



Municipalidad de Pucón
Depto. de Salud



PLAN DE SALUD 2016-2020

Pucón
EL CENTRO DEL SUR DE CHILE



INDICE

1. INTRODUCCION	
2. ANTECEDENTES GENERALES	
3. ANTECEDENTES HISTORICOS	
4. SITUACION RIESGO VOLCANICO COMUNA PUCON	
5. VISION-MISION	
6. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEPARTAMENTO DE SALUD PUCON	
7. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEPARTAMENTO DE SALUD PUCON	
8. ORGANIGRAMA CENTRO DE SALUD PUCON	
9. DIAGNOSTICO POBLACIONAL	
10. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS	
11. LINEAMIENTOS NACIONALES DE SALUD 2011-2020	
12. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS TERRITORIALES COMUNA PUCON	
13. TRABAJO INTERSECTORIAL RED ATENCION PRIMARIA COMUNA PUCON	
14. DIAGNOSTICO SATISFACCION USUARIA INTERNA	
15. DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS COMUNA PUCON	
16. METAS SANITARIAS AÑOS 2014-2015	
17. INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD AÑO 2014	
18. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	
19. CANASTA DE PRESTACIONES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD	
20. PLANES DE TRABAJO POR CICLO VITAL AÑO 2015	
21. PLAN DE TRABAJO 2015- SALUD MATERNA NEONATAL	
22. PLAN DE TRABAJO 2015- SALUD INFANTIL	
23. PLAN DE TRABAJO 2015- SALUD ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	



24. PLAN DE TRABAJO 2015- SALUD DEL ADULTO	
25. PLAN DE TRABAJO 2015- SALUD DEL ADULTO MAYOR	
26. PLAN DE TRABAJO 2015-PROGRAMA REHABILITACIÓN INTEGRAL	
27. PLAN DE TRABAJO 2015- ATENCION DOMICILIARIA EN PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	
28. PLAN DE TRABAJO MODELO DE SALUD FAMILIAR	
29. PROYECCION EN SALUD PRIMARIA AÑO 2015 COMUNA PUCON	
30. PLAN DE ACCION 2015	
31. PLAN DE CAPACITACION 2015	
32. PRESUPUESTO 2015 DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUCON	
33. DOTACION 2015 RED ATENCION PRIMARIA DE SALUD COMUNA PUCON	

INTRODUCCION

La Reforma de Salud, que aconteció, a partir del año 2002, significó el inicio de un proceso de cambio para la Atención Primaria, ya que incluyó dentro su accionar la participación social, como uno de sus principales pilares de trabajo. De este modo, se comienza a incorporar en los equipos de salud, una mirada diferente a los procesos de salud, desde un punto de vista más integral, dinámico y social, dejando de lado un Modelo lineal, donde su principal objetivo es la ausencia de la enfermedad. Asimismo se produce un cambio de paradigma, ya que se da inicio a un nuevo “Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario”, entregando una nueva perspectiva, incluyendo temas de calidad en la atención de salud.

Por lo anteriormente expuesto, la Atención Primaria de Salud (APS), constituye el primer nivel de atención dentro del sistema de salud pública, donde su principal objetivo, es otorgar atención equitativa y de calidad centrada en el individuo, familia y comunidad, orientada principalmente a acciones preventivas y promocionales.

De este modo es fundamental, que la entidad Administradora de Salud Municipal formule anualmente un proyecto de Plan de Salud Comunal en concordancia con las orientaciones programáticas y normas técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud y comunicadas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, según lo establece la Ley 19.378.

Por tal motivo, se presenta un Plan de Salud para la comuna de Pucón, con proyección a cinco años, con la finalidad de planificar acciones a corto, mediano y largo plazo, enfocándose siempre en los pilares de la Atención Primaria, como es la equidad, participación, gestión de recursos, intersectorialidad, entre otros, sin dejar de lado el Modelo de Salud de Familia, el que actualmente está en proceso de implementación.

I. DIAGNOSTICO COMUNAL

DESCRIPCION DE LA COMUNA

Pucón, es una comuna de la Provincia de Cautín, perteneciente a la Región de la Araucanía, situada en el sur de Chile. Territorialmente se extiende desde la comuna de Melipeuco y Cunco por el norte hasta las comunas de Panguipulli y Villarrica por el sur. Al este limita con Curarrehue y al oeste con Villarrica. Sus 1.536,6 km² representan el 4,4% del total regional y el 7,8% de la Provincia de Cautín. Se ubica a 789 kilómetros de Santiago, capital del país y a 110 Km de la ciudad de Temuco, capital regional.



Su actividad económica principal es el turismo de verano e invierno aprovechando el hermoso escenario que le otorga el Lago Villarrica, los faldeos del Volcán del mismo nombre, termas, reservas nacionales, además de ríos, lagos y cascadas que permiten la práctica de los más diversos deportes aventura.

En Ganadería, aprovechando los campos cercanos, la crianza de vacunos y porcino permiten la producción de carnes, leches, quesos y cecinas.

En Agricultura, el trigo, el rap, la cebada y el maíz, son parte de la producción más intensiva, con algunas plantaciones de hortalizas y frutas como manzanas y peras. La floricultura también se encuentra en estado de evolución como recurso económico.

Respecto a sus características geográficas, la comuna de Pucón se sitúa en la Subregión cordillerana-lacustre, siendo modelado su paisaje por el cordón montañoso del volcán Villarrica (22.820 m.s.n.m) y los lagos Caburgua (57 km²) y lago Villarrica (175,9 Km²), siendo este último uno de los de mayor tamaño en la región.

En relación a las cuencas hidrográficas, la comuna forma parte de la cuenca del Río Toltén, además de ocho sub-cuencas, siendo las principales la del lago Villarrica, río Liucura, lago Caburgua y río Pucón, en menor importancia encontramos la del lago Colico, el río Maichín, Pangul y la cuenca del Toltén alto.

El clima tiende a ser mediterráneo, con veranos cortos y templados e inviernos fríos y húmedos. El período de verano se caracteriza por un clima cálido moderado con relativo sol abundante y lluvias moderadas.

Sus vías de acceso son, terrestre y/o área, esto durante la temporada estival, feriados y fines de semanas largos. Las rutas por las cuales se puede acceder son las siguientes:

- Desde Temuco-Freire-Villarrica por la Ruta Panamericana 5 Sur (R-55)-(R-199).
- Desde Valdivia-Loncoche-Villarrica. (R-55)-(S-91).
- Desde Argentina (Ruta Internacional R-119) a través del paso Internacional Mamuil Malal-Curarrehue a 71 Km al este de Pucón.
- Melipeuco-Cunco-Villarrica. (S-61)-(S-69).

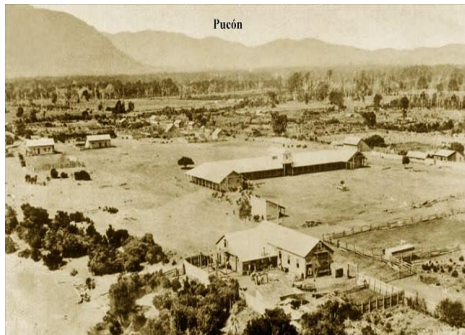
ANTECEDENTES HISTORICOS

Pucón fue fundado un 27 de febrero de 1883, como una etapa más de la pacificación de La Araucanía. En ese mismo año, una avanzada del ejército nacional, comandada por el Coronel Gregorio Urrutia, llegaba a estos parajes con la misión de pacificar el lugar y tomar contacto con sus habitantes. A él se le atribuye el honor de ser el fundador de la comuna. En la expedición, también lo acompañaba don Clemente Holzapfel, ciudadano alemán, padre del primer alcalde de Pucón, don Carlos Holzapfel, que venía con las tropas y cuya misión era de abastecer de víveres a los soldados. En estas tierras se encontraron con las tribus mapuches, que tenían como jefe al Cacique Pocollanca. Reunidos en el lugar que actualmente ocupa la Plaza de Armas de la ciudad, donde habían levantado un fuerte militar, realizaron los primeros encuentros de acercamiento. A la llegada de los soldados, se agregan las primeras familias de chilenos y extranjeros que se van aposentando en este Pucón, que en mapudungún (*pun*: llegar allá; *conñen*: entrar) quiere decir "lograr entrar" con el fin de abrir la selva y asentarse en esta tierra. Apellidos como Ansorena, Quezada, Geiss, Gudenschwager y otros van dando forma y estructura a este lugar que se sustentaba en una gran playa de arenas volcánicas. Posteriormente los arreos de ganado argentino que comenzaron a transitar por esta "entrada a la cordillera", dieron paso a una época de florecimiento económico al lugar, a las que les siguieron la explotación de la madera y la crianza de ganado.

Respecto a la pertinencia geográfica, la comuna, en sus inicios correspondía a la ciudad de Valdivia, condición que se mantuvo hasta el 12 de agosto del 1932, cuando se crea la comuna de Pucón como Subdelegación de Villarrica y perteneciente a la provincia de Cautín. Tres años más tarde, el 01 de enero de 1936, fue definida como república independiente.

Los inicios de la actividad turística se ubican a comienzos de este siglo, tiempo en que don Otto Gudenschwager construyera su primer hotel y fundara la primera flota de vapores, que conectaba Villarrica con Pucón, junto a don Enrique Félis.

Es a partir del año 1939, con la construcción del Gran Hotel y la llegada de empresarios a la comuna, que empieza a convertirse en un centro potencial de turismo, sector que fue reemplazando



lentamente a la explotación agrícola-maderera. Por tanto, la hermosura del paisaje, conformado por la majestuosidad del volcán y la quietud del lago, unido a un plan de colonización del Gobierno, permitió la llegada de un gran número de personas nacionales y extranjeras, quienes se quedaron a vivir en Pucón.

SITUACION RIESGO VOLCANICO COMUNA DE PUCON

Dentro de las principales acciones relacionadas a la atención primaria en salud, están aquellas orientadas a la promoción y prevención. A pesar de ello, los equipos de salud pueden verse enfrentados a situaciones de emergencias, las cuales se relacionan directamente a las características propias de la zona, como es el caso del riesgo volcánico, debido a la cercanía de la ciudad con el Volcán Villarrica.

En la actualidad, el Volcán Villarrica es uno de los más activos de Chile, por tanto, los equipos de salud de Atención Primaria, en conjunto con el intersector, deben contar y manejar en forma clara



las acciones a seguir en caso de emergencia volcánica. Por tanto, es necesario incorporar al Plan de Salud, características del Plan de Emergencia Volcánica de la comuna.

El volcán Villarrica está ubicado en el límite de las regiones IX de la Araucanía y X de Los Lagos (39° 25'S y 71° 56'W), entre los lagos Villarrica y Calafquén, abarcando parte de las comunas de Villarrica, Pucón y Panguipulli. Ocupa el extremo noroccidental del Parque Nacional Villarrica y, en su flanco norte, se ubica un centro de esquí. A sus pies se encuentran localidades turísticas como Villarrica, Pucón, Licán Ray y Coñaripe, además de centros poblados menores. Al norte y sur del

volcán, se sitúa el camino internacional Villarrica-Junín de los Andes, por el paso Mamuil Malal, y el camino Villarrica-San Martín de los Andes, por el paso Carririñe.

Es uno de los más activos de Sudamérica y está ubicado en la Zona Volcánica Sur (ZVS: 33°-46° S) de Los Andes del Sur. Está localizado en el extremo NW de una notable cadena volcánica de dirección NW-SE, junto a los volcanes Cordillera El Mocho, Quetrupillán, Quinquilil y Lanín, la cual estaría controlada por una falla transcurrente regional de tipo sinistral.



A lo largo de la historia dicho volcán ha tenido diversas manifestaciones. Dentro del periodo comprendido entre 1900 y 1991 encontramos:

- 1907, se refiere a una emisión de vapor reforzada de vez en cuando por pequeñas explosiones y culminó el 31 de diciembre de 1908 en que se produjo una violenta fase explosiva. Según información periodística, enormes llamaradas salían del cráter al espacio, a una altura que se calcula en más de 3000m y 1000m de circunferencia. Hubo lahares por efecto del derretimiento de nieve.
- 1910, (Stone 1935), una avalancha de lodo y roca bajó por el glacial Este de Villarrica.
- 1913, Paul Treutler describe una crisis violenta con caída de piroclastos que alcanza hasta Argentina. Avalanchas de nieve, barro y materiales sólidos.
- En 1920 se produjo una crisis sísmica de carácter local que se sintió hasta Temuco.
- 1921, según Simkim, el volcán habría tenido una explosión en el cráter central.
- 1929 (Stone), la crisis explosiva de aproximadamente 36 horas, lanzó fuera del cráter material muy escaso.
- En 1937, se produce en la región movimientos sísmicos, acompañado por actividad eruptiva del volcán Llaima, Osorno, Calbuco y Villarrica, que fue el último en cesar su actividad.
- En el año 1948, desde el 9 y 10 de octubre el cráter del Villarrica denota un aumento considerable de su actividad. El 18 de octubre un río de lava baja unos 18 metros desde el cráter y allí se habría formado un lago de lavas.
- 1963, el volcán nuevamente entra en erupción, las primeras corridas de lava se producen el día 12 de marzo y el 21 la avalancha que baja por los ríos Seco, Escorial y Challupén vuelven a ocasionar la destrucción de instalaciones madereras y puentes, especialmente entre Villarrica y Coñaripe.
- 1964, el volcán repite otra violenta erupción el 2 de marzo, cuyas avalanchas mayores bajan en dirección sureste destruyendo el 50 % del poblado de Coñaripe, el que está emplazado en gran parte en un área de alto riesgo, como lo eran las riberas del estero Diuco, cuyos nacientes están en las faldas Sur Orientales del volcán.



- En el año 1971, específicamente el 29 de octubre, el volcán mostró los primeros síntomas de los que habría de ser otro violento ciclo eruptivo. En el cráter se registraban violentas explosiones seguidas por emisiones de vapor de agua y piroclastos. El 29 de noviembre la lava llega al borde del cráter derramándose sobre la cubierta de hielo hacia el SW. En el cráter principal se forma un cono de piroclastos incandescente producto de explosiones rítmicas. La actividad aumenta y en diciembre los flujos de lava descienden en dirección al valle de Challupén. La fase de este ciclo culmina el 29 de diciembre, el cono superior del cráter central se fracturó en una longitud de 4 kilómetros con rumbo N 30° E, expulsando a través de la fractura una potente lámina de lava de color rojo (González-Ferrán 1972).
- 1984, se inició la primera semana de octubre e hizo crisis el 30 del mismo mes. Comenzó con explosiones en el cráter central con un posterior derrame de lava en el lado NW a través de una fisura producida durante 1971. La lava se desplazó sobre el hielo generando una avalancha que avanzó desde el cráter central hacía el NW.
- 2015, en la madrugada del 3 de Marzo, un súbito aumento de sismicidad acompañó un pulso eruptivo energético de corta duración (25 minutos), que decayó completamente a los 55 minutos, generando fundición parcial del hielo provocando aumento del caudal del río Turbio, que originó flujos de lodo que llegaron al lago Villarrica.

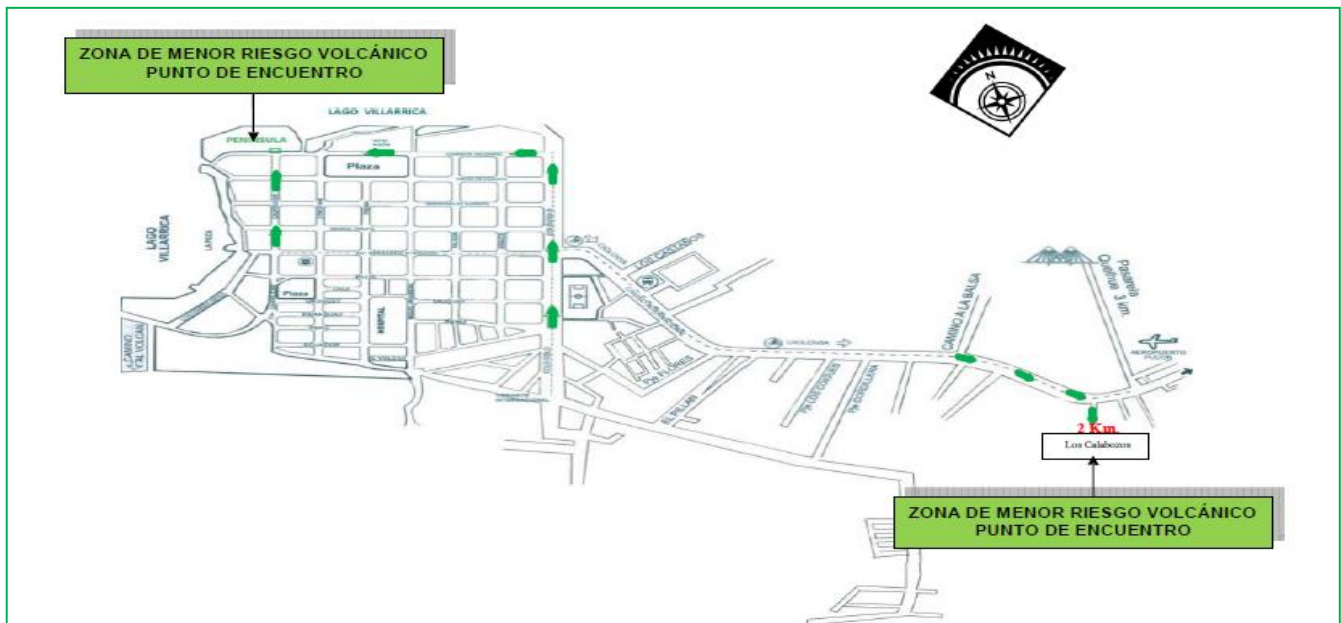
COMITÉ OPERATIVO DE EMERGENCIA (COE)

Corresponde al equipo de trabajo en el que están representados los organismos, instituciones y servicios del Sistema de Protección Civil de un área jurisdiccional. Este equipo debe trabajar sistemática y multidisciplinariamente para una eficiente y efectiva gestión. Se encuentra conformado por los siguientes organismos, instituciones y servicios:

- Municipalidad.
- ONEMI
- Carabineros.
- Armada de Chile.
- Policía de Investigaciones de Chile.

- Hospital.
- Bomberos.
- Cruz Roja.
- Socorro Andino
- CONAF.
- Defensa Civil
- Unión Comunal de Juntas de Vecinos
- Cámara de Turismo de Pucón

Frente a procesos peligrosos del Volcán Villarrica, tales como, erupciones, se activará el Comité de Operaciones de Emergencia, cuyos integrantes deben asumir funciones, acciones y responsabilidades frente a la comunidad y realizar coordinaciones internas y externas. Por tal motivo el Departamento de salud y su red de establecimientos, deben tener claridad en los protocolos de acción, como es el caso de las vías de evacuación, que a continuación se señalan:



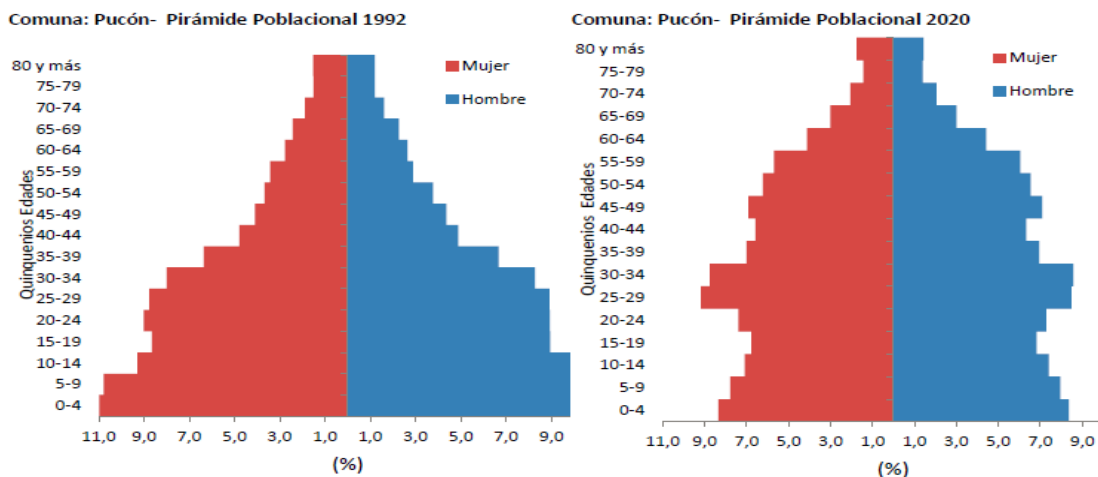
FUENTE: Plan de Emergencia Volcánica- Municipalidad Pucón

DIAGNOSTICO POBLACIONAL

|La comuna de Pucón, para el Censo del año 2002, tenía una población total de 21.107 personas, representando el 2,43% de la población total de la Araucanía y 0,14% de la población total del país, con una densidad poblacional de 16,91, un porcentaje de ruralidad de 34,4%, un índice de adultos mayores de 31,3 e índice de masculinidad de 102,9.

Según estimaciones INE, se proyecta para la comuna de Pucón, una población de 43.393 habitantes para el año 2020. Además es importante rescatar que de acuerdo a los registros desde el año 1990, la tendencia poblacional de la comuna se ha destacado siempre por un aumento paulatino.

POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, POR SEXO. 1990-2020 COMUNA PUCON							
AÑO	Población			AÑO	Población		
	Total	Hombres	Mujeres		Total	Hombres	Mujeres
1990	14.169	7.195	6.974	2005	25.939	13.231	12.708
1991	14.992	7.617	7.375	2006	26.953	13.755	13.198
1992	15.787	8.024	7.763	2007	27.965	14.272	13.693
1993	16.607	8.443	8.164	2008	28.977	14.794	14.183
1994	17.422	8.860	8.562	2009	29.987	15.312	14.675
1995	18.228	9.267	8.961	2010	30.995	15.830	15.165
1996	18.913	9.619	9.294	2011	32.161	16.427	15.734
1997	19.589	9.963	9.626	2012	33.335	17.026	16.309
1998	20.277	10.318	9.959	2013	34.500	17.628	16.872
1999	20.960	10.664	10.296	2014	35.675	18.234	17.441
2000	21.642	11.017	10.625	2015	36.843	18.830	18.013
2001	22.500	11.457	11.043	2016	38.154	19.506	18.648
2002	23.362	11.899	11.463	2017	39.466	20.175	19.291
2003	24.218	12.344	11.874	2018	40.776	20.849	19.927
2004	25.076	12.786	12.290	2019	42.087	21.524	20.563
2005	25.939	13.231	12.708	2020	43.393	22.195	21.198

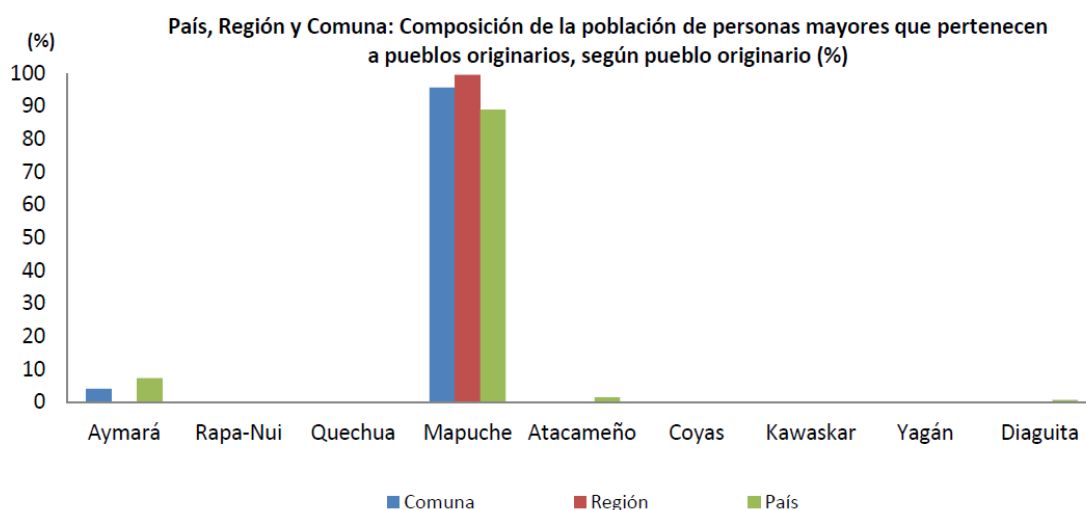


Al analizar ambas pirámides poblacionales (1992-2020), es importante destacar el cambio en la distribución en los grupos etáreos. Para el año 1992, Pucón concentraba su población principalmente en los grupos de 0 a 9 años. En cuanto a la proyección para el año 2020 disminuiría la población infantil, aumentando el grupo de 25 a 34 años de edad, además del aumento notable de los grupos de 60 años en adelante. Este cambio en la forma de la pirámide poblacional de la comuna, nos permite conocer la realidad de Pucón, con el fin de implementar políticas públicas entregadas por el nivel central, además de orientar las acciones en salud en base al comportamiento local.

Según el Reporte de Caracterización Social para la comuna de Pucón:

- La comuna de Pucón para el año 2011, tenía un índice de femineidad de 95,78, más bajo si se compara con el año 2002 con un 96,34, proyectándose para el año 2020 un índice de 95,51.
 - La comuna de Pucón, para el año 2002 tenía un índice de vejez de 30,37, el cual tuvo un aumento para el año 2011 de 39,80; proyectándose para el año 2020 un aumento considerativo en un 52,61.
- ❖ En relación a la población mayor de 60 años, la comuna de Pucón al 30 de Julio del 2011:
- Presenta un total de 2.319 personas, equivalentes a un 0,13% del total de la población adulto mayor del país (1.660.454), y a un 1,9% del total de la región de la Araucanía (116.128).

- De un total de 2.319 adultos mayores de 60 años de la comuna, 1.261 (54,3%) corresponde al sexo femenino y 1.058 (45,6%) al sexo masculino.
- Según zona de residencia, 1.038 (44,7%) viven en sector urbano y 1.011(43.5%) viven en sector rural.
- De un total de 1.437 adultos mayores de 60 años, 491 (34,2%) corresponde a población indígena (de acuerdo a grafico el mayor número corresponde a etnia mapuche) y 946 (65,5%) no pertenecen a pueblo indígena.



Fuente: Elaboración propia en base a datos Ficha de Protección Social, cierre de julio 2011, Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social.

INDICE DE POBREZA

La pobreza es la situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de exclusión social, segregación social o marginación. Según el Informe de Desarrollo Humano 2014 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) uno de cada cinco habitantes del mundo vive en situación de pobreza. Es decir, 1.500 millones de personas no tienen acceso a saneamiento, agua potable, electricidad,

educación básica o al sistema de salud, además de soportar carencias económicas incompatibles con una vida digna.

Chile, para determinar los niveles de desigualdad social y económica en el país, utiliza la Encuesta Casen o Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, esta encuesta se realiza cada dos o tres años por Ministerio de Desarrollo Social (MIDEPLAN), de manera de conocer la magnitud numérica de la pobreza en el país, habiendo sido aplicada desde el año 1985. Por tanto entre sus objetivos son:

- Conocer periódicamente la situación de los hogares y de la población, especialmente de aquella en situación de pobreza y de aquellos grupos definidos como prioritarios por la política social, con relación a aspectos demográficos, de educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos. En particular, estimar la magnitud de la pobreza y la distribución del ingreso; identificar carencias y demandas de la población en las áreas señaladas; y evaluar las distintas brechas que separan a los diferentes segmentos sociales y ámbitos territoriales.
- Evaluar el impacto de la política social: estimar la cobertura, la focalización y la distribución del gasto fiscal de los principales programas sociales de alcance nacional entre los hogares, según su nivel de ingreso, para evaluar el impacto de este gasto en el ingreso de los hogares y en la distribución del mismo.

Según la Casen 2011, a nivel nacional, la pobreza llegó al 14,4% y la pobreza extrema al 2,8%, cifras que muestran una disminución con respecto a la encuesta Casen 2009, en la cual la pobreza llegó al 15,1% y la pobreza extrema alcanzó el 3,7%. En relación a la región de la Araucanía, esta se encuentra dentro de las 10 regiones que experimentaron bajas en los índices de pobreza (22,9%), junto a las regiones de Magallanes, Aysén, Atacama, Maule, O'Higgins, Tarapacá, Los Ríos, Coquimbo y Antofagasta. Y dentro de las regiones de mayor baja en pobreza extrema junto a Aysén, Atacama, Magallanes, Arica, Los Ríos, Coquimbo y Maule.



En relación a la comuna de Pucón, de acuerdo a la siguiente tabla podemos decir:

Pobreza en las Personas	2003	2006	2009	2011	% Según territorio 2011		
					Comuna	Región	País
Pobre Indigente	1.729	1.391	714	194	0,60	5,27	2,79
Pobre No indigente	3.723	3.434	4.086	3.525	11,30	17,65	11,66
No Pobres	16.390	21.400	25.630	27.341	88	77,08	85,56
Total	21.842	26.225	30.430	31.060	100	100	100
Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social							

Los Índices de Pobreza entre los años 2009 y 2011 han ido disminuyendo considerablemente, fenómeno que ha ocurrido tanto al nivel país como regional (según gráficos anteriores). En pocos años el porcentaje de pobre indigente pasó desde un 7,9% a un 0,60%. Al igual que el pobre no indigente desde un 17% a un 11,30%.

Según Reporte Caracterización Social para la comuna de Pucón:

- El año 2011, se estima que el 12,2% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza, lo que corresponde a una tasa significativamente menor, desde un punto de vista estadístico, a la registrada a nivel regional (22,9%), pero que no difiere significativamente de la tasa de pobreza nacional (14,4%).
- En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de la Ficha de Protección Social a Julio 2013, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es menor o igual que el porcentaje de hogares en esta situación en la región y el país. Asimismo, la proporción de hogares que residen en viviendas con saneamiento deficitario es menor en la comuna que a nivel regional y nacional.
- En la comuna el total de personas que cuenta con Ficha de Protección Social a Julio del 2011 alcanza a 18.044 personas, de ellos 3.300 (18,2%) tiene puntaje inferior o igual a 4.213; 6.976 personas (38,6%) se ubica en el tramo entre 4214 y 8500 puntos; 4.694

personas (26%) se ubica entre 8.501 y 11.734 puntos y sobre este puntaje se encuentran 3.074 personas (17%).

- En relación a la cobertura de servicios sanitarios al año 2010, encontramos según la siguiente tabla:

Área			Cobertura de Agua Potable (%)	Cobertura de Alcantarillado (%)	Cobertura de tratamiento de Aguas Servidas (%)
País			99,8	95,9	86,9
Región: La Araucanía			99,8	94,4	93,9
Comuna	Empresa	Localidad	Cobertura de Agua Potable (%)	Cobertura de Alcantarillado (%)	Cobertura de tratamiento de Aguas Servidas (%)
Comuna: Pucón	AGUAS ARAUCANÍA	PUCON	100,0	75,4	73,6

Fuente: Elaboración propia según información de Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS).

- Las definiciones de los índices de saneamiento, allegamiento, hacinamiento y precariedad de la vivienda son los utilizados por MINVU, para, en base a la Ficha de Protección Social, el cálculo de puntaje de carencia habitacional. Combina dos aspectos, disponibilidad de agua y sistema de eliminación de excretas. Saneamiento aceptable considera a las viviendas que disponen de agua a través de llave dentro de la misma vivienda y además poseen WC conectado a alcantarillado o a fosa séptica. Por el contrario, saneamiento deficitario considera a las viviendas que disponen de agua a través de llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda o bien a viviendas que no disponen de agua (ni al interior de la vivienda o del sitio) y la acarrear, además el sistema de eliminación de excretas que posee la vivienda corresponde a letrina sanitaria conectada a pozo negro, o cajón sobre pozo negro, o cajón sobre acequia, o canal o cajón conectado a otro sistema, o no tiene sistema de eliminación de excretas. Considera a los hogares que no son el principal ocupante de la vivienda. Estos índices se describen en la siguiente tabla:

INDICE SANEAMIENTO

Categorías	País	Región: La Araucanía	Comuna: Pucón
Aceptable	82,5	70,6	85,4
Deficitario	17,0	29,2	14,0
Sin dato	0,5	0,3	0,5

Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.

INDICE ALLEGAMIENTO

Categorías	País	Región: La Araucanía	Comuna: Pucón
Sin Allegamiento	76,5	89,1	96,9
Con Allegamiento	23,5	10,9	3,1

Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.



INDICE HACINAMIENTO

Tipo de hacinamiento	País	Región: La Araucanía	Comuna: Pucón
Sin hacinamiento	79,1	79,6	80,8
Hacinamiento medio	18,2	17,6	17,2
Hacinamiento crítico	2,7	2,8	2,0
Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.			

INDICE PRECARIEDAD DE LA VIVIENDA

Categorías	País	Región: La Araucanía	Comuna: Pucón
Vivienda Aceptable	86,9	92,9	95,7
Vivienda Precaria	13,1	7,1	4,3
Fuente: Elaboración propia en base a información Ficha de Protección Social – Julio 2011.			

- El Índice de Desarrollo humano (IDH) es un indicador creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el fin de determinar el nivel de desarrollo que tienen los países del mundo. Fue ideado con el objetivo de conocer, no sólo los ingresos económicos de las personas en un país, sino también para evaluar si el país aporta a sus ciudadanos un ambiente donde puedan desarrollar mejor o peor su proyecto y condiciones de vida. Para esto, el IDH tiene en cuenta tres variables:
 - 1) Esperanza de vida al nacer. Analiza el promedio de edad de las personas fallecidas en un año.
 - 2) Educación. Recoge el nivel de alfabetización adulta y el nivel de estudios alcanzado (primaria, secundaria, estudios superiores).
 - 3) PIB per Cápita (a paridad de poder adquisitivo). Considera el producto interno bruto per cápita y evalúa el acceso a los recursos económicos necesarios para que las personas puedan tener un nivel de vida decente.

