



Santa  
Bárbara  
*Bandita Tierra*

DEPARTAMENTO DE SALUD  
I. MUNICIPALIDAD DE SANTA BÁRBARA

INDICE

|   |     |
|---|-----|
| I. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA             | 3   |
| II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL | 5   |
| III. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO          | 20  |
| IV. DIALOGO INTERCULTURAL               | 28  |
| V. MARCO TEÓRICO                        | 38  |
| VI. ORGANIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL: | 45  |
| VII. SITUACIÓN DE SALUD                 | 116 |
| VIII. DOTACIÓN PERSONAL                 | 118 |
| IX. REPRESENTACIÓN NACIONAL             | 119 |
| X. PLAN DE CAPACITACIÓN                 | 210 |
| XI. PRESUPUESTO                         | 218 |

## INTRODUCCIÓN

El presente Plan Comunal de Salud corresponde a la programación anual de actividades formuladas por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Santa Bárbara en base a las necesidades de nuestra población usuaria para el año 2014 y responde a lo dispuesto en la ley 19.378 “Estatuto de atención primaria de salud municipal”, Art. 58.

Su elaboración se ha hecho en base a lineamientos sugeridos por Instituciones internacionales como la OMS, que propone como objetivos fundamentales de los sistemas de salud, la Justicia Financiera y el Trato adecuado al usuario, en referencia a lo que sucede cuando los servicios de salud se diseñan tomando en consideración las expectativas y preferencias de los usuarios en aquellos aspectos de su relación con los servicios de salud.

Se ha realizado además en forma consecuente con la propuesta de nuestra actual Reforma del sistema de Salud, que utiliza el plan AUGE como instrumento para promover la equidad, materializar los objetivos sanitarios y de protección social en salud para todos los chilenos, haciendo hincapié en la *mejora de la satisfacción de los usuarios* mediante el fortalecimiento de una dimensión más humana en las prestaciones de salud.

Se suman a lo anterior las “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de Salud familiar y Comunitaria” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2013), Indicaciones de SSBIOBIO y el Plan de Desarrollo Comunal (2012-2013, Municipalidad de Santa Bárbara)

Bajo las guías entregadas por las pautas mencionadas, una revisión sistemática de las actividades realizadas durante el año 2013 y un diagnóstico participativo, Nuestro Equipo de Salud ha realizado un Análisis Crítico, que considera nuestras principales fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, para de esta manera elaborar las Actividades a desarrollarse durante el año 2014, y responder a las demandas en salud de nuestra comunidad, e intentar así la mejor relación costo/efectividad/satisfacción usuaria.

**CRISTIAN VILLABLANCA PADILLA**

Director Comunal de Salud

## I. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA



Santa Bárbara es una de las 54 comunas que integran la Región del Biobío, ubicada en la provincia del mismo nombre.

Limita al Norte con la Comuna de Quilleco, al Oeste con las Comunas de Los Ángeles y Mulchén, al Sur con las Comunas de Alto Biobío y Quilaco y al Este con la Comuna de Antuco.

Su superficie asciende a 1.254,9 kms<sup>2</sup>. Al año 2020 se estima que la población aumentará a 15.756 personas, equivalente a un 0,73% del total regional. La densidad poblacional del año 2009 es de 11,6 hab/kms<sup>2</sup>.

La vía principal de acceso es a través de la Ruta Q-61-R, completamente asfaltada. Pudiéndose acceder además por dos caminos alternativos de tierra: uno que comunica a Mulchén con Santa Bárbara, pasando por Quilaco y un acceso que comunica con Quilleco, pasando por Villucura.

### RELIEVE, SITUACION GEOGRAFICA Y CONDICIONES CLIMATICAS

**Relieve:** Presenta características correspondientes, según el estudio del relieve de nuestro país, a la cuarta zona orográfica, con relieves precordilleranos y llano central longitudinal de relleno fluvio-glacio-volcánico.

**Hidrografía:** Se presentan ríos en torrente y de régimen mixto con predominio nivoso como consecuencia de las lluvias que se acumulan en el período invernal: Ríos: Bío Bío, Queuco, Duqueco, Mininco, Villucura, Pinca, Grande, Huequecura, Quillaileo, Arilahuén.

### MEDIO NATURAL

La comuna es recorrida en toda su extensión por río Bío Bío que posee una de las cuencas más extensas del país con 24.029 km<sup>2</sup>; alcanzando una longitud que alcanza a los 380 km. Este enorme espacio drenado por el río Bío Bío y que está formado por las sub cuencas del río Duqueco, Bureo, Vergara y Laja, es variable desde el inicio de su curso hasta la desembocadura en el Golfo de Arauco.

### Clima

Presenta un clima templado – seco en la zona del valle y a medida que se avanza hacia Alto Bío Bío cambia paulatinamente a cordillerano.

### Flora y fauna

Es una zona con una belleza paisajista importante y de gran interés por su flora y fauna. Hay vegetación nativa en la precordillera que forman bosques puros, encontramos especies tales como: Araucarias, Raulí y Ciprés de Cordillera, Avellano, Roble, Ulmo, Lingue, Boldo, Quillay, Peumo e incluso Ñirres y Lengas.

Las especies de flora que encontramos son Liuto amarillo, que se observa en primavera en el suelo de bosques y praderas. Otras especies, son las que denominamos plantas introducidas como el Pino radiata y en menor proporción el Eucaliptus.

Las aves que encontramos en esta zona son: perdiz, zorzal, queltehue (treile), bandurria, loica, tordo, chercán, peuco, tiuque, torcaza, piuquén y choroy, estas últimas se pueden observar especialmente en los valles del ríos mencionados. Se encuentran también el cóndor y el carpintero negro, este último puede observarse en grupos familiares en bosquetes y bosques cuya edad supera los 40 a 50 años. Entre los mamíferos, destacan: puma que suele verse ocasionalmente en invierno, zorro, vizcacha, degú de los matorrales, liebres, conejos, coipos y lauchita de espinos.

## II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

### INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS COMUNALES

A continuación se resumen características socio-demográficas de nuestra población (CASEN), lo que complementado con el nivel de satisfacción usuaria de la misma (Pladeco Sta. Bárbara, SSBIOBIO) permite formular de manera adecuada y pertinente un programa anual de actividades, con la correspondiente programación para cada uno de los establecimientos que a esta entidad administradora corresponden.

Se anexan en este apartado datos del perfil epidemiológico de la población pehuenche residente en el área de cobertura del servicio de salud provincial del Bio Bio, pues se deben cohesionar los conocimientos pehuenches con los científicos de la salud pública y de esta manera aportar a la salud integral de estas comunidades.

Según PLADECO (2012-2016) la población estimada inscrita y atendida es de 8.897, atendándose un 93% de ellos en el sistema público de salud.

Población por sexo e índice de masculinidad INE

| Territorio              | Año 2002  |           | Proyección 2012 |           | Índice Masculinidad |       |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------------|-----------|---------------------|-------|
|                         | Hombre    | Mujer     | Hombre          | Mujer     | 2002                | 2012  |
| Comuna de Santa Bárbara | 10.835    | 9.135     | 7.483           | 7.455     | 118,5               | 100,4 |
| Región del Biobío       | 915.200   | 946.362   | 1.015.586       | 1.045.958 | 96,7                | 97,1  |
| País                    | 7.447.695 | 7.668.740 | 8.610.934       | 8.787.698 | 97,1                | 98,0  |

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Índices de dependencia demográfica y adultos mayores INE

| Territorio              | Índice Dependencia Demográfica |                 | Índice de Adultos Mayores |                 |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|
|                         | 2002                           | Proyectada 2012 | 2002                      | Proyectada 2012 |
| Comuna de Santa Bárbara | 56,0                           | 58,8            | 28,2                      | 62,5            |
| Región del Biobío       | 51,9                           | 45,4            | 30,4                      | 45,4            |
| País                    | 51                             | 45,5            | 31,3                      | 43,7            |

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

**Población según pobreza Casen 2003-2011**

| Pobreza en las Personas | 2003   | 2006   | 2009   | 2011   | % según Territorio (2011) |        |      |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|---------------------------|--------|------|
|                         |        |        |        |        | Comuna                    | Región | País |
| Pobre Indigente         | 2.547  | 950    | 926    | 795    | 6                         | 4,5    | 2,8  |
| Pobre No Indigente      | 5.362  | 2.133  | 4.198  | 861    | 6,5                       | 16,9   | 11,7 |
| No Pobres               | 10.389 | 9.447  | 9.439  | 11.540 | 87,5                      | 78,5   | 85,6 |
| Total                   | 18.298 | 12.530 | 14.563 | 13.196 | 100                       | 100    | 100  |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

**Hogares según pobreza Casen 2003-2011**

| Pobreza en los Hogares | 2003   | 2006   | 2009   | 2011   | % según Territorio (2011) |        |      |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|---------------------------|--------|------|
|                        |        |        |        |        | Comuna                    | Región | País |
| Pobres Indigentes      | 2.547  | 950    | 926    | 795    | 6,0                       | 4,3    | 2,6  |
| Pobre No Indigente     | 5.362  | 2.133  | 4.198  | 861    | 6,5                       | 13,7   | 9,5  |
| No Pobre               | 10.389 | 9.447  | 9.439  | 11.540 | 87,5                      | 82,1   | 87,9 |
| Total                  | 18.298 | 12.530 | 14.563 | 13.196 | 100                       | 100    | 100  |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

**Hogares con mujeres jefe de hogar Casen 2003-2011**

| Hogares                         | 2003 | 2006  | 2009 | 2011  | % según Territorio (2011) |        |      |
|---------------------------------|------|-------|------|-------|---------------------------|--------|------|
|                                 |      |       |      |       | Comuna                    | Región | País |
| Hogares con Mujer Jefa de Hogar | 980  | 1.302 | 828  | 1.236 | 33,7                      | 33,8   | 38,8 |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

**Índice de hacinamiento de hogares Casen 2003-2011**

| Hacinamiento en los Hogares | 2003  | 2006  | 2009  | 2011  | % según Territorio (2011) |        |      |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------------|--------|------|
|                             |       |       |       |       | Comuna                    | Región | País |
| Sin Hacinamiento            | 4.211 | 3.129 | 3.334 | 3.131 | 85,2                      | 90,0   | 89,8 |
| Hacinamiento Medio          | 294   | 430   | 391   | 455   | 12,4                      | 9,2    | 9    |
| Hacinamiento Crítico        | 0     | 40    | 0     | 87    | 2,4                       | 0,8    | 1,1  |
| Total                       | 4.505 | 3.599 | 3.725 | 3.673 | 100                       | 100    | 100  |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

**Calidad de la vivienda Casen 2003-2011**

| Calidad de la Vivienda | 2003  | 2006  | 2009  | 2011  | % según Territorio (2011) |        |      |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------------|--------|------|
|                        |       |       |       |       | Comuna                    | Región | País |
| Aceptable              | 1.534 | 2.199 | 2.105 | 2.492 | 67,9                      | 82,1   | 81,3 |
| Recuperable            | 2.742 | 1.284 | 1.563 | 1.181 | 32,2                      | 15,8   | 17,2 |
| Irrecuperable          | 229   | 116   | 57    | 0     | 0                         | 2,1    | 1,5  |
| Total                  | 4.505 | 3.599 | 3.725 | 3.673 | 100                       | 100    | 100  |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

**Población en Fonasa según DEIS**

| Población según Tramo | Comuna |      | Región    |      | País       |      |
|-----------------------|--------|------|-----------|------|------------|------|
|                       | N      | %    | N         | %    | N          | %    |
| Grupo A               | 5.488  | 41,9 | 540.114   | 32,5 | 3.892.834  | 29,5 |
| Grupo B               | 3.993  | 30,5 | 516.400   | 31,0 | 4.099.913  | 31,1 |
| Grupo C               | 1.613  | 12,3 | 270.232   | 16,2 | 2.232.995  | 16,9 |
| Grupo D               | 1.993  | 15,2 | 336.974   | 20,3 | 2.969.490  | 22,5 |
| Total                 | 13.087 | 100  | 1.663.720 | 100  | 13.196.232 | 100  |

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

Estado nutrición de la población infantil de 5 años ó menos Casen 2003-2011

| Estado Nutricional     | 2003  | 2006 | 2009 | 2011  | % según Territorio (2011) |        |      |
|------------------------|-------|------|------|-------|---------------------------|--------|------|
|                        |       |      |      |       | Comuna                    | Región | País |
| Bajo Peso o Desnutrido | 116   | 13   | 52   | 58    | 4,7                       | 3,0    | 3,8  |
| Normal                 | 1.755 | 901  | 647  | 1.068 | 85,7                      | 82,0   | 81,4 |
| Sobre Peso u Obeso     | 137   | 154  | 250  | 121   | 9,7                       | 14,6   | 14,0 |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Tasas de ocupación, desocupación y participación 2003-2006-2009-2011

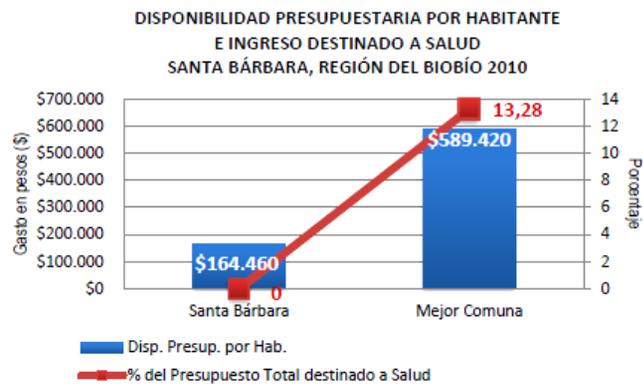
| Territorio              | Tasa de Ocupación |      |      |      | Tasa de Desocupación |      |      |      | Tasa de Participación |      |      |      |
|-------------------------|-------------------|------|------|------|----------------------|------|------|------|-----------------------|------|------|------|
|                         | 2003              | 2006 | 2009 | 2011 | 2003                 | 2006 | 2009 | 2011 | 2003                  | 2006 | 2009 | 2011 |
| Comuna de Santa Bárbara | 33,0              | 43,0 | 39,8 | 42,7 | 13,0                 | 9,4  | 10,4 | 5,6  | 37,9                  | 47,4 | 44,4 | 45,2 |
| Región del Bío-bío      | 45,5              | 45,7 | 44,4 | 44,8 | 11,0                 | 9,9  | 12,6 | 12,7 | 51,1                  | 50,7 | 50,8 | 51,3 |
| País                    | 51,5              | 53,1 | 50,0 | 51,6 | 9,7                  | 7,3  | 10,2 | 7,7  | 57,1                  | 57,3 | 55,7 | 56,0 |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Gasto en salud y educación municipal 2005-2008-2011

|                    | Miles de \$ |           |           |
|--------------------|-------------|-----------|-----------|
|                    | 2005        | 2008      | 2011      |
| Gasto en Educación | 1.486.832   | 1.844.746 | 2.534.340 |
| Gasto en Salud     | 204.287     | 349.750   | 448.089   |

Fuente: SINIM



FUENTE: BEP Municipal 2010. www.sinim.cl

Número de organizaciones sociales y comunitarias 2011

| Tipo de Organización                          | 2011 |
|---|------|
| Clubes Deportivos                             | 27   |
| Centros de Madres                             | 4    |
| Centros u Organizaciones de Adultos Mayores   | 26   |
| Centros de Padres y Apoderados                | 11   |
| Juntas de Vecinos                             | 48   |
| Uniones Comunales                             | 4    |
| Total   | 186  |
| Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales | 66   |

**ETNIA**

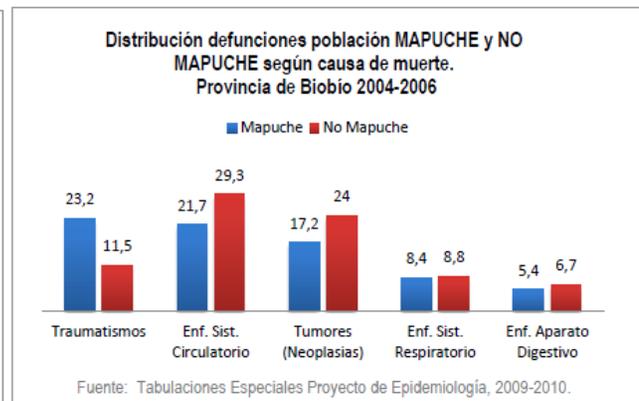
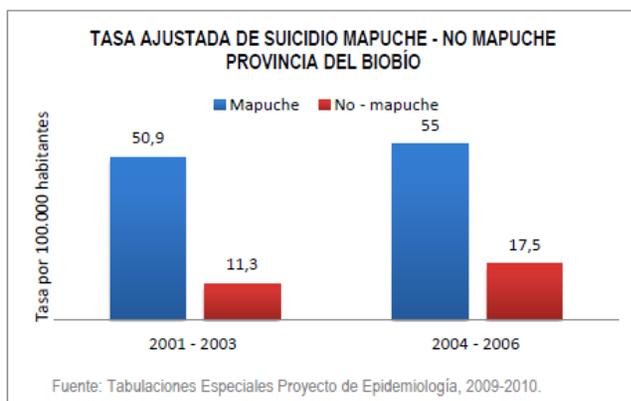
Se puede encontrar en el sector rural comunidades Indígenas pehuenches, provenientes de Alto Biobío, que han sido relocalizados en los sectores de Dimillhue, Los Michales, La Peña. Los Naranjos y Los Boldos.

La atención con enfoque intercultural se vio ampliamente respaldada con la reforma de salud en el año 2005, la cual nos obliga a incorporar el respeto a la cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que desarrollamos como institución de salud. Debiendo tener como principios orientadores la Equidad y la Participación de estas comunidades.

Población según etnia declarada Casen:

| Etnia     | Cantidad de Personas |        |        |        | % según Territorio (2011) |        |      |
|-----------|----------------------|--------|--------|--------|---------------------------|--------|------|
|           | 2003                 | 2006   | 2009   | 2011   | Comuna                    | Región | País |
| Atacameño | 0                    | 0      | 0      | 0      | 0                         | 0      | 0,1  |
| Aymara    | 0                    | 0      | 0      | 0      | 0                         | 0,1    | 0,6  |
| Mapuche   | 4.830                | 234    | 365    | 1.014  | 7,7                       | 5,0    | 7,0  |
| Rapanui   | 0                    | 0      | 0      | 0      | 0                         | 0,0    | 0,0  |
| Otros     | 13.458               | 12.427 | 10.136 | 12.182 | 92,3                      | 94,9   | 92,2 |
| Total     | 18.298               | 12.661 | 10.501 | 13.196 | 100                       | 100    | 100  |

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Ministerio de Desarrollo Social.

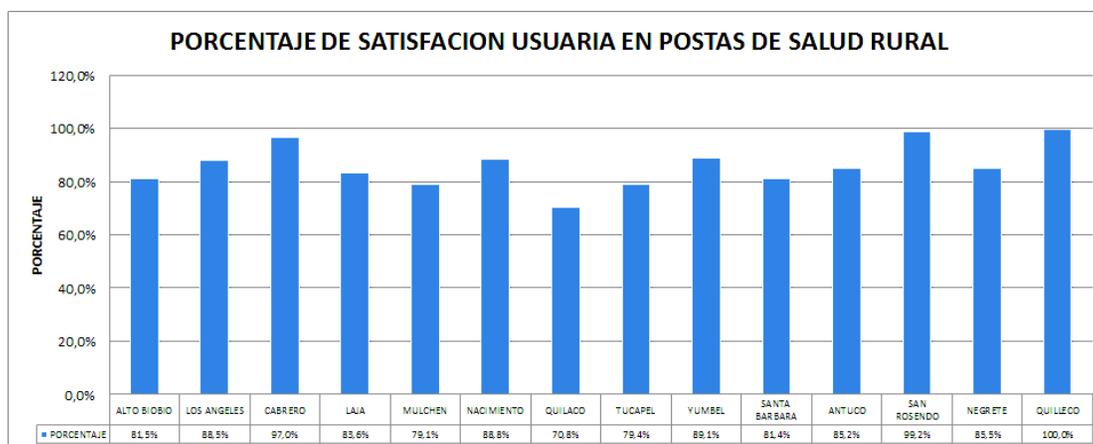


### SATISFACCIÓN USUARIA

Se puede definir como el grado de cumplimiento por parte del Sistema de Salud respecto de las expectativas del usuario en relación a los servicios que éste le ofrece, ante lo cual es relevante obtener información respecto a la percepción y evaluación que tienen los usuarios del DSM Santa Bárbara, y de esta manera conocer la concepción global del servicio entregado. No debe dejar de destacarse que la actual reforma de la salud chilena instala, institucionaliza y le otorga al usuario la exigibilidad al sistema de garantías de acceso, oportunidad y calidad de la atención, facilitando y fomentando su participación en las decisiones que les afectan directamente, además de responsabilizarlo activamente en su bienestar.

En el año 2012 el SSBIOBIO emitió el **“INFORME DESCRIPTIVO: Evaluación Satisfacción Usuaría Postas de Salud Rural”**. El cual arrojó para nuestra comuna los siguientes resultados:

### RESULTADOS GLOBALES DE SATISFACCIÓN

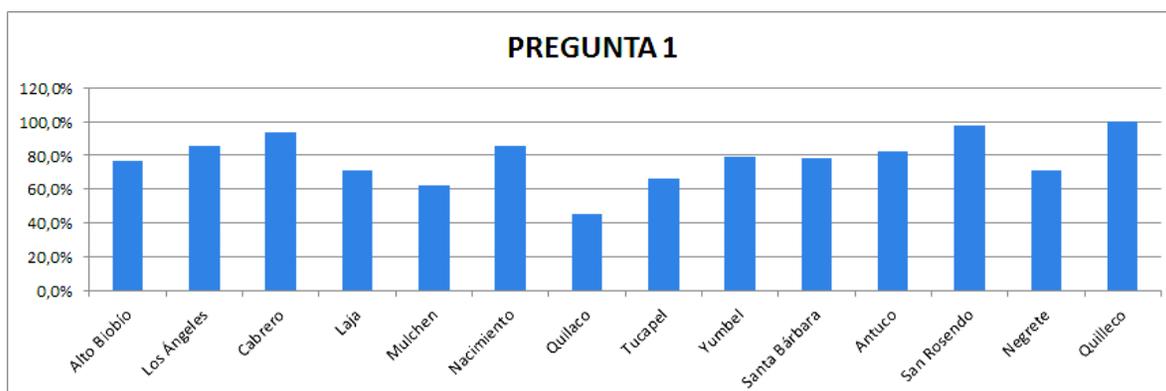


### RESULTADOS POR PREGUNTAS:

#### Pregunta Nº 1

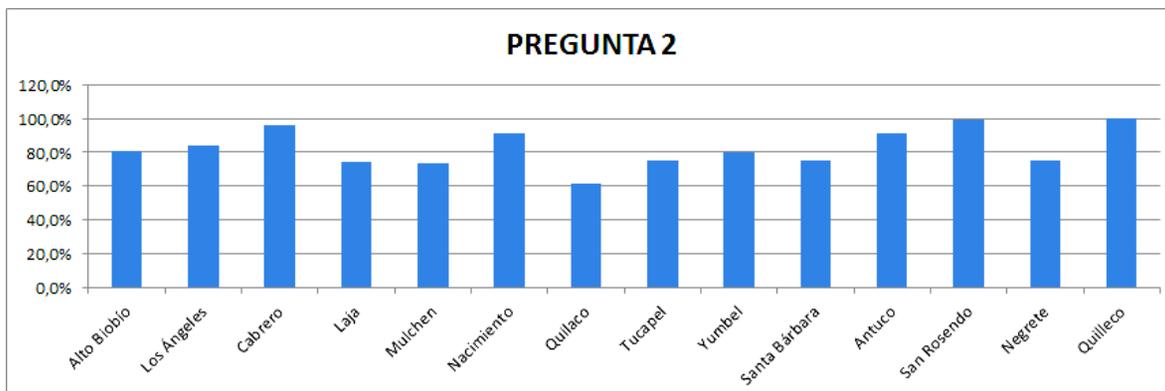
El número de veces al mes que viene la ronda a mi posta ¿es adecuado para atender mis problemas de salud?

78%



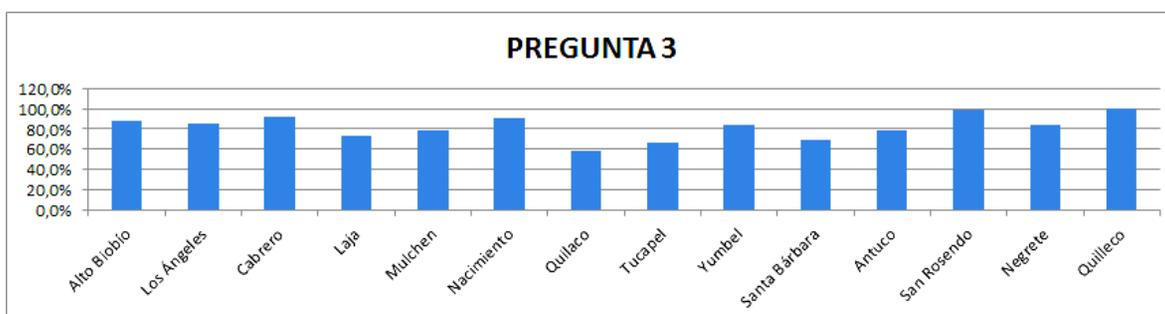
Pregunta Nº 2

¿Hoy fue fácil conseguir hora para que me atendieran? 75,4 %



Pregunta Nº 3

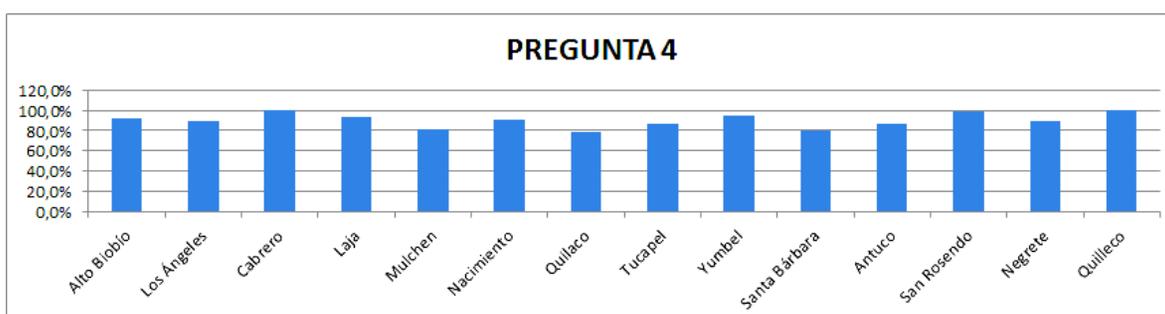
Me atendieron varios profesionales para solucionar mis problemas de salud. 68,6 %



Pregunta Nº 4

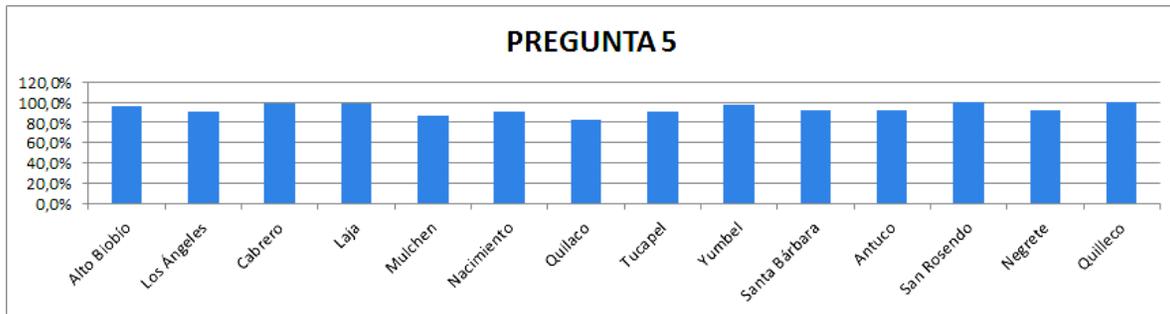
Los profesionales de la ronda se preocuparon de examinarme y revisar mis síntomas.

