

MUNICIPALIDAD DE SAN ANTONIO



PLAN ANUAL DE SALUD MUNICIPAL 2009

I.-DEFINICIÓN DE POLÍTICAS, OBJETIVOS ESTRATEGICOS, LINEAS ESTRATEGICAS Y PRIORIZACIÓN

Política de mejoramiento de la gestión del servicio: El sistema de salud primaria, se desarrollará bajo el enfoque de Salud Familiar, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientando la gestión para alcanzar estándares de calidad en la atención de salud a la comunidad.

Política de infraestructura y equipamiento: Se proveerá de la infraestructura y equipamiento necesarios para realizar una atención de calidad.

Política de Recursos humanos: se trabajará para lograr una dotación de personal adecuada en cantidad y especialización generando las condiciones necesarias para mantenerla y mejorar su desempeño.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	DECLARACIÓN DE PRIORIDAD		
		ALTA	MEDIA	BAJA
1. Elaborar y ejecutar planes y programas de salud que optimicen el servicio	1.1 Desarrollar estrategia de salud comunal con actualización periódica.	X		
	1.2 Desarrollar Plan de mantención de infraestructura.		X	
	1.3 Desarrollar Plan de emergencia.			X
	1.4 Elaborar Programa de prevención.	X		
	1.5 Desarrollar Plan de mantención de equipamiento.		X	
	1.6 Desarrollar Plan de abastecimiento de insumos.	X		
2. Mejorar la gestión del	2.1 Consolidar el modelo de salud Familiar.	X		

sistema de salud sobre la base del modelo de Salud Familiar.	2.2 Formalizar la integración y estructura del área de salud en la municipalidad.		x	
	2.3 Desarrollar líneas de acción que incrementen la cobertura del servicio.	x		
	2.4 Mejorar procesos y procedimientos.	x		
	2.5 Automatizar procesos y procedimientos.		x	
	2.6 Desarrollar sistema de control de gestión	x		
	2.7 Desarrollar Presupuesto por centros de costos.	x		
	2.8 Realizar evaluaciones periódicas de la gestión del servicio y desarrollar plan de mejoramiento.		x	
3. Contribuir a alcanzar estándares de calidad en la atención de la salud primaria.	3.1 Definir y aplicar estrategia para disminuir tiempos de espera en atención.	x		
	3.2 Capacitar al personal en técnicas y manejo de atención al paciente.		x	
	3.3 Establecer sistema de monitoreo periódico de satisfacción del paciente.			x
4. Aumentar infraestructura y equipamiento en salud	4.1 Construir CESFAM.	x		
	4.2 Construir CECOSF.		x	
	4.3 Ampliar consultorios.		x	
	4.4 Construir estaciones Médico-Rurales.	x		
	4.5 Renovar y aumentar el parque automotriz.			x

	4.6 Aumentar y renovar equipamiento.	x		
5. Aumentar dotación de personal	5.1 Realizar convenios con Universidades.	x		
	5.2 Aplicar carrera funcionaria vigente y aplicar normativa de horas planta v/s plazo fijo.		x	
	5.3 Mantener la dotación establecida en Plan de Salud Familiar III del MINSAL.	x		
6. Mejorar el clima laboral	6.1 Desarrollar acciones que promuevan la integración.	x		
	6.2 Propiciar trabajo en equipo y liderazgo.		x	
	6.3 Fortalecer rol y participación de los representantes del personal en el equipo gestor de cada unidad.			x
7. Mejorar el desempeño del personal	7.1 Establecer sistema de incentivos para el personal.			x
	7.2 Desarrollar acciones que incrementen la competencia laboral	x		
	7.3 Establecer sistema de evaluación de desempeño.		x	

II.- Planes

- 1.- Plan Cumplimiento Garantías GES
- 2.- Plan cumplimiento indicadores APS
- 3.- Plan cumplimiento indicadores Desempeño Colectivo
- 4.- Plan cumplimiento Compromiso de Gestión
- 5.- Plan de Acreditación y Autorización Sanitaria.
- 6.- Aplicación de Modelo Salud Familiar
- 7.- Plan comunal de rehabilitación.
- 8.- Plan Comunal de Promoción
- 7.- Plan de Capacitación

1.- CUMPLIMIENTO GARANTIAS GES

Cumplir la normativa respecto enfermedades GES;

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

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

LISTADO DE PROBLEMATICAS DE SALUD AUGE O GES

1. Insuficiencia renal crónica Terminal.
2. Cáncer infantil, en menores de 15 años.
3. Infarto agudo del miocardio.
4. Cáncer cervicouterino.
5. Cáncer de mama, en mayores de 15 años.
6. Cáncer testicular, en mayores de 15 años.
7. Linfoma en adultos
8. Fisura labio palatina.
9. Disrrafías espinales (Espina bífida) operables, abiertas y cerradas.
10. Cardiopatías congénitas operables.
11. Alivio del dolor y cuidados paliativos del cáncer Terminal. (APS)
12. Diabetes Mellitus Tipo I. (APS)
13. Diabetes Mellitus Tipo II. (APS)
14. Esquizofrenia.
15. Cataratas en mayores de 15 años.
16. Artrosis de cadera que requiere cirugía con Prótesis, en adultos de 65 años o más.
17. Escoliosis que requiere cirugía, en menores de 25 años.
18. VIH / SIDA.
19. Infección respiratoria aguda, en menores de 5 años. (APS)
20. Neumonía, en mayores de 65 años. (APS)
21. Hipertensión arterial, en mayores de 15 años. (APS)
22. Epilepsia, para niños menores de 15 años. (APS)
23. Salud oral integral para niños de 6 años. (APS)
24. Prematurez.

25. Trastornos de la conducción (ciertas arritmias): marcapaso en mayores de 15 años.
26. Colectomía. Extracción de la Vesícula en adultos de 35 a 49 años con síntomas.
27. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en sintomáticos.
28. Cáncer de próstata, en personas de 15 años y más.
29. Cáncer gástrico, en personas de 40 años y más.
30. Estrabismo en menores de 9 años.
31. Retinopatía Diabética.
32. Desprendimiento de retina.
33. Vicios de refracción oculares, para personas de 65 años y más. (APS)
34. Hemofilia.
35. Depresión, en personas de 15 años y más. (APS)
36. Accidente cerebro vascular, en personas de 15 años y más.
37. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.(APS)
39. Asma bronquial moderada y severa, en personas de 15 años o más. (APS)
40. Artículos de apoyo (andadores, bastones), para personas de 65 años y más.(APS)
41. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
42. Tratamiento quirúrgico de la hernia del núcleo pulposo lumbar.
43. Leucemia en personas de 15 años y más: I. Leucemia Aguda II. Leucemia Crónica.
44. Urgencia Odontológica ambulatoria. (APS)
45. Salud oral del adulto de 60 años. (APS)
46. Politraumatizado grave.
47. Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico moderado o grave.
48. Trauma ocular grave.
49. Fibrosis Quística.
50. Artritis Reumatoide.
51. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años. (APS)
52. Analgesia del parto.
53. Gran quemado.
54. Hipoacusia bilateral mayores de 65 años.
55. Tratamiento médica en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderado. (APS)
56. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales.

PROBLEMAS DE SALUD GES PILOTOS PARA EL AÑO 2008:

57. Artritis Reumatoidea Juvenil
58. Asma Bronquial adultos (APS)
59. Enfermedad de Gaucher
60. Enfermedad de Parkinson
61. Epilepsia en adulto (APS)
62. Hernia de pared abdominal
63. Prevención secundaria de la Insuficiencia renal crónica terminal.

RESPONSABLES

En Cada unidad ya sea CESFAM, CECOF, ANEXOS Y POSTAS RURALES, es de responsabilidad del Director del establecimiento velar por el cumplimiento de las Garantías explícitas en salud. Para esto cuentan con Digitadores para el sistema SIGGES y capacitación del recurso humano en las problemáticas de salud GES.

Plazo de cumplimientos anual.

CUMPLIMIENTO:

Es el 100 %

2.- INDICES DE ACTIVIDAD PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD AÑO 2008**Los IIAPS 2009 aún no son publicados.**

El Plan de Salud se define como el conjunto de acciones y prestaciones que los establecimientos de atención primaria del sector público ofrecen a las familias beneficiarias, que contribuyen a resolver las necesidades de salud de sus integrantes, abordando integralmente los distintos factores que inciden en el proceso salud enfermedad. Las prestaciones se desarrollan enmarcadas en el modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, contenidas en las Orientaciones y Normas vigentes del Ministerio de Salud.

Lo incluido en el Plan, es consistente con el desarrollo del modelo de atención e incorpora todas las acciones que en materia de prevención y curación deben realizar los equipos para dar respuesta a las necesidades de las personas. Incluye, también, las prestaciones que dan cumplimiento a las garantías explícitas en salud (GES), en vigencia desde el año 2005. Existen patologías GES en las cuales el abordaje y resolución son tarea de atención primaria, mientras que en otras la tarea es participar como puerta de entrada a la red asistencial, realizando pesquisa y derivación al nivel secundario.

El "INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA", establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos.

El Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud para el año 2008, como en los años anteriores, tiene dos componentes:

- A. Componente Actividad General
- B. Componente Actividad con Garantía Explícita en Salud (GES).

De acuerdo a los criterios enumerados, en la Actividad General (A), se abarcan prestaciones y programas de salud que se desarrollan en el ciclo vital y que evalúan los siguientes ámbitos:

- A.1.- Cobertura de Acciones Preventivas
- A.2.-Oportunidad, Accesibilidad y Equidad
- A.3.- Resultados en Proceso de Intervención Preventiva con Enfoque de Riesgo.
- A.4.- Enfoque multidisciplinario, Enfoque familiar
- A.5.- AUGE APS.

A.1.- INDICADORES DE COBERTURA DE ACCIONES PREVENTIVAS

EXÁMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP)

El EMP constituye el componente preventivo del Régimen General de Garantías en Salud, contenido en la Ley 19.966. Corresponde a una evaluación periódica en personas, generalmente asintomáticas, que incluye la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios según riesgo, para detectar precozmente aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables y reducir con ello la morbilidad y mortalidad asociada. Abarca toda la vida de los individuos.

Dado que se realiza en distintos momentos del ciclo vital, adquiere diferentes nominaciones según la etapa de la vida en la cual se ejecuta; en los preescolares se le llama *control de niño sano*, actividad conocida, valorada y que ha renovado su enfoque a través de los recursos incorporados por el programa de protección social de la infancia desde el año 2007. Luego, se le llama *control de salud escolar* (6 a 14 años) y *del adolescente* (15 a 19 años), con una meta de cobertura para el 2008 de 6,5%. En la etapa de la adultez y senectud se ha puesto énfasis desde el año 2005 incorporando a los adultos en la ley 19.966 y al año siguiente, el control de salud del adulto/a mayor con el examen funcional. En estos últimos aspectos se seguirá intencionando activamente la evaluación para mejorar las coberturas, incluyendo perspectiva de género en lo/as adulto/as/.

Este EMP focaliza también en población de riesgo para pesquisa activa de Alcoholismo a través del cuestionario AUDIT, problemas de salud mental, del embarazo y conductas de riesgo para adquirir Enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y VIH-Sida, lo que se encuentra en la guía clínica de este examen.

A.1.1.- COBERTURA DE EXÁMEN DE MEDICINA PREVENTIVA ADULTO/A (EMPA)

Para efectos de la medición, se considerará población de 20 a 64 años, teniendo presente que cualquier persona de 15 a 19 años puede solicitar un EMP y se le debe realizar.

Indicador: Cobertura Examen de Medicina Preventiva ADULTO (EMPA), de 20 a 64 años.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población de 20 a 64 años / Población de 20 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	15%	Numerador: REM 01 Sección B1. Celdas D28 a G28 y REM 04. Sección A. Celda C17. Denominador: Población inscrita validada menos población bajo control cardiovascular extraída del REM P04. Sección A. Celdas H10 a la O10 (Población de 20 a 64 a).

Observaciones: Se intencionará el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. Para el 2009 nuevamente la construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año, es decir no se incorporará los ESPA ni EMPA de los 3 años anteriores. Cada año se deberá lograr una cobertura de 15% en población a la cual no se le haya realizado el examen, en los últimos 3 años. De manera sumatoria, al final de periodo trienal se logrará una Cobertura de 45% por SS.

A.1.2.- COBERTURA DE EXÁMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN HOMBRES DE 20 A 45 AÑOS.

La fundamentación es idéntica a la anterior, solamente que focaliza en forma precisa los hombres entre 20 y 44 años.

Indicador: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMPAH), en Hombres de 20 a 45 años.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años / Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	15%	Numerador : REM-04 Sección A Celdas D17 + F17 Denominador: Población masculina 20 a 44 años inscrita validada menos población bajo control cardiovascular extraída del REM P04. Sección A. Celdas H10 y J10 (Población Masculina PSCV de 20 a 44 a)

Observaciones: además de las del punto anterior, se prioriza la pesquisa activa de hombres en horarios vespertinos y a través de estrategias de educación con enfoque familiar.

A.1.3.-- COBERTURA DE EXÁMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MUJERES DE 40 A 64 AÑOS

La fundamentación es idéntica Al punto 1, solamente que focaliza en forma precisa, las mujeres entre 45 y 64 años.

Indicador: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en Mujeres entre 45 y 64 años.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	15%	Numerador : REM-04 Sección A Celdas I17 + K17 Denominador : Población inscrita validada menos población bajo control cardiovascular extraída del REM P04. Sección A. Celdas M10 y O 10 (Población femenina de 45 a 64 a).

Observaciones: Se intencionará como se explicó en punto 1. Además la edad de 45 a 64 años en mujeres es para pesquisa activa de riesgo de cánceres.

El Cáncer Cervicouterino se pesquisa precozmente a través de la toma de papanicolaou. Entre los factores de riesgo para el Cáncer de mama, se pueden mencionar: el antecedente familiar de cáncer de mama (madre, hermana, tías maternas), antecedentes personales de lesiones premalignas, cáncer in situ o invasor, factores endógenos endocrinos (edad de menarquia, edad de menopausia, edad de primer embarazo), factores hormonales exógenos (terapia de reemplazo hormonal y factores ambientales (dieta, obesidad, alcohol, sedentarismo). Por esto el objetivo es la pesquisa precoz del cáncer de mama en mujeres de 50 años, con la toma de mamografía a esa edad.

A.1.4.- COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM)

El elemento que diferencia y marca pronóstico en la vida de los AM es su estado funcional, el cual es posible establecer, intervenir y mejorar, por tanto la pesquisa precoz de riesgo de pérdida de funcionalidad es clave en la salud de los AM. De este modo, diferenciar entre sanos y enfermos, no es la prioridad en este grupo, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentarán alguna enfermedad crónica o degenerativa. Es así, como también una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor son las alteraciones de la funcionalidad. Esta se constituye, en el signo de alerta más importante. De aquí la relevancia de la medición periódica de la funcionalidad en el adulto mayor.

Las acciones del EMP orientadas a la población adulta mayor tienen como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la independencia y autonomía.

El EFAM, diagnóstica el riesgo de pérdida de funcionalidad, a través de la determinación de la capacidad cognitiva, de realizar actividades de la vida diaria, estado emocional, y presencia y nivel de compensación de enfermedades crónicas

Al realizar el control de salud anual, del cual el EFAM forma parte, se establece la mayor o menor probabilidad de pérdida de funcionalidad y se determina el Plan de Acción a ser ejecutado por el equipo de Atención Primaria.

Indicador: Cobertura de Evaluación Funcional del Adulto de 65 años y más.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº De adultos de 65 y más años, con examen de funcionalidad vigente / Nº de adultos de 65 y más años inscritos *0.95 menos los AM postrados *100.	55%	Numerador : REM-P5 Celdas D13 más Celda D17 Denominador : Población inscrita de 65 y más años * 0.95

A.1.5.- CONTROL PRECOZ DEL EMBARAZO

En la vigilancia activa del proceso reproductivo en todas sus etapas, se realizan distintas actividades. Dentro de ellas, la protección adecuada durante el período gestacional y en los primeros meses de vida, resulta de gran relevancia para la familia. La atención integral sistemática y periódica de la mujer embarazada, en condiciones óptimas se recomienda iniciar antes de las 14 semanas. Esta actividad se relaciona con la necesidad de mejorar la prevención del parto prematuro, pues el valor AVISA y los costos asociados al cuidado de menores nacidos prematuros tiene tendencias crecientes.

Indicador: Proporción de embarazadas que ingresan a control de embarazo antes de las 14 semanas

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100	80%	Numerador: REM 01. Sección F. Celda E 62 Denominador: REM 01. Sección F. Celda E61

A.2.- INDICADORES QUE EVALÚAN OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD

Durante 2008, se mantiene el acceso a atención odontológica, ya que el país se encuentra aún lejos de cumplir la tasa recomendada de 0,3. También se mantiene la supervisión del horario extendido. Se incorpora nuevamente ausencia de filas a primera hora, ya que esto se ha deteriorado.

Los indicadores de oportunidad y acceso para los menores de 5 años y de 65 y más, siguen siendo prioritarios en el quehacer diario de cada centro, ya que se mantiene la garantía de acceso antes de las 48 horas , por lo que se solicita a los equipos locales gestionar adecuadamente, resguardando esta discriminación positiva de los más vulnerables.

A.2.1.- ACCESO A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIA

La urgencia odontológica, se entiende como el conjunto de patologías buco máxilo faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan demanda espontánea de atención.

Se estima que el 30% de la población general, consulta por urgencia odontológica en atención primaria, y es prácticamente, el único acceso sin restricción que tiene la población adulta a la atención odontológica, lo que corresponde a una tasa de consulta odontológica por urgencia de 0.3 consultas por habitante año.

Para enfrentar la demanda, se ha mejorado la oferta y los recursos que permiten avanzar en un esfuerzo mantenido de respuesta, como una manera de otorgar una atención oportuna, que refleja la humanización de la atención en el sentido de limitar el sufrimiento físico que éste problema conlleva.

Indicador: Tasa de Consultas de urgencia odontológica

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
Nº de Consultas de Urgencia Odontológica / Nº total de población inscrita validada	0,3	Numerador: REM 09. Sección A. Celda D18 más D19 Denominador: ___Total población inscrita validada todas las

A.2.2.- ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA ATENCIÓN DE SALUD EN HORARIO CONTINUADO

La extensión horaria, prolongando la jornada de atención del centro de salud hasta las 20 horas, en todos los establecimientos de APS, especialmente CGU y CGR, de lunes a viernes, permite el acceso a la atención de salud de toda la población (controles y consultas y/o tratamientos), evitando obstáculos horarios para acceder a las prestaciones y permitiendo a los Centros, efectuar una mejor utilización de su capacidad instalada y flexibilizar horarios de trabajo de acuerdo a las necesidades de los funcionarios, sin desmedro de la atención de salud.

Indicador: Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas de lunes a viernes.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes / Nº total de establecimientos)*100	100%	Información no disponible en REM

A.2.3.- AUSENCIA DE FILAS A TEMPRANA HORA

Se incorpora nuevamente este indicador, debido a la inequidad observada en la atención de los usuarios/as del sistema público, quienes nuevamente en algunos centros realizan filas a tempranas horas; por falta de gestión. Se monitorizará al azar durante el periodo de corte por parte de profesionales del servicio de salud o del MINSAL, sin aviso. Se dejará copia de constancia de visita y sus observaciones al director/a del establecimiento con copia a Dirección Municipal, SS y MINSAL. Cada establecimiento recibirá al menos 2 visitas durante el periodo del corte. Este es un indicador dicotómico.

Indicador: Ausencia de Filas a temprana hora.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº de establecimientos de Atención Primaria sin filas a temprana hora/ Total de establecimientos de Atención Primaria)*100	100%	Información no disponible en REM

A.3.- INDICADORES DE RESULTADOS EN PROCESO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON ENFOQUE DE RIESGO.**A.3.1.- % DE NIÑOS Y NIÑAS CON RIESGO O RETRASO DEL DESARROLLO SICOMOTOR RECUPERADOS**

Este es un indicador muy relevante por cuanto se relaciona con el desarrollo integral y se focaliza en el niño (a) de 12 a 23 meses. La evaluación del/ la niño/a, a los 3 años también forma parte de los Compromisos de Gestión que los Servicios de Salud acuerdan con el MINSAL, en concordancia con las Orientaciones programáticas 2009.

La orientación del quehacer debe estar puesta en la ejecución de acciones preventivas que promuevan la recuperación de niños y niñas que presentan riesgo o retraso. Los niños pueden ser estimulados en su desarrollo desde etapas muy tempranas, incluso desde la etapa prenatal, en los controles de embarazo y en las acciones educativas que reciba la pareja. La única forma de que el porcentaje de déficit tienda a disminuir, es la aplicación de formas de estimulación del desarrollo psicomotor por parte de los cuidadores/as del/ la) niño/a, lo que es favorecido mediante estrategias sectoriales o comunitarias. Sin embargo, esta acción educativa del equipo hacia la familia no es suficiente, por lo que el segundo énfasis está puesto en la recuperación de los niños y niñas detectados, mediante flujogramas claros de actuación y su respectiva aplicación, para encauzar el desarrollo normal o derivar al nivel secundario para diagnóstico de una patología secundaria, que explique este retraso irreparable por el equipo de APS.

Debe tenerse en cuenta que uno de los problemas radica en que el déficit suele no ser evidente, salvo en condiciones severas, a menos que se haga una evaluación formal y específica, a través de instrumentos validados, que permitan establecer con seguridad si el desarrollo está siguiendo o no su curso normal, identificar causas de desvíos y modificar pautas de crianza y estimulación o derivar cuando el caso lo amerite. Además, otro aspecto a considerar es la pertinencia cultural de las familias, tanto en la aplicación del instrumento para medir el desarrollo como en la pautas de crianza, esto se ha implementado en algunos establecimientos, con la entrega próximamente de un instructivo general se espera que este año se tenga una cobertura nacional.

La evaluación del desarrollo psicomotor, por lo tanto, debe ser efectuada por personal capacitado y aplicando las pautas establecidas para tal efecto, usando en todo el país, el BAREMO ALTO.

Indicador: % de niños y niñas con riesgo o retraso del desarrollo psicomotor de 12 a 23 meses recuperados

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Niños y niñas 12 a 23 meses recuperados del riesgo o retraso Desarrollo Sicomotor en el trimestre / Niños y Niñas entre 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo o retraso Desarrollo Sicomotor en el trimestre anterior)*100	60%	Numerador: REM 02. Sección B.2. Celdas E 32 Denominador: REM 02. Sección B.2. Celdas E 30 y E 31

A.3.2.- COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Diabetes Mellitus es un problema de salud relevante, incorporado al sistema de GES en el año 2005 y cuya atención de salud se realiza en un 90% en atención primaria. En 5 años, entre 1997-2002, la mortalidad, tanto en número absoluto como en tasa, presenta tendencia al aumento. Dada la situación demográfica y epidemiológica del país se proyecta un aumento progresivo de la prevalencia de Diabetes Mellitus y de sus complicaciones, por lo tanto, el diagnóstico precoz y el buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolo, retrasará la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia.

En una APS centrada en la familia, se espera que su principal contribución esté en los aspectos preventivos y el fortalecimiento de los factores protectores, pero cuando la patología ya se ha instalado, al realizar un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento y seguimiento, disminuirá el daño y complicaciones del individuo. Además colabora a evitar que aparezcan nuevos casos en la familia.

Para la Cobertura de la Diabetes Mellitus tipo 2, se acordó mantener la prevalencia promedio de 5% en la población de 15 y más años. Se adjunta las prevalencias nacionales por grupo etéreo para que estén disponibles para su uso en el PSCV.

Rango de Edad	Prevalencia
15 – 24 años:	0,4%
25 a 44 años:	0,1%
45 a 64 años:	9,4%
65 y más años	15,2%

Indicador: Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 bajo control de 15 y más años / Nº Diabéticos de 15 y más, esperados según prevalencia)*100 (5% promedio en población de 15 y más años)	85%	Numerador: REM P04. Sección A. Celdas F15 a la S15 Denominador: Población esperada según prevalencia de 5%

A.3.3.- COBERTURA HIPERTENSIÓN PRIMARIA O ESENCIAL

Hipertensión Arterial es también un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 y su atención se realiza, cuando es primaria o esencial, en atención primaria. La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es uno de los 4 factores de riesgo mayor modificable para las enfermedades cardiovasculares, junto a las dislipidemias, la diabetes y el tabaquismo. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. El diagnóstico precoz y el buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolo, retrasa la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo, si la patología se confirma, es significativo en la prevención del daño.