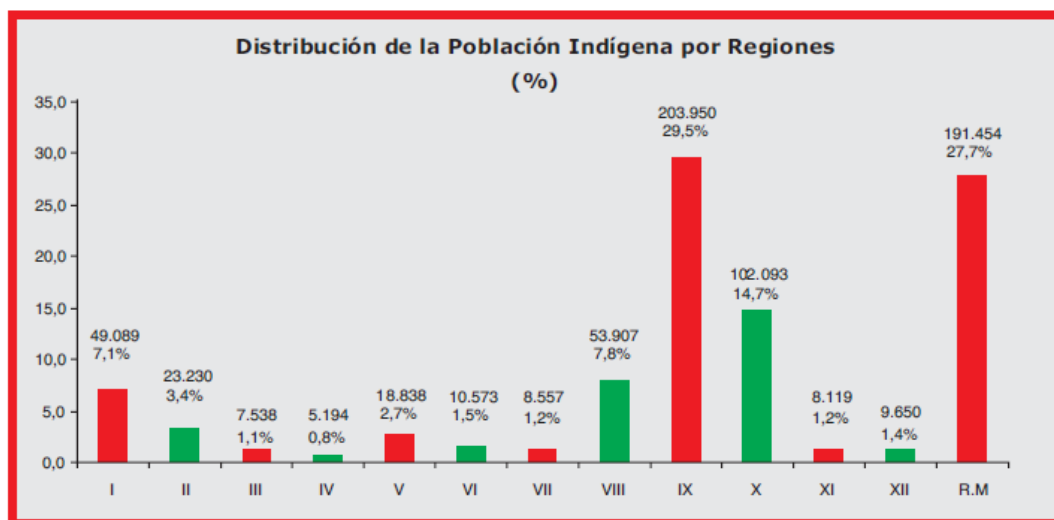
Para el año 2003, el (IDH) en la región presenta un puntaje de 0,679, encontrándose por debajo de ese valor veintiséis comunas. El puntaje más bajo corresponde a Puerto Saavedra (0,574) y el más alto a Pucón (0,803).” En general la comuna entre el año 2002 y 2006 creció en un 7,79% lo que indica que el bienestar humano promedio aumento en esos años”. (Plan de Desarrollo Comunal 2010-2014)

La expresión etnia o grupo étnico designa un conjunto de individuos que presentan ciertas afinidades somáticas, lingüísticas o culturales y que presentan notables diferencias con respecto a la mayoría de los habitantes dentro de un país. Toma también el sentido de pueblo caracterizado como el conjunto de individuos unidos por lazos de una historia y lenguaje común.

La situación étnica a nivel nacional, según Censo año 2002 señala que la población total es de 15.116.435 habitantes, de los cuales 692.192 personas (4,6%) dijeron pertenecer a uno de los ocho pueblos considerados en el instrumento Censal. La distribución de la población indígena chilena según su pertenencia étnica es muy heterogénea. En primer lugar, sobresale la elevada proporción del pueblo mapuche, que corresponde a un 87,3% del total de la población que contestó pertenecía a

alguna etnia. Le siguen los aymara (7%) y los atacameños (3%). El resto de las etnias (colla, rapanui, quechua, yámana y alacalufe), suman en conjunto un 2,7%.

La población indígena por regiones, vista en su conjunto, presenta una mayor concentración en las regiones Novena (29,5%), Metropolitana (27,7%), Décima (14,7%), Octava (7,8%) y Primera (7,1%). Las regiones Cuarta, Tercera y Séptima son las que tienen menos presencia indígena. En la lectura del siguiente gráfico, se vuelve a destacar el importante peso que tiene el pueblo mapuche en el análisis de estos antecedentes, ya que sólo entre la Octava, Novena y Décima regiones suman en conjunto el 52% del total de indígenas.



En la comuna de Pucón, de acuerdo a Censo año 2002, la población perteneciente a pueblos originarios, corresponde a 3.549 personas, de las cuales un 99,3% se identifican con la etnia Mapuche y el porcentaje restante con las etnias Alacalufe, Atacameño, Aimara, Colla, Quechua y RapaNui. De acuerdo a la situación por sexo, podemos mencionar que un total de 1.789 (50,7%) corresponden al sexo masculino y 1.737 (49,2%) al sexo femenino.

De acuerdo al siguiente cuadro, en base a la presencia relativa de la etnia Mapuche en la comuna, podemos decir:

DISTRITOS DE PUCON	POBLACION MAPUCHE 2002
CEMENTERIO	10,0
LA PENINSULA	18,4
COILACO	37,0
CABURGUA	22,0
PALGUIN	43,4
REZAGADOS	23,7
TERMAS DE RIO BLANCO	3,9
TOTAL COMUNA	16,7
FUENTE: Pladeco 2010-2014	

Que ésta es bastante variable, observando que los distritos más poblados son Cementerio y la Península es relativamente baja. La etnia Mapuche se destaca en los distritos de Coilaco y Palguin.

Por lo anteriormente mencionado, los equipos de salud primaria de la comuna, están trabajando en la incorporación al Modelo de Salud Familiar, el enfoque Intercultural, reconociendo características propias, visión holística y conocimientos transmitidos a través de las generaciones de los pueblos originarios.

Para los equipos de salud es muy importante conocer las Organizaciones indígenas de la comuna, las que se presentan a continuación:



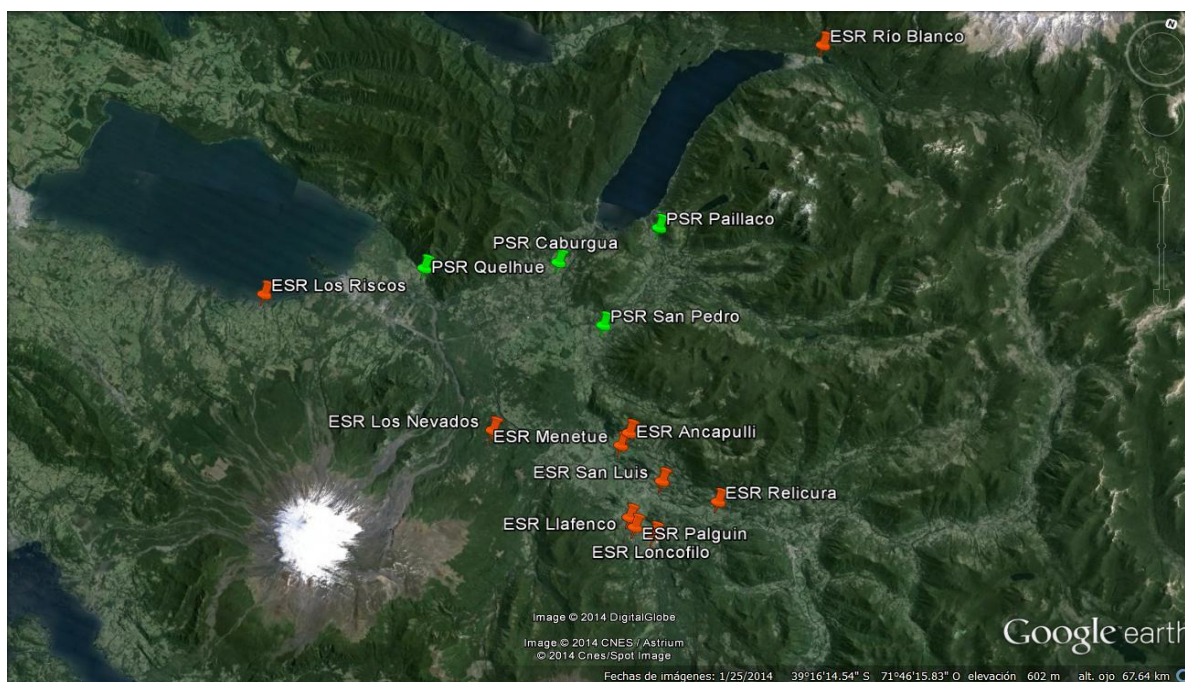
ORGANIZACIONES INDIGENAS COMUNA PUCON			
Nº	ORGANIZACIÓN	SECTOR	NOMBRE PRESIDENTE
1	COMUNIDAD MANUEL HUAQUIVIR	QUELHUE	ROSANA ESPARZA COLIPI
2	COMUNIDAD MARIANO MILLAHUAL	QUETROLEUFU	ENEDINA MILLAHUAL PAILLALEF
3	COMUNIDAD ANTONIO HUENUÑANCO	LLAFENCO	MANUEL RIVERA HUILIPAN
4	COMUNIDAD MILLAQUEO MILLAHUAL	HUIFE	LUIS HERNAN IBARRA MILLAQUEO
5	COMUNIDAD LONCOFILO PAULUM	LONCOFILO	TERESA ÑANCO MILLAQUEO
6	COMUNIDAD RAYEN LELFUN	MENETUE	PATRICIA AYALEF TRECANA
7	COMUNIDAD PALGUIN BAJO	PALGUIN BAJO	HECTOR PAILLALEF LLANQUIMAN
8	COMUNIDAD PEHUEN MAPU	SAN LUIS	
9	COMUNIDAD JULIAN COLLINAO	SAN LUIS	SANDRA HUILIPAN PINCHEIRA
10	COMUNIDAD MARIA MILLANAO	COILACO BAJO	SIDIA NAHUELAN AVILES
11	COMUNIDAD JOSE MARIA AVILEZ	PICHARES	ELIZABET BURGOS ROA
12	CONSEJO TERRITORIAL MAPUCHE	PUCON	GUALDO HUAIQUIPAN NECULMAN
13	ASOCIACION INDIGENA URBANA PUCON	PUCON URBANO	RODRIGO COLIHUEQUE VARGAS
14	COMUNIDAD CUMIRRAI ÑANCO VDA. DE ÑANCULEF	CARILEUFU	LUIS AVILES COLIPE
15	COMUNIDAD MARTA CAYULEF VDA. DE HUILIPAN	TRES ESQUINAS	JUAN PABLO COLIPE
16	COMUNIDAD FRANCISCO EPUIN	TRES ESQUINAS	ANA BARRIL EPUIN
17	COMUNIDAD MAPUCHE JULIAN COLLINAO	RELICURA	POLIDORO GARRIDO COLLINAO
18	COMUNIDAD FELIPE PAILLALEF	PUCON	
19	COMUNIDAD JOSE CESAREO ANTINAO	TIRUA	
20	COMUNIDAD JUAN LEFIÑANCO	CABURGUA	
21	COMUNIDAD ZOILO CASTRO Y OTROS	LONCOMEO	
22	COMUNIDAD RAFAEL PANGUILEF	PUCON	RAFAEL PANGUILEF ROBLES
18	COMUNIDAD NECULAN NAHUELAN	LEFINCUL	VENANCIO NAHUELAN HUENUL
19	COMUNIDAD CARIMAN SANCHEZ GONZALO MARIN	LLANCALIL	MARIO CURIHUENTRO, RUBEN SANCH

FUENTE: Municipalidad de Pucón

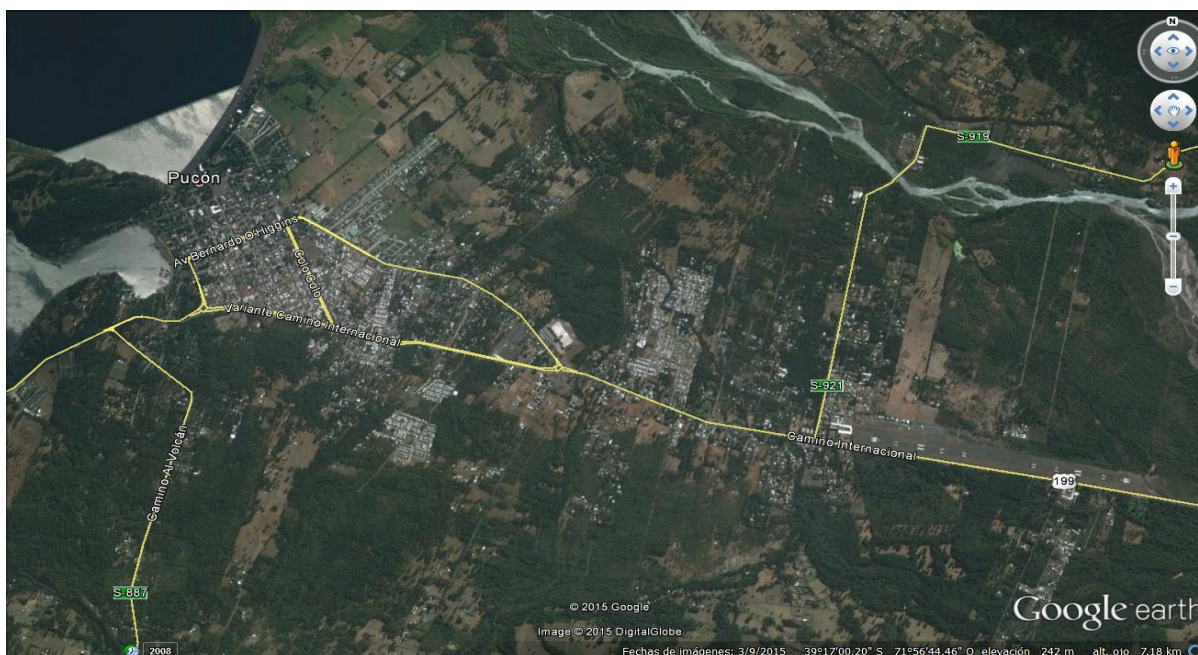


Municipalidad de Pucón
Depto. de Salud

MAPA COMUNAL

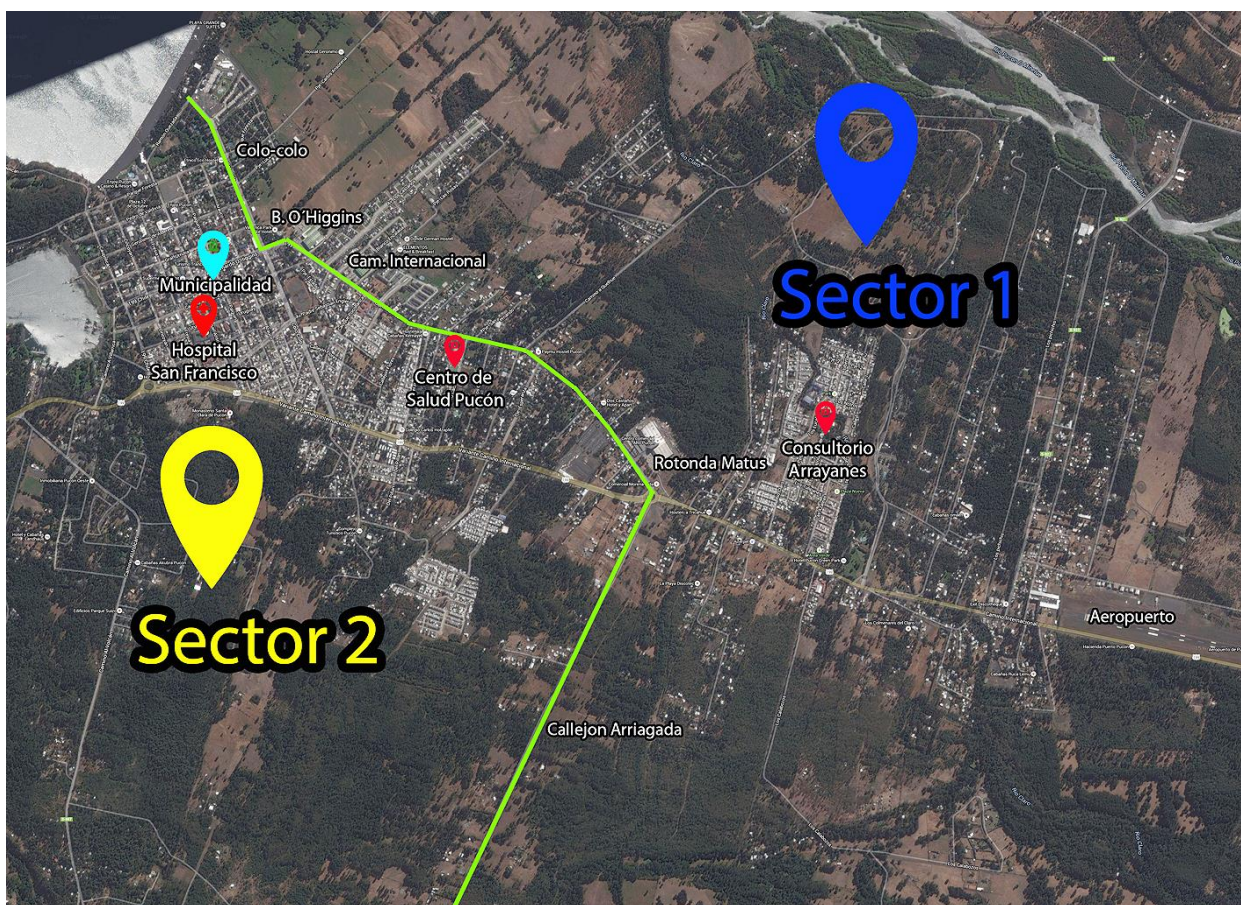


MAPA URBANO



SECTORIZACIÓN COMUNAL

El proceso de sectorización se comienza a realizar en febrero de 2015 con la respectiva delimitación geográfica liderada por el comité gestor en salud de la comuna, que consiste en dos sectores: el sector 1 azul y el sector 2 amarillo. La línea divisoria de ambos sectores comprende desde el inicio de calle Colo-Colo frente a la playa pucón, hasta calle O'Higgins, desde ahí hacia la izquierda hasta camino internacional que continua hasta la rotonda Matus llegando al final de callejón Arriagada.



POBLACION INSCRITA 2015

NUMERO DE FAMILIAS Y MIEMBROS POR SECTOR

establecimiento	Sector	Total Familias	Nº Fam. con Ficha Soc.	Total Miembros
PUCON DSM	CABURGUA	589	587	1293
PUCON DSM	LLAFENCO	34	33	67
PUCON DSM	LONCOFILO	26	26	71
PUCON DSM	MENETUE	37	36	82
PUCON DSM	PAILLACO	257	257	628
PUCON DSM	PALGUIN	131	131	261
PUCON DSM	PUCON	7937	7828	21080
PUCON DSM	QUELHUE	311	309	699
PUCON DSM	RELICURA	31	30	87
PUCON DSM	SAN LUIS	25	25	57
PUCON DSM	SAN PEDRO	507	505	1138
PUCON DSM		9885	9767	25463

POBLACION VALIDADA FONASA 2015

CLASIFICACIÓN	GRUPO ETÁREO	TOTAL
INFANTIL	0 - 9 AÑOS	3.409
ADOLESCENTE	10 - 19 AÑOS	3.920
ADULTO	20 - 64 AÑOS	11.871
ADULTO MAYOR	65 AÑOS Y MAS	1.481
TOTAL		20.681

RED COMUNAL

ATENCION PRIMARIA EN SALUD DE PUCON

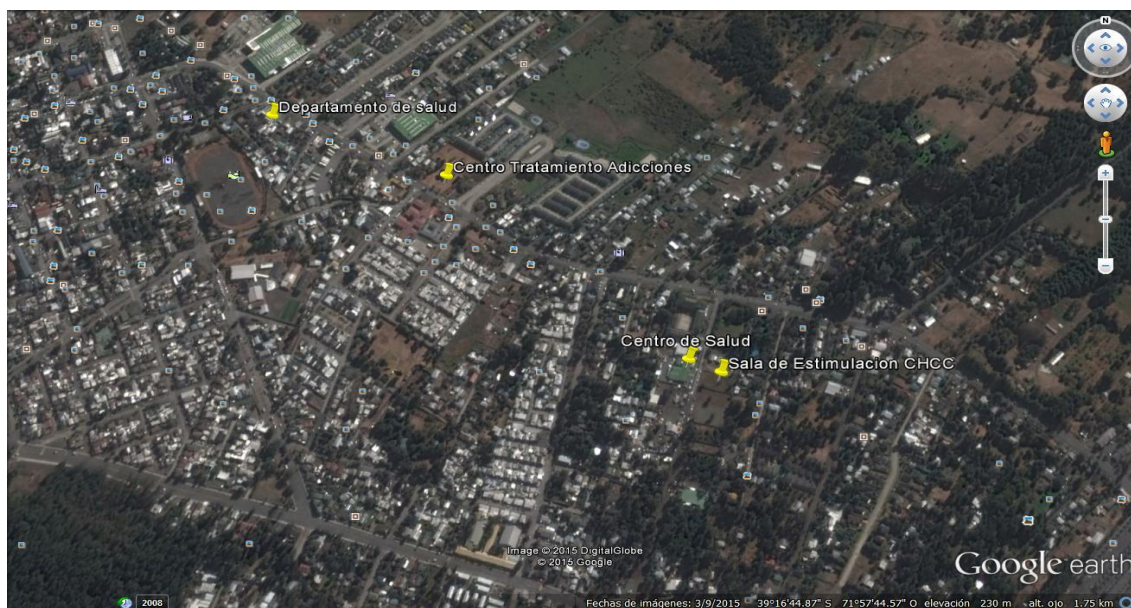
La red de salud pública de la comuna está compuesta por el Departamento de Salud y sus establecimientos de Atención Primaria tanto urbanos como rurales.

A esta red de establecimientos públicos se suman el Hospital San Francisco, desde Centros de atención de salud privada.

El Departamento de Salud de la comuna de Pucón, se encuentra ubicado en Avenida Bernardo O'Higgins N° 965, está conformado por Dirección, Subdirección Administrativa, Secretaría, Oficina Personal, Oficina Finanzas, Adquisiciones, Tesorería, Oficina Bodega e Inventario, Oficina Estadística, Oficina Área Técnica y Equipo de Salud Rural.

Además, cuenta con establecimientos, distribuidos en el sector urbano: 1 Centro de Salud, 1 Anexo Pucón Oriente, 1 Centro de Tratamiento Adicciones, 1 Sala de Estimulación, Clínica Dental el Pillán, Modulo JUNAEB, en el sector Rural 4 Postas de Salud rural y 10 Estaciones de Salud.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD URBANO COMUNA PUCON



CESFAM PUCÓN

El Cesfam de la comuna de Pucón, inicia su funcionamiento en Julio del año 2012, donde a través de Resolución Exenta N° 393 (15/02/13) emanando por el Ministerio de Salud, lo reconoce como Centro General Rural.

Su superficie construida es de aproximadamente 540 mt², consta de 1 nivel donde están emplazados los distintos espacios clínicos, unidades de apoyo y área administrativa. Además desde el año 2013, se cuenta con espacio clínico adosado (3 Módulos dentales, 3 Box multipropósitos, 1 Sala de Esterilización) que fueron construidos por Universidad Autónoma, a través de Convenio Docente-Asistencial entre institución educativa y Municipalidad.

El Cesfam, está conformado por un equipo multidisciplinario compuesto por: Médicos, Enfermeras, Matrón(as), Kinesiólogos(as), Nutricionistas, Asistentes Sociales, Psicólogos, Técnicos Nivel Superior en Enfermería, Podóloga, Administrativos, Odontólogas(as), Asistentes Dentales, Químico Farmacéutico y Auxiliares de Servicio y Aseo, quienes entregan las distintas acciones en salud, en base a lo impartido por las normas ministeriales. Este Centro cuenta con box clínicos de atención, Sala Toma de Muestra y Electrocardiografía, Sala de Procedimientos, Sala ERA-IRA, Vacunatorio, Sala Esterilización, Farmacia, Entrega Alimentación Complementaria, Some, Oficina Gestión de Horas, GES, Estadística y Dirección.



En Agosto del año 2013, se crea el Servicio de Urgencia de Atención Primaria (SAPU), el cual funciona en dependencias del Centro. Durante el mes de Agosto del año 2014 se inicia la construcción de las instalaciones propias del SAPU, el cual estará adosado al Cesfam.

La población que se atiende es principalmente del sector urbano, además de la demanda requerida por el sector rural de la comuna.

Es certificado en el mes de Noviembre de 2015 como Centro de Salud Familiar (CESFAM)

Del Cesfam, depende los siguientes establecimientos del sector urbano:

ANEXO LOS ARRAYANES

El Anexo Pucón Oriente, nace de la necesidad de mejorar los niveles de acceso y cobertura de las acciones en salud primaria, específicamente del sector los Arrayanes de la comuna. En la actualidad estas acciones son entregadas en un nuevo recinto de 82.44 m², ubicado en Pasaje Río Claro S/N de dicho sector. Presenta un equipo multidisciplinario parcial compuesto por: Médico, Odontóloga, Asistente Dental, Asistente Social, Enfermera, Administrativa, Técnico Nivel Superior en Enfermería y Auxiliar de Servicio. Este Anexo cuenta con 1 box de atención clínica y un box de atención dental y Farmacia. Estas dependencias corresponden a la primera parte del proyecto de construcción que contempla 5 box clínicos adicionales para los demás profesionales.

Unidades vecinales del establecimiento ANEXO LOS ARRAYANES

UNIDAD VECINAL	NUMERO DE CASAS
Jardines del Claro	324
Entre Ríos	139
Aeropuerto	53
Arrayán Libertad	321
Bomberos de Chile	128

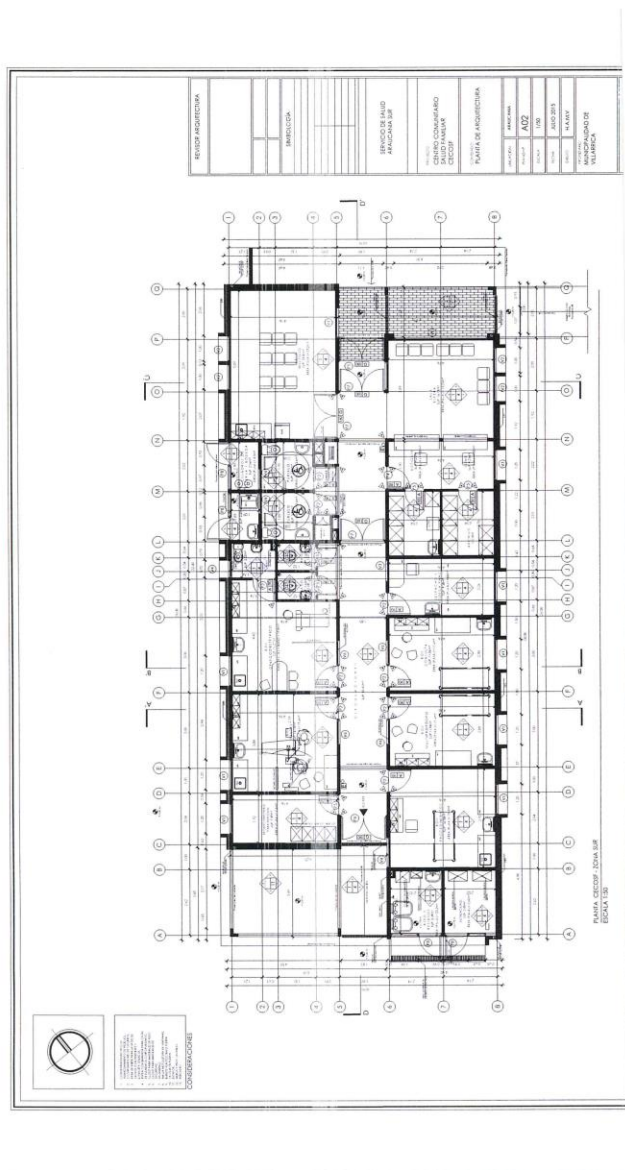
Fuente: Departamento de Salud, Pucón

AREA DE INFLUENCIA DE ANEXO LOS ARRAYANES





En el año 2015 se postula a un proyecto de fondos sectoriales al SSASUR. El proyecto Cecosf Los Arrayanes contempla una infraestructura de 297 mts2 que incluyen los box médico, dental, matrona, enfermera y asistente social, junto con la sala de espera, bodega y farmacia, que tiene la siguiente distribución:



CENTRO DE TRATAMIENTO AMBULATORIO

El Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA), cambia en el año 2015 en dependencias ubicadas en Avenida Bernardo O'Higgins N° 1130, que le permiten un mayor espacio físico para una mejor atención de sus usuarios. Corresponde a un centro especializado en la atención de personas que presentan consumo problemático o dependencia a sustancias psicoactivas, tales como drogas ilegales, fármacos y/o alcohol. Dicho Centro es financiado mediante convenio CONACE - MINSAL y la Municipalidad de Pucón, instalándose como dispositivo especializado al alero del Departamento de Salud Municipal. Respecto a la atención, ésta va orientada a tres modalidades dependiendo del perfil y compromiso a nivel biopsicosocial que presenta cada persona, y se nombran como planes. Se puede identificar el Plan Ambulatorio Básico (PAB); Plan Ambulatorio Intensivo (PAI); y el Plan Ambulatorio Intensivo de Mujeres (M PAI). La manera en que se lleva a cabo las intervenciones es mediante un modelo Biopsicosocial en Drogodependencias, usando como herramientas las estrategias motivacionales, tratamiento y rehabilitación, a fin de lograr cambios efectivos en las conductas adictivas, promoviendo la adecuada integración en su entorno inmediato. Con el objeto de entregar una atención integral a las personas usuarias, se ha establecido la conformación de un Equipo de Trabajo Multidisciplinario formado por los siguientes profesionales: Psicólogos, Asistente Sociales, Técnico en Rehabilitación, Psiquiatra y Medico General.



UNIDAD DENTAL MOVIL JUNAEB

La Unidad Dental Móvil de Junaeb, es un espacio implementado para atender la necesidad odontológica de la población escolar beneficiaria de las prestaciones incorporadas en el Programa de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Beca (JUNAEB). La atención está a cargo de dos profesionales odontólogas, Monitora Educativa quienes conforman un equipo que respalda la entrega de prestaciones integrales centrada en la promoción y prevención de la salud oral con el apoyo educativo correspondiente.

SALA DE ESTIMULACION

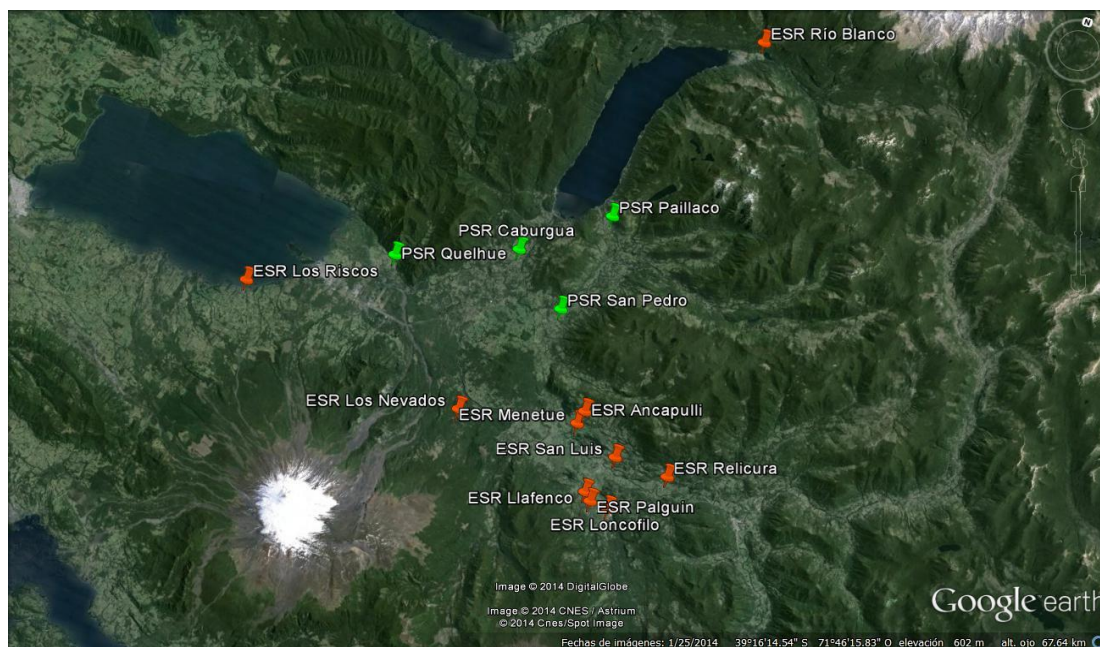
Con el objetivo de fortalecer las intervenciones dirigidas a apoyar a la población infantil de la comuna, en situación de rezago y déficit en su desarrollo integral durante su primera infancia, se implementó la Sala de Estimulación ubicada en calle Adolfo Kachelle S/N. Actualmente dicha sala, cuenta con una Educadora de Párvulo y Enfermera.



CLINICA DENTAL EL PILLAN

La clínica está ubicada en dependencias de la escuela básica Carlos Holzapfel, cuya entrada se encuentra por calle el Pillan. Nace de una estrategia conjunta entre el Departamento de Salud, el Departamento de Educación, apoderados del colegio y aportes del Rotary, para apoyar la salud dental de alumnos del establecimiento. Actualmente refuerza la ejecución de prestaciones ligadas a convenios específicamente hombres y mujeres de escaso recursos, Sernam entre otros. Está compuesto por profesional Odontóloga(o) y Laboratorista Dental.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RURAL COMUNA PUCON



La red de establecimientos del sector rural de la comuna de Pucón, está conformado por 4 Postas de Salud Rural y 10 Estaciones de Salud Rural. Estos establecimientos tienen como objetivo contribuir a las necesidades de las comunidades rurales, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el autocuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad con pertinencia cultural, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social. (Normas Técnicas Postas de Salud Rural).

En las Postas de Salud Rural, encontramos a los Técnico Nivel Superior en Enfermería, quienes realizan la atención de acuerdo a su nivel de resolución, normas ministeriales y las indicaciones entregadas por el Equipo de Salud Rural, el que visita en forma periódica al establecimiento en Rondas de salud programadas en forma anual. Actualmente encontramos un Equipo de Rondas de Salud quien está conformado por: Médico, Enfermera, Técnico Nivel Superior en Enfermería, Matrona, además según necesidad requerida se cuenta con el apoyo Kinesiólogo, Asistente Social, Nutricionista y Odontólogo.