79,7%



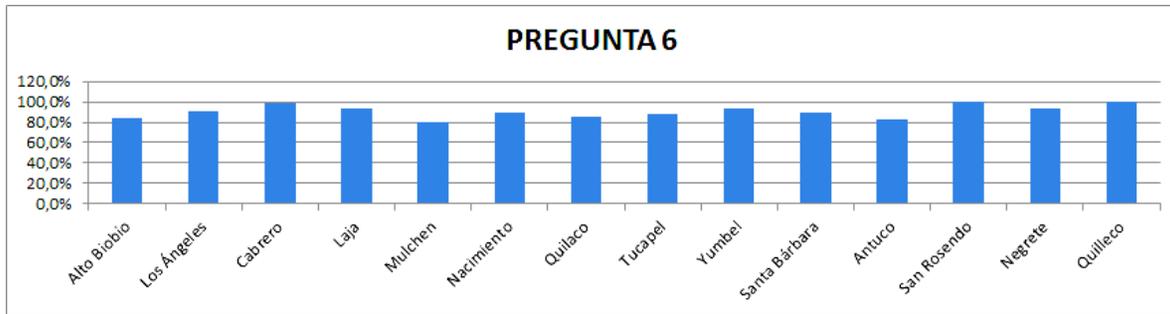
Pregunta Nº 5

Los profesionales de la ronda, me entendieron y me dieron confianza. 91,5%



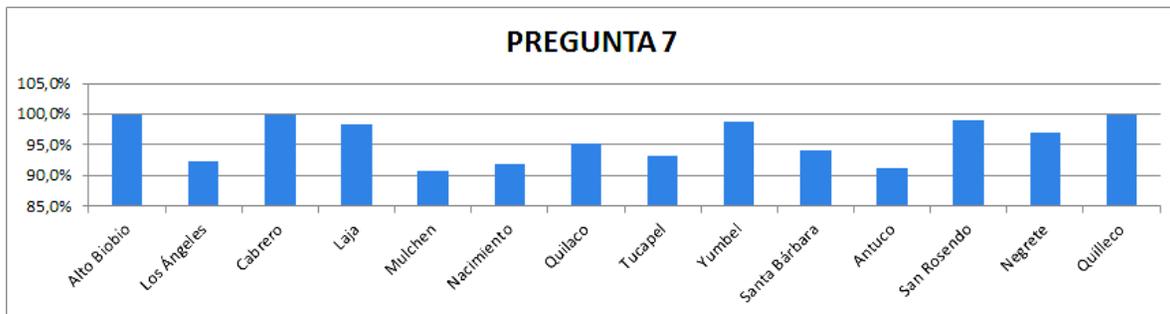
Pregunta Nº 6

Los profesionales me explicaron cual es la enfermedad que tengo y las consecuencias si no tengo tratamiento. 89,8 %



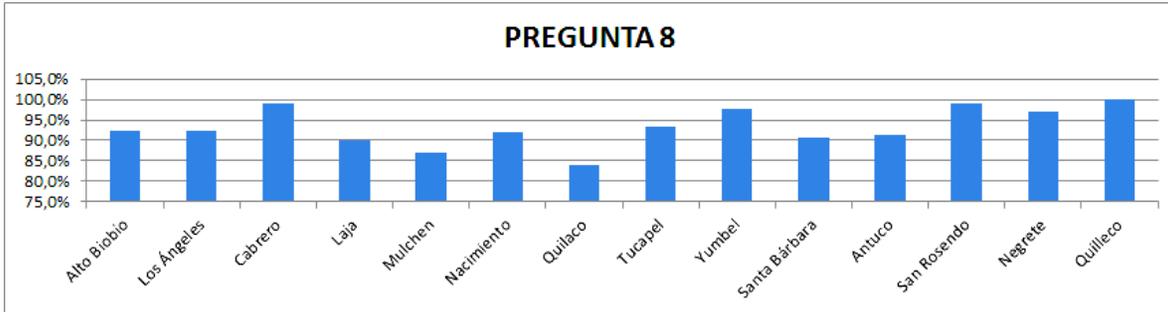
Pregunta Nº 7

Entendí las indicaciones que me dieron para seguir el tratamiento.



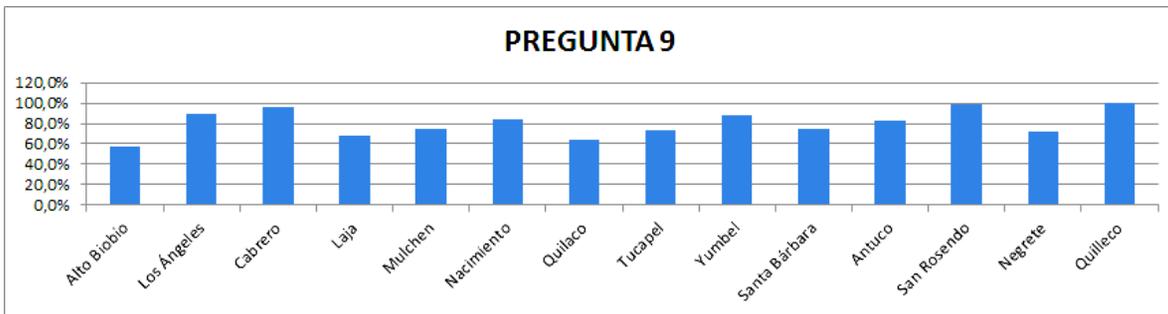
Pregunta Nº 8

Puedo seguir las indicaciones y recomendaciones que me hacen los profesionales.94,1 %



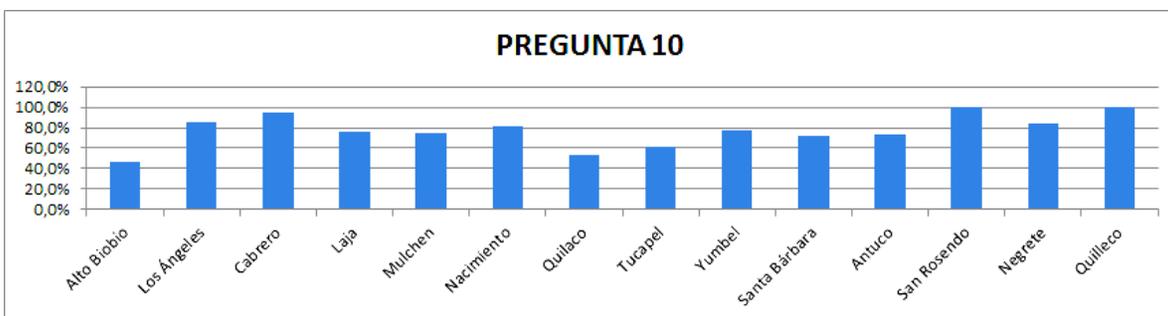
Pregunta Nº 9

La posta tiene los medicamentos que me indica el médico o la matrona.74, 6%



Pregunta Nº 10

Cuando necesito especialista, se preocupan de encontrarme cupo para interconsulta.72,0%



Información que se complementa con la entregada por PLADECO donde los usuarios relatan como su principal problema la “mala calidad de la atención” en los centros de salud de la comuna, en referencia a la integridad de la prestación, es decir, comprende aspectos administrativos como también médicos.

Los participantes identificaron como causa principales de esto la falta de profesionales y la calificación de éstos, manifestándose que los profesionales no estarían capacitados para una adecuada atención, haciendo sentir a los usuarios en ocasiones, discriminados y que no les entregan un buen servicio.

En el sector urbano se manifiesta que los profesionales encargados de la toma de exámenes no saben manipular los implementos para ello, ya que en varias oportunidades han debido repetir los exámenes, generando desconfianza con el servicio.

La mala calidad en la atención provoca “malos diagnósticos”, “desconfianza del servicio”, “largas horas de espera” y/o “automedicación” La no atención en casos de zonas rurales provoca traslados a la localidad de Santa Bárbara, para lo cual se debe incurrir en gastos imprevistos que sumado a las malas condiciones viales, el remedio se transforma en enfermedad. A esto se suma que los que generalmente deben trasladarse son niños/as o personas adulto mayores, producto de la ausencia de profesionales en las postas correspondientes a sus sectores.

Dentro de las soluciones mencionadas por los vecinos de la comuna, en primera instancia esta la entrega de capacitación a los funcionarios para “contar con una atención más humana” y en el “funcionamiento de los equipamientos de trabajo” o contratar a profesionales con experiencia y de manera permanente evitando la rotación existente actualmente.

En segunda instancia, aumentar la dotación profesional generando una proporción adecuada entre el número de habitantes y el de profesionales de la salud por sector, que permita aumentar frecuencia de rondas médicas, conjuntamente a lo cual se propone la implementación de un servicio móvil que permita el acercamiento de la población usuaria de sectores rurales a los centros de atención.

Como equipo analizamos la información antes detallada, generando el siguiente plan de intervención:

| PLAN DE MEJORAS SATISFACCIÓN USUARIA DSM SANTA BÁRBARA   |                        |          |  |   |   |   |
|--|------------------------|----------|--|---|---|---|
| PREGUNTA   | % SATISFACCIÓN USUARIA |          | ACTIVIDAD  | RESPONSABLE   | MEDIO VERIFICADOR   | PLAZO   |
|  | SANTA BÁRBARA          | PROMEDIO |  |   |   |   |
| 1. ¿El número de veces al mes que viene la ronda a mi posta es adecuado para atender mis problemas de salud?   | 78%                    | 78%      | 1.- Aumento en frecuencia de rondas en postas de mayor demanda: Los Unquillos y Los Boldos.  | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de calidad                       | Calendarización Rondas Rurales  | Implementación y evaluación                         |
| 2. ¿Hoy fue fácil conseguir hora para que me atenderan?  | 75%                    | 83%      | 1.- Control de signos vitales se realizará por cada profesional al fin de la congestión de paramédico de procedimientos.<br>2.- Educar a pacientes crónicos respecto a periodicidad de sus controles.<br>3.- Educación en Sala de Espera a usuarios respecto a tipos y horarios de atención. | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de calidad                       | 1.- Registro en Fichas clínicas<br>2.- Registro fotográfico de actividades<br>3.- Firma listado de asistencia<br>4.- Aplicación semestral encuesta satisfacción usuaria   | Desde febrero de 2013                               |
| 3. Me entendieron varios profesionales para solucionar mis problemas de salud                                  | 68,60%                 | 81,80%   | 1.- Reunión Equipos de Salud para analisis y planteamiento de soluciones.<br>2.- Coordinación de atención integral por SOME o Paramédico Posta<br>3.- Educación en Salas de Espera respecto a actividades de cada profesional  | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de SOME<br>5.- Paramédico Posta  | 1.- Registro en Fichas clínicas<br>2.- Registro fotográfico de actividades<br>3.- Firma listado de asistencia<br>4.- Aplicación semestral encuesta satisfacción usuaria   | Desde febrero de 2013                               |
| 4. Los profesionales de la ronda se preocuparon de examinarme y revisar mis síntomas                           | 79,70%                 | 90,25%   | 1.- Reunión Equipos de Salud para analisis y planteamiento de soluciones.<br>2.- Desarrollo taller de competencias y habilidades sociales  | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de calidad                       | 1.- Registros de asistencia a talleres y reuniones de equipo  | Desde febrero de 2013                               |
| 5. Los profesionales de la ronda, me entendieron y me dieron confianza   | 91,50%                 | 93,30%   | 1.- Reuniones de equipo mensualmente para fortalecimiento de estrategias   | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de calidad                       | 1.- Registros de asistencia a talleres y reuniones de equipo  | Desde febrero de 2013                               |
| 6. Los profesionales me explicaron cual es la enfermedad que tengo y las consecuencias si no tengo tratamiento | 89,80%                 | 90,70%   | 1.- Reuniones de equipo mensualmente para fortalecimiento de estrategias<br>2.- Talleres ingreso Cardiovascular<br>3.- Aplicación consentimientos informados   | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de calidad                       | 1.- Registro en Fichas clínicas<br>2.- Registro fotográfico de actividades<br>3.- Firma listado de asistencia<br>4.- Aplicación semestral encuesta satisfacción usuaria   | Desde febrero de 2013                               |
| 7. Entendí las indicaciones que me dieron para seguir el tratamiento   | 94,10%                 | 96%      | 1. Utilización de nuevo carnet para crónicos<br>2. Educaciones individuales y grupales a usuarios  | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de calidad                       | 1.- Nuevo Carnet crónico en uso.<br>2.- Aplicación semestral encuesta satisfacción usuaria  | 1.- Desde marzo de 2013<br>2.- Desde enero 2013     |
| 8. Puedo seguir las indicaciones y recomendaciones que me hacen los profesionales                              | 90,70%                 | 93%      | 1. Educaciones en sala de espera<br>2. Indicaciones verbales y por escrito de cuidados y tratamientos al paciente o su cuidador  | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de calidad                       | 1. Registro fotográfico de actividades.<br>2.- Listado de asistencia<br>3.- indicaciones por escrito elaboradas   | Desde febrero de 2013                               |
| 9. La posta tiene los medicamentos que me indica el médico o la matrona  | 74,60%                 | 80,20%   | 1.- Creación Comité de Farmacia<br>2.- Establecimiento stock críticos y stock GES<br>3.- Protocolos de funcionamiento farmacia<br>4.- Abastecimiento de medicamentos a postas según calendarización<br>5.- Contratación químico farmaceutico   | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Encargado de farmacia                      | 1. Decreto comité de farmacia<br>2.- Actas de funcionamiento y lista de asistencia Comité<br>3.- Publicación impresa o vía mail institucional de proocolos de farmacia<br>4.- Calendario de Bodega<br>5.- Contrato químico farmaceutico | 1,2,3,4 Desde abril de 2012<br>5.- Desde marzo 2013 |
| 10. Cuando necesito especialista, se preocupan de encontrarme cupo para interconsulta                          | 72%                    | 77,30%   | 1. Implementación sistema de Tele dermatología<br>2.- Médico y Odontólogo contralor para revisión de IC<br>3.- Utilización protocolos ssiobio derivación ic<br>4.- Exigir a usuario domicilio exacto y número telefónico de contacto<br>5.- Cargo Monitor SIGGES                             | 1.- Director Comunal de Salud<br>2.- Jefe Ronda Rural<br>3.- Director CES Rural<br>4.- Monitor SIGGES y encargado Lista de Espera | 1.- Derivación oportuna a especialidades.<br>2.- Limpieza de sistema de IC no pertinentes, rechazadas o perdidas por usuario  | Desde julio de 2012                                 |

## DINÁMICA DE LA POBLACIÓN

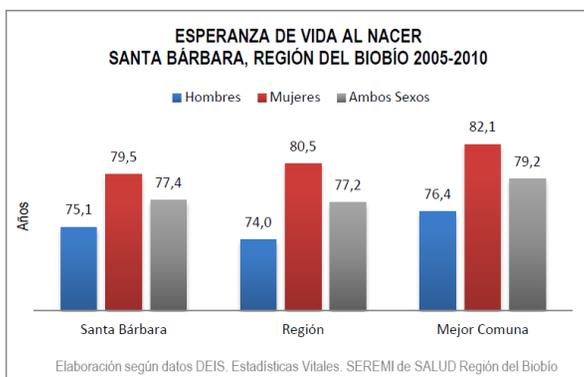
Las variables demográficas que determinan mayormente las tendencias de una población son la natalidad, mortalidad y las migraciones. En este apartado se entrega información estadística respecto a estas variables en la comuna de Santa Bárbara.

### NATALIDAD

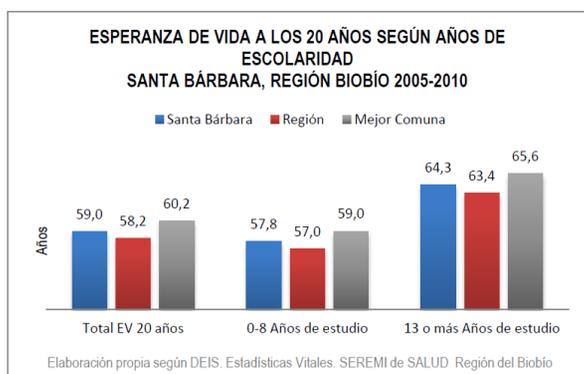
Tasa de natalidad, mortalidad general e infantil 2010

| Territorio              | Tasa de Natalidad | Tasa de Mortalidad General | Tasa de Mortalidad Infantil |
|-------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Comuna de Santa Bárbara | 13,4              | 6,3                        | 0                           |
| Región del Biobío       | 13,9              | 6,1                        | 7,6                         |
| País                    | 14,7              | 5,7                        | 7,4                         |

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).



Nuestra comuna presenta una esperanza de vida al nacer de 77,36 años en el periodo 2005-2010, similar al resto de la región. Si se analiza por sexo la brecha en Santa Bárbara llega a 4,67 años a favor de la esperanza de vida de la mujer. (La mejor comuna en este aspecto presenta una diferencia de 5,7).



## AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

Tasa de años de vida potencialmente perdidos por cada 1.000 habitantes de ambos sexos (2011)

| Región / Comuna | 2011 |
|-----------------|------|
| País            | 72,7 |
| Del Biobío      | 75,7 |
| Santa Bárbara   | 82,7 |

Obtenido de <http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/anos-de-vida-potencial-perdidos-avpp/>

Se ilustra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Cuanto más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

El valor de 82,7 para nuestra comuna nos indica una desigualdad en salud comunal al compararla con la región y a nivel país.

## MORTALIDAD

MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

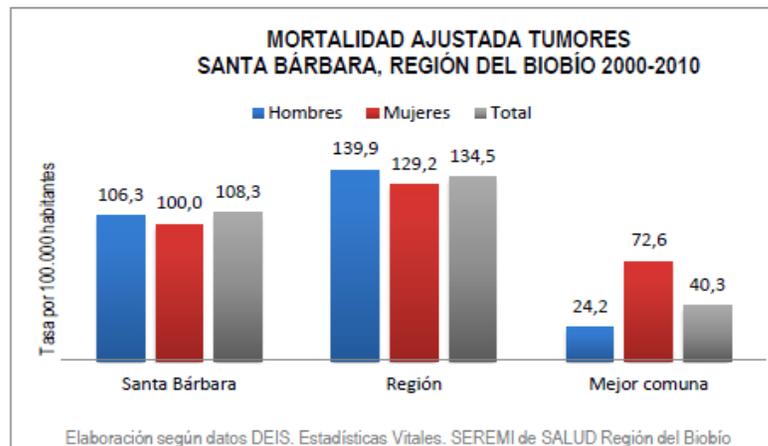
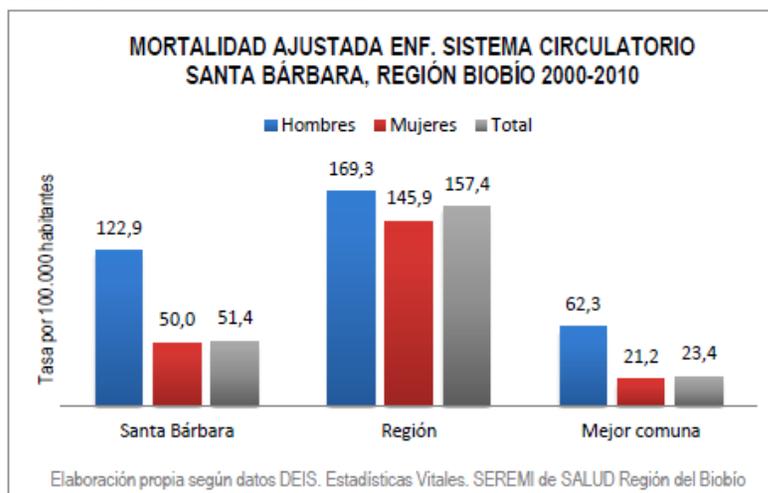
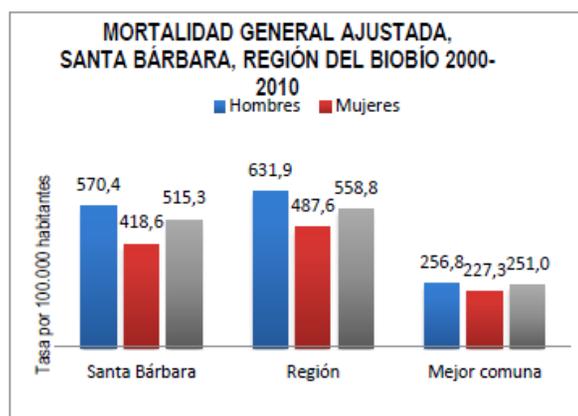
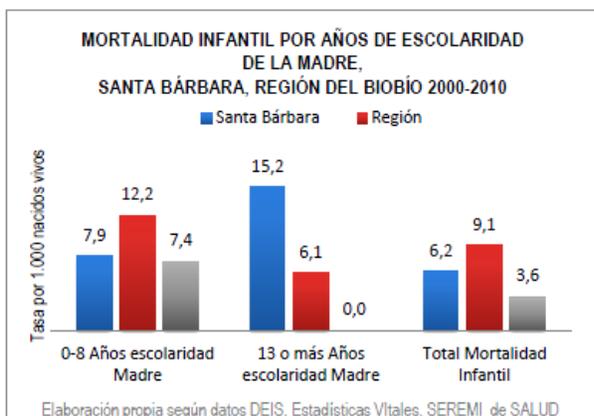
|              | MASCULINO |                | FEMENINO |                |
|--------------|-----------|----------------|----------|----------------|
|              | TASA      | Nº DEFUNCIONES | TASA     | Nº DEFUNCIONES |
| <b>20-44</b> | 1.7       | 4              | 2.1      | 5              |
| <b>45-64</b> | 9.6       | 16             | 4.6      | 7              |

| INDICADOR                     | TASA       | NUMERO   |
|-------------------------------|------------|----------|
| <b>MORTALIDAD INFANTIL</b>    | <b>0</b>   | <b>0</b> |
| <b>MORTALIDAD ADOLESCENTE</b> | <b>1.2</b> | <b>3</b> |

FUENTE: DEIS 2009

CAUSAS DE DEFUNCIÓN

| INDICADOR   | DEFUNCIONES | VALOR RELATIVO |
|---|-------------|----------------|
| <b>Gran grupo de causas de muerte y sexo. (tasa por 100.000 habitantes)</b> |             |                |
| Enfermedades Sistema Circulatorio (CIE-10: I00-I99)                         | 20          | 136,9          |
| Hombres   | 13          | 176,5          |
| Mujeres   | 7           | 96,6           |
| Tumores Malignos (CIE-10:C00-C97)   | 29          | 198,5          |
| Hombres   | 17          | 230,8          |
| Mujeres   | 12          | 165,6          |
| Enfermedades Sistema Respiratorio (CIE-10: J00-J99)                         | 3           | 20,5           |
| Hombres   | 2           | 27,2           |
| Mujeres   | 1           | 13,8           |
| Causas externas de morbilidad (CIE-10: V00-Y98)                             | 10          | 68,4           |
| Hombres   | 7           | 95,0           |
| Mujeres   | 3           | 41,4           |
| Enfermedad del Sistema Digestivo (CIE-10: K00-K93)                          | 8           | 54,8           |
| Hombres   | 5           | 67,9           |
| Mujeres   | 3           | 41,4           |



### III. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

#### Diagnóstico Participativo Departamento de Salud año 2013



El diagnóstico se efectuó el día 12 de noviembre del 2013, en el cual se contó con la participación de la autoridad máxima, Sr. Daniel Salamanca Pérez y los concejales, Sra. Victoria Hermosilla Silva, Sr. José Carrasco Carrasco, además de los Equipos de Salud, dirigentes de Juntas de Vecinos, Comités de salud, Club de Adultos Mayores, entre otros.



El objetivo es poder recoger las distintas opiniones respecto a los temas de salud que son más prevalentes en sus sectores, de acuerdo a un análisis de los datos cuantitativos que tiene el Departamento de Salud, y permitirnos afianzar el vínculo mediante la comunicación sinceras de los distintos

problemas que repercuten en su salud, teniendo como norte la alta prevalencia de algunas enfermedades que son comunes y a su vez características de cada sector.

La metodología comprendía:

Exposición de datos epidemiológicos relevantes por sector

Trabajo grupal por sector

Exposición de problemas priorizados y actividades para combatirlos

Plenaria

- **Problemas Priorizados CES Rural Municipal**



1.- *Incremento de Malnutrición por exceso en la población debido al aumento de los factores de riesgo asociados.*

Intervenciones planteadas

- Clases de Educación Física
- Educación y Talleres de alimentación saludable
- Educación principalmente a

las madres, respecto a los buenos hábitos de alimentación en sus hijos.

- 2.- *Elevados factores de riesgo psicosociales en la población bajo control atendida en el CES.*

Intervenciones planteadas

- Nos afectan mucho el aumento de los ruidos de los camiones, que transitan en nuestros sectores, intervención integral
- Sentimos que lo adultos mayores están solos. Apoyo integral

3.- *Escasa adherencia al tratamiento, autocuidado y empoderamiento de su salud de parte de la población beneficiaria.*

Intervenciones planteadas

- Relación confianza
- Realizar educaciones y talleres
- Incluir verdura en la comida

*“Realizar visitas domiciliarias no tan solo a las personas que están enfermas, sino también a los que están sanos y estoy segura que eso sería una buena idea “; “Ya que el solo hecho contar los problemas y que lo escuchen hace bien y sino eso produce stress”.*

○ **Problemas Priorizados PSR Los Boldos**



1.- *Alta incidencia de Violencia Intrafamiliar de población a cargo.*

Intervenciones planteadas

- Efectuar charlas de sensibilización en Violencia Intrafamiliar

2.- *Incremento de embarazo adolescente.*

Intervenciones planteadas

- Realizar Charlas en colegios

especialmente en temáticas de esta materia y con presencia de padres.

3.- *Incremento de usuarios con diagnóstico de cáncer gástrico.*

Intervenciones planteadas

- Realizar charlas educativas para comprender el proceso y diagnóstico de cáncer.

**Otras problemáticas planteadas por el Equipo de trabajo son:**

- Se solicita que el Equipo dental asista más seguido a atender a los pacientes de la Posta
- Se solicita que el Equipo de Salud tenga horas disponibles para realizar mensualmente reuniones familiares para efectuar prevención de problemas psicosociales.
- Mayor apoyo a grupo de adultos mayores, hacer más trabajo con el grupo de adultos mayores en temas de salud.

## Problemas priorizados por la Posta de Salud Rural de El Huachi



1.- *Aumento en el número de personas con HTA.*

Intervenciones planteadas

- En niños: Educación a los niños en alimentación saludable.
- Aumento de la actividad física

*“Pero no hay motivación ni lugares*

*para desarrollar esto, ojalá con el Kinesiólogo o monitores nos puedan ayudar a efectuar las actividades que estamos solicitando”.*

*“Conocer más de los tratamientos naturales (yerbas), que podemos consumir para bajar la presión y también la diabetes”.*

Aumentar la motivación o incentivar a las personas a que se realicen exámenes preventivos (EMP), con la creación de una invitación personalizada.

2.- *Aumento en el número de personas con problemas de salud mental.*

Intervenciones planteadas

- Implementar talleres de autocuidado y recreación para la comunidad.
- Educación a la comunidad en cómo identificar que están con un problema de salud mental.

3.- *Alta prevalencia de caries en población.*

Intervenciones planteadas

- Educación dirigida a la población infantil en los establecimientos educacionales y en la familia.

