impuestos	3.561

GASTOS

CODIGO CUENTA	DENOMINACION	PRESUPUESTO M\$
215-00-00-000-000-000	Acreedores Presupuestarios 121.	9.408.725
215-21-00-000-000-000	C x P Gastos en Personal	6.626.475
215-21-01-000-000-000	Personal de Planta	5.233.128
215-21-03-000-000-000	Otras Remuneraciones	1.384.798
215-21-03-001-000-000	Honorarios a Suma Alzada – Personas Naturales	1.384.721
215-21-04-000-000-000	Otros Gastos en Personal	8.549
215-22-00-000-000-000	C x P Bienes y Servicios de Consumo	1.164.672
215-22-01-000-000-000	Alimentos y Bebidas	10.958
215-22-02-000-000-000	Textiles. Vestuario y Calzado	10.282
215-22-03-000-000-000	Combustibles y Lubricantes	21.360

Plan Comunal de Salud 2013

215-22-04-000-000-000	Materiales de Uso o Consumo	521.085
215-22-05-000-000-000	Servicios Básicos	103.856
215-22-06-000-000-000	Mantenimiento y Reparaciones	97.941
215-22-07-000-000-000	Publicidad y Difusión	1.832
215-22-08-000-000-000	Servicios Generales	33.378
215-22-09-000-000-000	Arriendos	15.776
215-22-10-000-000-000	Servicios Financieros y de Seguros	11.407
215-22-11-000-000-000	Servicios Técnicos y Profesionales	341.788
215-22-11-002-000-000	Cursos de Capacitación	4.466
215-22-12-000-000-000	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	26.863
215-23-00-000-000-000	C x P Prestaciones de Seguridad Social	1.459
215-23-01-000-000-000	Prestaciones Previsionales	1.459
215-24-00-000-000-000	C x P Transferencias Corrientes	645.107
215-24-01-000-000-000	Al Sector Privado	1.165
215-24-03-000-000-000	A Otras Entidades Públicas	643.942
215-24-03-101-000-000	A Servicios Incorporados a su Gestión	643.942
215-24-03-101-001-000	A Educación	7.565
215-24-03-101-002-000	A Salud	636.377
215-24-03-101-002-002	PROYECTO REFORZAMIENTO ATENCION PRIMARIA	10.201
215-24-03-101-002-015	PROMOCION DE SALUD PLAN COMUNAL	18.067
215-24-03-101-002-018	PROYECTO SAPU	44.013

Plan Comunal de Salud 2013

215-24-03-101-002-019	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	3.117
215-24-03-101-002-020	PROGRAMA CARDIOVASCULAR	14.729
215-24-03-101-002-022	PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL	2.448
215-24-03-101-002-027	ATENCION ODONT. INTEG. PARA MUJERES Y HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	20.676
215-24-03-101-002-031	CENTROS DE SALUD FAMILIAR CESFAM	40.008
215-24-03-101-002-037	PROGRAMA CECOF	34.798
215-24-03-101-002-038	PROGRAMA TRATAMIENTO INTEGRAL TALAY	4.422
215-24-03-101-002-040	PROGRAMA RADIOGRAFIAS DE TORAX	16.531
215-24-03-101-002-044	PROGRAMA DE REFORZAMIENTO ATENCION ADONTOLOGICA	103.092
215-24-03-101-002-045	PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD	29.218
215-24-03-101-002-049	PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL DE SALUD	2.048
215-24-03-101-002-064	PROGRAMA DE APOYO A LA GESTION NIVEL LOCAL APS	2.664
215-24-03-101-002-066	PROGRAMA DE APOYO AL DES. BIO-PSICOSOCIAL (CHILE CRECE CONTIGO)	5.653
215-24-03-101-002-068	PROGRAMA CONACE REGIONAL (POBLACION GENERAL)	7.595
215-24-03-101-002-069	PROGRAMA ATENCION DE PACIENTES POSTRADOS	19.621
215-24-03-101-002-071	Programa Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (Uapo)	11.580
215-24-03-101-002-072	PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA LA SALUD DE ADOLESCENTES EN APS	3.659
215-24-03-101-002-074	PROGRAMA DEL SENAME LA LLAVE	9.583
215-24-03-101-002-081	Programa Habilidades Para la Vida Segundo Ciclo	2.560
215-24-03-101-002-082	PROGRAMA DE LABORATORIO COMPLEMENTO GES	92.677
215-24-03-101-002-083	PROGRAMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS EN APS	56.960

Plan Comunal de Salud 2013

215-24-03-101-002-084	PROGRAMA DE APOYO A LA IMPLEMENTACION DE CENTROS COMUNITARIOS DE REHABILITACION SENADIS	3.969
215-24-03-101-002-085	PROGRAMA INTERVENCION EN OBESIDAD EN NIÑOS. ADOLESCENTES Y ADULTOS	2.063
215-24-03-101-002-086	PROGRAMA DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y DE ATENCION DE URGENCIA	2.163
215-24-03-101-002-087	PROGRAMA DE MEJORAMIENTO MENOR DE INFRAESTRUCTURA	20.456
215-24-03-101-002-088	PROGRAMA APOYO A LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL	1.365
215-24-03-101-002-089	PROGRAMA CONSULTORIOS DE EXCELENCIA	48.960
215-24-03-101-002-090	PROGRAMA GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL	1.481
215-26-00-000-000-000	C x P Otros Gastos Corrientes	3.060
215-26-01-000-000-000	Devoluciones	3.060
215-29-00-000-000-000	C x P Adquisición de Activos no Financieros	41.383
215-29-04-000-000-000	Mobiliario y Otros	520
215-29-05-000-000-000	Máquinas y Equipos	9.619
215-29-06-000-000-000	Equipos Informáticos	2.304
215-29-99-000-000-000	Otros Activos no Financieros	28.940
215-31-00-000-000-000	C x P Iniciativas de Inversión	10.672
215-31-02-000-000-000	Proyectos	10.672
215-34-00-000-000-000	C x P Servicio de la Deuda	915.897
215-34-07-000-000-000	Deuda Flotante	915.897

Fuente: Departamento de Finanzas Corporación Municipal Gabriel González Videla.