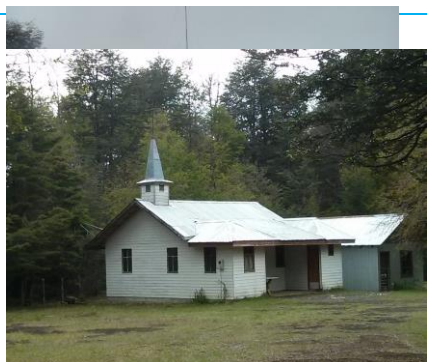
Dentro de las prestaciones se realiza, consultas de morbilidad, controles prenatales, Visitas Domiciliarias Integrales y de Procedimiento, controles crónicos cardiovasculares, entre otras.



ESTACIONES DE SALUD RURAL	VÍA DE ACCESO
<p>Palguin</p> 	<p>Corresponde a una Sede Social, habilitada por la comunidad, contando con 1 espacio para atención de TENS (asistiendo los lunes y miércoles) y una vez al mes se habilita en forma completa para la respectiva ronda de salud.</p> <p>Vía de Acceso: Terrestre</p> <p>Distancia desde Pucón: 24,7 Km</p>
<p>Loncofilo</p> 	<p>Corresponde a una Sede Social, habilitada por la comunidad, contando con 1 espacio para atención de TENS (asistiendo los días jueves de cada semana) y una vez al mes se habilita en forma completa para la respectiva ronda de salud.</p> <p>Vía de Acceso: Terrestre</p> <p>Distancia desde Pucón: 30 Km</p>
<p>Llafenco</p> 	<p>Corresponde a una Sede Social, habilitada por la comunidad, contando con 1 espacio para atención de TENS (asistiendo los días martes y viernes de cada semana) y una vez al mes se habilita en forma completa para la respectiva ronda de salud.</p> <p>Vía de Acceso: Terrestre</p> <p>Distancia desde Pucón: 21 Km</p>



	<p>Corresponde a una Sede Social, habilitada por la comunidad. Una vez al mes se habilita en forma completa para la respetiva ronda de salud.</p> <p>Vía de Acceso: Terrestre</p> <p>Distancia desde Pucón: 27,6 Km</p>
<p>Menetue</p> 	<p>Corresponde a una Sede Social, habilitada por la comunidad. Una vez al mes se habilita en forma completa para la respetiva ronda de salud.</p> <p>Vía de Acceso: Terrestre</p> <p>Distancia desde Pucón: 32,1 Km</p>
<p>Relicura</p> 	<p>Corresponde a una Sede Social, habilitada por la comunidad. Una vez al mes se habilita en forma completa para la respetiva ronda de salud.</p> <p>Vía de Acceso: Terrestre</p> <p>Distancia desde Pucón: 32 Km</p>
<p>Ancapulli</p>	<p>Corresponde a casa particular que una vez al mes se habilita para la ronda de salud.</p> <p>Vía de Acceso: Terrestre</p> <p>Distancia desde Pucón: 31,3 Km</p>



La Posta de Salud Rural de Caburgua, cuya construcción fue realizada hace 36 años (reconstruida el año 1994), se encuentra ubicada en la localidad de Carileufu, sector El Cristo, Km. 20 ruta Pucón-Caburgua, siendo las mismas localidades su área de influencia directa. Distancia desde Pucón: 18,6 Km

Los Riscos

Corresponde a un antiguo colegio, habilitado por la comunidad una vez al mes para la respectiva ronda de salud

Vía de Acceso: Terrestre

Rio Blanco



Corresponde a un antiguo colegio, habilitado por la comunidad una vez cada tres meses para la respectiva ronda de salud

Vía de Acceso: Terrestre

POSTA DE SALUD RURAL DE CABURGUA

POSTA DE SALUD RURAL SAN PEDRO

La Posta de Salud Rural de San Pedro, tiene una data de construcción de 17 años , se encuentra ubicada en el sector rural San Pedro Pichares , km. 25 ruta Pucón – Huife, siendo las mismas localidades su área de influencia directa. Distancia desde Pucón: 19,7 Km

PLA



POSTA DE SALUD RURAL PAILLACO



La Posta de Salud Rural de Paillaco, tiene una data de construcción de 31 años, se encuentra ubicada en el sector rural de Paillaco, km 30 rutas Pucón – Parque Huerquehue, siendo las mismas localidades su área de influencia directa. Distancia desde Pucón: 26,6 Km

POSTA DE SALUD RURAL QUELHUE

La Posta de Salud Rural de Quelhue, tiene una data de construcción de 2 años, se encuentra ubicada en el sector rural Quelhue, km 19 rutas Pucón – Quelhue, siendo las mismas localidades su área de influencia directa. Distancia desde Pucón: 8 Km



Visión



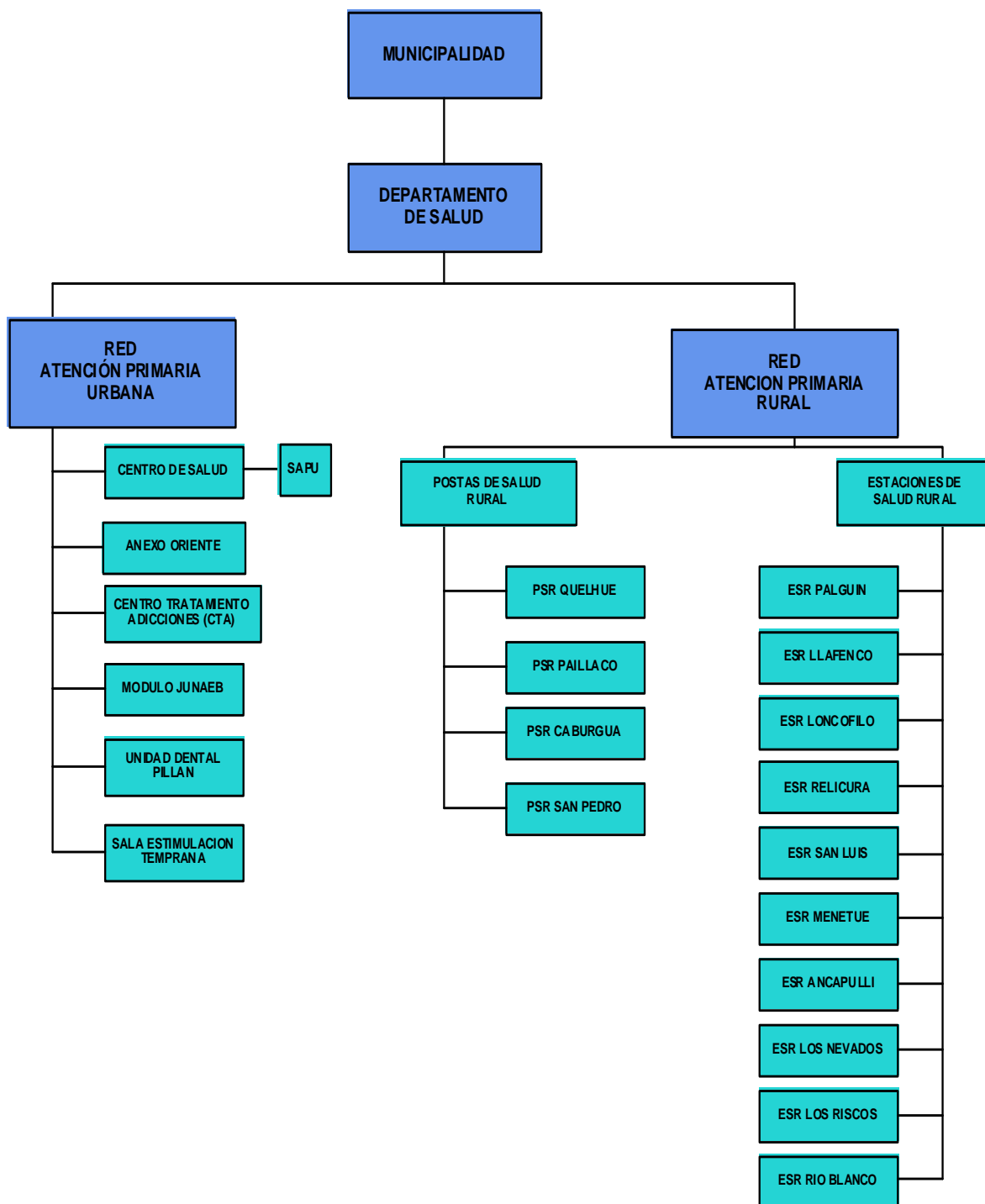
“Queremos Destacarnos y ser reconocidos como un Centro de Salud importante; inspirado en un claro enfoque biopsicosocial, constituido por un equipo organizado y multidisciplinario de profesionales y funcionarios altamente capacitados, competentes y comprometidos por entregar excelentes atenciones en salud a nuestros usuarios, su familia y comunidad; motivándolos a ser protagonistas de su autocuidado, contribuyendo al logro de mejores condiciones de bienestar integral y respetando su dignidad, diversidad e interculturalidad”

Misión

“Acercarnos a nuestros usuarios, su familia y comunidad, acogerles con un buen trato y establecer vínculos de reciprocidad; responsabilizándonos públicamente de brindarles una atención humana e integral de calidad, caracterizada por una gestión y servicio profesional y asistencial equitativos, oportunos y resolutivos; con prestaciones personalizadas y articuladas en red que satisfagan sus solicitudes y necesidades de salud primaria y les provea de experiencias educativas preventivas que promuevan, beneficien y aseguren estilos de vida saludables”

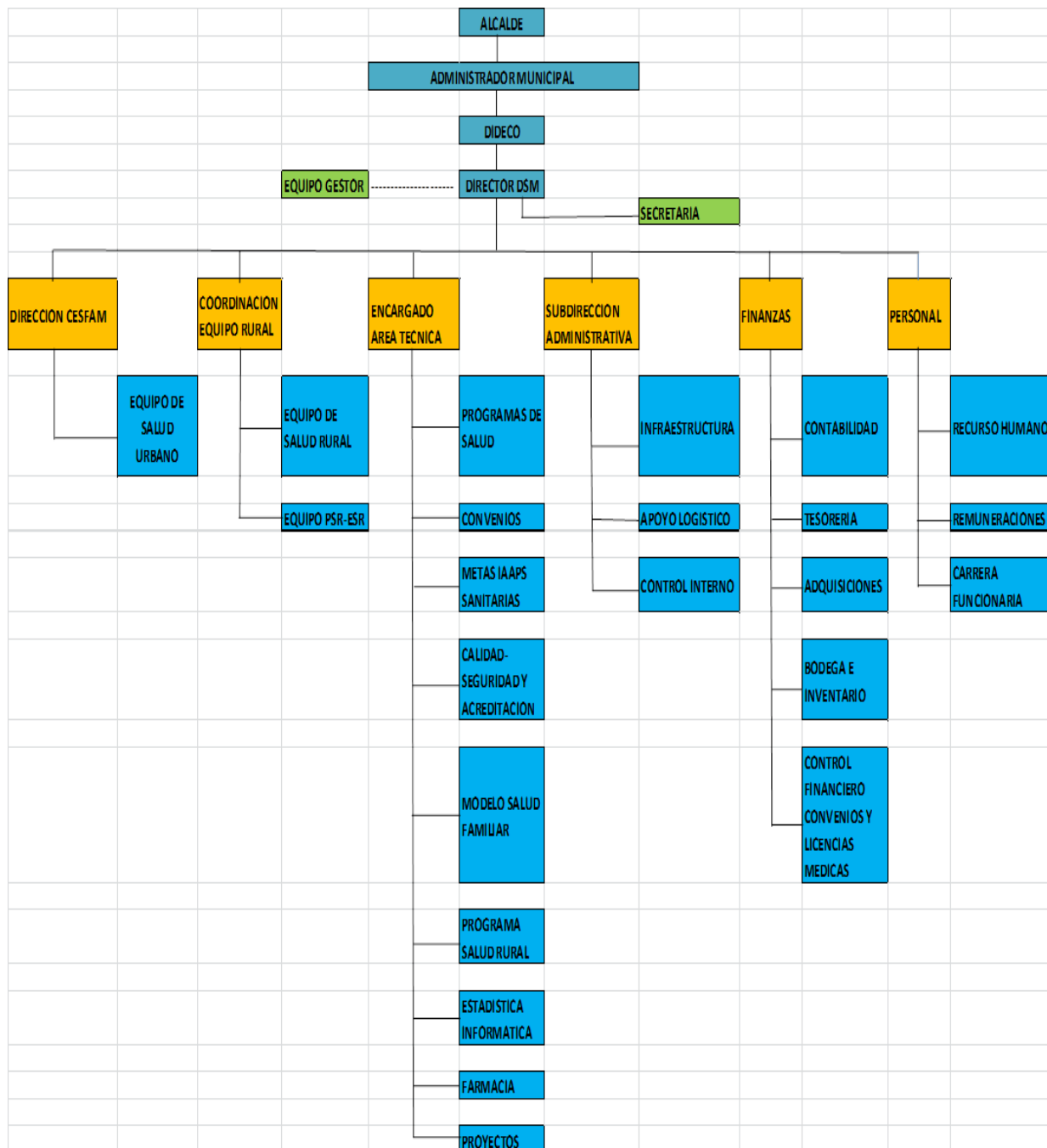


ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEPARTAMENTO DE SALUD PUCON



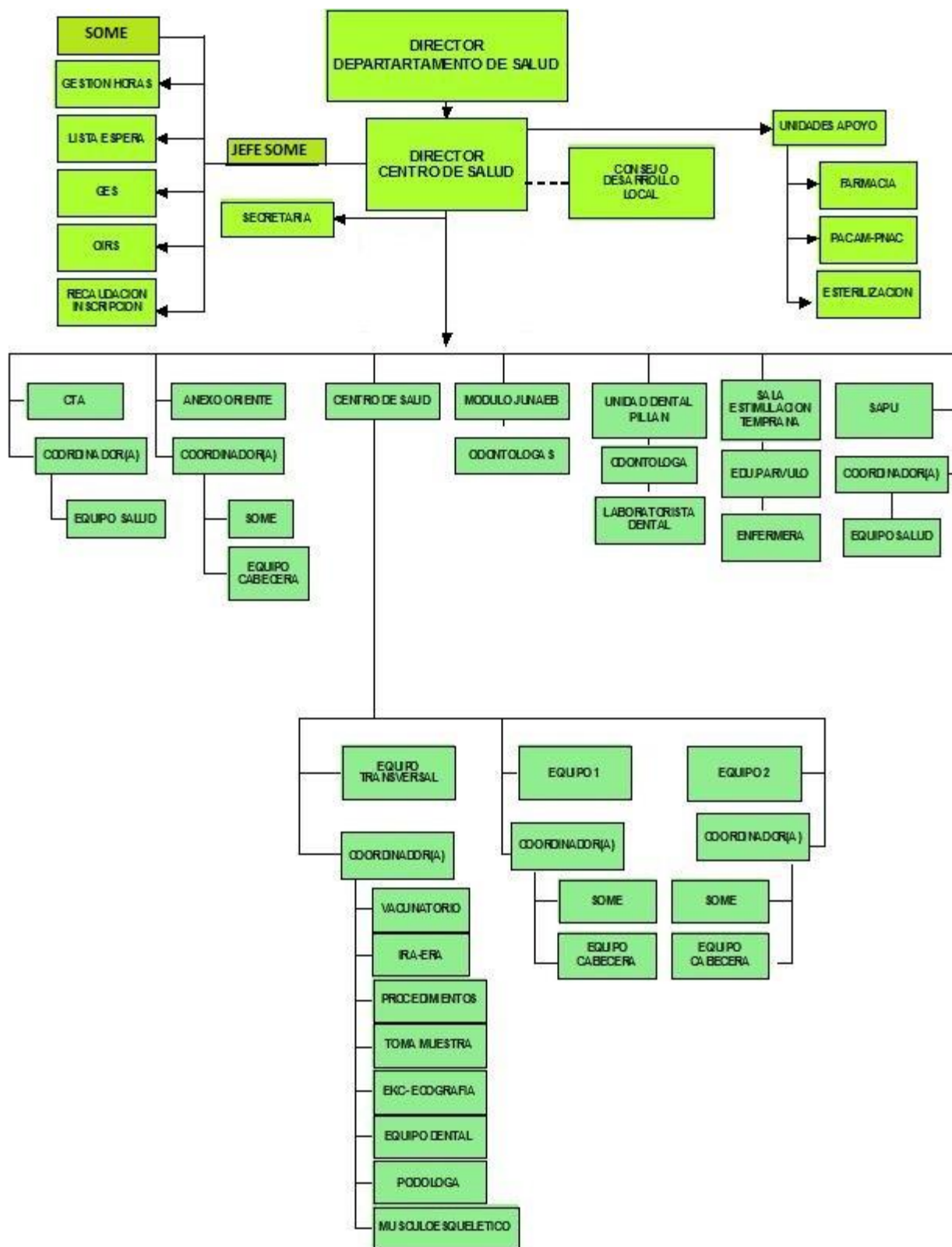


ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEPARTAMENTO DE SALUD PUCON





ORGANIGRAMA CENTRO DE SALUD PUCON



ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

MORTALIDAD

MORTALIDAD GENERAL E INDICE DE SWAROOP COMUNA DE PUCON AÑOS 2007-2012									
AÑO	MORTALIDAD GENERAL						INDICE SWAROOP		
	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES				
	DEFUNCIONES	TASA (*)	DEFUNCIONES	TASA (*)	DEFUNCIONES	TASA (*)	AMBOS SEXOS	HOMBRE	MUJER
2007	115	4,1	66	4,6	49	3,6	78,3	74,2	83,7
2008	122	4,21	57	3,86	65	4,59	73	70	75
2009	113	3,8	54	3,5	59	4,0	82,3	81,5	83,1
2010	146	4,7	80	5,1	66	4,4	71,9	60,0	86,4
2011	97	3,0	55	3,3	42	2,7	75,3	78,2	71,4
2012	125	3,7	70	4,1	55	3,4	77,6	71,4	85,5
FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud									

El índice de Swaroop, también llamado tasa de mortalidad proporcional es una tasa empleada en demografía y epidemiología para comparar la mortalidad entre poblaciones con diferente estructura por edades.

La Tasa bruta de mortalidad es un indicador demográfico que mide el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado (generalmente un año), pero esto no resulta demasiado útil para comparar poblaciones con diferente estructura de edades: Una población A con muchos ancianos ofrecerá una mayor tasa bruta de mortalidad que otra población B más joven, ofreciendo la falsa información de que es mayor el riesgo global de morir en A que en B.

Para evitar este sesgo se emplea el índice de Swaroop, que representa la proporción de fallecimientos entre personas de 50 años o más por cada 100 defunciones totales (un valor más

elevado indica una mejor situación sanitaria). Se obtiene en un año, y el 100% se obtendría si todas las personas vivieran más de 50 años. En los países desarrollados este índice ronda el 90%.

MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, COMUNA PUCON AÑOS 2007-2012								
AÑO	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa	Defunciones menores de 28 días	Tasa	Defunciones menores de 7 días	Tasa	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa
2008	3	7,60	3	7,60	2	5,06	0	0,00
2009	1	2,6	1	2,6	1	2,6	0	0,00
2010	3	8,3	1	2,8	1	2,8	2	5,6
2011	4	11,8	2	5,9	2	5,9	2	5,9
2012	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2012	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud								

La tasa de mortalidad infantil y sus componentes para la comuna de Pucón entre los años 2007 y 2012 ha sido irregular, con periodos de aumento y descenso, destacando entre sus datos la más alta tasa de mortalidad infantil, neonatal y neonatal precoz en el año 2007 y un aumento en la tasa de mortalidad postneonatal en el año 2011.



MORTALIDAD DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN SEXO, COMUNA PUCON PERIODO 2007 – 2012						
AÑOS	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
2007	2	0,4	0	0,00	2	0,8
2008	2	0,37	1	0,36	1	0,39
2009	1	0,2	1	0,4	0	0,00
2010	4	0,7	3	1,1	1	0,4
2011	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2012	2	69,2	1	67,7	1	70,7
FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud						

La mortalidad de los adolescentes en la comuna de Pucón, se ha mantenido constantes a excepción del año 2010 donde tuvo su mayor aumento.

Es necesario precisar que en la tabla anterior los valores considerados para los años, 2007, 2008, 2009 y 2010 se calculan sobre la población total de 10 a 19 años, mientras que para el año 2011 y 2012 el cálculo se realiza sobre la población de 15 a 19 años.



MORTALIDAD DE LOS ADULTOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO COMUNA DE PUCON, AÑOS 2007 – 2012								
AÑOS	20-44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
2007	10	1,8	3	0,6	16	6,2	12	5,1
2008	11	1,92	3	0,54	6	2,16	12	4,75
2009	3	0,5	3	0,5	8	2,7	5	1,9
2010	12	2,0	3	0,5	18	5,7	6	2,1
2011	3	0,5	7	1,1	11	3,3	3	1,0
2012	7	1,1	1	0,2	18	5,1	8	2,5
FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud								

Al analizar la tasa de mortalidad en la población adulta en el periodo 2007 y 2012, se desprende un predominio en el sexo masculino. En el grupo de edad de 45-64 años se reflejan las tasas más altas en el año 2007, 2010 y 2012 respectivamente. Mientras que en el grupo de 20 a 44 años la tasa más alta de mortalidad corresponde al sexo masculino en el año 2010.



MORTALIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, COMUNA DE PUCÓN, AÑOS 2007 – 2012								
AÑOS	65-79 AÑOS				80 Y MÁS AÑOS			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
2007	13	18,2	15	19,2	21	122,8	15	75
2008	14	18,57	16	19,73	24	135,59	31	150,49
2009	23	29,1	18	21,4	19	103,8	31	146,9
2010	18	21,8	13	14,9	27	142,1	41	190,7
2011	19	21,8	11	12,1	20	99,0	18	78,3
2012	21	22,9	20	21,2	23	108	25	101,6
FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud								

En cuanto al comportamiento de las tasas de mortalidad en la población adulta mayor de la comuna, la tabla anterior refleja un predominio en el sexo femenino en el grupo de 80 y más entre los años 2008 y 2010. En el resto de los años el predominio de la tasa de mortalidad para este grupo de edad está en el sexo masculino. En cuanto al grupo de edad de 65 a 79 años, se muestra un predominio de la tasa de mortalidad en el sexo masculino desde el año 2009 en adelante.



DEFUNCIONES POR GRUPO ETAREO Y CAUSA REGION DE LA ARAUCANIA-AÑO 2012

CIE-10	Región , gran grupo de causa y sexo	Grupo de edad(en años)									
			Total	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y más
		Hombre	6.002 3.235	98 43	13 6	13 9	46 27	374 279	1.113 681	1.933 1.097	2.412 1.093
		Mujer	2.767	55	7	4	19	95	432	836	1.319
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Hombre	120 60	0 0	1 1	1 0	0 0	7 5	30 17	32 17	49 20
		Mujer	60	0	0	1	0	2	13	15	29
C00-D48	Tumores (neoplasicos)	Hombre	1567 819	3 0	1 1	4 4	6 1	55 24	370 163	667 363	461 263
		Mujer	748	3	0	0	5	31	207	304	198
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Hombre	263 131	1 1	0 0	0 0	0 0	9 5	63 29	98 57	92 39
		Mujer	132	0	0	0	0	4	34	41	53
F00-F90	Trasntornos mentales y del comportamiento	Hombre	118 54	0 0	0 0	0 0	0 0	3 3	9 9	21 15	85 27
		Mujer	64	0	0	0	0	0	0	6	58
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	Hombre	183 96	3 3	1 0	2 2	3 2	16 10	23 17	46 25	89 37
		Mujer	87	0	1	0	1	6	6	21	52
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	Hombre	1535 762	0 0	1 1	1 1	3 1	33 21	221 133	526 294	750 311
		Mujer	773	0	0	0	2	12	88	232	439
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	Hombre	601 322	5 2	1 1	0 0	2 1	11 8	59 41	161 86	362 183
		Mujer	279	3	0	0	1	3	18	75	179
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	Hombre	405 252	2 1	1 1	2 0	3 1	40 30	108 87	136 79	113 53
		Mujer	153	1	0	2	2	10	21	57	60
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	Hombre	166 79	0 0	0 0	0 0	0 0	1 1	17 8	51 28	97 42
		Mujer	87	0	0	0	0	0	9	23	55
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Hombre	39 16	39 16	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
		Mujer	23	23	0	0	0	0	0	0	0
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas		48	38	3	1	0	2	3	1	0
		Hombre	22	17	0	1	0	2	1	1	0
		Mujer	26	21	3	0	0	0	2	0	0
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otros		283	8	0	0	1	20	24	57	173
		Hombre	135	5	0	0	1	15	16	38	60
		Mujer	148	3	0	0	0	5	8	19	113
V00-Y98	Causas externas de mortalidad	Hombre	966 768	5 2	10 6	5 1	65 50	357 304	273 228	148 121	103 56
		Mujer	198	3	4	4	15	53	45	27	47
	Resto de causas	Hombre	150 61	1 0	1 0	0 0	2 2	11 4	23 10	45 23	67 21
		Mujer	89	1	0	0	0	7	13	22	46

FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud.



NATALIDAD

NACIDOS VIVOS INSCRITOS SEGÚN EDAD DE LA MADRE COMUNA DE PUCON, AÑO 2007-2012						
Años	Total	Edad de la madre(en años)				
		Menor de 15 años	15 a 19 años	20 a 34 años	35 y más años	Ignorado
2007	435	1	64	308	62	0
2008	392	0	63	272	57	0
2009	387	2	74	266	45	0
2010	360	1	54	244	61	0
2011	334	3	55	226	50	0
2012	337	2	51	231	53	0
FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud						

Al analizar la tabla de nacidos vivos inscritos según edad de la madre, se establece un descenso paulatino en la cantidad de nacimientos para todos los grupos de edad. El mayor incremento se observó en el año 2007. La mayor concentración de nacimientos se refleja en el grupo de 20 a 34 años. En el grupo de 15 a 19 años el mayor número de nacimientos se refleja en el año 2009.



POBLACION, NACIDOS VIVOS TOTALES Y CON ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO Y TASA DE NATALIDAD, COMUNA DE PUCON, PERIODO 2007 -2012.					
REGION Y COMUNA DE RESIDENCIA DE LA MADRE	POBLACION	NACIDOS VIVOS			TASA DE NATALIDAD
		INSCRITOS		CORREGIDOS	
		TOTAL	CON ATENCION PROFESIONAL		
AÑO 2007	27.944	435	434	438	15,7
AÑO 2008	28.957	392	392	395	13,64
AÑO 2009	29.961	387	385	389	13,0
AÑO 2010	30.995	360	360	360	11,6
AÑO 2011	32.161	334	334	338	10,5
AÑO 2012	33.335	337	336	337	10,1
FUENTE: DEIS-Ministerio de Salud					

La tabla anterior muestra para la comuna de Pucón una mayor tasa de natalidad, de 15.7 nacimientos por cada mil habitantes para el año 2007, la cual va disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar para el año 2012 una tasa de natalidad de 10,1.



El siguiente cuadro tiene relación con la clasificación de egresos hospitalarios del año 2011, por grupo etáreo y grandes grupos de causas, teniendo en consideración que es el registro disponible más actualizado en el DEIS.

**EGRESOS HOSPITALARIOS DE AMBOS SEXOS, SEGÚN EDAD Y CAUSAS.
REGION DE LA ARAUCANIA, COMUNA PUCON, AÑO 2011**

Código CIE-10	Gran grupo de causas	Total	Grupo de Edad (años)					
			0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más
	Todas las Causas	3.255	348	125	372	1.202	571	637
A00 - B99	Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	102	25	9	13	21	16	18
C00 - D48	Tumores	208	5	6	2	82	65	48
D50 - D89	Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoy	33	0	0	1	6	13	13
E00 - E90	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	73	0	0	0	15	30	28
F00 - F99	Trastornos Mentales y del Comportamiento	48	0	0	4	27	16	1
G00 - G99	Enfermedades del Sistema Nervioso	57	3	0	3	21	24	6
H00 - H59	Enfermedades del Ojo y sus Anexos	35	1	0	0	7	12	15
H60 - H95	Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	8	3	0	1	1	1	2
I00 - I99	Enfermedades Sistema Circulatorio	235	0	2	3	32	47	151
J00 - J98	Enfermedades Sistema Respiratorio	385	140	42	27	39	42	95
K00 - K93	Enfermedades del Sistema Digestivo	389	5	11	49	122	117	85
L00 - L99	Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	48	7	0	3	13	10	15
M00 - M99	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido C	56	1	0	8	22	11	14
N00 - N99	Enfermedades del Sistema Genitourinario	217	16	11	25	50	52	63
O00 - O99	Embarazo, Parto y Puerperio	687	0	0	134	550	3	0
P00 - P96	Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	81	81	0	0	0	0	0
Q00 - Q99	Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías	25	13	3	7	2	0	0
R00 - R99	Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Lab	144	17	14	18	35	21	39
S00 - T98	Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consec	387	28	23	71	141	83	41
Z00 - Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto co	37	3	4	3	16	8	3

FUENTE: DEIS- Ministerio de Salud

En los registros hospitalarios resalta para el grupo de edad de 0 a 4 años, las enfermedades del sistema-respiratorio, con el 40,2% de los casos. En el grupo de 10 a 19 años, después de los egresos por embarazo parto y puerperio (36%), le sigue los egresos por Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, con un 19%.

En el grupo de 20 a 44 años, después de los egresos por embarazo, parto y puerperio (45,7%), le sigue los egresos por Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas



externas con 11,7 % y enfermedades del sistema digestivo con 10,1%. En el grupo de edad de 45 a 64 años, resalta los egresos por Enfermedades del Sistema Digestivo con un 20,4% y en el grupo de 65 y más años, toma relevancia las enfermedades del sistema circulatorio con un 23,7%.

MORBILIDAD 2014

CONTROLES Y CONSULTAS	TOTAL COMUNA	Centro de Salud	Posta Caburgua	Posta San Pedro	Posta Paillaco	Posta Quelhue
	Ene-Dic 2014	Ene- Dic 2014	Ene-Dic 2014	Ene-Dic 2014	Ene-Dic 2014	Ene-Dic 2014
Controles por Medico	3870	3870	490	783	152	76
Consulta de Morbilidad por Medico	12.464	10.927	230	931	147	229
Consultas de Salud Mental por Médico	197	183	27	7	1	4
Consultas y Controles por Matron(a)		9608	25	189	79	184
Consultas y controles por Enfermera	6714	6096	788	965	316	247
Consultas y Controles Nutricionistas	1689	1689				
Consultas y Controles Kinesiólogo(a)	4.435	4.435				
Consultas y Controles Odontólogas(as)	10.192	10.192				
Urgencias Dentales Odontólogos(as)	2.591	2.591				
Consultas y Controles Asistente Social	1.688	1.688				
Consultas y Controles Psicólogo(a)	2.401	2.401				
TOTAL	47128	41622	1477	2615	665	749

FUENTE: Unidad Estadística Servicio de Salud- DSM Pucón.



De la tabla anterior se puede desprender que considerando el detalle de atenciones de Enero a Diciembre para el año 2014. Debe considerarse además que la Posta de Salud de San Pedro refleja una mayor proporción de atenciones que el resto de las Postas de Salud Rural en consideración a que se incluyen ahí las atenciones de las Estaciones de Salud Rural.

TIPOS DE MORBILIDAD ENERO-DICIEMBRE 2014

TIPO DE CONSULTA	CENTRO DE SALUD	POSTA CABURGUA	POSTA PAILLACO	POSTA QUELHUE	POSTA SAN PEDRO	HOMBRE	MUJERES
IRA ALTA	218	11	6	17	59	122	189
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	130	1	0	0	0	57	74
NEUMONIA	81	0	0	3	2	40	46
ASMA	32	1	1	5	10	23	26
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	7	6	2	2	4	11	10
OTRAS RESPIRATORIAS	646	27	18	27	142	379	481
OBSTETRICA	3	0	0	1	0	0	4
GINECOLOGICA	11	0	0	0	0	0	11
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	5	0	0	0	0	4	1
VIH-SIDA	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS MORBILIDADES	9.792	184	120	174	714	4.244	6.740
TOTAL	10.927	230	147	229	931	4.880	7.584

Fuente: Registro estadística DSM

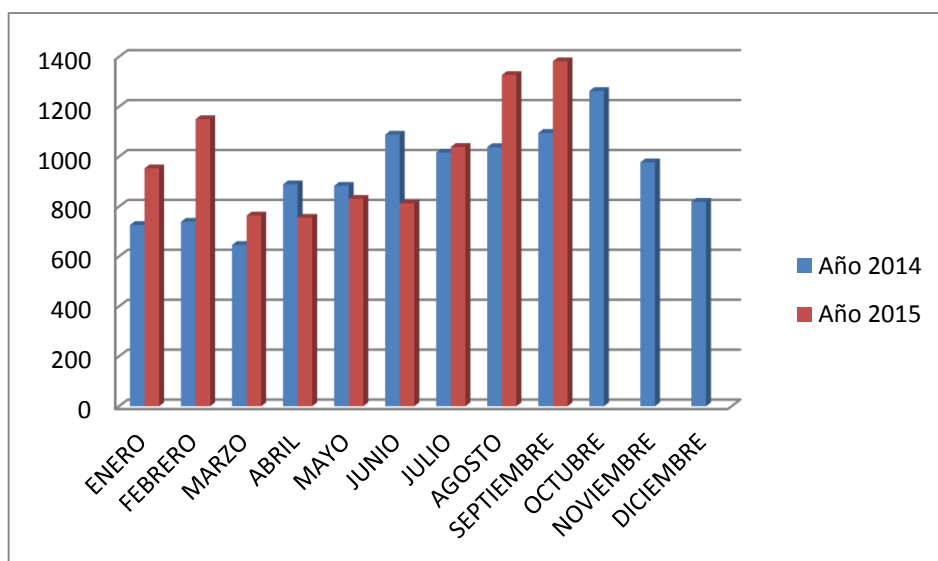


ATENCIONES SERVICIO ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

SAPU (Atención Primaria de Urgencia)	2013	2014	2015
ENERO		726	953
FEBRERO		739	1150
MARZO		646	764
ABRIL		889	755
MAYO		883	831
JUNIO		1088	812
JULIO		1016	1039
AGOSTO	150	1038	1327
SEPTIEMBRE	352	1095	1382
OCTUBRE	527	1263	
NOVIEMBRE	667	977	
DICIEMBRE	478	819	
TOTAL	2174	9916	8643

Es importante mencionar que existe un aumento significativo de la atención SAPU en los meses pick de enfermedades respiratorias.