Al igual que en la Diabetes el enfoque centrado en la familia, es un elemento protector en cuanto a la evolución natural de la enfermedad y el apoyo familiar interviene en un mejor manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

Indicador: Cobertura HTA en personas de 15 y más años.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años / Nº de Hipertensos de 15 y más, esperados según prevalencia)*100 (Este indicador considera un 15,7% en población de 15 - 64 años y 64,3 % en población de 65 y más años)	63%	Numerador: REM P04. Sección A. Celdas F14 a la S14 Denominador: Casos esperados: Población inscrita validada de 15 a 64 años x 15,7%

A.4.- INDICADORES DE ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO, ENFOQUE FAMILIAR

A.4.1.- TASA DE VISITA INTEGRAL

El Modelo de Atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, tiene múltiples tareas y actividades que realizar, del conjunto de ellas, se escogió una de las que indica mayor madurez del equipo de familia: la visita domiciliaria integral.

Visita Domiciliaria Integral es la atención entregada por profesionales del equipo de salud en el hogar, a uno o más integrantes de una familia enfoque sistémico con el fin de brindar apoyo diagnóstico, tratamiento, recuperación y/o rehabilitación. Esta actividad es realizada por dos o más integrantes del Equipo de Cabecera en el domicilio de una familia. Permite establecer una interacción con uno o más miembros de la familia y su entorno tendiente a lograr un mejor conocimiento y apoyo para el enfrentamiento de los problemas de salud, en el marco de una relación continua e integral del equipo sanitario con el individuo y su familia.

Es importante tener en cuenta que es una de las actividades “mas invasivas” que realiza el profesional de la salud, por esta razón existen requisitos preliminares

- Debe existir un vínculo con algún integrante de la familia y miembros del Equipo de Salud, en el marco de la continuidad de la atención.
- Debe ser planificada con antelación
- Autorizada a lo menos por un miembro de la familia

Esta visita por lo tanto es planificada por el “equipo de cabecera”, priorizada la familia índice de acuerdo a los problemas de salud detectada por ellos, y en que la visita se vuelve una herramienta diagnóstica y terapéutica.

Se ha utilizado la tasa de visita integral promedio del país como meta, ya que no existe aún un estándar técnico de ella.

Indicador: Tasa de Visita Integral.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
Nº visitas integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 4)	0,1	Numerador : REM 26 Sección A Celdas E 33 Denominador: Total población inscrita validada todas las edades / 4

A.4.2. - TASA DE VISITA PACIENTE POSTRADO

Es la visita en domicilio realizada a un caso índice de paciente postrado, a través del programa de atención domiciliaria.

Indicador: Tasa de Visita de Paciente Postrado

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
Nº visitas a pacientes postrados realizadas con fines de tratamiento/ Nº total de postrados moderados y severos excluidos postrados de cuidados cáncer Terminal	3	Numerador REM 26 Sección C Celdas E45 a la E48. Denominador: REM-P3 Sección A Celdas C18 a C20.

A.5.- ACTIVIDAD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS

El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que explicita garantías en los ámbitos de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad respecto a problemas de salud priorizados y las prestaciones asociadas a su resolución. La implementación de dicho Régimen, del que forma parte el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), en el año 2008 asciende a 63 problemas de salud. En donde 19 de ellas, las garantías son de ejecución mayoritariamente en atención primaria, que son los que se evaluarán en este indicador.

Indicador: Cumplimiento de garantías en problemas de salud cuyas acciones son de ejecución en atención primaria

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
Nº de casos con GES atendidos en APS con garantía cumplida / Nº total de casos con GES atendidos en APS	100% de cumplimiento de GES atendidos en APS	Informes mensuales de casos del Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) o de otro sistema de registro implementado. Tanto el numerador como el denominador se refieren a los casos que tienen cumplimiento en el periodo de evaluación.

RESPONSABLES:

Encargados de Sector, Encargados técnicos por establecimientos, Director de CESFAM y Postas rurales. Supervisión y coordinación Encargado técnico Comunal.

CUMPLIMIENTO:

Plazo semestre Móviles y porcentajes específicos para cada una de las metas.

3.- CUMPLIMIENTO INDICADORES DESEMPEÑO COLECTIVO

Estos indicadores son parte de la Ley 19.813 y de ser satisfechos como se indica en la normativa legal los funcionarios de la salud municipalizada podrá acceder a un reconocimiento económico por el trabajo desempeñado en el cumplimiento de estas directrices ministeriales.

Nuestros centros de salud estos últimos 3 años han logrado satisfacer a cabalidad con los requerimientos manifestada en esta normativa legal.

Para el año 2009, los indicadores sanitarios representan un nuevo desafío en pro de la salud de nuestra comunidad, aumentándose las exigencias, nuestras coberturas y las compensaciones de nuestros usuarios.

Las metas 2009 son las siguientes:

Meta 1.- Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Meta 90%

La cobertura mínima esperada a nivel de país para el año 2009 es de 90%.

Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el servicio de salud, que estén bajo esta cobertura, deberán estimular gradualmente su logro.

Quienes tengan coberturas superiores, deberán al menos mantenerla de acuerdo a lo obtenido en el año 2008.

Indicador: N° de niños/as de 12 a 23 meses con EDSM de Enero a Diciembre 2009 x 100
N° de niños/as de 12 a 23 meses bajo control a diciembre 2009

Meta 2.- Cobertura de Papanicolau Meta = 70%

Se espera que las comunas y/o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, logren, para el año 2009, un 70% de cobertura; quienes estén bajo porcentaje, deberán instar gradualmente su logro, expresado en un aumento o mantención de su porcentaje, considerando los esfuerzos realizados y lo obtenido a diciembre 2008.

Indicador:
(Informado) a diciembre de 2009 x 100

Total de mujeres de 25 a 64 años inscritas validas para el año 2009
N° de Mujeres de 25 a 64 años inscritas validas, con Papanicolau vigente

Meta 3.- Atención Odontológica.

3ª.- Cobertura de Alta Odontológica Total en adolescentes de 12 años. Meta = 65%

La cobertura mínima esperada a nivel de país para el año 2009 es de 65%. Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén bajo esta cobertura, estimulen su logro. Quienes tengan cobertura superior deberán mantenerla, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2008.

Indicador:
N° adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2009 x 100

Total adolescentes de 12 años inscritos validados para el año 2009

3b.- Cobertura Alta Odontológica total en embarazadas primigestas. Meta = 75%

La cobertura mínima esperada a nivel de país para el año 2009 es de 75%. Las comunas y/o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén bajo esta cobertura, se espera impulsen su logro. Quienes tengan cobertura superior, deberán aumentar o mantener la cobertura existente en el año 2008.

Indicador:
N° de embarazadas primigestas con alta odontológica total de enero a diciembre 2009 x 100

N° total de embarazadas primigestas ingresadas de enero a diciembre del 2009.

3c.cobertura de alta odontológica total de niños/as de 6 años, Meta: 70%

La cobertura mínima esperada a nivel de país para el año 2009 es de 70%. Para las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén bajo esa cobertura, su meta es alcanzarla. Quienes tengan coberturas superiores, deberán, a lo menos, mantener la cobertura existente en el año 2008.-

Indicador:**Nº niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a diciembre 2009 x 100**

Total niños/as de 6 años inscritos validados para el año 2009**3d.- Cobertura Alta Odontológica total en embarazadas no primigestas Meta: 25%**

La cobertura esperada a nivel país para el año 2009 es de 25%. Para las entidades administradoras de salud municipal a los establecimientos municipales, según decisión del Servicio de Salud, que estén bajo esa cobertura existente en el año 2008.

Indicador:**Nº de embarazadas no primigestas con alta odontológica total de enero a diciembre del 2009 x 100**

Nº total de embarazadas no primigestas ingresadas de enero a diciembre del 2009**Meta 4.-Compensación de personas diabéticas bajo control de 20 y mas años.****Meta = 35%**

La compensación de personas diabéticas bajo control de 20 y mas años, esperado a nivel de país para el año 2009 es de 35%.

Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén bajo este porcentaje de compensación, deberán promover gradualmente el logro de la meta.

Quienes tengan porcentajes de compensación superiores deberán aumentar o mantenerla, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2008.

Indicador:**Nº personas diabéticas bajo control de 20 y mas años, compensadas (HbA1c <7 según último control vigente), de enero a diciembre del 2009 x 100**

Total personas diabéticas bajo control de 20 y más años a diciembre 2009**Meta 5.- Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y mas años.****Meta =51%**

El porcentaje de compensación esperado a nivel de país para el año 2009 es de 51% en las personas con hipertensión arterial bajo control.

Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén bajo este porcentaje de compensación, deberán intencionar gradualmente el logro de la meta.

Quienes tengan porcentajes de compensación superiores, deberán mantenerlas, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2008.

Indicador:**Nº personas hipertensas bajo control de 20 y mas años, compensados (P.A. < 130/85 mmHg. En ultimo control vigente) de enero a diciembre 2009 x 100**

Total personas hipertensas bajo control de 20 y más años a diciembre 2009**Meta 6. Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control. Meta 8%**

Se espera detener el aumento de la malnutrición por exceso reduciendo el porcentaje de obesidad en niños menores de 6 años. El porcentaje esperado para el país es de 8% como máximo.

Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén sobre este porcentaje de obesidad deberán impulsar el logro de la meta. Quienes tengan porcentajes inferiores de obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control, deberán mantenerlo o disminuir, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2008.

Indicador:

Nº de Niños/as menores de 6 años obesos bajo control a diciembre 2009 x 100

Población total de niños/as menores de 6 años bajo control a diciembre 2009

Meta 7.- Profesionales con agenda centralizada en SOME en cada establecimiento

Objetivo: Mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios. Meta: 100%

Esta meta es dicotómica; las entidades administradoras deberán implementar para todos los profesionales que se indica, agenda manual o electrónica centralizada en los establecimientos de su dependencia de manera que el 100% de las horas de los profesionales: Médicos, Odontólogos, Asistentes Sociales, Psicólogos, Enfermeras, Matronas, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionales y Nutricionistas, que laboran en los establecimientos, sean otorgadas a través del SOME.

Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de salud, serán evaluadas dicotómicamente (si/no) por este, quien emitirá un informe, el que será enviado a SEREMI de Salud correspondiente.

Indicador:

Nº Profesionales con agenda centralizada en SOME del establecimiento x 100

Nº total de profesionales del establecimiento

Meta 8. Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente.

Meta: 100% de los Consejos de Desarrollo de Salud con plan evaluado y ejecutado a diciembre de 2009.

Se espera mejoramiento de la gestión y participación de la comunidad organizada en las tareas del establecimiento, que es concordante con el modelo de Salud Familiar y que favorece el trabajo comunitario, a través de un plan ejecutado y evaluado a diciembre de 2009, que incluya como tarea el AUGÉ y otro tema más.

Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que no cumplen el porcentaje de Consejos de Desarrollo de Salud funcionando con plan ejecutado y evaluado, deberán intencionar el logro de la meta a diciembre del 2009.

El servicio de Salud emitirá un informe de evaluación, el que será enviado a SEREMI de Salud correspondiente.

Indicador:

Nº Consejos de Desarrollo de Salud con plan ejecutado y evaluado (al menos 2 temas nacionales) a diciembre de 2009 x 100

Nº total de Consejos de Desarrollo de Salud existentes.

Meta 9. Gestión de Reclamos.

Meta: 90% de los reclamos respondidos con solución, dentro de 20 días hábiles a diciembre de 2009.

La ley 19.880 de procedimientos administrativos, establece como norma la respuesta al usuario en un periodo máximo de 20 días hábiles. Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el servicio de salud, que estén bajo este porcentaje de respuesta de reclamos, deberán estimular el logro de la meta.

Quienes tengan porcentajes superiores de respuesta con resolución, deberán mantenerlo o aumentar, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2008.-

Indicador:

Nº de reclamos respondidos con solución, en 20 días hábiles, de enero a diciembre de 2009 x 100

Nº total de reclamos de enero a diciembre de 2009

Meta 10.- Vacunación 3ª dosis Pentavalente del Programa Nacional de Inmunizaciones. Meta de 90%

La meta de cobertura de vacunación con la tercera dosis pentavalente del calendario de vacunación vigente para el año 2009 es de 90%

Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el servicio de salud, que estén bajo este porcentaje, deberán estimular el logro de la meta.

Quienes tengan porcentajes superiores, deberán mantenerlo o aumentar, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2008.

Indicador:

Nº de Niños y Niñas vacunados con la 3ª dosis de vacuna pentavalente. X 100

Nº total de Niños y Niñas residentes en la comuna.

RESPONSABLES:

Directores de CESFAM y Coordinadora de POSTAS, Jefes de Sector, Encargados técnicos por centros de Salud, Encargado técnico salud Municipal.

CUMPLIMIENTO:

La evaluación es trimestral y el cumplimiento es anual. Cumplimiento asociado a entrega de bono de cumplimiento

4.- CUMPLIMIENTO INDICADORES COMPROMISO DE GESTION METAS ORIENTACIONES PROGRAMATICAS 2009

CUIDADOS DE SALUD A TRAVES DEL CICLO VITAL

RECOMENDACIONES GENERALES

El enfoque familiar se refiere a la consideración de la familia a lo menos desde dos perspectivas, como "sistema" y como contexto social primario del individuo.

Ningún enfoque de salud familiar puede ser abarcador si no considera como prerrequisito el análisis de las relaciones de poder al interior de la misma por cuanto ello introduce diferencias sustantivas respecto de las condiciones de vida de los diferentes integrantes y, por consiguiente, tiene consecuencias diferenciales en sus perfiles de salud y en el acceso a los recursos, los beneficios y las decisiones en salud. Como sistema, la familia es más que la suma de sus miembros, cumple funciones específicas que impactan en el desarrollo de las personas, su identidad y su bienestar. Como contexto social primario, la familia modela la relación que las personas establecen con sus pares y la sociedad en general, lo que finalmente impacta en las posibilidades de desarrollo de las comunidades.

Desde esta perspectiva, la atención de salud implica considerar estas dos dimensiones en todo el accionar del equipo de salud, trabajando con el individuo, la familia y/o la comunidad en su conjunto cuando esto sea necesario.

En este contexto, es importante que el equipo de salud asuma a la familia como un actor fundamental en cuanto a ser:

- Fuente de origen y/o agravante de un problema de salud de un individuo, donde el problema de salud de la persona puede ser la manifestación de un problema de la familia como sistema. Esto es espacialmente relevante en los problemas de salud mental.
- Factor protector o terapéutico de la salud de las personas, donde el grupo puede contribuir a evitar la aparición de problemas de salud o a resolverlos mejor mediante un apoyo directo.
- Moduladora del patrón de uso de los recursos de atención de salud, del nivel de autocuidado y del grado de participación social y comunitario.
- Moduladora de la adquisición de estilos de vida y conductas sociales

Para efectos de la planificación y programación de actividades, la consideración de estas dos dimensiones nos debe llevar a diseñar dos tipos de acciones: Orientadas a las familias y las personas que las componen y orientadas a las comunidades.

A continuación se presentan conceptualizaciones y lineamientos que deben estar presentes en el diseño de las acciones:

Pertinencia Cultural:

La mayor parte de las recomendaciones están hechas en un contexto occidental, general, y "normativo", sin distinguir las diferencias que pueden existir entre distintas comunidades, en especial si se trata de pueblos indígenas y como también los significados que estos atribuyen a los fenómenos de salud y enfermedad. Por esta razón, será necesario que los equipos de salud comiencen a incorporar esta visión, al principio como un aspecto formativo mas y luego como una practica regular de considerar la diversidad. Algunos ejemplos que pueden ser de utilidad a la reflexión:

Se que se entiende por apoyo intrafamiliar en comunidades indígenas puede ser distinto de lo que se entiende en hogares o familias no indígena. Desde una diferencia de sexos hay temas que suelen ser de mujeres y temas que suelen ser de hombres, lo que se debe conocer e incorporar en las intervenciones en salud.

Lo primero será, plantear una actitud observante, y prepositiva para que puedan ir descubriéndose otras formas de trabajo, que permitan proponer soluciones locales, es decir, hacerse cargo de las particularidades culturales que existan para abordar dichos temas. Por ejemplo, recoger los significados en comunidades indígenas de conceptos tales como: planificación familiar, auto cuidado, climaterio, entre otros.

El trabajo en talleres grupales, tan recomendado en algunos casos, puede no serlo tanto en comunidades indígenas. Convendría en tal caso plantear talleres en sedes comunitarias, por ejemplo, aprovechando espacios donde se junten a mujeres de las mismas comunidades, lo que

puede ofrecer un contexto de confianza. Lo mismo puede plantearse cuando se sugiere convocar al varón como acompañante de la mujer en sus controles, esta indicación debe abrirse al acompañamiento de un “alguien” valorado y aceptado que la acompañe y apoye en determinado proceso.

Promoción de Salud: Las acciones de promoción de salud planteadas por el equipo local son preferentemente, aquellas de carácter educativo, comunicacional y de refuerzo a la participación ciudadana que pueden estar orientadas a las diferentes etapas del ciclo vital o tener un carácter más amplio involucrando a la comunidad en su conjunto.

A. CUIDADOS DE LA FAMILIA COMO SISTEMA

Existe una gama de problemas de salud que están más fuertemente relacionados con la familia, ya sea en su génesis y su relación con valores, hábitos o costumbres familiares, o en su modificación, a través de intervenciones en que la familia es relevante en el caso de todos los problemas del ámbito psicosocial y de los problemas crónicos, asociados a los estilos de vida el enfoque familiar es crucial bajo el acápite “cuidados desde la familia como sistema”, se explicitan los problemas en que el enfoque familiar y la mirada multidisciplinaria es insoslayable y para cada etapa del ciclo vital se incorporan los problemas más frecuentes, destacando aquellos que con más fuerza requieren del enfoque familiar. Naturalmente en salud bucal, nutrición y la promoción de la salud mental, si se trabajara con la familia como sistema, sus resultados serían otros.

Tema/Prioridad	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Estilos de vida saludable	Promover el mantenimiento o adquisición de estilos de vida saludable, protectora tanto de la salud física como mental	Generar estrategias de fomento de la salud en las instancias de participación comunitaria e intersectorial teniendo como foco a la familia	Tema instalado en ambas instancias de trabajo	Manejo local
		Aportar al desarrollo de espacios saludables: establecimientos de educación, lugares de trabajo, otros a través del Vida Chile Comunal		
Cuidado de los cuidadores	Prevenir stress y depresión en las personas que cuidan personas con discapacidad o postrados	100% cuidadores capacitados en cuidados y manejo del stress	(N° de cuidadores capacitados/N° total cuidadores)*100	REM 28
	Efectuar acompañamiento mediante consejería a las familias con un miembro con enfermedad terminal o postrada	Consejería familiar para el cuidado del cuidador en familias con enfermo con cáncer terminal diagnosticados en el 2008	(N° de Consejería familiar para el cuidado del cuidador/N° de familias con miembro con cáncer terminal 2008)*100	
		90% apoyo técnico a las familias con postrados diagnosticados en el 2008, en Centros con programa Cuidados domiciliarios	N° familias que reciben apoyo técnico/N° de familias con persona postrada (información de manejo en domicilio)	
Riesgo biopsicosocial	Detectar e intervenir tempranamente en los factores de riesgo psicosocial	Desarrollo o adaptación de matriz de riesgo para analizar familias	Matriz desarrollada o adaptada en uso	Registros locales. Indicadores de uso local
	personas víctimas de violencia intrafamiliar, con especial énfasis en mujeres	(VIF), reciben intervención psicosocial individual o grupal, con enfoque familiar	con VIF detectadas)*100 N° de mujeres que viven violencia/total familias con VIF	
Programa Chile Solidario	Disponer de acciones programadas y acceso expedito para las distintas acciones contempladas en el plan de salud	Plan de acción, con flujos y acciones claramente establecidos dirigidas a este Programa	Plan diseñado y en ejecución	Planillas del Chile Solidario

La implementación del componente de salud de Chile Crece Contigo considera acciones en los tres niveles de la red mediante las siguientes estrategias:

1. Fortalecimiento de los Cuidados prenatales.
2. Atención personalizada del proceso de nacimiento.
3. Atención integral durante la hospitalización de una mujer en gestación o de un niño/a.
4. Fortalecimiento del control de salud infantil.
5. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en riesgo o con rezagos en su desarrollo.

El fortalecimiento del control prenatal para todas las usuarias del sistema público de salud incluye entre otras actividades la entrega de una guía anticipatorio denominada “Empezando a Crecer”, inclusión de una evaluación psicosocial abreviada como sistema de vigilancia epidemiológica y screening universal para

la activación de prestaciones diferenciadas (visita domiciliaria integral por ejemplo), oferta universal de educación prenatal y la garantía de acompañamiento de una figura significativa en todo el proceso. Esta parte del programa debiera atender a la reducción de la tasa de cesáreas, ofrecer educación que prepare al parto y la crianza, reducción de la exposición prenatal a tabaco, alcohol y otras drogas de abuso, reducción de la violencia de género y empoderamiento de las mujeres mediante la educación sobre sus derechos.

También se busca mejorar la calidad de atención en las maternidades mediante el cumplimiento del Régimen de Garantía de analgesia en el parto; el acompañamiento por parte de una figura emocionalmente significativa; se difieren acciones en la atención inmediata del RN en beneficio del vínculo inicial madre-hijo/a. Y se establecen mecanismos efectivos de coordinación entre el nivel terciario y la atención primaria con el objeto de dar una efectiva continuidad en la atención.

En el caso de las atenciones para la población pediátrica entre otras actividades se entregará la guía anticipatoria del desarrollo entre los 0 y 24 meses “Acompañándote a Descubrir”, materiales para la estimulación del desarrollo del lenguaje y del juego. Así mismo, las redes comunales de ChCC permiten el Acceso coordinado a diferentes modalidades de estimulación del desarrollo acorde a las necesidades detectadas en los controles de salud infantil. Una de tales modalidades es la sala de estimulación en el centro de salud que debe privilegiar inicialmente a aquellos niños que presenten rezagos en cualquiera de las áreas del su desarrollo (motor, cognitivo, social o emocional) y que puedan ser abordadas en el nivel de atención primaria. Sin embargo, las actividades desarrolladas por educadoras de párvulo en la atención primaria deben estar especialmente dirigidas a la promoción del desarrollo infantil saludable la prevención de rezagos, incluyendo actividades tales como: educación grupal para el desarrollo de habilidades parentales, visitas domiciliarias integrales del equipo de salud y acciones de coordinación y trabajo integrado entre el centro de salud y las sala cunas y jardines infantiles de su territorio. La integración de niños y niñas con mayor vulnerabilidad a sala cunas y jardines infantiles es una tarea prioritaria para el sistema en su conjunto.

Finalmente, el abordaje integral del desarrollo infantil en la red debe incluir intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud y el desarrollo infantil mediante la acción coordinada con la Seremi de salud y de los diversos actores públicos en el territorio donde reside un niño o niña y su familia. Estas acciones deben incluir a las múltiples agencias públicas y privadas que involucradas en el desarrollo de la comunidad y la familia.

B. CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Objetivos Sanitarios relacionados:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados
- Disminuir las desigualdades en salud
- Proveer servicios acordes a las expectativas de la población

Entre 1999 y 2004 la tasa de mortalidad infantil bajó en 16,8% (de 10,1 a 8,4 respectivamente). El componente de mortalidad neonatal sigue siendo responsable del 64% del total de defunciones de menores de un año, debido a la mayor proporción de defunciones por causas difíciles de reducir, como algunas anomalías congénitas, enfermedades cromosómicas graves y otras enfermedades del período perinatal.

A partir de 2002 se inicia un notable descenso de la mortalidad infantil por IRA en menores de 1 año disminuyendo de 106,1 por 100.000 NV en 1999 a 37,5 en 2004.

En cuanto a los defectos congénitos del nacimiento, el Ministerio de Salud ha implementado y mantenido medidas de salud pública tendientes a prevenir su aparición; es así como desde 1990 se inicia la vacunación contra la rubéola, que se refuerza en 1999 vacunando a todas las mujeres de 10 a 29 años, lo que ha permitido que desde el año 2000 a la fecha no se ha detectado ningún caso de rubéola congénita.

Asimismo, el año 2000 se inicia el programa de fortificación con Ácido Fólico de todas las harinas de trigos nacionales e importados (Artículo 350 del Reglamento Sanitario de los Alimentos) y, según un estudio realizado en hospitales base de la Región Metropolitana, los defectos del cierre del tubo neural disminuyeron en un 40%.