ANEXO Nº 6

METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL AÑO 2012 (Comuna La Serena)

META	% CUMPLIMIENTO	INDICADOR
1.-Recuperacion Desarrollo Psicomotor	65	(N° de niños/as de 12 a 23 meses con EDSM de enero a diciembre 2012/N° de niños/as de 12 a 23 meses bajo control a diciembre 2012)x100
2.- Cobertura de Papanicolaou	58	(N° de Mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con Papanicolaou vigente (informado) a diciembre de 2012/Total de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas para el año 2012)x 100
3a.-Cobertura de Alta Odontológica Total en adolescentes de 12 años	70	(N° adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2012/Total adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2012)x100
3b.-Cobertura Alta Odontológica Total en embarazadas	60	(N° de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre 2012 /N° Total de embarazadas ingresadas de enero a diciembre del 2012)x100
3c.-Cobertura Alta Odontológica Total en niños/as de 6 años	60	(N° niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a diciembre 2012 /Total niños/as de 6 años inscritos validados para el año 2012)x100
4.-Compensación de personas diabéticas bajo control de 20 y más años	41	(N° personas diabéticas bajo control de 20 y más años, compensadas (HbA1c <7 según último control vigente), de enero a diciembre del 2012/Total personas diabéticas bajo control de 20 y más años a diciembre 2012)x 100
5.- Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y más años		(N° personas hipertensas bajo control de 20 y más años, compensados (P.A. < 140/90 mmHg.en último control vigente)

Plan Comunal de Salud 2013

	61.5	de enero a diciembre 2012/Total personas hipertensas bajo control de 20 y más años a diciembre 2012)x 100
6.- Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control	9.2	(Nº de niños/as menores de 6 años obesos bajo control a diciembre de 2012/Población total de niños/as menores de 6 años bajo control a diciembre de 2012)x 100
7.- Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente	90	(Nº Consejos Consultivos con plan ejecutado y evaluado (al menos 2 temas nacionales) a diciembre de 2012/Nº total de Consejos de Desarrollo de Salud existentes)x 100
8.- Evaluación de Satisfacción Usuaría	100	Nº planes de mejoras de satisfacción usuaria ejecutados y evaluado a diciembre de 2012/Nº total de planes comprometidos)x 100

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2012.

ANEXO Nº 7

**INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)
2012 (Comuna La Serena)**

Componente A: Actividad General

META	% CUMPLIMIENTO
1.- Cobertura Examen de medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años.	12
2.-Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años.	25
3.-Cobertura de Evaluación Funcional del adulto de 65 años y más.	47.4
4.- Ingreso a control de embarazo, antes de las 14 semanas.	85
5.- Cobertura de examen de salud del adolescente entre 10 a 14 años.	5.3
6.-Proporcion de menores de 20 años con alta odontológica	16.4
7.- Gestión de Reclamos en atención Primaria	90
8.-Cobertura de atención de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más.	44
9.-Cobertura de atención de Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 y más años.	61.1
10.- Porcentaje de Niños y Niñas de 12 a 23 meses con riesgo y retraso del desarrollo psicomotor, recuperados.	91
11.- Tasa de Visita domiciliaria Integral.	0,20
Actividad de continuidad B.(N° de establecimientos funcionando de 08:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y de 09:00 a 13:00 hrs/ N° total de establecimientos)* 100	100
Cumplimientos de Garantías en problemas de salud cuyas acciones son de ejecución de APS	100

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2012.

Componente B: Actividad con Garantías Explícitas

META	% CUMPLIMIENTO	Importancia Relativa
GES	100	100

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2012.

ANEXO N° 8**MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA****Salud de la Mujer y el Recién Nacido****Promoción**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes en control participan en taller para gestantes.	(N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100	
Fomentar el lazo afectivo madre-hijo.	Talleres grupales de expresión de emociones.	50% de mujeres gestantes en control prenatal participan en talleres grupales de expresión de emociones.	(N° de mujeres gestantes en control prenatal que participan en talleres grupales de expresión de emociones / N° total de mujeres gestantes en control prenatal) x 100	REM A27 Sección A (Fila 17: Preparación para el parto y la crianza) / REM A01 Sección A
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	≥ 25% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09, Sección B

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	6 % de las mujeres en edad fértil.	(N° de controles preconceptionales / N° total de mujeres en edad fértil inscritas)*100	REM A01 Población inscrita
Detectar precozmente factores de riesgo biomédico	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	(N° de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO
Detectar precozmente factores de riesgo de parto prematuro	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro)*100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal.	El 100% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal	(N° de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal)*100	REM A03
	En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	El 100% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	(N° de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después/Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12)*100	
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación	Taller a madres desde el período de gestación	Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación	(N° de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / total de gestantes bajo control)*100	REM A27, sección A P1, sección B
Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(N° de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial) * 100	REM A 26 REM P1
Vigilar el aumento de peso excesivo y por déficit, durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y déficit	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso y déficit	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con	REM P01 , sección E REM P01 , sección D

Plan Comunal de Salud 2013

			malnutrición por exceso)* 100 (Número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100	
Pesquisar oportunamente los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. cruzi. Pesquisar oportunamente los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. cruzi	Tamizaje y confirmación diagnóstica de infección por T. cruzi en gestantes que ingresan a control prenatal y presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. cruzi.	Establecer línea de base de detección de gestantes que ingresan a control prenatal y presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. cruzi.	(N° de gestantes que ingresan a control prenatal y presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. cruzi) / N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal) * 100	Registro Local
			(N° gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha por Infección de T. cruzi que se realizan tamizaje/ N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha de infección por Infección T. cruzi.) * 100	Registro Local
			100% de realización de técnica de confirmación diagnóstica a las gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. cruzi.	(N° de gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. cruzi a las que se les realiza confirmación diagnóstica/ N° Total de gestantes con tamizaje reactivo para la infección pro T. cruzi.) * 100
	Tamizaje y confirmación diagnóstica de E. Chagas congénita n recién nacidos, hijos de madres con infección por T. cruzi.	Establecer línea de base de detección de E. Chagas Congénita en los recién nacidos, hijos de madre con infección por T. cruzi.	(N° de recién nacidos con E. Chagas, hijos de madres con infección por T. cruzi/N° total de los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. cruzi.) * 100 (N° de mujeres en edad fértil enfermas crónicas que se ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de mujeres en edad fértil con enfermedades crónicas) * 100	Registro Local
Aumentar el número de mujeres adultas	Ingreso y control, según criterios de	Ingreso de mujeres y hombres a control de	(N° de mujeres en edad fértil que ingresan a	REM P1

Plan Comunal de Salud 2013

sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad	elegibilidad.	regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad	control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de mujeres en edad fértil) * 100	
			(N° de hombres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de hombres en edad fértil) * 100	
			(N° mujeres en edad fértil bajo control / N° mujeres en edad fértil inscritas) * 100	
Disminuir la transmisión vertical del VIH	Orientación y educación sobre VIH pre test y consejería post test a gestantes.	100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pre test y consejería post test de detección de VIH/SIDA	(N° de actividades de orientación y educación pre test VIH en gestantes/ N° total gestantes que acceden a Test de detección de VIH) * 100 (N° de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / N° total gestantes que acceden a Test de detección VIH) * 100	REM A 19 REM A 11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)
	Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH	(N° total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal) * 100	REM - A 05 REM - A 11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)
Disminuir la transmisión vertical del VIH	Citación – Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas -citadas	(N° gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ N° de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) * 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas	(N° de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / N° de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) * 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud.
	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son ingresadas al programa VIH.	(N° de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/ N° Total de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH) * 100	REM A 05 Registros locales de derivación.
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital	Control preventivo de salud integral ginecológica	Aumentar el % de acceso a control de salud integral	(N° de mujeres en control preventivo ginecológico / N° total	REM A 01 Población inscrita validada