## Problemas priorizados por la Posta de Salud Rural de Villucura



### 1.- Incremento de usuarios con patología crónica HTA

#### Intervenciones planteadas

- Capacitación a grupos sociales para educar a la comunidad.
- Combatir factores de riesgo (sobrepeso, obesidad, sedentarismo)

- Utilización plazas saludables, talleres de ejercicios físicos
- Taller de preparación de comidas saludables
- Talleres de cultivo y creación de huerto.
- Prevención en consumo de OH y regulación de locales clandestinos que efectúan venta de bebidas alcohólicas en el sector.

### 2.- Incremento de usuarios con diagnóstico de artrosis

#### Intervenciones planteadas

- Realización de talleres prácticos de manualidades, etc.
- Charlas educativas y capacitaciones a los diferentes grupos de la comunidad.
- Psicoeducación para entender la enfermedad y evitar patologías de la esfera mental, que se puedan asociar como depresión, entre otras.

### 3.- Incremento de consultas en usuarios adultos mayores

#### Intervenciones planteadas

- Facilitar visitas domiciliarias por parte del Equipo de Salud y la comunidad, evaluar permanentemente si realmente el paciente, requiere acudir o no a la Posta, ya que si es para solicitar un documento o retirar medicamentos, este s tramites pudiesen efectuarlos un tercero.
- Facilitar acceso a distintos profesionales del Equipo para disminuir la poli consulta.
- Capacitación y educación a Comités de salud y adultos mayores en beneficio a usuarios.

## Problemas priorizados por la Posta de Salud Rural de El Castillo



respiratorias

### 1.- Aumento de consultas respiratorias.

Intervenciones planteadas

- Realizar Taller de yerbas medicinales para prevenir infecciones respiratorias en la población.
- Educación a la comunidad de enfermedades

### 2.- Aumento de enfermedades cardiovasculares

Intervenciones planteadas

- Adquisición de Plaza activa
- Taller de alimentos con pertenencia cultural
- Establecer coordinaciones con colegio para kiosco saludable
- Dialogo familiares para prevenir enfermedades cardiovasculares
- Control grupal en sede social, para sensibilizar las enfermedades cardiovasculares

### 3.- Incremento en caries de la población

Intervenciones planteadas

- Educación en los colegios
- Educar a los apoderados y profesores
- Implementar un cepillero en el establecimiento educacional

Se plantea el problema de implementación de box de atención que faltan para el equipo de salud Rural que atiende en la Posta El Catillo, ya que hay muchos profesionales que no tienen donde atienden, lo cual afecta considerablemente en la atención a los usuarios.

## Problemas priorizados por la Posta de Salud Rural de Los Junquillos



### 1.- Alto porcentaje de obesidad en el embarazo

#### Intervenciones planteadas

- Esto nos lleva a tener riesgo de diabetes tanto para la mamá como para el hijo, el que la madre tenga hipertensión la mamá nos lleva a un parto prematuro.

- Como estrategia se le hará entrega al dirigente de la comunidad de Ayin Mapu el calendario de controles cardiovasculares de los pacientes de su sector.

### 2.- Inasistencia de las embarazadas del sector de la Posta de Salud Rural de Los Junquillos a control dental.

#### Intervenciones planteadas

- Como estrategia se premiara a las embarazadas que cumplan con todos los controles (médico, nutricionista, matrona, psicóloga, dentista, entre otros).

### 3.- Incremento de pacientes con HTA en el sector

*“La consecuencia de una mala nutrición nos lleva a infartos y accidentes cerebro vascular, conocidos por nosotros como trombosis”*

#### Intervenciones planteadas

- Se implementará charlas educativas dirigidas a las organizaciones tales como Junta de Vecinos, adulto mayor, comunidades indígenas.
- Comprometer al colegio empezar a trabajar a temprana edad, con buena alimentación para no llegar a estar enfermos.

**PLENARIA y CONCLUSIÓN:**

Sin duda los espacios de participación ciudadana son inmensamente enriquecedores ya que permiten una comunicación fluida entre el equipo, usuarios y autoridades, favoreciendo de esta forma la mejor toma de decisiones para los años venideros, y algo relevante el empoderamiento de los usuarios con su salud.

Es de esta forma que concordamos con varios problemas que como equipo vislumbramos al realizar en análisis epidemiológico de cada sector, pero sin duda pudimos reconocer varios factores de riesgo que han estado aumentando la ansiedad y generando varios trastornos en la vida cotidiana, que sin duda han repercutido negativamente en la salud de nuestros usuarios. Entre los más relevantes se encuentra la contaminación acústica y por polvo en suspensión, generado por los camiones forestales, lo que se ha incrementado considerablemente en el último tiempo, incluso en el horario de descanso. Las repercusiones evidenciadas son cansancio, trastornos del sueño, conflictos familiares, entre otros. Sin duda el abordaje de esto es en calidad de urgente en los ámbitos de gestión de nuestra primera autoridad y las empresas responsables, además de un plan de contingencia con abordaje psicosocial integral.

El cierre se efectuó con las felicitaciones de los asistentes por el desempeño demostrado por ambos equipos (CES y Equipo Rural).

#### IV. DIALOGO INTERCULTURAL

##### Diálogos Interculturales del DSM

En el contexto del Programa de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), que busca mayor Equidad en el acceso a la salud de la población indígena; la Participación en los planes para abordar los problemas de salud e Interculturalidad en la atención de la población indígena; se ha considerado pertinente realizar Nüttram – diálogos con las comunidades indígenas.

Los Nüttram o diálogos en salud, son encuentros a través del cual la Comunidad, Facilitador Intercultural y Equipos de Salud conversan e inician un proceso de acercamiento, sobre lo que en salud indígena se entiende como bienestar o Kúme Mogen y cómo la población indígena entiende el Kutran (enfermedad).



El tema tras el cual se convoca es TAÑI BELEN KA TAÑI DOY KÜME BELEAL KA ANTÜ, mi Salud actual y un mejor bienestar para el futuro. Se analiza el concepto de BELEN y KÜME MOGEN, aspiración de todo mapuche – pewenche, tener un buen pasar, buen vivir, vida plena.

El objetivo es conocer por parte del Equipo de salud la visión de la salud indígena, demandas y aspectos

de salud intercultural que las comunidades consideran importantes de incorporar en la atención de salud. Lo anterior, con el fin de planificar y brindar una atención cada vez más pertinente e intercultural por parte de los centros de salud.

Se efectúan tres Dialogo interculturales en el sector rural, con las comunidades de Ayin Mapu, Los Naranjos, Los Boldos, Los Michales, Los Guindos, estos encuentros fueron efectuados en los meses de septiembre y octubre del presente, además se contó con la participación de representante del Hospital de la familia y la Comunidad de Santa Bárbara, Referentes del SSBB, Equipo Intercultural del Departamento de Salud Municipal y Equipos de Salud (CES y Equipo de Salud Rural).

Estos Diálogos estuvieron a cargo de Don José Carihuentro Millaleo, Facilitador Intercultural del Departamento de Salud, donde se utilizó principalmente una metodología de preguntas a las comunidades, las cuales permitieran el dialogo y la conversación.

En esta sistematización se ha querido plasmar textualmente el sentir de las comunidades, ya que, lo que nos interesa conocer son sus pensamientos e ideales.

### Dialogo Intercultural Comunidad de Ayin Mapu

**¿Nos interesa saber cuándo ustedes están enfermos o cuando ustedes se sienten bien?**

“Creemos que no debemos dejar el Guillatumn, ya que eso nos enferma”.

*“Hace 14 años que no se hace un Guillatum y creo que sería bueno hacerlo, ya que la gente joven se motivaría, antes a la gente no le importaba si era blanco o no, todos llevaban su cultura y esto se ha ido perdiendo”.*



*“En aquella época en la Comunidad de Malla Malla se hacían grandes Guillatunes, eran lindos, la juventud se motivaba y les gustaba mantener esto y si no queríamos nuestros padres nos obligaban en cambio ahora no”.*

*“Nosotros en nuestra comunidad no somos capaces de hacer un Guillatum, para que la gente se motive y yo espero que se haga uno.”*

Principalmente la comunidad señala estar bien, no reconociendo problemas que tienen actualmente, tales como VIF, Alcohol, entre otros.

**¿Qué cosas les hacen sentir bien?**

- *“Estar bien de salud, esto es lo principal”*
- *“Nuestra alimentación nos permite estar bien, ya que ahora es todo más artificial y por eso nos enfermamos más”.*



### ¿Cuándo uno deja de hablar Mapudungun?

*“Nuestro dialecto es un regalo de Dios, sin embargo somos imitadores del castellano”.  
“Mis hijos dicen que mis nietos no quieren hablar mapudungun, pero eso es nuestra culpa”.*

*“La gente joven ahora se avergüenza, la gente joven está perdiendo su propia lengua, la gente señala que no debemos avergonzarnos de nuestra lengua, al contrario ellos deben sentirse avergonzados por no entender lo que nosotros les hablamos”.*

*“Aquí la gente joven no pesca, uno les habla de la cultura y no les interesa, son los abuelos quienes tienen que entregarles el Kimon a los niños y así dejar una herencia”.*

*“Una de las cosas que nos pudiese ayudar es que nos podamos visitar, esto nos ayudaría a nuestra salud”.*

**¿Ustedes creen que eso afecta la salud? ¡Sí!** *“Porque uno no tiene comunicación con las demás personas, eso afecta en nuestras vidas”.*

### ¿Respecto a su alimentación?

*“Nosotros antes nos alimentábamos con piñones, todo era natural y ahora tenemos 50 años y ya estamos enfermos y antes se vivía más de 100 años”.*

*Antes la alimentación era natural por ejemplo no se conocía el pan solo comíamos los catutos, el café se tomaba se con azúcar quemada.*

Una usuaria señaló que su madre vivió hasta los 120 años y su padre hasta los 130 años.



### ¿Respecto a los nombres que se les están colocando a los menores actualmente?

*“Los niños llevan nombre de Huincas y le colocan puros nombres gringos no se rescatan los nombres de nuestros abuelos”.*

*“Incluso un nombre puede afectar la salud de las personas”, “es importante que reflexionemos de esto, ya que sus hijos pueden querer ser peñis y van a tener un nombre gringo”.*

***¿Respecto al evangelio que se está incorporando en la comunidad?***

*“Es como un cáncer que tiene mal a la comunidad”, “Hay muchos peñis que no van al guillatún, siempre vamos los mismos, porque los otros van a la iglesia evangélica, se van por el otro camino”.*

***¿Cómo quieren que sea la Salud para ustedes?***

- *“Que hayan Lawantuchebe, machis, componedores de huesos, santiguadoras quebradoras de empacho”. “Ya que hay muchas enfermedades malignas que los médicos no las pueden sanar”.*
- *“Se espera un trabajo en conjunto con las dos culturas”.*
- *“Que se entregue remedios mapuches, que son de yerbas que se complementen con los medicamentos que entrega el doctor”.*

## Dialogo Intercultural Comunidad con la Comunidad de Los Naranjos

### Objetivo:

Reflexionar sobre nuestra salud, como estamos hoy, evaluar nuestra situación actual. Como mapuches tenemos una forma distinta de ver las cosas.

- La comunidad manifiesta que hay mucha información que no se entrega, por ejemplo que hay horas con especialista que se demoran años oportunamente ejemplo: Interconsultas.

Se le señala que nosotros como Equipo intercultural debemos dar a conocer a la comunidad el Programa PESPI y si hay interés de la comunidad en conocer y saber más de su cultura.

### ¿Su opinión que tiene la comunidad respecto a las yerbas medicinales?

*“Todo lo que tiene vida en la tierra es remedio” lawen”.*

*“Todo está hecho para algo, la gente antigua descubrió eso”.*

*“Se acude a lo más fácil y andamos por encima de los remedios y no los miramos”.*

*“Hoy en día no hay madres que le digan a sus hijos la utilidad de las yerbas”.*

*“Es necesario que haya alguien que nos oriente del uso de las yerbas”.*



*“Nosotros mismos deberíamos recolectar yerbas y averiguar los usos”.*

*“Somos una generación distinta”.*

*“Yo nunca he negado mis raíces, trato de enseñarles a mi esposo, pero no hay intención de aprender”*

*“Las yerbas son una medicina cacera, esto se está perdiendo ya nadie sabe para qué son las yerbas”.*

*“La medicina indígena ayuda a mejorar su bienestar, las yerbas hacen bien para la salud y en más sano”.*

*“Uno cuando se siente enfermo agarra una pastilla y se la toma y se no le hace bien va y se toma otra”.*

**¿Usted cree que alejarse de la cultura le afecta a la salud?**

- *“Si porque no tengo con quien hablar”, “Vergüenza le da a mis hijos, ya que están casados con blancas y ellas se ríen de ellos, no hay con quien habla”.*
- 
- *“Me gustaría que alguien viniera a enseñarnos a nosotros que somos más jóvenes de nuestra cultura”. “Acá en la comunidad hay mucha gente mayor que pueden aportar, ya que todos aportan a con un grano de arena.*
- *“No hay interés por rescatar la cultura y como nos vamos a reencontrar si no hay conocimiento. Por lo tanto no podemos a avanzar si no hay conocimiento”.*

**¿Cuándo dice Usted que está bien de salud?**

*“Cuando estoy sin enfermedad”*

**¿Qué cree Usted que afecta su salud?**

*“La falta de agua en nuestras casas.*

*“El pensar mucho”.*

**¿Cuándo dice Usted que está enfermo?**

*“Cuando siento dolor”*

*“No siempre puedo darme cuenta que estoy, mi enfermedad no siempre es física, esta puede ser de la mente”.*

*“Cuando la medicina no nos hace bien uno va donde una médica, pero no siempre hace ben a veces son charlatanes que lo único que hacen es sacar plata?”*

**¿Les gustaría que se incorporara algo en la atención de las Postas de Salud y en el CES?**

**Solicitudes:**

*“Solicitamos un trato digno por parte de los profesionales, que sean más amigables y den un trato más digno”.*

*“Solicitud de entrega de agua potable por parte de la Municipalidad de Santa Bárbara”.*

*“Solicito más rondas médicas en la Posta de Salud Rural de Los Boldos”*

**Compromisos adquiridos:**

Hay un compromiso del Equipo intercultural en apoyarlos en realizar el Watrupantu el año 2013 y reforzar todo lo que sea para reforzar su identidad, con el objetivo de mejorar su bienestar personal.

*“Yo agradezco que estén aquí y nos enseñen, yo puedo ayudar y me alegro que vengan y puedan enseñarnos cosas”.*

## Dialogo Intercultural Comunidad con la Comunidad de Los Guindos

### **Incorporación de la medicina indígena en el tratamiento de enfermedades**

Se les señala que si esta información es recolectada y conocemos sus opiniones y sugerencias, el próximo año cuando el Departamento de Salud se haga cargo de los recursos del Programa PESPI, podremos destinar y abordar sus necesidades y solicitudes.

*“Solo se solicita el traslado, ya que nosotros pagamos la consulta”*

Se señala que el tratamiento se complementen y que no se suspenda el tratamiento Huinca y que el médico este en conocimiento.

*“Le falta mucha educación a la comunidad principalmente con machi”.*

### **Respecto a la implementación e infraestructura**

*“Aunque hayan muchos profesionales son escasos los Box de atención, pero estamos gestionando con las Forestales la construcción de una cocina y sala de espera, que los profesionales tengan un lugar donde tomarse un café”.*

*“Pero hemos tenido una excelente respuesta de la Forestal COMACO y está pendiente una reunión con MININCO y así completar nuestro sueño que la comunidad tenga una buena atención”.*

### **Consultas de Comunidad:**

¿Por qué cuando uno va a urgencia y le dicen que valla al CES?

Se responde que se debe efectuar un reclamo en la OIRS del Hospital de Santa Bárbara, por la cual debieran darle respuesta dentro de un plazo determinado.

Se plantea que para lograr algún resultado se debe efectuar un reclamo, solicitud o sugerencia. Se les explica como efectuar este trámite.

Se les explica a la comunidad que el Hospital cuando atiende a un paciente en el Servicio de Urgencia, puede entregar la receta para continuidad del tratamiento, la cual puede ser retirada en el CES o Postas de Salud Rurales.

**Solicitudes:**

*“Yo creo que sería bueno que los pacientes que se atienden al CES, se le pueda incorporar más pertinencia, ejemplo que podamos tomar mate, quizás que haya agüita caliente y los implementos y nosotras mismas lo servimos”.*

*“Yo requiero una buena atención, por eso le pido a las grandes empresas, para tener una buena gestión”.*

*“Se requiere una solución por el problema del agua en la Posta el Castillo principalmente en el verano”.*

*“Solicitamos que a la comunidad nos enseñen a la comunidad hablar chedungun”*

*“El sueño mío y de la comunidad es tener una ruca y en la Posta tener una cocina con pertinencia cultural donde las personas puedan prepararse un mater”*

La comunidad señala que no hay atención en la Posta los fines de semana, se responde que si se requieren se debe efectuar por escrito una solicitud y que esta puede realizarse en el CES o en Postas de Salud Rural.

## REFLEXION - CONCLUSIONES:

El análisis de los encuentros se puede concluir que las comunidades se encuentran en distintos grados de identidad respecto de su pertenencia a la cultura mapuche – pewenche.

- De este grado de pertenencia depende su interés y conocimiento de valores para tener un Küme mogen o Küme Belen.
- En comunidades donde aún se mantiene la lengua (Ayin Mapu), se considera importante mantener la cultura, como aspecto importante para una buena salud; incorporar Lawentuchebe y Machi en el tratamiento de enfermedades.
- Comunidad de Los Naranjos, con escaso conocimiento de la lengua y aspectos de la cultura, se considera que eso es algo del pasado y de poca relevancia para la salud.
- Comunidad Los Guindos, producto de su experiencia respecto de la atención de casos con machi y buenos resultados, considera importante aprender de la cultura mapuche, el idioma, la rogativa y tener la posibilidad de acceder a la medicina indígena (pasajes, traslados).
- La comunidad de Los Michales, aunque en su mayoría domina el idioma no ha tenido experiencia de tratamientos con medicina indígena y si lo han tenido al parecer no ha sido buena. Sin embargo, consideran importante se apoye con pasajes, traslado o capacitación con agentes de salud indígena.

## V. MARCO TEÓRICO

### **Atención Primaria de Salud y Modelo de Salud familiar**

La labor que nuestra institución lleva a cabo día a día encuentra su sustento teórico en los conceptos esenciales de la APS y la Salud Familiar.

Las actividades que el presente Plan comunal de salud presenta se han programado y diseñado en relación a los elementos claves de la APS, situando al usuario y su familia en el centro de la relación con nuestra organización, conocemos sus características relevantes (en términos culturales, epidemiológicos, etc.). Esta cercanía es esencial para concretar los objetivos planteados, facilita la relación entre nuestros usuarios y los profesionales, resguardando los derechos de la comunidad, además nos permite conocer las necesidades de los usuarios en cuanto al acceso, información y la facilidad en que puedan acceder a las prestaciones que ofrecemos.

### ***Funciones esenciales de la APS***

#### **Primer contacto**

Cada uno de nuestros establecimientos es accesible a todos nuestros usuarios y frente al problema de salud de alguno de ellos actúa como puerta de entrada al sistema de salud, intentando resolver la mayor cantidad de las necesidades de la población y de esta manera derivar al resto de los niveles de la red asistencial los casos estrictamente necesarios.

#### **Longitudinalidad**

Una vez que nuestros usuarios son ingresados a alguna de nuestras prestaciones o programas de salud (cardiovascular, odontológico, maternal, etc.) se establece una relación a largo plazo, con controles periódicos, manteniéndose un vínculo sólido con el equipo de salud, que permita mantener estable la condición de salud del paciente y un control más efectivo de los recursos de nuestra institución.

**Integralidad:**

Poseemos equipos multidisciplinarios, distribuidos para la atención de Postas Rurales, EMR y CES, cuyos miembros realizan su trabajo en cooperación con el resto de sus compañeros y tomando en cuenta la opinión de los usuarios, de esta manera se realiza un abordaje desde distintos enfoques, que permite mejorar los resultados y lograr una mayor efectividad y adherencia en los tratamientos. Favoreciendo la calidad de la atención brindada y mejora la satisfacción usuaria.

**Coordinación:**

Debido a los requerimientos de nuestra población y a los recursos limitados que disponemos es esencial cumplir con este principio, coordinando las agendas y horarios de atención de los distintos establecimientos y profesionales según disponibilidad horaria y llegada de nuestros usuarios en movilización pública a los establecimientos.

Además se debe coordinar el uso de vehículos de traslado de los equipos para de esta manera cubrir todas las visitas en terreno y traslado de pacientes con necesidades especiales.

La coordinación intraequipos permite dar también una atención completa e integral a cada beneficiario.

Esencial en este punto la existencia del organigrama institucional, el cual especifica las funciones administrativas, clínicas y técnicas de cada funcionario, así como su dependencia o superioridad jerárquica. Este ordenamiento permite mantener un flujo de comunicación adecuado, permitiendo organizar de manera óptima la mayor parte del trabajo realizado en las áreas administrativas, clínicas, de promoción, prevención y educación.

### ***Modelo de atención Integral en Salud***

El modelo de atención se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.”

Por tanto debemos poner en el centro del Modelo de Atención Integral de Salud al Usuario, el cual debe ser el centro de la toma de decisión y tomar parte activa del cuidado de su salud, el cual se organiza en función de sus propias necesidades, y de esta manera logra el mejor estado de bienestar posible brindando una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, que además debe ser social y culturalmente aceptada por la población.

Por tanto se entiende la salud como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

La actual reforma a la salud chilena ha introducido paulatinamente los cambios necesarios para contar con equipos hábiles y de mirada amplia en la atención de salud de las personas y por ende abordar adecuadamente el trabajo con familias y comunidades, acompañándolas durante su ciclo vital.

La misma reforma tiene como eje reconocer el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa.

Este modelo debe entender la atención en salud como un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Dando énfasis principalmente a la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades.

Nuestra atención bajo esta modalidad debe estar direccionada por:

Enfoque familiar: centrar el bienestar de nuestros usuarios en su contexto social cercano.

Enfoque comunitario: definir la población a cargo, asumiendo la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la red de salud.

Enfoque intercultural: Mejorar la calidad de vida de quienes se reconocen como pertenecientes a determinada etnia, bajo los principios de equidad y participación en las decisiones de salud que les afectan. Respondiendo así a las particularidades de los distintos pueblos originarios y de la población extranjera que habite en la comuna.

## **CARTERA DE PRESTACIONES APS**

Las Prestaciones y cuidados de salud en los Centros de Salud están definidos en la cartera de servicio, que contempla acciones promocionales o para colaborar en la mantención de la personas, otras para prevenir enfermedades o complicaciones y otras curativas y de rehabilitación de la salud.

La cartera de servicios considera el control y consulta de salud de niños y niñas, adolescentes, adulto y adultos mayores; y otras prestaciones de acuerdo a las necesidades de salud específica o problema de salud de algún integrante de la familia.

Las personas no sólo consultan en los centros de salud familiar cuando están enfermas o tiene algún problema de salud. En los establecimientos de Atención Primaria se realizan controles preventivos de salud y así detectar a tiempo los problemas de salud con la realización de exámenes médicos y orientaciones por profesionales del área.

El decreto 181, Minsal, promulgado el 22 de diciembre de 2004 que “Determina aporte estatal a entidades administradoras de salud municipal que indica por periodo que señala”, instruye las prestaciones a realizar por cada uno de los establecimientos de atención primaria.

### *I. PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO*

1. Control de salud del niño sano
2. Evaluación del desarrollo psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control de lactancia materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta nutricional
7. Consulta de morbilidad
8. Control de enfermedades crónicas
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
10. Consulta kinésica
11. Consulta de salud mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio (alta precoz)

## II. PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

15. Control de salud
16. Consulta morbilidad
17. Control crónico
18. Control prenatal
19. Control de puerperio
20. Control de regulación de fecundidad
21. Consejería en salud sexual y reproductiva
22. Control ginecológico preventivo
23. Educación grupal
24. Consulta morbilidad obstétrica
25. Consulta morbilidad ginecológica
26. Intervención Psicosocial
27. Consulta y/o consejería en salud mental
28. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
29. Atención a domicilio (alta precoz)

## III. PROGRAMA DE LA MUJER

30. Control prenatal
31. Control de puerperio
32. Control de regulación de fecundidad
33. Consejería en salud sexual y reproductiva
34. Control ginecológico preventivo
35. Educación grupal
36. Consulta morbilidad obstétrica
37. Consulta morbilidad ginecológica
38. Consulta nutricional
39. Programa Nacional de Alimentación Complementaria

## IV. PROGRAMA DEL ADULTO

40. Consulta de morbilidad
41. Consulta y control de enfermedades crónicas
42. Consulta nutricional
43. Control de salud
44. Intervención psicosocial
45. Consulta y/o consejería de salud mental
46. Diagnóstico y control de la TBC
47. Educación grupal
48. Atención a domicilio

*V. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR*

- 49. Consulta de morbilidad
- 50. Consulta y control de enfermedades crónicas
- 51. Consulta nutricional
- 52. Control de salud
- 53. Intervención psicosocial
- 54. Consulta de salud mental
- 55. Diagnóstico y control de la TBC
- 56. Educación grupal
- 57. Consulta kinésica
- 58. Vacunación anti influenza
- 59. Atención a domicilio

*VI. PROGRAMA DE SALUD ORAL*

- 60. Examen de salud
- 61. Educación grupal
- 62. Urgencias
- 63. Exodoncias
- 64. Destartraje y pulido coronario
- 65. Obturaciones temporales y definitivas
- 66. Aplicación sellantes
- 67. Pulpotomías
- 68. Flúor tópico
- 69. Endodoncia
- 70. Rx dental

*ASOCIADAS A PROGRAMAS*

- 71. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programa de adolescente, para beneficiarios de 15 años y más, adultos y adultos mayores.
- 72. Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programa del niño, adolescente, adultos y adultos mayores.
- 73. Acceso a evaluación y alta integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- 74. Acceso tratamiento de epilepsia no refractaria, para beneficiarios desde 1 año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programa del niño y adolescentes.

75. Acceso tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.

76. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.

#### *VIII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS*

77. Educación de grupal ambiental

78. Consejería familiar

79. Visita domiciliaria integral

80. Consulta social

81. Tratamiento y curaciones

**VI. ORGANIZACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL:**

La Red Asistencial se entiende como el conjunto de Establecimientos y Servicios de Salud, en sus diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red de procesos clínicos que debe asegurar la continuidad de atención en función de las necesidades de la población. La Red se organiza según grado de complejidad y grado de avance en la implementación del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario.

En la Red Asistencial a la cual pertenecemos, contamos con Establecimientos que corresponden a Baja Complejidad, que son los siguientes:

- a) Hospital de la Familia y Comunidad
- b) Postas de Salud Rural Los Boldos, Los Junquillos, El Huachi, Villucura, El Castillo. Son Establecimientos de atención ambulatoria, que desarrollan básicamente acciones de Promoción y Protección, ejecutan acciones curativas de bajo nivel de complejidad y derivan aquellas de mayor complejidad que no pueden resolver. Están a cargo de un Técnico Paramédico.
- c) Estaciones Médico Rurales de: Rinconada, Quillaileo, Lo Nieve, Agua Santa y San Antonio. Funcionan en lugares provistos por la comunidad y son asistidos por Rondas de profesionales.
- d) CES Rural Municipal (en trámite de Autorización Sanitaria y Certificación) Aunque está ubicado en el sector urbano, atiende a **población rural sin Posta**, las prestaciones son: Morbilidad en los Programas Básicos, prevención y protección en los distintos Programas que abarcan el ciclo vital, y Programa de Nutrición (PNAC y Adulto Mayor PACAM).