Respecto de la reducción del daño dental en los niños, un estudio realizado en el año 2004 muestra un índice COPD promedio de 2.6 a los 12 años en RM, (la meta al 2010 es lograr el 1,9 a los 12 años), también se observan avances en la fluoración del agua cuya cobertura en el año 2004 alcanzó un 70,5% (meta del 2010 es llegar a un 75%); la implementación de programas de sellantes y la expansión de cobertura de atención dental en menores se ha logrado a través de la incorporación a las garantías explícitas en salud de la atención dental integral de los niños de 6 años a contar del 1 de julio del 2005.

La mortalidad por cáncer en menores de 15 años disminuyó de 4,4 por cien mil habitantes en 1999 a 4 por cien mil en 2004, lo que significa una reducción de un 9,1%. En relación con el SIDA pediátrico, y a pesar de que no se cuenta con información para determinar su incidencia, es importante mencionar que la transmisión vertical de VIH se ha reducido de su valor histórico de 30% a 1,8% en 2005.

Respecto del Desarrollo Infantil Temprano la encuesta de calidad de vida del año 2006 nos muestra que el 30% de los niños y niñas está en riesgo de retraso del desarrollo, y este riesgo tiende a ser mayor en NSE bajo, aumentando la edad hasta los 3 años. El 11 % presenta retraso del desarrollo. Las cifras de déficit en

Niños y niñas de 18 meses y 4 años monitoreadas a través de los compromisos de gestión desde el año 2004 dan cuenta de cifras que van desde un 16% de déficit, disminuyendo a alrededor del 14% en el año 2007, al igual que en la encuesta de calidad el déficit va aumentando con la edad.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
Fortalecer el desarrollo de actividades relacionadas con la Vigilancia del desarrollo Biopsico-social de niños y niñas	Detectar elementos del entorno y/o de la dinámica familiar que puedan influir positivamente o negativamente en el desarrollo integral de los niños y niñas	Visita Domiciliaria Integral al 100% de familias de RN prematuros con peso menor de 1500 grs. y / o menos de 32 semanas de edad antes del alta	N° de VDI a familias de RN prematuros con peso menor de 1500 grs. y/o menos de 32 semanas de edad antes del alta/Total de RN prematuros con peso menor de 1500 gramos. y/o menos de 32 semanas de edad dados de alta*100	REM 02	Consentimiento Informado
		Visita Domiciliaria Integral al 40 a 60% de las familias de RN y a lo menos al 80% de menores de 1 año en situación de riesgo psicossocial o biológico	N° de VDI a RN en situación de riesgo psicossocial o biológico / Total de RN en situación de riesgo psicossocial o biológico inscritos *100	REM 02	
			N° de VDI a mayores de 28 días y menores de 1 año en situación de riesgo psicossocial o biológico / Total de niños y niñas mayores de 28 días y menores de 1 año en situación de riesgo psicossocial o biológico inscritos *100	REM 02	
Detectar situaciones de riesgo en la salud mental de la madre que influyen en la creación de vínculos afectivos seguros entre el niño/a y su madre	90% de las madres de niños y niñas que asisten al control de salud a los 2 meses se les aplica escala de Edimburgo.	N° de niños con control de salud a los 2 meses a cuyas madres se les aplica Escala de Edimburgo/Total de niños/as de 2 meses bajo control *100	REM 02	Aplicar pauta de detección de signos y síntomas de depresión post parto. Escala de Edimburgo	
					90% de niños y niñas de 4 y 12 meses que asisten a control de niños sano se aplica pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.
	Detectar precozmente a niños y niñas con déficit desarrollo integral	100% niños/as de 1 mes con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado	N° de niños y niñas con controles de 1 mes con protocolo aplicado/Total de niños y niñas de 1 mes bajo control *100	REM 02	Aplicar protocolo de evaluación del neurodesarrollo. 1 -2 meses.
		90% de niños y niñas de 8 meses de edad con aplicación EEDP.	N° de niños y niñas evaluados con EEDP de 8 meses de edad / Total de niños y niñas bajo control menores de 1 año (revisar)	REM 02	Administrar Escala de evaluación del DSM 0-2 años en el control de niño sano

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
		90% de niños y niñas de 18 meses de edad con aplicación EEDP. USAR BAREMO ALTO	N° de niños y niñas evaluados con EEDP de 18 meses de edad/Total de niños y niñas bajo control de 12 a 23 meses de edad	REM 02	a los 8 y 18 meses.
		90% de niños y niñas de 3 años de edad con aplicación TEPSI.	N° de niños y niñas evaluados con TEPSI a los 3 años / Total de niños bajo control de 24 a 47 meses de edad	REM 02	Administrar Escala de evaluación del DSM 2-5 años en el control de niño sano a los 3 años de edad.
Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en riesgo y/o con rezago en su desarrollo integral	Contribuir a que las familias desarrollen capacidades para la estimulación del desarrollo integral de niños y niñas, enfatizando en los grupos de riesgo	90% de las madres y de los padres o cuidadores/as de niños en riesgo de déficit del DSM, son educados en la aplicación de pautas de estimulación precoz	N° de madres, padres o cuidadora/es que reciben apoyo educativo / total de madres con niños en déficit	REM 02	Taller de intervención grupal en niños y niñas cuyo resultado de déficit en EEDP y TEPSI.
		Incorporar a los niños y niñas menores de 3 años con rezago y/o déficit de su DSM a los programas de educación integral en los CES que cuentan con salas de estimulación	N° de niños y niñas menores de 3 años con rezago y/o déficit del DSM incorporados en las salas de estimulación / total de niños y niñas con rezago y/o déficit del DSM	REM 02	
		80% de niños de 8 y 18 meses de edad en riesgo o retraso, de causa no neurológica se recuperan del déficit DSM	N° de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 8 meses cuya reevaluación es normal / total de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 8 meses	REM 02	Actividades de recuperación incorporadas al Plan de cuidados individuales.
			N° niños y niñas con déficit en la evaluación de los 18 meses cuya reevaluación es normal / total de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 18 meses		
	70% de los niños y niñas de 3 años en riesgo o retraso se recuperan del déficit DSM	N° de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 3 años cuya reevaluación es normal / total de niños y niñas con déficit en la evaluación de los 3 años *100	REM 02		

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
		80% de las niñas y niños menores de dos años con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo con Visita Domiciliaria	N° de niños y niñas menores de 2 años con déficit del desarrollo sicomotor / total de niños y niñas menores de 2 años con déficit del desarrollo sicomotor *100	REM 02	
Lactancia Materna	Aumentar el % de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida de los niños y niñas bajo control	60 % de los niños a los 6 meses están con LME	(N° niños de 6 meses con LME / N° niños de 6 meses BC) * 100	REM P 0 2	
Accidentes infantiles	Reforzar el rol parental en la disminución de los accidentes infantiles en niños menores de 4 años	100% de aplicación de guías anticipatorias de accidentes infantiles a madres y padres de niños menores de 1 año	% de padres o madres de menores de 1 año, que reciben educación y guía anticipatoria.	Registro local	
Salud Bucal en lactantes Preescolares y Escolares de 12 años	Mejorar y mantener la salud bucal de la población preescolar y escolar a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes.	Atención Primaria 30 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 2 años, beneficiarios o inscritos.	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/Total de niños(as) de 2 años inscritos o beneficiarios)*100	REM 09	Atención odontológica integral del nivel primario
		40 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 4 años, beneficiarios o inscritos.	(N° de niños de 4 años con alta odontológica total/Total de niños(as) de 4 años inscritos o beneficiarios)*100		
		80% de los niños y niñas que asisten al control del niño sano a los 18 meses de edad, contarán con el componente de salud bucal en su control.	N° de niños y niñas que a los 18 meses asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 12 a 23 meses que asisten a control sano.	REM 02	Consejería en hábitos higiénicos y nutricionales.(Nivel de Evidencia 2,4)

Objetivo Sanitario: Mantener y o mejorar los logros sanitarios alcanzados					
Objetivos de impacto : reducir las muertes por cáncer en el niño y mejorar la calidad de vida de los niños tratados.					
Tema	Obj específico	• Meta	• Indicador	• Fuente	• Intervención
Cáncer de niños < de 15 años. GES	APS En lactantes y pre escolares, detectar, diagnosticar cuando sea posible y referir cuando corresponda. En especial retinoblastoma y osteosarcoma.	100% de los lactantes y pre escolares con sospecha de cáncer en el nivel primario es derivado al nivel secundario.	(N° de lactantes y pre escolares con sospecha fundada de cáncer / Total de lactantes y pre escolares con sospecha de cáncer inscritos en el centro) x 100	REM Niños Población en edad lactante y pre escolar beneficiaria FONASA	El retinoblastoma es pesquisable en el control niño sano a través de la observación de estrabismo y leucocoria. El osteosarcoma es detectable por dolor y aumento de volumen sin causa aparente; en especial en las extremidades. Los cánceres de mayor prevalencia en el niño son, la leucemia, tumores del SNC, linfoma.
Cáncer del niño, < de 10 años. GES Leucemia, linfoma y tumores sólidos	Atención Ambulatoria de Especialidad Centros PINDA en menores de 10 años con sospecha fundada, derivados desde APS, diagnosticar, tratar, rehabilitar cuando sea posible y seguir, al 100% de los niños con confirmación de cáncer. En el nivel secundario de atención, centros PINDA, mejorar calidad de vida de los niños tratados o en tratamiento por cáncer (Objetivos sanitarios década 2000 – 2010)	100% de los menores con cáncer confirmado son tratados y seguidos en el nivel secundario y terciario, según protocolos de tratamiento, GPC GES. 100% de los niños, tratados o en tratamiento por cáncer cumple con las Garantías GES y los controles del protocolo de seguimiento.	(N° de menores tratados y seguidos por cáncer según garantías GES / Total de menores derivados con sospecha fundada de cáncer) x 100. N° de niños tratados o en tratamiento por cáncer que cumplen con garantías GES y con los controles del protocolo de seguimiento / N° Total de niños con cáncer confirmado x 100	SIG GES Cáncer Niños Población menores beneficiaria FONASA REM Niños REM 03 SIG GES Niño	El retinoblastoma es pesquisable en el control niño sano a través de la observación de estrabismo y leucocoria. El osteosarcoma es detectable por dolor y aumento de volumen sin causa aparente; en especial en las extremidades. Los cánceres de mayor prevalencia en el niño son, la leucemia, tumores del SNC, linfoma. * Guía clínica pesquisa de retinoblastoma en el nivel primario de atención * Manual para el equipo de atención primaria "Cuándo sospechar un cáncer en el niño y cómo derivar" • GPC Auge para cáncer infantil, • Leucemia, Linfoma y Tu sólido.

Objetivo Sanitario: Mantener y/o mejorar los logros sanitarios alcanzados					
Objetivos de impacto : reducir las muertes por cáncer en el niño y mejorar la calidad de vida de los niños tratados.					
Estilos de vida saludable	APS Promover el mantenimiento o adquisición de estilos de vida saludables :control o cesación del h. tabáquico, sedentarismo, obesidad, bebedor problema y conductas sexuales inseguras, prevención de la radiación ultravioleta, desarrollar conductas protectoras tanto de la salud física como mental, en la prevención del cáncer.	Generar estrategias de fomento de la salud en las instancias de participación comunitaria e intersectorial teniendo como foco a la familia en al menos el 40 % de escuelas de enseñanza básica y media	Nº de escuelas básicas y medias área territorial con unidades educativas dirigidas a profesores, escolares y padres Nº total de escuelas básicas y medias del área territorial x 100	REM 19 Población en edad escolar y adolescentes beneficiaria FONASA	Las Consejerías en Vida Sana y el Consejo Breve en Vida Sana, son un apoyo evidente para la adquisición y /o modificación de conductas. Tabaco es el causante del 40% de todos los cánceres.
-Nutrición	Detener el aumento de la obesidad en el grupo menor de 6 años	Consulta nutricional a 70% de los niños sanos durante el primer año de vida y de 3 a 4 años, en estos últimos incluye componente de salud bucal	Número de niños bajo control de 3 a 11 meses con consulta nutricional al Quinto mes de vida / Nº de niños bajo control de 3 - 11 meses Número de niños bajo control de 24 a 47 meses con consulta nutricional al Tercer año de vida / Nº de niños bajo control de 24 a 47 meses.	REM 02 (versión 2009) / REM P02	El estado nutricional sano se debe fomentar a través de la intervención de la nutricionista con una consulta nutricional para introducción de alimentación sólida de preferencia al 5º mes de vida y para reforzar hábitos saludables en el control preescolar durante el tercer año de vida

Tema/ Prioridad	Objetivos Especificos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención sugerida
		80% de los niños y niñas que asisten al control del niño sano a los 3,5 años de edad, contarán con el componente de salud bucal en su control.	Nº de niños y niñas que a los 3,5 años asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 2 a 4 años que asisten a control sano.		
		Alcanzar 70% de cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años inscritos	Nº de altas odontológica total en niños de 6 años/ Población inscrita o beneficiaria de niños de 6 años * 100	REM 09	
		Alcanzar 65% de cobertura de altas odontológicas en niños de 12 años inscritos	Nº de altas odontológica total en niños de 12 años/ Población inscrita o beneficiaria de niños de 12 años * 100	REM 09	
		Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) Odontopediatría 40% de cobertura en altas odontológicas en niños y niñas de 2, 4 y 6 años, realizadas por especialidad de Odontopediatría en AAE.	(Nº de altas odontológicas en niños de 2,4 y 6 años, realizadas en Odontopediatría AAE/ Nº de altas odontológicas totales de Odontopediatría realizadas en AAE)*100	REM 09	Atención odontológica integral de especialidad para niños y niñas de hasta 6 años
Control de salud del niño y la niña	Cautelar el cumplimiento del control de salud del niño en las edades normadas	100% de los niños/as tienen su control de salud en las edades normadas	Nº de niños controlados en las edades normadas /Nº total de niños de la edad correspondiente* 100	REM 01	
		Rescatar al 100% de los niños inasistentes a control de salud en las edades normadas	Nº de niños inasistentes rescatados/ Nº de niños inasistentes a control de salud en edades normadas*100	Informe de bajo control mensual Ficha clínica	
Enfermedades prevenibles por vacunas	Cautelar que los niños reciban todas las vacunas que les corresponde, según el calendario oficial de vacunación	El 100% de los niños son vacunados según el calendario oficial de vacunación	Nº de niños y niñas vacunados según esquema/ Nº total de niños a vacunar según esquema	REM 13 Y 14	

RECOMENDACIONES GENERALES

- Establecer estrategias locales tendientes a favorecer la implementación y monitoreo de actividades para prevenir accidentes
- Formación de monitores de la comunidad enfatizando aspectos de Desarrollo Integral del Niño y la Niña
- Favorecer el establecimiento de redes de apoyo. Estas redes deben construirse a nivel de las unidades de atención primaria; a nivel de los grupos Familiares detectados como en riesgo y a nivel comunitario, articulándose estas acciones de prevención con las del Programa de Promoción de la Salud. Además deberá establecerse una estrecha coordinación con otras instituciones como JUNJI, JUNAEB, INTEGRAL, entre otros para el desarrollo de tareas conjuntas.
- Realizar visitas domiciliarias integrales incorporando el consentimiento informado por parte de la familia y/o persona a cargo del niño o la niña.
- Realizar concordancia interjueza estandarizar la aplicación de escalas EEDP –TEPSI
- Realizar seguimiento de niños y niñas en rezago de acuerdo a lo consensuado en el Manual de Seguimiento y Apoyo al Desarrollo Integral del Niño y la Niña.
- Adecuar un box de atención para que cumpla funciones de CLINICA DE LACTANCIA y el equipo de salud realice acciones para apoyar a las madres en riesgo de suspender lactancia,
- Promover y apoyar la LM para acreditar como Centro de Salud Amigo del Niño /a y la madre.

B. CUIDADO DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Según las proyecciones del Censo del año 2002, Chile tenía el año 2007 una población de 4.276.108. Adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años representando un 25,8% de la población total¹. Los adolescentes y jóvenes presentan un patrón de mortalidad y morbilidad asociadas a inequidad, factores y conductas de riesgo

Que permiten intervenir con un enfoque anticipatorio de manera de promover el adecuado desarrollo de cada una /uno, estimulando su habilitación progresiva como sujeto de derechos². Los grandes problemas de salud que presentan son en 4 ámbitos:

- ✓ Salud Mental (violencia que afecta a jóvenes, tabaco, OH, consumo sustancias, depresión, ideación e intentos suicidas.)
- ✓ Salud nutricional (sobrepeso y obesidad, sedentarismo)
- ✓ Salud sexual y reproductiva (conducta sexual de riesgo, embarazo adolescente no planificado, ITS)
- ✓ Salud integral: muertes y lesiones por accidentes. La edad promedio de inicio del consumo del tabaco se mantiene alrededor de los 13 años. La Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes muestra un inicio Precoz del hábito tabáquico, a los 12 años promedio, por lo que una intervención en esta edad puede contribuir a la disminución del consumo en edades tempranas. El 5,6% de los menores de 18 años consume >10 cig/día⁴. La prevalencia de la obesidad en la niñez y adolescencia ha aumentado en Chile aproximadamente 1,5% cada año.

Actualmente, uno de cada cuatro niño/as o adolescentes es obeso(a) y uno de cada tres está en riesgo de serlo⁵. Se observa una mayor importancia relativa de la maternidad en adolescentes, ya que la fecundidad en adolescentes no ha experimentado mayores variaciones. Sí, adquiere un peso mayor cuando la fecundidad en general disminuye⁶. Se detecta una insuficiencia en las redes de protección social de las adolescentes embarazadas y madres que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, factores que habitualmente confluyen.

Las situaciones de embarazo adolescente desprotegido impactan negativa, profunda y de manera bastante permanente en la calidad de vida de las futuras madres y suelen traducirse en menores oportunidades para sus hijos e hijas. En relación a su situación de salud oral, el 37.5% de los y las adolescentes están libres de caries, y el daño de caries promedio a esta edad fue de 1.9, con resultados dispares entre sector rural v/s urbano, así como por nivel socioeconómico.

Entre los usuarios de los sistemas públicos de salud el grupo de adolescentes y jóvenes es el que mejor refleja las inequidades del sistema, destacando como el de menor expresión de demanda: Los porcentajes de beneficiarios difieren de la población general, ya que al ir dejando los estudios aumenta el grupo que pierde

La cobertura previsional. Esta situación lleva a que muchos adolescentes y jóvenes se encuentren limitados en su acceso a la oferta pública existente, siendo la opción acudir al sector privado, al que la mayoría no puede acceder. A la vez se limitan las posibilidades de acercarse hasta ellos programas de promoción y prevención.

Entre las razones de este comportamiento se destaca la inadecuación de la oferta de servicios a las necesidades y características propias de adolescentes y jóvenes, contribuyendo de esta manera a alejarlos y profundizando la inequidad. La definición de espacios y servicios amigables procura acercarse los servicios, en horarios adecuados a sus posibilidades y con equipos especialmente dedicados, los que contarán con la calificación necesaria para desarrollar exitosamente la tarea.

Cabe especial mención el concepto de Espacios Amigables para adolescentes y jóvenes, que para el año 2009 iniciara un plan progresivo de instalación de estos

Espacios, inicialmente en un Centro por Comuna hasta alcanzar la totalidad de los Centros de Salud urbanos y rurales.

Tema/Prioridad	Objetivo Especifico	Meta*	Indicador*	Fuente Indicador**	Intervención* ***
Consumo de alcohol y drogas (riesgo, perjudicial y dependencia)	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a los y las adolescentes con consumo en riesgo de alcohol o drogas.	100 % de los y las adolescentes entre 10 y 19 años inscritos y detectados con consumo en riesgo de alcohol o drogas reciben intervención preventiva o terapéutica según corresponda	(N° de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos y detectados con consumo en riesgo de alcohol o drogas que reciben tratamiento integral o son derivados / N° total de adolescentes entre 10y 19 años inscritos x 100	REM	Intervención Preventiva (ver guía clínica para APS)
	Aumentar cobertura de pesquisa de consumo en riesgo de alcohol u otras drogas en adolescentes	10% de la prevalencia estimada es pesquisada y diagnosticada (1.7% para consumo problemático de drogas y 1,4% para consumo problemático de alcohol)	N° de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos, detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas / Total de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas según prevalencia estimada x 100	Registros locales	Intervención Terapéutica (ver guía clínica para APS)
	Tratar oportunamente a los y las adolescentes con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y drogas	100% de los adolescentes detectados con consumo perjudicial leve a moderado ingresan a plan ambulatorio básico (GES)	N° de adolescentes menores de 20 años inscritos y detectados con consumo perjudicial leve a moderado que ingresan a plan ambulatorio básico / N° total de adolescentes entre 10 y 19 años inscritos x 100	SIGGES	Incorporar preguntas para detección de consumo en riesgo en control de salud y consulta de morbilidad Coordinación con educación Plan ambulatorio básico (ver guía clínica GES)
Sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Detectar precozmente y referir en forma oportuna a los y las adolescentes con sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Derivación a especialidad del 100% de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia.	N° adolescentes entre 15 y 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados / Total adolescentes entre 10 y 19 años inscritos x 100	REM	Incorporar preguntas para detección de primer episodio de EQZ en control de salud y consulta de morbilidad
	Aumentar cobertura de pesquisa de Primer Episodio de Esquizofrenia en adolescentes	90% de la prevalencia estimada es pesquisada y derivada a especialidad (1% en población de 15 años y más)	N° de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos, detectados con sospecha Primer Episodio EQZ / Total de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos x 100	SIGGES	Educación a padres de adolescentes y escuela

Depresión	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a los y las adolescentes con Depresión (APS)	100% de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos y diagnosticados con depresión leve y moderada reciben tratamiento integral	$(\text{N}^\circ \text{ adolescentes entre 15 y 19 inscritos y diagnosticados con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral} / \text{Total adolescentes entre 15 y 19 inscritos}) \times 100$	REM 06 REM P6 SIGGES	En APS: Incorporar preguntas de detección de depresión en control de salud y consulta de morbilidad
	Mantener cobertura de pesquisa de depresión en adolescentes (APS)	40% de la prevalencia estimada (10% para mujeres y 4% para hombres) es pesquisada y diagnosticada	$\text{N}^\circ \text{ de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos, diagnosticados con depresión} / \text{Total de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos} \times 100$	Registros locales	Tratamiento según guía clínica GES
	Tratar oportuna e integralmente a los /las adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa (Atención Ambulatoria de Especialidad)	100% de los adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica	$\text{N}^\circ \text{ de adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS que reciben tratamiento integral según guía clínica} / \text{Total de adolescentes entre 15 y 19 años con depresión severa derivados desde APS} \times 100$	REM 06 REM P6 Registros Locales	En Atención Ambulatoria de Especialidad: Tratamiento integral de especialidad según guía clínica GES Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos
	Tratar oportuna e integralmente a los adolescentes entre 10 y 14 años con depresión	100% de los adolescentes entre 10 y 14 años derivados de APS y con diagnóstico de depresión reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica	$\text{N}^\circ \text{ de adolescentes entre 10 y 14 años con depresión derivados desde APS que reciben tratamiento integral de especialidad según guía clínica} / \text{Total de adolescente entre 10 y 14 con depresión derivados desde APS} \times 100$		Tratamiento integral de especialidad según guía clínica
Trastornos nutricionales	Detectar, diagnosticar y derivar a los y las adolescentes cuando corresponda según norma	90% de adolescentes pesquisados son derivados, según norma	$\text{N}^\circ \text{ de adolescentes derivados} / \text{N}^\circ \text{ de adolescentes pesquisados} \times 100$	REM 03	

RECOMENDACIONES GENERALES

- Se debe continuar avanzando en los procesos de diagnóstico de la población adolescente, compartiendo el realizado por los niveles locales y la SEREMI de Salud de cada región. Mantener el diagnóstico actualizado y estar atento a los cambios que se produzcan, procurando interpretarlos dinámicamente.
- En los espacios constituidos como Amigables se debe conocer la brecha que pueda existir entre los recursos y las necesidades para dar adecuada satisfacción a la demanda expresada. En aquellos aun fuera del plan, se recomienda un procedimiento similar, dado que en un plazo no superior a dos años se verán incorporados.
- Establecer redes de trabajo sectorial e intersectorial, considerando a las organizaciones de adolescentes y jóvenes, para definir las formas de provisión de servicios y difundir la oferta existente en los Centros de Salud. Integrar a adolescentes y jóvenes a la toma de decisiones en los temas de salud que les conciernen, previo proceso de información y capacitación.
- Articular con establecimientos educacionales estrategias de promoción y prevención, con énfasis en factores protectores como autoestima, habilidades sociales, afectividad y sexualidad, entre otros.
- Implementar en cada establecimiento un procedimiento expedito de recepción de consultas y/o alarmas familiares respecto a situaciones de vulneración de derechos o uso de sustancias adictivas en adolescentes.
- Realizar visita domiciliaria integral al 100% de los casos que están definidos en las normas: puérperas adolescentes, depresión o violencia doméstica con inasistencia a controles.
- Difusión de la oferta de Consejería de Adolescente en cualquier acción a que concurra o se contacte a un adolescente por personal de salud.
- Vigilancia del estado nutricional y pesquisa de posibles trastornos de la conducta alimentaria.
- Favorecer, mediante acciones educativas o de consejería, el desarrollo afectivo y sexual de hombres y mujeres.
- Establecer formas de trabajo de los Espacios Amigables, claro y conocido por todo el personal del establecimiento y la red social: acceso, privacidad y confidencialidad. Adecuadas a las necesidades y características de adolescentes y jóvenes: horarios diferidos, ubicación geográfica, enfoque de género y respeto a la diversidad, entre otros.