Plan Comunal de Salud 2013

		ginecológica	de mujeres mayor a 10 años inscrita) *100	
Evaluar calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio	Aplicar instrumento MRS52 en mujer climaterica en control de salud al ingreso.	90% de las mujeres bajo control en etapa de climaterio con instrumento MRS aplicado	(N° de mujeres que ingresan a control de salud integral en etapa de climaterio con MRS aplicado /N° total de población inscrita de mujeres de 45 a 64 años que ingresan a control de salud en etapa de climaterio)*100	REM P1 Población inscrita validada
	Aplicar terapia hormonal de reemplazo a mujeres de 45 a 64 años que lo requieran, según MRS.	Establecer línea de base	(N° de mujeres en control con MRS aplicado que reciben terapia hormonal de reemplazo según protocolo/N° total de mujeres en control con MRS aplicado, que requieren terapia hormonal de reemplazo)*100	REM P 1
Detectar en forma precoz trastornos mentales en mujeres gestantes	Aplicar Golberg Q12 al ingreso a control prenatal y a las 32 semanas de gestación.	Establecer línea de base de aplicación cuestionario Golberg Q12 en la gestante.	(N° de gestantes ingresadas a control prenatal con puntaje en cuestionario Golberg Q12/N° total de gestantes ingresadas control prenatal) *100	**Registro Local (puntaje GQ12 en tarjeta control) / REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")
Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado	(N° de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /N° total de gestantes bajo control) *100	REM A05 Sección K / REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")
		80 % de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más)	(N° de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos)/ N° total de mujeres gestantes bajo control prenatal) *100	REM A05 Sección K/ REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")
Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) a las gestantes en control prenatal	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	(N° de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /N° total de gestante en control prenatal) *100	REM A03, Sección G / A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")
Aumentar la detección de Depresión Postparto	Aplicar Pauta de Edimburgo en el primer control madre/hijo	100% de las madres se les aplica EDPE en el primer control madre/hijo post parto	(N° de madres con primer control madre/hijo con puntaje en EDPE/N° total de madres con primer control madre/hijo) *100	REM A03, Sección H, Fila "evaluación a mujeres post parto, "Hasta los 10 días" / REM A01 Sección A, fila "Post Parto y Post Aborto"
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) * 100	REM 01

Plan Comunal de Salud 2013

al control prenatal, según su decisión.	gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	personas significativas.		
---	--	--------------------------	--	--

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	100% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	(N° de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) *100	REM A26 P1
Realizar el control integral de puerperio a la madre y control de recién nacido.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida. Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	100% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(N° de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / N° total de partos) *100	REM A 01 REM A05
	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 11 y 28 días de vida.	100% puérperas y recién nacidos entre 11 y 28 días de vida que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(N° de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / N° total de partos) *100	
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención odontológica integral a la embarazada	≥65% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) * 100	REM A09, sección C REM A05, sección A
	Diagnóstico periodontal con "examen periodontal	≥70% de las embarazadas con riesgo de parto	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro que tienen	Registro local

Plan Comunal de Salud 2013

	básico" a embarazadas con riesgo de parto prematuro	prematuro tiene diagnóstico periodontal con "examen periodontal básico"	diagnóstico periodontal con "examen periodontal básico" / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro en control prenatal) x 100	
Recuperar la condición nutricional pre gestacional al 8° mes post parto (EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 8° mes post parto	Mantener o disminuir el 55% de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8° mes post parto.	(N° de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 8° mes postparto / N° total de mujeres controladas de 8° meses post parto) * 100	REM 03 REM P 1
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis	(N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) *100	REM A11 REM A05
	Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+)	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis	(N° de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / N° de gestantes con serología (+) para sífilis) * 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas - citadas	(N° gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / N° gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) *100	**Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.
	Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL oRPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(N° de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/N° Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) * 100	REM A 05 Registros locales de derivación.
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio(45 a 64 años)	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio	Aumentar el % de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años) *100	REM P 1
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol	Intervención terapéutica según Guía Clínica	100% de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más y	(N° de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol que reciben intervención	**REM A 05 / A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")

Plan Comunal de Salud 2013

		confirmación diagnóstica) reciben intervención terapéutica	terapéutica/Nº total de mujeres gestantes en control prenatal) x 100	
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo de drogas	Intervención terapéutica según Guía Clínica	100% de gestantes en control prenatal con consumo de drogas reciben intervención terapéutica	(Nº de gestantes en control prenatal con consumo de drogas que reciben intervención terapéutica/Nº total de gestantes en control prenatal) *100	**REM A 05/ A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")

Salud Infantil

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la "Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local"	Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Factores protectores psicosociales Factores protectores ambientales Derechos Humanos Chile Crece Contigo	REM A19a Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Realizar actividades con apoyo de la "Guía para una vida saludable I y II", priorizando los entornos comunal y educacional	Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en la guía en los entornos comunal y educacional	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la vida saludable en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Actividad física Alimentación	REM A19a, Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niños y niñas menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niños y niñas bajo control que reciben consejería individual de actividad física	(Nº de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 / Nº de niños/as menores de 10 bajo control) * 100	Numerador: REM A19a Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"
	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y	80% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida	(Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta

Plan Comunal de Salud 2013

	educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.		bajo control de 5 meses) * 100	nutricional", Denominador: REM P2 Sección A "Población en control, según estado nutricional
	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	50% de cobertura de consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	(Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ (Nº Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control/2) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Denominador: REM P2, Sección A "Población en control, según estado nutricional"
Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar	Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental ⁵⁵	10% de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, reciben intervención comunitaria para abordar la Salud Mental	(Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local
			(Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios. /Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local
Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niños y niñas	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en	Línea base	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educacionales y	REM A19a Sección B.1. Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de

Plan Comunal de Salud 2013

(Establecimientos Educativos y hogares)	Establecimientos Educativos y Comunidad		Comunidad	participantes
Promover la calidad de los controles de salud de niños	Verificar la entrega de consejos breves en alimentación saludable, salud bucal y actividad física, a través de auditorías de los controles los 12 meses y 4 años, basados en las Guías para una Vida Saludable y Ficha Odontológica	Línea Base	(Número de establecimientos de la comuna con auditoría de los controles de salud de los 12 meses y 4 años efectuada / N° total de Establecimientos por comuna)*100	Informe de supervisión en al menos un establecimiento por Servicio de Salud. 12 meses Numerador: Registro Local "Informe de Auditoría de Controles de Salud de los 12 meses y 4 años " Denominador: Base de Establecimientos DEIS
Lograr lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzarse por técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña	Alcanzar un 60% con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida	(N° de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/N° de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100	REM A03