Prestaciones otorgadas en SAPU, año 2014 y 2015, Pucón.





**CASOS DECLARADOS Y ACUMULADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION
OBLIGATORIA SSASUR, AÑO 2014 Y 2015 SEMANA 38**

Casos Declarados y Acumulados de Algunas Enfermedades de Declaración Obligatoria						
por Ocurrencia SSASUR, 2015 y 2014 Semana: 38						
Enfermedades	Casos declarados		Casos Acumulados			
	2015	2014	2015	2014		
	De transmisión alimentaria					
	Carbunco	0	0	0	0	
	Cólera	0	0	0	0	
	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	3	1	
	Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	0	0	
	Triquinosis	0	0	0	4	
	De transmisión respiratoria					
	Enf.Invasora por Haemóphilus Influenzae b	0	0	0	0	
	Enf.Meningocócicas (Bacteriana)	0	0	2	0	
	Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte	0	0	4	2	
	Tuberculosis	0	0	48	69	
	De transmisión sexual					
	Gonorrea	0	0	32	25	
	Sífilis	0	0	43	45	
	Prevenibles por inmunización					
	Difteria	0	0	0	0	
	Parotiditis	0	0	9	23	
	Rubéola	0	0	0	0	



	Sarampión	0	0	0	0	
	Tétanos	0	0	2	1	
	Tétanos Neonatal	0	0	0	0	
	Tos ferina (Coqueluche)	0	0	6	1	
	Hepatitis víricas					
	Hepatitis A	0	1	9	4	
	Hepatitis B	0	1	2	15	
	Hepatitis C	0	0	0	11	
	Las demás Hepatitis	0	0	3	1	
	Zoonosis y Vectoriales					
	Brucelosis	0	0	0	0	
	Dengue	0	0	0	0	
	Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	
	Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	0	0	0	0	
	Hidatidosis (equinocosis)	0	0	2	27	
	Infección por Hanta Virus	0	0	5	11	
	Leptospirosis	0	0	0	0	
	Importadas					
	Fiebre amarilla	0	0	0	0	
	Malaria	0	0	0	0	
	Otras					
	Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	1	



En cuanto a las enfermedades de notificación obligatoria, son muy bajas en número, habiendo algunas notificaciones de infecciones de transmisión sexual (Sífilis) y posteriormente enfermedades zoonóticas y vectoriales (hidatidosis).

Considerando la importancia en la vigilancia epidemiológica de enfermedades infectocontagiosas, los equipos de salud de la red de Atención Primaria de la comuna, trabajan continuamente en mejorar los procesos de pesquisa y notificación oportuna.

CARGA ENFERMEDAD Y CARGA ATRIBUIBLE.

“Históricamente el sector salud ha cumplido una serie de funciones con el fin de asegurar a la población un estado de salud que le permita desarrollar plenamente sus potencialidades. El entorno en que se desenvuelve el sistema de salud es continuamente modificado por cambios en los condicionantes demográficos, económicos, sociales y geográficos, los que ejercen una importante modulación sobre las necesidades y percepciones de salud de la población, que hacen necesario procesos de adaptación de la oferta de servicios a las necesidades emergentes.”

“Esta situación ha generado la necesidad de introducir nuevas perspectivas en los análisis de situación de salud. Para ello, se han desarrollado indicadores que den cuenta del fenómeno de la muerte, pero que también incorporan aspectos relacionados con la funcionalidad y la calidad de la vida. Dentro de estos Indicadores se inscriben los QUALYS (Quality Adjusted Life Years) y los DALYS (Discapacity Adjusted Life Years, que se han traducido como AVISA).”

“La unidad de análisis del estudio son las enfermedades, las que se clasifican en tres grandes grupos: Grupo I: Transmisibles, Maternas y Perinatales; Grupo II: Enfermedades no transmisibles y Grupo III: Traumatismos y Envenenamientos. Al interior de cada grupo se define un listado de enfermedades de acuerdo a los siguientes criterios: magnitud, trascendencia, utilización de servicios y costos. El listado así definido corresponde a las patologías para las cuales se estimaron los años de vida perdidos por muerte y discapacidad en Chile (más de 100 enfermedades). Para cada una de estas enfermedades se estiman paralelamente los Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) y los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), resultando los AVISA en la suma algebraica de estas dos mediciones.”

(Informe final de Estudio Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Chile 2007-Univesidad Católica de Chile, publicado Julio 2008).



RESULTADOS Y CONCLUSIONES ESTUDIO CARGA ENFERMEDAD Y CARGA ATRIBUIBLE, GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, AÑO 2007.

- Una de cada 7 muertes en Chile es directamente atribuible a la hipertensión.
- Una de cada 8 muertes en Chile es directamente atribuible al consumo excesivo de sal.
- Una de cada 10 muertes en Chile es directamente atribuible al consumo de alcohol.
- Una de cada 11 muertes en Chile es directamente atribuible al sobrepeso u obesidad.
- Una de cada 11 muertes en Chile es directamente atribuible al tabaquismo directo (dato subestimado, sin contar el efecto del fumador pasivo).
- Una de cada 13 muertes en Chile es directamente atribuible a los niveles de contaminación urbana.
- La hipertensión es el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible en Chile.
- El alcohol, la hipertensión, el consumo de sal y el sobrepeso son los factores de riesgo que explican la mayor cantidad de años de vida perdidos por mortalidad prematura (AVPM) en Chile.
- El alcohol es el factor de riesgo que explica la mayor cantidad de años de vida saludable (libre de enfermedad y discapacidad, AVD) perdidos en Chile. El alcohol es también el factor de riesgo con una mayor carga atribuible en AVISA.
- El hombre tiene una mayor carga de muerte, AVPM, AVD y AVISA atribuible a los FR estudiados. La excepción es el caso de “sexo inseguro” y “saneamiento e higiene” que presentan mayor carga atribuible en la mujer producto principalmente de la infección por virus papiloma y el consecuente cáncer cervicouterino.
- La “carga evitable” en relación a tabaco, alcohol e hipertensión es importante. Por ejemplo, el sólo bajar la prevalencia de tabaquismo chilena hasta niveles similares al promedio de países latinoamericanos, podría evitar más de 2600 muertes.
- El sedentarismo debería tener una carga atribuible cercana en magnitud a la de sobrepeso, sin embargo, se ha subestimado su peso en este estudio y también en el estudio mundial y mexicano por motivos metodológicos.
- En el nivel internacional, Chile muestra una carga de AVISA explicada mayormente por un grupo de FR de tipo “mixto”, es decir, coexisten en los primeros lugares FR de países de mayores ingresos (hipertensión, tabaco, sobrepeso) con otros FR como el alcohol y la contaminación urbana. Al comparar con México, Chile comparte los primeros 2 FR de mayor carga atribuible medida en AVISA (alcohol y sobrepeso), sin embargo, tiene una carga atribuible a tabaco mayor y una carga debido a problemas de saneamiento, menor a México.
- La priorización de FR a la luz de este estudio muestra que los FR que deberían ser objeto de políticas intersectoriales e intervenciones poblacionales masivas prioritarias en Chile son: alcohol, consumo de sal e hipertensión, sobrepeso-obesidad, consumo de tabaco, sedentarismo, el bajo peso de nacimiento y la contaminación del aire extradomiciliario.



- Un cambio en la distribución poblacional completa y conjunta de estos factores de riesgo, aunque sea de magnitud muy modesta (pero simultánea y de alta cobertura), puede tener un gran impacto en la carga de enfermedad y muerte del país.

LINEAMIENTOS NACIONALES EN SALUD 2011-2020

REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO.

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
1.1	VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	2,0 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000
1.2	Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis	12,1 por 100.000	9,7, por 100.000	<5,0 por 100.000
1.3	Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*	0 casos	0 casos	0 casos
1.4	Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	14,3 por 100.000	10,4 por 100.00	7,6 por 100.000

* Enfermedades transmisibles seleccionadas: * Casos de Rabia por virus canino (casos humanos y casos animales); Malaria (casos autóctonos); Fiebre amarilla y Dengue (casos autóctonos en Chile Continental); Cólera (casos autóctonos); Poliomielitis: (casos por virus salvaje); Difteria (casos autóctonos); Tétanos neonatal (casos); Sarampión (casos autóctonos); Rubéola Congénita: (casos).



**PREVENIR Y REDUCIR LA MORBILIDAD, LA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD
PREMATURA POR AFECCIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, TRASTORNOS
MENTALES, VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS**

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
2.1	Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio	78,5%	82,7%	91,0%
			Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada por accidente cerebrovascular	70,5%	76,9%	89,7%
2.2	Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada (1)	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial	16,8%	19,6%	25,2%
2.3	Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada (2)	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2	29,8%	31,8%	35,8%
2.4	Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años	8,2 por 100.000	7,8 por 100.00	6,8 por 100.000
2.5	Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer	112,0 por 100.000	107,0 por 100.000	97,1 por 100.000
2.6	Enfermedad Respiratoria Crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica	15,7 por 100.000	14,9 por 100.000	13,2 por 100.000
		Disminuir la prevalencia	Disminuir 10% la prevalencia de	Línea		
2.9	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries(4) en niños de 6 años	29,6%	32,0%	40,0%
			Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries (5) en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	2,2 dientes	2,1 dientes	1,9 dientes
2.10	Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 25% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor (6)	4,1 por 100.000	3,8 por 100.000	3,2 por 100.000
2.11	Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años	1,8 por 100.000	1,6 por 100.000	1,2 por 100.000



**DESARROLLAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, QUE FAVOREZCAN LA
REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CARGA DE ENFERMEDAD
DE LA POBLACIÓN**

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
3.1	Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores(1), en población mayor a 15 años	35,6%	38,0%	42,7 %
3.2	Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años	40,9%	39,1%	35,6%
3.3.	Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol(2) en población de 15 a 24 años	15,1%	15,0%	14,8%
3.4	Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años (3)	9,6%	9,0%	8,6%
3.5	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente (4) en población entre 15 a 24 años	23,1%	25,4%	30,0%
3.6	Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	34,9%	37,2%	42,0%
3.7	Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas(5) durante último año en población de 12 a 64 años	8,1%	8,0%	7,8%



REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
4.1	Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal	10,4 por 1.000	10,6 por 1.000	10,9 por 1.000
4.2	Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años	25,2%	23,5%	21,4%
4.3	Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años	8,0 por 100.000	8,7 por 100.00	10,2 por 100.000
4.4	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años	25,8 por 1.000	23,7 por 1.000	22,9 por 1.000
4.5	Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir un 40% la tasa trienal de mortalidad por accidentes del trabajo	7,6 por 100.00	6,6 por 100.000	4,6 por 100.000
4.6	Enfermedades Profesionales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales	Disminuir un 30% la tasa anual proyectada de licencia por incapacidad laboral por enfermedad profesional de causa músculoesquelética de extremidad superior en población protegida por la Ley 16.744	11,2 por 100.000	11,6 por 100.000	12,5 por 100.000
4.7	Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control	Línea de Base 2012	-3,3 %	-10,0%
4.8	Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	35,3 puntos	33,5 puntos	31,8 puntos



REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LA MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS QUE PRODUCEN LOS DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA SALUD

	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
5.1	Inequidad y Posición Social	Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de autopercepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años	0,31 puntos	0,30 puntos	0,28 puntos
5.2	Inequidad y Ubicación Geográfica	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Potencial Perdidos de las comunas priorizadas (1)	92,1 por 1.000	84,4 por 1.000	69,1 por 1.000

PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

	TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
6.1	Contaminación Atmosférica	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado*	23,4 por 1.000 días-ciudad	19,5 por 1.000 días-ciudad	11,7 por 1.000 días-ciudad
			Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados**	Línea de Base 2013	-3,3%	-10,0 %
6.2	Residuos Sólidos	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar 150% la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios	30,1%	50,0 %	75,3%
6.3	Uso de Aguas	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servida	0,0%	35,0%	50,0%
6.4	Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.	1,13 por 100.000	1,09 por 100.000	1,02 por 100.000
6.5	Entorno Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% el porcentaje de comunas seleccionadas*** cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera recomendación de Organización Mundial de la Salud	8,1%	8,6%	9,7%

* MP-10, en ciudades con monitoreo de calidad del aire distintas a Santiago

** Se determinará unidad de medición y contaminantes seleccionados

*** Comunas de más de 50.000 habitantes con menos de 20% de población rural que superan 9 metros cuadrados por habitante



	Tema	Objetivos	Meta	2010	2015	2020
7.1	Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos (1) que tributan al repositorio nacional de información	0 procesos	5 procesos	13 procesos
7.2	Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas (2) por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso	0,0%	30,0%	50,0%
7.3	Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada (3)	Línea de base 2012	+8,0%	+20,0%
			Aumentar a 35% la proporción de Servicios de Salud cuyos Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	16,1%	35,0%
			Aumentar a 44% la proporción de Servicios de Salud cuyas Unidades de Paciente Crítico de hospitales de alta complejidad, cumplen con estándar de Recursos Humanos en Salud	Línea de base 2012	35,1%	44,0%
7.4	Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud	34,4%	32,1%	27,5%
			Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados mayor o igual a uno	41,4%	58,6%	100,0%

* MINSAL, SEREMIS, Servicios de Salud, Hospitales



7.5	Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales
			Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición	0 centros	75 centros	150 centros
7.6	Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos	No disponible	25,0%	100,0%
			Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos, y articulación de procesos de planificación	0,0%	25,0%	100,0%
7.7	Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud	Línea de base 2012	50,0%	80,0%
7.8	Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener en 75% la proporción de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional	76,9%	>75,0%	>75,0%



MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN MARCO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

TEMA		OBJETIVO	META	2010	2015	2020
8.1	Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas*	21%	52%	90%
8.2	Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención	2,1%	50%	100%
8.3	Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas*	0,0%	30%	90%
			Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad	0,0%	30%	90%
8.4	Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	18,3%	16,5%	12,8%
			Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	26,6%	23,9%	18,6%

* Igual o inferior a 0,15 para consultas de especialidad y 0,10 para intervenciones quirúrgicas

* Acreditación BPM, Equivalencia Terapéutica, calidad medida en proveedores, con inventario de seguridad, prescripción correcta.

TEMA		OBJETIVO	META	2010	2015	2020
9.1	Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Proporción de instituciones de salud* con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados	0	50%	90%
			Número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad	0 hospitales	15 hospitales	30 hospitales

* MINSAL, SEREMIS, Servicios de Salud, Hospitales



Municipalidad de Pucón
Depto. de Salud

TRABAJO INTERSECTORIAL RED ATENCION PRIMARIA COMUNA PUCON

El actuar coordinado entre los diversos organismos públicos afecta decisivamente los resultados en salud y, por ende, es un factor de gran importancia para la consecución de los objetivos Sanitarios planteados.

Por tal motivo, la Intersectorialidad es uno de los pilares fundamentales, y parte de los principios de la Atención Primaria en Salud, ya que tiene un rol fundamental en cuanto a la promoción y la prevención en salud, ayudando a *“lograr objetivos comunes y complementarios además de coordinar los recursos humanos, materiales y desarrollar actividades conjuntas, orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas al trabajo entre distintos actores y participación ciudadana en salud”* (Orientaciones Programáticas para la Programación y Planificación en Red). Ayudando además, en forma participativa y descentralizada a abordar las principales problemáticas en salud.

Dentro de los objetivos de trabajo del Departamento de Salud y su red de establecimientos está el fomentar en los equipos el concepto y proceso de planificación del trabajo con el intersector como parte del Modelo de Salud Familiar.

Por lo anteriormente mencionado y en base a los objetivos planteados en las Orientaciones Programáticas para la Planificación y Programación en Red, Diagnósticos Participativos y Plan de Salud Comunal, se planificará anualmente (recurso humano, tiempos protegidos, etc.) las distintas actividades intersectoriales por ciclo vital.

Dentro del trabajo intersectorial se considera:



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

- Reuniones Encargados de Programas de Salud con referentes técnicos.
- Reuniones de Estamentos de profesionales de salud.
- Reuniones de Consejo Integrado de Red Asistencial (CIRA).
- Reuniones Directivos Atención Primaria.
- Reuniones coordinación con Encargada de Atención Primaria, etc.



MUNICIPALIDAD PUCÓN Y SUS DISTINTOS DEPARTAMENTOS



- Reuniones Dirección Salud y Direcciones Departamentos Municipales (Aseo y ornato, Senda...)
- Reuniones equipos Chilecrecontigo, ambas instituciones.
- Reuniones encargado técnico y oficina del adulto mayor.
- Reuniones de Planificación Talleres adultos mayores.
- Reuniones trabajo Dirección y Comisión Salud del Concejo Municipal.
- Reuniones de trabajo con Serplac, entre otras.

SEREMI DE SALUD

- Reunión Dirección Salud y Director Seremi Novena Región.
- Reunión Encargados Técnicos ambas instituciones.
- Reuniones coordinación ante situaciones de contingencia.
- Reuniones y mesas de trabajo con Encargados de programas y respectivos Referentes técnicos.
- Reuniones con Directores de Escuelas, municipalidad y Seremi para fortalecer las redes en el trabajo con los adolescentes de la comuna.
- Reuniones con Dirección Salud, Encargado Promoción y Seremi para evaluar y mejorar aspectos relacionados al plan de promoción.



HOSPITAL SAN FRANCISCO



Principalmente se han efectuado reuniones de evaluación de acciones en salud, como es el caso de campaña de invierno, Gestión de continuidad de atención de usuarios con diagnóstico de accidente cerebro vascular, Programa Cuidados Paliativos, entre otras.

CENTROS EDUCACIONALES: Se han ejecutado reuniones de planificación desde las respectivas direcciones como aquellas dirigidas a la evaluación técnica de los alumnos en práctica, así como la formalización de convenios de colaboración con todas las instituciones educacionales con las cuales otorgamos campo clínico para prácticas clínicas. Además se han realizado acciones de promoción de salud en distintos centros de educación según el plan anual de promoción de salud de la comuna de Pucón.

DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS

Para el Departamento de Salud y su red de establecimientos, los diagnósticos participativos son:

- La oportunidad en que la comunidad, apoyado por el equipo de salud, sea capaz de identificar y canalizar necesidades y problemas, sus causas y consecuencias, y los recursos disponibles para su solución presentes en su entorno.
- Permite al equipo de salud conocer la visión y priorización de una comunidad respecto a sus problemas y priorizarlos de acuerdo a su importancia y urgencia.
- Es el primer paso en el proceso de planificación en salud, para el logro de objetivos claros y buen uso de los recursos disponibles

Y son importante porque:

- Para no equivocarse con la selección de problemas a resolver.
- Para atender los problemas principales y urgentes y no los secundarios o de menos importancia.
- Para evitar que se entiendan mal las causas, provocando una solución parcial al problema desperdiciando trabajo, tiempo y recursos.
- Para evitar planificar y ejecutar acciones poco viables por no conocer bien el problema

Los Diagnósticos Participativos en salud, fueron trabajados según la siguiente **metodología:**

1. Se inicia taller con la bienvenida y presentación de los facilitadores (2 minutos).



2. Presentación de diapositivas explicativas sobre diagnóstico participativo, su definición e importancia, con ejemplos gráficos de lo que ocurre habitualmente en los sistemas por no incorporar la participación comunitaria en los procesos de planificación en salud. (5 minutos).
3. Se procede a la formación de grupos de trabajo de acuerdo a la cantidad de asistentes al taller. (2 minutos).
4. Primer trabajo grupal: identificación de problemas que afectan al sector a través de lluvia de ideas (10 – 15 minutos).
5. Segundo trabajo grupal: Priorización de problemas de acuerdo a magnitud, trascendencia y factibilidad. (10 Minutos).
6. Tercer trabajo grupal: Elección y presentación en plenaria de 4 a 5 problemas más importantes de acuerdo a priorización grupal. (10 minutos).
7. Cuarto trabajo grupal: Elección de 3 de los problemas priorizados para ser trabajados en la identificación de sus causas y consecuencias a través de la metodología “Árbol de problemas” el cual es explicado y ejemplificado. (10 minutos). De acuerdo a la asistencia y dinámica del taller puede ser trabajado directamente con la totalidad de asistentes en plenaria.
8. Presentación de resultados en plenaria, con lo cual se va completando el trabajo grupal con el resto de los asistentes. (20 minutos).
9. Evaluación de la actividad (5 minutos).
10. Despedida.

Desarrollo de la actividad: Los Diagnósticos Participativos en Salud se desarrollaron en lugares, fechas y horas acordadas con las juntas de vecinos de los sectores. En dichos talleres la comunidad identificó los problemas presentes en su sector. Una vez priorizados los problemas son trabajados en conjunto hasta el nivel de causa quedando el compromiso que el personal del Departamento de Salud, presentaría en una próxima reunión a definir el cuadro completo, de manera de establecer estrategias y actividades con responsables, plazos de ejecución, monitoreo y evaluación.

Resultados:



Diagnóstico Participativo

Promoción de la Salud 2016 - 2018

PROBLEMATIZACION

Objetivo General

Elaboración de Diagnóstico Participativo en la comuna de Pucón urbano – rural, en el marco del Programa Promoción de la Salud, a fin de empoderar personas en la reducción de los diversos factores de riesgos.

Objetivos específicos

- Realizar reuniones participativas con las personas en los diferentes sectores de la comuna urbano – rural.
- Reducir los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, conducta sexual y consumo de drogas ilícitas.
- Realizar informe de análisis de los resultados de los diagnósticos participativos, señalando las necesidades y propuestas de la comunidad con respecto a los factores de riesgos.

METODOLOGIA

Los factores de riesgos son problemas ya instalados en la comunidad, que necesitan ser resueltos mediante acciones prácticas, se hace necesario un diagnóstico que permita “comprender los problemas que plantea la realidad, de tal manera de obtener los conocimientos necesarios para planificar acciones y soluciones viables” (Subsecretaría General de Gobierno, Serie 5, pág. 3).

Lo primero a señalar, es que el presente diagnóstico tiene un carácter inductivo, con el fin de ayudar a futuros procesos de reducción de factores de riesgos, y de feedback a los que ya están en marcha. Por otra parte, el desarrollo de este diagnóstico se realizó a partir de la participación de la comunidad, puesto que la estrategia central es crear espacios para el debate y la negociación, la búsqueda de acuerdos y la construcción de propuestas de una forma colectiva. “Para ello la fase de identificación de necesidades adquiere protagonismo central: cómo se haga y quién participe en ella dará lugar a un análisis u otro del territorio en el que se vive. Ese análisis influirá en qué propuestas se hacen y cómo se construyen” (Allegretti, et. al., 2011; pág. 65).

El ideal de los instrumentos participativos es la convocatoria del mayor número posible de actores, de tal manera se trabaje en base a la diversidad y pluralidad de opiniones y experiencias. Por ello “las estrategias se centran en plantear los procesos con y hacia la ciudadanía: asumir la centralidad y el protagonismo de este actor y poner en marcha mecanismos que garanticen su presencia activa” (Allegretti, et. al.; 2011, pág. 62) y de todos los sectores generando vinculación entre colectivos organizados y menos organizados.

Dar protagonismo a la persona o al grupo con la que se está conversando y recoger sus opiniones e imágenes respecto a la realidad social que se pretende conocer. Este enfoque pretende profundizar en lo que motiva a las personas y los grupos, yendo más allá de las primeras opiniones más habituales que se le ocurren a cualquiera (CIMAS, 2010)

Instrumento de recolección de datos

El diagnóstico se abordó, se presentó una lista de 6 temas referentes a factores protectores que se requieren para lograr la salud óptima en la población. Esta lista de temas fue tratada y escogidas de manera voluntaria por cada grupo de trabajo. En el caso que no existió un número adecuado de personas para tratar cada uno de estas temáticas, estas fueron agrupadas y reducidas a tres grandes temáticas.

Los temas a tratar son:

- SEDENTARISMO
- SOBREPESO Y OBESIDAD
- CONDUCTA SEXUAL
- CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS
- CONSUMO DE ALCOHOL
- CONSUMO DE TABACO

Para la recolección de datos, se utilizó la técnica metodológica “árbol de problema”, nos sirve para identificar los síntomas que dan cuenta de un problema, y para relacionar estos con el análisis de sus causas y posibles soluciones.

Para llevar a cabo dicha técnica se necesitó que los actores se agruparan, y cada grupo con la ayuda de un árbol debatan e identifiquen el problema central, las causas de este y posibles soluciones para el tema escogido por dicho grupo y propuesto previamente por el animador.

Junto con el desarrollo del árbol de problema se llevó a cabo para cada proceso de elección (problema central – causas – soluciones) la estrategia de lluvia de ideas, la cual es sencilla de generación espontánea y libre de ideas sin que medie debate o discusión grupal: el enunciado de los sentimientos y actitudes ante el tema escogido se hace en voz alta y de forma desordenada. Se anotaron todas las opiniones en tarjetas, a la vista de todos, y se dio paso al análisis, debate y aceptación de las más valoradas, en un proceso de cierto consenso (CIMAS, 2010).

Finalmente, respecto a las consideraciones éticas, se aclararon los motivos e intenciones de nuestro diagnóstico, y que los nombres de los participantes quedaron en el anonimato. Esto se hizo explícito mediante la acta de asistencia, y desde el cual los participantes estuvieron conscientes de que las intenciones de este diagnóstico en con objetivos del Programa de Promoción de la Salud.

MUESTRA

La representatividad y el limitado tiempo del que se dispuso son uno de los factores que se debieron superar. Tomando en cuenta lo anterior, el diagnóstico se llevó a cabo en el sector rural y urbano de la comuna, donde podían participar toda la comunidad que estuviera interesada, de todos los rangos de etarios y sexos, sin necesidad de pertenecer a alguna organización.

En la zona rural los Tens de cada Posta o Estación Médico rural y representantes de Juntas de Vecinos cumplieron la función de “Porteros” de nuestro diagnóstico, ya que cada uno de ellos ayudó a la difusión y organización de las actividades (fechas, horarios y lugares en donde se realizaron los diagnósticos) en cada una de las localidades. Por otra parte, en la zona urbana los porteros fueron los representantes de cada Junta de Vecinos, porque no sólo nos ayudaron a la difusión y organización de cada diagnóstico, sino que también nos facilitaron sus sedes para poder llevarlos a cabo. Otro acto de la esta zona es DIDECO departamento que nos facilitó un mapeo de la comuna y los contacto con cada uno de las juntas vecinales. Otra de las maneras que se utilizó para difundir las actividades en el sector urbano fue, redes sociales, diarios, radios, carteles; además se extendió la invitación a diversos colegios de la comuna.

Con respecto a la organización de las actividades en la zona rural como se mencionó anteriormente, estas se realizaron en Postas y Estaciones Médico rurales, donde se hizo un llamado a las zonas más cercanas a estos recintos, en donde se reunieron de 1 localidad hasta 8. Desarrollando 1 actividad y en el caso de los lugares que fueran lejanos entre sí se desarrollaron 1 actividad para cada uno de ellos, de tal manera todas las localidades tuvieron oportunidad de participar.



Actividades en zona rural

Posta o Estación	Sector	Tens O JJ.VV.	Nº de actividades
San Pedro	San Pedro, Huépil, Huife, Pichari, Coilaco, Lefincul, Llancalil y El Papal	Juan Carlos Mendoza Mónica Sarsoza	1
Caburgua	Quetroleufu, Carhuello, Caburgua y Carileufu	Yolanda Cea	1
Paillaco	La barda, Paillaco, Tinquilco, Huepil y Renahue	Jorge krause / Eliana Cea	1
Quelhue	Quelhue	Eduardo Meza	1

MR Estación A	A)Ancapulli y Menetue B) San Luis y Relicura	David Hidalgo	2
MR Estación B	A)Llafenco B) Loncofilo y Palguin	Henry Salamanca	2
MR Estación C	A)Los Nevados	Presidenta JJ.VV. Alicia Reyes / Mirsa Fonseca	2
	B) Los riscos	Presidenta JJ.VV. Luz kritz / María Valdez	

En el caso de la zona urbana se reunieron de 3 a 5 juntas de vecinos, agrupándolas en un sólo grupo según al sector en el que se ubicaban en la comuna, desarrollando 1 actividad para cada grupo.



Actividades zona urbana

Organización	Presidente	Grupo	N° de actividades
JJ.VV. El Claro	Carlos Zurita Panguilef	1	1
JJ.VV. JJVV Jardines del Claro	Manuel Gonzalez Yañez		
JJ.VV. Libertad - Arrayanes	Nelson Wigand Duran		
JJ.VV. Bomberos de Chile	Paola Muñoz Saldias		
JJ.VV. Los Colonos (sector aeropuertos)	Carmen Bordones Bordones		
Comité de adelanto Los Manzanos	Marcela Muñoz	2	1
Comité de adelanto Ex balsa Quelhue	Gladys Sanzana		
Comité de viviendas Trancura	Alejandro Gonzalez Juan Vargas		
JJ.VV. El Mirador (cordillera alta)	Erwin Fuentes Pérez	3	1
JJ.VV. Cordillera	Yolanda Manríquez Soto / Francisca Reyes		
JJ.VV. Las Araucarias	Luis Silva Hernandez	4	1



JJ.VV. Obispo	Pedro Riquelme Velasquez		
JJ.VV. Playa Grande - Tres Esquinas	Luis Alberto Burgos Norambuena		
JJ.VV. Aduanas	Luis Fuentes Muñoz	5	1
JJ.VV. Estadio	Roberto Uribe Cid		
JJ.VV. Central	Guillermo Tonk Navarrete		
JJ.VV. Villa Lafquen	Carlos Solís Rivera	6	1
JJ.VV. Los Robles	Nancy Mancilla		
JJ.VV. Prudencio Mora	Ramón Reyes Seguel		

Conclusiones

Frente a las temáticas del **sobrepeso y obesidad**; y **el sedentarismo** tanto el sector rural como urbano tienen una postura radical, señalando que estos tres factores de riesgos afectan en su totalidad a la población de su sector.

Las causas principales de estas problemáticas, Con respecto a los malos hábitos alimenticios, se tiene poca información nutricional con respecto a una alimentación saludable. Sin embargo, los menús saludables que se conocen o se les recomienda (nutricionista) son muy caros. Productos de los bajos ingresos se busca consumir lo más barato, traduciéndose en alimentos basados en masas, frituras, azúcares (dulces, mermeladas y pasteles) etc., agudizándose aún más en temporada de invierno. Lo anterior, da cuenta que la comunidad tiene una noción de lo que significa una alimentación saludable.

Por otra parte, las verduras y las frutas son caras y escasas producto del clima, ya que, la mayor parte del tiempo llueve, lo cual impide que la gente pueda hacer sus huertas. Siendo en las temporadas de primavera y verano en donde se pueden consumir en mayor cantidad estos frutos.

A lo anterior se le suma que existe una alta población de adultos mayores en los sectores rurales, lo cual sumado a sus bajas pensiones, pocas fuerzas y energías para cultivar tierra. Siendo ellos con conjunto con los niños, identificados por la comunidad como un foco de riesgo de una salud no óptima.

Uno de los temas que cobro valor en los resultados fue las tecnologías mal utilizadas, es decir, se destina mucho tiempo a la televisión, celulares y computadores, ocasionando el sedentarismo y ansiedad, traducándose en un periodo de tiempo en obesidad. Los actores que fueron más caracterizados en este punto fueron niños y jóvenes; y en menor medida los adultos.

Como se mencionaba anteriormente, la falta de actividad física es un hecho reconocido por la población, y que a su vez una de las razones por las cuales no se práctica es por los escasos lugares o espacios para hacer ejercicios, sumado a la falta de tiempo para realizar actividades. Cuando se realizan actividades recreativas o físicas estas se desarrollan en el centro de la comuna en días de semana y no en los sectores rurales, no tomándose en cuenta que, durante esos días la población trabaja o se encuentra internada en sus colegios.

Con respecto a las soluciones que propuso la comunidad se destacan, el desarrollo de diversos talleres de comida saludable, charlas de alimentación sana desde los primeros años, ya que los menores pueden adquirir costumbres con mayor facilidad que la población adulta.

En las rondas medicas desarrollar actividades físicas y que además, se agregue un nutricionista que de minutas adecuadas a su realidad económica y otorgando metas a cada uno de los pacientes, para ser evaluadas en la siguiente ronda. Ocupar y desarrollar más espacios e instancias para desarrollar actividades físicas y recreativas, que estas estén dirigidas a los diversos grupos etarios y a toda la comunidad (que no sea necesario pertenecer alguna organización para poder participar).

El **consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas** son atribuidos por los sectores urbano y rural específicamente a adultos y jóvenes, sin distinción de sexos y una cantidad importante de la población. Señalado que el consumo de estas sustancias es causado por la soledad, depresión (utilizándolas como una escapatoria a estos problemas) y falta de comunicación y confianza con la familia. Es preciso señalar que la mayoría de las personas considera que, los adultos con problemas de adicción se presentan como una realidad difícil de cambiar, siendo esta la razón que se recomienda ayudar a los niños y jóvenes.