**ARTICULACION DE LA RED ASISTENCIAL**



## Hospital Familia y Comunidad Santa Bárbara.

El Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC), es un establecimiento que forma parte de la estrategia de Atención Primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención<sup>17</sup>. En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al centro, más allá de la definición político administrativa de los municipios.

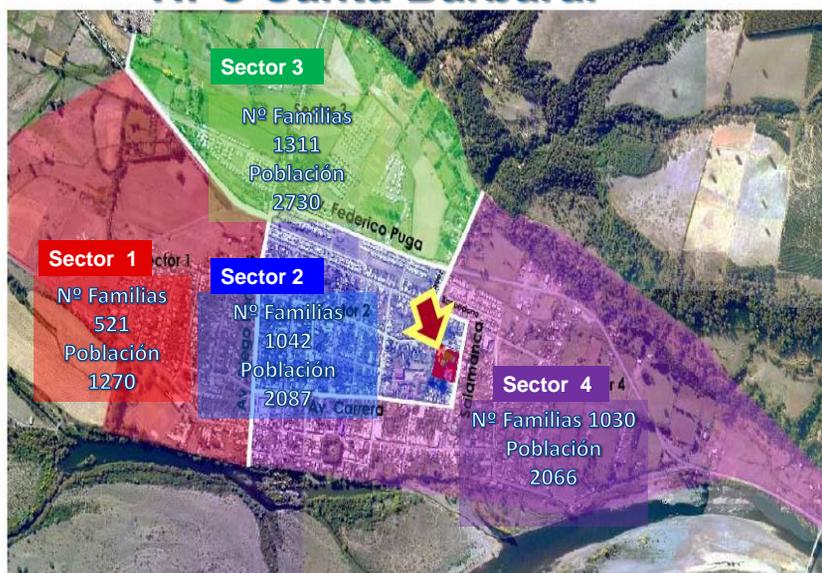
### MISION DEL HOSPITAL F y C SANTA BARBARA

“Ser un equipo de trabajo preocupado del entorno biopsicosocial e intercultural de su comunidad que orientándose a la promoción y prevención en salud, brinda atención y rehabilitación a sus usuarios a través de personal comprometido, de gran calidad humana y técnica”.

### VISION HOSPITAL F y C SANTA BARBARA

“Ser un hospital comunitario e intercultural, amigo de la familia, que promueva la salud integral de sus usuarios, donde cada uno sea promotor del autocuidado y la salud de su entorno”

## Plano Sectorización HFC Santa Bárbara.



Sector 1



Sector 2



Sector  **Equipo de Salud**  
**SECTOR 3**  
*"Juntos se Puede"*



Sector 4



El Trabajo realizado durante el año 2012 en los distintos sectores en el establecimiento fue con una población de al menos 10292 personas, además con una población flotante de alrededor de 4500 personas. Contamos además con una Unidad Estratégica compuesta de 18 postas, 1 CESFAM, 1 CES y 1 Hospital de la Familia y Comunidad.

**En cuanto a la Atención Abierta:**

**o Unidad de Laboratorio:**

En esta Unidad debemos mencionar que se realizaron, un Total de 66.705 exámenes: Cuyo detalle se especifica a continuación:

- o Atención abierta: 58776
- o Atención cerrada: 4.689
- o Atención de Urgencia: 3.240

Venta de servicio: 29.519, que son parte de la atención abierta y que corresponden a los exámenes realizados a:

- Municipalidad Santa Bárbara: 17.065
- Municipalidad de Quilaco: 12.454

La venta de servicio a las Municipalidades corresponde a un 44.2 % del total de los exámenes realizados en esta Unidad, es un porcentaje relevante, que nos indica una alta ruralidad de la comuna y que nuestro Hospital ha hecho un gran esfuerzo por cubrir esta demanda por exámenes.

La venta de servicio que tiene este Hospital es la más elevada de todos los Hospitales de la Familia y la Comunidad del SSBB.

Entre las novedades que presenta esta unidad para este Año es la Incorporación de un segundo Tecnólogo Médico, lo que nos permitirá aumentar el cupo de exámenes de Laboratorio.

**o Unidad de Radiología:**

Se realizaron un total de 7982 exámenes radiológicos, de los cuales

- o 3380 fueron Tórax Ges.
- o 285 Pelvis Ges.
- o 4317 Otros (No Ges)

Se debe mencionar además la colaboración que se presta a algunos establecimientos cercanos los cuales si no tienen disponibles sus maquinas se realiza la coordinación para que sus exámenes radiológicos se realicen en nuestro Establecimiento.

**o Unidad y Bodega de Farmacia:**

Total de recetas despachadas 2012: 57.904

Total de prescripciones 2012: 140.838

No existen recetas sin despachar.

Hito 2012 en Servicio de Farmacia. desde Julio 2012 se cuenta con Químico Farmacéutico 22 hrs. semanales quien asume la Dirección Técnica del Servicio. Desde Diciembre 2012 se agregan 50 horas mensuales.

**o Servicio Dental:**

| <b>2012</b>  |               |
|--|---------------|
| Primeras Consultas                                 | 2.498         |
| Consultas Repetidas                                | 6.572         |
| <b>Total de Consultas</b>                          | <b>9.070</b>  |
| Consulta de Urgencia GES                           | 362           |
| Consulta de Urgencia NO GES (morbilidad)           | 2.947         |
| Actividades de Promoción                           | 941           |
| Actividades Preventivas                            | 7.112         |
| Actividades Recuperativas                          | 11.961        |
| <b>Total de Actividades Odontológicas</b>          | <b>20.014</b> |
| Altas Educativas                                   | 86            |
| Altas Preventivas                                  | 172           |
| Altas Integrales                                   | 480           |
| <b>Altas Odontológicas Totales</b>                 | <b>738</b>    |
| Interconsultas dentales generadas a especialidades | 489           |
| Consultas en extensión horaria                     | 1.725         |
| Actividades recuperativas en extensión horaria     | 2.119         |

### **Clínica Móvil:**

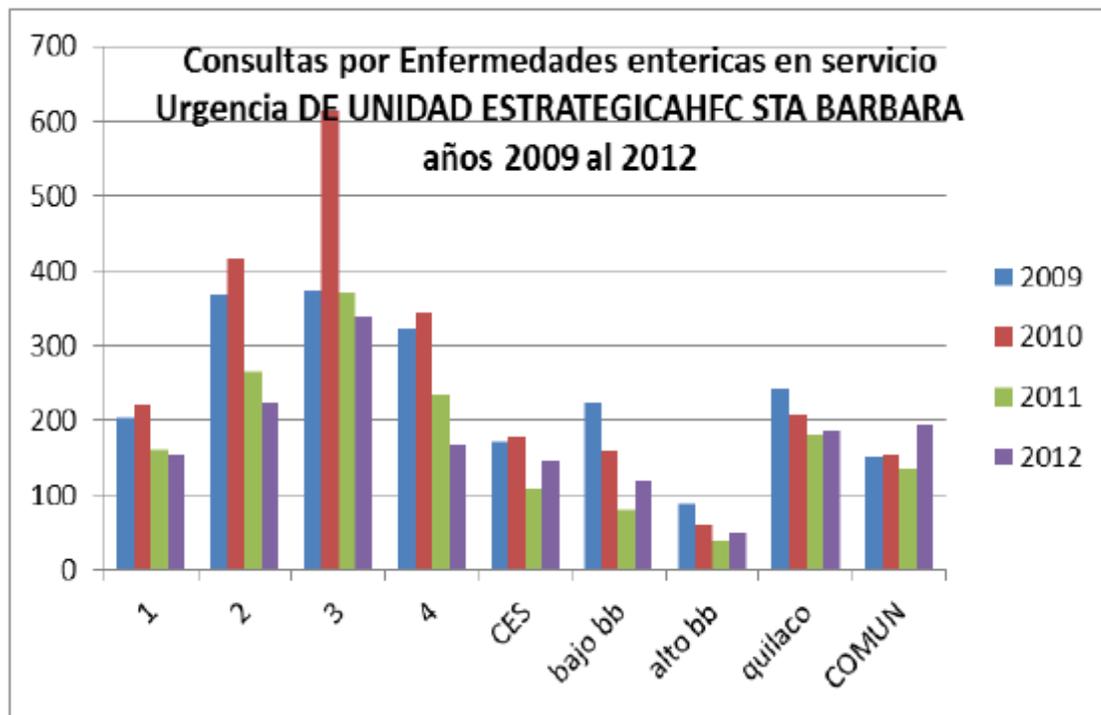
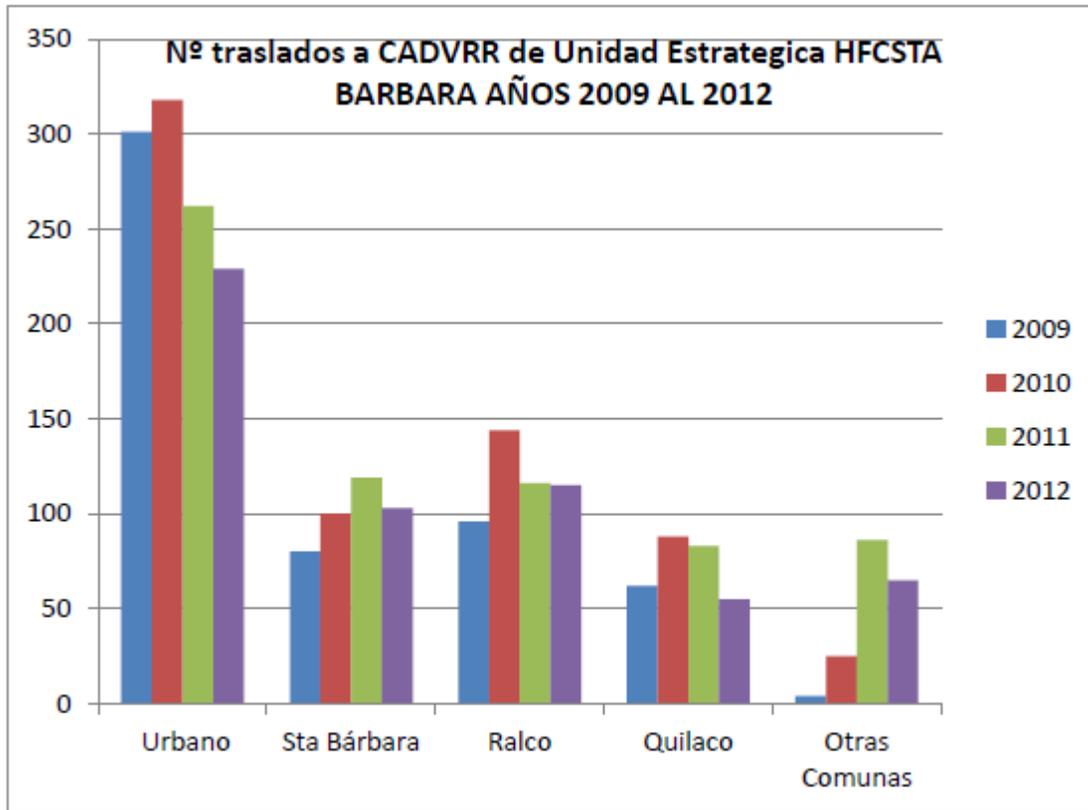
La Clínica Móvil realiza actividades de Promoción en Establecimientos rurales de nuestra comuna y en algunas comunas vecinas además. Su labor es muy relevante ya que su grupo objetivo son mayoritariamente los menores de 20 años, así como también durante el verano presta apoyo en la atención en nuestro establecimiento.

### **o Programa de Salud Reproductiva:**

1. Tasa de fecundidad 29.5
- 2.-Tasa de natalidad: 8.5
- 3.- Partos: 38, se realizan derivaciones de acuerdo a las normas de derivación
- 4.- Modalidad de atención: 10 partos en sala intercultural, 28 partos en sala tradicional
- 5.- Analgesia: Óxido nitroso
- 6.- Ingresos de embarazos: 109: 82% ingresadas antes de las 14 semanas
- 7.- Consulta Matrona por urgencia. 3992
- 8.-Mortalidad Materna: 0 %
- 9.-Registro Basal no estresante a la embarazada, monitoreo: 287
- 10.-Programa de Resolutividad Mamografías: 242 en clínica móvil FALP, Eco tomografía Mamaria: 122, equipo Móvil de Santiago. También están las asignadas a CEREDIM, Talcahuano, 2012 70 cupos y 2013 150 cupos.
- 11- PAP tomados: 587.
- 12 ECOGRAFIAS: 533 Son Obstétricas De Diagnostico De Embarazo y Estudio Fetal para la Unidad Estratégica.

o Acciones de Enfermería:

VACUNACION MENINGITIS W-135 1º Etapa año 2012 al 28 febrero 2013 Comuna de Santa Bárbara 827 98,50%



○ **Salud Cardiovascular:**

Durante el año 2012 el programa a estado dedicado a mejorar los registros internos de nuestro bajo control de pacientes crónicos y de asegurar la pesquisa, sospecha, diagnóstico y tratamiento de las patologías diabetes e hipertensión, mejorando la calidad de estas prestaciones.

**Dentro de las estrategias implementadas están:**

Nueva estratificación de riesgos cardiovasculares

Revisión, limpieza y supervisión de tarjetones de bajo control programa salud cardiovascular

Protocolo de sospecha y confirmación patologías diabetes e hipertensión

Centralización de sospechas ges HTA y DM en unidad de exámenes medico preventivos

Monitoreo diario y seguimiento de patologías ges sospechadas

Protocolo de toma de presión arterial estandarizada

Fiscalización de estadísticas semestrales

**INDICADORES ANUALES**

| COMPONENTE   | Nº DE EMP REALIZADOS | PORCENTAJE |
|--|----------------------|------------|
| Examen de medicina preventiva en hombres de 20 a 44 años           | 262                  | 22.2 %     |
| Examen medicina preventiva de mujeres de 45 a 64 años              | 124                  | 25.25%     |
| Examen de medicina preventiva en mujeres y hombres de 20 a 64 años | 829                  | 23.52 %    |
| Exámenes de medicina preventiva en adultos de 65 años y más        | 462                  | 50.49 %    |

| COMPONENTE   | PORCENTAJES |
|--|-------------|
| Cobertura de hipertensión arterial de 15 años y más    | 76.2 %      |
| Cobertura de diabetes mellitus tipo 2 de 15 años y más | 56.24 %     |

|  |         |
|--|---------|
| Compensación de pacientes con hipertensión arterial de 20 años y más con PA menor a 140/90 | 61.6 %  |
| Compensación de pacientes con diabetes mellitus 20 años y más con HBA1C menor a 7%         | 52.43 % |

| PATOLOGÍAS                     | Nº DE PACIENTES |
|--------------------------------|-----------------|
| Diabéticos                     | 410             |
| Hipertensos                    | 1047            |
| Dislipidemicos                 | 631             |
| <b>Total Bajo control PSCV</b> | <b>1263</b>     |

| PRESTACIÓN    | Nº TOTAL  |
|---------------|---|
| Fondos de ojo | 219   |
| Podología     | 100% de los pacientes que lo han requerido por derivación |
| Qualidiab     | 40  |

○ Programa Alimentario:

• Programa Infantil:

| UNIDAD ESTRATÉGICA         | Leche Purita Fortificada | Leche Purita Cereal | Mi Sopita       |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|
| Hospital Sta. Bárbara      | 2782 kgs.                | 6010 kgs.           | 160 kgs.        |
| Depto. Salud Quilaco       | 1260 kgs.                | 2240 kgs.           | 40 kgs.         |
| Depto. Salud Santa Bárbara | 1480 kgs.                | 3780 kgs.           | 120 kgs.        |
| <b>TOTAL</b>               | <b>5522 kgs.</b>         | <b>12030 kgs.</b>   | <b>320 kgs.</b> |

- Programa Adulto Embarazadas

| UNIDAD ESTRATÉGICA    | PURITA MAMÁ      |
|-----------------------|------------------|
| Hospital Sta. Bárbara | 1373 kgs.        |
| Quilaco               | 360 kgs.         |
| Depto. SALUD          | 960 kgs.         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>2693 kgs.</b> |

- Programa Adulto Mayor

| UNIDAD ESTRATÉGICA    | CREMA AÑOS DORADOS | BEBIDA LÁCTEA    |
|-----------------------|--------------------|------------------|
| Hospital Sta. Bárbara | 4645 Kgs           | 4645 Kgs         |
| Quilaco               | 3560 kgs.          | 3560 Kgs         |
| Depto. SALUD          | 4800 kgs.          | 4800 Kgs         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>13005 Kgs</b>   | <b>13005 Kgs</b> |

○ **Unidad de Kinesiología:**

En el año 2012, nuestro Servicio se enfoca en realizar las actividades del tipo comunitario en el ámbito tanto de la promoción de la salud como en la intervención rehabilitadora en terreno, objetivos para los cuales se realizaron las siguientes actividades:

- Charla Anti- tabaco a los 7º, 8º y I medios de Escuela Particular en mes de Agosto
- Charla a educadoras y funcionarios de 5 jardines infantiles sobre meningitis
- 7 Talleres de Rehabilitación y cuidados de Hombro Doloroso y Lumbago
- Atención comunitaria en campeonato de fútbol a selección local, mes de Septiembre
- 42 Talleres de Rehabilitación a integrantes de CADIS en su sede.
- Participación en 7 Reuniones de coordinación CCD y red provincial de discapacidad.
- Participación como expositores en I Jornadas de Buenas Prácticas SSBB *En la atención cerrada se obtuvieron los siguientes datos:*

- Ingreso Sala I.R.A.- E.R.A.: 593
- Control Sala I.R.A- E.R.A.: 2139
- Ingresos rehabilitación física: 373
- Controles en Sala de Rehabilitación Física: 2.321
- Atenciones Hospitalizados: 2653
- 98 Vistas Domiciliarias: Atención respiratoria: 24 Atención rehabilitación: 74
- Espiometrías: 20
- Entregas de órtesis GES: 135 (65 hospital, 70 U. estratégica)

Se destaca un peak de atenciones respiratorias en el mes de Julio, tanto en la atención de salas como en la intrahospitalaria. También destaca el alto índice de Visitas domiciliarias realizadas durante el año.

Cambio en el staff de Kinesiólogos.

○ **Unidad de Estimulación:**

Nº de atenciones sala + ludoteca + pediatría

**2011: 2051**

**2012: 2250**

**Realización de Talleres Nadie es Perfecto.**

Organización de I Jornadas Nacionales Modalidades de Estimulación Temprana en Salud.

○ **Unidad Psicosocial:**

● **Salud Mental:**

Total de atenciones 1671

Ingresos

Depresión Mayores De 15 Años Y Más

Mujeres/Hombres: 53/8

Trastornos De Ansiedad

Mujeres/Hombres: 141/51

Otros Tipos De Trastornos

Trastornos Alimenticios = 02

Trastornos Hipercinéticos = 04

Trastornos Emocionales y del Comportamiento = 20

De La Infancia Y Adolescencia

Retraso Mental = 04

Trastorno De La Personalidad = 04

○ **Salud Intercultural:**

Atenciones directas a pacientes totales N° 1429

Atención indirecta en reuniones y actividades interculturales aproximada total del año 521 personas

Mesa territorial del año = 6

Charlas informativas total = 6

Reunión equipo intercultural total = 40

Reunión sector 1 y 2 total = 5

Talleres de alimentación en Dimilwe Y Ayin Mapu total = 9

Reunión con Servicio de salud Biobío por el programa Pespi 2012 total = 7

Reunión de Equipo Psicosocial total = 40

Acompañamiento a pacientes a otros establecimientos de la Red y otras instituciones Total = 67

Capacitaciones intercultural total = 26

Charla informativas en comunidades total = 11

Capacitación cosmovisión en comunidades sobre el Wetripanmtu total = 5

Participación de Puntebun total = 3

Participación de Ñillatun total = 2

Traslado de los pacientes a Machi de Cholchol total = 13

Celebración de Wetripantu total = 6

Pacientes atendidos por Machi total = 18

Controles y seguimiento con Machi total = 39

Reuniones de la Red de Facilitadores Intercultural total = 12

Reuniones con Dirigentes en las Comunidades por trabajos interculturales comunitarios = 19  
Orientación y asesoría a funcionarios en salud interculturalidad total 100 %  
Tramites y orientación a familiares por pacientes fallecidos total = 7  
Visitas Domiciliarias total = 57  
Coordinación de horas por controles total = 62  
Coordinación de horas dentales total = 37  
Coordinación de horas medicas con Departamento de Salud total = 17  
Coordinación por controles de pacientes a TELETÓN total = 7  
Visitas a pacientes de cuidados paliativos total = 11  
10 Talleres Interculturales  
05 Pasantías  
06 Mesas Territoriales  
04 Trabajo Comunitario Con Machi

**En cuanto a la Atención Cerrada:**

**o Intrahospitalario:**

Desde el 2012 se cuenta con Telemedicina (Arturito) para la visita Intrahospitalario, lo que permite contactarnos con especialistas y poder resolver y dar diagnósticos oportunos evitando el traslado del paciente a un centro de Alta Complejidad.

**o Días camas**

2011: 8.452

2012: 9.196

**o Central de Alimentación:**

El promedio de raciones entregadas por mes a pacientes

Hospitalizados en el año 2012 fue de: 1110.

El promedio mensual de almuerzos entregados a los

Funcionarios del hospital es de 460.

El promedio mensual de colaciones entregadas a los Funcionarios que hacen turno es de 390.

En cuanto a esta área podemos mencionar que se están realizando y reevaluando protocolos de acción, los cuales nos permiten ir avanzando para así poder lograr una Certificación de atención entregada a los usuarios e usuarias.

## DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL SANTA BÁRBARA

### MISION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

El Departamento de Salud de Santa Bárbara tiene por misión contribuir al Bienestar Físico, Emocional y Social de la población Rural de nuestra Comuna. Aportando desde el ámbito de la Salud a la formación de una Comuna más Justa para todos.

### VISION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

Nuestro Departamento de Salud Municipal será reconocido como uno de los mejores a nivel país, destacándose por su emprendimiento, una atención cálida y comprometida con los usuarios.

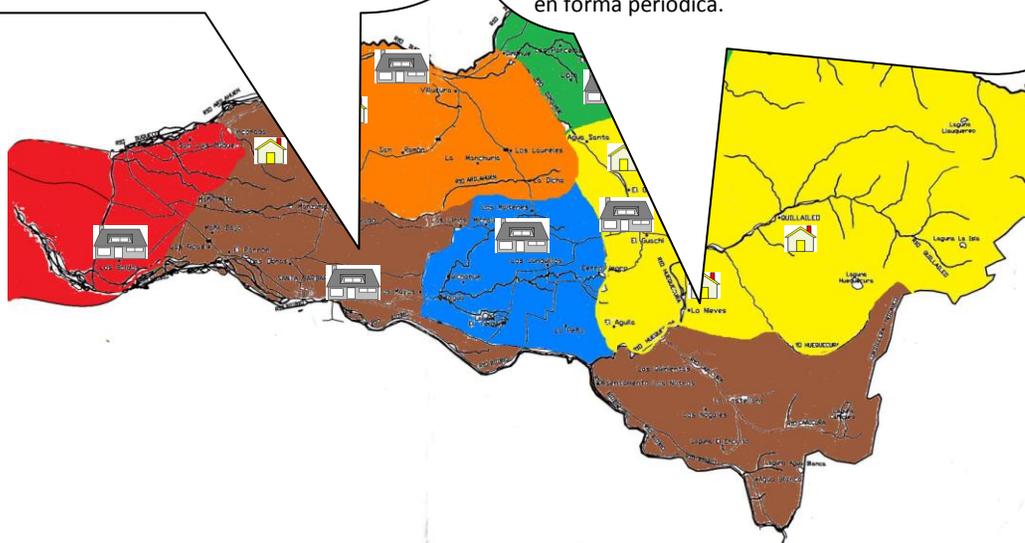
El DSM será reconocido por ser una institución de calidad, en la cual el factor principal será su personal, comprometido con una atención óptima, innovadora y oportuna. El cual se encontrará en una constante capacitación Técnico-profesional y humana.

Seremos distinguidos a nivel regional y nacional por establecer metas propias, según las necesidades de nuestra población y por el óptimo cumplimiento de los objetivos emanados por Servicio de Salud Biobío y MINSAL.

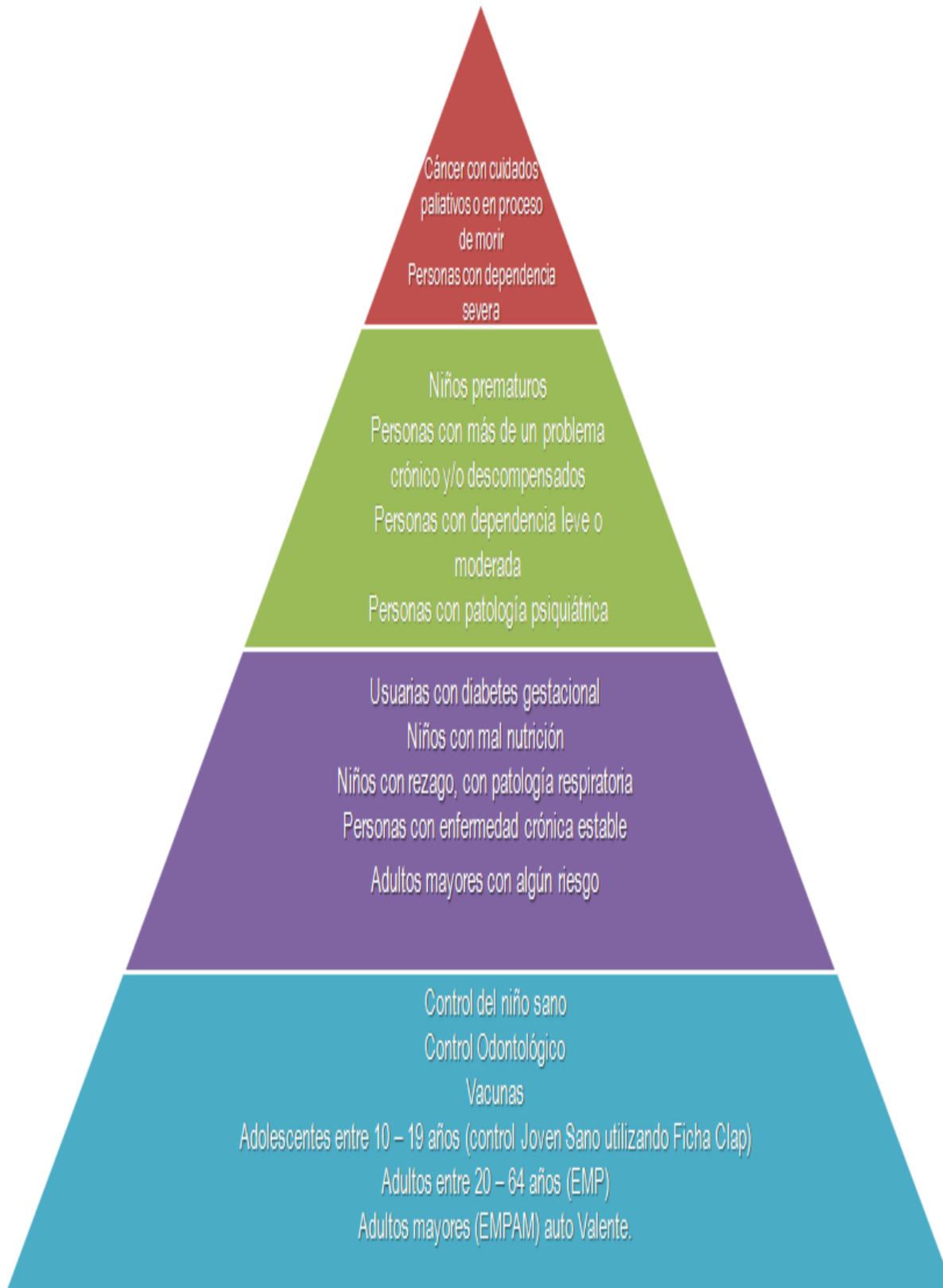
### MAPA SECTORIZACION ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPAL DE SANTA BÁRBARA

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

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







## Estratificación de la población DSM

## SECTOR 1



El Centro de salud Municipal se encuentra ubicado en la calle Zenteno N°328 de la Ciudad de Santa Bárbara y su población a atender son los siguientes sectores: Aguas blancas, El Manzano, Las Ñipas, Los álamos, Rinconada de Maipú, Corcovado, El Parrón, Los Nogales, La puntilla, Bajo Mininco, Los Lirios, Los Naranjos, Los Maitenes, Mañil, Las Obras y Los Mayos. En las Comunidades pertenecientes al sector no se dispone de Postas

de Salud Rural y un 4% de la población usuaria pertenece a la etnia Pehuenche. El sector dispone de 15 Organizaciones entre Funcionales y Territoriales y 5 Escuelas en las Comunidades de Los Notros, Lo Nieve, Corcovado, Mañil y Rinconada.