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(N° talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ N° total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)
		5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ N° total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) * 100	Numerador: Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores respetando la cultura indígena de niños y	Mantener el % de la comuna de niñas/os inscritos cuyos padres o cuidadores ingresan a Taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza	(N° de padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ N° total de niños o niñas	Numerador: REM A27, Sección A "Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad" Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"

Plan Comunal de Salud 2013

	niñas menores de 10 años inscritos en el establecimiento Realizar talleres de auto cuidado:		menores de 10 años bajo control) * 100	
		Línea Base	(N° de padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza que incorporan pertinencia cultural/ N° total de niños o niñas indígenas menores de 10 años bajo control) * 100	Solo registro local para establecimientos con programa de pueblos indígenas
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller a madres, padres y/o cuidadores de 0 a 3 meses, para prevención de IRA.	Aumentar la cobertura de talleres en 30% hasta los 3 meses de edad del niño para prevención de IRA.	(N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 3 meses (0-2) bajo control) * 100	REM A27
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ N° Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"
		100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado	(N° niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo/ N° total de niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial anormal) * 100	Numerador: Registro local Chile crece contigo Denominador: REM A03, Sección D.2 "Resultados de la aplicación de protocolo neurosensorial"
	Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(N° de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ N° total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100	Numerador: Registro SIGGES Denominador: REM P 2, sección A
	Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2011	(N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 4 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2"Sección A: Población en Control"
	Control de salud a los	90% niños y niñas que	(N° de aplicaciones de	Numerador: REM A-03,

Plan Comunal de Salud 2013

	12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses	pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° Total de niños y niñas de 12 a 17 meses bajo control) *100	Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"
		Disminución del porcentaje de niños y niñas con pauta breve alterada	(N° de niños/as con pauta breve alterada a los 12 a 17 meses de edad/ N° aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses) *100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve" Denominador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación"
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud	(N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / N° total de niños y niñas de 18 a 23 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"
		Disminución del porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(N° de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ N° total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses) * 100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve" Denominador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación"
	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños y niñas de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / N° total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"
	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses. / N° Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación" Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control"
	Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niños y niñas portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual	50% de los controles realizados a niños y niñas de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA	(N° de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/N° total de controles entregados a niños y niñas de 48 a 59 meses) *100	Numerador: Registro SIGGES "Sistema de Información y Gestión para las Garantías Explícitas en Salud" GES PREVENTIVO Denominador: REM A03, Sección B: "Controles de salud según ciclo vital"
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida /N° Total de niños menores de un año	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE

Plan Comunal de Salud 2013

	Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida	Cobertura de vacunación	de vida) * 100 (N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE
	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida/ N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niños y niñas de 6 a 10 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.	50% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS	(N° de niños/as entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al término de la intervención/N° total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl
		60% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su condición física	(N° de niños/as mayores de 6 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al término de la intervención/ N° total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.	Registro Programa Vida Sana - Obesidad https://vidasana.minsal.cl
Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.	Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente 56 al establecimiento definido en cada red de atención	100% de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(N° de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control citados - derivados/ N° total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control) * 100	Registros de actividad: por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: -Auditorias de caso
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Bucodentarias	80% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ N° de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses) * 100	Registro local REM A01 Sección B
	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado	100% de altas odontológicas de niños de 2, 4 y 6 años han recibido	(N° de niños /as de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de	REM A09, Sección B o J

Plan Comunal de Salud 2013

	en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	técnica de cepillado/ total de niños/as de 2 , 4 y 6 años con alta odontológica total) * 100	
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital" Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Total de niños de 48 a 71 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital" Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"
	Control de salud a niños y niñas de 6 a 9 años	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niños y niñas de 6 a 9 años bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"
	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: "Población inasistentes a control del niños sano" Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control"

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	≥ 30% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 2 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C
		≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	(N° de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 4 años inscritos y validados) * 100	
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(N° de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO / total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico) * 100	REM A09, Sección C
Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años,	(N° de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de	REM A09, Sección C

Plan Comunal de Salud 2013

años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años)		inscritos y validados	niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100	
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(Nº de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100	REM A09, Sección C
Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	100% de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ N° Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso)* 100.	Numerador: REM P 2 Sección A Denominador: REM P02:
Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad.	100% de niños y niñas que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.	(Nº de niños/as menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° Total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100.	Numerador: REM A03, Sección C Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor"
	Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor.	90 % de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100	Numerador: REM A03 (N° de niños y niñas de 8,18,36 meses con riesgo de DSM) Denominador: REM A03 (N° de niños y niñas de 8,18,36 meses recuperados de riesgo de enero a diciembre 2013, según edad)
Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor	90 % de los niños y niñas detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100.	Numerador: REM A03 (N° de niños y niñas de 8,18,36 con retraso de DSM) Denominador: REM A03 (N° de niños y niñas de 8, 18, 36 recuperados de retraso enero a diciembre 2013, según edad).
	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	90 % de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a	(Nº de niños y niñas menores de años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a	Numerador: REM A03, Sección C Denominador: REM A03, Sección B

Plan Comunal de Salud 2013

		modalidades de Estimulación del DSM	alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	"Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
	Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales	N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	Numerador: REM A26, Sección A "Visitas Domiciliarias Integrales a Familias" Denominador: REM P2, Sección C "Población en control según resultado de evaluación del desarrollo psicomotor".
Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Taller y actividades para el establecer el apego seguro	El 100% de diadas con apego inseguro (evitante o ambivalente) participan del taller de Auto cuidado: estimulación y normas de crianza, Taller Nadie es Perfecto y/o de actividades en sala de estimulación.	(N° de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan del taller de Auto cuidado: estimulación y normas de crianza, Taller Nadie es Perfecto y/o de actividades en sala de estimulación/ N° Total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro)* 100	Numerador: Registro local Denominador: REM P2 Sección B "Población en control según resultado de pauta de observación de la relación vincular"
Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA	Visitas Domiciliarias realizadas a familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y leve)	Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y leve)	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y leve) / N° total niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave)*100	Numerador: REM 23 Denominador: REM P2, Sección D "Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación riesgo IRA)
Completar proceso diagnóstico del VIH en niños.	Citación y referencia de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control	100% de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(N° niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control citados - derivados/ N° total niños en proceso diagnóstico por VIH, inasistentes a control) x 100	Registros de actividad por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud. Registro único de información de VIH/SIDA (SUR VIH)

Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura de atención de Niños, niñas y adolescentes portadores de enfermedades respiratorias crónicas	Visita domiciliaria Integral realizada por kinesiólogo, familia con niño, niña o adolescente portador de enfermedades	Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades crónicas(síndrome bronquial obstructiva	(N° de visitas domiciliarias a familias con niños, niñas y adolescentes menores de 15 años con enfermedades crónicas	Numerador: Registro local Denominador: REM P3, Sección A "Existencia de población en control".)