La familia y amigos son unos de los principales actores incitadores al consumo de alcohol y tabaco, puesto que, los niños aprenden de lo que ven en la casa, es decir, por “imitar” y con los amigos se dan a partir de la curiosidad y la integración con sus pares. Es en este punto cuando el tabaco y el alcohol, se tiende a naturalizar en la comunidad, ya que por ejemplo, cada vez que se celebra algún acontecimiento, estas dos sustancias no pueden faltar, al igual para cuando se desea relajarse, conversar, evitar los problemas, entre otras. Validando y dándole sentido al consumo de estas sustancias.

En esta problemática, se genera un fenómeno que cobra relevancia en la comunidad y es el reconocimiento de que las familias están delegando este tipo de responsabilidades a las escuelas.

Cuando las drogas ilícitas y el alcohol son consumidos de manera constante, trae consigo una cadena de factores como lo son la violencia intrafamiliar, la crisis en el presupuesto del hogar (ya que se destina cantidades importantes de los ingresos familiares para el consumo de estas). Caso contrario es lo que ocurre con el consumo de tabaco, la comunidad lo identifica como algo normal y se prefiere, antes que el consumo de las demás sustancias.

Con respecto a lo anterior, si se le suma la falta de oportunidades laborales, de ocupación y falta de entretención para los jóvenes y adultos, es cuando esta población se vuelven potenciales consumidores de estas sustancias.

A su vez, la comunidad plantea que existe escasa información acerca de sus causas y efectos referentes a estos temas y las nuevas legislaciones con respecto a estas sustancias. Se desconoce cuáles son las instituciones que existen en la comuna que tratan estos temas para pedir ayuda y orientación. Es por esta razón que la comunidad da cuenta de la falta de profesionales que trabajen con las personas que sean adictas a estas sustancias. Y eso también genera una necesidad preventiva para el resto de la población.

Otra de las causas señaladas por la comunidad es el acceso a estas sustancias, por un lado se tiene la venta sin autorización de alcohol ("clandestinos"), es decir, no cuentan con una patente para vender este tipo de productos. En los sectores rurales esta práctica es habitual, producto de las distancias que se deben recorrer para encontrar un lugar establecido y poder comprar alcohol. Por otro lado, se menciona a los turistas como uno de los culpables de la llegada de diversos tipos de drogas ilícitas a la comuna. Siendo estos los que dan a conocer a los jóvenes de estas sustancias, los cuales por curiosidad acceden a probar.

Con respecto a las soluciones planteadas por la comunidad, estas postulan que el centro de salud brinde más apoyo, dando a conocer las causas y efectos de estas sustancias tanto a padres como a niños para cortar con la cadena del vicio, que el tema se desarrolle a nivel global, tanto en escuelas, como en agrupaciones, juntas de vecinos, entre otras. Generar mayor difusión de los departamentos encargados de estos temas y que se intervenga no sólo al afectado, sino que también se apoye a la familia y se investigue si existe algún otro caso para poder ayudarlo.

Por otra parte, sostienen que es importante el desarrollo de actividades recreativas y mayores oportunidades laborales, tanto para niños como para jóvenes.

Generar mayor presencia de los padres con sus hijos, fue uno de los planteamiento más nombrados por la comunidad, con el fin de fortalecer los lazos de confianza entre ellos y sus hijos,

para que sean unos de los principales educadores de sus hijos. A esto la comunidad agrega que los colegios, profesores y padres trabajen en concordancia, generando así, una cultura preventiva más eficaz y exitosa. Finalmente, señalan que debiera existir mayor fiscalización para la venta ilegal de alcohol y drogas ilícitas.

Uno de los últimos temas a tratar por los sectores rurales y urbanos fue la **conducta sexual**, la cual se enfoca en los embarazos adolescentes y la falta de educación sexual en toda la población.

La falta de educación sexual se hace como una de las causas principales en este tema, ya que dudas y desconocimiento en los cambios del cuerpo tanto en hombres como en mujeres, de todas las edades. Existiendo incertidumbre por las enfermedades de transmisión sexual. Sumado a esto se da cuenta de no tener mayor conocimiento acerca de los preservativos y de la entrega de estos en los centros de salud.

La falta de conocimiento de sexualidad potenciado con el consumo de drogas o alcohol hace que muchas de las niñas tengan relaciones sexuales a temprana edad. A lo cual se le suma el que sus padres pasen la mayor del tiempo fuera de sus hogares por motivos laborales, y los niños pasen un periodo extenso solos en sus hogares, dándoles espacio para el libre albedrío con su temprana sexualidad, lo que da como resultados en muchas ocasiones a menores embarazadas que deben postergar sus estudios para la crianza de su hijo.

Hablar de sexualidad es difícil tanto para padres como para hijos, este es aún un tema tabú que genera vergüenza en la familia, de tal manera que se apela a que las propias vivencias son las que educaron a los adultos y educaran a los jóvenes, generándose de esta manera mitos sobre la sexualidad, sobre la cual los adolescentes solo comentan entre pares.

Incluir en la educación sexual no solo a las mujeres como actores principales, sino que también a los hombres. Falta fomentar el respeto por la sexualidad, por el cuerpo.

Las soluciones planteadas por la comunidad apuntan a que el centro de salud imparta charlas con especialistas (ginecólogos) de sexualidad interactivas y de fácil comprensión para toda la población, de tal manera que los padres puedan darles respuestas adecuadas a las incertidumbres de los niños y también generar confianza. Ayudar con métodos anticonceptivos y educar sobre el uso de estos, generando campañas educativas y preventivas. Informar acerca de los controles necesarios, tanto para mujeres como para hombres de todos los rangos etarios.

Recomendaciones y Observaciones

En resumen, uno de los temas menos tratados fue la conducta sexual, lo cual se podría explicar por la falta de información y por la el tabú que aún existe en torno a este tema. Además de eso, existe una actitud machista frente a la sexualidad señalado en muchas ocasiones a la mujer como principal actor que se debe involucrar en la protección sexual. Por otra parte, la falta de trabajo y la desocupación tienen a ser unos de los factores preponderantes para el desarrollo de factores de riesgo. La familia al igual que las autoridades y especialistas competentes tienen un rol

fundamenta en cada una de los factores de riesgos tratados, es por esta razón que su trabajo en conjunto resultan de real importancia.

Una de las necesidades que salieron a la luz durante el desarrollo del diagnóstico en el sector rural es la falta de un psicólogo, ya que, en los tres grandes factores de riesgos trabajados, sale constantemente la problemática referente a la salud mental, tal como, la depresión, la angustia, la falta de comunicación con la familia, en resumen problemas psicológicos que están siendo el punto de inicio para el desarrollo de los factores de riesgos que se pretenden evitar.

Uno de los temas sugeridos por la comunidad es la falta de atención dental en el sector rural de la comunal, ya que, es muy difícil tener que trasladarse desde sus hogares para pedir una hora en el centro de salud o en el hospital. A su vez, hicieron preguntas acerca de un “móvil dental”, sobre qué había pasado con eso y en qué quedaría, cuándo llegaría a su sector.

La educación frente a los factores de riesgos, por medio de diversos talleres y cursos didácticos descentralizados, debido a que, existen sectores que no pueden hacerse presentes de estas actividades producto de las largas distancias, no tienen los recursos suficientes para poder trasladarse y horarios poco accesibles, puesto que en su mayoría son días de semana. Lo anterior es en general lo que la comunidad ha solicitado para aprender y poder actuar en pro de una salud óptima.

Preocuparse por la prevención e incentivar a la vida sana no sólo trae como resultados a mediano y largo plazo, en la salud de nuestra comunidad, sino que, también trae consecuencias positivas en la economía del departamento de salud, ya que si se toma en cuenta todos los medicamentos y consultas médicas que se ahorrarían por la buena salud que gozan sus habitantes. Esta disminución de gastos será mayor que lo presupuestado para las campañas de prevención y educación para una vida sana.

Las Ronda Médica se presenta como un potencial instancia para desarrollar talleres, ya que la gente se prepara con antelación para ese día y además, se muestran molestos por el exceso de reuniones que se desarrollan de diversas temáticas.

Cabe destacar que, el ideal de toda técnica participativa es la “devolución” a la comunidad, ya que de esta manera se les está mostrando en que aportaron sus conocimientos y experiencias, y que el haber asistido a esa reunión no fue una pérdida de tiempo. Esto además, ayuda a la fortaleza de los lazos de confianza y credibilidad de las autoridades.

Una de las recomendaciones que surge de una reunión organizada por el Departamento de Salud con el fin de organizar un grupo gestos, del área de Promoción de la Salud con varios departamentos del la Municipalidad de Pucón, fue la falta de comunicación entre los departamentos. Por ejemplo, existieron diversas actividades de similares características a las desarrolladas en el diagnóstico participativo y no se tenía conocimiento por parte de los departamentos acerca de este hecho, existiendo los mismo problemas de movilización. Para lo cual que como deuda mantener la comunicación entre departamentos, de tal manera que las

actividades se vean potenciadas, exista un ahorro de logística (movilización) y a su vez no se desgaste a la población al hacerla participar dos veces de una misma actividad.

Una de las problemáticas que se originaron a lo largo del desarrollo fue la movilización y difusión de cada uno de los diagnósticos. El primer factor se convirtió en un problema no menor, ya que como no existía un chofer asignado para las actividades se debía disponer de los autos particulares alguno de los trabajadores del Departamento de Salud. Y en otras ocasiones, sí lograba dar lugar en las apretadas agendas de los choferes del Departamento de Salud (producto de la gripe H1N1) eran ellos quien movilizaba al encargado de dicho diagnóstico. Sin embargo existió una ocasión que por falta de movilización la actividad se debió cancelar el mismo día.

Con respecto a la difusión, tanto en el sector rural como en el urbano las juntas de vecinos jugaron un papel preponderante, aunque cabe destacar, la labor de los Técnicos Paramédicos de cada Estación Médica del sector rural, ya que ellos son un importante canal entre Departamento de Salud y comunidad. Sin embargo, cabe mencionar que en el caso del sector urbano, a pesar de que la difusión fue por diversos medios por ejemplo, redes sociales, diarios, radios, carteles y como lo mencionábamos anteriormente, por medio de las juntas de vecinos, además se extendió la invitación a diversos colegios de la comuna. Sin embargo, la asistencia en algunas ocasiones fue nula, por lo cual se debió organizar una sola y masiva actividad, para lo cual también tuvo baja fluencia de público. Lo cual deja de una interrogante acerca de la baja concurrencia de personas a



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO(SECTOR URBANO):		VILLA EL MIRADOR
N° DE ASISTENTES:		13
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Falta de establecimiento de salud en el sector	Aumento de pobladores del sector
		Necesidad de diagnóstico poblacional del sector
		Concentración de vulnerabilidad sanitaria
		Aumento en la necesidad de atención de salud del sector
		Necesidad de elaborar proyecto de establecimiento de Salud.
2	Falta de personal de salud en el consultorio	Falta recursos económicos institucionales
		Bajos sueldos sistema pública
		Preferencia sistema privado de salud
3	Falta locomoción mañana y noche	Problemas de seguridad para conductores
		Ingresa al sector del consultorio son multados
		Falta de coordinación entre las líneas de colectivos
		No están definidas las rutas de las líneas de colectivos
4	Traslado de diálisis ida y vuelta	Falta de recursos chofer y ambulancia
		Atención dializados en otra comuna



		Necesidad de prevenir Insuficiencia renal
5	Insuficientes cupos médicos	Médicos prefieren sistema de salud privada
		Faltan médicos nivel país
		Carrera medicina muy cara
		Médicos prefieren la especialidad que medicina general
6	En la villa poca atención a los adultos mayores en especial postrados	Falta de recursos económicos
		Falta de equipo profesionales
		Abandono de los adultos mayores
		Falta de capacitación para manejar adultos mayores
		Falta de apoyo a la familia y espacios de rehabilitación
7	Presencia Alcoholismo y drogas	Cesantía
		Venta
		Micro tráfico
		Falta de control de carabineros y PDI
		Falta de capacitación en prevención de consumo
8	Suciedad en el sector y alrededores	Falta de hábitos
		Incumplimiento en extracción de basura
		Falta de capacitación
		Mal uso de contenedores
		Perros vagos



9	Problemas con horas de especialidad	Falta de especialistas
		Perdida de horas por usuarios
		Reagendamiento de horas
10	Falta de medico en el SAPU	Falta de cupos médicos en horario normal
		Usuarios prefieren asistir a consulta no urgente al SAPU
11	Aguas lluvias inundas las calles	Mal sistema de canalización de agua lluvia



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR URBANO):		VILLA CORDILLERA
N° ASISTENTES		15
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Falta de horas médicas y dentales	Déficit en el cuidado familiar
		Déficit en cultura de autocuidado
		Inexistencia de registro de necesidad de atención
		Inexistencia registro de rechazos
		Recursos económicos insuficientes
		Personal de salud insuficiente
2	Espera de horas dentales a la interperie	Lugar de atención no cumple con condiciones de calidad
		Sistema de entrega de horas obliga a llegar muy temprano para alcanzar cupo
		Lugar de atención externo a Centro de Salud
3	Anegamiento entrada villa	Tramo de la calle sin pavimentación
		Falta canalización de aguas lluvias.
		Falta de mantención de caminos por parte de la Municipalidad
4	Basurales en plaza	Irresponsabilidad de los vecinos en el manejo de basura
		Falta educación sobre manejo de basura



		Desinformación o incumpliendo de horarios de retiro de basura por parte de vecinos
		Descoordinación con Departamentos Municipales para el retiro programado de basura.
		Falta de fiscalización y sanciones
5	Presencia de delincuencia, drogas y alcohol	Presencia de venta de drogas y alcohol
		Falta de Fiscalización de las policías
		No hay trabajo de prevención a jóvenes en el sector
		Déficit de cultura recreativa
		Falta de Herramientas para la crianza
6	Cesantía en jóvenes de la villa	Baja escolaridad
		Falta de Motivación
		No hay oportunidades de trabajo
		Falta de herramientas para el desarrollo laboral
7	Problema de locomoción	Locomoción colectiva completa pasajeros en Villas de más arriba
		Escasa locomoción nocturna por focos de delincuencia
		Falta claridad de rutas de líneas de locomoción colectiva
8	Tenencia irresponsable de mascotas	Falta de cultura en la tenencia de mascotas



		Necesidad de educación en el cuidado de mascotas
		Falta de conciencia de consecuencias de tenencia irresponsable de mascotas
9	Dificultad para conseguir hora en personas adultos mayores o en situación de discapacidad	Sistema no entrega facilidades de acceso para grupos con condiciones especiales
		Desconocimiento de situación real en la que se desarrollan personas con situaciones especiales
10	Casa abandonada, foco de delincuencia	Dueños no se hacen cargo de sus vivienda
		Necesidad de control policial en dependencia abandonada
11	Necesidad de lomo de toro en calle principal	Tránsito a alta velocidad de vehículos motorizados por calle principal
		Riesgos de accidentes
12	Necesidad de priorizar horas de atención a niños y adultos mayores	No existe claridad de protocolos de priorización de horas de atención
13	Falta de información hacia la comunidad	Canales de comunicación actuales no son efectivos
		Ausencia de interés de informarse por parte de la comunidad
		Escasa participación comunitaria
14	Falta de medico en la urgencia	Turnos no son cubiertos en su totalidad



		Alta demanda asistencial en SAPU
		Alto nivel de consultas no urgentes en SAPU
15	Educación comunitaria	Necesidad de talleres de autocuidado, promoción y prevención en salud
16	Trato al usuario	No existe empatía por parte de los funcionarios hacia los usuarios
		Falta de vocación en algunos funcionarios
17	acceso discapacitados calles y veredas	Dificultades de acceso para personas con discapacidad
		Falta de implementación de estrategias de inclusión comunal



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR URBANO):		VILLA PRUDENCIO MORA
N° ASISTENTES:		13
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Conseguir hora y lugar de espera en el Centro de Salud	Pocos médicos
		Pocos recursos económicos
		Espacio físico pequeño
		Mal remuneración al personal de salud
		Falta de responsabilidad de las personal con su salud
		Policonsultantes
2	No hay respeto por parte de los vecinos al momento de estacionar sus vehículos.	Pasajes estrechos
		Falta de señalética de tránsito en el sector
		Falta de respeto
3	No hay cierre perimetral en el pasaje los hualles	Espacio público ocupado por un privado
		Llega mucha gente extraña
		Falta de respeto por parte del particular hacia los vecinos de la villa
4	Falta de médicos en Centro de Salud y de información oportuna en caso de ausencia del personal de salud	Falta de recurso para contratar más médicos
		Falta de personal para entregar información
		Falta de responsabilidad del paciente en el uso de sus horas
5	Presencia de vandalismo en la multicancha	Falta de responsabilidad de los padres sobre los hijos
		Falta de rondas policiales
		Falta de iluminación
6	Falta de aseo en la villa en forma general como particular	Despreocupación cada propietario



		Acumulación de cosas innecesarias
		Falta de tiempo de los vecinos
		Falta de fiscalización
7	Manejo irresponsable de escombros en la villa	Irresponsabilidad de los vecinos en el manejo de escombros
		Falta de coordinación con Departamento Municipal para el retiro programado de escombros
		No hay empatía por el otro
		No hay conciencia del cuidado de espacios públicos
		Falta de comunicación entre vecinos
		Falta de fiscalización
8	Tenencia irresponsable de mascotas	No hay educación en tenencia responsable de mascotas
		Falta de control de reproducción canina (esterilización)
		Falta de fiscalización
9	Disponibilidad horas crónicos a muy largo plazo	No hay oferta de cupos de atención
		Falta de autocuidado en salud
		Déficit en la prevención de enfermedades crónicas
10	Mal trato al usuario	Falta de vocación
		Falta de empatía hacia el usuario
		Falta de Herramientas para desarrollar labores con usuarios



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR RURAL):		CABURGUA
N° ASISTENTES:		17
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Sector Carileufu y Caburgua Alto sin agua potable	Burocracia del sistema en la tramitación de los proyectos
		Falta de recurso y/o son mal invertidos
		Desconocimiento de los pasos a seguir
		Falta de ayuda por parte de la municipalidad
		Inadecuada Asesoría Técnica
		Problemas entre vecinos
2	Falta de medico estable en establecimiento de salud	Alta concentración poblacional en el sector de cobertura de la Posta de Caburgua
		Necesidad de aumentar frecuencia de atenciones por equipo de salud rural
		Desconocimiento de situación demográfica actual del sector
		Alta de manda asistencial insatisfecha
3	Falta de cupos de médico para sector en el Centro de Salud	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención médica
		Déficit de recurso humano y financiero
		Déficit en el autocuidado y prevención de enfermedades a nivel familiar y comunitario



4	Falta de cuerpo de bomberos	Aumento de población y viviendas del sector
		Distancia con Pucón disminuye eficacia ante emergencias
		Necesidad de reforzar medidas de prevención de incendios en familias del sector
5	Déficit en funcionamiento en la junta de vecinos	Falta de compromiso y participación por parte de los vecinos
		Falta de inclusión a los vecinos por parte de la directiva de la JJVV
		Presencia de diferencias personales entre vecinos
		Problemas de comunicación al interior de la organización
6	Atención de servicio urgencia 24 horas con TENS	Necesidad de TENS residente en el sector
		Dificultad de acceso a servicios en Pucón por movilización y distancia del sector
7	Atención dental rural	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención dental
		Alto daño dental en la población
		Necesidad de prevención dental en el sector
		Falta de recurso humano, financiero y estructural
8	Mejoramiento camino Caburgua, Paillaco, Huepil	Necesidad de aumentar frecuencia de mantención de caminos
		Dependencia de mantención Municipal en caminos que dependen de Vialidad
		Necesidad de elaborar proyectos para mejoramientos de caminos
		Falta de coordinación entre organizaciones territoriales y



		departamentos Municipales
9	Bajo presupuesto para salud	Recurso financiero insuficiente
		mejores condiciones salariales en sistema privado
		Dificulta de sistema público para competir con sistema privado en la mantención de recurso humano.
		Alta necesidad de la población beneficiaria
10	Presencia de perros vagos	Irresponsabilidad en la tenencia de mascotas
		Falta de conciencia de consecuencias de no cumplir con tenencia responsable de mascotas
		Personas de otros sectores se deshacen de mascotas en el sector provocando aumento de perros vagos
		Falta de fiscalización policial y comunitaria
11	Mejorar estructura de la posta	Establecimiento con vida útil cumplida
		Establecimiento no responde a condiciones de acreditación sanitaria y de calidad de la atención
		Necesidad de fundamentar con datos demográficos del sector la implementación de nuevo establecimiento de salud
		Necesidad de elaborar proyecto de reposición o construcción de nuevo establecimiento de salud
12	Mas rondas de salud al mes	Necesidad de completar encuesta de salud familiar en el sector para análisis de datos que fundamenten la necesidad y gestionar los recursos necesarios
13	Paramédico residente en posta de salud	
14	Aumentar visitas domiciliarias a postrado	



15	Vehículo estable en la posta de salud	
16	Falta de asistentes sociales	
17	Falta presupuesto para mejorar en tema salud	
18	Carabinero estable en el sector	Aumento de población y viviendas del sector
		Creciente presencia de hechos delictuales en el sector
19	Falta de iluminarias en caminos rurales	Coordinación con departamento municipal para elaboración de proyectos de luminarias
20	Falta de basureros en caminos	Falta de coordinación con departamento Municipal
21	Falta de basureros de reciclaje	
22	Falta de apoyo a la tercera edad	
23	Que el sector rural se tome en cuenta	Necesidad de implementar y mejorar instancias de participación comunitaria
		Falta de compromiso de vecinos en la participación comunitaria
24	Falta de baños en la playa	Necesidad de coordinar con departamento Municipal la implementación y supervisión sanitaria
25	Vendedores callejeros en playa negra con alimentos en mal estado	
26	No hay cumplimiento de proyecto de costanera y conexión a Playa Blanca	Necesidad de información respecto a compromiso adquirido por autoridades
27	Fiscalización de construcciones y Sistema particular de alcantarillado, ya que continúan pozos negros	Falta de conciencia por parte de vecinos
		Necesidad de fiscalización de sistemas sanitarios particulares
28	Falta de señalización vial de velocidad	Necesidad de coordinar con Departamento Municipal para elaborar estrategia de solución
29	Falta de condiciones para el tránsito peatonal	



30	Aumentar flujo de recolectores de basura	
31	Déficit de información al usuario	Canales de comunicación actuales no son efectivos
		Ausencia de interés de informarse por parte de la comunidad
		Escasa participación comunitaria

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR RURAL):		PALGUIN
N° ASISTENTES:		9
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Falta sede social implementada	No hay apoyo ni compromiso de los vecinos
		Problema de relaciones entre vecinos
		Necesidad de elaborar proyecto de sede social
		Verificar comodato de terreno para proyecto a favor de JJVV
2	Falta de ambulancia a disposición del sector (4x4)	Dificultad de acceso en caminos vecinales



		Desinformación de sistema de llamado de ambulancia
		Necesidad de TENS residente en sector
3	Falta de cupos dentales	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención dental
		Alto daño dental en la población
		Necesidad de prevención dental en el sector
		Falta de recurso humano, financiero y estructural
4	Falta de espacio recreativo familiar para el sector	Necesidad de actividades de esparcimiento
		Necesidad de actividades de promoción de la salud y autocuidado
		Necesidad de elaborar proyecto
5	Problema eléctrico de la sede	Necesidad de revisar capacidad de instalación actual
		Necesidad de elaborar proyecto de mantención eléctrica
6	Falta mejoramiento caminos (mantención y ensanche)	Falta coordinación de la JJVV con Departamento Municipal
		Desinformación respecto a influencia municipal o estatal respecto a caminos del sector
		Necesidad de levantamiento de necesidad de mantención y reparación de caminos del sector
7	Falta atención en domicilio (Postrado o no)	Necesidad de recurso humano en el sector (TENS)
		Necesidad de capacitar cuidadores y familiares
		Necesidad de prevención de postramiento



		Identificación de usuarios con dificultad de acceso
8	Espacio físico para colación de TENS	Infraestructura actual sede es insuficiente
9	Falta de talleres de prevención (Adolescentes)	Necesidad de talleres de autocuidado
		Necesidad de actividades de promoción y prevención
		Necesidad de elaborar Plan de promoción y prevención en sector
10	Falta de cupos de especialidad	Falta de información a la comunidad de referencia y contra referencia
		Falta información sobre canasta de prestaciones de APS
11	Falta de buen trato de funcionarios.	Falta de empatía respecto de usuarios rurales
		Necesidad de capacitación de funcionarios de trato al usuario
12	Mayor presencia del TENS en sector	Falta de recurso humano y financiero
		Falta familias por encuestar para respaldar necesidad
13	Falta de señalética de caminos	Falta de coordinación con departamento Municipal
		Falta de coordinación con vialidad
		Necesidad de organización de vecinos y compromiso con JJVV
14	Falta información hacia la comunidad	Canales de comunicación no son efectivos



DIAGNOSTIO PARTICIPATIVO (SECTOR RURAL):		LLAFENCO
N° ASISTENTES:		9
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Faltan cupos dentales	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención dental
		Alto daño dental en la población
		Necesidad de prevención dental en el sector
		Falta de recurso humano, financiero y estructural
2	Permanencia TENS	Falta de recurso humano y financiero
		Falta familias por encuestar para respaldar necesidad
3	Poca frecuencia de la ronda de salud	Poco personal de salud
		Falta recurso vehículo



		Aumento de población crónica en el sector
		Muchas necesidades de visita en el domicilio
		Falta cuidado en la casa
4	No existe actividades para los adultos mayores	No existe club de adultos mayores
		Se quedan en casa cuidando los niet@s
		Habilitar espacio para los adultos mayores
		Falta organizar desde la comunidad al club de adultos mayores
		Falta locomoción
5	Faltan basureros municipales	Falta de coordinación con departamento Municipal
6	Faltan talleres educativos en el manejo de basura	
7	Falta de mantención de los caminos	Poca frecuencia de máquinas municipales
		Falta expertiz del operador de la maquina
		Material no adecuado para el camino
8	Faltan talleres dirigidos a mujeres en actividad física y entretenición	Presencia de malnutrición por exceso
		Necesidad de espacios de esparcimiento
9	Presencia de escombros en el sector	Necesidad de coordinación con Departamento Municipal
		Necesidad de reforzar en la comunidad el manejo de basura y escombros
10	Presencia de alcoholismo en el sector	Necesidad de talleres de prevención de uso y abuso de sustancias



		Necesidad de establecer estrategias para enfrentar el abuso de sustancia a nivel familiar e individual
		Necesidad de desnormalizar el consumo de alcohol en las familias
11	Falta de juegos de entretenimiento y educación para los niños (once de fin de año, etc.)	Necesidad de organización entre vecinos
		Coordinar con Departamento Municipal para la elaboración de proyectos
12	Por trabajos de temporadas madres no tienen con quien dejar al cuidado de sus hijos	Familia aprovecha temporadas de verano para trabajar
		Aumento población infantil
		Necesidades económicas de la familia
		Mayoría de los trabajos son a distancia largas, son en Pucón
		No hay jardines infantiles y sala cuna en el sector
13	Personas de fuera, abandonan perros en el sector	Necesidad de educar sobre responsabilidad en tenencia de mascotas
		Colegio del sector no pertenece a Sistema Municipal
		Concientizar sobre consecuencias de manejo irresponsable de mascotas y su abandono
		Necesidad de fiscalización comunitaria en coordinación con autoridades



14	Problemas con calidad de educación y de infraestructura del colegio del sector	Necesidad de analizar con Departamento del área sobre establecimiento educacional existente
15	Falta vehículo de traslado para TENS del sector	Dispersión geográfica de los pobladores del sector
		Aumento en la necesidad de atención en domicilio

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR RURAL):		RELICURA
N° ASISTENTES:		14
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Falta de compromiso de los vecinos con su comunidad	Falta comunicación entre los vecinos
		Falta interés entre los vecinos
		Falta responsabilidad entre los vecinos
		Falta análisis critico de los problemas
2	Sede vecinal con problemas de infraestructura	Terreno es de la junta de vecinos, por tanto no se puede postular a proyectos
		No se ha planteado postular como centros de padres y club deportivo
		No hubo compromiso de las autoridades locales del momento
3	Presencia de alcoholismo en el sector	Necesidad de talleres de prevención de uso y abuso de sustancias



		Necesidad de establecer estrategias para enfrentar el abuso de sustancia a nivel familiar e individual
		Necesidad de desnormalizar el consumo de alcohol en las familias
4	Falta mejoramiento de la pasarela angostura	El material cumplió vida útil
		Falta mantención por parte de los vecinos
		Falta comunicación
5	Falta iluminación en acceso a la pasarela	Riesgo latente de accidentes en el acceso a la pasarela
		Necesidad de coordinar elaboración de proyecto de luminaria
6	Falta energía eléctrica en sector alto y bajo de Relicura	Proyecto no incorporo al total de familias del sector
		Regularización de papeles están en tramite
7	Falta mantención en el camino alto de Relicura	Alta demanda de mantención de caminos hacia el departamento municipal
8	Acumulación de agua en el sector camino alto de Relicura	
9	Presencia de perros vagos	Irresponsabilidad en la tenencia de mascotas
		Falta de conciencia de consecuencias de no cumplir con tenencia responsable de mascotas
		Personas de otros sectores se deshacen de mascotas en el sector provocando aumento de perros vagos
		Falta de fiscalización policial y comunitaria
10	Violencia intrafamiliar en el sector	Necesidad de elaborar estrategias que permitan identificar, reconocer e intervenir la violencia intrafamiliar
11	Falta capacitación para población joven del sector	Poca preparación en los jóvenes del sector
		Baja escolaridad del sector



		Falta preocupación de los adultos y padres con los jóvenes del sector
		Entregar herramientas a la familia para enfrentar las distintas edades
12	Falta reforzamiento en el sistema de salud en el sector	Incapacidad de Sistema de APS de Pucón de satisfacer demanda de atención y cobertura del sector
		Comuna de Curarrehue ofrece mayor facilidad de atención en APS
13	Falta mantención de camino en el sector de la pasarela	Acumulación de agua que dificulta el acceso a la pasarela
14	Necesidad muro de contención en rivera del río	Constante riesgo de desborde del río
15	Necesidad de atención dental	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención dental
		Alto daño dental en la población
		Necesidad de prevención dental en el sector
		Falta de recurso humano, financiero y estructural
16	Falta nivelación de estudios básicos y medios	Bajo nivel de escolaridad en el sector
		Falta de estrategias de escolarización en sectores rurales
17	Faltan talleres de capacitación en el sector	Bajo nivel de herramientas laborales en el sector
		Alto nivel de cesantía y desocupación en el sector
		Falta de estrategias de capacitación en sectores rurales
18	Apoyo postulación subsidios de viviendas	Desinformación de las familias respecto a requisitos y formas de postulación a subsidios habitacionales



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR RURAL):		LOS NEVADOS
N° ASISTENTES:		13
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Falta agua en domicilio	Falta de recursos para hacer llegar el agua a las casas
		Terrenos no están saneados
		No existe colaboración desde la municipalidad
		No hay reparto de agua
		Estanque de 5000 litros del sector fue destinado a otro vecino, dejando a familias sin agua
2	Caminos en mal estado	Municipalidad no efectuado mantención a los caminos
		Municipalidad no ha ejecutado estabilización, ensanchar, alcantarilla de los camino y curva peligrosa
		Vialidad no mantiene los caminos
		Falta de encause(alcantarilla)del agua destruye los caminos
3	Falta atención dental	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención dental
		Alto daño dental en la población
		Necesidad de prevención dental en el sector
		Falta de recurso humano, financiero y estructural
4	Falta saneamiento de terreno	Los terrenos son sucesiones
		Falta de recursos para hacer el trámite de saneamiento
		Familias uniparentales



		Falta orientación por parte de la municipalidad en el trámite de saneamiento
5	Falta Infraestructura para atención de salud	Ronda de salud se realiza en capilla
		No existe sede comunitaria
		Mala asesoría abogado municipal
6	Se debe asistir a pucón a solicitar horas para radiografía y toma de exámenes	No hay locomoción en el sector
		Necesidad de postular a subsidio de locomoción
		Falta coordinación interna en el sistema de salud primaria
7	Falta de alcantarilla en los caminos	Deshielo y aguas lluvias destruyen caminos
		Dependencia de Departamento Municipal de mantención de caminos que dependen de vialidad
8	Falta luz en el sector	Falta de saneamientos de títulos de dominio de familias del sector
		Necesidad de postular a proyecto de electrificación domiciliaria
9	Falta de criterio en las pensiones de invalidez	Personas con invalidez parcial no califican para pensión y no son aceptados como mano de obra
10	No existe locomoción en el sector	Dificultad de acceso a servicios básicos
		Necesidad de postular a subsidio de transporte
11	Necesidad de prótesis dentales	Falta de cupos de prótesis dentales
		Dificultad de personal del sector para acceder a este beneficio
		Alto grado de daño dental en el sector
12	Falta de atención podóloga en el sector	Dificultad de acceso a la atención en sector urbano



13	Cesantía en el sector	Falta de oportunidades laborales en el sector
		Dificultad de acceso al sector urbano
14	Falta subsidios rurales	Falta de saneamientos de títulos de dominio de familias del sector
15	Falta sede en el sector	Normalización terreno en comodato a JJVV
		Necesidad de elaborar proyecto de Sede Social y comunitaria
16	Falta atención matron(a)	Inadecuadas condiciones de actual estación de salud rural
17	Inadecuada condiciones de atención de salud	
18	Problemas con perros vagos	Necesidad de elaborar proyecto de implementación de espacio comunitario para la atención de salud
		Irresponsabilidad en la tenencia de mascotas
		Falta de conciencia de consecuencias de no cumplir con tenencia responsable de mascotas
		Personas de otros sectores se deshacen de mascotas en el sector provocando aumento de perros vagos
19	Falta atención con oculista	Falta de fiscalización policial y comunitaria
		Necesidad de información a la comunidad sobre proceso de referencia y contra referencia
		Mejorar sistema de Gestión de Lista de espera