### DIAGNOSTICO DEMOGRAFICO

ACTIVIDAD ECONOMICA DEL SECTOR: Agricultura y Ganadería

MEDIO DE TRASPORTE PUBLICO: Se cuenta con locomoción desde Los Ángeles y Santa Bárbara 2 y 4 veces al día respectivamente

POBLACION: 4.126 personas

| DIVISION POBLACION | NUMERO |
|--------------------|--------|
| Infantil           | 388    |
| Adolescente        | 647    |
| Adultos            | 3091   |
| Mujeres            | 2442   |
| Adultos Mayores    | 664    |

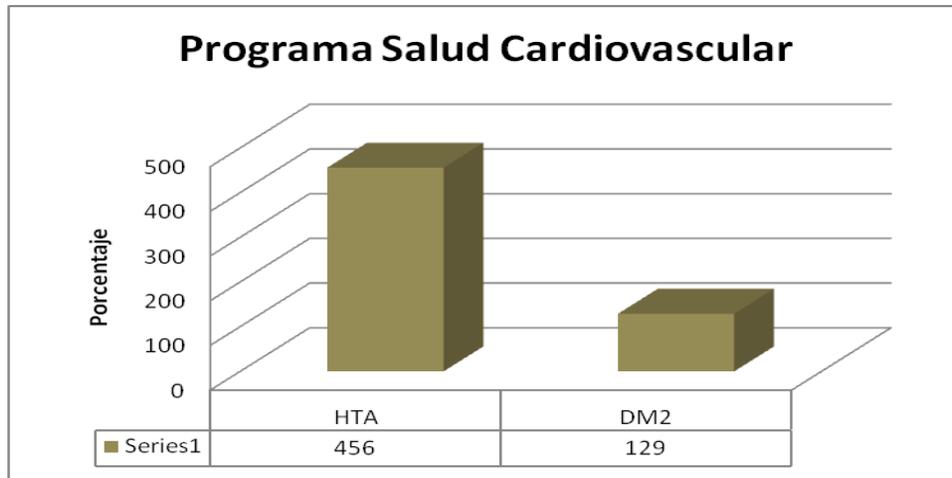
### DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

- PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
  - Cáncer por tumores malignos multifocales
  - Accidente cerebro vascular
- MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES
  - Hipertensión esencial (primaria)
  - Faringitis aguda no especificada
  - Patología gastrointestinal
  - Patología osteomuscular

**GRUPOS VULNERABLES PRESENTES**

ADULTOS MAYORES EN EL SECTOR: 16%

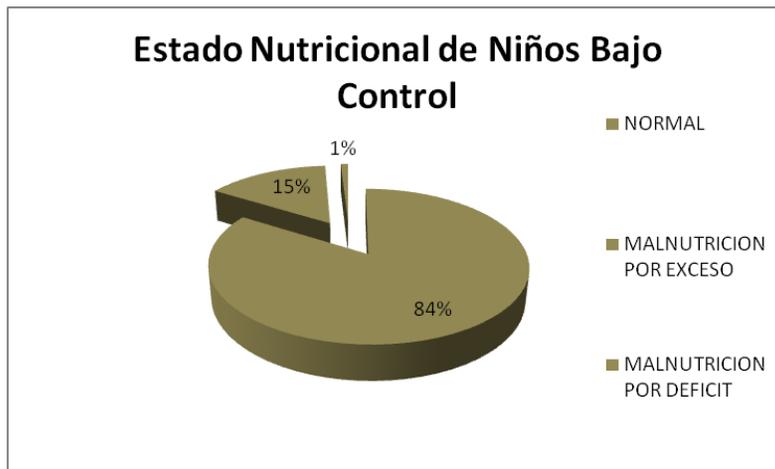
USUARIOS PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR:



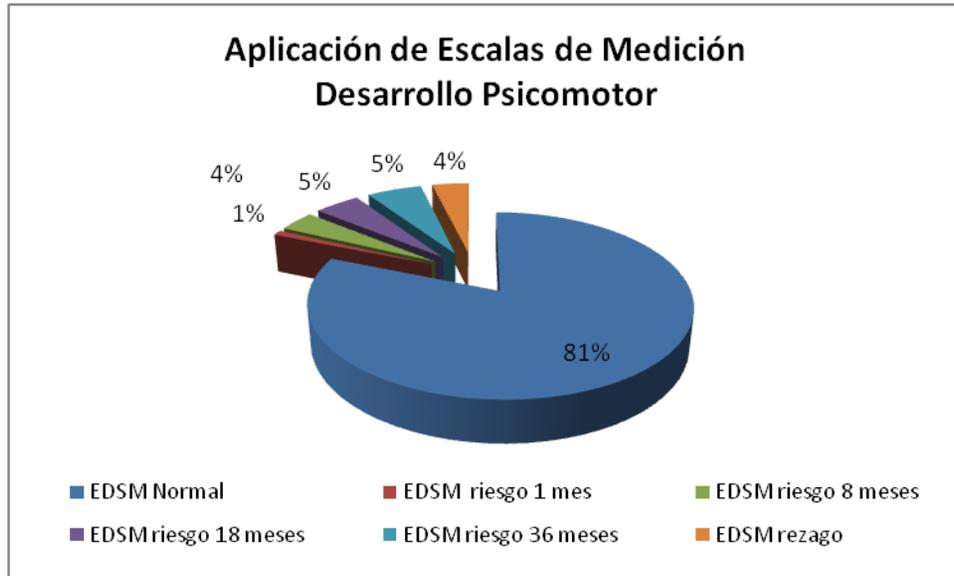
PACIENTES CON DEPENDENCIA (POSTRADOS)

NIÑOS : 3  
 ADULTOS : 1  
 ADULTOS MAYORES : 32

POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL 217 niños menores de 6 años:



NIÑOS CON RIESGO EN DESARROLLO PSICOMOTOR



EMBARAZADAS  
 INGRESOS CONTROL PRENATAL : 20 BENEFICIARIAS  
 FECUNDIDAD ADOLESCENTE : 80%

**ORGANIZACIÓN DEL SECTOR**

DIRECTOR TECNICO : Sergio Vergara, Odontólogo  
 EQUIPO DE CABECERA : Equipo de salud CES

**Problema de salud priorizado:** Escasa adherencia a tratamiento, autocuidado y empoderamiento de su salud de parte de la población beneficiaria.  
**Objetivo estratégico:** Sensibilizar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado y la responsabilidad de su propia salud.

|             |                                      | NIVELES DE PREVENCIÓN   |   |  |   |
|-------------|--------------------------------------|---|---|--|---|
| CICLO VITAL | Niveles de prevención<br>Ciclo Vital | Prevención Primordial<br>(Promoción)  | Prevención Primaria<br>(Detección)  | Prevención Secundaria<br>(Diagnóstico y tratamiento)   | Prevención Terciaria<br>(Rehabilitación)                        |
|             | <b>GESTANTE</b>                      | Orientación sobre alimentación saludable durante la gestación en consulta nutricional de ingreso. Talleres CHCC (ejercicios prenatales por ejemplo) | Control maternal y evaluación nutricional habitual a gestante. Exámenes de rutina. Derivación Oportuna. | Control Nutricional/ Maternal de seguimiento en caso de patología.   | Derivación a FAR u hospitalización en casos pertinentes.        |
|             | <b>INFANTIL</b>                      | Educación a padres o cuidadores sobre alimentación y estilo de vida saludables en establecimientos educacionales. Talleres CHCC                     | Control de Salud del niño y niña sano. Exámenes de Rutina. Derivación oportuna.                         | Ingreso a Programa Vida Sana (tto. integral). VDI, educación a grupos familiares.  | Derivación a endocrinólogo u otro especialista según necesidad. |
|             | <b>ADOLESCENTE</b>                   | Educación sobre alimentación, tabaco, OH, estilo de vida saludable en establecimientos educacionales.   | Control joven sano. Derivación oportuna. Exámenes de Rutina.  | Ingreso a Programa Vida Sana (actividad física, etc.). Control nutricional de seguimiento.                                 | Derivación a especialista según necesidad.                      |
|             | <b>ADULTO</b>                        | Educación sobre estilo de vida saludable, alimentación, tabaco, OH en salas de espera, comités de salud, juntas de vecinos.                         | EMP hombres y mujeres, control de salud por otras morbilidades, ex. rutina, derivación oportuna.        | Ingreso a control nutricional. Ingreso a PSCV si corresponde. VDI (Educación a grupo familiar). Talleres actividad física. | Derivación a especialidad según necesidad.                      |
|             | <b>ADULTO MAYOR</b>                  | Educación sobre estilo de vida saludable, alimentación, tabaco, OH en salas de espera, comités de salud, juntas de vecinos, club adulto mayor.      | EMPAM , control de salud por otras morbilidades, ex. rutina, derivación oportuna.                       | Ingreso a control nutricional. Ingreso a PSCV si corresponde. VDI (Educación a grupo familiar). Talleres actividad física. | Derivación a especialidad según necesidad.                      |

|                        |  |                      |  |
|------------------------|--|----------------------|--|
| Misión                 | Aumentar la adherencia a tratamiento ya autocuidado de nuestros usuarios de CES rural.   |                      |  |
| Objetivos Estratégicos | Sensibilizar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado y la responsabilidad de su propia salud.  |                      |  |
| Estrategias            | Talleres-educaciones-Controles-Visitas.  |                      |  |
| Pasos a Seguir         | Responsable  | Plazos               | Recursos Necesarios  |
| Educaciones y talleres | Odontólogo, Matrona, Psicólogo T. Social, Nutricionista, Educ. de Párvulos, Enfermero, Médico Kinesiólogo, Facilitador Intercultural               | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico<br>Movilización<br>Data<br>Notebook<br>Material de oficina<br>Colación saludable<br>Insumos para el taller<br>Equipo de audio |
| Controles              | Odontólogo, Matrona, Psicólogo T. Social, Nutricionista, Educ. de Párvulos, Enfermero, Médico Kinesiólogo  | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Box de atención<br>Insumos<br>Material de oficina  |
| Visitas                | Matrona<br>Psicólogo<br>T. Social<br>Nutricionista<br>Educ. de Párvulos<br>Enfermero<br>Médico<br>Kinesiólogo<br>Facilitador Intercultural<br>TENS | Enero-Diciembre 2014 | Recurso Humano<br>Movilización<br>Equipamiento clínico<br>Insumos  |

**Problema de salud priorizado:** Incremento de la malnutrición por exceso en la población debido al aumento de los factores de riesgo asociados.  
**Objetivo estratégico:** Promover hábitos y estilo de vida saludable para aumentar el porcentaje de población con estado nutricional normal.

|                                      |  | NIVELES DE PREVENCIÓN  |  |   |   |
|--------------------------------------|--|--|--|---|---|
| Niveles de prevención<br>Ciclo Vital |  | Prevención Primordial<br>(Promoción)   | Prevención Primaria<br>(Detección)   | Prevención Secundaria<br>(Diagnóstico y tratamiento)  | Prevención Terciaria<br>(Rehabilitación)  |
| <b>CICLO VITAL</b>                   | <b>GESTANTE</b><br>(Escasa adherencia control odontológico)                                  | Educación sobre salud bucal materno infantil.<br>Talleres CHCC.  | Control maternal (médico o matrona).<br>Control odontológico derivado en control maternal.<br>Pesquisa inmediata por odontólogo.   | VDI CHCC de rescate.<br>Rescate de inasistentes a control odontológico en control prenatal.<br>Citación de gestantes a controles días coincidentes. | Derivación a especialidad.<br>Seguimiento de gestantes derivadas.                                     |
|                                      | <b>INFANTIL</b><br>(Escasa adherencia a sala de estimulación)                                | Educación a padres sobre los hitos del desarrollo psicomotor.<br>Educación sobre flujograma de atención del niño.                            | Control de salud infantil por equipo, reforzando derivación y asistencia a sala de estimulación.   | VDI CHCC de rescate a niños inasistentes a sala de estimulación.  | Derivación a especialista.<br>Seguimiento de niños derivados.   |
|                                      | <b>ADOLESCENTE</b><br>(Baja adherencia a uso de condón)                                      | Educación salud sexual, prevención VIH/ITS a través del uso de condón.   | Control Joven Sano.<br>Control Planificación familiar, pesquisa de adolescentes sin uso de condón asociado a anticoncepción hormonal.  | Detección de ITS y embarazo adolescente.<br>Rescate de adolescentes sexualmente activos, sin anticoncepción en establecimientos educacionales.      | Derivación a especialista.<br>Seguimiento de adolescentes derivados y uso correcto de anticoncepción. |
|                                      | <b>ADULTO</b><br>(Escasa adherencia a control Salud Mental)                                  | Educación en autocuidado salud mental, comité de salud, junta de vecinos y sala de espera.   | Control de salud del adulto, derivación a psicólogo por diferentes profesionales)  | VDI de rescate pacientes inasistentes control Salud Mental.<br>Intervención familiar para sensibilización de la importancia de controles.           | Derivación a especialidad.<br>Consultoría salud Mental.   |
|                                      | <b>ADULTO MAYOR</b><br>(Escasa adherencia a tratamiento medicamentoso y alimentario en PSCV) | Educación sobre enfermedad y adecuado tratamiento integral de patologías crónicas en sala de espera, club de adulto mayor y comité de salud. | Control Programa salud cardiovascular por profesionales.<br>Pesquisa de mal uso de medicamentos.<br>VDI crónicos.<br>Detección de inasistencia a retiro de medicamentos en farmacia. | Visita domiciliaria para refuerzo del plan alimentario y medicamento indicado.<br>Educación uso correcto de tratamiento (resolución de dudas)       | Seguimiento de buen uso de medicamentos y evaluación de compensación.<br>Derivación a especialidad.   |

|                        |  |                      |  |
|------------------------|--|----------------------|--|
| Misión                 | Aumentar al máximo la población con estado nutricional normal  |                      |  |
| Objetivos Estratégicos | Promover hábitos y estilos de vida saludables para aumentar el porcentaje de la población con estado nutricional normal.                                   |                      |  |
| Estrategias            | Talleres-educaciones-Controles- EMP-EMPAM-Visitas-Actividad Física   |                      |  |
| Pasos a Seguir         | Responsable  | Plazos               | Recursos Necesarios  |
| Educaciones y talleres | Odontólogo, Matrona, Psicólogo, T. Social, Nutricionista, Educ. de Párvulos, Enfermero, Médico Kinesiólogo, Facilitador Intercultural Orientadora Familiar | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico<br>Movilización<br>Data<br>Notebook<br>Material de oficina<br>Colación saludable<br>Insumos para el taller<br>Equipo de audio |
| Controles              | Odontólogo, Matrona, Psicólogo T. Social, Nutricionista, Educ. de Párvulos, Enfermero, Médico Kinesiólogo  | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Box de atención<br>Insumos<br>Material de oficina  |
| EMP-EMPAM              | TENS<br>Enfermero  | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Movilización<br>Insumos<br>Equipamiento clínico  |
| Visitas                | Matrona, Psicólogo, T. Social, Nutricionista, Educ. de Párvulos, Enfermero, Médico, Kinesiólogo Facilitador Intercultural, TENS                            | Enero-Diciembre 2014 | Recurso Humano<br>Movilización<br>Equipamiento clínico<br>Insumos  |
| Actividad física       | Kinesiólogo  | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico<br>Equipo audiovisual   |

**Problema de salud priorizado:** Elevados factores de riesgo psicosociales en la población bajo control atendida en el CES Rural.

**Objetivo estratégico:** Reducir los factores de riesgo psicosociales para mejorar la calidad de vida en nuestra población.

|                    |                     | NIVELES DE PREVENCIÓN  |  |   |  |
|--------------------|---------------------|--|--|---|--|
| Ciclo Vital        |                     | Prevención Primordial (Promoción)  | Prevención Primaria (Detección)  | Prevención Secundaria (Diagnóstico y tratamiento)   | Prevención Terciaria (Rehabilitación)  |
| <b>CICLO VITAL</b> | <b>GESTANTE</b>     | Talleres CHCC realizados por equipo psicosocial y matrona. Diálogos interculturales.   | Control maternal (médico y matrona), aplicación EPsA, Escala Edimburgo. Derivación oportuna.   | Evaluación y orientación por Psicólogo, Orientadora Familiar y Trabajadora Social en caso de FR. VDI.   | Coordinación con Municipio, tribunales, hogares de acogida. Derivación a especialista según necesidad (Psiquiatra).                  |
|                    | <b>INFANTIL</b>     | Talleres CHCC del niño y la niña, Nadie es Perfecto. Entrega de PNAC. Diálogos interculturales.  | Orientación y entrega de material educativo (refuerzo habilidades) por Educadora. Control del niño y la niña (médico, enfermero, matrona), aplicación de escalas de evaluación. Derivación Oportuna. | Ingreso a control con Psicólogo para evaluación de grupo familiar. VDI (evaluación por asistente social, orientadora familiar y psicólogo)  | Coordinación con Municipio, tribunales, hogares de acogida y de menores. Derivación a especialista según necesidad (Psiquiatra).     |
|                    | <b>ADOLESCENTE</b>  | Talleres CHCC gestantes adolescentes, orientación profesional, sexualidad, OH y drogas, formación de monitores OH y drogas. Trabajo con apoderados y profesores para reforzar competencias parentales. Diálogos interculturales. | Control Joven Sano. Control maternal gestante adolescente. Derivación oportuna.  | Ingreso a control con Psicólogo para evaluación de grupo familiar. Ingreso a control con profesional pertinente. VDI equipo multidisciplinario.   | Coordinación con Municipio, tribunales, hogares de acogida e instituciones educacionales. Derivación a especialista según necesidad. |
|                    | <b>ADULTO</b>       | Talleres de autocuidado en salas de espera y comités de salud. Talleres de salud Sexual, Oh y drogas, VIF, prevención de enf. Crónicas. Diálogos interculturales.  | Aplicación de encuestas familiares. Control de Salud del Adulto (matrona, odontólogo, médico). Derivación oportuna.  | Ingreso a control con Psicólogo y A. Social para evaluación de grupo familiar. Ingreso a control con profesional pertinente. VDI equipo multidisciplinario.                                     | Coordinación con Municipio, tribunales, hogares de acogida. Derivación a especialista según necesidad.                               |
|                    | <b>ADULTO MAYOR</b> | Talleres a cuidadores de AM. Talleres de autocuidado en salas de espera y comités de salud. Entrega y degustación de PACAM. Diálogos interculturales.  | Control de Salud del AM (médico, odontólogo, nutricionista). Aplicación de EMPAM. Derivación Oportuna.   | Ingreso a control con Psicólogo y A. Social para evaluación de grupo familiar. Ingreso a control con profesional pertinente. <u>VDI equipo multidisciplinario, procedimientos en domicilio.</u> | . Coordinación con Municipio, tribunales, hogares de AM, Derivación a especialista según necesidad.                                  |

|                        |   |                      |  |
|------------------------|---|----------------------|--|
| Misión                 | Contribuir a disminuir los factores de riesgo detectados en la población bajo control.  |                      |  |
| Objetivos Estratégicos | Reducir los factores de riesgo psicosociales para mejorar la calidad de vida en nuestra población.  |                      |  |
| Estrategias            | Talleres-educaciones-Controles-Evaluaciones-Visitas.  |                      |  |
| Pasos a Seguir         | Responsable   | Plazos               | Recursos Necesarios  |
| Educaciones y talleres | Matrona, Psicólogo, T. Social<br>Nutricionista, Educ. de Párvulos<br>Enfermero, Médico, Kinesiólogo<br>Facilitador Intercultural,<br>Orientadora Familiar | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico<br>Movilización<br>Data<br>Notebook<br>Material de oficina<br>Colación saludable<br>Insumos para el taller<br>Equipo de audio |
| Controles              | Odontólogo, Matrona, Psicólogo<br>T. Social, Nutricionista, Educ. de<br>Párvulos, Enfermero, Médico<br>Kinesiólogo  | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Box de atención<br>Insumos<br>Material de oficina  |
| Visitas                | Matrona, Psicólogo, T. Social<br>Educ. de Párvulos, Enfermero<br>Médico, Kinesiólogo, Facilitador<br>Intercultural  | Enero-Diciembre 2014 | Recurso Humano<br>Movilización<br>Equipamiento clínico<br>Insumos  |

## SECTOR 2



La Posta de Los Junquillos se encuentra ubicada a 18 km de la ciudad de Santa Bárbara, atiende como población usuaria a las siguientes Comunidades: Villa Los Junquillos, Los Junquillos, Cerro negro, La Peña, Pueblo hundido.

Existen en el sector 5 organizaciones territoriales y 9 funcionales y un 25% de usuarios de etnia Pehuenche. Se cuenta además con dos Establecimientos de Educación

Escuela Mariano Puga Vega y Sala Cuna y Jardín Infantil “Mi pequeño Mundo”.

### **DIAGNOSTICO DEMOGRAFICO**

ACTIVIDAD ECONOMICA DEL SECTOR: Apícola, Agricultura y Ganadería.

MEDIO DE TRASPORTE PÚBLICO:

Desde el Huachi a Santa Bárbara: 7:30,10:00,14:30,17:30,

Desde Santa Bárbara al Huachi: 8:45,14:30,18:00

POBLACION: 1.091 personas

| DIVISION<br>POBLACION | NUMERO |
|-----------------------|--------|
| Infantil              | 156    |
| Adolescente           | 191    |
| Adultos               | 744    |
| Mujeres               | 497    |
| Adultos Mayores       | 98     |

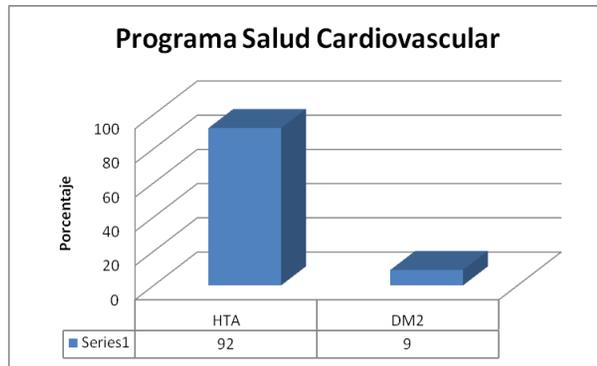
### **DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO**

- PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
  - Accidente cerebro vascular
  - Tumor maligno diferentes localizaciones
  - Enfermedad pulmonar
  
- MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES
  - Lumbago
  - Problemas respiratorios
  - Trastornos digestivos,
  - Enfermedades infectocontagiosas
  -

**GRUPOS VULNERABLES PRESENTES**

ADULTOS MAYORES EN EL SECTOR: 8,98%

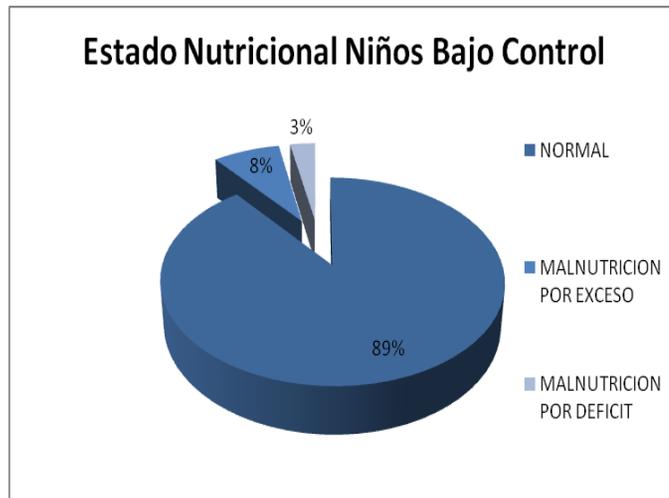
USUARIOS PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR



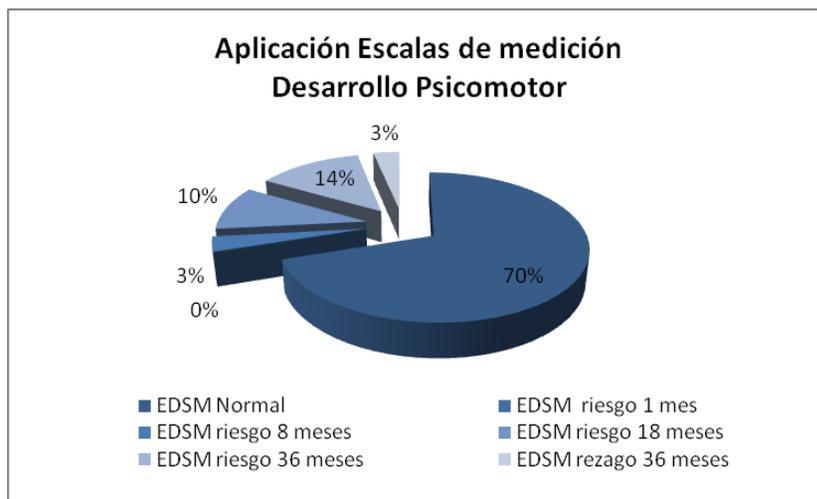
PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA (POSTRADOS)

NIÑOS : 1  
 ADULTOS : 3  
 ADULTOS MAYORES : 10

POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL 103 niños



NIÑOS CON RIESGO EN DESARROLLO PSICOMOTOR



EMBARAZADAS

INGRESOS CONTROL PRENATAL : 16 usuarias

FECUNDIDAD ADOLESCENTE : 12%

**ORGANIZACIÓN DEL SECTOR**

ENCARGADO DE SECTOR : Jocelyn Mellado, TENS  
 COORDINADOR DE SECTOR : Samanta Jiménez, Asistente Social  
 EQUIPO DE CABECERA : Equipo de salud rural  
 FORMA DE ATENCION : La atención se realiza de Lunes a Jueves en horario de 08:00 a 17:00 hrs y Viernes de 08:00 a 16:00 hrs. Se cuenta con 4 Rondas Medicas al mes, divididas en 2 para los sectores de Cerro negro, Ayin Mapu, Pueblo hundido y 2 para los sectores de Villa Los Junquillos y Los Junquillos.