Plan Comunal de Salud 2013

	respiratorias crónicas	recurrente, asma bronquial u oxígeno dependiente)	respiratorias / N° total de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años) * 100	
--	------------------------	---	---	--

Salud del Adolescente

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores con adolescentes de 10 a 14 años.	100% de planificados son realizados.	(N° ingresos a educación grupal con adolescentes de 10 a 14 años N° total de adolescentes de 10 a 14 años) x 100	REM 27 Educación para la Salud.
	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo.	10 % de los adolescentes controlados participan en talleres de Espacios de Atención Amigables (EAA)	(N° de adolescentes controlados que participan de consejería en Espacios de Atención Amigables (EAA)/ N° total de adolescentes bajo control) x 100	Rem 19
	Talleres grupales para hombres adolescentes construcción de masculinidad	100% de establecimientos municipalizados de la comuna realizan talleres	(N° de talleres realizados en establecimientos educacionales que realizan taller de actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo /N° total establecimientos de La comuna planificados x 100	REM 19
Promover la detección precoz de la infección por VIH	Realizar actividades de promoción del examen VIH en la comunidad.		N° de actividades de consejería intervención VIH	REM19
Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Detección y consejería a adolescentes consumidoras de tabaco detectadas en el control anual de salud.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(N° actividades realizadas/N° total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección A Consejería Tabaquismo
	Implementar actividades de promoción en tabaquismo en escuelas.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(N° actividades realizadas/N° total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección B.1 Actividades de promoción
Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica	≥ 10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x	REM A09, Sección B

Plan Comunal de Salud 2013

			100	
--	--	--	-----	--

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Contribuir a mejorar la salud de la población adolescente de 10 a 19 años.	Control de Salud "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 10 a 14 años en un 10% en relación a año 2012	(N° de adolescentes entre 10 y 14 años con control de salud, según sexo / N° Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	REM A03 (2011), Sección I /Población Inscrita de 10 a 14 años
Aumentar cobertura de adolescentes con control de salud	Control de Salud "Joven Sano bianual a adolescentes de 15 a 19 años.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 15 a 19 años en un 10% en relación a año 2012.	N° de adolescentes entre 15 y 19 años con control de salud, según sexo / N° Total de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) x 100	
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica)x 100	REM A09, Sección B o J
Detectar e intervenir precozmente a adolescentes con consumo de tabaco, alcohol y drogas	Consejería antitabaco a adolescentes de 10 a 14 años consumidoras de tabaco	100% de adolescentes planificados reciben consejería antitabaco.	(N° de adolescentes que reciben consejería. antitabaco /N° total de adolescentes planificados x100	REM A 19 - Sección A
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 10% línea base de 2012 de adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(Adolescentes con Consejería en SSR 2013- Adolescentes con Consejería 2012/ Línea base 2012 / x 100	REM A19 Salud Sexual Reproductiva
	Consejería para la regulación de la fertilidad en adolescentes hombres y mujeres que lo solicitan.	Consejería para la regulación de la fertilidad al 100% de adolescentes hombres y mujeres en demanda espontánea.	(N° de adolescentes, según sexo, que reciben Consejerías en regulación de la fertilidad / N° total adolescentes según sexo que solicitan Consejería en demanda espontánea x 100	
Aumentar el ingreso a control de adolescentes hombres y mujeres con vida sexual activa en regulación de fertilidad.	Control de regulación de la fertilidad	Control de regulación de la fertilidad al 100% de los adolescentes hombres y mujeres que solicitan un	N° Adolescentes entre 10 a 19 años bajo control con MAC, según sexo/ N° total de Adolescentes entre	Revisar REM, población bajo control

Plan Comunal de Salud 2013

		MAC.	10 a 19 años bajo control) x 100	
Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10- 14 años y en adolescentes entre 15- 19 años	Consejería regulación fertilidad	100% de adolescentes, según sexo planificados reciben consejería en regulación de fertilidad	N° adolescentes según sexo, que recibe consejería en regulación de fertilidad/ N° total adolescentes planificados que reciben Consejería X100	REM A 19
		Aumentar línea base 2012 en 10% de población adolescente bajo Control en regulación de fertilidad	N° de adolescentes bajo control por MAC en 2013- N° de adolescentes bajo control por MAC en 2012 / Línea base 2012X 100	
	Consejería en SSR	100% de adolescentes, según sexo planificados reciben consejería en SSR-	N° adolescentes según sexo, que recibe consejería en SSR/ N° total adolescentes planificados que reciben Consejería X100	
		Disminución porcentual de adolescentes embarazadas de 10- 14	N° de adolescentes embarazadas de 10 - 14 años / Población inscrita de 10 a 14 años X 100	REM P1
		Disminución porcentual adolescentes embarazadas de 15 - 19 años	N° de adolescentes embarazadas de 15 - 19 años / Población inscrita de 15a 19 años X 100	REM P1
Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes, madres puérperas y madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial	Establecer línea base	(N° de adolescentes gestantes en riesgo y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año con VDI realizada/ N° Total adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año bajo control) X 100	
Fortalecer habilidades madres y padres adolescentes en habilidades parentales y apoyo para la crianza.	Taller NADIE ES PERFECTO	100% de padres y madres adolescentes de 10 a 14 años asisten a 4 sesiones del taller "Nadie es Perfecto" (NES)	(N° de padres y madres adolescentes que asisten a 4 sesiones de talleres NADIE ES PERFECTO/ N° total de madres adolescentes bajo control) x 100	REM 27 REM P01 Sistema registro, derivaciones y monitoreo de chcc modulo nadie es perfecto.
			N° de madres,	