DIAGNOSTICO PARTICPATIVO (SECTOR RURAL):		SAN LUIS
N° ASISTENTES:		16
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Mal estado de los caminos interiores (angostos, Inundación, mantención)	Falta de cumplimiento de trabajos de mantención
		Falta coordinación con departamento Municipal
		Problemas de comunicación entre directiva de junta de vecinos y Municipalidad
		Falta de participación y compromiso de los vecinos con la JJVV
2	Falta atención de paramédico en el sector	Falta de recurso
		No existe residencia para TENS
		Falta de comodato de sede
3	Falta de información de trámites de salud (funcionamiento de sistema)	La gente no se informa
		No se transmite información desde salud
		Los medios de comunicación no son efectivos
4	Falta de cupos dentales	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención dental
		Alto daño dental en la población
		Necesidad de prevención dental en el sector
		Falta de recurso humano, financiero y estructural
5	Falta cerco perimetral de Sede Social	Comodato sede social



		Falta elaborar proyecto (relacionado con comodato)
6	Trámite de entrega en comodato de terreno está sin terminar	Falta de coordinación con asesor jurídico
		Falta de coordinación entre directivas de JJVV, Club deportivo, Comité de salud
7	Falta de sede social en sector de Ancapulli	Falta regularizar la posesión por parte de la Municipalidad del terreno donado
		Falta arreglo del terreno por parte de la Municipalidad
		Elaborar Proyecto de sede social
8	Problemas de coordinación con sectores rurales.	Canales de comunicación poco efectivo
9	Asegurar asistencia de equipo de salud en las rondas (Si se enferma que se reemplace)	Falta de recursos financieros
		Falta de recurso humano
10	Diferenciación en toma de exámenes para sector rural (agendamiento)	No se considera dificultad de acceso de sector rural en la toma de exámenes
11	Falta limpieza de ribera del río	Riesgo de desborde de río e inundación
12	Considerar mejorar cauce del río (sector balsa antigua Llafenco, Haroldo)	
13	Falta de agua para consumo y riego	Falta de coordinación con departamento Municipal para elaboración de proyecto APR
14	Asesoría Postulación proyecto APR	
15	Falta de equipamiento deportivo	falta de coordinación con departamento Municipal pertinente para elaboración de estrategias de solución
16	Velocidad de tránsito vehicular	
17	Falta de contenedores de basura (2013)	



DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR RURAL):		SAN PEDRO
N° ASISTENTES:		16
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Falta atención en fines de semana y horario extendido	Falta de recursos humanos financieros
		Aumento excesivo de la población del sector de la Posta
2	Falta de rondas medicas	Falta de recursos humanos financieros
		Muchos pacientes crónicos en todas las rondas y no quedan cupos para morbilidad
3	Existencia de perros vagos	Abandono de los dueños
		Tenencia irresponsable de mascotas
4	Problemas de estado de calles en Villa San Pedro (inundaciones en invierno)	Falta de programas de pavimentación
		Falta de sistema recolección de aguas lluvias
5	Falta mayor visitas a los postrados	Falta de un móvil en la posta
6	Falta de atención odontológica	No hay día específico para atención de rural
7	No hay agua potable en algunos sectores	Fiscalización a matriz
		En Huepil no hay agua
8	Rondas médicas insuficientes	Falta de recurso Medico
		Desconocimiento de la población real que se atiende en el sector



		Falta de recurso financiero
9	Desconocimiento de atención de urgencia y solicitud de horas médicas en Pucón	Falta de información recíproca entre usuario y el equipo de salud
		Problemas con solicitud de horas para adultos mayor
10	Perros Vagos	Abandono de los perros
		Falta de fiscalización
		Falta de difusión de esterilización

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO (SECTOR RURAL):		LONCOFILO
N° ASISTENTES:		10
N°	PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS
1	Faltan cupos dentales	Dificultad en el sector para obtener cupo de atención dental
		Alto daño dental en la población
		Necesidad de prevención dental en el sector
		Falta de recurso humano, financiero y estructural
2	Falta atención profesional matrona	Ausencia sin cobertura a rondas programadas con la profesional
3	Coordinación en SOME de horas entre los profesionales	Personas del sector rural deben asistir a diferentes controles en diferentes días lo que aumenta el costo y dificulta el acceso
4	Gestión de reclamos	No hay claridad de funcionamiento de OIRS y Gestión de requerimiento ciudadano



5	Falta de información retiro de basura domiciliaria	Canales de comunicación no son efectivas
		Necesidad de contar con la información clara y oportuna
		Falta de interés de parte de la comunidad por informarse
6	Incumplimiento de compromiso alcaldicio en relación a la adquisición de motobomba para suministro de agua	Necesidad de coordinar con departamento Municipal para la elaboración de estrategias de solución para el sector
7	Capacidad en la toma de agua (Loncofilo alto)	
8	Falta de pozo para riego sector Cabedaña (sistema similar a Palguin y Llafenco)	
9	Falta de estanque acopio de agua para ocho familias del sector	
10	Toma de agua en mal estado (tapa) sector Loncofilo bajo	
11	Falta de calefacción día de ronda del equipo de salud	Falta de organización al interior de la comunidad
12	Camino Correo viaje en mal estado	Necesidad de coordinación con departamento Municipal pertinente
13	Ensanchamiento camino puente Cabedaña	
14	Cobro de la ficha clínica y entrega de medicamentos	Desinformación al interior de la comunidad de funcionamiento de sistema APS
		Falta de comunicación, colaboración y compromiso por parte de los vecinos en generar condiciones para la atención de salud en ESR del sector
15	Falta contenedores de basura	Falta coordinación con Departamento Municipal pertinente
16	Rotación de matrona	Afecta la calidad de atención



METAS SANITARIAS 2015

N°	META	META NACIONAL 2015	METAS NEGOCIADAS 2015	EVALUACION A JUNIO 2015
Meta 1.-	Recuperación del Desarrollo Psicomotor	90%	90%	71%
Meta 2.-	Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente	20% de la brecha	20% de la brecha (67%)	57.6%
Meta 3.- a)	Cobertura alta odontológica total en adolescentes de 12 años.	74%	64%	64.6%
Meta 3.- b)	Cobertura alta odontológica total en embarazadas	68%	68%	40%
Meta 3.- c)	Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años.	79%	67%	47%
Meta 4.-	Cobertura efectiva de personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus tipo 2 controlada	Incrementar a lo menos en un 2%, la cobertura efectiva de personas de 15 y más años con DM2 (HbA1c <7) respecto del año 2013	21%	18.6%
Meta 5.-	Cobertura efectiva de personas de 15 y más años con HTA controlada	Incrementar a lo menos en un 3%, la cobertura efectiva de personas de 15 y más años con HTA controlada (< 140/90mmHg) respecto del año 2013	57%	48.9%
Meta 6.-	Meta cobertura de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida.	Incrementar en al menos 2 puntos porcentuales respecto al año anterior, los menores de 6 meses con LME. La meta país es alcanzar sobre un 60% de menores con LME al sexto mes de vida	45%	51%
Meta 7.-	Consejo de Desarrollo de Salud funcionando regularmente	100%	100%	FUNCIONANDO
Meta 8.-	Evaluación Anual del Pie en personas con diabetes bajo control de 15 años y más	90%	82%	50%



INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) 2015

Nº	COMPONENTES	META NACIONAL 2015	META NEGOCIADA 2015	EVALUACION A OCTUBRE DEL 2015
1	Cobertura de examen de medicina preventiva hombres de 20 a 44 años	25%	18%	100%
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva Mujeres (EMP), 45 a 64 años.	25%	44%	96%
3	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), 65 y más años	55%	40%	72%
4	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	85%	85%	99%
5	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	22%	17,3%	94%
6	Gestión de reclamos	95%	97%	98%
7	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	55%	47%	105%
8	Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	71%	75.5%	104%
9	Evaluación Desarrollo Psicomotor	91%	93%	83%
10	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	0,20	0.32	71.2%
11	Cobertura Asma General y Epoc mayor 40 años	22%	14.8%	106%
12	Cobertura trastornos mentales mayor a 5 años	17%	11%	128%

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA RED ATENCION PRIMARIA EN SALUD COMUNA PUCON

La Vigilancia epidemiológica es una estrategia necesaria para el control y prevención de enfermedades y es considerada, junto al monitoreo de la salud de la población, una función esencial de salud pública que los estados deben implementar. (Orientaciones para la Planificación y Programación en red Año 2015).

Para lograr lo anteriormente mencionado, es necesario planificar las acciones junto al Delegado(a) de Epidemiología, a través de un plan de trabajo, donde se vea reflejado objetivos, meta, actividades y formas de evaluación.

PLAN DE TRABAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLOGIA

ATENCION PRIMARIA COMUNA DE PUCON

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE INDICADOR	RESPONSABLE
Contar con respaldo administrativo que designa a Delegada Epidemiologia	Delegada Epidemiologia cuenta con respaldo administrativo	Confección Decreto señalando encargado, funciones y tiempos protegidos	Decreto SI/NO	Decreto	Dirección DSM
Informar a los equipos de salud sobre encargada de epidemiologia y sus funciones	Equipos de salud conocen delegada y sus funciones	Reunión con equipos de salud, informando delegada epidemiologia y funciones	Reunión realizada SI/NO	Listado Asistencia, Fotos, Acta reunión	Delegada Epidemiologia
Logar notificación efectiva del equipo médico de APS	100% de los médicos APS , realicen notificación efectiva	Reunión de trabajo con equipo Médico APS	Capacitación realizada SI/NO	Listado Asistencia, Fotos, Acta reunión	Delegada Epidemiologia, Unidad Técnica
		Supervisión formulario ENO	Informe Supervisión	Informe	Delegada Epidemiologia
		Entregar carpeta con información (formulario ENO, Listado de Enfermedades de Notificación Obligatoria)	Informe recepción Carpetas (firmada por medico)	Informe con recepción	Delegada Epidemiologia
Obtener formularios ENO con información de calidad	100% de los formularios ENO contienen información de calidad	Reunión de trabajo con equipo Médico APS	Capacitación realizada SI/NO	Listado Asistencia, Fotos, Acta reunión	Delegada Epidemiologia, Unidad Técnica
		Supervisión formulario ENO	Informe Supervisión	Informe	Delegada Epidemiologia

Mantener informado a los equipos de Salud, en situaciones de riesgo epidemiológico y contar con planes de contingencia	100% de los Equipos de Salud reciben información necesaria	Reunión Técnica	Reunión Técnica realizada SI/NO	Listado Asistencia, Acta reunión	Delegada Epidemiología
		Reunión Equipos y/o estamentos	Reuniones realizadas SI/NO	Listado Asistencia, Acta reunión	Delegada Epidemiología
	El equipo de APS de la comuna cuenta con planes de contingencia	Reunión con respectivas direcciones	Reuniones realizadas SI/NO	Listado Asistencia, Acta reunión	Delegada Epidemiología, Direcciones
		Reuniones de trabajo con los encargados de equipos y/o unidades	Reuniones realizadas SI/NO	Listado Asistencia, Acta reunión	Delegada Epidemiología, Encargados de Equipo y/o unidades
		Reuniones de evaluación Plan de contingencia	Reuniones realizadas SI/NO	Listado Asistencia, Acta reunión	Delegada Epidemiología
Entregar a los equipos de salud, las herramientas necesarias relacionados al ámbito epidemiológico	80% de los equipos de salud reciben las herramientas necesarias, a través de capacitación	Coordinación con Comité de capacitación para incluir al Plan de Capacitación 2015	Coordinación realizada SI/NO	Correo electrónico	Delegada Epidemiología, Comité de Capacitación
		Coordinación con Seremi para apoyo capacitación	Coordinación realizada SI/NO	Correo electrónico	Delegada Epidemiología
		Capacitación diferenciada a equipos clínicos y administrativos	Capacitación realizada SI/NO	Listado, Asistencia, Fotos, Certificados	Delegada Epidemiología

		Reunión con Equipo de Enfermería de la red APS en brote epidemiológico	Reunión realizada SI/NO	Listado, Asistencia	Delegada Epidemiología
Lograr trabajo coordinado con el intersector	Se trabaja coordinadamente con el intersector	Reuniones de trabajo con intersector	Reuniones realizadas SI/NO	Listado, Asistencia, correos electrónicos	Delegada Epidemiología e Intersector
Mantener informada a la comunidad, en relación a la prevención de patologías de riesgo epidemiológico.	Comunidad de Pucón informada	Información distribuidas redes sociales (Facebook Institucional)	Información distribuida Facebook	Página Facebook	Delegado Epidemiología, Responsable institucional red social (Facebook)
		Reunión con Consejo de Desarrollo y/u otras organizaciones comunitarias	Reuniones realizadas SI/NO	Listado, Asistencia, Fotos, Acta Reunión	Delegado Epidemiología, Encargado Consejo de Desarrollo
		Difusión a través de capsulas radiales y/o entrevistas por radio, TV local	Difusión realizadas SI/NO	Capsulas radiales, grabación entrevistas	Delegada Epidemiología, Unidad Técnica
		Instalación paneles educativos en salas de espera de establecimientos de salud urbanos y rurales	Panales en lugares estratégicos SI/NO	Fotos	Delegada Epidemiología
Establecer flujograma de enfermedades de notificación obligatoria	El equipo de APS de la comuna cuenta con flujogramas de notificación obligatoria	Creación Flujogramas de notificación obligatoria	Flujogramas confeccionados SI/NO	Flujogramas	Delegada Epidemiología

		Reunión Validación Flujogramas de Notificación obligatoria	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión	Delegada Epidemiología, Unidad Técnica
		Reunión con equipos de salud	Reunión realizada SI/NO	Listado Asistencia, Acta reunión	Delegado Epidemiología

CANASTA PRESTACIONES ATENCION PRIMARIA EN SALUD

PROGRAMA DEL NIÑO (A):

- Control de salud del niño sano
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Control de mal nutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta Kinésica.
- Consulta de salud mental
- Vacunación.
- Programa Nacional de alimentación complementaria.
- Atención a domicilio.

PROGRAMA DE SALUD ADOLESCENTE:

- Control de salud
- Consulta de morbilidad
- Control crónico.
- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Control ginecológico preventivo
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica
- Intervención psicosocial
- Consulta y/o consejería en salud mental.
- Programa Nacional de alimentación complementaria.
- Atención a domicilio



PROGRAMA DE LA MUJER:

- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control de regulación de fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo.
- Educación grupal.
- Consulta de morbilidad obstétrica.
- Consulta de morbilidad ginecológica.
- Consulta nutricional.
- Programa nacional de alimentación complementaria.
- Ecografía obstétrica del primer trimestre.

PROGRAMA DEL ADULTO:

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas.
- Consulta nutricional
- Control de salud.
- Intervención psicosocial
- Consulta y/o consejería de salud mental.
- Educación grupal.
- Atención a domicilio.
- Atención podológica a pacientes con pie diabético.
- Curación de pie diabético.
- Intervención grupal de actividad física.

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR:

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas.
- Consulta nutricional.
- Control de salud
-
- Intervención psicosocial.
- Consulta de salud mental.
- Educación grupal.



Municipalidad de Pucón
Depto. de Salud

- Consulta Kinésica.
- Vacunación antiinfluenza
- Atención a domicilio.
- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
- Atención podológica a pacientes con pie diabético.
- Curación de pie diabético.

PROGRAMA DE SALUD ORAL:

- Examen de salud.
- Educación grupal.
- Urgencias.
- Exodoncias
- Destartraje y pulido coronario.
- Obturaciones temporales y definitivas.
- Aplicación sellantes.
- Pulpotomías.
- Barniz de flúor.
- Endodoncia.
- Rayos X dental.

ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS:

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- Acceso a tratamiento de IRA baja de tratamiento ambulatorio en menores de 5 años: consulta de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consulta de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consulta de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consulta de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente; atención kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.

ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS:

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

PLANES DE TRABAJO POR CICLO VITAL AÑO 2016

La Atención Primaria en Salud, se caracteriza por entregar acciones, a lo largo del ciclo vital. Estas acciones se representan, a través de los distintos programas en salud tanto básicos como transversales. Por tal motivo, existen encargados de programas, quienes, deben planificar y programar las acciones en forma integral, de acuerdo a objetivos ministeriales y realidad local.

Anualmente, el Ministerio de Salud, entrega el documento “Orientaciones para la Planificación y programación en Red”, con el propósito de ser revisado, analizado y trabajado localmente. Por tal motivo se planificó y ejecutó una jornada de trabajo con los encargados de programas, con el objetivo de conocer, mejorar y planificar los procesos en salud tanto técnicos como administrativos relacionados a la ejecución de programas en salud.



PROGRAMA ADULTO MAYOR





PLAN DE TRABAJO 2016-SALUD MATERNA-NEONATAL

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	50 % de gestantes en control que participante en talleres	Talleres prenatales	N° de gestantes ingresadas a taller/total de gestantes que ingresan a control prenatal x100	REM 27- REMP05
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100	REM A01
Detectar embarazadas con factores de riesgo biomédico.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.	(N° de gestantes con riesgo biomédico *derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico) x100	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Detectar factores de riesgo de parto prematuro.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz a nivel secundario.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.(Nota: notificación GES en nivel secundario)	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	100% de gestantes con aplicación de Escala de Edimburgo.	Aplicar Escala de Edimburgo gestantes segundo control prenatal.	(N° de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control/N° total de gestantes ingresadas) x 100	REM A03 REM A05



Municipalidad
Distrito

		Reunión con encargados de programa para establecer flujogramas de derivación	Reunión realizada SI/No	Acta reunión
Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA))	Construir línea de base de detección de depresión en gestantes	Detección en gestantes con sospecha de depresión	(N° de gestantes con sospecha de depresión 2° control prenatal / N° de escalas aplicadas a gestantes (2° control prenatal)*100	REM A03
	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.	(N° de gestantes con EPSA aplicado al ingreso /N° total de gestantes en control prenatal) x 100	REM A03 REM A01
Apoyar a gestantes que han Presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.	90% de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	(N° de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA / N° de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA) x 100	REM P1
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	60% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100	REM P01
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(N° de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100	REM P01



Municipalidad de Tarma
Depto. de Salud

Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.	100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.	(N° de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico) x 100	REM A09
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación	80% de madres en gestación con talleres sobre prevención de IRA-ERA	Taller a madres desde el período de gestación sobre prevención de IRA-ERA	(N° de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / total de gestantes bajo control)*100	REM A27 REM P1
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	70 % de puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida acceden a control de salud	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	(N° ingresos de RN a control de salud integral de puérperas y recién nacido antes de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN a control antes de 28 días) x 100	REM A01 REM A05
Realizar el control de salud integral De puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	70% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	(N° de control de salud integral a puérperas y recién nacido antes de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN) x 100	REM A01 REM A05
Pesquisa oportuna de las gestantes con infección por <i>T. cruzi</i> para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	Establecer línea de base de detección de gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y confirmación, según corresponda.	En el resto del país, tamizaje y confirmación al 100% de las gestantes que presenten uno o más criterios de sospecha de infección por <i>T. cruzi</i> definidos en la anamnesis dirigida señalada en la Norma General Técnica N° 0162 del MINSAL.	(N° de exámenes de tamizaje infección por <i>T. cruzi</i> . realizado en gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)/ N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)/x 100	Registro Local (comuna, región) REM A11 REM A05



	Establecer línea de base de porcentaje de examen de detección realizado en gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y confirmación, según corresponda.		(N° de exámenes de tamizaje infección por <i>T. cruzi</i> . realizado en gestantes que ingresan a control prenatal/ N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal x 100 (resto del País)	Registro Local (comuna, región) REM A11
	100% de Exámenes de confirmación por infección por <i>T. cruzi</i>. en gestantes que ingresan a control con examen de tamizaje con resultado reactivo		N° exámenes de confirmación de infección por <i>T. cruzi</i>. con resultado positivo en gestantes que ingresan a control prenatal. /N° exámenes de tamizaje infección por <i>T. cruzi</i>. con resultado reactivo en gestantes que ingresan a control	Registro Local (comuna, región) REM A11



Disminuir la transmisión vertical del VIH.	100% de las embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestación prenatal	(N° total de exámenes Procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH)/ N° total de gestantes que ingresan a control tal) x 100	REM A11 Sección C1 y C2 REM A05: Sección A
	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control	(N° de gestantes VIH (+) que ingresan al Programa VIH/ N° Total de gestantes VIH (+)) * 100	REM A05 Sección B SIGGES
	100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO		(N° de gestantes VIH (+) ingresadas a ARO/ N° total de gestantes VIH (+))* 100)	REM A05 Sección B

Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas – citadas.	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, visitadas- citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA
	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas – citadas.	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas- visitadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y- consolidado del Servicio de Salud.
	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+)) x 100	Registros locales de derivación. /REM A05
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01/ Población inscrita validada
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	≥ 38% de las gestantes con alta Odontológica reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(Nº de gestantes que reciben CBT/ Nº Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09
Entregar orientación e información	Aumentar en 5% las mujeres y	Consejería en salud sexual y	(Nº de mujeres y hombres en	REM 19 a



clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	reproductiva	edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015 [MENOS] N° de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)/ N° de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)*100-	
Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género	Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género	(N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015 [MENOS](N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género (2014)/ N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género en 2014) x100	REM 05
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	Atención odontológica integral a la embarazada.	(N° de altas odontológica total en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) x 100	REM A09 REM A05
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. Aumento de cobertura preventiva	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	(N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) x100	REM A11 REM A05
Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos	Aumentar el % de ingreso a tratamiento de gestantes y	Aumentar la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos	(N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de	REM A05



menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2015 [MENOS] N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014/N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014) x 100	
	Establecer línea base las gestantes y madres de hijos menores de 2 años que ingresan a atención de salud mental	Reunión de trabajo con encargado de salud mental y programa de la mujer (definir protocolos de pesquisa y derivación)	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	(N° de gestantes ingresadas tratamiento por depresión 2015 (MENOS) N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2014)/ N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2014))*100	REM A05

PLAN DE TRABAJO 2016-SALUD INFANTIL

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE INDICADOR
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	(N° de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A
		Difusión de actividad física al aire libre (utilización adecuada plazas saludables), a través de página face, medios de comunicación locales, folletería, etc.	Difusión realizada SI/NO	Página Facebook, capsulas radiales, etc.
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	80% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5° mes de vida.	Consulta nutricional al 5° mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6° mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta nutricional al 5° mes / Total de población bajo control entre 6 y 11 meses)* 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A
	50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A
Lograr un 60% de lactancia	Incremento de 2 puntos	Educación en los beneficios de la	(Proporción de Metas (2015)	REM A03, Sección A.7



materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.	lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia.	Menos Proporción de Metas (2014)	
		Implementar el comité de lactancia materna en la red APS	Comité implementado SI/NO	Decreto designa comité de lactancia materna y funciones
		Capacitación a los funcionarios de la red APS en lactancia materna	Capacitación realizada SI/NO	Lista de asistencia, programa capacitación
	12% de controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre	Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa del padre	(N° controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa del padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas mayores de 1 año y menores de 4 años)*100	REM A01, Sección B
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Promedio de 6 talleres de “Nadie es Perfecto” iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control.	(N° talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente / N° total de facilitadores de la comuna)*100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)
	5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños	(N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo



	Perfecto.	menores de 72 meses bajo control.	Perfecto/ N° total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control)*100	
	50% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a taller de prevención IRA	Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(N° de madres, padres y/o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año bajo control)*100	REM A27, Sección A REM P2, Sección A
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.	(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 o 2 meses / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 y 2 meses)*100	REM A03, Sección A1 REM A01, Sección B
	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	SIGGES FONASA
	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre, padre o figura significativa en el control de salud de los 4 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2014	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre, padre o figura significativa.	(N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2015) [MENOS] (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)/ (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación	REM A03, Sección A REM A01, Sección B



			vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)*100	
	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(N° de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/N° total control de ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100	REM A03, Sección B REM P2, Sección A
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	90% niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° total control de ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM P2, Sección A
	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud).	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
	50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
	60% niñas/os de 36 meses de edad	Control de salud a los 36 meses con	(N° de aplicaciones de evaluación de	REM A03 Sección A REM P2



	se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación).en el control de salud de los 36 meses / N° Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)* 100	Sección A
	50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(N° de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	SIGGES REM A03, Sección B
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Cobertura de vacunación.	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	(N° de niños/as menores de 1 año vacunados con Pentavalente con esquema primario completo/N° Total de niños/as menores de 1 año de vida)*100	Sistema Informático–RNI Proyección INE, censo 2002
	Cobertura de vacunación.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	(N° de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/N° de niños/as de 1 año)*100	Sistema Informático –RNI Proyección INE
	Cobertura de vacunación.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	(N° de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / N° de niños de 1 año)*100	Sistema Informático – RNI Proyección INE
	Cobertura de vacunación	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto	(N° de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4° básico/N° de niñas matriculadas en 4°	Sistema Informático – RNI N° de matrículas en 4° básico 2015



		año básico.	básico)*100	
		Reunión informativa con Directores de Colegios de la comuna con apoyo de estamento Matron(as))	Reunión informativa realizada SI/NO	Listado de asistencia
		Reunión informativa con Profesores jefes de quinto año de los colegios de la comuna con apoyo de estamento Matron(as))		
		Reunión de trabajo con funcionarios de salud APS con apoyo de estamento Matron(as))		
		Reunión informativa con padres y/o cuidadores con apoyo de estamento Matron(as))		
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y niños de 2 a 9 años.	50% de niñas/os entre 2 a 9 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 9 años.	(N° de niñas/os entre 2 a 9 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención/N° total de niñas/os entre 2 a 9 con primer control realizado por el programa vida sana) x 100	Registro Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo
			(N° de niños y niñas mayores de 6 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al 4° mes de intervención / N° total de niños y niñas entre 6 a 10 años con 4° control	Registro Programa Vida Sana - Obesidad



			realizado)*100	
	Integrar lineamiento del programa vida sana con el resto de los programas de salud	Reunión de coordinación con encargados vida sana, Adolescente, Promoción, et	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	60% de niños bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	(N° de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	REM P2 sección A REM P2 sección H.
		Implementación de taller grupal riesgo de nutricional por exceso según norma	N° de talleres planificados /N° de talleres planificados x100	
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	90% de los niñas/os que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal.	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco-dentarias.	N° de niñas/os de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ N° de controles de salud realizados al grupo de 18 a 23 meses)*100	Registro local REM A01, Sección B
	100%de niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado a niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico	(N° de niñas/os de 2 a 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico)* 100	REM A09, Sección B y J REM 09, Sección C
	100%(según convenio) de la matrícula convenida con JUNJI,	Programa Sembrando Sonrisas: Fomento del autocuidado en salud	(N° de sets de higiene oral entregados a niñas y niños de 2 a 5	Supeditado a cambio de



	Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados reciben actividad preventiva y entrega de kit de higiene	bucal y entrega de set de higiene oral	años en año actual / N° de sets de higiene oral comprometidos a niñas y niños de 2 a 5 años en año actual) x 100	REM
	75% (según convenio) de la matrícula convenida con JUNJI, Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados reciben prevención específica	Programa Sembrando Sonrisas: Aplicación de flúor barniz comunitario	(N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 5 años realizadas año 2015)/(N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 5 años comprometidas año 2015 x2)x 100	Supeditado a cambio de REM
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.	(N° de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / N° total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A
	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 48 a 71 meses inscrito en establecimiento de salud.	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses/ N° de niños de 48 a 71 meses bajo control	REM P2 Sección A
	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años (al menos 2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años.	(N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niñas y niños de 6 a 9 años bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A
		Implementación control de salud de 6 a 9 años en colegio piloto sector urbano	Actividad implementada	Informe de actividad



	Disminuir la inasistencia en niñas y niños de 24 a 71 meses a control de salud respecto al año anterior	Rescate de niñas y niños de 24 a 71 meses inasistentes a control de salud.	(N° de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control inasistentes 2015) (MENOS) (N° de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control inasistentes 2014)/ N° de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control 2014)*100	REM P2, Sección F REM P2, Sección A
	Establecer una Línea Base de controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico	Controles de salud individuales realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico	N° de niños y niñas con controles de salud individual realizados en establecimiento educacional de kínder a cuarto básico.	REM A01, Sección F
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	90% de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave reciben visita domiciliaria.	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave.	(N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave que recibe visita domiciliaria integral / N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave)*100	REM P2, Sección D
		Reunión de coordinación con encargada de programa infantil, unidad técnica y Kinesióloga IRA	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
	100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(N° de auditorías realizadas a casos de 0 a 9 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.