**Problema de salud priorizado:** Un alto porcentaje de embarazadas obesas en la Posta Los Junquillos  
**Objetivo estratégico:** Lograr reducir la malnutrición en las embarazadas.

| Niveles prevención<br>Ciclo vital                | PREVENCIÓN PRIMORDIAL<br>(Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA<br>(Detección)  | PREVENCIÓN SECUNDARIA<br>(Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA<br>(Rehabilitación)             |
|--|--|---|--|--|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total:16<br>N° obesas:6    | Realizar educación sobre hábitos de vida saludables en control prenatal.   | Realizar en control prenatal la medición y derivación oportuna.                         | Efectuar derivación a control nutricional en caso de sobrepeso y obesidad.   | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total:81<br>N° obesos:8    | Realizar educación sobre alimentación y hábitos de vida saludables en colegios, jardines infantiles, y control sano.                 | En el control de salud infantil, se efectuará la medición y derivación correspondiente. | Se deberá ingresar a control nutricional.<br><br>Trabajo con la Red de Apoyo (colegio, jardín infantil, familia), en alimentación y actividad física | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total:10<br>N° obesos:2 | Realizar educaciones sobre hábitos de vida saludables es los kioscos que se encuentren insertos en los Establecimientos Educativos.  | Control de salud del adolescente, para una derivación oportuna.                         | Ingreso a control nutricional<br><br>Trabajo con la Red de Apoyo (Establecimientos educativos y, familia), en alimentación y actividad física.       | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADULTO</b><br>N° total<br>N° obesos           | Realizar educaciones sobre hábitos de vida saludable en organizaciones comunitarias (Junta de vecinos)                               | Control de salud del adulto y derivación (EMPA)   | Ingreso a control nutricional.<br>Derivación a programa cardiovascular si corresponde.<br>Trabajo con familia.                                       | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total<br>N° obesos     | Realizar educación sobre alimentación y hábitos de vida saludable.<br><br>Trabajo con la junta de vecinos y Club de Adultos Mayores. | Control de salud de adulto mayor, (EMPAM)   | Ingreso a control nutricional, derivación a programa cardiovascular si corresponde.<br><br>Trabajo con familia.                                      | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |

|                        |   |          |  |
|------------------------|---|----------|--|
| Misión                 | Reducir la obesidad en embarazadas  |          |  |
| Objetivos Estratégicos | Lograr reducir la malnutrición en las embarazadas   |          |  |
| Estrategias            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controles</li> <li>- Consejerías</li> <li>- Talleres</li> <li>- Visitas domiciliarias</li> </ul> |          |  |
| Pasos a seguir         | Responsables  | Plazos   | Recursos Necesarios  |
| Educaciones y talleres | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Matrona</li> <li>- Nutricionista</li> <li>- Médico</li> <li>- TENS</li> </ul>                    | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Box de atención (con implementación necesaria).</li> <li>- Material audiovisual</li> <li>- Material para ejecución de talleres (Alimentos Saludables, trípticos, entre otros).</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul> |
| Controles              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico</li> <li>- Matrona</li> <li>- Nutricionista</li> </ul>                                    | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura</li> <li>- Normas vigentes</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul>   |
| Visitas domiciliarias  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutricionista</li> <li>- TENS</li> <li>- Matrona</li> </ul>                                      | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul>   |

**Problema de salud priorizado:** Inasistencia de las embarazadas del sector de la Posta de Salud Rural de Los Junquillos a control dental.  
**Objetivo estratégico:** Que todas las embarazadas ingresadas a control prenatal estén bajo control odontológico

| Niveles prevención<br>Ciclo vital                  | PREVENCION PRIMORDIAL<br>(Promoción)   | PREVENCION PRIMARIA<br>(Detección)   | PREVENCION SECUNDARIA<br>(Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCION TERCIARIA<br>(Rehabilitación)             |
|--|--|--|--|--|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total bajo Control: 16       | Educación sobre la importancia de su salud bucal en el embarazo, la cual se efectuara en el control prenatal.  | Realizar en control prenatal la y derivación oportuna a odontólogo.                      | Ingresos a control y tratamiento dental integral.  | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total:81                     | Educación sobre la importancia de salud bucal en los menores en colegios, jardines infantiles, y control sano. | En el control de salud infantil (2, 4, 6 años) se realiza la derivación correspondiente. | Se deberá ingresar a control y tratamiento dental integral.<br><br>Trabajo con los establecimientos educacionales (colegio, jardín infantil y familia), en hábitos de higiene bucal. | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 31                 | Educaciones sobre la importancia de la salud bucal en los Establecimientos Educacionales.                      | Control Joven Sano, para una derivación oportuna.  | Ingreso a control y tratamiento dental integral.<br><br>Trabajo con los establecimientos educacionales (Colegio, Liceo y familia), en hábitos de higiene bucal.                      | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADULTO</b><br>N° total:167                      | Educaciones en Posta de la importancia de la salud bucal.  | Control de salud del adulto (EMPA) y derivación oportuna                                 | Ingreso a control y tratamiento dental.  | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total:<br>N° Tratamiento | Educación sobre la importancia de la salud bucal en Posta.   | Control de salud de adulto mayor, (EMPAM).   | Ingreso a control y tratamiento dental.<br><br>Trabajo con familia.  | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |

|                        |  |          |  |
|------------------------|--|----------|--|
| Misión                 | Que las embarazadas ingresen a control dental  |          |  |
| Objetivos Estratégicos | Que todas las embarazadas ingresadas a control prenatal estén bajo control odontológico                  |          |  |
| Estrategias            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controles</li> <li>- Consejerías</li> <li>- Talleres</li> </ul> |          |  |
| Pasos a seguir         | Responsables   | Plazos   | Recursos Necesarios  |
| Educaciones y talleres | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Odontólogo</li> <li>- TENS</li> </ul>                           | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Box de atención (con implementación necesaria).</li> <li>- Material audiovisual</li> <li>- Material para ejecución de talleres</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul> |
| Controles              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Odontólogo</li> <li>- Médico</li> <li>- Matrona</li> </ul>      | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura</li> <li>- Normas vigentes</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul>   |
| Visitas domiciliarias  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutricionista</li> <li>- TENS</li> <li>- Matrona</li> </ul>     | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul>   |

**Problema de salud priorizado:** Inasistencia de las embarazadas a control prenatal a control dental  
**Objetivo estratégico:** Lograr reducir la malnutrición en las embarazadas

| Niveles prevención<br>Ciclo vital                                   | PREVENCIÓN PRIMORDIAL<br>(Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA<br>(Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA<br>(Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA<br>(Rehabilitación)             |
|---|--|--|--|--|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total bajo Control: 16<br>N° No acuden a con: | Educación sobre la importancia de su salud bucal en el embarazo, la cual se efectuara en el control prenatal.  | Realizar en control prenatal la y derivación oportuna a odontólogo.                      | Ingresos a control y tratamiento dental integral.  | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total:81<br>N° Tratamiento Odontológico       | Educación sobre la importancia de salud bucal en los menores en colegios, jardines infantiles, y control sano. | En el control de salud infantil (2, 4, 6 años) se realiza la derivación correspondiente. | Se deberá ingresar a control y tratamiento dental integral.<br><br>Trabajo con los establecimientos educacionales (colegio, jardín infantil y familia), en hábitos de higiene bucal. | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 31<br>N° Tratamiento odontológico:  | Educaciones sobre la importancia de la salud bucal en los Establecimientos Educativos.                         | Control Joven Sano, para una derivación oportuna.  | Ingreso a control y tratamiento dental integral.<br><br>Trabajo con los establecimientos educacionales (Colegio, Liceo y familia), en hábitos de higiene bucal.                      | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADULTO</b><br>N° total:167<br>N° Tratamiento odontológico:       | Educaciones en Posta de la importancia de la salud bucal.  | Control de salud del adulto (EMPA) y derivación oportuna                                 | Ingreso a control y tratamiento dental.  | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total:<br>N° Tratamiento                  | Educación sobre la importancia de la salud bucal en Posta.   | Control de salud de adulto mayor, (EMPAM).   | Ingreso a control y tratamiento dental.<br><br>Trabajo con familia.  | Si es necesario derivación a otro nivel de atención. |

|                        |  |          |  |
|------------------------|--|----------|--|
| Misión                 | Reducir la obesidad en embarazadas   |          |  |
| Objetivos Estratégicos | Lograr reducir la malnutrición en las embarazadas.   |          |  |
| Estrategias            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controles</li> <li>- Consejerías</li> <li>- Talleres</li> </ul> |          |  |
| Pasos a seguir         | Responsables   | Plazos   | Recursos Necesarios  |
| Educaciones y talleres | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Odontólogo</li> <li>- TENS</li> </ul>                           | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Box de atención (con implementación necesaria).</li> <li>- Material audiovisual</li> <li>- Material para ejecución de talleres</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul> |
| Controles              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Odontólogo</li> <li>- Médico</li> <li>- Matrona</li> </ul>      | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura</li> <li>- Normas vigentes</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul>   |
| Visitas domiciliarias  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutricionista</li> <li>- TENS</li> <li>- Matrona</li> </ul>     | Año 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización</li> <li>- Recurso Humano</li> </ul>   |

### SECTOR 3



La Posta Los Boldos se encuentra a 22 Km de la ciudad de Santa Bárbara, dentro de los beneficiarios del sector se encuentran las Comunidades de: Los Boldos, Las Garzas, Los troncos, Santa Amalia, San Luis de Duqueco. Un 2% de los usuarios pertenece a la etnia Pehuenche.

Existen en el sector un total de 10 organizaciones entre Territoriales y funcionales. Se cuenta además con 2

Establecimientos de Educación: Escuela Los Boldos y Sala cuna y Jardín infantil “Ronda de niños y niñas”.

#### **DIAGNOSTICO DEMOGRAFICO**

POBLACION: 943 personas

| DIVISION POBLACION | NUMERO |
|--------------------|--------|
| Infantil           | 118    |
| Adolescente        | 171    |
| Adultos            | 654    |
| Mujeres            | 468    |
| Adultos Mayores    | 88     |

ACTIVIDAD ECONOMICA DEL SECTOR: Agricultura y Ganadería

MEDIO DE TRASPORTE PUBLICO: Se cuenta con locomoción desde Los Ángeles y Santa Bárbara 2 y 4 veces al día respectivamente

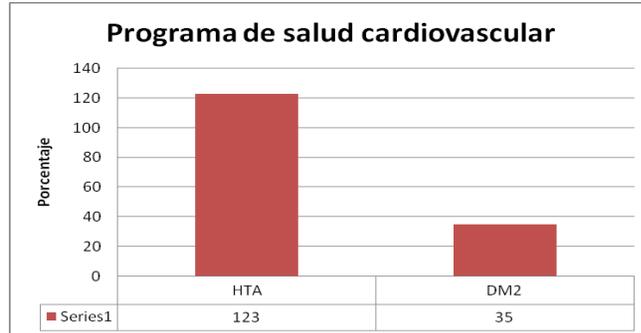
#### **DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO**

- PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
  - Accidente cerebro vascular
  - Cáncer gástrico
  - Infarto agudo al miocardio
  
- MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES
- Rinofaringitis aguda (resfrío común)
- Hipertensión esencial (primaria)
- Faringitis aguda no especificada
- Abdomen Agudo
- Artrosis

**GRUPOS VULNERABLES PRESENTES**

ADULTOS MAYORES EN EL SECTOR: 9,3%

USUARIOS PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR:



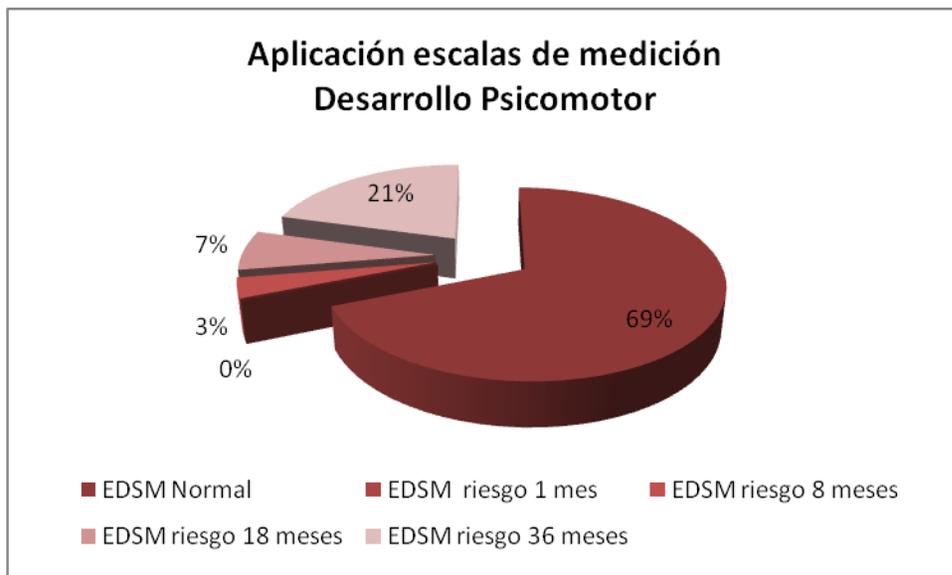
PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA (POSTRADOS)

NIÑOS : 0  
 ADULTOS : 3  
 ADULTOS MAYORES : 11

POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL 59 niños menores de 6 años:



NIÑOS CON RIESGO EN DESARROLLO PSICOMOTOR



EMBARAZADAS  
INGRESOS CONTROL PRENATAL : 8 BENEFICIARIAS  
FECUNDIDAD ADOLESCENTE : 38%

### **ORGANIZACIÓN DEL SECTOR**

ENCARGADO DE SECTOR : José Purrán TENS  
COORDINADOR DE SECTOR : Emilia Cheúl, Psicóloga  
EQUIPO DE CABECERA : Equipo de salud rural  
FORMA DE ATENCION : La atención se realiza de Lunes a Jueves en horario de 08:00 a 17:00 hrs y Viernes de 08:00 a 16:00 hrs. Se cuenta con 3 Rondas Medicas al mes.

**Problema de salud priorizado:** Incremento de usuarios con diagnóstico de Cáncer Gástrico  
**Objetivo estratégico:** Contener y prevenir el Cáncer Gástrico

| Niveles prevención Ciclo vital                           | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)               |
|--|---|---|---|---|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total: 5<br>N° gestantes: 0        | Educación en estilos de vida saludable a gestante y familia nuclear.  | Control maternal al día para detección oportuna de cualquier sintomatología.  | Derivación a evaluación médica-especialidad en caso de confirmación Diagnóstica.<br>Ingreso a tratamiento.<br>Visita Domiciliara Integral con Equipo de Salud.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total: 110<br>N° infantes: 0       | Evaluación en estilos de vida saludables y factores protectores en salud, en jardines infantiles y a centros de apoderados y persona educativo.                                 | Control sano al día.<br>Detección oportuna de Diagnóstico.  | Derivación a evaluación médica-especialidad en caso de confirmación Diagnóstica.<br>Ingreso a tratamiento.<br>Visita Domiciliara Integral con Equipo de Salud.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 87<br>N° adolescentes: 0 | Educación de estilos de vida saludable y factores protectores en salud en establecimientos educacionales y centro de padres, apoderados y profesores.                           | Aplicación ficha CLAP.<br>Diagnóstico oportuno.   | Derivación a evaluación médica-especialidad en caso de confirmación Diagnóstica.<br>Ingreso a tratamiento.<br>Trabajo con intrasector: clubes, colegios, entre otros.<br>Visita Domiciliara Integral con Equipo de Salud.                     | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO</b><br>N° total: 517<br>N° adultos: 0          | Educación de estilos de vida saludable y factores protectores en salud a usuarios y familias.<br>Estrategias de trabajo con organizaciones comunitarias y centros comunitarios. | Control de salud al día.<br>Exámenes periódicos.<br>Consultas oportunas cuando existe presencia de sintomatología extraña en organismo. | Derivación a evaluación médica-especialidad en caso de confirmación Diagnóstica.<br>Ingreso a tratamiento.<br>Intervenciones familiares biopsicosociales .<br>Visita Domiciliara Integral con Equipo de Salud.                                | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total: 73<br>N° AM: 4          | Educación de estilos de vida saludable y factores protectores a usuario y familia.  | Aplicación de EFAM anual.<br>Control de salud al día.<br>Exámenes periódicos.<br>Alertas de presencia de sintomatología.                | Derivación a evaluación médica-especialidad en caso de confirmación Diagnóstica.<br>Ingreso a tratamiento.<br>Intervenciones familiares biopsicosociales.<br>Intervenciones a cuidadores.<br>Visita Domiciliara Integral con Equipo de Salud. | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|                        |  |          |  |
|------------------------|--|----------|--|
| Misión                 | Educar a la población a cargo en diagnóstico de Cáncer Gástrico                  |          |  |
| Objetivos estratégicos | Contener y prevenir usuarios con Cáncer Gástrico                                 |          |  |
| Estrategias            | Educaciones y talleres<br>Controles de salud<br>Visitas Domiciliarias Integrales |          |  |
| Pasos a seguir         | responsables   | plazos   | Recursos necesarios  |
| Educaciones y talleres | TENS<br>Psicólogo<br>Nutricionista<br>Kinesiólogo<br>Enfermero                   | Año 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería |
| Controles              | TENS<br>Médico<br>Enfermera<br>Psicólogo   | Año 2014 | Infraestructura de Postas de Salud Rural según normativas vigentes           |
| Vistas domiciliarias   | TENS<br>Asistente Social<br>Psicóloga<br>Médico<br>Enfermera                     | Año 2014 | Movilización   |

**Problema de salud priorizado:** Incremento de embarazo adolescente en población a cargo  
**Objetivo estratégico:** Disminuir embarazo adolescente en población a cargo

| Niveles prevención<br>Ciclo vital                        | PREVENCIÓN PRIMORDIAL<br>(Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA<br>(Detección)  | PREVENCIÓN SECUNDARIA<br>(Diagnóstico y Tratamiento)  | PREVENCIÓN<br>TERCIARIA<br>(Rehabilitación)         |
|--|--|---|---|---|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total: 5<br>N° gestantes: 0        | Educación en sexualidad responsable y regulación de fecundidad.<br>Consejería de Autocuidado.  | Controles con Matrona de salud al día.<br>Controles de salud al día.                              | Derivación a evaluación por Matrona.<br>Derivación para evaluación de Salud Integral.<br>Visita Domiciliaria Integral.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total: 110<br>N° infantes: 0       | Talleres educativos en conocimiento del cuerpo y ciclo reproductivo en establecimientos educacionales.<br>Psicoeducación a centro de padres y apoderados en normas de crianza y comunicación efectiva en temas de sexualidad.<br>Talleres educativos en factores protectores y de riesgo en salud.   | Control sano al día.  | Derivación a profesional de salud indicado en caso de pesquisa de alguna sintomatología o factor de riesgo en el usuario.<br>Talleres educativos con establecimientos educacionales (alumnos, padres/apoderados, docentes).   | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 87<br>N° adolescentes: 3 | Talleres educativos en sexualidad responsable y regulación de la fecundidad.<br>Charlas informativas con énfasis en enfermedades de transmisión sexual.<br>Psicoeducación a establecimientos educacionales para adolescentes, centro de padres/apoderados y docentes, en comunicación efectiva y estrategias de afrontamiento de temáticas de sexualidad.<br>Talleres educativos en factores protectores y de riesgo en salud. | Aplicación ficha CLAP.<br>Diagnóstico oportuno.<br>Consejería individual.<br>Consejería familiar. | Derivación para evaluación de salud integral.<br>Ingreso a Programa CHCC.<br>Ingreso a Programa de la Mujer.<br>Ingreso a Programa de Salud Mental Integral.<br>Intervenciones biopsicosociales con familia.<br>Visita Domiciliaria Integral.<br>Talleres educativos en establecimientos educacionales.<br>Talleres educativos con organizaciones comunitarias. | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO</b><br>N° total: 517<br>N° adultos: 0          | Talleres educativos con énfasis en comunicación efectiva con adolescentes y estrategias de abordaje de temáticas de sexualidad.<br>Talleres educativos en factores protectores y de riesgo en salud.   | Controles de salud al día.  | Derivación a evaluación por profesional de salud que corresponda.<br>Consejerías individuales y familiares de autocuidado y/o seguimiento de casos clínicos.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total: 73<br>N° AM: 0          | Educación en estilos de crianza funcionales.<br>Consejerías familiares.  | Controles de salud al día.  | Derivación a evaluación por profesional de salud que corresponda.<br>Consejerías individuales y familiares de autocuidado y/o seguimiento de casos clínicos   | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|                        |   |          |  |
|------------------------|---|----------|--|
| Misión                 | Disminución de embarazo en adolescentes en población a cargo                                      |          |  |
| Objetivos estratégicos | Prevenir y educar a la población en temáticas de adolescencia-sexualidad                          |          |  |
| Estrategias            | Educaciones y talleres<br>Controles de salud<br>Visitas Domiciliarias Integrales                  |          |  |
| Pasos a seguir         | responsables  | plazos   | Recursos necesarios  |
| Educaciones y talleres | TENS<br>Matrona<br>Psicólogo<br>Orientadora Familiar<br>Asistente Social<br>Educadora de Párvulos | Año 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería |
| Controles              | TENS<br>Matrona<br>Médico<br>Nutricionista<br>Psicólogo   | Año 2014 | Infraestructura de Postas de Salud Rural según normativas vigentes           |
| Vistas domiciliarias   | TENS<br>Asistente Social<br>Orientadora Familiar<br>Psicólogo<br>Educadora de Párvulos            | Año 2014 | Movilización   |

**Problema de salud priorizado:** Alta incidencia de Violencia Intrafamiliar en población a cargo  
**Objetivo estratégico:** Detectar oportunamente y disminuir problemáticas de Violencia Intrafamiliar en usuarios

| Niveles prevención<br>Ciclo vital                        | PREVENCIÓN PRIMORDIAL<br>(Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA<br>(Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA<br>(Diagnóstico y Tratamiento)  | PREVENCIÓN TERCIARIA<br>(Rehabilitación)            |
|--|--|--|---|---|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total: 5<br>N° gestantes: 0        | Educación en factores protectores y de riesgo biopsicosocial.<br>Consejería individual en prevención de VIF.   | Controles de salud al día.<br>Consejería individual en control prenatal.<br>Visita Domiciliaria Integral.  | Derivación a Equipo Psicosocial.<br>Ingreso a Programa de Salud Mental Integral.<br>Psicoterapia.<br>Consejería individual de Autocuidado.<br>Consejería familiar de factores protectores y de riesgo psicosocial.<br>Visita Domiciliaria Integral.   | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total: 110<br>N° infantes: 3       | Talleres educativos convivencia adecuada en la familia.<br>Psicoeducación a centro de padres y apoderados en estilos de crianza y prevención de VIF.<br>Talleres educativos en factores protectores y de riesgo psicosocial. | Control sano al día.<br>Consejería a cuidadores de infantes en factores de protectores y de riesgo psicosocial.  | Derivación a Equipo Psicosocial.<br>Ingreso a Programa de Salud Mental Integral.<br>Psicoterapia.<br>Consejería individual de Autocuidado.<br>Consejería familiar de factores protectores y de riesgo psicosocial.<br>Visita Domiciliaria Integral.<br>Intervenciones psicoeducativas en centro de padres y apoderados y docentes.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 87<br>N° adolescentes: 4 | Talleres educativos convivencia adecuada en la familia.<br>Psicoeducación a centro de padres y apoderados en estilos de crianza y prevención de VIF.<br>Talleres educativos en factores protectores y de riesgo psicosocial. | Aplicación ficha CLAP.<br>Diagnóstico oportuno de VIF.<br>Consejería individual de Autocuidado y factores de riesgo psicosocial.<br>Consejería familiar de factores protectores y de riesgo psicosocial. | Derivación a Equipo Psicosocial.<br>Ingreso a Programa de Salud Mental Integral.<br>Psicoterapia.<br>Consejería individual de Autocuidado.<br>Consejería familiar de factores protectores y de riesgo psicosocial.<br>Visita Domiciliaria Integral.<br>Intervenciones psicoeducativas en centro de padres y apoderados y docentes.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO</b><br>N° total: 517<br>N° adultos: 10         | Psicoeducación grupal en prevención de VIF.<br>Psicoeducación en factores protectores y de riesgo psicosociales.   | Controles de salud al día.<br>Consejería individual de Autocuidado.<br>Consejería familiar de factores protectores y de riesgo psicosocial.  | Derivación a Equipo Psicosocial.<br>Ingreso a Programa de Salud Mental Integral.<br>Psicoterapia.<br>Consejería individual de Autocuidado.<br>Consejería familiar de factores protectores y de riesgo psicosocial.<br>Visita Domiciliaria Integral.<br>Intervenciones con organizaciones comunitarias.<br>Intervenciones psicoeducativas en centro de padres y apoderados y docentes. | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total: 73<br>N° AM: 0          | Psicoeducación grupal en prevención de VIF.<br>Psicoeducación en factores protectores y de riesgo psicosociales.   | Controles de salud al día.<br>Consejería individual de Autocuidado.<br>Consejería familiar en factores protectores y de riesgo psicosocial.  | Derivación a Equipo Psicosocial.<br>Ingreso a Programa de Salud Mental Integral.<br>Psicoterapia.<br>Consejería individual de Autocuidado.<br>Consejería familiar de factores protectores y de riesgo psicosocial.<br>Visita Domiciliaria Integral.<br>Intervenciones con organizaciones comunitarias.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|                        |  |          |  |
|------------------------|--|----------|--|
| Misión                 | Detección oportuna y disminución de Violencia Intrafamiliar  |          |  |
| Objetivos estratégicos | Prevenir y detectar Violencia Intrafamiliar en usuarios  |          |  |
| Estrategias            | Educaciones y talleres<br>Controles de salud<br>Visitas Domiciliarias Integrales                               |          |  |
| Pasos a seguir         | responsables   | plazos   | Recursos necesarios  |
| Educaciones y talleres | TENS<br>Psicólogo<br>Orientadora Familiar<br>Asistente Social<br>Educatriz de Párvulos                         | Año 2014 | Mobilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería |
| Controles              | TENS<br>Psicólogo<br>Asistente Social<br>Médico<br>Matrona<br>Enfermera<br>Nutricionista                       | Año 2014 | Infraestructura de Postas de Salud Rural según normativas vigentes           |
| Vistas domiciliarias   | TENS<br>Asistente Social<br>Orientadora Familiar<br>Psicólogo<br>Educatriz de Párvulos<br>Orientadora Familiar | Año 2014 | Mobilización   |

## SECTOR 4



La Posta de Villucura se encuentra a 21 km de la ciudad de Santa Bárbara, los sectores que forman parte de los usuarios de dicho Establecimiento son: Las tiendas de Villucura, San Antonio, Los Laureles, San Ramón, Arilahuen, El recodo de Dimilhue.

El sector cuenta con 8 organizaciones entre funcionales y territoriales. Cuenta además con una Escuela-Internado.

### DIAGNOSTICO DEMOGRAFICO

ACTIVIDAD ECONOMICA DEL SECTOR: Agrícola y Forestal.