Plan Comunal de Salud 2013

			padres adolescentes 15 a 19 que asistencia a taller NES P/ N° total de madre adolescente bajo control X100	
Disminuir las adolescentes gestantes con malnutrición	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición.	Línea base de cobertura de consulta nutricional de las adolescentes gestantes con malnutrición.	(N° de gestantes bajo control con consulta nutricional por malnutrición/ N° total de gestantes con diagnostico de malnutrición) x 100	REM P01
	Evaluación nutricional de mujeres al 8° mes post parto ⁵⁷ y derivación a consulta nutricional de las que presentan malnutrición.	100% de las adolescentes con malnutrición acceden a una consulta nutricional.	(N° de madres adolescentes 8° mes post-parto controladas por malnutrición/ N° total de madres adolescentes 8° mes post-parto bajo control) x 100	REM A3 Evaluación estado nutricional mujeres controladas al 8° mes de post parto.
Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.	Seguimiento alimentario-nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable.	Mejorar condiciones cardiovasculares al término de la intervención	(N° de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ N° total de adolescentes que egresan del Programa Vida sana x 100	Incorporar al REM los datos del registro ya existentes
	Consulta de Morbilidad Consulta Nutricional	100% de los y las adolescentes con obesidad son derivados/as a consulta nutricional	(N° adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional/ N° Total de adolescentes con obesidad) x 100	REM A2 Examen Medicina Preventiva Sección B/según resultado estado nutricional REM A4 Consulta Nutricionista. Sección B Generar línea de base
		60% de los adolescentes con sobrepeso y obesidad con indicación de actividad física	(N° de adolescentes obesos y con sobrepeso en consejería alimentaria y de actividad física/ N° total de adolescentes obesos y con sobrepeso) x 100	
Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental.	Aplicación de GHQ12 para detección de depresión en población inscrita	Contar con línea base aplicación de GHQ12	(N° de adolescentes según sexo con aplicación de GHQ12 / Total adolescentes inscritos X 100	Registro local
	Aplicación de AUDIT para detección de consumo de alcohol en población inscrita	Contar con Línea base de aplicación de AUDIT.	(N° de adolescentes según sexo con aplicación de AUDIT/ Total adolescentes inscritos x 100	REM A05 Sec. J/ ingreso PSM
	Aplicación de screening de ideación suicida a	90% de los adolescentes según sexo con puntaje	(N° de adolescentes según sexo con puntaje AUDIT entre	REM A 06

Plan Comunal de Salud 2013

	adolescentes con diagnósticos problemas y trastornos de salud mental.	AUDIT entre 8 y 15 reciben intervención preventiva	8 y 15 que reciben intervención preventiva/ N° total de adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15) x 100	
Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental.	Intervención Preventiva para adolescentes, según sexo con consumo riesgoso de alcohol.	100% de adolescentes diagnosticados con problemas y trastornos de salud mental con screening aplicado.	N° de adolescentes diagnosticados con problemas y trastornos de salud mental con screening aplicado/N° total de adolescentes diagnosticados con problemas y trastornos de salud mental X100	REGISTRO LOCAL
	Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio	(N° de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ N° total de adolescentes con diagnóstico consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o droga) X 100	SIGGES REM A6
	Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años s y más con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes mayor de 10 años de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	(N° de adolescentes mayor de 10 años de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más inscritas) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con problemas y trastornos de salud mental.	Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión	(N° de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más inscritas) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
		100% de adolescentes	(N° de adolescentes	SIGGES

Plan Comunal de Salud 2013

		hombres y mujeres de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad	hombres y mujeres de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ N° de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) X 100	
		100% de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad	(N° de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) X 100	SIGGES
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Derivación efectiva de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra	(N° adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ N° Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES
Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	100% de adolescentes reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(N° de Consejerías de Prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas a adolescentes/ N° total adolescentes bajo control) x100	REM A 19 REM A 1

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Atención integral y oportuna de adolescentes según sexo, con problemas y/o trastornos de salud mental	100% de adolescentes con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna	(N° de adolescentes con problema y trastornos mental / N° total de adolescentes inscritos) x 100	REM P6
Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años de hipertensión	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 3 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensos	N° de hombres y mujeres de 15 a 19 años con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/N° total de hombres y mujeres	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia

Plan Comunal de Salud 2013

(presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).		con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	de 15 a 19 años hipertensas esperadas según prevalencia x 100	
Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años con Hb1Ac < 7% en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% respecto al año anterior	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% / Nº de hombres y mujeres de 10 a 19 años diabéticos esperados según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	≥ 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100	REM A09, Sección C
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	REM A09, Sección C

Salud de las Personas Adultas

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	Reuniones con la comunidad o intersector	Al menos 3 actividades con la comunidad.	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.	Alcanzar al 30% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de Base datos propios.

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	Incrementar 15% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2012.	(Nº de EMP realizados a población adulta beneficiaria /Población Total adulta beneficiaria) x 100.	REM A02 , Sección B
	Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en	Incrementar 10% la cobertura de EMP realizado.	(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina	REM A02

Plan Comunal de Salud 2013

personas de 20 a 64 años.	hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.		beneficiaria / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100	Sección B
Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(N° de hombres controlados en el PSCV / N° total de hombres bajo control en el PSCV) x 100	REM P04, Sección A Población Total masculina beneficiaria .
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas	(N° de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses) / (N° total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100.	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*
Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	(N° de personas con riesgo CV alto y muy alto compensadas) / N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100	REM PO 4
Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer línea de base de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta	(N° de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM reciban evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta / N° total de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM)	REM P04
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de a adultos de 20 a 45 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años	50% de los adultos baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(N° de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl
		60% de adultos entre 20 a 45 años mejoran su condición física	(N° adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS y que mejoran su condición física al término de la intervención / N° total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100.	Registro Programa Vida Sana - Obesidad https://vidasana.minsal.cl
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) /	REM PO 4 Sección B

Plan Comunal de Salud 2013

			(N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) x 100	
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión	(N° de personas adultas con hipertensión, bajo control/ N° total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A
Mejorar la compensación de personas de 20 a 64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto. Mejorar la compensación de personas de 20 a 64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto.	Control de Salud Control de Salud	% de personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial <140/90mmHg colesterol LDL <100mg/dl	N° personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial <140/90mmHg colesterol LDL <100mg/dl / (N° total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100	REMP4 sección A REMP4 sección A
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies. 100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con una evaluación en los pies en los últimos 12 meses/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 (N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P04; sección c REM P04, Sección A REM P04, SECCION C
Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual.	Control de Salud Sexual 64	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	(N° de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ N° total de personas solicitan control de salud sexual en el periodo) x 100	Registro local. Censo semestral bajo control

Plan Comunal de Salud 2013

Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa exigente.	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(N° de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (N° de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19, sección A.2 REM A11, sección B.2
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo. Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud. Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud.	Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas en relación a línea base 2012.	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2013 / N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2012) x100	REM A19
		Entrega de preservativos al 100% de las personas adultas que asisten a consejería en prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° de personas adultas que reciben preservativos en el marco de la consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS/N° de personas adultas que asisten a consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100	REM A19 Registros Locales
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 20 y más años.	Tamizaje para VIH a personas adultas que lo requieran por demanda espontánea o por indicación médica.	Incrementar en un 30% el examen de VIH en relación a línea base 2012, en personas de 20 años y más.	(N° total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y mas, año 2013/ N° total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100	REM- A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)
Promover Sexo Seguro	Entrega de preservativos	Entrega de preservativos al 100% de las personas que ejercen el comercio sexual que asisten a control en prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° de personas que ejercen el comercio sexual que reciben preservativos en el marco de la Prevención del VIH/SIDA e ITS / N° de personas que ejercen el comercio sexual en control de Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100	REM A19 Registros Locales