		Reunión coordinación entre referente técnico servicio de salud y equipos kinesiólogos APS	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
		Reunión con encargado de salud mental APS y equipo Kinesiólogos		
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.	% de cobertura en altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 años, inscritos y validados.	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 10 años.	(N° de niñas/os de 2 años con alta odontológica total / N° total de niñas/os de 2 años inscritos y validados)* 100	REM A09, Sección C
	% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.		(N° de niñas/os de 4 años con alta odontológico total/ N° Total de niñas/os de 4 años inscritos y validados)* 100	REM A09, Sección C
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años.	(N° de niñas/os de 2 a 5 años con registro de CEOD / N° total de niñas y niños de 2 a 5 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Aumentar la atención de niños y niñas (5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos, en relación al año anterior	Ingreso a tratamiento de niñas/os(5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos	(N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2015 (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2014)/ N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos(2014)) * 100	REM A5



	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, en relación al año anterior.	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia	(N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015) (MENOS) (N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)/N° de niños/as (0 a 9 años) en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)*100	REM A05
	Establecer una Línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	(N° de Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de niños y niñas de 0 a 9 años)*100.	REM P06
	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental a niñas/os (0 a 9 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de niñas/os (0 a 9 años) 2015 / N° de niñas/os de (0 a 9 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015) x 100	REM A06 Supeditado a modificación REM / REM A05
	Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	(N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI 2015)- N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (2014)-/	REM A26



			N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI 2014)) x 100	
Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM	80% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	(N° de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.		(N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100	REM A26, Sección A REM P2, Sección C
	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen	



	cumplen tratamiento	egresados	tratamiento/Nº de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G
	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	(Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G
	90% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en las reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)
	90% de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)
	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas	(Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/Nº de niños y niñas	REM A05, Sección G



	cumplen tratamiento	egresados	egresadas de Sala de Estimulación)*100	
	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G
Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.	Aumentar en un 10% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(N° de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2015 (MENOS) N° de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2014/ N° de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2014) * 100	REM P3, Sección A
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	(N° de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES

PLAN DE TRABAJO 2016-SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Fortalecerse las habilidades parentales como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 19 años de la comuna.	100% de educaciones grupales planificadas realizadas, dirigidas a apoderados del sector urbano rural de adolescentes de 10 a 19 años	Taller de 3 sesiones de desarrollo de habilidades parentales dirigido a apoderados de adolescentes de 10 a 19 años Nota: Se realizará un diagnostico participativo con los establecimientos educacionales para determinar las temáticas psicosociales de real importancia	N° de talleres realizados de habilidades parentales /N talleres en habilidades parentales planificadas x100	REM A27 sección Ay B
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales de la comuna.	Aumentar en base al año 2014 N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales de la comuna dirigida a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales.	Taller de Prevención de consumo de sustancias en los colegios de los sectores urbano y rurales	N° de talleres de prevención de consumo de sustancias ejecutados /N° de talleres de prevención de sustancias planificados x100	REM A06
	Los padres y/ o apoderados de adolescentes de 10 a 19 años, de los sectores urbanos y rurales a los que se les aplica control joven sanos, están informados en características de dicho control	Taller informativo control joven sano con apoderados	N° de talleres informativo control joven sano/N° de talleres informativo control joven sano planificados x100	REM A06
		Difusión redes sociales, medios de comunicación locales, folletería, etc.	Características Joven Sano difundido en la comunidad SI/NO	Página Facebook Departamento de Salud, Capsulas radiales, folletos



Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente de 10 a 19 años de la comuna.	70% de controles planificados, realizados.	Control de Salud integral “Joven Sano” a adolescentes de 10 a 19 años.	(N° de controles realizados, según sexo/[total de aplicaciones]/ N° total de controles planificados, según sexo) * 100	REM A01 sección B Informe SS. Meta asignada por comuna
	50% de los controles planificados se realizan en establecimientos educativos del sector urbano y rural.		(N° de controles realizados en establecimientos educativos, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo) * 100	REM A1 Sección E Informe SS. Meta asignada por comuna
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años de la comuna.	Aumentar en un 2% los controles preconceptuales de las mujeres de 20 a 24 años	Control preconceptual.	(N° de controles preconceptuales / N° total mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM A01 Población inscrita y validada
Implementar el control preconceptual en adolescentes de 10 a 19 años de la comuna	Establecer línea base, según demanda año 2014, Control preconceptual.	Control preconceptual	(N° de controles preconceptuales / N° total en edad fértil inscritas) x 100	
Atención integral de salud ginecológica a adolescentes sexualmente activa	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica a adolescente sexualmente activa y aquellas que hayan sido gestantes	(N° de adolescentes mujeres en control preventivo ginecológico /N° total de mujeres mayor a 10 a 19 años inscrita y validada) x 100	REM A01/ Población inscrita validada
Atención integral de salud ginecológica a población femenina joven sexualmente activa		Control preventivo de salud integral ginecológica a población femenina de 20 a 24 años sexualmente activa	(N° de adolescentes mujeres en control preventivo ginecológico /N° total de mujeres mayor a 10 a 19 años inscrita y validada) x 100	
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en	Aumentar en 5 % las mujeres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior.	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(N° de mujeres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015 (MENOS) N° de mujeres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)/ N° de mujeres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual	REM 19 a



salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad).			y reproductiva 2014)x100	
	Establecer la entrega de consejería sexual y reproductiva a hombres adolescentes sexualmente activo	Consejería en salud sexual y reproductiva.	N° de hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015 (MENOS) N° de hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)/ N° de hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)x100	REM 19 a
Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato de la comuna.	Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	(N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2015 (MENOS)N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas (2014) / N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2014)) *100	REM 05
		Elaboración de flujogramas y protocolos de pesquisa y derivación en salud mental	Elaboración flujogramas y protocolos SI/NO	Protocolo y flujograma
Aumentar la atención a mujeres y hombres víctimas de violencia de género.	Aumentar la atención a mujeres y hombres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres y hombres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género.	(N° mujeres y hombres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015 (MENOS) N° mujeres y hombres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2014) / N° mujeres y hombres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2014)) x100	REM 05



		Talleres de prevención de violencia en el pololeo en establecimientos educacionales urbanos y rurales	N° de talleres de prevención de violencia en el pololeo/N° de talleres de prevención de violencia en el pololeo planificados x100	REM A27 sección Ay B
		Talleres de prevención de Bulling en los establecimientos educacionales urbanos y rurales	N° de talleres de prevención de bulling/N° de talleres de prevención de bulling planificados x100	REM A27 sección Ay B
	Aumentar la atención a mujeres y hombres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres y hombres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género	N° mujeres y hombres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas 2015 (MENOS) N° mujeres y hombres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2014) / N° mujeres y hombres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2014)) x100	REM 05
		Reuniones de coordinación con las instituciones correspondientes	Reuniones realizadas SI/NO	Acta reunión
		Taller de prevención de violencia intrafamiliar en el sector urbano y rural	N° de talleres de prevención de violencia intrafamiliar ejecutados/N° de talleres intrafamiliar planificados x100	REM A27 sección Ay B
Cobertura de vacunación	Cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico	(N° de niñas con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5° básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico/N° de niñas matriculadas en 5° básico)*100	Sistema Informático – RNI N° de matrículas en 5° básico 2015 Ministerio de Educación
		Reunión informativa con	Reunión informativa realizada SI/NO	Listado de asistencia



		Directores de Colegios de la comuna con apoyo de estamento Matron(as))		
		Reunión informativa con Profesores jefes de quinto año de los colegios de la comuna con apoyo de estamento Matron(as)		
		Reunión de trabajo con funcionarios de salud APS con apoyo de estamento Matron(as)		
		Reunión informativa con padres y/o cuidadores con apoyo de estamento Matron(as)		
	La comuna de Pucón, recibe información de las características de la vacunación contra el papiloma	Difusión redes sociales, medios de comunicaciones locales, folletería, etc.	Características vacuna difundido en la comunidad SI/NO	Página Facebook Departamento de Salud, Capsulas radiales, folletos
Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes.	>90% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a medico y/o especialista	Control de Salud integral “Joven Sano” a adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de adolescentes, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia /Nº total de controles de Salud integral “Joven Sano” Realizados) x 100	SIGGES
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente de la comuna.	100% de los adolescentes de 12 y 15 a 19 años que ingresan a tratamiento odontológico han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los adolescentes que ingresan a tratamiento.	(Nº de adolescentes de 12 y 15 a 19 años con educación individual en técnica de cepillado / Nº total de adolescentes de 12 y 15 a 19 años ingresado a tratamiento odontológico) x 100	REM A09



	odontólogo o técnico paramédico de odontología.			
	100% de los controles jóvenes sanos realizados recibirán educación individual en técnica en cepillado	Control joven sano	N° de control joven sanos con educación en técnica del cepillado /N° de control joven sanos planificados x100	
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR). (10 a 14 y 15 a 19 años).	Aumentar en un 10% línea base 2014 el número de consejerías en SSR otorgadas a adolescentes mujeres y hombres.	Consejería en SSR.	(N° Consejerías en SSR realizadas (2015) Menos N° Consejerías en SSR realizadas (2014)/ N° Consejerías en SSR realizadas 2014) x 100	REM A19a
Aumentar la detección de Depresión Postparto.	100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 2 meses de vida del niño y niña.	Aplicar a madres Escala Edimburgo (EPDS) a los 2 meses de vida del niño y niña.	(N° de madres con escala aplicada a los 2 meses del niño y niña /N° total controles realizados a niño y niña a los 2 meses de edad) x 100	REM A03 REM A01
		Reunión con encargados de programa para establecer flujogramas de derivación	Reunión realizada SI/No	Acta reunión
	100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a.	Aplicar a madres Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a.	(N° de madres con escala aplicada a los 6 meses del niño/a / N° total controles realizados a niño/s a los 6 meses de edad) x 100	REM A03 REM A01
		Reunión con encargados de programa para establecer flujogramas de derivación	Reunión realizada SI/No	Acta reunión
Promover la conducta sexual	Aumentar en un 10%	Consejería en salud sexual, VIH e	(N° de consejerías en salud sexual reproductiva	REM A19a: Sección A1



segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS.	consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS en adolescentes sexualmente activa	ITS en adolescentes sexualmente activos.	realizadas el año 2015 (MENOS) (N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014)/ N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014)*100	
	Aumentar en un 10% consejería en prevención de VIH e ITS en todas las embarazadas adolescentes	Consejería en prevención de VIH e ITS en embarazadas adolescentes	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes embarazadas realizadas el año 2015(MENOS) N° de consejerías prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes embarazadas, realizadas el año 2014/ N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes embarazadas realizadas el año 2014)*100	REM A19a: Sección A1
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa.	Aumentar en un 10% el ingreso de Adolescentes mujeres al programa de regulación de fertilidad, en comparación al año anterior.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(N° total de población adolescentes femenina bajo control de regulación de fertilidad 2015) (MENOS) (N° total de población adolescente mujeres bajo control de regulación de fertilidad 2014)/ N° total de población adolescente femenina bajo control de regulación de fertilidad 2014) *100	REM P1
	Establecer control de regulación de fertilidad en adolescentes hombres	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(N° total de población adolescentes masculina bajo control de regulación de fertilidad 2015) (MENOS) (N° total de población adolescente masculino bajo control de regulación de fertilidad 2014)/ N° total de población adolescente masculino bajo control de regulación de fertilidad 2014) *100	REM P1
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 20 años (10 a 14 y 15 a 19 años).	100% de adolescentes planificados, reciben consejería en salud sexual reproductiva.	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(N° de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes, / N° total consejerías en salud sexual y reproductiva planificadas) x 100	REM A19a: Sección A1
	Mejorar el acceso para inicio de	Entrega de método		



	método anticonceptivo de forma oportuna	anticonceptivo según necesidad con previa consejería por profesional		
Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial de la comuna	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.	((N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial 2015 [MENOS] N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial 2014)/ N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial 2014)) x 100	REM A26 Sección A
		Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.	((N° de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial 2015) [MENOS] (N° de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial 2014)/ (N° de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (2014)) * 100	REM A26 Sección A
Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.	80% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso	Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	(N° de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/N° total de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) * 100	REM P1 Sección E
	80% de las gestantes reciben educación nutricional en talleres prenatales	Taller prenatales	N° talleres prenatales con educación nutricional/N° de talleres prenatales planificados x100	



	80% de los controles joven sano, reciben educación en alimentación saludable	Consejerías nutricionales a adolescentes acompañados de sus padres, y/o cuidador derivados del control de joven sanas.		
		Talleres educativos sobre alimentación saludable en establecimientos educacionales urbanos y rurales		
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en adolescentes de 10 a 19 años.	50% de adolescentes entre 10 a 19 que están en el programa vida sana cumplen con al menos 1 de las metas de dicho programa al término de la intervención.	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adolescentes entre 10 a 19 años.	(N° de adolescentes entre 10 a 19 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 meta establecida por el programa vida sana al término de la intervención N° total de adolescentes entre 10 a 19 años con primer control realizado por el PVS) * 100.	Registro Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo.
	Integrar lineamiento del programa vida sana con el resto de los programas de salud	Reunión de coordinación con encargados vida sana, Adolescente, Promoción, etc.	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio de 10 a 19 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar	(N° de auditorías realizadas a casos de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.
		Reunión coordinación entre referente técnico servicio de salud y equipos kinesiólogos APS	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión



		Reunión con encargado de salud mental APS y equipo Kinesiólogos		
	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Nº de auditorías realizadas a casos de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía) * 100.	Plataforma PVS
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en jóvenes.	Mejorar la pesquisa y derivación oportuna, a través de la aplicación del AUDIT	Aplicación AUDIT en EMP	Nº de AUDIT en EMP aplicado /Nº de EMP totales x100	EMP
	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95% de la población 20 -24 años inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a tamizaje realizado.	Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.	(Nº consultantes, entre 20 y 24 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo / Nº consultantes, entre 20 y 24 años, con consumo de alcohol de riesgo de acuerdo a tamizaje realizado)* 100	REM A03
Detección temprana de jóvenes (10-19 años) con sospecha de trastornos mentales.	Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12).	Nº Total de resultados alterados en la aplicación de tamizaje (GHQ12).	REM A03, Supeditado a cambio de REM
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen de	Incrementar al menos en un 10 % respecto al año anterior los EMPA en la población de 20 a 24 años inscrita validada.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en personas de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	(Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2015 [Menos] (Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (2014)/ Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años(2014)*100.	REM A02



Medicina Preventivo en personas de 20 a 24 años.	La población de 20 a 24 años de la comuna está informada de la importancia del EMP	Difusión redes sociales, medios de comunicaciones locales, folletería, afiches, etc.	Información importancia EMP SI/NO	Página Facebook Departamento de Salud, Capsulas radiales, folletos
	Trimestralmente se sensibilizara a las comunidad sobre importancia del EMP	Reuniones con Agrupaciones comunitarias.	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en jóvenes 20 a 24 años.	50% de jóvenes entre 20 a 24 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.	Programa Vida Sana (PVS) destinado a jóvenes entre 20 a 24 años.	(N° de jóvenes entre 20 a 24 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 meta establecida por el programa vida sana al término de la intervención/N° total de jóvenes entre 20 a 24 años con primer control realizado por el programa vida sana) x 100.	Registro Programa Vida Sana intervención en factores
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas jóvenes de 20 a 24 años en riesgo.	100% de las personas jóvenes de 20 a 24 años diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas jóvenes hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	(N° de jóvenes de 20 a 24 años hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de jóvenes de 20 a 24 años bajo control en PSCV al corte) x 100.	REM P4
	Implementar aplicación de detección de enfermedad crónica	Reunión de trabajo con equipo de atención del programa salud cardiovascular	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 20-24 años.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con hipertensión arterial respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas.	(N° de resultados de EMP de Presión arterial Elevada =PA140/90mmHg/ N° de EMP realizados)*100	REM P4 -REM A02



	Realizar talleres de capacitación para pesquisa HTA y taller de técnicas de presión arterial estandarizada	Capacitación a equipos clínicos	Capacitación realizada SI/NO	Fotos, listado asistencia
		Taller aplicación adecuada del EMP	Taller realizado SI/NO	
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en Personas de 20-24 años.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con diabetes respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	(N° de resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl/N° de EMP realizados)*100	REM P4 - REM A02
		Taller aplicación adecuada del EMP	Taller realizado SI/NO	
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis de 15 a 24 años.	Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar entre 15 y 24 años diagnosticados por cultivo	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 15 a 24 años	(N° de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas entre 15 a 24 años/N° de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas entre 15 a 24 años x100	Registro nacional programa de tuberculosis
	Sensibilizar al equipo de salud respecto a importancia de pesquisa oportuna de tuberculosis	Taller a equipos de salud	Taller realizado SI/NO	Listado de Asistencia
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes	Aumentar en 10% el examen de VIH en adolescentes y personas	Realizar examen de VIH en adolescentes y personas de 20-24	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años año	REM A11



y jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad.	2015 (MENOS) N° de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad el 2014/N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años, el año 2014) x 100	
			(N° total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 20-24 años 2015 [MENOS] N° total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 20-24 años 2014 /N° total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 20-24 años, año 2014) x 100	REM A11
Promover Sexo Seguro en jóvenes que ejercen comercio sexual.	Establecer ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual de 20-24 años, respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en jóvenes, que ejercen comercio sexual.	(N° de personas de 20-24 años que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual 2015 [MENOS] N° de personas que ejercen comercio sexual de 20-24 años que ingresan a control de salud sexual 2014/N° de personas de 20 24 años que ejercen comercio sexual en control de salud sexual el año 2014) x 100	REM A05 Sección U
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación a año anterior.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	(N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015 [MENOS] N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2014 / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia	REM A05



			año2014) x 100	
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Brindar tratamiento a la población adolescente inscritos entre 10 a 14 años.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	(N° de adolescentes de 10 a 14 años que ingresan a tratamiento de depresión /población de 10 a 14 años inscrita validada)*100	REM A05
			(N° de adolescentes de 15 a 19 años que ingresan a tratamiento de depresión /población de 15 a 19 años inscrita validada)*100	
	100% de adolescentes de 15 años más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/N° de adolescentes con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida)*100	SIGGES
	Aumentar el ingreso a tratamiento de adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	Atención a adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problema mentales 2015 [MENOS] (N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014) x100	REM A05
	Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	(N° de Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 10 a 19 años)*100.	REM P06



	Línea base de jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	Jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	(N° de jóvenes de 20-24 años en tratamiento por Depresión/Población beneficiaria de 20 a 24 años)*100.	REM P06
	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adolescentes (10 a 19 años) 2015 / N° de adolescentes (10 a 19 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015) x 100	REM A06 Supeditado a modificación REM / REM A05
	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de jóvenes (20 a 24 años) 2015 / N° de jóvenes (20 a 24 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015) x 100	REM A06 Supeditado a modificación REM / REM A05
	Implementar pesquisa y derivación oportuna por parte de profesores de colegios municipalizados del sector urbano y rural, al sistema de salud	Capacitación en entrevista y tamizaje de problemas de salud mental en adolescente	Capacitación realizada SI/NO	Lista de Asistentes
Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto.	(N ° de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/N° total de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) x100	REM A01
	Mejorar coordinación con servicio de obstetricia y ginecología con Hospital	Reunión de coordinación con intersector, encargada programa de la mujer, adolescente, etc.	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión



	Villarrica			
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Establecer línea base de cobertura de los matriculados en cuarto año de enseñanza media con Altas odontológicas totales de establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados.	Atención integral a alumnos de cuarto año de enseñanza media.	(N° de adolescentes matriculados en cuarto año de enseñanza media de establecimientos Municipales y particulares subvencionados con alta odontológica total)/ (N° total de adolescentes de matriculados en cuarto año de enseñanza media de colegios Municipales y Particulares Subvencionados) x100	Supeditado a cambio de REM
Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 10% la población bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	((Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA actual) [MENOS] (Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior) / (Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior) * 100	REM P3
		Reunión de trabajo con Encargados programas respiratorios y equipo médico APS	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios.	Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2015 [MENOS] Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2014 / Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2014) x 100	REM P3 Sección A (2015-2014)
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Incrementar en al menos 10 % respecto a 2014 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura hipertensos (2015) (Menos) Cobertura Hipertensos (2014)/ Cobertura Hipertensos (2014) Cálculo de Cobertura: (N° de personas hipertensas de 20 - 24 años bajo control/N° de personas hipertensas de	REM P4 Sección B



			20- 24 años estimados en la población inscrita validada) x 100	
	Implementar estrategias para ingreso temprano de las pesquias a tratamiento	Reunión equipo médico, PSCV y SOME	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
	Incrementar en un 10 % respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 50 %.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	(Proporción de Metas de compensación (2015)[MENOS] Proporción de Metas de compensación (2014)/(Proporción de Metas de compensación (2014)*100 Calculo Proporción de Metas de compensación: (N° de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/N° de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV	REM P4 Sección B
	Implementar estrategias para ingreso temprano de las pesquias a tratamiento	Reunión equipo médico, PSCV y SOME	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Incrementar en al menos 10% respecto a 2014 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	Cobertura Diabéticos (2015) (Menos) Cobertura Diabéticos (2014)/ Cobertura Diabéticos (2014)Cálculo de Cobertura: (N° de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/N° de personas diabéticas de 20- 24 años estimados en la población inscrita validada) x 100	REM P4 Sección B
	Implementar estrategias para ingreso temprano de las pesquias a tratamiento	Reunión equipo médico, PSCV y SOME	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión



	Incrementar en al menos un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 50%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	(Proporción de metas de compensación 2015) (Menos) (Proporción de metas de compensación 2014)/ (Proporción de metas de compensación 2014) Calculo de proporción (N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV) x 100	REM P4 Sección B
	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	Proporción de metas de compensación (2015) (Menos) Proporción de metas de compensación (2014) / Proporción de metas de compensación (2014) Calculo de proporción (N° de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 20- 24 años estimados en la población inscrita validada) x 100	REM P4 Sección B
	Implementar estrategias para ingreso temprano de las pesquisas a tratamiento	Reunión equipo médico, PSCV y SOME	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	(N° de personas con diabetes de 20 a 24 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte) x 100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención. REM P4 Sección A
	Protocolizar aplicación de Qualidiab en control del paciente diabético	Reunión de trabajo equipo de enfermería	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión



Promocionar estilos de vida saludable en población adolescente de la comuna	Implementar en los adolescentes estilos de vida saludable	Actividad masiva en coordinación con el equipo de salud e intersector	Actividad realizada SI/NO	Fotos
Conocer las necesidades reales de la población adolescente de la comuna	Aplicación (según muestra) encuesta a adolescentes de la comuna	Establecer muestra representativa de los adolescentes de la comuna	Encuesta Aplicada SI/NO	Informe Encuesta
		Diseñar encuesta		
		Aplicación encuesta		
		Análisis de resultado y conclusiones		

PLAN DE TRABAJO 2016-SALUD EN EDAD ADULTA

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de edad fértil.	Aumentar en un 2% los controles preconcepcional de la mujeres en edad fértil en relación al año anterior.	Control preconcepcional.	(N° de controles preconcepcionales / N° total mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM A01 Población inscrita y validada
Aumentar la detección de Depresión Postparto.	100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 2 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres Escala Edimburgo ,(EPDS) a los 2 meses de vida del niño/a	(N° de madres con escala aplicada a los 2 meses del niño/a/N° total controles realizados a niño/s a los 2 meses de edad) x 100	REM A03 REM A01
		Reunión con encargados de programa para establecer flujogramas de derivación	Reunión realizada SI/No	Acta reunión
	100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a	(N° de madres con escala aplicada a los 6 meses del niño/a / N° total controles realizados a niño/s a los 6 meses de edad) x 100	REM A03 REM A01
		Reunión con encargados de programa para establecer flujogramas de derivación	Reunión realizada SI/No	Acta reunión
Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto	(N ° de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/N° total de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	REM A01



	Mejorar coordinación con servicio de obstetricia y ginecología con Hospital Villarrica y Pucón	Reunión de coordinación con intersector, encargada programa de la mujer, adolescente, etc.	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Aumentar el número de personas adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y se controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial.	Ingreso de mujeres y hombres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad, definidos en Normas Nacionales de Regulación de Fertilidad	Ingreso y control a regulación de fertilidad, según criterios de elegibilidad.	(N° de mujeres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de mujeres inscritas y validadas de FONASA) x 100	REM P1
			(N° de hombres en edad fértil(15 a 49 años OMS que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de hombres inscritos y validados de FONASA) x 100	REM P1
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(N° de mujeres en control preventivo ginecológico /N° total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01/ Población inscrita validada
Promover la salud sexual y reproductiva	Aumentar la detección de factores de riesgo y derivar a especialista a parejas con infertilidad	Detectar y derivar en forma oportuna a especialista, a parejas con infertilidad	(N° de consultas en infertilidad / N° de mujeres en edad fértil Inscrita validada)*100	REM A 04
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Aumentar en 2 % la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2015 (MENOS) N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014)/ N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio	REM P1

			2014) x100	
		Aplicación Escala MRS en EMP y controles de población bajo control.	N° de escalas aplicadas MSR aplicadas en EMP/ Total de EMP aplicados x100	Registro EMP
		Reunión con equipos de salud	Reunión realizada SI/NO	Acta reunión
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según Orientación Técnica (ENS 2011-2020)	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	Aplicación Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(N° de mujeres con puntaje elevado MRS / N° total de mujeres bajo control, con pauta aplicada MRS) x 100	REM P1
Aumentar la proporción de mujeres de 45 a 64 años bajo control que requieren terapia hormonal, según puntaje MRS	Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS respecto al año anterior	Aplicación de Terapia según puntaje MRS	(N° de mujeres con TRH, bajo control, según puntaje MRS / N° de mujeres con necesidad de TRH según escala MRS X 100	REM P1
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad).	Aumentar en 5 % las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(N° Consejerías en SSR realizadas 2015) (MENOS) N° Consejerías en SSR realizadas 2014)/ N° Consejerías en SSR realizadas 2014) x 100	REM 19 a
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMP) en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en un 20% la cobertura de EMP en la población inscrita validada	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	(Cobertura EMPA 2015)(MENOS) Cobertura EMPA 2014)/ Cobertura EMPA 2014) Calculo de cobertura: (N° de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada) x 100	REM A02

	Incrementar en un 15% los EMP en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(N° de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2015) MENOS N° de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2014)/ N° de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2014)*100	Calculo de proporción: N° de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ N° Total de EMPA realizados en hombres
	La población de 25 a 64 años de la comuna está informada de la importancia del EMP	Difusión redes sociales, medios de comunicaciones locales, folletería, afiches, etc.	Información importancia EMP SI/NO	Página Facebook Departamento de Salud, Capsulas radiales, folletos
	Trimestralmente se sensibilizara a la comunidad sobre importancia del EMP	Reuniones con Agrupaciones comunitarias.	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los adultos, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	(N° de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM) x 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios
		Reunión con nivel secundario (Hospital Temuco, Villarrica y Pucón) para determinar	Reunión realizado SI/NO	Acta de reunión



		protocolos de derivación		
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en personas adultas de 25 a 64 años.	50% de personas adultas entre 25 a 64 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años.	(N° de personas adultas entre 25 a 64 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 meta establecida por el programa vida sana al término de la intervención/ N° total de personas adultas entre 25 a 64 con primer control realizado por el programa vida sana) x 100	Registro Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo
	Integrar lineamiento del programa vida sana con el resto de los programas de salud	Reunión de coordinación con encargados vida sana, Adolescente, Promoción, Adulto etc.	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte) x 100	REM P4 Sección A
	Implementar aplicación de detección de enfermedad crónica	Reunión de trabajo con equipo de atención del programa salud cardiovascular	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con Hipertensión respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMP, entre otras alternativas	(Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA año 2015 (MENOS) Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2014) / Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años	REM P4 Sección A Población estimada según ENS



			con HTA 2014)*100	2009-2010
	Realizar talleres de capacitación para pesquisa HTA y taller de técnicas de presión arterial estandarizada	Capacitación a equipos clínicos	Capacitación realizada SI/NO	Fotos, listado asistencia
		Taller aplicación adecuada del EMP	Taller realizado SI/NO	
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMP, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	(Proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2015 (MENOS) Proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2014)/ Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con DM 2014)	
		Taller aplicación adecuada del EMP y guía clínica Diabetes	Taller realizado SI/NO	Listado de Asistencia
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P4
	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.		(N° de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / N° total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas	QUALIDIAB-Chile REM P4



			de pie) x 100	
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis en personas de 25 a 64 años	Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar entre 25 y 64 años diagnosticados por cultivo	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 25 a 64 años	(N° de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas entre 25 y 64 años/N° de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas entre 25 y 64 años)x100	Registro nacional programa de tuberculosis
	Sensibilizar al equipo de salud respecto a importancia de pesquisa oportuna de tuberculosis	Taller a equipos de salud	Taller realizado SI/NO	Listado de Asistencia
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años 2015 (MENOS) N° de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años año 2014)/N° total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25- 64 años, año 2014)*100	REM A11
	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea		(N° total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años 2015 (MENOS) (N° de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años año 2014)/N° total de exámenes para VIH realizados por	REM A11



			demanda espontánea de 25-64 años, año 2014)*100	
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2015 (MENOS) N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2014) / (N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas el año 2014)*100	REM A19a Sección A1
Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual	Aumentar en un 10 % el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Control de Salud Sexual en personas que ejercen comercio sexual.	(N° de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual 2015(MENOS) N° de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual 2014)/(N° de personas que ejercen comercio sexual en control de salud sexual el año 2014)*100	REM A05 Sección U
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	N° de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.
		Reunión coordinación entre referente técnico servicio de salud y equipos kinesiólogos APS	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
		Reunión con encargado de salud mental APS		



		y equipo Kinesiólogos		
Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en adultos	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95% de la población adulta inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos).	Capacitación a los equipos en intervención breve	Capacitación realizada SI/NO	
		Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo / N° consultantes, entre 25 y 64 años, con consumo de alcohol de riesgo de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos) x 100	REM A03
Aumentar la pesquisa de mujeres y nombres adultas víctimas de violencia de genero	Aumentar la atención oportuna a mujeres y hombres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención oportuna a mujeres y hombres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	(N° de mujeres y hombres (25 a 64 años) que ingresan a Violencia de Genero 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Genero año 2014 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Genero 2014) x 100	REM 05
		Reunión con los equipos de salud para informar flujogramas de pesquisa y derivación	Reunión realizada SI/NO	Listado de Asistencia
Aumentar la detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.	Aumentar el número de las personas adultas que cuentan con tamizaje GHQ 12.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas (25 a 64 años)	(N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2014 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) con control GHQ 12 año	REM A03

			2014) x 100	
		Reunión con encargados de programas para implementar el instrumento en los controles de salud	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	(Cobertura hipertensos (2015)(MENOS) Cobertura Hipertensos (2014)/ Cobertura Hipertensos (2014)	REM P4 Sección B
	Incrementar en un 30% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014	REM P4 Sección B
	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014	REM P4 Sección B
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en al menos 10% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	(Cobertura Diabéticos 2015) (MENOS) Cobertura Diabéticos 2014)/ Cobertura Diabéticos 2014)	REM P4 Sección B
	Incrementar en al menos un 20% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de	REM P4 Sección B



	compensación de al menos 80%		Metas de compensación 2014	
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en un 5% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014) / Proporción de Metas de compensación 2014)	
	Aumentar en 5% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <130/80 mmHg y Col LDL <100 mg/dl.		(Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción año 2014)	
Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	(Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción 2014)	QUALIDIAB-Chile
	Protocolizar aplicación de Qualidiab en control del paciente diabético	Reunión de trabajo equipo de enfermería	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Realizar tamizaje para VIH en personas que ingresan a control tuberculosis.	100% de las personas que ingresan a control por tuberculosis, se realizan examen de VIH.	Realizar examen de VIH a personas en control por tuberculosis	(N° de examen de VIH realizados a personas que ingresan a control por tuberculosis/ N° de personas que ingresan a control por tuberculosis) x 100	REM A11 Registros del programa de TBC
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2015 (MENOS) N° de	REM A19a Sección A1



ejercicio de una sexualidad segura.	anterior.		consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2014)/ N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2014)*100	
		Difusión y educación en la comunidad	Difusión realizada SI/NO	Material difusión
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.).	Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres de 50 a 59 años.	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE.	(Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2015 (MENOS) Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)/ Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)*100	REM P12 Sección C Población inscrita de mujeres de 50 a 59 años
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) x 100	Citoexpert/ REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	Ecografía abdominal a la población de 35 a 49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas)	(Proporción de detección de colelitiasis 2015) (MENOS) (Proporción de detección de colelitiasis 2014)/ (Proporción de detección de colelitiasis 2014)	SIGGES



Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas de 25-64 años con cáncer, dolor, dependencia moderada y severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	Atender en forma integral a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y severa/ N° de población bajo control por dependencia moderada y severa) x 100	REM P3, SIGGES
		Reunión de coordinación con Servicio de Salud, Hospital para determinar funciones	Reunión realizada SI/NO	Acta Reunión
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios	Aumentar en 10% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015 (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2014) / (Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2014) * 100	REM P3
		Difusión del programa ERA en redes sociales, medios de comunicación locales, folletería, etc.	Información difundida en medios de comunicación SI/NO	Material difusión
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años).	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años que consultan	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.	(N° de adultos de 60 años con Altas odontológicas totales que consultan / (Total de adultos de 60 a 64 años inscritos y validados) x100	REM A09 Población
Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres beneficiarias	100% de cumplimiento de altas odontológicas totales programadas para año en curso	Atención odontológica integral Más Sonrisas para Chile	(N° de altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile realizadas el año actual/ N° total de altas integrales comprometidas Más Sonrisas para Chile) x 100	SOLICITUD REM



Brindar atención integral y oportuna personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias en relación año anterior.	Atención a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	(N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015 (MENOS) N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014) / N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014)*100	REM A05
	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave en relación año anterior.	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.	(N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014 (MENOS) (N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve moderada o grave año 2014)/ (N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014)*100	REM A05
	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 25 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación año anterior	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol	(N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015 (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014 / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014) x	REM A05



			100	
	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)	N° de adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años	REM P6
	Línea base de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)	Adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)	(N° de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años)*100.	REM P6
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adultos (25 a 64 años) 2015/ N° de adultos (25 a 64 años)ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015)x 100	REM A06 Supeditado a modificación REM/ REM A05
	Al menos 1 grupo de autoayuda por establecimiento que sesiona mensualmente.	Grupos de autoayuda por establecimiento que sesionaron en el mes (Con al menos 1 sesión en el mes)	(N° de sesiones de grupo de autoayuda mensual del año 2015/ (N° establecimientos x 12 meses))	Supeditado a modificación REM (Registro mensual en REM de grupos de autoayuda que sesiona en el mes.)
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria	10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de	(N° de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar	REM P3



bajo control.	programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	inclusión al programa.	finalizado / N° de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100	
Integrar en la población de 25 a 64 años estilos de vidas saludables	Establecer línea base de población bajo control en relación al año anterior	Consulta y Control Nutricional		
		Talleres nutricionales con organizaciones comunitarias	N° talleres nutricionales realizados /N° talleres nutricionales planificadas x100	
		Difusión nutricional, actividad masiva, redes sociales, medios de comunicaciones locales	Actividades de difusión realizadas	

PLAN DE TRABAJO 2016- SALUD DEL ADULTO MAYOR

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2015 (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2014)/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2014) x 100	REM P5
		Reunión de trabajo con equipo de Enfermería y Kinesiólogos por aplicación del EMPAM	Reunión de trabajo realizada SI/NO	Listado de Asistencia
Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor	Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato.	Entregar atención oportuna personas mayores de 65 años víctimas de violencia hacia el adulto mayor	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015 (MENOS) Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2014)/ Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2014) x 100	REM A05
		Taller de detección y prevención del maltrato en el adulto mayor dirigidos a la comunidad	Talleres realizados SI/NO	Listado de Asistencia, fotos



		Taller de detección y prevención del maltrato en el adulto mayor dirigidos a funcionarios		
Aumentar la pesquisa de mujeres y hombres adultos mayores víctimas de violencia de género	Aumentar la atención oportuna a mujeres y hombres mayores de 65 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención oportuna a mujeres y hombres mayores de 65 años víctimas de violencia de género	(N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015 (MENOS) N° de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014/ N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014) x100	REM A05
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	(N° de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente) x 100	REM A01 Sección C
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en el hogar	(N° de auditorías realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.
		Reunión coordinación entre referente técnico servicio de salud y	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión



		equipos kinesiólogos APS		
		Reunión con encargado de salud mental APS y equipo Kinesiólogos		
Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles	Cobertura de vacunación	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente a personas de 65 años y más en control del Programa Adulto Mayor	(Nº de personas de 65 años y más en control en Programa del Adulto Mayor que recibieron una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente/Nº de personas de 65 años y más en control en Programa del Adulto Mayor)*100	Sistema Informático –RNI Población Inscrita, bajo control,2015
Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, a los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente/Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Sistema Informático-RNI FONASA
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, Página web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM año 2015(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM año 2014)	REM D16



		Reunión con equipo de atención del programa adulto mayor	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	(N° de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte) x 100	REM P4 Sección A
	Implementar aplicación de detección de enfermedad crónica	Reunión de trabajo con equipo de atención del programa salud cardiovascular	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan micro albuminuria (RAC \geq30 mg/grs).	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan micro albuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con micro albuminuria en el PSCV.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria al corte) x 100	REM P4 Sección B
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico	(N° de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta / N° total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM) x 100	SIDRA



		de ACV o IAM.		
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas	Cobertura 2015 (Menos Cobertura 2014/ Cobertura 2014	REM P4 Sección A
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	(Cobertura 2015 (MENOS) Cobertura 2014)/ Cobertura 2014	REM P4 Sección A
Mejorar y mantener la salud bucal del Adulto mayor.	100% de los adultos mayores que consultan al odontólogo han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental en los ingresos odontológicos de adultos mayores.	(Nº de adultos de 65 y más años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de prótesis/ Nº total de Adultos de 65 y más años que ingresa a tratamiento odontológico) x 100	REM A09 Sección B y J REM 09 sección C
		Taller salud bucal en las organizaciones adultos	Talleres realizados SI/NO	



		mayores		
Diagnóstico precoz de Tuberculosis en las personas de 65 años.	Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar en mayores de 65 años diagnosticados por cultivo	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas de 65 años y más	(N° de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas de 65 años y más/N° de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas de 65 años y más) X100	Registro nacional programa de tuberculosis
	Sensibilizar al equipo de salud respecto a importancia de pesquisa oportuna de tuberculosis	Taller a equipos de salud	Taller realizado SI/NO	Listado de Asistencia
Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárido 23 valente en los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura de 80% de Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad	(N° de personas de 65 años vacunadas / N° Total de personas de 65 años inscritos) x 100	RNI
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, por morbilidad	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o por morbilidad, con respecto al año 2014	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más 2015 (MENOS) N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y mas año 2014/N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, el año 2014)*100	REM A11 Sección C1 REM A11 Sección C2
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	(N° total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / N° total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REM A19 Sección A1 REM P5 Sección A



Realizar Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.	100% de visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con dependencia severos	Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.	Número de VD a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa / N° total de persona de 65 años y más con dependencia severa x 100	Rem A26 Sección A
Realizar Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial	Aumentar el número de visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial, en relación al periodo anterior	Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial	(Número de VD a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 2015 (MENOS) Número de VD a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 2014 /Número de VD a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial en 2014) x 100	Rem A26
Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de trastornos mentales	Aumentar el número de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 en relación año anterior	Aplicar instrumento de tamizaje para trastornos mentales GHQ-12	(N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 (MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014 / N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014)x 100	REM A03
		Implementar aplicación de GHQ-12		
Mejorar la calidad de vida de las personas de 65 años y más con cáncer, dolor, dependencia severa.	A lo menos 2 visitas domiciliarias mensuales a personas con dependencia severa.	Evaluación sobre los cuidados que se le otorga a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales e	N° de visitas domiciliarias realizadas a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia severa / N° de población bajo control dependencia severa	AUGE REM P3, Sección A



		informar sobre la evaluación al paciente y su familia.		
		Reunión de coordinación con Servicio de Salud, Hospital para determinar funciones	Reunión realizada SI/NO	Acta Reunión
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable basadas en guías alimentarias y de actividad física.	Reuniones realizadas SI/NO	Acta de reuniones
Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnósticos de trastornos mentales	Establecer línea base personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	Personas de 65 años y más en tratamiento por diagnóstico de trastorno mental de consumo perjudicial o dependencia de alcohol	(N° de personas de 65 años en tratamiento (bajo control) con consumo perjudicial o dependencia al alcohol 2015/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más) x 100	REM P6
	100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento en GES	Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión	(N° de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / N° de personas de 65 años y más inscritas) x 100	SIGGES
	Línea base de adultos mayores en tratamiento por depresión (65 años y más)	Adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)/ Población beneficiaria validada por FONASA de 65 años y más)*100.	REM P06



	Línea base de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	Adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más) / Población beneficiaria validada por FONASA de (65 años y más)*100.	REM P06
	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adultos mayores (65 años y más) 2015/N° de niñas/os de adultos mayores (65 años y más) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015)x 100	REM A06 Supeditado a modificación REM/ REM A05
Brindar atención a personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer	Aumentar la cobertura de pesquisa a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Consulta médica ante la sospecha de Alzheimer y otras demencias a personas de 65 años y más	(N° de personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer y otras demencias año 2015 (MENOS) N° de personas de 65 años y más ingresadas con Alzheimer y otras demencias año 2014)/N° de personas de 65 años y más ingresadas con Alzheimer y otras demencias año 2014) x 100	REM A05 Población inscrita
		Confeccionar protocolos de pesquisa y derivación	Protocolos confeccionados SI/NO	Protocolos
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 50% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014)	REM P04 Sección B



Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmHg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 50% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	(Proporción de Metas de compensación 2015 (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014/ (Proporción de Metas de compensación (2014)	REM P04 Sección B
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Incrementar en un 10%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 50% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación 2015 (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014/ Proporción de Metas de compensación (2014)	REM P04 Sección B
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de la menos 50%.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	(Proporción de Metas de compensación 2015 (Menos) Proporción de Metas de compensación (2014) / Proporción de Metas de compensación (2014)	REM P04 Sección B
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	90% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100	REM P4 Sección C y A

	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.	QUALIDIAB-Chile REM P4 Sección C y A
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	((N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))x 100	REM P4 Sección C y A REM A05 Sección G QUALIDIAB-Chile
Evaluar la calidad de la atención(cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la Guía Clínica GES DM tipo 2) que reciben las personas diabéticas mayores de 65 años en control en PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos de 65 años o más que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados en los próximos años.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos de 65 años y más en control en PSCV en el centro centinela.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas de 65 años y más diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) x 100	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención en centro centinela
Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consultan por morbilidad o Urgencia	(Población de 65 años y más bajo control actual (MENOS) Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior) x 100	REM P3



		y son derivados a Programa ERA		
		Revisión flujogramas GES y tarjeteros	Protocolos revisados SI/NO	Acta revisión protocolos
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	10% de personas con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	(Nº de personas con EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar / Nº de personas con EPOC bajo control) x 100	REM P3 Sección C REM P3 Sección A

PLAN DE TRABAJO 2016- PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL

En la Atención Primaria de la Salud de la comuna de Pucón, no existe un Centro de Rehabilitación con Base Comunitaria, a pesar de esto, igual se cubren las prestaciones musculoesqueléticas asociadas al nivel primario de atención y la de los niveles secundario y terciario que se pueden resolver en el Centro de Salud, que por dificultad del usuarios no les es posible trasladarse a la ciudad de Villarrica o Temuco.