C. POBLACION CUIDADO DE LA SALUD DE LA POBLACION ADULTA

Los principales problemas de salud en nuestro país son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Cardiovasculares, Tumores Malignos, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. Según la Organización Mundial de la Salud, 80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital.

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

Objetivo Sanitario II: Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento poblacional y de los cambios de la sociedad

Tema /Prioridad	Objetivos específicos	Meta	Indicador	Fuente	Recomendación
Examen medicina preventiva del adulto (EMPA)	Detectar condiciones prevenibles o controlables que causan morbi-mortalidad en una etapa temprana para su tratamiento, con especial énfasis en varones en edad productiva.	Aumentar la cobertura del EMP en 25% anual hasta alcanzar un 75% de la población beneficiaria el 2011.	Nº de exámenes realizados a población beneficiaria de 20-64 años/ Población beneficiaria de 20-64 años x 100 en el NPA.	REM 04, Sección A Población beneficiaria FONASA	Examen de salud del adulto que incluya cuestionario AUDIT para detectar beber problema, Estrategia 5 A's para tabaquismo, medición de presión arterial para hipertensión; peso y talla y circunferencia de cintura para; glicemia ayunas o post-prandial para sobrepeso/obesidad, diabetes; colesterol total para hipercolesterolemia; baciloscopia, VDRL y Test de Elisa para tuberculosis, sífilis y VIH respectivamente, en población de riesgo; mamografía en cáncer de mama y PAP para cáncer cervicouterino en la mujer. (Gobierno de Chile, MINSAL 2007-2008 Guía GES Examen de Medicina Preventiva www.minsal.cl)

Enfermedades cardiovasculares	Reducir la morbimortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas.	Aumentar en 2 puntos porcentuales la cobertura de varones de 20-64 años bajo control en Programa Salud Cardiovascular (PSCV) o mantener o aumentar cobertura sobre 37% en APS.	Nº de varones de 20-64 años bajo control en PSCV/ Nº total de personas bajo control de 20-64 años en PSCV x 100	REM P04, Sección A	El PSCV en APS detecta y trata a las personas con factores de riesgo para reducir su riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, DM tipo 2, dislipidemia y obesidad). La proporción de varones en edad productiva bajo control es muy baja. Realizar campañas de difusión en la comunidad promoviendo el EMPA en los varones en edad productiva. EMPA en los lugares de trabajo.
	Mejorar la eficiencia y efectividad del PSCV focalizando los recursos según nivel de riesgo cardiovascular global.	Clasificar al 100% de las personas en PSCV según nivel de riesgo (riesgo cualitativo y según Tabla de Riesgo Coronario para la Población chilena	Nº de personas en PSCV clasificadas según nivel de riesgo CV/Nº de personas en PSCV x 100	REM P04; Sección A	El riesgo CV de las personas se estima en base al riesgo CV global que es una función del número y nivel de factores de riesgo mayores. (Gobierno de Chile, CONICYT, FONIS, PIFRECV, U de Talca. Prevención Primaria de Enfermedad Coronaria. Tablas de Framingham para la estimación de riesgo coronario a 10 años adaptadas a la población chilena. www.minsal.cl y www.pifrecv.otalca . Gobierno de Chile, MINSAL 2002. Guía Clínica Programa Salud Cardiovascular: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión arterial y diabetes tipo 2	Mantener o mejorar coberturas de control de Hipertensión arterial	Aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura de personas de 20-64 años hipertensas bajo control en Programa Salud CV (PSCV) en establecimientos con coberturas menores de 55%, o mantener sobre 60%, según corresponda en la APS	Nº de personas hipertensas bajo control en PSCV de 20-64 años/ Población hipertensa estimada según prevalencia de 20-64 años.	REM P04; Sección A	Medición de la presión arterial en toda consulta. Perfil de presión arterial en aquellas personas con valores elevados en una medición casual. Realizar EMPA en población de 20-64 años. (Gobierno de Chile, MINSAL 2005 Guía Clínica GES Hipertensión Arterial. www.minsal.cl)

	Lograr niveles crecientes de compensación y control de los FR para Hipertensión arterial	Al menos 51% de las personas con hipertensión de 20-64 años bajo control logran presiones arteriales inferiores a 130/85 mm Hg en la APS	Nº de hipertensos de 20-64 años bajo control con presión arterial < 130/85 mm Hg/ Nº total de hipertensos bajo control de 20-64 años x 100	REM P04; Sección B	Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la presión según Guías Clínicas GES Hipertensión arterial 2005. (Gobierno de Chile, MINSAL 2005 Guía Clínica GES Hipertensión Arterial. www.minsal.cl)
	Mantener o mejorar coberturas de control de Diabetes tipo 2	Aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura de personas de 20-64 años diabéticas bajo control en Programa Salud CV (PSCV) en establecimientos con coberturas menores de 35%, o mantener sobre 40%, según corresponda en la APS	Nº de personas diabéticas bajo control en PSCV de 20-64 años/ Población diabética estimada según prevalencia de 20-64 años x 100	REM 04; Sección A	Glicemia en ayunas o post-prandial. Confirmación diagnóstica con glicemia en ayunas o PTGO en aquellas personas con valores de glicemia elevados en una medición casual. Realizar EMPA en población de 20-64 años. (Gobierno de Chile, MINSAL 2005 Guía Clínica GES Diabetes tipo 2. www.minsal.cl)
	Lograr niveles crecientes de compensación y control de Diabetes tipo 2	Al menos 35% de las personas con diabetes de 20-64 años bajo control logran niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) <7% en la APS	Nº de personas con diabetes de 20-64 años bajo control con HbA1c <7%/ Nº total de personas con diabetes bajo control de 20-64 años x 100	REM P04; Sección B	Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la diabetes tipo 2 según Guías Clínicas GES 2005 para lograr un buen control metabólico que incluye control glicémico, de los lípidos sanguíneos y presión arterial dentro de rangos normales.
		Establecer línea base grado de compensación de las personas con diabetes en control con especialista. (Atención Ambulatoria de Especialidad)	Nº total de personas con diabetes tipo 2 de 20 y más años bajo control con HbA1c <7%/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 en control con especialista de 20 y más años x 100 Nº total de personas con diabetes tipo 2 y presión arterial bajo 130/80 mm Hg en control con	Implementar registro a nivel de consultorios especialidades.	Realizar un catastro de las personas en control con especialista y constatar el nivel de HbA1c y presión arterial en el último control. Este diagnóstico permitirá definir metas a alcanzar en términos del control metabólico en los próximos años.

			especialista / Nº total de personas con DM tipo 2 en control con especialista		
	Reducir las amputaciones por pie diabético.	90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas en APS y Atención Ambulatoria de Especialidad.	Nº de personas con úlceras activas de pie diabético tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con úlceras activas de pie diabético x 100	REM P04; Sección C.	El manejo avanzado de úlceras de pie diabético permite disminuir el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos. (Gobierno de Chile, MINSAL 2004. Norma de Manejo Integral del Pie Diabético. www.minsal.cl)
	Detectar la retinopatía diabética y el pie diabético en una etapa temprana en la cual es posible detener o revertir el daño.	100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV tiene fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso en APS y Atención Ambulatoria de Especialidad	Nº de personas diabéticas ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso/Nº total de ingresos a PSCV por diabetes x 100	REM P04; Sección B QUALI SOFT	La detección oportuna de la retinopatía diabética permitirá realizar tratamiento con fotocoagulación con laser, intervención de probada eficacia para prevenir o retardar la ceguera en estos pacientes. (Gobierno de Chile, MINSAL 2006. Guía Clínica GES Retinopatía Diabética. www.minsal.cl)
	3 Enfermedades cardiovasculares: Dislipidemias	Aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura de personas de 20-64 años hipercolesterolémicas bajo control en Programa Salud CV (PSCV) en establecimientos con coberturas menores de 35%, o mantener sobre un 40%, según corresponda en la APS	Nº de personas hipercolesterolémicas bajo control en PSCV de 20-64 años/ Población hipercolesterolémica estimada según prevalencia de 20-64 años x 100	REM P04; Sección A	Colesterol total Confirmación diagnóstica Glicemia en ayunas o PTGO en aquellas personas con valores de colesterol total elevados en una medición casual. Realizar EMPA en población de 20-64 años. (Gobierno de Chile, MINSAL 2000. Norma Técnica Dislipidemias. Protección de la Salud, Salud Cardiovascular. www.minsal.cl)
		Al menos 35% de las personas con 20-64 años bajo control logran niveles de colesterol total <200 mg/dl en la APS.	Nº de personas con dislipidemia de 20-64 años bajo control logran niveles de colesterol < 200 mg/dl/ Nº total de personas con dislipidemia bajo control	REM P04; Sección B	Tratamiento no farmacológico y farmacológico. (Gobierno de Chile, MINSAL 2000. Normas de Dislipidemia, www.minsal.cl)

			de 20-64 años x 100		
Enfermedades cardiovasculares: Actividad física		Aumentar en 2 puntos porcentuales el número de personas obesas en PSCV que participan en un programa supervisado de actividad física, con un mínimo de 15%, en la APS.	Nº de personas obesas en PSCV que participan en un programa supervisado de actividad física/Nº total de personas en PSCV x 100	Registro del PSCV	La actividad física aeróbica de intensidad moderada (ej. caminata rápida) de al menos 30 minutos cada vez, 5 días a la semana, contribuye a la prevención y control de la obesidad, hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia, entre otras condiciones crónicas. (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2004. Programa Salud Cardiovascular. Programa de actividad física para la prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares. www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares: Obesidad		Lograr que al menos 20% de los pacientes obesos en PSCV bajen al menos un 5% de su peso inicial, en la APS.	Nº de pacientes obesos bajo control en PSCV que bajan al menos 5% de su peso inicial/ Nº total de pacientes obesos bajo control en PSCV x 100	REM P04; Sección C	Una baja de peso de 5-10% del peso inicial contribuye a la prevención y control de la hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia, entre otras condiciones crónicas. (Gobierno de Chile, MINSAL 2006. Programa de Prevención de la Diabetes. www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares: Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Detectar la ERC en las personas diabéticas bajo control.	100% de diabéticos con screening de ERC a través de la estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFG)	Nº de personas diabéticas con VFG consignada/Nº de personas diabéticas bajo control x 100	Registro PSCV	La detección y tratamiento oportuno de la ERC logra revertir o al menos detener o postergar la insuficiencia renal crónica terminal. (Gobierno de Chile, MINSAL 2008. Guía GES Prevención Enfermedad Renal Crónica. www.minsal.cl)

Depresión	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a las personas de 20 años y más con Depresión	100% de personas de 20 años y más inscritas y diagnosticadas con depresión leve y moderada reciben tratamiento integral	(Nº personas de 20 años y más inscritas y diagnosticadas con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral / Total personas de 20 años y más inscritas) x 100	REM SIGGES	
	Mantener cobertura de pesquisa de depresión en personas de 20 años	40% de la prevalencia estimada es pesquisada y diagnosticada (10% para mujeres y 4% para hombres)	Nº de personas de 20 años y más inscritas, diagnosticadas con depresión / Total de personas de 20 años y más inscritas con posible depresión según prevalencia estimada x 100		
	Apoyar a las familia con miembro con Depresión ingresado a tratamiento	50% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar	Nº de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Total familias con miembro con Depresión ingresados a tratamiento x 100		
	Apoyar a las madres en tratamiento por depresión post parto	100% de las madres inscritas que presentan depresión postparto reciben visita domiciliaria integral	Nº de madres inscritas y con depresión postparto que reciben VDI / Total de madres inscritas y con depresión postparto *100.		

Consumo problemático de alcohol y drogas (riesgo, abuso y dependencia)	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda, a las personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas (problemático perjudicial o dependencia)	100 % de las personas inscritas de 20 años y más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda	(N° de personas inscritas de 20 años y más detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas inscritas de 20 años y más x 100	REM 06	Intervención Preventiva Intervención Terapéutica
Sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Detectar precozmente y referir en forma oportuna a las personas entre 20 y 40 años con sospecha de Primer Episodio de Esquizofrenia	Derivación a especialidad del 100% de personas inscritas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia.	N° personas inscritas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados / Total personas inscritas entre 20 y 40 años x 100	REM SIGGES	

D. CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

La funcionalidad es el mejor indicador de este grupo atareó, constituye una base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos que se realicen en la mantención o recuperación de la funcionalidad, se traducirán, de manera directa en calidad de vida para la población mayor.

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 integridad, de mayor resolutivez, de derechos, de participación y satisfacción usuaria. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos a través de capacitación continua.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito de los adultos mayores con adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo atareó.

Tema/ Prioridad	Objetivo	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención / recomendación
Funcionalidad	Mantener la independencia y la autonomía en las actividades de la vida diaria	65% de adultos mayores inscritos en APS con Examen de Medicina Preventiva Anual	N° de AM con EMP anual/ N° Total de AM inscritos x 100	DEIS REM 05	Realizar EMP a los adultos mayores y actuar sobre los factores de riesgo detectados. Poner especial énfasis en pasar de la sospecha, al diagnóstico médico. Especialmente la sospecha de trastorno cognitivo, artrosis, depresión, maltrato, de caídas. (Ver Guías Clínicas)
	Mantener la calidad de vida de los Adultos Mayores	68% de adultos mayores con autovalencia mantenida	N° de adultos mayores autovalentes/ N° Total de AM con EMP al día x 100	DEIS REM 05	Promoción de la alimentación saludable, de la práctica regular de ejercicios, integrarse a grupos de la comunidad, crear talleres de prevención de caídas dirigidos a personas mayores con riesgo de caídas. Control de las patologías crónicas (Ver Guías Clínicas)

Depresión	Detectar precozmente, diagnosticar y tratar en forma oportuna y referir cuando corresponda a las personas de 65 años y más que presenten Depresión	100% de personas de 65 años y más inscritas y diagnosticados con depresión leve y moderada reciben tratamiento integral	(N° personas de 65 años y más inscritas y diagnosticados con depresión leve y moderada que reciben tratamiento integral / Total personas de 65 años y más inscritas) x 100	REM 06 SIGGES	
	Aumentar cobertura de pesquisa de depresión en personas de 65 años y más	40% de la prevalencia estimada es pesquisada y diagnosticada (10% para mujeres y 4% para hombres)	N° de personas de 65 años y más inscritas, diagnosticados con depresión / Total de personas de 65 años y más inscritas con posible depresión según prevalencia estimada x 100	REM 06 SIGGES	
	Apoyar a las familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento	50% de familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	N° de familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Total familias de Adultos Mayores con Depresión ingresados a tratamiento x 100	REM 26	

Cardiovascular	Reducir las amputaciones por pie diabético.	90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas en la APS y la Atención Ambulatoria de Especialidad	N° de personas con úlceras activas de pie diabético tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con úlceras activas de pie diabético x 100	REM P04; Sección C.	El manejo avanzado de úlceras de pie diabético permite disminuir el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos. (Gobierno de Chile, MINSAL 2004. Norma de Manejo Integral del Pie Diabético. www.minsal.cl)
Cardiovascular	Detectar la retinopatía diabética y el pie diabético en una etapa temprana en la cual es posible detener o revertir el daño.	100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV tiene fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso en el nivel primario y secundario de atención.	N° de personas diabéticas ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo y evaluación del pie a los 3 meses del ingreso/N° total de ingresos a PSCV por diabetes x 100	REM P04; Sección B QUALI SOFT	La detección oportuna de la retinopatía diabética permitirá realizar tratamiento con fotocoagulación con laser, intervención de probada eficacia para prevenir o retardar la ceguera en estos pacientes. (Gobierno de Chile, MINSAL 2006. Guía Clínica GES Retinopatía Diabética. www.minsal.cl)
Enfermedades cardiovasculares: Enfermedad Renal Crónica (ERC)	Detectar la ERC en las personas diabéticas bajo control	100% de diabéticos con screening de ERC a través de la estimación de la velocidad de filtración glomerular (VFG)	N° de personas diabéticas con VFG consignada/N° de personas diabéticas bajo control x 100	Registro PSCV	La detección y tratamiento oportuno de la ERC logra revertir o al menos detener o postergar la insuficiencia renal crónica terminal. (Gobierno de Chile, MINSAL 2008. Guía GES Prevención Enfermedad Renal Crónica. www.minsal.cl)
Ejercicio y Actividad Física	Promover la práctica regular de ejercicios y actividad física en el adulto mayor en la comunidad.	15% de adultos mayores bajo control practica regularmente actividad física	N° de adultos mayores practican regularmente ejercicios y actividad física / N° Total de AM con EMP al día x 100	DEIS REM 05	Organizar en conjunto con la comunidad e intersectorialidad espacios seguros, donde el adulto mayor pueda realizar ejercicios en forma regular. Formar monitores Educar en forma sistemática al adulto mayor de los beneficios del ejercicio para el logro de una vejez saludable (Ver Guía Clínica) 27
Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	Diagnosticar y tratar en Atención Primaria la artrosis leve y moderada de	80% de lo AM con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	N° de adultos mayores con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera examinados por medico / N° Total de AM con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera x 100	DEIS SIGES	Coordinar al interior de Centro de Salud, la consulta de morbilidad del adulto mayor con sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera detectada durante la ejecución del EMP

RECOMENDACIONES

- ✓ Estandarizar la aplicación del Examen de Medicina Preventiva de acuerdo a instructivo
- ✓ Intervenir los riesgos detectados en el EMP.

Estos riesgos podrían ser:

- Trastornos cognitivos, realizar diagnóstico diferencial (Guía Clínica de Trastorno Cognitivo y Demencias)
- Sospecha de Depresión, realizar diagnóstico diferencial, tratamiento y hacer seguimiento (Guía Clínica Depresión)
- Sospecha de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera confirmar diagnóstico, iniciar tratamiento farmacológico y no farmacológico (Guía Clínica Artrosis)
- Hombro doloroso, realizar diagnóstico diferencial, iniciar tratamiento y rehabilitación (Guía Clínica de Rehabilitación de Hombro Doloroso)
- Riesgo Cardiovascular HTA, DM (Guía Clínica Cardiovascular)
- Desarrollar estrategia de Rehabilitación Integral del Adulto Mayor con Base Comunitaria
- Educar en conjunto con Vínculos en el consumo de la Crema Años Dorados y Bebida Láctea a los adultos mayores de 65 años
- Pertenecientes al Chile Solidario.
- Mejorar la indicación de Ayudas Técnicas de acuerdo a Guía Clínica y el cumplimiento de la garantía de oportunidad: Bastones, colchón y cojín antiescaras dentro de los 20 días desde la indicación, silla de ruedas y andador dentro de 90 días desde la indicación médica. Deben ser entregados en los Centros de Salud de Atención Primaria.
- Estandarizar la sospecha de maltrato a través de aplicación de screening.
- Organizar talleres de prevención de Caídas dirigidos a adultos mayores en riesgo de caer (Guía Clínica Caídas)

E. CUIDADOS DE LA MUJER EN EL CICLO VITAL

Reducir Mortalidad Fetal Tardía

En Chile la Mortalidad Fetal Tardía, componente de la Mortalidad Perinatal, se ha mantenido estable en los últimos 10 años (1998: 4,3 por 1000 NV). Refleja la existencia de condiciones de riesgo reproductivo y la calidad de la atención obstétrica.

Objetivo de impacto

- ✓ Reducir la tasa de Mortalidad por complicaciones obstétricas (trastornos relacionados con el embarazo, trastornos hipertensivos y complicaciones del trabajo de parto y parto)
- ✓ Reducir la tasa de Mortalidad Fetal Tardía: Tasa menor a 3 x1000 NV

Objetivos de Desarrollo

- ✓ Mantener Cobertura de control prenatal sobre un 90%
- ✓ Mantener cobertura de atención profesional del parto sobre 99%

Mejoramiento en Calidad de Atención Obstétrica

Nuestro país muestra la más alta tasa de cesáreas a nivel mundial (40%); cifras superiores a 15% según la OMS, se consideran un indicador de mala calidad de atención obstétrica. Además, la participación del padre en el parto alcanza un promedio porcentual a nivel país de 56% (Fuente: DEIS año 2006).

Objetivo de Impacto: Mejorar la calidad de la atención obstétrica

Objetivos de Desarrollo

- ✓ Tasa de cesárea entre 25 – 30%
- ✓ Grado de satisfacción usuaria, medida por encuestas, sobre 80%

Climaterio

Objetivos de Impacto

- ✓ Mejorar la calidad de vida de las mujeres posmenopáusicas
- ✓ Prevenir la aparición de patologías crónicas de alta morbimortalidad
- ✓ Reducir la tasa de osteoporosis

Cáncer de Mama y Cervicouterino

Objetivo de impacto

- ✓ Disminuir la mortalidad ajustada del cáncer de Mama
- ✓ Disminuir la mortalidad ajustada del cáncer de cuello de útero

Objetivos de Desarrollo

- ✓ Reducción de la tasa de mortalidad de cáncer de mama estandarizada por edad en un 25% al 2010
- ✓ Disminuir la mortalidad estandarizada por cáncer cervicouterino en un 40% al 2010

En el año 2005 las tasas de mortalidad por cáncer de mama y de cuello uterino son de 14,2 y 8,2 x 100.000 habitantes respectivamente.

Salud bucal

Si bien no existen estudios epidemiológicos nacionales que revelen el estado de salud bucal de la población de embarazadas, los datos disponibles actualmente corresponden a lo informado por la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2003), en la cual el promedio de dientes con cavitación evidente por caries en la población femenina, entre los 17 y 24 años, fue de 1.40; mientras que en el grupo de 25 a 44 años, este promedio aumentaba a 2.56 dientes cavitados.

Las mujeres embarazadas con enfermedad periodontal pudiesen tener un riesgo mayor de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer, puesto que el periodonto puede servir de reservorio de bacterias, productos bacterianos, y mediadores de la inflamación y respuesta inmune, los que pueden interactuar con otros sistemas del organismo gatillando el trabajo de parto prematuro.