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 3% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia
Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas de trastornos mentales.	Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales.	100% de personas adultas con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna	(Nº de personas adultas con problema y trastornos mental con atención integral / Nº total de personas adultas con Examen de Salud Anual) x 100.	REM 06 REM A02
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c <7)	Incrementar en un 2% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (HbA1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c<7% según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia) x 100	REM P04; Sección B
Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de personas de 20 A 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos en el centro centinela	100% de los 20 a 64 años bajo control en el centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(Nº de personas de 20 A 64 años diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM diabéticos, bajo control en el centro centinela al corte) x 100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención/REM P4 Sección A
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en personas 20 a 64 años	Control de salud	Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	(Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
	Control de salud	Definir línea base en 20 a 64 años bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg	(Nº 20 a 64 años diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 15 y 64	REM P4 Sección B/ REM P4 Sección A

Plan Comunal de Salud 2013

			años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100.	
	Control de salud	Definir línea base en 20 a 64 años bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, y PA < 130/80 mm Hg y Col LDL < 100 mg/dl	(Nº 20 A 64 años diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de 20 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis.	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	(Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	REM A 10 REM 11
Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de baciloscopia.	100% de en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas por patologías respiratorias 100	REM A10, sección A REM A04, sección A
Detectar infección VIH/TBC.	Consejería para VIH a las personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años Solicitud de Rx. de Tórax, BK y PPD a personas VIH (+) en control.	100 % de los casos nuevos de personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años reciben consejería para el test de detección de VIH. 100% de personas VIH (+) se realizan Rx. De Tórax, BK PPD	(Nº Consejerías para VIH a casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar 72/ Nº total casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años) x 100. ((Nº de personas VIH (+) con Rx Tórax, BK y PPD/ Nº total de Personas VIH (+) en control) x 100	Registro local REM A10, sección C.
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	(Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x 100	Rem-P12
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 y 64 años con PAP vigente/ Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM – P 12
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.	Controles Kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.	Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA.	(Nº de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo	REM A23 REMP03

Plan Comunal de Salud 2013

Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	Atención odontológica integral del adulto de 60 años	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	control) x 100 (N° de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total/Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100	REM A09, Sección C
--	--	--	---	--------------------

Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes con oxígeno domiciliario, AVNIA, Asma, Fibrosis Quística, EPOC)	Visita domiciliaria de profesional de profesional a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / N° total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100	Registro local REM P26

Salud del Adulto Mayor, Familia y Cuidadoras/es

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de Adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ N° Total de AM inscritos)x 100	REM P05, Sección D / Población inscrita validada
			(N° de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A
			(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A
	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ N° total de AM bajo control)x 100	REM P05, Sección A
Promover el	Detectar e incentivar a	Establecer línea base e	(N° de AM bajo	Registro local

Plan Comunal de Salud 2013

envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	incrementar en un 5% los AM que participan en OSC	control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ N° Total de AM bajo control) x 100.	
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de actividades de promoción en consejería antitabaco/ N° total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	REM 23

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior	(N° de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años) * 100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por
Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(N° de AM bajo control con sospecha de maltrato./ N° de población AM inscrita x 100	REM P05 Sección C Población de 65 años y mas inscrita validada
	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(N° de AM bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas./ N° de población AM inscrita x 100	REM P06 sección A,
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	(N° de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM P4 Sección A / REM P4 Sección A
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 mg/grs.).	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.	(N° de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses) / (N° de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria al corte) * 100	REM P4 Sección B/ REM P4 Sección B
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o	(N° de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A

Plan Comunal de Salud 2013

más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.		enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(N° total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	
Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de baciloscopia en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Baciloscopia en el 100% de los adultos mayores con síntomas respiratorios.	(N° de baciloscopias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de consultas de morbilidad)*100.	REM A10 Sección A, / REM A04 Sección A
			(N° de bacilos copias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de controles de salud)*100.	REM A10 Sección A, / REM A01 Sección B
Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 50% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas/ N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(N° de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ N° total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A
Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 15% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)
Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 15% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)
Evaluar en PSCV a pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer línea de base de pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta	(N° de egresos hospitalarios AM con ACV o IAM reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ N° total de egresos hospitalarios AM con ACV o IAM.	REM P04 (agregar pacientes con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta, en sección B en las personas bajo control con antecedentes de enfermedad cardiovascular)
Aumentar el número	Consejería en	100% de personas	(N° de consejería de	REM A 19

Plan Comunal de Salud 2013

de personas adultas mayores informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud, con entrega de preservativos.	adultas mayores sexualmente activas, reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	prevención del VIH/SIDA e ITS en el contexto del control de salud a personas adultas mayores sexualmente activas / N° total personas adultas mayores sexualmente activas, bajo control) x 100.	REM P 5
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores, sexualmente activas.	Tamizaje para VIH a personas adultas mayores, sexualmente activas	Construir línea base de examen para diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores sexualmente activas.	N° total de exámenes para VIH realizados en personas adultas mayores sexualmente activas año 2013.	REM- A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el número de personas que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de AM para realizar actividades de rehabilitación.	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior	(N° de AM integrados a grupos de rehabilitación/ N° total de AM bajo control) x 100	REM A28 Sección A REM P05, sección A
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 3% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009- 2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior	N° de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009- 2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)
Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas.	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	(N° de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ N° total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio) *100	Registro PRAPS
Mejorar la calidad de atención de las personas AM diabéticos bajo control en el PSCV.	Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	100% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(N° de AM diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al	REM P04; Sección C. REM P04, sección A

Plan Comunal de Salud 2013

			programa al corte) x 100.	
	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	80% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de AM diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.	QUALIDIAB-Chile REM P04; Sección C
	Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 80 % de las personas AM diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	(N° de AM diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses/ N° total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C/ (REM P4 Sección A) (REM A 05 Sección F) QUALIDIAB-Chile
Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad con AM diabéticos en el centro centinela	100% de los AM bajo control en PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(N° de AM diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (N° total de AM diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) * 100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención / REM P4 Sección A
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en AM	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl	(N° AM no diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90 mmHg y Col. LDL <100 mg/dl en el último control) / (N° total de AM bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA<130/80mm Hg	(N° AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c <7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas de 65 y más años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl	(N° AM diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c <7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (N° total de AM diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A
Aumentar el número de AM que recibe	Control de salud: Diagnóstico,	100%	(N° de ingresos al programa de salud	REMP06 REMP05

Plan Comunal de Salud 2013

tratamiento por Depresión.	tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión.		mental por depresión de 65 años y mas/ N° total de personas de 65 años y más bajo control) x100	SIGES
----------------------------	--	--	---	-------

Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas dependientes	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores, a objeto de prevenir discapacidad en ellos y entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia.	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	N° Total de Cuidadores capacitados/ Total de personas que participaron en Capacitaciones, Jornadas, Seminarios *100	REM 28

XVII.- GLOSARIO

Accesibilidad: es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación, etc.