POBLACION: 746 personas

| DIVISION<br>POBLACION | NUMERO |
|-----------------------|--------|
| Infantil              | 41     |
| Adolescente           | 96     |
| Adultos               | 609    |
| Mujeres               | 394    |
| Adultos Mayores       | 130    |

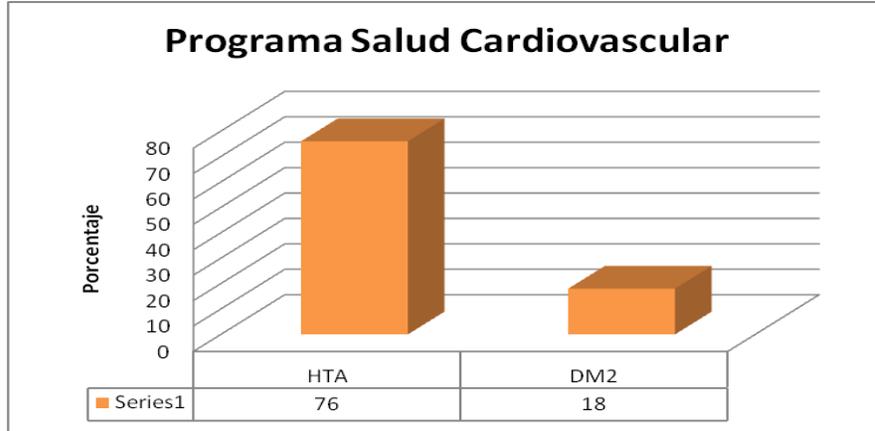
### DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

- PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
  - Accidente cerebro vascular
  - Cáncer gástrico
  - Infarto agudo al miocardio
  
- MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES
  - Rinofaringitis aguda (resfrío común)
  - Hipertensión esencial (primaria)
  - Faringitis aguda no especificada
  - Abdomen Agudo
  - Artrosis

**GRUPOS VULNERABLES PRESENTES**

ADULTOS MAYORES EN EL SECTOR: 9,3%

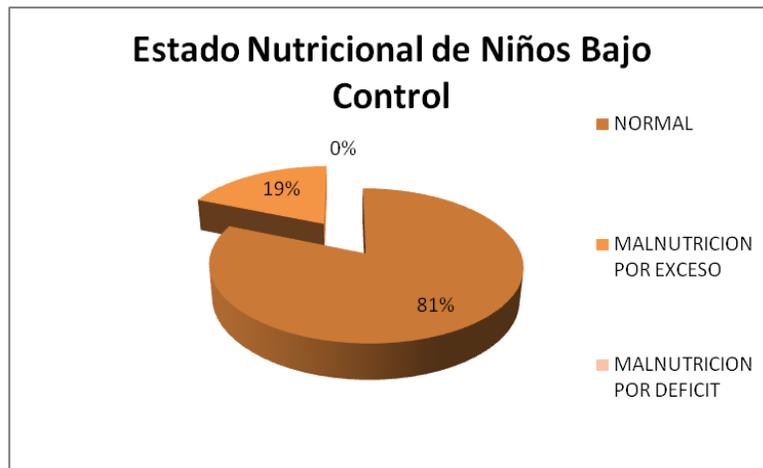
USUARIOS PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR:



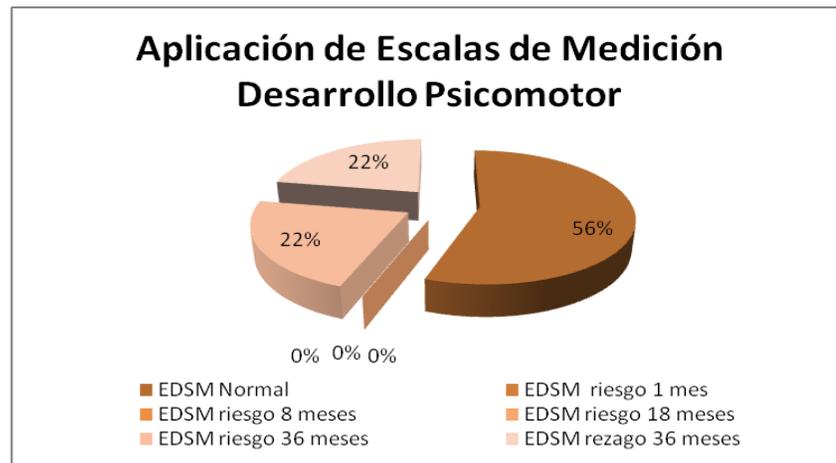
PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA (POSTRADOS)

NIÑOS : 0  
 ADULTOS : 3  
 ADULTOS MAYORES : 11

POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL 16 niños menores de 6 años:



NIÑOS CON RIESGO EN DESARROLLO PSICOMOTOR



EMBARAZADAS

INGRESOS CONTROL PRENATAL : 2 BENEFICIARIAS  
 FECUNDIDAD ADOLESCENTE : 50%

**ORGANIZACIÓN DEL SECTOR**

ENCARGADO DE SECTOR : Uberlinda Contreras  
 COORDINADOR DE SECTOR : Pablo Amigo  
 EQUIPO DE CABECERA : Equipo de salud Rural  
 FORMA DE ATENCION : La atención se realiza de Lunes a Jueves en horario de 08:00 a 17:00 hrs y Viernes de 08:00 a 16:00 hrs. Se cuenta con 2 Rondas Medicas para la Posta Villucura y 1 Ronda para la EMR de San Antonio.

**Problema de salud priorizado:** Incremento de usuarios con patología crónica HTA  
**Objetivo estratégico:** Reducir n° de usuarios con patología HTA

| Niveles prevención Ciclo vital                            | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)               |
|---|---|---|---|---|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total: 3<br><br>N° gestantes HTA: 0 | Educación en estilos de vida saludable a gestante y familia nuclear.  | Control maternal al día para detección oportuna de cualquier sintomatología.  | Derivación a evaluación médica-especialidad en caso de confirmación Diagnóstica.<br>Ingreso a tratamiento.<br>Visita Domiciliara Integral con Equipo de Salud.<br>Trabajo en talleres de gestantes. | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total: 24<br>N° infantes: 0         | Educación en hábitos alimenticios saludables en establecimientos educacionales.<br>Talleres preventivos a padres/cuidadores de los infantes.  | Control sano al día.  | Derivación a médico en caso de pesquisa de alerta de salud en esta temática.<br>Ingreso a Programa Cardiovascular.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 48<br>N° adolescentes: 0  | Educación en hábitos de vida saludable y factores protectores en salud en establecimientos educacionales y centro de padres, apoderados y profesores.   | Aplicación ficha CLAP.  | Derivación a médico en caso de pesquisa de alerta de salud en esta temática.<br>Ingreso a Programa Cardiovascular.<br>Trabajo con centro de padres y apoderados.                                    | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO</b><br>N° total: 202<br>N° adultos: 44          | Educación de hábitos alimenticios y estilos de vida saludables a usuarios y familias.<br>Estrategias de trabajo con organizaciones comunitarias y centros comunitarios.<br>Trabajo con plazas saludables en coordinación con Kinesiólogo y Nutricionista. | Control de salud al día.<br>Exámenes periódicos.                              | Derivación a médico para evaluación diagnóstica.<br>Ingreso a programa Cardiovascular.<br>Intervenciones biopsicosociales con familia del usuario.<br>Trabajo con organizaciones comunitarias.      | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total: 71<br>N° AM:46           | Educación de hábitos alimenticios y estilos de vida saludables a usuarios y familias.<br>Estrategias de trabajo con organizaciones comunitarias y centros comunitarios.   | Aplicación de EFAM anual.<br>Control de salud al día.<br>Exámenes periódicos. | Derivación a médico para evaluación diagnóstica.<br>Ingreso a programa Cardiovascular.<br>Intervención biopsicosocial con familia del usuario.<br>Trabajo con grupos de AM.                         | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|                        |  |          |  |
|------------------------|--|----------|--|
| Misión                 | Incremento de usuarios con patología crónica HTA                                 |          |  |
| Objetivos estratégicos | Contener y disminuir usuarios con HTA  |          |  |
| Estrategias            | Educaciones y talleres<br>Controles de salud<br>Visitas Domiciliarias Integrales |          |  |
| Pasos a seguir         | responsables   | plazos   | Recursos necesarios  |
| Educaciones y talleres | TENS<br>Médico<br>Psicólogo<br>Nutricionista<br>Kinesiólogo<br>Enfermero         | Año 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería |
| Controles              | TENS<br>Médico<br>Enfermera<br>Psicólogo   | Año 2014 | Infraestructura de Postas de Salud Rural según normativas vigentes           |
| Vistas domiciliarias   | TENS<br>Asistente Social<br>Psicóloga<br>Médico<br>Enfermera                     | Año 2014 | Movilización   |

**Problema de salud priorizado:** Incremento de usuarios con diagnóstico de Artrosis  
**Objetivo estratégico:** Mejorar la calidad de vida de usuarios con Artrosis

| Niveles prevención Ciclo vital                                 | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)  | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)               |
|--|--|---|---|---|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total: 3<br><br>N° gestantes artrosis: 0 | Educación en estilos de vida saludable. Talleres preventivos con Kinesiólogo enfatizando la importancia de la actividad física.  | Consejería preventiva en control prenatal.                              | Derivación a evaluación médica en caso de pesquisa de sintomatología. Ingreso a tratamiento médico y kinésica con confirmación diagnóstica.   | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total: 24<br>N° infantes: 0              | Educación en estilos de vida saludable. Talleres preventivos con Kinesiólogo enfatizando la importancia de la actividad física en talleres con infantes y padres/cuidadores.   | Control sano al día.  | Derivación a médico en caso de pesquisa de alerta de salud en esta temática.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 48<br>N° adolescentes: 0       | Educación en estilos de vida saludable. Talleres preventivos con Kinesiólogo enfatizando la importancia de la actividad física. Talleres en establecimientos educacionales con alumnos, centro de padres y docentes. | Aplicación ficha CLAP.  | Derivación a médico en caso de pesquisa de alerta de salud en esta temática.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO</b><br>N° total: 202<br>N° adultos: 7                | Educación en estilos de vida saludable individuales y familiares. Talleres preventivos con Kinesiólogo enfatizando la importancia de la actividad física. Talleres de actividad física en Plazas Saludables.         | Control de salud al día. Exámenes periódicos.                           | Derivación a médico para evaluación diagnóstica. Ingreso a tratamiento médico y kinésico. Talleres kinésicos de ejercicios para adecuado manejo de diagnóstico crónico. Intervenciones biopsicosociales en talleres con usuarios que presenten esta patología. Trabajo con organizaciones comunitarias. | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total: 71<br>N° AM: 16               | Educación en estilos de vida saludable individuales y familiares. Talleres preventivos con Kinesiólogo enfatizando la importancia de la actividad física en AM.  | Aplicación de EFAM anual. Control de salud al día. Exámenes periódicos. | Derivación a médico para evaluación diagnóstica. Ingreso a tratamiento médico y kinésico. Trabajo con enfoque biopsicosocial con familia del usuario. Trabajo con grupos de AM.   | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|                        |   |          |  |
|------------------------|---|----------|--|
| Misión                 | Mejorar calidad de vida de usuarios con diagnóstico de Artrosis         |          |  |
| Objetivos estratégicos | Contener y educar población a cargo con Artrosis                        |          |  |
| Estrategias            | Educaciones individuales y familiares<br>Controles de salud<br>Talleres |          |  |
| Pasos a seguir         | responsables  | plazos   | Recursos necesarios  |
| Educaciones            | TENS<br>Médico<br>Kinesiólogo<br>Enfermero<br>Nutricionista             | Año 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería |
| Controles de Salud     | TENS<br>Médico<br>Kinesiólogo<br>Enfermera<br>Nutricionista             | Año 2014 | Infraestructura de Postas de Salud Rural según normativas vigentes           |
| Talleres               | Kinesiólogo<br>TENS   | Año 2014 | Movilización<br>Plazas saludables  |

**Problema de salud priorizado:** Incremento de consultas en usuarios Adultos Mayores  
**Objetivo estratégico:** Mejorar la calidad de vida de usuarios AM

| Niveles prevención Ciclo vital                           | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)  | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)               |
|--|--|---|---|---|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total: 3<br>N° : 0                 | Educación a usuaria en comprensión de ciclo vital de AM.   | Consejería individual.  | Derivación a evaluación integral de Salud por Equipo de Salud a AM familiar de una gestante.  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total: 24<br>N° infantes: 0        | Talleres educativos a infantes en comprensión de desarrollo del ciclo vital de los AM (abuelos, padres, familiares) en establecimientos educacionales. Consejerías familiares a infantes en control de salud de los menores.   | Consejería familiar en control de salud.                                | Derivación a evaluación integral de Salud por Equipo de Salud a AM familiar de un infante (abuelos, padres).  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 48<br>N° adolescentes: 0 | Talleres educativos a infantes en comprensión de desarrollo del ciclo vital de los AM (abuelos, padres, familiares) en establecimientos educacionales. Charlas educativas en establecimientos educacionales con énfasis en cuidados del AM, con énfasis en apoyo que pueda prestar el adolescente en su núcleo familiar. | Aplicación ficha CLAP. Consejería familiar. Consejería individual.      | Derivación a evaluación integral de Salud por Equipo de Salud a AM familiar de un infante (abuelos, padres).  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO</b><br>N° total: 202<br>N° adultos: 0          | Educación en estilos de vida saludable e importancia/preparación de desarrollo de ciclo vital de AM. Talleres educativos en cuidados de AM. Educaciones preventivas en patologías crónicas de salud.   | Control de salud al día. Exámenes periódicos. Aplicación de EMP.        | Derivación a médico para evaluación diagnóstica. Ingreso a tratamientos médicos. Consejerías individuales familiares. Talleres educativos en cuidados integrales de AM. Charlas educativas con énfasis en manejo adecuado de crisis normativas de etapa del ciclo vital. Visitas Domiciliares Integrales. | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total: 71<br>N° AM: 71         | Educación en estilos de vida saludable. Talleres biopsicosociales que aporten estrategias de afrontamiento adecuado de etapa del ciclo vital de AM.  | Aplicación de EFAM anual. Control de salud al día. Exámenes periódicos. | Derivación a Equipo de Salud para evaluación diagnóstica integral. Ingreso a tratamientos respectivos. Consejerías individuales y familiares. Trabajo con familia del usuario. Trabajo con organizaciones comunitarias. Trabajo con grupos de AM. Visitas Domiciliares Integrales.                        | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|   |  |          |  |
|---|--|----------|--|
| Misión                                    | Incremento de consultas por Adultos Mayores  |          |  |
| Objetivos estratégicos                    | Mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores  |          |  |
| Estrategias                               | Educaciones individuales y familiares<br>Controles de salud (Posta y Domicilio)<br>Talleres  |          |  |
| Pasos a seguir                            | responsables   | plazos   | Recursos necesarios  |
| Educaciones                               | TENS<br>Médico<br>Kinesiólogo<br>Enfermero<br>Nutricionista<br>Psicólogo<br>Asistente Social | Año 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería |
| Controles de Salud (en Posta y Domicilio) | TENS<br>Médico<br>Enfermera<br>Nutricionista<br>Kinesiólogo<br>Matrona<br>Psicólogo          | Año 2014 | Infraestructura de Postas de Salud Rural según normativas vigentes           |
| Talleres                                  | TENS<br>Kinesiólogo<br>Asistente Social<br>Psicólogo   | Año 2014 | Movilización   |

## SECTOR 5



La Posta El Huachi se encuentra ubicada a 30 km de la ciudad de Santa Bárbara. Dentro de sus usuarios se encuentran las siguientes Comunidades rurales: Los Alpes, Cerro Negro, Agua Santa, Quillaileo, Las basas, El Huachi.

En el sector se encuentran 13 organizaciones entre territoriales y funcionales. Cuenta además con una Escuela

### DIAGNOSTICO DEMOGRAFICO

ACTIVIDAD ECONOMICA DEL SECTOR: Apícola, Agricultura y Ganadería.

MEDIO DE TRASPORTE PÚBLICO:

Desde el Huachi a Sta. Bárbara : 7:30,10:00,14:30,17:30,

Desde Sta. Bárbara al Huachi : 8:45,14:30,18:00

POBLACION: 620 personas

| DIVISION<br>POBLACION | NUMERO |
|-----------------------|--------|
| Infantil              | 44     |
| Adolescente           | 114    |
| Adultos               | 462    |
| Mujeres               | 269    |
| Adultos Mayores       | 82     |

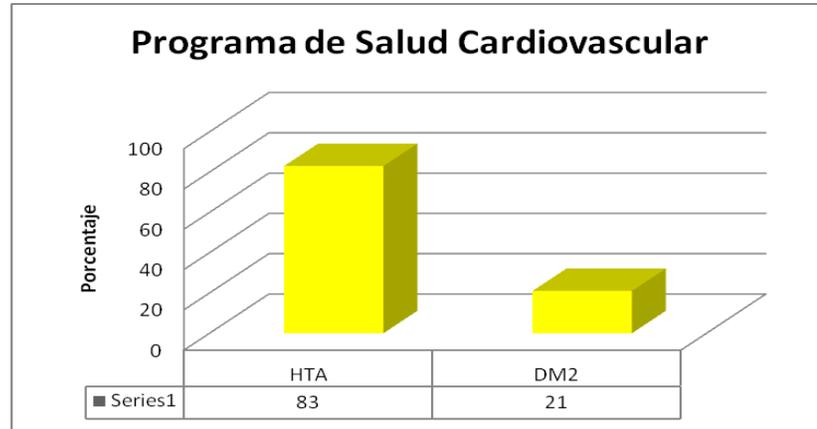
### DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

- PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
  - Tumor en diferentes localizaciones
  - Enfermedad pulmonar
  - Enfermedad cardiaca
  
- MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES
  - Enfermedades respiratorias
  - Trastornos buco dentarios
  - Hipertensión esenciales
  - Lumbago
  - Gastritis

**GRUPOS VULNERABLES PRESENTES**

ADULTOS MAYORES EN EL SECTOR: 13,2%

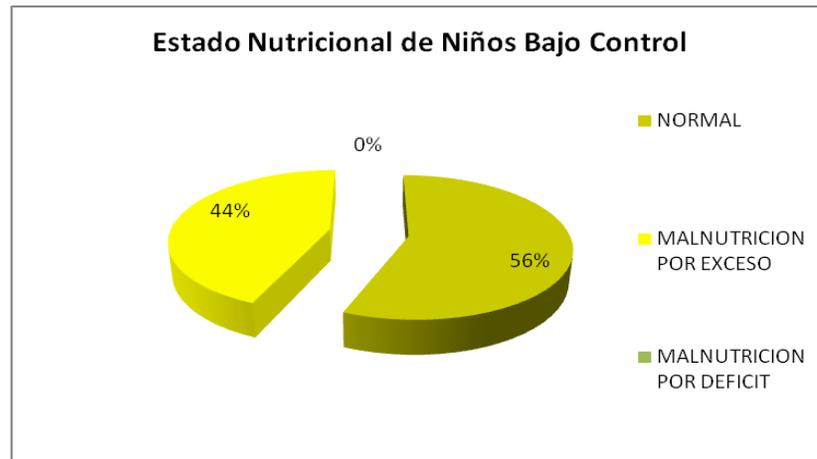
USUARIOS PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR



PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA (POSTRADOS)

NIÑOS : 0  
 ADULTOS : 0  
 ADULTOS MAYORES : 9

POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL 16 niños



NIÑOS CON RIESGO EN DESARROLLO PSICOMOTOR

De 9 Escalas aplicadas 0 niños con riesgo o rezago.

EMBARAZADAS

INGRESOS CONTROL PRENATAL : 7

FECUNDIDAD ADOLESCENTE : 42%%

### **ORGANIZACIÓN DEL SECTOR**

ENCARGADO DE SECTOR : César Vallejos, TENS  
COORDINADOR DE SECTOR : Erica Martínez, Matrona  
EQUIPO DE CABECERA : Equipo de salud rural  
FORMA DE ATENCION : La atención se realiza de Lunes a Jueves en horario de 08:00 a 17:00 hrs y Viernes de 08:00 a 16:00 hrs. Se cuenta con 2 Rondas Medicas al mes para la Posta El Huachi, 1 Para la EMR Quillaileo y 1 para EMR Agua Santa.

**Problema de salud priorizado:** Alto número de usuarios que presenta caries  
**Objetivo estratégico:** Prevenir y reducir el número de caries en la población del Huachi

| Niveles prevención<br>Ciclo vital                    | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)                                  | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)               |
|--|---|---|--|---|
| GESTANTES<br>N° total 7<br>N° pacientes atendidas: 7 | Educación sobre prevención de caries en talleres CHCC,  | Control prenatal por matrona y derivación   | Derivación a evaluación y tratamiento al 100% de las gestantes.                    | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| INFANTIL<br>N° total 28<br>N° PACIENTES ATENDIDOS:28 | Educación sobre prevención de caries en establecimientos educacionales y PSR                      | Control de salud dental periódicos y derivación oportuna<br>Aplicación pauta bucodental<br>Exámenes diagnósticos RX | Derivación a tratamiento Odontológico integral, coordinación con sector educación. | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADOLESCENTE<br>N° total 64<br>N° atenciones :64      | Educación sobre prevención de caries en establecimientos educacionales, con entrega de Kit dental | Control de salud del adolescente con aplicación ficha CLAP, derivación oportuna.                                    | Derivación a tratamiento odontológico. Coordinación con sector educación.          | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADULTO<br>N° total :233<br>N° atenciones :233        | Educación sobre caries juntas de vecinos<br>Difusión de video educativo en sala de espera PSR     | Control de salud del adulto y derivación oportuna<br>Examen radiológico   | Derivación a tratamiento odontológico.   | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADULTO MAYOR<br>N° total 97<br>N° atenciones:97      | Educación en prevención enfermedades periodontales en centro de salud y club de adulto mayor      | EMPAM y derivación oportuna<br>Exámenes diagnósticos RX   | Derivación a tratamiento odontológico integral.                                    | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|                        |   |           |  |
|------------------------|---|-----------|--|
| Misión                 | Disminuir la prevalencia de caries en la población                |           |  |
| Objetivos estratégicos | Prevenir y reducir el número de caries en la población del Huachi |           |  |
| Estrategias            | Educaciones y talleres<br>Controles odontológicos periódicos      |           |  |
| Pasos a seguir         | responsables  | plazos    | Recursos necesarios  |
| Educaciones y talleres | Odontólogo<br>Nutricionista<br>Técnico dental<br>TENS             | Años 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería<br>Recurso humano |
| Controles              | Medico<br>Enfermera<br>Matrona<br>Odontólogo<br>Nutricionista     | Año 2014  | Infraestructura de postas<br>según normativas vigentes<br>Recurso humano                       |

**Problema de salud priorizado:** Aumento de la prevalencia de HTA en población del Huachi  
**Objetivo estratégico:** Disminuir la prevalencia de HTA en la población

| Niveles prevención                                 | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)  | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)                                 | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)  | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación) |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| Ciclo vital  |  |   |  |                                       |
| <b>GESTANTE</b><br>N° total bajo Control: 16       | Educación en estilos de vida saludable en el centro de salud                       | Medición PA en controles prenatales, derivación oportuna.       | Evaluación por nutricionista al 100% de las gestantes con cualquier estado nutricional   | Derivación a FAR.                     |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total:81                     | Educación en estilos de vida saludable, en colegios y control salud infantil.      | Control salud, medición de PA, en casos con factores de riesgo. | Evaluación y control por Nutricionista, médico, y kinesiólogo para actividad física.   | Derivación a nivel secundario         |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total: 31                 | Educación en estilos de vida saludable en establecimientos educacionales           | Control Joven Sano con aplicación ficha CLAP.                   | Ingreso a Control PCV.   | Derivación a nivel secundario         |
| <b>ADULTO</b><br>N° total:167                      | Educación en estilos de vida saludable en centro de salud, juntas de vecinos.      | EMP<br>Control ginecológico<br>Control Regulación Fec.          | Ingreso a Control PCV, visitas domiciliarias integrales en pacientes descompensados, implementación de grupos de autoayuda, evaluación por psicólogo en casos descompensación. | Derivación a nivel secundario         |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total:<br>N° Tratamiento | Educación en estilos de vida saludable en salas de espera, clubes de adulto mayor. | EMPAM   | Ingreso a Control Programa cardiovascular, VDI, consejerías familiares, evaluación por asistente Social.   | Derivación a nivel secundario         |

|                        |   |                |  |
|------------------------|---|----------------|--|
| Misión                 | Disminuir la prevalencia de HTA   |                |  |
| Objetivos Estratégicos | Reducir el N° de personas con hipertensión  |                |  |
| Estrategias            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controles</li> <li>- Consejerías</li> <li>- Talleres</li> <li>- Visitas domiciliarias</li> </ul> |                |  |
| Pasos a seguir         | Responsables  | Plazos         | Recursos Necesarios  |
| Educaciones y talleres | Medico, Enfermera, Nutricionista, TENS  | Diciembre 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Box de atención (con implementación necesaria).</li> <li>- Equipamiento audiovisual</li> <li>- Material fungible</li> <li>- Recurso Humano</li> <li>- Sala de taller</li> </ul> |
| Controles              | Nutricionista, Médico, , Enfermera, TENS, Psicólogo   | Diciembre 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infraestructura</li> <li>- Horas profesionales y tens</li> <li>- Formularios y carné</li> <li>- Material educativo impreso</li> </ul>   |
| Visitas domiciliarias  | TENS, A. social   | Año 2014       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilización</li> <li>- Horas profesionales y TENS</li> </ul>   |
| Consejerías familiares | A. social, Nutricionista, Psicólogo   | Diciembre 2014 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Box de atención</li> <li>- Horas profesional</li> </ul>   |

**Problema de salud priorizado:** Aumento de la prevalencia de trastornos de salud mental  
**Objetivo estratégico:** Prevenir los trastornos de salud mental

| Niveles prevención                                      | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)                                     | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)  | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación) |
|---|---|--|---|---------------------------------------|
| <b>Ciclo vital</b>                                      |   |  |   |                                       |
| <b>GESTANTE</b><br>N° total : 7<br>N° Tr.Salud mental:0 | Educación en autocuidados y consulta oportuna                         | Aplicación escala Edimburgo y pauta psicosocial en control prenatal. Derivación      | Derivación a equipo salud mental- Plan de intervención-VDI-Consultoría salud mental                                       | Derivación COSAM, o intersector       |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total:28<br>N°Tr. Salud mental:2  | Educación en autocuidados y consulta oportuna en posta                | Control de salud infantil. Psicodiagnóstico<br>Pauta de valorización vulnerabilidad. | Ingreso a control salud mental, comunicación intersectorial (colegios, DEM), Visita domiciliaria, consejerías familiares. | Derivación COSAM o intersector        |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total<br>N°Tr.Salud mental     | Educación en autocuidados y consulta oportuna en colegios.            | Control Joven Sano<br>AUDIT según riesgos  | Ingreso a control salud mental, comunicación intersectorial (colegios, DEM), VDI por orientadora familiar                 | Derivación COSAM o i ntersector       |
| <b>ADULTO</b><br>N° total<br>N°Tr.Salud mental          | Educación en autocuidados y consulta oportuna en salas de espera      | Consulta morbilidad<br>Pauta CIE-10<br>AUDIT   | Ingreso a control salud, mental, formación de grupos de autoayuda, visitas domiciliarias.                                 | Derivación COSAM o intersector        |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total<br>N°Tr.Salud mental    | Educación en autocuidados y consulta oportuna en posta y clubes de AM | EMPAM<br>Pauta de valorización de vulnerabilidad                                     | Ingreso a control salud mental, fomentar participación social, consejerías familiares, Visitas domiciliarias.             | Derivación COSAM o intersector        |

|                                |   |                |  |
|--------------------------------|---|----------------|--|
| PROBLEMA DE SALUD PRIORIZADO   | AUMENTO DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL   |                |  |
| MISION                         | PREVENIR EL AUMENTO DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL Y FOMENTAR LA CONSULTA OPORTUNA                 |                |  |
| OBJETIVOS ESTRATEGICOS         | DISMINUIR LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL<br>EDUCAR EN LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDAD DE SALUD MENTAL |                |  |
| ESTRATEGIAS                    | SESIONES EDUCATIVAS<br>TALLERES<br>CONTROLES<br>VISITAS DOMICILIARAS<br>CONSEJERIAS FAMILIARES        |                |  |
| PASOS A SEGUIR                 | RESPONSABLES  | PLAZOS         | Recursos necesarios  |
| Sesiones educativas y talleres | Psicóloga, TENS, Médico, Educadora de Párvulos, Orientadora familiar, Matrona                         | Diciembre 2014 | - Sala de sesiones<br>- Material fungible<br>- Equipo audiovisual<br>- Movilización<br>- Horas por profesional y técnico |
| Controles                      | Médico, TENS, Psicólogo, Matrona, Asistente Social  | Diciembre 2014 | - Infraestructura<br>- Formularios<br>- Material educativo impreso   |
| Consejerías Familiares         | Psicológico<br>Asistente Social   | Diciembre 2014 | - Box de atención<br>- Horas profesional   |

## SECTOR 6



La Posta El Castillo se encuentra ubicada a 35 km de la ciudad de Santa Bárbara, los sectores beneficiarios son los siguientes: El Castillo, Las Parcelas, Lipin, Dimilhue, San Lorenzo, Salto el perro. Con un 24% de usuarios de etnia Pehuenche.