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención / Recomendación
Salud Sexual y Reproductiva (conducta sexual)	Favorecer la toma de decisiones informada en Salud Sexual y Reproductiva.	100% de personas que soliciten servicios de Regulación de la Fertilidad, reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva	(N° de personas que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva / N° de personas que soliciten servicios de Regulación de la Fertilidad)*100	REM P 01 indicador de uso local	
		Consejería pre y post test al 100% de las personas que acceden a Test de Elisa para VIH	N ° de consultantes que reciben consejería pre y post test para VIH / Total personas que se realizan el Test de Elisa x 100	REM 19 indicador de uso local	
Atención Preconcepcional	Promover la atención preconcepcional para mujeres en edad fértil	Aumentar en forma gradual la cobertura en atención preconcepcional para mujeres en edad fértil	N° de controles preconcep-cionales en mujeres en edad fértil / mujeres en edad fértil	REM 01	Realizar difusión de la actividad
Atención Personalizada e integral en el Proceso Reproductivo	Prevenir o minimizar el riesgo materno – fetal en el ámbito biomédico, psicológico y social	<ol style="list-style-type: none"> Entregar la Guía Empezando a crecer al 100% de las gestantes Aumentar el ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación Evaluar a la gestante de acuerdo a factores de riesgo psicosocial, familiar - Aplicar Pauta Breve de Riesgo Psicosocial al 100% de las gestantes 	<ol style="list-style-type: none"> N° gestantes con guía entregada / total de gestantes en control <ul style="list-style-type: none"> 2. N° de mujeres que ingresan a control prenatal antes de las 14 sem. de gestación / Total de mujeres que ingresan a control prenatal *100 3. N° de gestantes con Pauta Breve aplicada / Total de gestantes bajo control *100 N° de gestantes ingresadas a Atención Ambulatoria de Especialidad por Alto Riesgo Obstétrico / Total de gestantes *100 	<p>Nivel local</p> <p>REM 01</p> <p>REM 01 Nivel local</p> <p>REM 01 – P 1</p>	

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención / Recomendación
	Realizar consejería pre Test a gestantes que acceden a Test de Elisa para VIH en 1° control prenatal (antes de las 20 sem.)	<ol style="list-style-type: none"> 100% de las gestantes que lo consientan 100% de las gestantes que lo consientan 	<ol style="list-style-type: none"> N° de gestantes que reciben consejería pre - test al ingreso y aceptan realizarse el test VIH / Total gestantes que ingresan a control* 100 N° de gestantes que reciben consejería post test para VIH / Total gestantes que acceden al Test de Elisa* 100 	<p>Nivel local (línea de base)</p>	
	Realizar consejería post Test de Elisa para VIH en 2° control prenatal (20 sem.) a gestantes que se realizan el examen	<p>APS</p> <ol style="list-style-type: none"> 100% de las mujeres que soliciten acompañamiento en los controles prenatales Promover la participación de acompañantes de las gestantes en actividades de educación grupal <p>Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE)</p> <ol style="list-style-type: none"> 100% de las mujeres que soliciten acompañamiento en los controles prenatales 	<ol style="list-style-type: none"> N° de controles de embarazadas con acompañamiento en el control prenatal en APS / Total de embarazadas en control en APS * 100. N° de gestantes con acompañantes en actividades educativas / Total de gestantes en actividades educativas N° de controles de embarazadas con acompañamiento en el control prenatal en el AAE/ Total de embarazadas en control en el AAE *100. 	<p>REM 01</p> <p>Información a nivel local</p> <p>Información a nivel local para establecer línea de base</p>	

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención / Recomendación
	Realizar educación grupal a la gestante para aumentar capacidad de auto cuidado - preparación para el parto y la crianza, promoviendo la participación de la pareja o acompañante	80% de las gestantes ingresan a talleres educativos sobre embarazo, parto, puerperio y crianza Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) 80% de las gestantes participan en talleres educativos sobre embarazo, parto, puerperio y crianza, según patología	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales / total de gestantes que ingresan a control prenatal *100 Atención Ambulatoria de Especialidad (AAE) Nº de gestantes de AAE que ingresan a talleres grupales / total de gestantes que ingresan a control prenatal en AAE *100	REM 27 Nivel local	Establecer un sistema de coordinación entre APS, AAE y Atención Cerrada u Hospitalización
	Establecer un sistema de coordinación entre el APS, AAE y Atención Cerrada, para desarrollar el programa educativo a gestantes, pareja o acompañante en la maternidad	Atención Cerrada u Hospitalización El 80% de las gestantes participa en visita guiada al servicio de maternidad y recibe orientación en la participación durante el parto y parto – actividades realizadas por matronas de la maternidad	Atención Cerrada u Hospitalización Nº de gestantes que asiste a sesiones educativas en la maternidad / total de gestantes bajo control *100	Indicador de uso local en la maternidad	Mantener coordinación continua entre APS, AAE y Atención Cerrada
	Control precoz de binomio (Puerpera y Recién Nacido) en APS por matrona/ón	100% de las díadas: Puerperas y Recién Nacidos son atendidas por matrona/ón antes de los 7 a 10 días en el centro de salud	Nº de díadas: Puerpera y Recién Nacido con control antes de los 7 a 10 días del alta / Total de puerperas* 100	REM 01	

Tema/ Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención / Recomendación
	Manejo oportuno de las condiciones de riesgo BPS del entorno personal y familiar.	Visita domiciliaria integral por matrona, acordada al 90% de las gestantes con riesgo psicosocial	Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Total gestantes en riesgo psicosocial en control* 100	REM 26	Se recomienda realizar entre los 7 y 10 días después del alta
Visita domiciliaria integral acordada por matrona, al 90% de las puerperas con riesgo psicosocial		Nº de puerperas con riesgo psicosocial con VDI realizada / Total de puerperas con riesgo psicosocial * 100	REM 26		
100% de las gestantes en riesgo psicosocial detectadas por matrona, derivadas a intervención con enfoque familiar, por equipo de cabecera (priorizar según riesgo)		Nº de gestantes en riesgo psicosocial que reciben intervención con enfoque familiar por equipo de cabecera / Total gestantes en riesgo psicosocial *100	Nivel local		
	Orientar en regulación de fertilidad a personas que soliciten anti-concepción de emergencia	100% de personas que solicitan anticoncepción de emergencia reciben consejería en salud sexual y regulación de fertilidad	Nº de mujeres que solicitan anticoncepción de emergencia y reciben consejería / Total mujeres que solicitan anticoncepción de emergencia* 100	Indicador a nivel local	

Tema/Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención / Recomendación
Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV)	Contribuir a la reducción de la obesidad y a la prevención de enfermedades crónicas del adulto en población chilena, relevando el tema nutricional a nivel de equipo de salud y población	Mantener o aumentar el % de control nutricional al 6º mes post parto. Establecer línea base	Nº de controles 6º mes postparto efectuados en el año/Nº de controles de 6º mes esperados en el año* x 100 *Nº de controles de 6º mes esperados son equivalentes a la población bajo control de menores de 1 año, en ese periodo	Nivel local	
	Detener el aumento de malnutrición por exceso en Púérperas.	Mantener o disminuir el % promedio nacional de 58%, de la población de mujeres con malnutrición por exceso (obesas mas sobrepeso) al control del 6º mes post parto	(Nº de mujeres obesas y con sobrepeso en el control del 6º mes post parto Total de mujeres controladas al 6º mes post parto* 100	Numerador y Denominador en REM P 01	
Salud integral de la mujer adulta	Enfoque integral del climaterio	Incrementar en un 7% el número de mujeres con climaterio bajo control con enfoque integral	Nº de mujeres de 45 a 64 años bajo Control de Climaterio / Población beneficiaria de mujeres entre 45 a 64 años	REM P 1	
		50% de trabajadoras de centro de salud entre 45 y 64 años, participan en taller de climaterio	Nº mujeres (entre 45 y 64 años), que participan en taller de climaterio / total mujeres de 45 a 64 años bajo control * 100	REM 19	

Tema/Prioridad	Objetivos Específicos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención / Recomendación
		50% de trabajadoras de centro de salud entre 45 y 64 años, participan en taller de climaterio	Nº mujeres (entre 45 y 64 años), que participan en taller de climaterio / total mujeres de 45 a 64 años bajo control * 100	REM 09	
	Recuperar la Salud Bucal de las Primigestas y no Primigestas	1. APS 2009 75% de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas primigestas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público 2. 25% de cobertura , a lo menos, en altas odontológicas totales en embarazadas no primigestas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público	Nº de primigestas con altas totales odontológicas/ Nº total de primigestas bajo control *100 Nº de NO primigestas con altas totales odontológicas/ Nº total de NO primigestas bajo control *100		Atención odontológica integral de APS

Tema/ Prioridad	Objetivos Especificos	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador	Intervención / Recomendación
	Colaborar a prevenir el parto prematuro y bajo peso al nacer.	<p>Alcanzar un 90 % de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud</p> <p>15% de las embarazadas (primigestas y no primigestas) con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo</p> <p>Atención Ambulatoria de Especialidad</p> <p>Periodoncia 5% de altas de Periodoncia realizadas en embarazadas (primigestas y no primigestas) en AAE.</p> <p>Endodoncia 10% de altas de Endodoncia realizadas en embarazadas (primigestas y no primigestas) en AAE</p>	<p>(Nº de embarazadas en riesgo de parto prematuro egresadas de Tratamiento de Desinfección Bucal Total / Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas desde la Unidad Maternal)* 100</p> <p>(Nº de embarazadas primigestas y no primigestas ,con alta odontológica total que reciben CBT/Total de embarazadas con alta odontológica)*100</p> <p>Nº de embarazadas primigestas y no primigestas ,con alta odontológica por periodoncista AAE/Total de altas odontológicas de Periodoncia)*100</p> <p>(Nº de embarazadas primigestas y no primigestas ,con alta odontológica por Endodoncia AAE/Total de altas odontológicas de Endodoncia)*100</p>		<p>Terapia periodontal no quirúrgica diseñada para atacar tanto las bolsas periodontales, como los nichos intraorales de bacterias patógenas en un período de 24 horas (Nivel de Evidencia 2)</p> <p>Consejería breve antitabáquica</p> <p>Terapia</p>

Tema/ Prioridad	Objetivo	Meta	Indicador	Fuente Indicador	Intervención / recomendación
Cáncer de Mama	Reducción de la tasa de mortalidad estandarizada por edad en un 25% al 2010	<p>APS Incrementar la cobertura de screening mamográfico a mujeres de 50 y más años a un 25% el 2009.</p>	<p>Nº de mujeres de 50 Años o (*) años con <u>Mamografía Vigente</u> x 100</p> <p>Total de mujeres de 50 años o (*) años (inscritas)</p> <p>(*) = dependerá del presupuesto 2009</p>	REM-P 12 del DEIS	<p>-Programas de tamizaje con mamografía anual o cada 2 años en mujeres 50 a 69 años, asociados a examen de mama protocolizado, realizado por profesional capacitado (A1).</p> <p>- Tamizaje con mamografía en mujeres de riesgo, asociados a examen de mama protocolizado, realizado por profesional capacitado (A1).</p> <p>Derivación oportuna desde la APS a la UPM de los casos sospechosos. (ver Orientaciones Programáticas para la pesquisa y control del cáncer de mama y Guía clínica del EMP).</p>
		<p>AAE El 100% de los casos GES son atendidos dentro de 30 días desde su derivación.</p>	<p>Nº de casos GES <u>atendidos < a 31 días</u> x 100</p> <p>Total de casos GES derivados desde APS</p>	SIGGES	<p>Atención oportuna y según protocolo de los casos detectados</p> <p>-Confirmación, tratamiento y seguimiento de caso detectados. (Ver Guía Clínica de Cáncer de mama).</p>
		<p>Atención cerrada Aumentar el % de mujeres con cáncer de mama e indicación quirúrgica que accede a cirugía dentro de 30 días</p>	<p>Nº de mujeres con cáncer de mama e indicación quirúrgica que son tratadas <u>dentro de 30 días</u> x 100</p> <p>Total de mujeres con cáncer de mama e indicación quirúrgica.</p>	SIGGES	<p>Atención oportuna y según protocolo de los casos confirmados. (Ver Guía Clínica de Cáncer de mama).</p>
Cáncer Cervicouterino	Disminuir la mortalidad estandarizada en un 40% al 2010	<p>APS Aumentar la cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años de 62% a 80%</p>	<p>Nº de mujeres de 25 a 64 años con <u>PAP Vigente</u> x 100</p> <p>Total de mujeres de 25 a 64 años (inscritas)</p>	Citoexpert y REM -P 12 del DEIS	<p>-Programas de tamizaje institucionalizados en mujeres de riesgo que incluyan desde la promoción a la paliación (A1).</p> <p>-Toma de PAP en mujeres entre los 25 y 64 años, con énfasis en las mayores de 35 años (A1).</p> <p>-Derivación oportuna desde la APS a la UPC de los casos sospechosos. (Ver: Orientaciones Programáticas para la pesquisa y control del Cáncer Cervicouterino y Guía clínica del EMP 2008)</p>

		AAE El 100% de los casos GES son atendidos dentro de 30 días desde su derivación.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos GES atendidos } < \text{ a } 31 \text{ días}}{\text{Total de casos GES derivados desde APS}} \times 100$	SIGGES	Atención oportuna y según protocolo de los casos detectados (Ver Guía Clínica de Cáncer Cervicouterino).
		Atención cerrada Aumentar el % de mujeres con cáncer invasor e indicación quirúrgica que accede a cirugía dentro de 20 días	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con cáncer invasor e indicación quirúrgica que son tratadas dentro de } 30 \text{ días}}{\text{Total de mujeres con cáncer invasor e indicación quirúrgica.}} \times 100$	SIGGES	Atención oportuna y según protocolo de los casos confirmados. (Ver Guía Clínica de Cáncer Cervicouterino).

RECOMENDACIONES GENERALES

Es importante mantener la mirada priorizando a aquellas mujeres o parejas en riesgo biopsicosocial para apoyar precozmente el manejo de factores modificables.

En estos cuidados se debe cumplir con todas las recomendaciones planteadas en Pertinencia cultural.

Los equipos deberán desarrollar todas las estrategias necesarias para promover la salud sexual y reproductiva y prevenir los daños tales como: problemas con la expresión de una sexualidad sana, infecciones de transmisión sexual, etc. Se favorecerá el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a la población

Que lo demande, sin discriminación de edad, sexo ni opción sexual.

Promoción de estilos de vida saludable, prevención de enfermedades crónicas y realización del Examen de Medicina Preventiva.

I. Salud Sexual y Reproductiva

Implementación de un Modelo de Atención Personalizada, con énfasis en riesgo biopsicosocial en el Proceso Reproductivo

- Favorecer la implementación de espacios amigables para los talleres grupales de gestantes.
- Incorporar la pareja o acompañante en las actividades (control prenatal, talleres grupales, ecografías).

1. El Modelo de Atención Prenatal por gestante contempla:

- Un mínimo de 7 controles Prenatales, 4 sesiones grupales educativas en APS y 2 sesiones grupales educativas en la Maternidad (según evidencia, para gestantes de bajo riesgo).
- 4 sesiones grupales educativas en el nivel secundario para gestantes de alto riesgo
- Elaborar plan de atención individual, según necesidades de la gestante y familia
- Establecer un Sistema de Coordinación continua entre los niveles 1°, 2° y 3° para la realización del programa educativo. (Se recomienda designar un profesional de estos niveles para coordinar, realizar reuniones periódicas para evaluar el proceso).
- Consulta de morbilidad obstétrica en el nivel primario, para las gestantes y púerperas que presenten alteraciones.

2. Ingreso a control prenatal: se recomienda un mínimo de 60 minutos por gestante.

- Realizar énfasis en la detección y análisis de factores de riesgo psicosocial, entrega de una primera respuesta y consejería pre test VIH.
- Aplicar la Pauta Breve
- Establecer una relación de ayuda, según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo.

3. Controles prenatales: Rendimiento de 2 controles prenatales por hora, considera:

- Establecer en conjunto con la gestante y acompañante un plan de atención prenatal personalizado
- Acoger y guiar empáticamente a la gestante y acompañante
- Establecer diagnóstico de la gestación y condición fetal
- Evaluar a la gestante de acuerdo a factores de riesgo biomédico, psicosocial, familiar y laboral
- Motivar a la gestante en la continuidad y cumplimiento de las indicaciones, destacando la importancia del seguimiento de la evolución de la gestación en compañía de la pareja o persona significativa.
- Seguimiento de la gestante en riesgo psicosocial en cada control prenatal
- Detectar indicadores de riesgo en vínculo madre/hijo
- Entregar educación individual, según necesidades de la gestante y familia

4. Consejería PRE y Post Test para gestantes que acceden a Test de Elisa para VIH en 1° y 2° Control Prenatal, se recomienda un rendimiento de 60 minutos para realizar el ingreso a control y 40 minutos en el 2° control prenatal por gestante, para realizar la consejería.

5. Salud bucal: Las actividades educativas en salud bucal deberán estar integradas en toda la atención, de modo de reforzar la responsabilidad individual y colectiva del cuidado de la salud bucal.

6. Evaluación Nutricional:

- Evaluación nutricional anual a mujeres no gestantes bajo control en regulación de fertilidad y control ginecológico. Intervención nutricional pregestacional a mujeres en edad fértil con malnutrición por exceso.
- Evaluación nutricional a los 6 meses post-parto, para evaluar recuperación del peso pregestacional.
- Reclasificación en APS, de la diabetes gestacional a las 6 semanas post-parto. Esta medida es fundamental para ejercer acciones oportunas de prevención secundaria en aquellas mujeres que habiendo tenido diabetes gestacional mantengan esta condición después del parto.

7. Violencia sexual:

- Otorgar acogida a víctimas de violencia sexual, entrega de anticoncepción de emergencia a quienes lo soliciten y derivación a servicios de urgencia para diagnóstico y tratamiento de lesiones y prevención de infecciones.
- Desarrollar actividades de orientación, educación y comunicación que permita a las usuarias (os) de los servicios la toma de decisiones plenamente informadas en materia de sexualidad y reproducción.
- Orientar a las personas que soliciten anticoncepción de emergencia, a métodos de regulación sistemática de fertilidad.

8. Otros ámbitos:

- El énfasis de los equipos debe estar puesto en la pesquisa precoz, especialmente creando estrategias para los grupos menos consultantes y asegurando el cumplimiento de las garantías especificadas en el GES.
- Coordinación APS con niveles de mayor capacidad resolutive, intencionando contrarreferencia de esos niveles.
- Difusión a nivel de la comunidad de la oferta de servicios en SSR (Consejería en SSR y Regulación de Fertilidad)

- Monitoreos sistemáticos en actividades como el Control Preconcepcional, Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Preparación para el parto y la crianza, Lactancia Materna
- Promover el funcionamiento de clínicas de lactancia materna y acreditación de Hospitales y Centros de Salud amigos de la madre y el niño/a
- Compromiso del equipo de ejecutar la orientación y Difundir la actividad taller para la mujer en la mitad de la vida.

RESPONSABLES:

Directores de Consultorio, Jefes de sectores.

CUMPLIMIENTO:

Anual

5.- CUMPLIMIENTO EXIGENCIAS DE ACREDITACION Y AUTORIZACIÓN SANITARIA.

Para el año 2009 continúan en evaluación los 7 estándares que buscan la acreditación de nuestros centros de salud, sin embargo se suma una nueva exigencia la cual tiene relación con un proceso de autorización sanitaria para todos nuestros CESFAM y postas rurales.

Los Estándares para acceder a la Acreditación son:

- Estándar 1. Gestión Directiva
- Estándar 2. Satisfacción del Usuario
- Estándar 3. Gestión del Personal
- Estándar 4. Gestión Clínica
- Estándar 5. Actividades de Apoyo Clínico
- Estándar 6. Gestión en Red
- Estándar 7. Seguridad instalaciones y de Equipamiento.

Respecto de la autorización sanitaria la norma técnica básica para la obtención de ésta se compone de los siguientes lineamientos:

Todo Establecimiento Público o Privado de Salud destinado a efectuar procedimientos de Salud, ya sea dependencias Municipales o pertenecientes al Servicio de Salud, independientemente de su dominación actual de acuerdo a los planes y programas del Ministerio, tales como CESFAM o CES deberán obtener su autorización sanitaria de acuerdo a la norma técnica, las cuales se dividen en tres:

- ✓ Organización
- ✓ Recursos Humanos
- ✓ Infraestructura y Equipamiento

Ámbito de Aplicación:

Esta Norma Técnica se aplicara en todas las salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor dependientes del sistema público de Salud y establecimientos privados destinados a efectuar procedimientos de tipo diagnóstico y/o terapéutico, en pacientes ambulatorio las que deberán contar con autorización sanitaria de acuerdo a la norma técnica según prestaciones que realice el establecimiento.

La aplicabilidad de los requisitos de esta norma técnicas básicas, así como de sus anexos específicos, se define de acuerdo a catalogo de oferta de prestaciones y objetivo asistencial del establecimiento que solicita la autorización sanitaria.

1.- Organización: Su objetivo es que cada establecimiento define estructura organizacional, las responsabilidades y funciones de cada estamento, nivel jerárquico, reglamento interno de seguridad e higiene en el trabajo para prevenir y proteger a los pacientes, personal y público de los riesgos sanitarios y de siniestros que puedan ocurrir en las instalaciones. Además incluye la reglamentación interna (manual de normas y procedimientos) y documentación reglamentaria que demostrara el cumplimiento de la reglamentación vigente y sistema de recursos para recoger y sistematizar la información necesaria para demostrar las atenciones de salud, su conservación y confidencialidad y la gestión administrativa del establecimiento.

2.- Recursos Humanos: Su objetivo es que todo personal que participa en la atención del paciente, dispone de un título o certificado de competencia las cuales demuestran habilitación profesional y técnica que incluye el director del consultorio.

3.- Infraestructura: En cada establecimiento se debe tener en cuenta la accesibilidad, condiciones de seguridad general de cada sala de atención y procedimientos.

A continuación se describe algunas condiciones a cumplir: Recintos de área y superficies libre de humedad y/o filtraciones, muros, puertas, pisos y superficie lavables, instalaciones eléctricas seguras, instalaciones sanitarias libres de filtraciones y grifería funcionando, agua potable y aguas servidas autorizada, estacionamiento de ambulancia y transporte, plan de emergencia y vías de evacuación señalizadas claramente, espacios seguros que conduzcan a lugar seguro sin elementos que lo impidan el desplazamiento seguro en caso de evacuaciones, extintores operativos, almacenamiento de insumos clínicos y de medicamentos con barrera físicas para evitar la entrada de vectores de interés sanitario o su eliminación.

Contar con salas de espera, servicios higiénicos de público y personal, vestuario, comedor de personal, archivo, bodegas, sector de aseo y depósito transitorio de basura.

RESPONSABLES

Coordinador de salud, Directores de Consultorio, Jefe de Personal, Sub-directores administrativos, Unidad de Finanzas.

CUMPLIMIENTO:

Anual

6.- APLICACIÓN DE MODELO DE SALUD FAMILIAR

El año 2007 dimos como departamento de salud un salto sustantivo en la modalidad de atención a nuestros usuarios, logrando pasar de un modelo de atención biomédico a un modelo de atención biopsicosocial con enfoque comunitario. Este suceso nos permitió que fuesen reconocidos y acreditados nuestros 3 consultorios municipales de la comuna como CESFAM es decir Centros de Salud Familiar y Comunitario. Dado este paso para el año 2009 nos queda la tarea de Consolidar el modelo por medio de las siguientes actividades emanadas por el Servicio de salud Valparaíso San Antonio.

<p>ETAPA 4</p> <p>DE</p> <p>CONSOLIDACIÓN</p>	<p>Programación innovadora, propone nuevas estrategias y actividades. Integra el ciclo vital individual y familiar; se enfoca a resultados sanitarios, con énfasis en los procesos sin descuidar la cantidad; incrementa prevención y promoción; <u>Evidencia:</u> Programas innovadores, Incorpora acciones de seguimiento de problemas continuos de manera sistemática, objetivos apuntan a logros sanitarios.</p>	<p>1. En la programación se incluyen estrategias y actividades de gestión local de Acuerdo a necesidades locales y en busca de logro de objetivos sanitarios (mencionar al menos una)</p> <p>2. Esta programación innovadora cuenta con seguimiento y evaluación planificada y con instrumentos definidos de evaluación.(Señalar metas e indicadores)</p> <p>3. Se elaboran instrumentos de registro locales de acuerdo a necesidades (mencionar al menos uno).</p>
	<p><u>Organización:</u> Continúa trabajo sectorizado de manera sistemática. Programación sectorizada.</p>	<p>4. Se mantiene en forma estable el trabajo con población sectorizada.</p> <p>5. La programación de actividades del Centro se realiza por cada Sector.</p>
	<p>Recursos físicos y humanos adecuados al plan de salud definido con la comunidad.</p>	<p>6. El recurso humano se ajusta en cantidad y perfil a la definida por el Plan de salud Familiar III.</p> <p>7. Las características del espacio físico se ajustan a las definidas por Plan de Salud Familiar III.</p>
	<p>CESFAM reconocido y validado en la red: <u>Evidencia:</u> tiene representación en el CIRA (directa o indirectamente). Maneja y gestiona demanda coordinado con la red. Sistema de referencia y contrarreferencia expedito y funcionando.</p>	<p>8. El CESFAM está representado en el CIRA por su Director o por un integrante Del Dpto. de Salud al que pertenece.</p> <p>9. El centro coordina de manera efectiva la oferta y demanda tanto dentro del centro como con el resto de la Red</p>
	<p>Enfoque biopsicosocial y familiar es parte del quehacer y pensar habitual de los equipos: <u>Evidencia</u> en el tipo de registro en uso, en la existencia permanente de reuniones con análisis de casos de familia y seguimiento y en el registro adecuado de las intervenciones familiares. El diagnóstico familiar considera además de sus factores de riesgo, los factores protectores, entre ellos, sus redes de apoyo primarias y secundarias.</p>	<p>10. Formato de Estudio de Familia adecuado</p> <p>11. Los Estudios de Familia están accesibles al Equipo de Salud.</p> <p>12.El Estudio de Familias y su seguimiento son actividades incorporadas al quehacer habitual del equipo de salud (Registro actualizado de instrumentos aplicados en Cartola o Tarjetón Familiar).</p> <p>13. La intervención del Equipo de Salud con Familias priorizadas se realiza en forma planificada y sistemática (cobertura de Estudios de Familia planificado y progresiva).</p>

	Realiza de manera sistemática intervenciones promocionales, preventivas y curativas en familias, con adecuados criterios de focalización.	14. La focalización de las actividades está claramente definida 15. Las intervenciones incluyen actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de acuerdo a necesidades diagnosticadas.(registro estadístico de actividades realizadas)
	Fomento del autocuidado y estilos de vidas saludables, prevención y promoción incorporados como acciones habituales del Centro o en coordinación con otros sectores.	16. Existe Programa de Promoción de Salud por escrito cuyas actividades se insertan en el quehacer habitual del equipo de salud.(Estadística de actividades de promoción). 17. El programa de Promoción se elabora y ejecuta en coordinación con otros sectores sociales (nómina de participantes de equipo que elabora Plan de Promoción)
	Trabajo en red sanitaria y social: participa en el intersector,	18. El Centro participa en instancias de coordinación intersectorial asistencial y social en forma sistemática (mencionar al menos una de cada una)
	<u>Equipo:</u> Pro activo y con visión de largo plazo. Promotores del cambio. Sentido de pertenencia y apoyo mutuo. Relación de confianza con sus usuarios y familias. Desarrolla fortalezas en el aspecto ético. <u>Evidencia:</u> baja rotación profesional, bajo índice de ausentismo laboral, Proyectos innovadores, que consideran la ética en la atención de salud y responde a problemas más desatendidos o mejora estrategias en problemas atendidos.	19Se han elaborado instrumentos para medir satisfacción usuaria intraequipo y su aplicación evidencia alto grado de satisfacción de los integrantes del Equipo de Salud del Establecimiento. 20. El índice de ausentismo laboral del centro es bajo ó manifiesta un descenso en relación a períodos previos. 21. La tasa de rotación del personal del centro es bajo ó manifiesta un descenso en relación a períodos previos. 22. Incorporación de la Ética en las decisiones (actas). 23. Preocupación por los aspectos éticos de manera concreta: Comité de bioética intra Centro activo.