AVNI: Apoyo ventilatorio no invasivo. Programa Ministerial destinado a brindar soporte ventilatorio a menores con secuelas pulmonares asociadas a patologías neuromusculares.

Capacidad resolutive: es la capacidad que tiene que tiene un establecimiento de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Cartera de servicios: conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

CECOSF: Centros Comunitarios de Salud Familiar, atienden una parte de la población inscrita en el establecimiento del cual dependen, y cubren los mismos servicios que aquél, en forma complementaria, a fin de resolver de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y por el tipo de trabajo que realizan en conjunto con ésta, en las tareas de promoción, prevención curación y rehabilitación de la población.

CESFAM: Es el espacio físico que reúne en si los principios de la salud familiar (enfoque bio-psico-social, énfasis en la promoción y continuidad de los cuidados).

Estimula el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene un contacto multisectorial.

La característica principal es que introduce a la familia como una unidad de atención

Consultoría médica de especialista: actividad realizada por médico especialista en conjunto con médicos y equipos de salud de Atención Primaria tratantes, con el fin de realizar diagnóstico, definir programa de tratamiento de un paciente específico y de actualizar conocimientos. Esta actividad se realiza con el paciente presente.

Consejería en salud: es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona. La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto del cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.

Continuidad de la atención: se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó la consulta.

Control: función administrativa que consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los acontecimientos se adecuen a los planes. Implica medir el desempeño con metas y planes; mostrar dónde existen desviaciones de los estándares y ayudar a corregirlas.

Control social: es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual y colectiva sobre las decisiones en materias de salud que le afectan directamente, tanto a nivel de las definiciones políticas como de las estrategias de implementación.

Contrareferencia: es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Demanda: el número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

Descentralización de la autoridad: tendencia a dispersar la autoridad para la toma de decisiones en una estructura organizacional.

Eficacia: consecución de objetivos; logro de los efectos deseados.

Eficiencia: logro de los fines con la menor cantidad de recursos; logro de los objetivos al menor costo.

Equipo: grupo de personas con habilidades complementarias comprometidas con un propósito común y una serie de metas de desempeño, de los que son mutuamente responsables.

Estrategia: una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.

Gestión clínica: “es el más adecuado uso de los recursos, humanos, tecnológicos y organizativos para ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)”.

Gestión por proceso clínico: estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso a un establecimiento (entrada) hasta el alta o resolución (salida).

Instancias de participación: son espacios formales de participación tales como Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, creados con el objeto de facilitar el

control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios.

Modelo de atención de Salud: conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige- más que al paciente o a la enfermedad como hecho aislado-a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un constante proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Modelo de gestión: es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

Oferta: es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado período.

Promoción: “proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla”; y que operacionalmente el Ministerio de Salud ha definido como “estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de la salud y mejoramiento de la calidad de vida”.

Participación ciudadana: es el ejercicio de derechos ciudadanos y se enmarca en el contexto de los derechos humanos y en el aseguramiento de garantías en salud.

Participación comunitaria en salud: es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios.

Protocolo de atención: es un instrumento de aplicación, de orientación eminentemente práctica que determina el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnósticos necesarios con relación a la patología y de acuerdo al nivel de complejidad. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una Guía Práctica Clínica (GPC), ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

Protocolo de referencia y contrareferencia: es un instrumento de aplicación, eminentemente práctica que determina los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrareferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

Red asistencial: conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2º de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Régimen general de garantías en salud: “es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la Ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469” .

Referencia (sinónimo de derivación): es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Sistema de referencia y contrareferencia: es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrareferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud

COORDINACIÓN Y EDICIÓN

Dr. Rafael Alaniz Muñoz
Médico Director de Departamento de Salud
Diplomado Gerencia Estratégica
Magister en Salud Pública (MC)

Sra. Lilian Cortés Caroca
Q.F Coordinadora Gestión Administrativa Depto. Salud
Diplomada Gerencia Estratégica, Diplomada Gestión de Redes Asistenciales
Magister en Salud Pública

Sr. Alan González Gaete
Kinesiólogo Coordinador de Recursos Físicos Depto. Salud
Diplomado Gerencia Estratégica
Magister en Salud Pública (MC)

Srta. Lorena Olivares Contreras
Coordinadora Gestión Técnica Depto. Salud
Diplomado Salud Familiar, Diplomado Gestión de Instituciones de Salud
Magister en Salud Pública

Sra. Cristina Thompson Álvarez Zumarán
EU. Sub Directora CESFAM Cardenal Caro

Sra. Nidia Zenteno Gómez
EU. Directora CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser A.

Sr. Carlos Carvajal Guerrero
Kinesiólogo Director CESFAM Pedro Aguirre Cerda

Sra. Silvia Palta Olivares
EU Directora CESFAM Raúl Silva Henríquez

Srta. Mariana Galleguillos Rojas
EU Directora (I) CESFAM Las Compañías

Sr. Yerko Jaramillo Ocaranza
E.U Encargado Equipo de Salud Rural

Dra. María Daniela Rivera Elorza
Odontóloga Directora (S) Clínica Dental Escolar

Dr. Víctor Ishihara
Odontólogo Coordinador Programa Dental comunal

Sra. Nitza Vergara Silva
EU. Encargada Programa del Niño y Adolescente
Diplomada Gerencia Estratégica, Diplomada Salud Familiar

Sra. Ximena Rojas González
EU. Encargada Programa Adulto y Adulto Mayor

Sra. Jacqueline Vidal Cordero
Matrona Encargada de la Programa de la Mujer
Diplomado Salud Familiar, Diplomado Gestión de Instituciones de Salud

Sr. Hugo Rojas Jerez
Psicólogo Encargado Programa de Salud Mental
Diplomado en Mediación Familiar

Sr. Rodrigo Fernández Zumarán
Trabajador Social Coordinador Comunal GES.

Sr. Jorge Munizaga Tello
Contador auditor- Sub-director finanzas C.G.G.V

Srta. Graciela Mondaca Chavarría
Secretaria Departamento de Salud Corporación Gabriel González Videla