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Construir diagnóstico situacional sobre el manejo del programa de rehabilitación en el nivel primario de atención.	El Departamento de Salud cuenta con diagnóstico situacional sobre el manejo del programa en el nivel primario de atención.	Confección diagnóstico Programa Rehabilitación	Diagnóstico Programa Rehabilitación SI/NO	Informe Diagnostico
		Reunión con Dirección Departamento de Salud y Centro de Salud, para analizar diagnóstico	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
Gestionar recursos financieros, de implementación o infraestructura a nivel central, con la finalidad de mejorar la calidad de atención en rehabilitación	El Departamento de Salud, cuenta con recursos financieros, de implementación e infraestructura para mejorar la calidad de atención en rehabilitación	Gestión realizada por Departamento de Salud con Servicio de Salud Araucanía Sur	Reunión con Servicio de Salud, presentación de proyecto, etc.	Acta de reunión, e-mail, etc.
Contribuir a la generación de redes con las agrupación de personas en situación de discapacidad de la comuna	El Departamento de Salud cuenta con redes con las distintas agrupaciones de personas en situación de discapacidad de la comuna	Talleres de promoción de la salud	Talleres realizados SI/NO	Fotos, listado de asistencia
Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades	35 % de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal	Talleres destinados a entregar herramientas para prevenir y/ retardar la discapacidad	N° total de personas con patología crónicas (No traumática)que ingresan a educación grupal/N° total de ingresos x100	Rem 28



crónicas				
Mantener la atención a personas en situación de discapacidad leve, moderada o severa	Mantener al menos un 10% de PSD con párkinson, secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Realizar proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria	PSD con parkinson, secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular / Total de ingresos x100	Rem 28

PLAN DE TRABAJO 2016- ATENCION DOMICILIARIA EN PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o	100% de los usuarios con dependencia severa cuentan con visitas domiciliarias según norma	Visitas Domiciliarias según profesional	N° de visitas domiciliarias ejecutadas/N° de visitas domiciliarias programadas x100	REM
	Equipos de salud cumplen objetivos de normativa de programa dependencia severa	Reunión equipo postrado y enfermera equipo rural	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
		Reuniones cada 2 meses o según necesidad	Reunión realizada SI/NO	Acta de reunión
	Las fichas clínicas cuentan con los formularios necesarios	Entrega de formularios necesarios para la atención	Formularios en ficha clínica SI/NO	Ficha clínica
	100% de los cuidadores de usuarios con dependencia severa y úlceras por presión reciben educación	Educación sobre prevención de úlceras por presión	Educación Realizada SI/NO	Ficha Clínica
	100% de los cuidadores reciben capacitación en forma anual	Talleres de capacitación a cuidadores planificados en forma anual	N° de cuidadores capacitados /N° total de cuidadores x100	
	100% de los cuidadores que	Mantener registro actualizado	N° cuidadores con estipendio	Página web



	reciben estipendio están ingresados en página web	en página web para el apoyo monetario a cuidadores	ingresados a página web/Nº total de cuidadores con estipendio x100	
--	--	---	--	--

PROYECCION EN SALUD PRIMARIA 2016-2020 COMUNA PUCON

- Construcción de establecimiento de salud en sector de San Luis con cobertura a los sectores rurales de San Luis, Relicura, Menetúe y Ancapulli.
- Construcción de establecimiento de salud en sector de Palguín, con cobertura a los sectores de Loncofilo, Palguín alto, Palguín Bajo y Llafenco.
- Construcción de establecimiento de salud en sector de Los Riscos, con cobertura a los sectores de Candelaria y los Riscos, hasta el Correntoso.
- Mejoramiento Estaciones de Salud, en conjunto con las comunidades de los sectores de Ancapulli, Menetúe, Relicura, Loncofilo, Llafenco, Los nevados, Río Blanco.
- Reposición Posta de Salud Rural de Paillaco.
- Construcción de Cecosf de Salud Rural de Caburgua
- Reposición Posta de Salud Rural de San Pedro.
- Construcción, implementación y puesta en marcha de Centro de Salud Familiar de Pucón.
- Construcción de establecimiento de salud urbano (CECOSF) en sector Arrayanes.
- Construcción de establecimiento de salud urbano (CECOSF) en sector Cordillera.
- Implementación espacio de atención Adolescente.
- Implementación de Centro de Rehabilitación con base comunitaria.
- Implementación de modelo de salud familiar con enfoque intercultural en los establecimientos de la Red de APS de Pucón.
- Acreditación sanitaria de establecimientos de la Red de APS.

- Acreditación de Calidad de prestadores de salud de establecimientos de la Red de APS de la comuna de Pucón.
- Implementación de estrategia de atención del adulto mayor.
- Fortalecimiento de los procesos de participación comunitaria en la gestión del Departamento de Salud.
- Fortalecimiento de trabajo intersectorial.
- Fortalecimiento de las estrategias de Promoción, prevención y autocuidado en salud.
- Mejoramiento continuo del proceso de inscripción per cápita y encuestas de salud familiar en áreas de cobertura de los establecimientos de la Red de APS.
- Implementación de clínica móvil dental.
- Cierre de brechas de recurso humano en sector urbano y rural.
- Implementación de segundo equipo de salud rural.
- Implementación de sistema radial de comunicación entre establecimientos y móviles de la red de APS de Pucón.
- Mejoramiento continuo de la resolutiveidad en APS en los establecimientos de la Red.
- Mejora continua de Calidad y seguridad de la atención de los establecimientos de la Red de APS de Pucón.
- Implementación Centro de Salud Familiar sin papel, a través de registro clínico electrónico.

PLAN DE ACCION AÑO 2016-2020

N°	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
1	Desconocimiento por parte de la comunidad sobre normas y funcionamiento de establecimientos de Atención Primaria de Salud	Elaborar protocolos y normas internas de funcionamiento de acuerdo marco regulatorio vigente	Protocolos de funcionamiento, elaborados, validados y vigentes.	N° de protocolos proyectados/N° de protocolos elaborados, validados y vigentes	Elaboración de protocolos de funcionamiento por áreas	Encargados de programas y equipos técnicos	Monitoreo de indicadores trimestral
					Revisión, validación de protocolos	Equipo Gestor	
		Fomentar la difusión de normas de funcionamiento de la Red de APS comunal.	Normas de funcionamiento de la red de APS conocida por la comunidad	N° de cápsulas radiales elaboradas	Elaboración y difusión de cápsulas radiales	Equipo técnico en coordinación con comunicaciones	
				Normas difundidas a través de las redes sociales y medios de comunicación disponibles	Elaboración de tips informativos y difundidos a través de medios de comunicación vigentes		



				Normas difundidas a través de documento escrito sector rural por medio de Comités de Salud	Coordinación con comunidad rural para la difusión de las normas de funcionamiento		
2	Desconocimiento de la comunidad respecto a la canasta de prestaciones de la Red de APS de Pucón	Determinar en base a normativa vigente canasta de prestaciones para la red de APS de Pucón	Canasta de prestaciones de la Red de Pas definida y conocida por la comunidad	Nº de afiches, dípticos, elaborados y distribuidos con canasta de prestaciones	Elaboración de medios de difusión de canasta de prestaciones	Equipo Gestor Y administración DSM	Monitoreo mensual
3	Desconocimiento por parte de la comunidad de la Ley de derechos y deberes en salud	Fomentar la difusión de la ley de derechos y deberes en salud	Afiche con derechos y deberes en salud en el total de establecimientos de la red	Nº establecimientos con afiches/ Nº total de establecimientos	Elaboración y distribución de afiches	Equipo de salud rural y urbano	Monitoreo mensual
4	Reclamos por demanda asistencial insatisfecha	Elaborar estrategias para disminuir reclamos por demanda	Identificar tasa de rechazo de atención	Nº de rechazo de atención, Nº de reclamos por demanda insatisfecha	Análisis de las causales	Equipo técnico, equipo gestor, administración	Monitoreo mensual



		insatisfecha	Análisis de sistema de agenda y recurso humano	Programación, sistema de agenda, análisis de recurso humano efectivamente ocupado	Ajuste de canasta de prestaciones de acuerdo a la demanda y recursos disponibles		
			Disminución de inasistencia usuaria	Nº de cupos perdidos por inasistencia	difusión de datos a la comunidad		
5	Reclamos filas de espera para conseguir cupos de atención	Disminuir reclamos por filas para atención	Implementación de sistema telefónico de agendamiento	Nº de requerimientos telefónicos	Difusión a la comunidad de sistema de agendamiento telefónico	Administración DSM y comunicaciones	Monitoreo mensual
6	Insatisfacción usuaria por trato	Disminuir insatisfacción usuaria por trato	Identificación de causales de insatisfacción por trato.	Nº de reclamos por trato, informe de causales de insatisfacción usuaria por trato	Encuesta de satisfacción usuaria	Equipo de salud y administración DSM	Monitoreo trimestral
			Plan de mejora del trato al usuario	Documento Plan de mejora del trato al usuario elaborado	Gestión de reclamos por trato con el equipo de salud		



				Plan de mejora del trato al usuario ejecutado	Implementación de plan de mejora		
7	Deficiencias técnicas y sanitarias en procesos de atención	Disminuir brechas técnicas y sanitarias de los procesos de atención en salud	Identificación de brechas sanitarias y técnicas	Informe de brechas técnicas y sanitarias	Elaboración informe de brechas	Equipo técnico, equipo gestor, administración	Monitoreo trimestral
			Disminución de brechas técnicas y sanitarias	Plan de mejora de brechas técnicas y sanitarias	Ejecución plan de mejora		
8	Déficit de participación comunitaria en el proceso de salud-enfermedad	Fomentar la participación comunitaria en salud	Participación activa del CDL en salud	Nº de asistentes al CDL, Nº de sectores representados, Nº de organizaciones representadas	Reuniones y actividades conjuntas con CDL	Equipo de salud	Monitoreo mensual
		Abrir espacios de participación comunitaria en salud	Generación de instancias de trabajo conjunto entre equipo de salud y comunidad	Nº de actividades de trabajo comunitarios, fotos, listas de asistencias, planes de trabajo comunitario	Reuniones, talleres, actividades comunitarias		



9	Lista de espera de especialidad	Disminuir lista de espera de atenciones de especialidad	Aumentar en un 25% la resolución de lista de espera de especialidad	N° de usuarios con resolución de atención de especialidad/N° total de lista de espera	Gestión de lista de espera	Equipo técnico, dirección CES, Dirección DSM	Monitoreo mensual
			Mejorar la pertinencia de las interconsultas	% de pertinencia de interconsultas	Análisis de pertinencia de derivaciones		
10	Lista de exámenes de especialidad	Disminuir lista de espera de exámenes de especialidad	Aumentar en un 25% la resolución de lista de espera de exámenes de especialidad	N° de usuarios con resolución de atención de exámenes de especialidad/N° total de lista de espera	Gestión de lista de espera	Equipo técnico, dirección CES, Dirección DSM	Monitoreo mensual
11	Atención de no beneficiarios del sistema	Disminución de pérdida de recursos por atención de no beneficiarios del sistema	Disminución de usuarios no beneficiarios del sistema	N° de usuarios no beneficiarios atendidos	Difusión de requisitos de atención.	Equipo técnico, dirección CES, Dirección DSM	Monitoreo mensual
			Mejoramiento de sistema de registros de usuarios beneficiarios	Sistema de registro de usuarios actualizado	Revisión de usuarios antes de atención		



			Cobro de atenciones a usuarios no beneficiarios	Registro de pagos de atenciones de usuarios no beneficiarios	Implementación de sistema de recaudación		
12	Seguridad usuaria y funcionaria en establecimientos de salud	Implementar protocolos de emergencia y evacuación ante desastres naturales y emergencias	Protocolos de evacuación y acción ante emergencias	N° de protocolos elaborados, validados y difundidos	elaboración, revisión, validación y difusión de protocolos de emergencia	Equipo técnico, dirección CES, Dirección DSM	Monitoreo trimestral
13	Ausentismo laboral aumentado	Disminuir ausentismo laboral	Identificar causas de ausentismo laboral	Informe de satisfacción funcionaria	Elaboración y análisis de satisfacción funcionara	Equipo técnico, dirección CES, Dirección DSM	Monitoreo trimestral
			Elaborar Plan de disminución de ausentismo laboral	Plan de disminución de ausentismo laboral elaborado e implementado	Elaboración, implementación, ejecución y evaluación de plan de disminución de ausentismo laboral		
14	Modelo de salud biomédico	Implementación de Modelo de Salud Familiar integral para la comuna de Pucón	Acreditación del CES como Centro de Salud Familiar nivel medio	Centro de Salud acreditado como CESFAM	Elaboración, ejecución y evaluación de plan de acreditación del Modelo de Salud	Equipo técnico, dirección CES, Dirección DSM	Monitoreo mensual



					Familiar		
15	Déficit de recurso humano y financiero	Disminuir la brecha de recurso humano y financiero	Aumento de registro per cápita	N° de encuestas familiares aplicadas y registradas	Aplicación de encuestas familiares	Equipo de salud	Monitoreo mensual
16	Déficit de infraestructura en salud	Disminuir la brecha de infraestructura en salud	Aumento de infraestructura en salud	N° de establecimientos y/o dependencias nuevas para acciones de salud	Elaboración de proyectos de infraestructura	Equipo Gestor Y administración DSM	Monitoreo trimestral



PLAN DE CAPACITACIÓN 2016

Nº	L.E	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO	ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA EJECUCIÓN
				TOTAL		TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
1	Fortalecer el Modelo de Atención, junto con los valores y principios que lo sustentan	Curso modelo de atención salud integral familiar y comunitaria	Actualizar conocimientos y prácticas en modelo de salud familiar capsulas 1-2-3-4-5	131	20	\$ 0	Siad	UNIDAD CAPACITACION	2016
2		Curso salud familiar y trato usuario categorías C-D-E-F	Adquirir conocimientos en modelo de salud familiar y nivelar a los funcionarios en esta área	40	a definir	\$ 0	SSASUR	UNIDAD CAPACITACION	2016



3		Diplomado salud familiar	Proporcionar formación en salud familiar, incorporando herramientas necesarias para la puesta en marcha del modelo en la red,	17	a definir	\$ 0	SSASUR	UNIDAD CAPACITACION	2016
---	--	--------------------------	---	----	-----------	------	--------	---------------------	------



		Actualización de conocimientos de las competencias funcionarias en : programa de la mujer, programa infanto juvenil, programa del adulto mayor, programa de salud mental, programa odontológico, servicios de esterilización, procedimientos clínicos, laboratorio y toma de muestras, servicios de farmacia, rehabilitación kinésica, sala ira-era, servicio social, SAPU, interculturalidad, salud rural, bioseguridad, servicios generales o mantención	Adquirir conocimientos y competencias para un mejor desempeño en programas atinentes a la atención primaria de salud	131	9	\$ 300.000	Por definir	UNIDAD CAPACITACION	2016
--	--	---	--	-----	---	------------	-------------	---------------------	------



5		Curso de RCP y Trauma (por equipos)	Entregar conocimientos teóricos y destrezas manuales para asistir a usuario en situaciones críticas	131	9	\$ 200.000	convenio universidad	UNIDAD CAPACITACION	
6		Certificación en centro de Salud Familiar (equipo encargado)	Capacitar a los encargados de certificación del DSM Pucon en la entrega de conocimientos y herramientas para certificación en centro de salud familiar	10	9	\$ 100.000	Departament o de calidad del SSASUR	UNIDAD CAPACITACION	jul-05



7		Diplomado Medicina Familiar	Fortalecer las competencias de los médicos de APS, utilizando el enfoque de la medicina familiar para mejorar la calidad de atención de salud y la resolutiveidad local y en red.	0	a definir	\$ 0	SSASUR	UNIDAD CAPACITACION	2016
---	--	-----------------------------	---	---	-----------	------	--------	---------------------	------



8	Fortalecer el sistema GES	Curso actualización en GES (unidad ges dsm Pucón)	Conocer las patologías incorporadas en las garantías explícitas en salud y sus implicancias legales y por otro lado conocer protocolos de derivación, seguimiento en ingreso de patologías a GES	8	20	\$ 100.000	coordinación con ssasur área ges	UNIDAD CAPACITACION	primer semestre 2016
9		Curso actualización en patologías GES para APS	Obtener información respecto a las patologías y nuevas patologías GES	131	27	\$ 0	SIAD	UNIDAD CAPACITACION	2016



10	MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO	Curso de trato al usuario y comunicación efectiva en equipo SOME (equipo some y personal administrativo)	Fortalecer las competencias de comunicación efectiva y resolución de conflictos en APS	16	18	\$ 200.000	Mutual de seguridad	UNIDAD CAPACITACION	abril y agosto 2016
11	MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO	Diplomado en humanización del trato	Promover la humanización en el trato con los usuarios en aps	19	a definir	0	SSASUR	UNIDAD CAPACITACION	por definir



12	INCORPORAR TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICS)	Curso actualización en excel y word (Equipos de sector)	Mejorar el manejo de excel y word en los funcionarios	49	9	\$ 200.000	Informática DSM Pucón	UNIDAD CAPACITACION	may-16
13		curso de actualización en manejo de agenda electrónica (por equipos)	Mejorar el manejo de la agenda electrónica y nivelar conocimientos	30	20	\$ 100.000	SSASUR	UNIDAD CAPACITACION	ago-16
14	GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA	Autocuidado y trabajo en equipo (masivo)	Promover prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables en los funcionarios	131	9	2.000.000	A licitación	UNIDAD CAPACITACION	mar-16
15		capacitación en liderazgo (equipo gestor)	Desarrollar habilidades de liderazgo y manejo de equipos en cargos directivos	10	27 horas	300000	convenio universidad Autónoma	UNIDAD CAPACITACION	marzo, julio, Noviembre 2016



16	DESARROLLAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA FÍSICA Y FINANCIERA	Actualización de gestión financiera y Administrativa (personal administrativo)	Desarrollar o fortalecer conocimientos en control, gestión, eficiencia de los recursos físicos, técnicos y financieros	10	9	200.000	Por definir	UNIDAD CAPACITACION	Segundo Semestre 2016
17	DESARROLLAR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA FÍSICA Y FINANCIERA	Normativa en aps, estatutos, leyes y reglamentos en APS (masiva)	Actualizar a los funcionarios en el conocimiento de normativas, leyes y estatutos en APS	131	9	100000	Unidad de Personal	UNIDAD CAPACITACION	Segundo Semestre 2016



18	MEJORAR LA GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	Curso de gestión de recursos humanos en atención primaria	Adquirir competencias para mejorar la gestión del recurso humano en departamento de salud municipal de Pucón	13	a definir	0	SSASUR	UNIDAD CAPACITACION	2016
19	MEJORAR LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONTINGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATASTROFES	Contingencia en emergencia y catástrofe por erupción volcánica (masivo)	Elaborar una respuesta oportuna y eficaz frente a una situación de emergencia y erupción volcánica	131	9	200000	SEREMI DE SALUD	UNIDAD CAPACITACION	oct-16



20	MEJORAR LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE CONTINGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATASTROFES	Primeros auxilios en emergencias	Entregar conocimientos básicos teóricos y prácticos en primeros auxilios en situaciones de emergencia	15	9	100000	convenio universidad	UNIDAD CAPACITACION	may-16
TOTAL						4.000.000			



ESTIMACION PRESUPUESTARIA			AÑO 2016
INGRESOS			
SUB TITULO	ITEM	DENOMINACION	GESTION INTERNA M\$
05		TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2,064,368
05	03	DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	2,064,368
05	03	DEL SERVICIO DE SALUD	1,904,368
05	03	ATENCION PRIMARIA LEY N° 19.378 Art. 49	1,608,615
05	03	PERCAPITA	1,522,971
05	03	ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL	85,644
05	03	APORTES AFECTADOS	295,753
05	03	DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU GESTION	150,000
05	03	Aporte a Salud	150,000
08	00	OTROS INGRESOS CORRIENTES	81,500
08	01	Recuperación y Reembolsos por Licencias Medicas	80,000
08	99	OTROS	1,500
15	00	SALDO INICIAL DE CAJA	2,000
TOTAL INGRESOS			2,147,868



SUB TITULO	ITEM	GASTOS	
		DENOMINACION	GESTION INTERNA M\$
21		GASTOS EN PERSONAL	1,714,830
21	01	PERSONAL DE PLANTA	1,101,079
21	02	PERSONAL A CONTRATA	498,669
21	03	OTRAS REMUNERACIONES	115,082
22		BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	345,738
22	01	ALIMENTOS Y BEBIDAS	2,718
22	02	TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	4,100
22	03	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	20,000
22	04	MATERIALES DE USO O CONSUMO	187,700
22	05	SERVICIOS BASICOS	54,300
22	06	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	22,000
22	07	PUBLICIDAD Y DIFUSION	16,900
22	08	SERVICIOS GENERALES	2,600
22	09	ARRIENDOS	24,720
22	10	SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	300
22	11	SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	4,000
22	12	OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	6,400
29		ADQUISIC. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	25,300
29	04	MOBILIARIO Y OTROS	6,000
29	05	MAQUINAS Y EQUIPOS	12,300
29	06	EQUIPOS INFORMATICOS	5,000
29	07	PROGRAMAS INFORMATICOS	2,000
34		CXP SERVICIO DE LA DEUDA	60,000
35		SALDO FINAL DE CAJA	2,000
		TOTAL GASTOS	2,147,868



PROPUESTA DE DOTACIÓN RECURSOS HUMANOS DE ATENCION
PRIMARIA SALUD MUNICIPAL DE PUCON AÑO 2016
MAS DOTACION VIA CONVENIOS

TIPO DE DESCRIPCION	CANTIDAD	Nº HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
CATEGORIA FUNCIONARIA			
CATEGORIA A o B			
▣ Director de Depto. Salud	1	44	
▣ Director Consultorio	1	44	
▣ Subdirector(a) Administrativa	1	44	
▣ Encargada Area Técnica	1	44	
CATEGORIA A:			
▣ Médicos	11	484	
▣ Odontólogos	9	396	
▣ Químicos-farmacéuticos	1	44	
CATEGORIA B:			
▣ Asistente Social	7	308	
▣ Enfermeras	9	396	
▣ Matron (a)	7	308	
▣ Nutricionistas	5	220	
▣ Kinesiólogos	6	264	
▣ Tecnólogos Médicos	2	88	
▣ Psicólogo	7	308	
Otros		0	
▣ Contador Auditor	2	88	
▣ Ingeniero Comercial	0	0	
▣ Ingeniero Constructor	0	0	
▣ Ingeniero Administrativo	2	88	
▣ Ingeniero en Informática	1	44	
▣ Parvularia	2	88	
▣ Profesora Ed. Física	0	0	
CATEGORIA C: (Técnicos Nivel			
▣ Administrativo de salud	8	352	
▣ Contador	0	0	
▣ Estadístico	0	0	
▣ Higienista Dental	0	0	
▣ Laboratorista Dental	2	88	
▣ Podólogo	2	88	
▣ Secretaria Ejecutiva	0	0	
▣ Técnico de Nivel Superior de Enfermería	36	1584	
▣ Técnico Dental de Nivel Superior	6	264	
▣ Técnico de Nivel Superior Ginecología	1	44	
▣ Técnico de Nivel Superior Rehabilitación	1	44	
CATEGORIA D:			
▣ Auxiliares Paramédicos de Alimentación	0	0	
▣ Auxiliares Paramédicos de Enfermería	0	0	
▣ Auxiliares Paramédicos de Farmacia	0	0	
▣ Auxiliares Paramédicos de Laboratorio	0	0	
▣ Auxiliares Paramédicos de Dental	2	88	
CATEGORIA E:			
▣ Administrativos	23	1012	
▣ Secretarias			
CATEGORIA F:			
▣ Auxiliar de Servicio	9	396	
▣ Chofer	7	308	
▣ Nochero	2	88	

TOTAL HORAS **7,634**

V"B* DIRECCION SALUD


CARLOS BARRA MATAMALA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE PUCON



Municipalidad de Pucón
Depto. de Salud



PROPUESTA DE DOTACIÓN RECURSOS HUMANOS DE ATENCION
PRIMARIA SALUD MUNICIPAL DE PUCON AÑO 2015

TIPO DE DESCRIPCION CATEGORIA	CANTIDAD	Nº HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
FUNCIONARIA			
CATEGORIA A o B			
▣ Director de Depto. Salud	1	44	
▣ Director Consultorio	1	44	
▣ Subdirector(a) Administrativa	1	44	
▣ Encargada Área Técnica	1	44	
CATEGORIA A:			
▣ Médicos	8	352	
▣ Odontólogos	5	220	
▣ Químicos-farmacéuticos	1	44	
CATEGORIA B:			
▣ Asistente Social	5	220	
▣ Enfermeras	7	308	
▣ Matron (a)	7	308	
▣ Nutricionistas	4	176	
▣ Kinesiólogos	4	176	
▣ Tecnólogos Médicos			
▣ Psicólogo	3	132	
Otros			
▣ Contador Auditor	2	88	
▣ Ingeniero Comercial			
▣ Ingeniero Constructor			
▣ Ingeniero Administrativo	2	88	
▣ Ingeniero en Informática	1	44	
▣ Parvularia			
▣ Profesora Ed. Física			
CATEGORIA C: (Técnicos Nivel Superior)			
▣ Administrativo de salud	8	352	
▣ Contador			
▣ Estadístico			
▣ Higienista Dental			
▣ Laboratorista Dental	2	88	
▣ Podólogo	2	88	
▣ Secretaria Ejecutiva			
▣ Técnico de Nivel Superior de Enfermería	30	1320	
▣ Técnico Dental de Nivel Superior	4	176	
▣ Técnico de Nivel Superior Ginecología	1	44	
▣ Técnico de Nivel Superior			
CATEGORIA D:			
▣ Auxiliares Paramédicos de Alimentación			
▣ Auxiliares Paramédicos de Enfermería			
▣ Auxiliares Paramédicos de Farmacia			
▣ Auxiliares Paramédicos de Laboratorio			
▣ Auxiliares Paramédicos de Dental	2	88	
CATEGORIA E:			
▣ Administrativos	19	836	
▣ Secretarías			
CATEGORIA F:			
▣ Auxiliar de Servicio	7	308	
▣ Chofer	5	220	
▣ Nochero	2	88	

TOTAL HORAS **5.918**

VºBº DIRECCION SALUD

CARLOS BARRA MATAMALA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE PUCON



**DOTACION FINANCIADA CON RECURSOS DE PROGRAMAS
ANUALES VIA CONVENIO 2016**

TIPO DE DESCRIPCION	CANTIDAD	N° HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES
CATEGORIA FUNCIONARIA			
CATEGORIA A o B			
▣ Director de Depto. Salud			
▣ Director Consultorio			
▣ Subdirector(a) Administrativa			
▣ Encargada Area Técnica			
CATEGORIA A:			
▣ Médicos	3	132	CTA - SAPU
▣ Odontólogos	4	176	PHYM - JUNAEB
▣ Químicos-farmacéuticos			
CATEGORIA B:			
▣ Asistente Social	2	88	CTA
▣ Enfermeras	2	88	Chile Crece -TACO - SAPU
▣ Matron (a)			
▣ Nutricionistas	1	44	Vida Sana
▣ Kinesiólogos	2	88	Vida Sana
▣ Tecnólogos Médicos	2	88	Convenio Hospital
▣ Psicólogo	4	176	CTA-Vida Sana
▣ Otros			
▣ Contador Auditor			
▣ Ingeniero Comercial			
▣ Ingeniero Constructor			
▣ Ingeniero Administrativo			
▣ Ingeniero en Informática			
▣ Parvularia	2	88	Chile Crece
▣ Profesora Ed. Física			
CATEGORIA C: (Técnicos Nivel Superior)			
▣ Administrativo de salud			
▣ Contador			
▣ Estadístico			
▣ Higienista Dental			
▣ Laboratorista Dental			
▣ Podólogo			
▣ Secretaria Ejecutiva			
▣ Técnico de Nivel Superior de Enfermería	6	264	Convenio Hospital - SAPU
▣ Técnico Dental de Nivel Superior	2	88	
▣ Técnico de Nivel Superior Ginecología			
▣ Técnico de Nivel Superior	1	44	CTA
CATEGORIA D:			
▣ Auxiliares Paramédicos de			
▣ Auxiliares Paramédicos de Enfermería			
▣ Auxiliares Paramédicos de Farmacia			
▣ Auxiliares Paramédicos de Laboratorio			
▣ Auxiliares Paramédicos de Dental			
CATEGORIA E:			
▣ Administrativos	4	176	CTA- SAPU - JUNAEB
▣ Secretarias			
CATEGORIA F:			
▣ Auxiliar de Servicio	2	88	SAPU
▣ Chofer	2	88	SAPU
▣ Nochero			
TOTAL HORAS		1,716	

V"B* DIRECCION SALUD


CARLOS BARRA MATAMALA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE PUCÓN