	<p><u>Participación:</u> La comunidad organizada participa en todas las etapas del proceso de planificación en base al diagnóstico participativo. El centro está representado en las instancias comunitarias. Hay movilización de recursos comunitarios. La OIRS se establece como elemento de control social.</p>	<p>24. El proceso de Planificación del Centro se realiza en forma participativa en todas sus etapas (Planificación participativa terminada y en el listado de integrantes que lo elabora se encuentra representada la comunidad)</p> <p>25. El Centro de Salud participa sistemáticamente en instancias de la comunidad organizada (mencionar al menos 1)</p> <p>26. La Comunidad se moviliza para generar recursos para actividades de salud (mencionar al menos 1 evento)</p> <p>27. la comunidad organizada participa en la Gestión de Reclamos del Centro.</p>
	<p>Medición de satisfacción usuaria de manera sistemática, con adecuaciones a las demandas pertinentes.</p>	<p>28. Los resultados de las encuestas de satisfacción usuaria son revisados con participación comunitaria y se planifican soluciones conjuntas.</p>

	<p><u>Resultados sanitarios</u> acordes a un trabajo permanente del equipo, preventivo y de seguimiento, basado en riesgos: mejora coberturas, compensaciones, disminuye complicaciones agudas y crónicas de enfermedades crónicas, disminuye hospitalizaciones evitables, disminuye daños en la familia tales como VIF, alcoholismo y drogadicción, mediante trabajo multisectorial.</p>	<p>29. Se evidencia un aumento sostenido en la cobertura y compensación de pacientes portadores de enfermedades catalogadas como crónicas (Estadística cobertura y compensación de Poblaciones Bajo Control).</p> <p>30. Se mide y se realiza seguimiento de las tasas de complicaciones en pacientes con patología caracterizada como crónica es baja o menor que en períodos previos.</p> <p>31. La tasa de hospitalización de pacientes con patologías caracterizadas como crónicas es baja o ha disminuido en relación a períodos previos.</p> <p>32. Existe un aumento sostenido en la cobertura de intervención en familias con riesgo medio o alto relacionada:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. VIF b. Beber problema c. Consumo de drogas de alguno de sus miembros. <p>33. Conoce las tasas nacionales y los resultados son comparados con estas.</p>
	<p>Atención basada en la evidencia existente: usa guías, protocolos, conectado a Medicina Basada en Evidencia</p>	<p>34. Se han elaborado o se utilizan las guías clínicas y protocolos que están en práctica en forma normada en el establecimiento se basan en Medicina basada en la evidencia.</p>
	<p>Investigación aplicada: tiene investigaciones sobre procesos locales</p>	<p>35. Se realiza investigación a nivel local con metodología investigación-acción (mencionar al menos una experiencia en el período).</p>
	<p>Apoya el desarrollo de otros Centros dentro y fuera de su comuna. Incluye el ser Centro de Pasantía nacional.</p>	<p>36. Se organizan actividades de apoyo y capacitación a otros equipos de salud en proceso de cambio de modelo (mencionar al menos 1 en el período).</p>

	Sistemas de mejoramiento continuo de la calidad: plan de mejoramiento, auditorias u otras	37. Se aplican sistemáticamente sistemas de control y evaluación de procesos y resultados internos (mencionar al menos 1).
	Plan de capacitación consensuado y conocido por el equipo, en función de necesidades	38. Existe programa de capacitación en ejecución, elaborado por equipo de salud de acuerdo a autodiagnóstico, 39. Este plan es conocido por todos.
	OTROS DESEABLES EN LA CONSOLIDACION	40. informatización de la información Estadística. 41. informatización de tarjeteros. 42. consultorio "sin papel"

RESPONSABLES:

Directores de Consultorio, Jefes de Sector, Equipos de sectores.

CUMPLIMIENTO:

Progresivo trimestralmente.

7.- PLAN COMUNAL DE REHABILITACIÓN.

El presente Plan de Rehabilitación Comunal, celebrado entre las partes que a continuación se señalan, Unidad de Rehabilitación de la Oficina de Discapacidad de la I. Municipalidad de San Antonio, dependiente de la Dirección de Desarrollo Comunitario, acreditada por SEREMI de Salud Valparaíso, mediante Res. N° 3159 con fecha 10 de Agosto del 2007, como Centro de Rehabilitación Integral; y el Centro de Rehabilitación con Base Comunitaria San Antonio de Padua, dependiente de la Dirección de Salud Municipal de la I. Municipalidad de San Antonio, define lo que sigue:

1. los centros de rehabilitación antes descritos han sido creados para entregar la mejor atención en salud a las personas con discapacidad de la comuna, entendiendo que no es posible abarcar la totalidad de pacientes y patologías existentes.

2. por lo anterior, y por expresa solicitud del Alcalde de la I. Municipalidad de San Antonio, se ha decidido crear el presente **PLAN DE REHABILITACIÓN COMUNAL**, mediante el cual sea posible entregar la mayor cantidad y calidad de prestaciones referentes a atención en salud a las

personas con discapacidad de la comuna, en centros especializados para la atención de patologías, niveles de discapacidad y grupos etáreos específicos.

3. la división de trabajo entre ambos centros será en reconocimiento a la supeditación inicial del Centro de Rehabilitación con Base Comunitaria San Antonio de Padua al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, desde el cual ha recibido de manera particular las normativas específicas en lo referente al cumplimiento de ciertas metas en salud.
4. por tal motivo, el Centro de Rehabilitación Integral de la Oficina de Discapacidad se acoplara a la tarea de Rehabilitación en la comuna, a través de patologías, niveles de discapacidad y grupos etéreos en los cuales el Centro San Antonio de Padua no realice intervención primaria, es decir, no sea de expresa y urgente atención de su parte y que no afecte por lo tanto el cumplimiento de las exigencias del Servicio de Salud para este centro.
5. El ingreso hacia ambos centros será de manera exclusiva a través de DERIVACION MEDICA, sea este de APS como del nivel secundario.
6. El desglose de las tareas que cada centro realizará se detallan en el siguiente cuadro resumen:

Centro de Rehabilitación Integral de la Oficina Comunal de la Discapacidad	Centro Comunitario de Rehabilitación San Antonio de Padua
♿ Niños y adolescentes, desde 0 a 20 años con discapacidad leve, moderada y severa, permanente o transitoria, de causa neuromotora, mental o psíquica.	
♿ Adultos desde 20 años en adelante, con discapacidad física LEVE, permanente o transitoria, según Índice de Katz.	♿ Adultos desde 20 años en adelante, con discapacidad física MODERADA y/o SEVERA, permanente o transitoria, según Índice de Katz
♿ Patologías GES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accidente Vascular Encefálico (secuela leve) 	♿ Patologías GES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Artrosis en mayores de 55 años, ▪ Artritis Reumatoide ▪ Accidente Vascular Encefálico (Secuela moderada y severa) ▪ Hernia de Núcleo Pulposo Lumbar.
♿ Patologías Osteomusculares ⁽¹⁾ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cervicobraquialgias ▪ Uncoartrosis o HNP Cervicales ▪ Lumbago mecánico ▪ Epitrocleítis – Epicondilitis ▪ Síndrome de Túnel Carpiano ▪ Tenosinovitis de Quervain ▪ Esguinces grado II 	♿ Patologías Osteomusculares ⁽¹⁾ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lumbago no mecánico ▪ Hombro doloroso ▪ Gonalgia

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espolón Calcáneo ▪ Disfunción sacroilíaca ▪ Escoliosis (Índice de Katz con discapacidad leve) 	
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Patologías de tratamiento exclusivo de profesional Psicólogo ⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión Leve y Moderada, ▪ Trastornos de ansiedad ▪ Trastornos de conducta ▪ Trastornos alimenticios ▪ Evaluaciones Psicometrías 	
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Patologías de tratamiento exclusivo de profesional Fonoaudiólogo ⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos del lenguaje. ▪ TEL * ▪ Disartria ▪ Afasia 	

⁽¹⁾ Sintomatología Osteomuscular con diagnóstico, control médico y tratamiento farmacológico en APS. Atención a tales patologías en todos sus grados.

⁽²⁾ Patologías Psicológicas, deberán ser evaluadas previamente por médico APS y con tratamiento farmacológico, de ser necesario. La Depresión severa no se atenderá por ser patología GES de atención secundaria. En el caso de las Evaluaciones Psicométricas el algoritmo de derivación y solicitud de evaluación será presentado más adelante.

No ingresan a Psicoterapia niños menores a 5 años, ni personas con retardo mental. Toda patología psicológica a tratar debe ser producto, o estar en directa relación, con la discapacidad de un integrante del núcleo familiar.

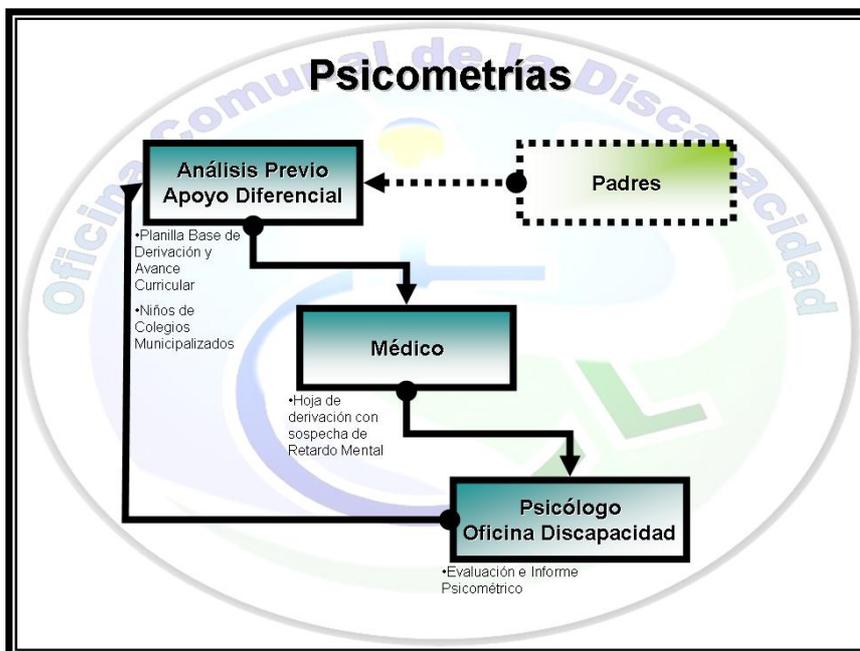
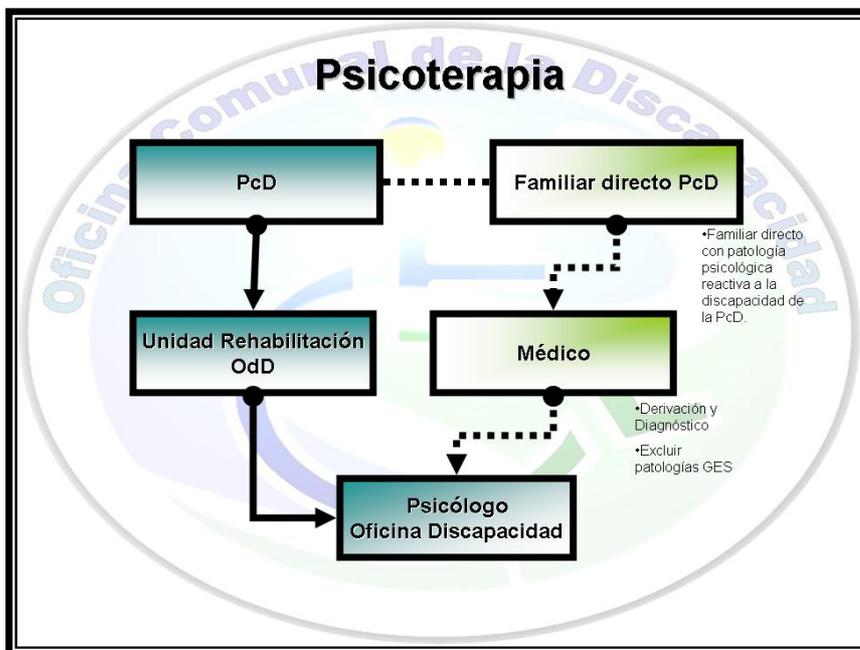
⁽³⁾ Patologías Fonoaudiológicas. La solicitud de evaluación y/o tratamiento de parte de escuelas, colegios o jardines infantiles, se deberá realizar hacia médico quien derivará en caso de ser necesario. Para la asistencia a sesión de este profesional, el niño deberá ingresar con certificado escolar y médico. En el caso de los adultos, éstos deberán ingresar con derivación médica.

*** En el caso de TEL, la intervención se limitará solamente a Evaluación y Derivación. No se realizará tratamiento en esta patología. El modo de ingreso será de igual manera a lo anteriormente enunciado.**

7. las prestaciones entregadas por cada centro, son las siguientes

Centro de Rehabilitación Integral de la Oficina Comunal de la Discapacidad	Centro Comunitario de Rehabilitación San Antonio de Padua
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Kinesiología ⌘ Psicología ⌘ Terapia Ocupacional ⌘ Fonoaudiología ⌘ Podología ⌘ Administración y ayudas técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Trabajo social ⌘ Kinesiología ⌘ Terapia Ocupacional: Taller de Ortesis.

Anexo 1
Algoritmos de Derivación Psicológica
Centro de Rehabilitación Integral de la Oficina de Discapacidad



8.- PLAN COMUNAL DE PROMOCIÓN

PROGRAMACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN

Región:	VALPARAISO
Servicio de Salud:	VALPARAISO – SAN ANTONIO
Comuna:	SAN ANTONIO
Provincia:	SAN ANTONIO
Responsable del Plan: Encargada Comunal de Promoción	KATHERINA HRZIC MIRANDA
Cargo:	KINESIOLOGA – ENCARGADA COMUNAL DE PROMOCION DE SALUD
Dirección:	JOSE MIGUEL CARRERA 1015 SAN ANTONIO
Dirección Postal	
Teléfono	035 – 281790
Fax:	035 – 281790
Correo electrónico	katherinahrzic@gmail.com

Índice de Pobreza Comunal: 17,4 %

Porcentaje de Ruralidad Comunal: 4,3 % (INE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA)

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

SI: NO:

2. COMITÉ COMUNAL DE PROMOCIÓN VIDA CHILE: Funcionamiento del Comité

Cronograma anual de reuniones – Adjunta: SI NO

Plan de trabajo año 2008 – Adjunta: SI NO

Datos del Coordinador/a

Nombre del Coordinador/a	KATHERINA HRZIC MIRANDA
Teléfono de Contacto	035 – 281790
Fax	035 – 281790
Correo Electrónico	katherinahrzic@gmail.com
Dirección	JOSE MIGUEL CARRERA 1015 SAN ANTONIO

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

N°	Nombre Organizaciones sociales y comunitarias	Nombre de Instituciones Públicas, Privadas, dependencias Municipales, ONGs
1	Consejos locales consultorios: Diputado Manuel Bustos, San Antonio, Barrancas, 30 de marzo, Dr. Néstor Fernández Thomas.	1 Departamento de Salud Municipal
2	Agrupación Vale Tú Vida	2 Junji
3	Consejo Local Cecof Cerro Alegre	3 Integra
4	Iglesia Adventista del 7° día	4 Esval
5		5 Consultorio San Antonio
6		6 Consultorio Manuel Bustos
7		7 Consultorio 30 de Marzo
N		8 Consultorio Néstor Fernández Thomas
		9 Consultorio Barrancas
		10 Cecof Cerro Alegre
		11 Postas Rurales

Se incluirán otras organizaciones sociales post reunión de sensibilización con Alcalde de la Comuna

3. OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS

Cuadro 3: Objetivos y metas del Plan Comunal 2008

Objetivo General del Plan	Mejorar la Calidad de Vida de la Comuna de San Antonio fomentando estilos de Vida Saludable
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentación y Nutrición: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar hábitos de alimentación saludable en la comuna. 2. Actividad Física <ul style="list-style-type: none"> • Promover la actividad física en los distintos grupos etáreos de la comuna 3. Tabaco: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a la comuna de San Antonio sobre los efectos nocivos del Tabaco • Promover acciones que fomenten y potencien el control social de la Ley 19.419 en la comuna 4. Ambiente Sano y Seguro: <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a la comuna en los problemas de salud ambiental que influyen en la calidad de vida de sus habitantes 5. Zoonosis y Vectores: <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar acciones que promuevan la salud de las personas en relación al riesgo de contagio por vectores o zoonosis. 6. Salud Ocupacional: <ul style="list-style-type: none"> • Promover acciones que fomenten la salud laboral de los funcionarios en el interior de los Centros de Salud de la Comuna

	<p>7. Consumo Alcohol y Drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar acciones que tiendan a disminuir el consumo del Alcohol y Drogas en la Comuna de San Antonio. <p>8. Salud Sexual y VIH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar acciones en el ámbito de Salud sexual y/o prevención del VIH-SIDA y ETS en la comuna de San Antonio <p>1. Salud Bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar acciones que promuevan la Salud Bucal en los distintos grupos etéreos de la Comuna <p>2. Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar acciones de promoción en salud mental en los distintos grupos etéreos de la Comuna
--	---

Intervenciones temáticas en Promoción de la Salud (Componentes PRSP)	Metas 2008	Indicadores de las Metas
Alimentación y Nutrición	<p>1.1 Capacitar al 10% de cada estamento educativo de EEPS Seleccionadas (POETA PABLO NERUDA Y SAN JOSÉ DE CALAZANS), en Alimentación Saludable.</p> <p>1.2 Capacitar al 10% de cada estamento educativo de las EEPS (a Acreditar), en alimentación saludable.</p> <p>1.3 Difundir a la comunidad a través de 72 cuñas radiales al año, el fomento de la lactancia materna</p> <p>1.4 Difundir a la comunidad a través de 72 cuñas radiales al año, el fomento de la alimentación saludable</p> <p>1.5 Difundir a la comunidad a través de la instalación de lienzos el fomento de la alimentación saludable</p> <p>1.6 Promover la alimentación</p>	<p>- N° de personas de los establecimientos de educación seleccionados regionalmente con capacitación en alimentación saludable/ total de personas de los establecimientos seleccionados regionalmente x 100</p> <p>- N° de personas de las EEPS con capacitación en alimentación saludable/ total de personas de los establecimientos seleccionados x 100</p> <p>- Actividad realizada/ Total actividades programadas x 100.</p> <p>- Actividad realizada/ Total actividades programadas x 100.</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p>

	<p>saludable a través de la instalación de paneles educativos en las salas de espera de los consultorios de APS de la Comuna.</p> <p>1.7 Difusión de la Alimentación Saludable, a través de una Feria de Promoción de la Salud, para sensibilizar y reforzar respecto de estos temas, a los asistentes.</p> <p>1.8 Promover la Lactancia Materna a través de diversas actividades en cada uno de los Consultorios de APS de la Comuna.</p> <p>1.9 Incentivar a la Comunidad de San Antonio, en el tema de alimentación saludable por intermedio del Concurso de Platos Saludables.</p> <p>1.10 Incorporar el tema de la alimentación saludable a 70 niños de la comuna a través del "Concurso Pictórico de Alimentación Saludable al Aire Libre".</p> <p>1.11 Realizar 500 Consejerías breves sobre Alimentación Saludable a los usuarios de los Consultorios de Atención Primaria de Salud.</p> <p>1.12 Realizar diagnóstico nutricional al 100 % de los niños de kinder, 1º Básico de la EEPS seleccionadas regionalmente.</p> <p>1.13 Derivar a APS al 30 % de los alumnos de kinder, 1º básico de EEPS Seleccionadas con diagnóstico de obesidad.</p> <p>1.14.- Difusión de Alimentación Saludable a través de una Página Web.</p> <p>1.15.- Difundir la Lactancia Materna a través del Concurso de Poesía "Alimenta tu Creatividad" dirigido a los estudiantes de 7º y 8º básico de la Comuna de San Antonio</p>	<p>-Nº de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>-Nº de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>-Nº de participantes del concurso Alimentación Saludable/ N° total de participantes programados x 100.</p> <p>-Nº de participantes del Concurso Alimentación Saludable al Aire Libre/ N° total programado x 100.</p> <p>-Nº de Consejerías realizadas/ N° de Consejerías Programadas x 100.</p> <p>-Nº de Niños con Diagnóstico Nutricional / Total de alumnos x 100.</p> <p>-Nº de Alumnos derivados/ Total de Alumnos con Obesidad x 100.</p> <p>-Nº de personas que visitan la Página Web/ N° de Visitas Programadas x 100</p> <p>- N° de estudiantes que participan en el Concurso/total de estudiantes invitados x 100</p> <p>- N°. de asistentes a jornada de Capacitación/ N°. de representantes invitados</p>
--	---	--

	1.16.- Concurrencia de encargadas de Promoción de Salud de cada uno de los Consultorios APS y representante de escuelas pertenecientes a la Comisión Mixta Salud Educación, a la 2º Jornada de Actualización en Alimentación Saludable y Actividad Física organizada por la Seremi.	
--	---	--

Actividad Física	<p>2.1 Capacitar en actividad física, al 10% de las EEPS Seleccionadas Regionalmente (POETA PABLO NERUDA Y SAN JOSÉ DE CALAZANS).</p> <p>2.2 Difundir a la comunidad a través de 72 cuñas radiales el fomento de la actividad física</p> <p>2.3 Difundir a la comunidad a través de la instalación de lienzos la práctica de la actividad física.</p> <p>2.4 Promover el fomento de la actividad física, a través de paneles educativos instalados en las salas de espera de los consultorios de APS</p> <p>2.5 Capacitar al 10% de cada estamento de EEPS (a Acreditar), el fomento de la actividad física</p> <p>2.6 Sensibilizar en el tema de Actividad Física, a través de la realización de 1 Feria de Promoción de la Salud.</p> <p>2.7. Promover la actividad física regular a través de un evento denominado "Comparsa Nutre tu Vida", con la participación de los Jardines Infantiles de la Comuna.</p> <p>2.8 Motivar la práctica de la actividad física a 70 personas de la comunidad a través de un mega evento de Baile Entretenido denominado "muévete San Antonio".</p> <p>2.9 Difusión de prácticas de actividad</p>	<p>-Nº de personas capacitadas/Nº total de personas pertenecientes a la Comunidad Educativa x 100.</p> <p>-Nº cuñas realizadas/Nº cuñas programadas x 100.</p> <p>-Nº de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>-Nº de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>-Nº de personas capacitadas/ Nº total de personas x 100</p> <p>-Nº. de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- Nº. de personas participantes/ Nº. de personas programadas x 100.</p> <p>- Nº. de personas asistentes/ Nº de personas programadas X 100.</p> <p>- Nº. de visitas a la Página/ Nº. de visitas programadas x 100.</p> <p>- Nº. de personas asistentes/ Nº. de personas programadas X 100.</p>
-------------------------	---	--

	<p>física para la prevención del sedentarismo y obesidad, a través de la Página Web de Promoción</p> <p>2.10 Promover la Actividad Física en los escolares a través del Concurso "Enchula tu Lienzo"</p>	
--	--	--

Tabaco	<p>3.1 Capacitar en Promoción Antitabaco y Legislación vigente, al 10% de cada estamento (profesores, apoderados, alumnos, auxiliares y administrativos), de las EEPS Seleccionadas (POETA PABLO NERUDA Y SAN JOSÉ DE CALAZANS).</p> <p>3.2 Propagar a la comunidad a través de 72 cuñas radiales el efecto dañino del tabaco y su legislación.</p> <p>3.3 Difundir en la Sala de Espera de los Consultorios, a través de la instalación de paneles informativos (uno en cada Establecimiento de APS), los efectos nocivos del tabaco y la Ley existente.</p> <p>3.4 Promoción a la comunidad, a través de la instalación de 1 lienzo en el frontis de cada Consultorio, acerca de la importancia de Ambientes Libres del Humo del Tabaco.</p> <p>3.5 Capacitar al 10% de cada estamento (profesores, personal administrativo, apoderados, auxiliares y alumnos) de las EEPS (a Acreditar), en la Ley de tabaco.</p> <p>3.6 Sensibilizar 500 personas de la comunidad acerca de los efectos nocivos del tabaco a través de consejerías breves</p> <p>3.7 Lograr que 300 hogares de la Comuna, se acrediten como Ambientes Libres del Humo del Tabaco en colaboración con las Salas IRAs de la Comuna</p>	<p>- N° de personas capacitadas / N° total de personas pertenecientes a los establecimientos seleccionados x 100</p> <p>- N° de cuñas radiales realizadas / N° de cuñas radiales programadas x 100.</p> <p>-N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>-N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de personas capacitadas/ N° total de personas de los EEPS x 100.</p> <p>- N° de consejerías realizadas / N° de Consejerías programadas x 100.</p> <p>- N° de hogares acreditados como ambientes libres del humo del tabaco / N° hogares programados x 100.</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>-N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p>
---------------	--	---

	<p>3.8 Sensibilizar en el tema de tabaquismo a los asistentes de la Feria de Promoción de Salud que se realizarán en la Comuna.</p> <p>3.9 Celebración del “Día Mundial sin Fumar”, convocando a la comunidad a una “Caminata”.</p> <p>3.10 Incentivar la cesación tabaquica a través del Seminario para dejar de Fumar.</p> <p>3.11 Capacitar en Legislación Antitabaco al 30 % de las Organizaciones Sociales participantes del Comité Vida Chile.</p> <p>3.12.- Difusión de la Ley Anti- tabaco y efectos nocivos del tabaco, a través de la Página Web de Promoción.</p> <p>3.13.- Incentivar la incorporación de a lo menos 1 colegio de la Comuna al Concurso La Clase Sin Humo</p>	<p>-Nº de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- Nº. de personas capacitadas/ Nº. total de participantes del Comité x 100.</p> <p>-Nº. de visitas / Nº. de Visitas programadas x 100.</p> <p>- Nº de escuelas participantes en el Concurso La Clase Sin Humo</p>
--	---	---

<p>Ambiente Sano y Seguro</p>	<p>4.1 Propagar a la comunidad a través de 20 cuñas radiales, el fomento de la salud ambiental</p> <p>4.2 Difundir a la comunidad a través de la confección de 1 lienzo el cuidado del Medio Ambiente.</p> <p>4.3 Promover a los pacientes de la sala de espera de los consultorios de APS a través de la instalación de paneles educativos sobre el cuidado ambiental.</p> <p>4.4 Capacitar al 10% de los alumnos de las EEPS a acreditar, sobre la</p>	<p>- Nº de cuñas radiales realizadas/ Nº de cuñas radiales programadas x 100.</p> <p>- Nº de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- Nº de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- Nº de alumnos capacitados / Nº total de alumnos de los establecimientos x 100.</p> <p>- Nº de personas sensibilizadas/</p>
--------------------------------------	--	---

	<p>protección del medio ambiente.</p> <p>4.5 Sensibilizar a la comunidad sobre el cuidado del medio ambiente en la Feria de la Promoción de Salud.</p> <p>4.6 Promover el cuidado del medio ambiente por intermedio de la celebración del día mundial de la Tierra.</p> <p>4.7 Lograr a través de 8 campañas educativas la promoción de estilos de vida saludable medioambientales</p> <p>4.8.- Difusión del cuidado del Medio Ambiente, a través de la Página Web de Promoción.</p> <p>4.9.- Promover el cuidado del Medio Ambiente a través de la implementación de a lo menos un Huerto Orgánico en la comunidad escolar de San Antonio</p> <p>4.10.- Sensibilizar a la Comunidad Escolar acerca del Cuidado del Medio Ambiente a través de rondas educativas a Huerto Orgánico</p> <p>4.11.1 Sensibilizar sobre Agua Potable Rural a comunidad de San Antonio a través de entrega de material informativo y asistencia a la capacitación organizada por la Seremi de la encargada Comunal de promoción de Salud</p>	<p>Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de campañas realizadas / N° de campañas programadas x 100.</p> <p>- N° de visitas/ N° de visitas programadas x 100.</p> <p>- Actividad realizada</p> <p>- Actividad realizada</p> <p>- Actividad realizada</p>
--	---	---

Zoonosis y vectores	<p>5.1.- Propagar a la comunidad a través de 20 cuñas radiales, el fomento de la salud respecto al tema de zoonosis, principalmente la prevención de la rabia y enfermedades transmitidas por</p>	<p>- N° de cuñas radiales realizadas/ N° de cuñas radiales programadas x 100.</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/</p>
----------------------------	---	---

	<p>mosquitos</p> <p>5.2.- Promover a los pacientes de la sala de espera de los consultorios de APS a través de la instalación de paneles educativos la prevención de la rabia y enfermedades transmitidas por mosquitos</p> <p>5.3.- Lograr a través de Campañas educativas en las EEPS la promoción de salud en relación a la zoonosis</p>	<p>Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p>
Salud Ocupacional	<p>6.1.- Realizar diagnóstico de niveles de estrés a lo menos en 1 consultorio de APS de la Comuna a través de la Encuesta de Estrés Laboral.</p> <p>6.2.- Desarrollar un proceso socioeducativo destinado a promover la Salud Ocupacional de los Consultorios de APS de la Comuna de San Antonio</p> <p>6.3.- Incentivar la Salud Ocupacional por medio de la participación de los funcionarios de salud en actividades recreativas en a lo menos 3 consultorios de APS de la Comuna.</p>	<p>- Actividad Realizada</p> <p>- Actividad Realizada</p> <p>- N° de funcionarios que participan en Actividades de Salud Laboral/ Total de Funcionarios x 100</p>
Consumo alcohol y drogas (accidentes y violencia)	<p>7.1 Propagar a la comunidad a través de 20 cuñas comunicacionales, los daños nocivos del consumo alcohol y drogas.</p>	<p>- Actividad realizada</p>
Salud Sexual y VIH/SIDA	<p>8.1 Promover la prevención del VIH SIDA Y ITS, a los pacientes de la sala de espera de los Consultorios de APS, a través de paneles educativos.</p> <p>8.2 Propagar la prevención del VIH SIDA y ITS a 100 adolescentes pertenecientes a los establecimientos de educación seleccionados, de la comuna identificados con Tribus Urbanas</p> <p>8.3 Sensibilizar en el tema de prevención de VIH SIDA y ITS a través de la realización de 1 Ferias de Promoción de Salud</p> <p>8.4 Sensibilizar a la población sobre la prevención del VIH/SIDA (Día Mundial del SIDA Y CANDLELIGHT), a través de dos eventos masivos en el Paseo Bellamar.</p>	<p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de adolescentes capacitados/ N° de adolescentes programados x 100.</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° Eventos realizados/ N° Eventos Programados x 100.</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de visitas / N° de visitas programadas x 100.</p>

	8.5 Difusión a través de la Página Web de Promoción la prevención del VIH – SIDA y ITS	
--	--	--

Salud Bucal	<p>9.1.- Propagar a la comunidad a través de 20 cuñas radiales, el fomento de la salud bucal</p> <p>9.2 Promover la salud bucal y fomentar hábitos de cuidado e higiene oral desde edades tempranas</p> <p>9.3 Promover la salud bucal y reforzar hábitos orales en la adolescencia y eliminar aquellos que pudieran instaurarse en esta etapa vital</p> <p>9.4 Fomentar la salud bucal y la necesidad de control odontológico prematuro en mujeres embarazadas primigestas y no primigestas controladas en los consultorios de APS de la Comuna</p>	<p>- Actividad Realizada</p> <p>- N° niños capacitados/ N° de niños programados x 100</p> <p>- N° de adolescentes capacitados/ N° de adolescentes programados</p> <p>- N° de primigestas capacitadas/N° de primigestas programadas</p>
Salud Mental	<p>10.1 Motivar las buenas relaciones interpersonales a través de la celebración de 12 fechas planificadas por el Comité Vida Chile</p> <p>10.2 Difundir a la comunidad a través de lienzos, los factores protectores psicosociales, colocando énfasis en la comunicación y afectividad intrafamiliar</p> <p>10.3 Difusión de la Comunicación Familiar y desarrollo de la Afectividad al interior de las Familias a través de la Página Web de Promoción.</p> <p>10.4 Conmemoración del Día de la</p>	<p>- N° Celebraciones realizadas / N° Celebraciones programadas x 100.</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de visitas / N° de Visitas programadas x 100</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p> <p>- N° de personas sensibilizadas/ Total de personas programadas x 100</p>

	<p>Comunicación Familiar en un Consultorio de APS de la comuna.</p> <p>10.5 Fomentar la salud mental y la calidad de desarrollo psicológicos de los niños de las EEPS a través de talleres educativos</p> <p>10.6 Incentivar la Buenas Relaciones Interpersonales y la Afectividad a través del Concurso de Cuentos, Poesía y Relatos "Y tú, ¿como amas?"</p>	
<p>Otro/s Componente/s. Especificar: Imagen Corporativa.</p> <p>Proyectos Comunitarios</p> <p>Proyectos locales por Consultorios</p> <p>Evaluación Final del Proyecto de Promoción Comunal</p>	<p>11.1 Potenciar la imagen corporativa del Comité Vida Chile en la Comunidad</p> <p>12.1 Llamado a Concurso a las Organizaciones Comunitarias del Comité Vida Chile para desarrollo de Proyectos orientados al fomento de Estilos de Vida Saludable</p> <p>13.1 Asignación de recursos a la comunidad a través de proyectos locales para el desarrollo de actividades de promoción en cada uno de los Consultorios de APS</p> <p>14.1 Realización de una jornada de evaluación del Plan Comunal de Promoción de la Salud 2008</p>	<p>- Actividad Realizada</p> <p>- N°. realizados/ n°. de concursos programados x 100</p> <p>- N° de beneficiarios directos/n° de beneficiarios programados</p> <p>- Actividad Realizada</p>

Área Temática 1: Alimentación y Nutrición

Area Temática 2: Actividad física					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	<i>Cantidad de Actividades</i>	<i>Beneficiarios hombres (directos)</i>	<i>Beneficiarias mujeres (directas)</i>	<i>Total Beneficiarios Directos</i>
Comunicacional	META 2.2 2.2.1.- Intervención en 72 programas radiales para motivar la Actividad Física en la comunidad de San Antonio, informando acerca de los beneficios como factor protector de la salud.	72	3.010	3.990	7000
	META 2.3 2.3.1.- Confección e instalación de lienzos con mensajes relacionados con la práctica y beneficios de la Actividad Física.	6	860	1.140	2000
	META 2.4 2.4.1.- Instalar Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud que incluyan pautas sobre prácticas de Pausas Activas en los lugares de trabajo, en el hogar, etc.	252	860	1.140	2000
	META 2.9 2.9.1.- Diseño, edición y mantención de Página Web de Promoción de la comuna de San Antonio.	1	59	79	138

Educativas	META 2.1				
	2.1.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica de las EEPS Seleccionadas (POETA PABLO NERUDA Y SAN JOSÉ DE CALAZANS), en prácticas físicas entretenidas para ejecutar durante los recreos.	2	36	48	84
	2. 1.2.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados, los beneficios de incluir actividades deportivas en las mallas curriculares de los colegios ó en Talleres extra programáticos (POETA PABLO NERUDA Y SAN JOSÉ DE CALAZANS)	6	43	57	100
		6	43	57	100
	META 2.5				
	2.5.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica, en prácticas físicas entretenidas para ejecutar durante los recreos.				
2. 5.3.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados los beneficios de incluir actividades deportivas en las mallas curriculares de los colegios ó en Talleres extra programáticos.					

Comunitarias Participación	META 2.6 2.6.1.- Ejecución de feria de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo (trípticos/ dípticos/Recetarios, etc.), acerca de la práctica de actividad física.	2	69	91	160
	META 2.7 2.7.1.- Realización de un encuentro masivo denominado Comparsa Nutre Tu Vida por la Avenida Barros Luco, arteria principal de la Comuna.	1	65	86	150
	META 2.8 2.8.1.- Realización de un mega evento de Baile ntretenido, con la participación de monitores que motiven la actividad, con invitación a las autoridades y comunidad de San Antonio.	1	86	114	200
	META 2.10 2.10.1.- Realización de un Concurso Enchula tu Lienzo dirigido a estudiantes de 7 y 8° básico de la Comuna de San Antonio	1	86	114	200

Área Temática 3: Tabaco					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	<i>Cantidad de Actividades</i>	<i>Beneficiarios hombres (directos)</i>	<i>Beneficiarias mujeres (directas)</i>	<i>Total Beneficiarios Directos</i>
Comunicacional	META 3.2 3.2.1 Intervención en 72 programas radiales para promover la cesación tabaquica y difusión de la Ley 19419	72	3.010	3.990	7000
	META 3.3 3.3.1 Instalar Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud de la Comuna, que incluyan consejos para la cesación tabaquica	252	645	855	1500
	evidenciando el efecto dañino del hábito y exposición permanente de la Ley 19.419.	6	430	570	1000
	META 3.4 3.4.1 Instalación de Lienzos en los Centros de Salud, que incluyan mensajes con énfasis en los efectos dañinos de Tabaco.	1	123	163	286
	META 3.12 3.12.1.- Diseño, edición y mantención de Página Web de Promoción de la comuna de San Antonio.				

Educativas	META 3.1				
	3.1.1 Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica de las EEPS Seleccionadas (POETA PABLO NERUDA Y SAN JOSÉ DE CALAZANS), destinados a identificar los efectos nocivos del Tabaquismo	2	172	228	400
	3. 1.2.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados orientados al conocimiento de la Legislación antitabaquica e implementación de consejerías breves en el estamento estudiantil.	2	65	86	150
	META 3.5				
	3.5.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica de las EEPS (a Acreditar), destinados a identificar los efectos nocivos del Tabaquismo	6	62	82	144
3.5.2.- Talleres dirigidos a Profesores, Administrativos y Apoderados orientados al conocimiento de la Legislación antitabaquica e implementación de consejerías breves en el estamento estudiantil.	6	49	66	115	
	META 3.13				
	3.13.1.- Incentivar a través de actividades que a lo menos 1 colegio de la Comuna participe en el Concurso Nacional La Clase Sin Humo.				

Comunitarias Participación	META 3.6 3.6.1.- Realizar Consejerías Antitabáquicas Breves a 500 usuarios de los Consultorios de APS de la Comuna.	500	1.720	2.280	4.000
	META 3.7 3.7.1.- Efectuar 300 acreditaciones de Hogares Libres del Humo del Tabaco en la Comuna de San Antonio	300	516	684	1200
	META 3.8 3.8.1.- Ejecución de Feria de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo (trípticos/ dípticos/consejos.), acerca de los efectos nocivos del tabaco y consejos para la cesación de éste.	2	69	91	160
	META 3.9 3.9.1.- Realización de un encuentro masivo denominado "Caminata por un Ambiente Puro" en conmemoración del Día Mundial sin Fumar.	1	86	114	200
	META 3.10 3.10.1.- Seminario para dejar de Fumar organizado por la Iglesia Adventista y el Comité Vida Chile	5	43	57	100
	META 3.11 3.11.1.- Realizar capacitaciones sobre legislación anti – tabaco a los representantes de las Organizaciones Sociales del Comité Vida Chile	2	8	10	18

Área Temática 4: Ambiente Sano y Seguro					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	Cantidad de Actividades	Beneficiarios hombres (directos)	Beneficiarias mujeres (directas)	Total Beneficiarios Directos
Comunicacional	META 4.1 4.1.1.- Intervención en 20 programas radiales para promover el cuidado del Medio Ambiente.	20	1.290	1.710	3.000
	META 4.2 4.2.1.- Confección de un Lienzo que incluya mensajes sobre el Cuidado del Medio Ambiente.	1	645	855	1.500
	META 4.3 4.3.1.- Instalar Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud de la Comuna, que incluyan mensajes relacionados con el cuidado del Medio Ambiente.	252	430	570	1.000
	META 4.8 4.8.1.- Diseño, edición y mantención de Página Web de Promoción de la comuna de San Antonio.	1	36	48	84

Educativas	META 4.4 4.4.1.- Talleres dirigidos a los niños de enseñanza básica de las EEPS de la Comuna , destinados a motivar la formación de Brigadas Ecológicas	6	172	228	400
	META 4.7 4.7.1.- Realización de 8 campañas educativas de promoción de estilos de vida saludable <ul style="list-style-type: none"> • Uso racional de agua • Meningitis viral • Intoxicación alimentaria por consumo de mariscos crudos • IRA • Contaminación ambiental • Enfermedades entéricas • Hanta • Rabia 	7	1.290	1.710	3.000
	META 4.11 4.11.1 Asistencia de Encargada Comunal de Promoción de Salud a la capacitación sobre Agua Potable Rural organizada por la Seremi durante el 3 y 4º trimestre cuya finalidad es establecer las bases para el trabajo en este rubro para el año 2009	1			1
	4.11.2 Distribuir material educativo sobre Agua Potable Rural en las localidades de Malvilla, Cuncumén y Viñas de Santo Domingo.	5			150
	4.11.3 Asistencia de Encargada Comunal de Promoción de Salud a la Capacitación de Abastos Unifamiliares Rurales Dispersos organizado por la Seremi de Salud	1			1

Comunitarias Participación	META 4.5 4.5.1.- Ejecución de 1 Ferias de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo (trípticos/ dípticos/consejos.), con énfasis en el Cuidado del Medio Ambiente	2	69	91	160
	META 4.6 4.6.1.- Realización de un encuentro escolar "Cuidemos Nuestro Planeta", en conmemoración del "Día Mundial de la Tierra"	1	43	57	100
	META 4.9 4.9.1 Implementación de un Huerto Orgánico Piloto en la Comunidad Escolar de San Antonio	4	43	57	100
	META 4.10 4.10.1 Realización de visitas educativas en Huerto Bio - Orgánico Leonor	10	43	57	100

Área Temática 5: Zoonosis y Vectores					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	<i>Cantidad de Actividades</i>	<i>Beneficiarios hombres (directos)</i>	<i>Beneficiarias mujeres (directas)</i>	<i>Total Beneficiarios Directos</i>
Comunicacional	META 5.1 5.1.1.- Intervención en 20 programas radiales para promover la prevención de la rabia y contagio de enfermedades por mosquitos	20	1.290	1.710	3.000
	META 5.2 5.2.1.- Instalar Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud de la Comuna, que incluyan mensajes relacionados con la prevención de la zoonosis	252	30	570	1.000

Educativas	META 5.3 5.3.1.- Realización de campañas educativas en las EEPS con temas referentes a la rabia y a la prevención de enfermedades transmitidas por mosquitos.	8	103	137	240
Comunitarias Participación					

Área Temática 6: Salud Ocupacional					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	Cantidad de Actividades	Beneficiarios hombres (directos)	Beneficiarias mujeres (directas)	Total Beneficiarios Directos
Comunicacional					
Educativas					

Comunitarias Participación	META 6.1 6.1.- Realizar diagnóstico de niveles de estrés a lo menos en 1 consultorio de APS de la Comuna a través de la Encuesta de Estrés Laboral.	3	30	40	70
	6.1.2.- Aplicar pauta de Acreditación de Lugares de Trabajo Saludable, a modo de diagnóstico, a lo menos en un consultorio de APS de la Comuna	2	30	40	70
	META 6.2 6.2.- Realización de Talleres de sensibilización dirigido a Directivos y funcionarios de Salud de los distintos Consultorios de APS de la Comuna	3	30	40	70
	META 6.3 6.3.- Ejecución de actividades recreativas en a lo menos 3 consultorios de APS de la Comuna dirigidas a el fomento de la Salud Laboral	8	30	40	70

Área Temática 7: Consumo Alcohol y Drogas

<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	Cantidad de Actividades	Beneficiarios hombres (directos)	Beneficiarias mujeres (directas)	Total Beneficiarios Directos
Comunicacional	META 7.1 7.1.1 Intervención en 20 programas radiales para sensibilizar acerca de los daños nocivos del consumo alcohol y drogas	20	860	1.140	2.000
Educativas	.				

Comunitarias Participación					
----------------------------	--	--	--	--	--

Área Temática 8: Salud Sexual y VIH/SIDA					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	Cantidad de Actividades	Beneficiarios hombres (directos)	Beneficiarias mujeres (directas)	Total Beneficiarios Directos
Comunicacional	META 8.1 8.1.1.- Instalar Paneles educativos en las Salas de Espera de los Centros de Salud de la Comuna, con mensajes relacionados con la Prevención de VIH SIDA y ITS.	252	860	1.140	2.000
	META 8.5 8.5.1.- Diseño, edición y mantención de Página Web de Promoción de la comuna de San Antonio.	1	14	18	32
Educativas	META 8.2 8.2.1.- Ejecución de Talleres sobre salud sexual y prevención de VIH SIDA y ITS a la comunidad educativa de las EEPS y establecimientos seleccionados de la comuna.	5	344	456	800
Comunitarias Participación	META 8.3 8.3.1.- Ejecución de 1 Feria de Promoción de Salud en Plazas Públicas estratégicas, con entrega de material informativo (trípticos/ dípticos/consejos.), con énfasis en la Prevención del VIH SIDA y ETS.	2	172	228	400
	META 8.4 8.4.1.- Realización de 2 encuentros masivos en conmemoración de las víctimas del VIH y Día Mundial del SIDA.	2	172	228	400

Área Temática 9: Salud Bucal					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	<i>Cantidad de Actividades</i>	<i>Beneficiarios hombres (directos)</i>	<i>Beneficiarias mujeres (directas)</i>	<i>Total Beneficiarios Directos</i>
Comunicacional	META 9.1 9.1.1.- Intervención en 20 programas radiales para promover la salud bucal y la necesidad de control odontológico	20	1.290	1.710	3.000

Educativas	META 9.2 9.2.1.- Realizar charlas interactivas respecto al higiene bucal, origen de las caries y dieta saludable a los niños de 3 y 4 años de algunos Jardines Infantiles de la Comuna		10	30	40	70
	META 9.3 9.3.1.- Realizar charlas educativas de salud bucal y refuerzo de hábitos en la adolescencia a niños de 12 años pertenecientes a los colegios municipales de la Comuna de San Antonio		10	69	91	160
Comunitarias Participación	META 9.4 9.4.1.- Ejecutar actividades educativas a embarazadas de los Consultorios de APS de la Comuna en relación a la necesidad de control prematuro odontológico e higiene bucal así como también explicar la asociación entre enfermedades de índole periodontal y parto prematuro		10	0	100	100

Área Temática 10: Salud Mental					
Tipos de Actividades	Actividades Específicas	Cantidad de Actividades	Beneficiarios hombres (directos)	Beneficiarias mujeres (directas)	Total Beneficiarios Directos
Comunicacional	META 10.1 10.1.1.- Celebrar 12 efemérides y/o conmemoraciones en la Comuna en beneficio de las relaciones interpersonales.	24	860	1.140	2000
	META 10.2 4.2.1.- Instalación de 6 Lienzos en los Centros de Salud, que incluyan mensajes con énfasis en la comunicación y afectividad familiar.	6	860	1.140	2000
	META 10.3 10.3.1.- Diseño, edición y mantención de Página Web de Promoción de la comuna de San Antonio.	1	14	18	32
Educativas	META 10.5 10.5.1.- Ejecución de Talleres sobre salud mental y conductas psicológicas positivas en la comunidad educativa de las EEPS de la comuna.	5	65	86	150
Comunitarias Participación	META 10.4 10.4.1.- Realizar una celebración del Día de la Comunicación Familiar en un Consultorio de APS.	1	17	23	40

Área Temática 11: otros					
<i>Tipos de Actividades</i>	<i>Actividades Específicas</i>	Cantidad de Actividades	Beneficiarios hombres (directos)	Beneficiarias mujeres (directas)	Total beneficiarios Directos
Comunicacional	META 11.1 11.1.1.- Lograr difundir la imagen corporativa del Comité Vida Chile San Antonio a través de campañas publicitarias en los eventos masivos planificados en el Plan Comunal 2008 (autoadhesivos, llaveros, poleras, gorros, separadores de libros, etc)	1			
Educativas					
Comunitarias Participación	META 12.1 12.1.1.- Llamado a Concurso a las Organizaciones Comunitarias del Comité Vida Chile, para desarrollo de Proyectos orientados al fomento de Estilos de Vida Saludable.	1	129	171	300
	META 13.1 13.1.2.- Realización de actividades de promoción locales, al interior de cada Consultorio de APS, en apoyo a las metas del Plan de Promoción de Salud, Comunal.	30	2.150	2.850	5.000
	META 14.1 14.1.1.- Realización de una jornada de Evaluación del Plan Comunal de Promoción 2007.	1	22	29	50

Cuadro 5: Determinantes Sociales y Estrategias en el PCPS

Determinantes Sociales	Estrategias de Promoción Asociada	Actividades de Promoción Asociada	Grupo Objetivo
1 Género	Establecimientos de Educación Promotores de la Salud	Salud Mental	Adolescentes
2. Interculturalidad	Comunas y Comunidades Promotoras de Salud	Proyecto Local Consultorio San Antonio	Todos
3. Pertinencia rural	Comunas y Comunidades Promotoras de Salud	Proyecto Local Postas Rurales	Todos
4. Pertinencia urbana	Establecimientos de Educación Promotores de la Salud Comunas y Comunidades Promotoras de Salud	Todas las actividades del Plan Comunal de Promoción de Salud año 2008	Todos
5. Pobreza			
6. Participación Social	Comunas y Comunidades Promotoras de Salud	Otros: Proyectos Comunitarios Concursables	A definir en cada Proyecto
7. Otros	Lugares de Trabajo Promotores de Salud	Realización de diagnóstico Aplicación de encuesta Lugares de Trabajo Promotores de Salud	Adulto

Se recuerda que la "Estrategia de Promoción Asociada" se refiere a Establecimientos de Educación Promotores de la Salud, Comunas y Comunidades Promotoras de Salud, Lugares de Trabajo Promotores de Salud y Programa Salud con la Gente

4. COBERTURA POBLACIONAL Y ESTRATEGIAS

Cuadro 6: Beneficiarios directos de acciones de Promoción por grupos etéreos y sexo en estrategias de Promoción de la Salud.

Grupos*	Establecimientos de Educación Promotores de la Salud		Lugares de Trabajo Promotores de la Salud		Comunas y Comunidades Promotoras de la Salud		Programa Salud con la Gente	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Niños (0-9 años)	863	1.144	0	0	1.549	2.054	0	0
Adolescentes (10-19 años)	1.067	1.414	0	0	1.935	2.565	0	0
Adultos (20-64 años)	1.738	2.325	72	96	6.279	8.493	0	0
Adulto Mayor (65 y más años)	429	569	18	24	1.561	2.070	0	0
Total por sexos	4.097	5.452	90	120	11.324	15.182	0	0
TOTAL	9.549		210		26.506		0	

Nº Beneficiarios/as directos del Plan	Programados
Nº beneficiarias Mujeres	20.754
Nº beneficiarios Hombres	15.511
Total Beneficiarios/as Directos/as	36.265
Total Beneficiaios/as Comunicacionales	72.919

4. ACREDITACION DE ESPACIOS SALUDABLES

Cuadro 7: Acreditación de espacios saludables en Promoción de la Salud

Línea de Acreditación de Espacios Saludables	Programados a acreditar año 2008		Programados con intervenciones 2008	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Establecimientos Educativos Promotores de la Salud	2		2	
Lugares de Trabajo Promotores de la Salud				

NOTA: SE REALIZARÁ DIAGNOSTICO DE ESTRÉS Y PAUTA DE LUGARES PROMOTORES DE SALUD A LO MENOS EN UN CONSULTORIO DE APS DE LA COMUNA

Nº de ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES intervenidos:

a) TOTAL de Establecimientos Educativos de la Comuna:

Tipo de Establecimientos	Número
EE Municipalizados	13
EE Particulares subvencionados	19
EE Particulares Pagados	00
Jardines JUNJI	04
Jardines INTEGRAL	05
Jardines Particulares	01
TOTAL	42

* Escuelas con a lo menos 1 intervención contemplada en el Plan Comunal de Promoción de Salud año 2008

Nombre del Establecimiento Educativo	RBD	Con actividades generales de Promoción	A Acreditar como EEPS 84	A Reacreditar como EEPS	Con intervención específica por obesidad	Para capacitar en Ley de Tabaco (EEPS acreditados hasta el 2006)	Para concurso La Clase sin humo
Escuela Sagrada Familia	2048	X	X				
Escuela de Párvulo Árbol de la Vida		X	X				
Escuela San José de Calazans	2022	X			X		
Escuela Poeta Pablo Neruda	2014	X			X	X	
Escuela Placilla	2026	X					
Escuela Movilizadotes Portuarios	2018	X					
Escuela Aguas Buenas	2037	X					
Escuela Sara Cruchaga	2047	X					
EISA	2044	X					
Coanil		X					
Escuela Blanco Encalada	12167	X					
Escuela Padre Andreé Coindre	2021	X				x	
Jardín Infantil Caracolito		X					
Jardín Infantil Bello Horizonte		X					
Escuela Especial Elim.		X					
Colegio Francisco Bilbao	14749	X					
Colegio Gabriela Mistral	2045	X					
Liceo Santa Teresita	2041	X					
Liceo Nacional	2040	X					
Escuela Fernández León	2049	X					
Colegio Cristo Rey	14568	X					
Escuela Villa Las Dunas	2017	X					
Escuela Sor Teresa de los Andes	2020	X					
Colegio Alonso de Ercilla	14711	X					
Liceo Juan Dante Parraguez	2012	X					
Liceo Comercial	2013	X					
Pececitos de Colores		X					
Peter Pan		X					
Rayito de Sol		X					
El Princito		X				x	
Pañud		X					
Escuela Maria Koning	2057	X					

Nombre del Establecimiento Educativo	RBD	Con actividades generales de Promoción	A Acreditar como EEPS	A Reacreditar como EEPS	Con intervención específica por obesidad	Para capacitar en Ley de Tabaco (EEPS acreditados hasta el 2006)	Para concurso Clase sir humo
Escuela Cristo Maipo	2023	X					
Colegio Espíritu Santo	14348	X					
Colegio El Retiro	2055	X					
Escuela Especial	2011	X					
Escuela España	2019	X					
Instituto del Puerto	2042	X					
Jardín Infantil Arcoiris		X				x	
Jardín Infantil Velerito		X					
Jardín Infantil Los Pequeños Conquistadores		X				x	
Jardín Infantil La Princesita		X					

Intervenciones Programadas según tipo en los ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACIÓN:

	Tipo de Intervenciones	Nº Jardines Infantiles	Nº Escuelas	Nº Liceos	Nº Otros
Alimentación	Nº de establecimientos, con derivación a APS de alumnos con obesidad		2		
Actividad Física	Nº de establecimientos con capacitación en Actividad Física	2	4		
Tabaco	Nº de Establecimientos Educativos con Capacitación en Ley	2	4		
Factores Protectores Psicosociales	Nº de Establecimientos con programa de Habilidades para la Vida o competencias psicosociales, con acciones de difusión o capacitación en salud sexual, prevención de drogas, etc.	2	4	3	
Estilos de Vida	Nº Establecimientos con formación de Líderes escolares en estilos de vida saludable: alimentación, actividad física, tabaco, alcohol, drogas, conducta sexual, desarrollo personal. Creación de brigadas o clubes u otra actividad protectora de la salud.	2	4		

Ambiente	Nº de Establecimientos con formación de monitores escolares en salud ambiental (manejo adecuado de agua, excretas, basuras y otros), creación de brigadas ecológicas, ecoclubes, forjadores ambientales u otra actividad protectora de la salud ambiental	1	4		
	Nº de Establecimientos rurales con dificultades en el sistema de desinfección y control de calidad del agua de consumo.	1	4		
Otras	Nº de Establecimientos con otra intervención priorizada: salud oral, participación social (consejos escolares, centro de alumnos), prevención accidentes u otros. Especificar:	2	4		

b) Nº de Lugares de Trabajo Promotores de la Salud

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

Actualmente existen 3 consultorios de APS con intervenciones en Salud Laboral, a lo menos uno de ellos se pretende aplicar pauta de acreditación de Lugar de Trabajo Promotor de Salud.

6.- INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACION SOCIAL

Cuadro 8: Actores que integran el Comité Comunal VIDA CHILE

Nº	Nombre Instituciones, sectores, dpto. municipales, etc.	Estrategia de Promoción Asociada	Actividades Asociadas
1	DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL	TODAS	TODAS
2	JUNJI	ALIMENTACION-ACT.FCA-TABACO-AMBIENTE SANO-SALUD BUCAL-SALUD MENTAL	
3	INTEGRA	ALIMENTACION-ACT.FCA-TABACO-AMBIENTE SANO-SALUD BUCAL-SALUD MENTAL	
4	ESVAL	AMBIENTE SANO	
5	CONSULTORIO DE SAN ANTONIO	TODAS	TODAS
6	CONSULTORIO MANUEL BUSTOS	TODAS	TODAS
7	CONSULTORIO 30 MARZO	TODAS	TODAS

8	CONSULTORIO NESTOR FERNANDEZ THOMAS	TODAS	TODAS
9	CONSULTORIO BARRANCAS	TODAS	TODAS
10	CECOF CERRO ALEGRE	TODAS	TODAS
11	POSTAS RURALES	TODAS	TODAS

Cuadro 9: Organizaciones sociales que participan en el Programa Salud con la Gente u otra estrategia de promoción de la salud en la comuna

Nº	Nombre de la Organización Social	Estrategia de Promoción Asociada	Actividades Asociadas
1	AGRUPACION VALE TU VIDA	SALUD SEXUAL VIH ITS	META 8.1/8.2/8.3/8.4/8.5
2	IGLESIA ADVENTISTA DEL 7º DIA	TABACO	META 3.6/3.11/3.7/3.8/3.9/3.10
3	CONSEJO LOCAL CONSULTORIO DE SAN ANTONIO	TODAS	TODAS
4	CONSEJO LOCAL CONSULTORIO MANUEL BUSTOS	TODAS	TODAS
5	CONSEJO LOCAL CONSULTORIO 30 MARZO	TODAS	TODAS
6	CONSEJO LOCAL CONSULTORIO NESTOR FERNANDEZ THOMAS	TODAS	TODAS
7	CONSEJO LOCAL CONSULTORIO BARRANCAS	TODAS	TODAS
8	CONSEJO LOCAL CECOF CERRO ALEGRE	TODAS	TODAS

EQUIPO:

Nombre	Institución y/o Organización	Profesión o Actividad
Iris González Pajarito	Departamento de Salud I. Municipalidad de San Antonio	Ingeniero Comercial
Clara Castillo	Consultorio San Antonio	Asistente Social
María Elena Anguita	Consultorio San Antonio	Nutricionista
Ana Maria Campos	Consultorio Barrancas	Nutricionista
Carola Salas	Consultorio Barrancas	Asistente Social
Carolé García Cabrera	Consultorio 30 Marzo	Nutricionista
Leonor Gutierrez	Consultorio Manuel Bustos	Asistente Social
Ana María Seguel	Postas Rurales	Técnico Paramédico

Natalia Leiva	Consultorio Néstor Fernández	Matrona
Erna Olivera	Iglesia Adventista del 7º día	
Ernestina Álvarez		Educadora de Párvulos
María Antonia Pavéz	Jardín Infantil Los Pequeños Conquistadores	Educadora de Párvulos
Mario Celedón	Departamento de Salud I. Municipalidad de San Antonio	Administrativo
Daniela Celis	Consultorio Barrancas	Odontóloga

INTEGRANTES DEL COMITÉ VIDA CHILE COMUNAL

1. Ana Campos Alarcón, Consultorio de Barrancas, Nutricionista.
2. Ana Madrid Mancilla, Presidenta Agrupación Espejo de Vida.
3. Berta Bustos, Pan de azúcar, dueña de casa.
4. Carolé García Cabrera, Consultorio 30 de Marzo, Coordinadora; Nutricionista.
5. Carolina Bravo, Coordinadora Provincial de Salud, Asistente Social.
6. Catalina Sanhueza, Centro Adulto Mayor Pan de azúcar.
7. Clara Castillo, Coordinadora Consultorio San Antonio, A. Social.
8. Elena Bravo,
9. Erna Olivera Martínez., Voluntario Iglesia Adventista.
10. Esteban Contreras, Vale tu Vida, Consejo Local, comerciante.
11. Eulalia Palacios P., Consultorio 30 DE Marzo,
12. Genoveva Godoy Uribe, Voluntaria Iglesia Adventista.
13. Gladys Herrera, Secretaria Agrupación Adulto Mayor Espejo de Vida.
14. Gerardo Manzo, Consultorio Bellavista, Aux. Paramédico.
15. Hortensia Jaque B, Voluntaria Cruz Roja.
16. Hugo Huerta, Club de Abstemios
17. Irma Parra, Matrona, Coordinadora Consultorio de Barrancas.
18. Jorge Guerrero, Consejo Local Consultorio Dr. N. Fernández Th.
19. Katherina Hrzic Miranda, Coordinadora Comunal Promoción de Salud, Kinesióloga.
20. Makarena Pinto
21. Manuel Adasme Gallardo, Miembro Iglesia Adventista.
22. Marcela Fariás Romero, Miembro Iglesia Adventista.
23. María Alvarado, Centro Adulto Mayor Pan de azúcar..
24. María Elena Anguita, Coordinadora Consultorio San Antonio, Nutricionista.
25. María Poblete, Centro Adulto Mayor Corazón de esperanza.
26. María Soledad Martínez F., Miembro Iglesia Adventista.
27. María Antonieta Pavéz,
28. Mario Celedón Bustos, Funcionario Dirección de Salud IMSA.
29. Marta Meza G., Consultorio 30 de marzo.
30. Michele Pérez Gamboa, Coord. Consultorio Dip. M. Bustos H. Bellavista, Asistente Social.
31. Mónica Pavéz, Consejo Local, Bellavista.
32. Olga Bustos, Consejo Local Consultorio Dr. N. Fernández Th.
33. Patricia Montecinos, Consejo Local, Bellavista.

- 34.** Paula Rubio F, CET LAS ROSAS.
 - 35.** Pilar Rodríguez
 - 36.** Regina Fernández, ESVAL.
 - 37.** Rossana Castañeda C., Secretaria de la SEREMI de Salud.
 - 38.** Sergio González S., Consejo Local Consultorio Dr. N. Fernández Th.
 - 39.** Teresa Ossandon Flores, JUNJI, Parvularia.
 - 40.** Valentina Rojas C., Agrupación de Diabéticos y representante de la OIRS.
 - 41.** Vasthi Abcillay G., Jardín Infantil Caracolito.
 - 42.** Violeta Soriano, Grupo Salud Mental Corazón Esperanza
-

9.- PLAN DE CAPACITACIÓN

Las orientaciones del MINSAL para desarrollar un programa de capacitación para los funcionarios dan cuenta de las siguientes condicionantes de acuerdo a los distintos ciclos vitales.

En el área infantil Programa de educación continúa en:

- Pesquisa y detección de signos y síntomas de depresión postparto. Aplicación de Escala de Edimburgo.
- Salud mental de la mujer relacionado con la crianza en el ciclo vital (primera infancia)
- Teorías de apego y aplicación de Massie Campbell.
- Promoción de apego saludable y detección de signos de alarma en las conductas problemáticas de apego.
- Líneas de intervención temprana y referencia / contrarreferencia en apegos inseguros: talleres de apego.
- Pautas de evaluación del desarrollo psicomotor(EEDP y TEPSI): validación interjuez

En el área Adolescente:

- Aplicación de las Orientaciones para la Implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
- Conocimiento y aplicación de las Guías de Consejería en Adolescentes
- Modelos de diagnóstico cualitativo y de intervención psicosocial.
- Modelos de integración de los conceptos de masculinidad a la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes.

En el área Adulto y Adulto mayor:

- Desarrollar competencias para trabajar con la comunidad e intersectorialidad
- Aplicación de Examen de Medicina Preventiva
- Mejorar sospecha diagnóstica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de demencias, depresión, artrosis leve y moderada de rodilla y caderas ,
- Parkinson
- Prevención de Caídas
- Indicación de Ayudas Técnicas

- Estrategia de Rehabilitación Integral del Adulto Mayor con Base Comunitaria

Programa de la mujer:

- Gestión clínica (sistema de referencia y contrarreferencia – sistema de registros – evaluación de calidad de atención, trabajo en equipo)
- Capacitación del equipo de salud en metodología educativa para entregar preparación para el parto, la crianza
- Capacitación en Lactancia Materna (aspectos clínicos y sistema de acreditación)
- Pesquisa precoz y manejo del Alto Riesgo Obstétrico
- Detección y manejo del riesgo psicosocial. Entrega de una primera respuesta
- Actualización en atención integral del recién nacido – crecimiento y desarrollo
- Salud Mental de la Mujer a través del Ciclo Vital
- Detección de la Depresión Postparto – Aplicación de la Escala de Edimburgo
- Promoción de vínculo seguro madre – hijo/a. Detección de indicadores de riesgo
- Metodologías educativas, énfasis en Educación de Adultos.
- Modelo de Salud Familiar
- Consejería en estilos de vida saludable con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva
- Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal
- Capacitación equipo odontológico en la “Técnica de Tratamiento de Desinfección Bucal Total” para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro
- En Examen de Medicina Preventiva
- Como detectar y derivar el cáncer en niño y en el adulto

El MINSAL posee como compromiso de gestión para el 2010 poder contar con los Centros de salud “Sin Papel”, eso quiere decir desarrollar una completa y compleja reestructuración a modo de terminar con las fichas clínicas en papel al igual que con los sistemas de registros estadísticos en papel. Para dar cumplimiento a esta normativa debemos intencionar también el desarrollo de cursos de computación Básica, media y avanzada para cada uno de los funcionarios de salud a modo de nivelar las competencias informáticas que posean.

El plan final de capacitación deberá ser estructurado mediante el pronunciamiento de los funcionarios, la brecha de necesidad existentes y las recomendaciones del MINSAL.

El Monto final para este ítem corresponde para el año 2009: \$ 5.240.000 (Cinco Millones doscientos cuarenta mil pesos) como financiamiento Municipal.

POLÍTICAS DE CAPACITACIÓN

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

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

A través de un proceso de capacitación basado en metodologías participativas, se deberá contribuir también al desarrollo de habilidades intelectuales, emocionales, laborales y sociales, y a la conformación de equipos de trabajo, como respuesta a la necesidad de la organización de

transformar el trabajo individual limitado, y a veces desalentador, en un trabajo colectivo, motivador y participativo.

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

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

Integración a la Gestión

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

CONDICIONES PARA SU IMPLEMENTACIÓN:

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

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

- Mejoramiento de los sistemas de comunicación internos, para divulgar el sentido del Plan de Capacitación, sus políticas y objetivos, como también los beneficios que obtendrán las personas y la organización.
- Potenciar la relación de la Dirección del Departamento de Salud con las diferentes Direcciones de Consultorios y unidades funcionales de la estructura, con el propósito de planificar en conjunto con las áreas de origen del personal beneficiario de capacitación, la conformación de los grupos de participantes, los horarios y frecuencia de las actividades, los lugares de realización y la logística requerida (traslados, personal de reemplazo, etc.).
- Considerar la asesoría del Asesor en Gestión de Recursos Humanos del municipio, para la implementación técnica del Plan de Capacitación, asesoría que deberá velar por la correcta selección y contratación de capacitadores, que supervise las metodologías a aplicar y los aspectos técnicos a tener en cuenta en la ejecución de las actividades, así como la evaluación de las mismas.
- Actualización permanente y dinámica del Plan de Capacitación, de acuerdo a la evaluación de su desarrollo, y teniendo presente las necesidades que provocan los cambios estructurales y de gestión emergentes en la institución, como asimismo las oportunidades que surgen tanto en el municipio como en el ámbito de la estructura regional y nacional de salud.
- Velar por óptimo aprovechamiento de los recursos de financiamiento del Plan de Capacitación, en beneficio de una mayor cobertura de beneficiarios.
- Destinar el máximo de recursos disponibles al desarrollo de las actividades de capacitación propuestas en el presente Plan, resguardando un porcentaje del total de

presupuesto (10 a 15 por ciento) para el financiamiento de actividades que puedan surgir como una oportunidad durante el año.

- Promover acciones que permitan multiplicar los efectos de cada acción de capacitación.
- Potenciar el desarrollo sistemático de actividades de capacitación interna, en las que los propios funcionarios participan como capacitadores o facilitadores del aprendizaje de otros, de acuerdo a sus propias competencias técnicas.

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

Líneas Temáticas Prioritarias:

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

Programa de Desarrollo de Competencias Directivas

Programa de Diplomado en Gestión, o similar que brinde herramientas de gestión (planificación, control de gestión, evaluación de proyectos) y fortalezca competencias relacionadas con la gestión de personas (liderazgo, comunicación, trabajo en equipo).

Dirigido a Directores de Consultorios o cargos similares.

Duración: 100 a 150 horas.

Cupos: 4

Observación: Curso abierto externo.

Curso – Taller de Liderazgo, Motivación y Comunicación (Trabajo Comunitario)

Programa de capacitación que permita a los participantes el desarrollo de competencias específicas orientadas al liderazgo participativo, gestión motivadora, mejoramiento de la coordinación a través de la comunicación.

Dirigido a jefes de mando medio, encargado de programas, Directivas de los Consejos Locales de Desarrollo en Salud o áreas funcionales, y en general a quienes en ese nivel tienen personal a cargo.

Duración: 24 horas

Cupos: 37

Observación: Curso cerrado.

Curso – Taller: Desarrollo Personal y Trato al Usuario

Programa de capacitación que permita a los participantes el desarrollo de competencias específicas para la atención efectiva al usuario, como empatía y comunicación efectiva; desarrollo de la vocación de servicio y de competencias emocionales y habilidades sociales que contribuyan asimismo a su desarrollo personal.

Dirigido a funcionarios de todos los estamentos y unidades.

Duración: 20 horas

Cupos: 25 por cada grupo.

Observación: Curso cerrado. Privilegiar el máximo de grupos.

Curso – Taller: Aprendiendo a Trabajar en Equipo

Programa de capacitación que permita a los participantes el desarrollo de competencias específicas para la práctica del trabajo colaborativo, con la finalidad principal de fortalecer el trabajo coordinado Inter-áreas.

Dirigido a jefes de mando medio, encargado de programas o áreas funcionales, y en general a quienes en ese nivel tienen personal a cargo. Permitirá asumir en mejor forma la integración de culturas laborales respecto traspaso de Consultorios Barrancas y San Antonio

Duración: 24 horas

Cupos: 20

Observación: Curso cerrado.

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

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

Dirigido a personas en contacto directo con usuarios externos.

Duración: 20 horas

Cupos: 20

Observación: Curso cerrado.

Curso Taller: Salud Familiar.

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

Personal destinado por la Dirección.

Duración: 30 horas

Cupos: 25 nivel Avanzado

Cupos: 30 nivel intermedio

Observación: Curso interno sin costo.

Programa Técnico

Cursos y destinatarios a determinar por la Dirección según recursos y oportunidades que brinde el MINSAL.

10.- DOTACIÓN (sólo Red Municipal 2008)

CATEGORÍA	ESTAMENTO	Hrs. Actuales	Hrs. Propuestas	Aumento
A - B	Directores	0	176	176
A	Médicos	421	597	176
A	Odontólogos	242	286	44
B	Matronas	374	374	-
B	Nutricionista	130	130	-

B	Kinesiólogo	154	154	-
B	Enfermeras	264	352	88
B	Psicólogos	220	220	-
B	Asistente Social	220	264	44
B	Administrativo	88	88	-
C	Técnicos. Paramédico	748	748	-
D	Auxiliar Paramédico	1.584	1.548	-
E	Administrativos	1.716	1,716	-
F	Aux. de Servicio	660	660	-
F	Conductores	308	308	-
F	Nocheros	748	748	-
TOTAL		7.877	8.369	492