En el sector existen 12 Organizaciones entre territoriales y funcionales y 1 Escuela Particular subvencionada.

### DIAGNOSTICO DEMOGRAFICO

ACTIVIDAD ECONOMICA DEL SECTOR: Agrícola y forestal

ÁMEDIO DE TRASPORTE PUBLICO: Se cuenta con locomoción desde Los Ángeles 18:00 hrs. y desde el Castillo hacia Los Ángeles a las 7:00 hrs.

POBLACION: 344 personas

| DIVISION         | NUMERO |
|------------------|--------|
| <b>POBLACION</b> |        |
| Infantil         | 24     |
| Adolescente      | 64     |
| Adultos          | 256    |
| Mujeres          | 172    |
| Adultos Mayores  | 42     |

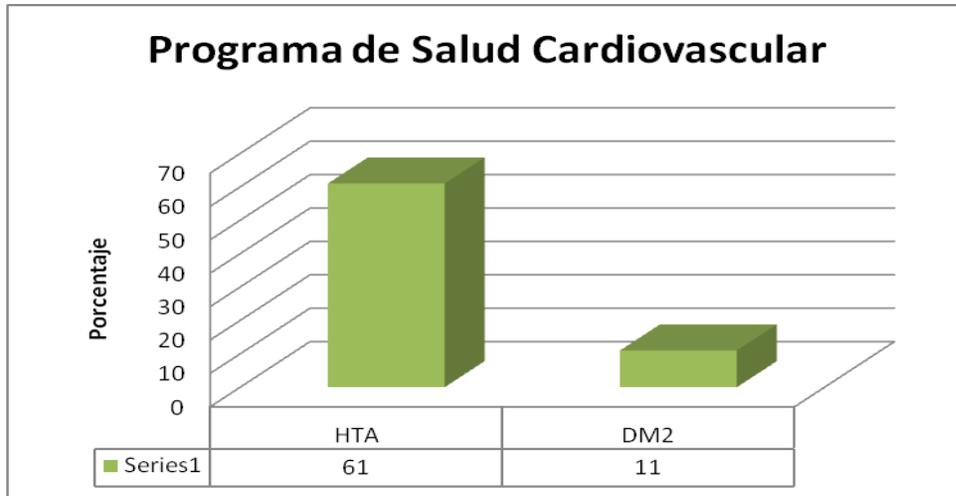
### DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

- PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
  - Traumatismo intracraneano
  - Síndrome hematófagocítico asociado a infección
- MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES
  - Rinofaringitis aguda (resfrío común)
  - Caries
  - Trastornos piel subcutánea
  - Lumbago

**GRUPOS VULNERABLES PRESENTES**

ADULTOS MAYORES EN EL SECTOR: 12,2%

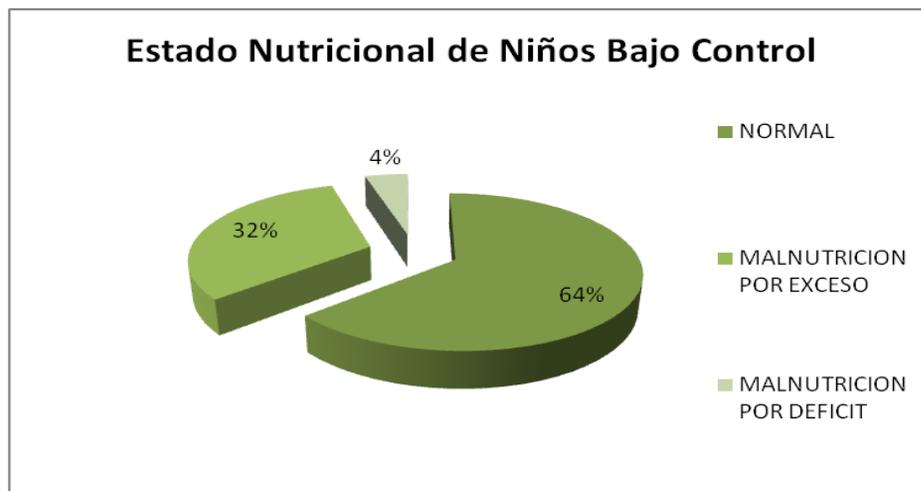
USUARIOS PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR:



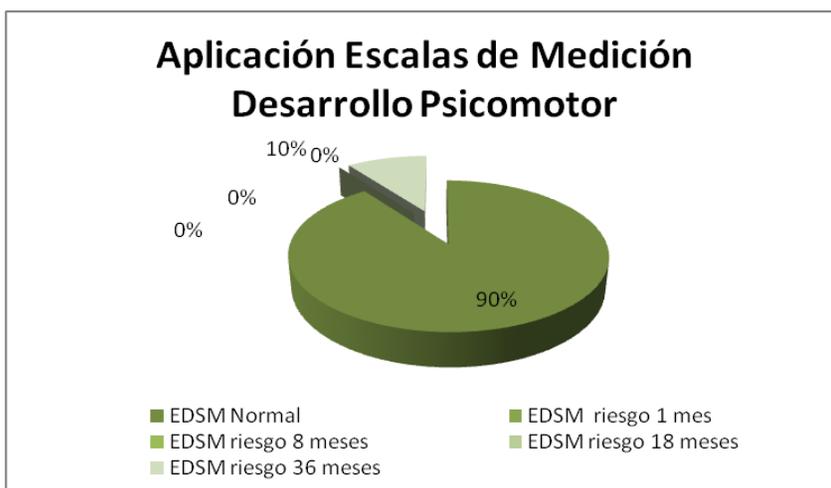
PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA (POSTRADOS)

NIÑOS : 0  
 ADULTOS : 3  
 ADULTOS MAYORES : 11

POBLACION INFANTIL BAJO CONTROL 22 niños menores de 6 años:



NIÑOS CON RIESGO EN DESARROLLO PSICOMOTOR



EMBARAZADAS

INGRESOS CONTROL PRENATAL : 2 BENEFICIARIAS  
 FECUNDIDAD ADOLESCENTE : 0%

**ORGANIZACIÓN DEL SECTOR**

ENCARGADO DE SECTOR : Guido Márquez, TENS  
 COORDINADOR DE SECTOR : Nataly Lagos  
 EQUIPO DE CABECERA : Equipo de salud Rural  
 FORMA DE ATENCION : La atención se realiza de lunes a jueves en horario de 08:00 a 17:00 hrs y viernes de 08:00 a 16:00 hrs. Se cuenta con 3 Rondas Medicas al mes. 1 Ronda para los sectores de Lipin y Las Parcelas, 1 Ronda para los sectores de Dimilhue, El Castillo y San Lorenzo y 1 Ronda solo para ambos sectores.

**Problema de salud priorizado:** Alto número de consultas de enfermedades respiratorias  
**Objetivo estratégico:** Contener y Reducir Enfermedades Respiratorias

| Niveles prevención<br>Ciclo vital                             | PREVENCIÓN PRIMORDIAL<br>(Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA<br>(Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA<br>(Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA<br>(Rehabilitación)            |
|---|--|--|--|---|
| <b>GESTANTE</b><br>N° total 2<br>N° ENF RESPIRATORIA 0        | Educación sobre prevención enfermedades respiratorias en talleres prenatales   | Control maternal con enfoque preventivo en enfermedades respiratorias  | Derivación a control kinesiólogo en caso de presentar patología respiratoria<br>Control morbilidad y tratamiento   | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>INFANTIL</b><br>N° total 22<br>N° Enf Respiratorias 83     | Educación sobre prevención enfermedades respiratorias en colegios<br>Talleres grupales a madres y niños                                | Control de salud periódicos y derivación oportuna<br>Aplicación score IRA según edad.<br>Exámenes diagnósticos<br>RX tórax, exámenes sangre, IFI | Derivación a control kinesiólogo en caso de presentar patología respiratoria<br>Derivación a control kinesiólogo en sala ERA, IRA<br>Vista domiciliarias con score IRA<br>Control morbilidad y tratamiento | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADOLESCENTE</b><br>N° total 64<br>N° Enf Respiratorias 49  | Educación sobre prevención enfermedades respiratorias en colegios  | Control de salud del adolescente y derivación oportuna   | Ingreso a control crónico respiratorio con kinesiólogo<br>Trabajo con el intersector: escuela<br>Control morbilidad y tratamiento  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO</b><br>N° total 256<br>N° Enf Respiratorias 115     | Educación sobre enfermedades respiratorias sede social<br>Difusión de video preventivo de enfermedades respiratorias en sala de espera | Control de salud del adulto y derivación oportuna<br>Exámenes diagnósticos<br>RX tórax, exámenes sangre.   | Ingreso a control crónico respiratorio con kinesiólogo<br>Trabajo con familias y agrupaciones<br>Control morbilidad y tratamiento  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| <b>ADULTO MAYOR</b><br>N° total 35<br>N° Enf Respiratorias 46 | Educación sobre prevención de enfermedades respiratorias en sede social  | Control de salud del adulto y derivación oportuna<br>Exámenes diagnósticos<br>RX tórax, exámenes sangre.   | Ingreso a control crónico respiratorio con kinesiólogo<br>Trabajo con familias y agrupaciones<br>Control morbilidad y tratamiento  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|                        |  |           |  |
|------------------------|--|-----------|--|
| Misión                 | Reducir al mínimo de Consultas las Enfermedades Respiratorias                              |           |  |
| Objetivos estratégicos | Contener y Reducir Enfermedades Respiratorias  |           |  |
| Estrategias            | Educaciones y talleres<br>Controles<br>Vistas domiciliarias                                |           |  |
| Pasos a seguir         | responsables   | plazos    | Recursos necesarios  |
| Educaciones y talleres | Kinesiólogo<br>Medico<br>Enfermera<br>Matrona<br>Técnico en enfermería<br>Asistente social | Años 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería |
| Controles              | Medico<br>Enfermera<br>Matrona<br>Kinesiólogo  | Año 2014  | Infraestructura de postas<br>según normativas vigentes                       |
| Vistas domiciliarias   | Técnico enfermería<br>Kinesiólogo<br>Asistente social                                      | Año 2014  | Movilización   |

**Problema de salud priorizado:** Alto número de usuarios con caries  
**Objetivo estratégico:** Contener y Reducir las caries en la población

| Niveles prevención<br>Ciclo vital               | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)   | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)   | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)               |
|---|---|---|---|---|
| GESTANTES<br>N° total 2<br>N° atenciones 1      | Educación sobre prevención de caries en talleres prenatales   | Control prenatal por matrona y derivación   | Derivación a tratamiento dental integral  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| INFANTIL<br>N° total 22<br>N° atenciones 20     | Educación sobre prevención de caries en colegios<br>Talleres grupales a madres y niños<br>Conformación equipo educación- salud para intervención y prevención de caries | Control de salud dental periódicos y derivación oportuna<br>Aplicación pauta bucodental<br>Exámenes diagnósticos RX | Derivación a tratamiento dental integral  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADOLESCENTE<br>N° total 64<br>N° atenciones 40  | Educación sobre prevención de caries en colegios<br>Taller higiene taller dental y entrega de kit dental  | Control de salud del adolescente y derivación oportuna  | Derivación a tratamiento dental integral  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADULTO<br>N° total 256<br>N° atenciones 37      | Educación sobre caries sede social<br>Difusión de video preventivo de sobre caries y complicaciones en sala de espera   | Control de salud del adulto y derivación oportuna<br>Exámenes diagnósticos RX                                       | Derivación a tratamiento dental integral<br>Atención domiciliaria dental a pacientes dependencias severas | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADULTO MAYOR<br>N° total 35<br>N° atenciones 10 | Educación sobre caries en sede social   | Control de salud del adulto y derivación oportuna<br>Exámenes diagnósticos RX                                       | Derivación a tratamiento dental integral  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|  |   |           |  |
|--|---|-----------|--|
| Misión   | Ausencia de caries de la población del castillo   |           |  |
| Objetivos estratégicos                                 | Contener y Reducir las caries en la población   |           |  |
| Estrategias  | Educaciones y talleres<br>Controles periódicos dentales<br>Conformación equipo trabajo salud-educación del sector |           |  |
| Pasos a seguir   | responsables  | plazos    | Recursos necesarios  |
| Educaciones y talleres                                 | Dentista<br>Técnico dental<br>Técnico en enfermería de la posta   | Años 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería<br>Recurso humano |
| Controles  | Medico<br>Enfermera<br>Matrona<br>Dentista<br>Nutricionista   | Año 2014  | Infraestructura de postas según normativas vigentes<br>Recurso humano                          |
| Conformación equipo trabajo salud-educación del sector | Técnico enfermería<br>Dentista<br>Técnico dental<br>Representantes del colegio                                    | Año 2014  | Movilización<br>Recurso humano   |

**Problema de salud priorizado:** Alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares

**Objetivo estratégico:** Contener y Reducir las enfermedades cardiovasculares

| Niveles prevención<br>Ciclo vital               | PREVENCIÓN PRIMORDIAL (Promoción)  | PREVENCIÓN PRIMARIA (Detección)  | PREVENCIÓN SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)   | PREVENCIÓN TERCIARIA (Rehabilitación)               |
|---|--|--|---|---|
| GESTANTE<br>N° total 2<br>N° atenciones 0       | Educación sobre prevención de enfermedades cardiovasculares en talleres prenatales   | Control maternal y derivación oportuna<br>Exámenes bioquímicos de sangre.<br>Control periódico de presión arterial | Control prenatal confirmación diagnóstica y derivación a FAR – ARO  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| INFANTIL<br>N° total 22<br>N° atenciones 0      | Educación sobre prevención enfermedades cardiovasculares en los colegios<br>Talleres grupales a madres y niños                               | Control de salud periódicos y derivación oportuna  | Control prenatal confirmación diagnóstica y derivación  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADOLESCENTE<br>N° total 64<br>N° atenciones 0   | Educación sobre prevención de enfermedades cardiovasculares en colegios  | Control de salud del adolescente y derivación oportuna   | Control prenatal confirmación diagnóstica y derivación  | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADULTO<br>N° total 256<br>N° atenciones 28      | Educación sobre enfermedades cardiovasculares en posta<br>Difusión de video enfermedades cardiovasculares y complicaciones en sala de espera | Examen de salud preventiva del adulto , EMP  | Ingreso y control en el programa de salud cardiovascular<br>evaluación pie diabético y tratamiento úlceras tipo 1-2<br>Control y evaluación pauta renal<br>Control y detención de retinopatía diabética<br>Control grupal cardiovascular                          | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |
| ADULTO MAYOR<br>N° total 35<br>N° atenciones 34 | Educación sobre enfermedades cardiovasculares en posta<br>Difusión de video enfermedades cardiovasculares y complicaciones en sala de espera | Examen de salud preventiva del adulto mayor, EMPAM   | Ingreso y control en el programa de salud cardiovascular<br>evaluación pie diabético y tratamiento úlceras tipo 1-2<br>Control y evaluación pauta renal<br>Control y detención de retinopatía diabética<br>Control grupal cardiovascular<br>Visitas domiciliarias | Derivación a otro nivel de atención y/o intersector |

|  |   |           |  |
|--|---|-----------|--|
| Misión   | Reducir al mínimo las enfermedades cardiovasculares   |           |  |
| Objetivos estratégicos   | Contener y Reducir las enfermedades cardiovasculares  |           |  |
| Estrategias  | Educaciones<br>Controles grupales<br>Controles del programa de salud cardiovascular<br>Reuniones de coordinación del equipo del programa cardiovascular |           |  |
| Pasos a seguir   | Responsables  | plazos    | Recursos necesarios  |
| Educaciones  | Medico, Enfermera, Matrona<br>Nutricionista, Técnico en enfermería, Psicóloga<br>Podólogo   | Años 2014 | Movilización<br>Materiales audiovisuales<br>Materiales artículos de librería<br>Recurso humano |
| Controles grupales   | Kinesiólogo<br>Medico<br>Enfermera<br>Matrona<br>Nutricionista<br>Técnico en enfermería<br>Psicóloga  | Año 2014  | Infraestructura de postas según normativas vigentes  |
| Controles del programa de salud cardiovascular                   | Medico<br>Enfermera<br>Matrona<br>Nutricionista   | Año 2014  | Movilización   |
| Reuniones de coordinación del equipo del programa cardiovascular | Medico<br>Enfermera<br>Matrona<br>Nutricionista<br>Referentes del programa cardiovascular   | Año 2014  | Materiales audiovisuales<br>Fichas<br>Pautas<br>Materiales artículos de librería               |

**VII. SITUACIÓN DE SALUD**
**METAS IAAPS (ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD)**
**AÑO 2013.**

| Nº | Componentes  | Meta Nacional | Meta Local | INDICADOR |      | CUMPLIMIENTO |
|----|--|---------------|------------|-----------|------|--------------|
|    |  |               |            | N         | D    |              |
| 1  | <i>Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años.</i>                        | 25%           | 16.81%     | 203       | 1189 | 17.07%       |
| 2  | <i>Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres de 45 y 64 años.</i>                        | 25%           | 29.55%     | 134       | 465  | 28.81%       |
| 3  | <i>Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en adulto de 65 y más años.</i>                            | 50%           | 61.20%     | 514       | 915  | 56.17%       |
| 4  | <i>Ingreso precoz a control de embarazo.</i>   | 85%           | 85.00%     | 48        | 58   | 82.75%       |
| 5  | <i>Cobertura de examen de salud del adolescentes entre 10 y 14 años.</i>                                 | 6%            | 20.62%     | 100       | 485  | 20.62%       |
| 6  | <i>Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total.</i>                                     | 20%           | 33.35%     | 570       | 1799 | 31.68%       |
| 7  | <i>Gestión de reclamos en atención primaria.</i>   | 95%           | 100%       | 3         | 3    | 100%         |
| 8  | <i>Cobertura de atención de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años.</i>                   | 55%           | 36.28%     | 248       | 689  | 35.99%       |
| 9  | <i>Cobertura de atención de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años.</i>                      | 71%           | 75.23%     | 987       | 1312 | 75.22%       |
| 10 | <i>Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.</i> | 91%           | 95.00%     | 50        | 63   | 79.36%       |
| 11 | <i>Tasa de Visita domiciliaria Integral.</i>   | 0.18          | 0.84       | 2089      | 1673 | 1.24         |

Actualizado a Octubre 2013

**METAS SANITARIAS AÑO 2013**

| Nº | Componentes   | Meta Local | INDICADOR |             | % Cumplimiento<br>(Junio 2013) |
|----|---|------------|-----------|-------------|--------------------------------|
|    |   |            | Numerador | Denominador |                                |
| 1  | <i>Recuperación del Desarrollo Psicomotor</i>   | 100%       | 6         | 9           | 66.66%                         |
| 2  | <i>Cobertura de Papanicolau (PAP)</i>   | 81%        | 1091      | 1404        | 77.7%                          |
| 3  | <i>a) Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes 12 de años</i>                   | 90%        | 47        | 87          | 54.02% **                      |
| 3  | <i>b) Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas</i>                                     | 70%        | 27        | 66          | 40.90% **                      |
| 3  | <i>c) Cobertura de Alta Odontológica Total en Niños de 6 años</i>                           | 95%        | 57        | 86          | 66.27% **                      |
| 4  | <i>Cobertura Efectiva de DM Tipo 2 en Personas de 15 Años y más (Hb Glicosilada &lt; 7)</i> | 13%        | 110       | 690         | 15.94%                         |
| 5  | <i>Cobertura Efectiva de HTA en Personas de 15 Años y más (Presión Arterial 140/90)</i>     | 44%        | 558       | 1311        | 42.56%                         |
| 6  | <i>Mantener o disminuir la Obesidad en Niños Menores de 6 años</i>                          | 9.9%       | 58        | 411         | 14.11%                         |
| 7  | <i>Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente</i>                             | 100%       | 6         | 6           | 100%                           |
| 8  | <i>Evaluación Anual del Pie en Personas con Diabetes bajo control de 15 y más años</i>      | 90.2%      | 231       | 245         | 94.28% **                      |

\*\* Cumplimiento a Octubre 2013

**VIII. DOTACIÓN PERSONAL ÁREA DE SALUD MUNICIPAL DE SANTA BÁRBARA 2014**

| CATEGORÍA | CARGO                                | Ley 19.378                               | SSBB      | Programas Especiales | Total Horas Disponibles |
|-----------|--------------------------------------|--|-----------|----------------------|-------------------------|
| A         | Médico                               | 1<br>(44)                                | 2<br>(44) |                      | 132                     |
| A         | Dentista                             | 4<br>(44)                                |           | 1<br>(44)            | 220                     |
| A         | Químico Farmacéutico                 | 1<br>(22)                                |           |                      | 22                      |
| B         | Enfermera                            | 1<br>(44)                                | 1<br>(44) |                      | 88                      |
| B         | Matrona                              | 2<br>(44 y 22)                           |           | 1<br>(22)            | 88                      |
| B         | Nutricionista                        | 1<br>(44)                                |           | 1<br>(44)            | 88                      |
| B         | Asistente Social                     | 1<br>(44)                                |           | 1<br>(44)            | 88                      |
| B         | Psicólogo                            | 2<br>(44 y 22)                           |           | 1<br>(22)            | 88                      |
| B         | Kinesiólogo                          | 1<br>(22)                                |           | 1<br>(22)            | 44                      |
| B         | Orientador Familiar                  | 1<br>(44)                                |           |                      | 44                      |
| B         | Gestión de Proyectos                 | 1<br>(44)                                |           |                      | 44                      |
| C         | Técnicos de Nivel Superior           | 15<br>(44)                               |           | 5<br>(44)            | 880                     |
| D         | Auxiliar Paramédico Dental           | 3<br>(44)                                |           | 2<br>(44)            | 220                     |
| E         | Administrativo                       | 9<br>(44)                                |           | 1<br>(44)            | 440                     |
| F         | Auxiliar de Servicio (chofer y aseo) | 8<br>(6 de 44)<br>(1 de 33)<br>(1 de 22) |           |                      | 319                     |

## IX. REPRESENTACIÓN NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

### PLAN COMUNAL DE PROMOCION DE LA SALUD

AÑO 2014

La Promoción de la Salud es una estrategia de intervención intersectorial que busca la modificación de hábitos y estilos de vida en los individuos, de las familias, y de las comunidades para tener un mejor estado de salud y mayor calidad de vida. Para la gestión y la acción en Promoción de la salud son indispensables la intersectorialidad y la participación social.

Actualmente, en la Comuna se trabaja con tres componentes de la salud relacionados con el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles como la: Alimentación Sana, Actividad Física y el Tabaco. Estas condicionantes dependen en gran medida del propio individuo, a su vez es afectado por Factores Psicosociales y Ambientales que dificultan la modificación de su estilo de vida hacia uno más saludable.

El objetivo de este Programa a nivel Comunal es: ***Contribuir al desarrollo de oportunidades para que las familias de la Comuna de Santa Bárbara mejoren su calidad de vida, por medio de acciones concretas para la implementación de espacios para el desarrollo de actividad física en la Comuna, aportar herramientas educativas con el fin de lograr el consumo de alimentos saludables en las familias y propiciar la implementación de acciones de promoción de ambientes 100% libres de humo de tabaco en la Comuna de Santa Bárbara.***

La comuna de Santa Bárbara en el afán de ir acorde a los Planes nacionales en lo referente a mejorar la calidad de Vida de la población, crea el Comité Vida Chile Comunal en el año 2005, con el objetivo de sumar esfuerzos y crear estrategias en promoción de la Salud con un componente intersectorial con el fin de incrementar las actividades que vayan a mejorar los factores de riesgo de la población y por ende en directo beneficio de una mejor calidad de vida.

Presidente del Comité : Sr. Alcalde de la Comuna, DANIEL SALAMANCA PEREZ  
Coordinador Comunal : Sr. Pablo Salazar, DIDECO  
Coordinadores Técnicos : Constanza Arenas, HOSPITAL SANTA BÁRBARA  
Marta Rivas, DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL

INTEGRANTES COMITÉ COMUNAL VIDA CHILE: Fundación INTEGRAL, JUNJI, DIDECO, Establecimientos de Educación Municipal, Unión Comunal de Juntas de vecinos, Organizaciones Comunitarias de Salud, Hospital Santa Bárbara y Departamento de Salud Municipal.

PRESUPUESTO 2014: **\$14.120.000.-**

DETALLE ACTIVIDADES AÑO 2014:

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>COMPONENTE</b>  | <b>Alimentación Saludable</b> |
| <b>ENTORNO</b>   | Comunal                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Talleres educativos y/o prácticos sobre guías alimentarias y etiquetado nutricional de alimentos, dirigidos a organizaciones sociales.</li> </ul> |                               |

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>COMPONENTE</b>  | <b>Alimentación Saludable</b> |
| <b>ENTORNO</b>   | Educacional                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Concurso de poemas y acrósticos Día Mundial de la Alimentación</li> <li>Creación de un Huerto escolar con la participación de docentes y familia.</li> <li>Creación de Boletín bimensual y Murales en Postas</li> <li>Muestra Gastronómica</li> </ul> |                               |

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>COMPONENTE</b>  | <b>Actividad Física</b> |
| <b>ENTORNO</b>   | Comunal                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Maratón de Adultos Mayores en el Mes del corazón</li> <li>Instalación de Circuitos de plazas en movimiento</li> <li>Preparación de Monitores para el uso de Plazas en movimiento</li> </ul> |                         |

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>COMPONENTE</b>   | <b>Actividad Física</b> |
| <b>ENTORNO</b>  | Educacional             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación deportiva para talleres de Actividad física en Escuelas-Internados en fin de semana</li> <li>Adquisición de Máquinas de Ejercicios infantiles para Establecimientos de</li> </ul> |                         |

|   |   |
|---|---|
| Educación Preescolar y Escolar.   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres de yoga para nivel medio menor y heterogéneo en Establecimientos de la Red Chile Crece contigo</li> <li>• Cicletadas en Familia en el mes del corazón</li> <li>• Instalación de estacionamientos para bicicletas</li> </ul> |   |
| <b>COMPONENTE</b>   | <b>Ambientes libres de humo de tabaco</b> |
| <b>ENTORNO</b>  | Comunal                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditación Hogares libres de humo de tabaco</li> <li>• Celebración Día Mundial sin Tabaco</li> </ul>   |   |

## PROGRAMA DEL ADOLESCENTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años de edad donde se consideran 2 fases, la adolescencia temprana de los 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años de edad, en cada una de estas etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad, sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.



Se plantea que cada individuo posee una personalidad diferente y en esta etapa es cuando más la manifiesta, no solo de manera individual sino de forma grupal para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.



En este contexto en agosto de 2007 es que se implementa el Programa Adolescente, el cual ha dado cobertura en atención integral de salud, prevención y promoción a la población adolescente inscrita como beneficiaria del sistema de salud municipal de nuestra comuna. A través de la Red Comunal del Adolescente que se encuentra funcionando desde el año 2008. Se han realizado diversas actividades comunales en prevención y promoción en Factores Protectores de riesgo psicosocial, además permite coordinar a los profesionales del Hospital de la Familia y la Comunidad de Santa Bárbara las atenciones de nivel secundario de salud y las derivaciones de beneficiarios adolescentes urbanos que son

pesquisados en algunas actividades del programa adolescente que desarrolla el Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara.

El programa adolescente está compuesto por un equipo multidisciplinario de profesionales donde encontramos:

- Médico
- Matrona
- Odontólogo
- Nutricionista
- Psicólogo
- Orientadora Familiar y
- Asistente Social

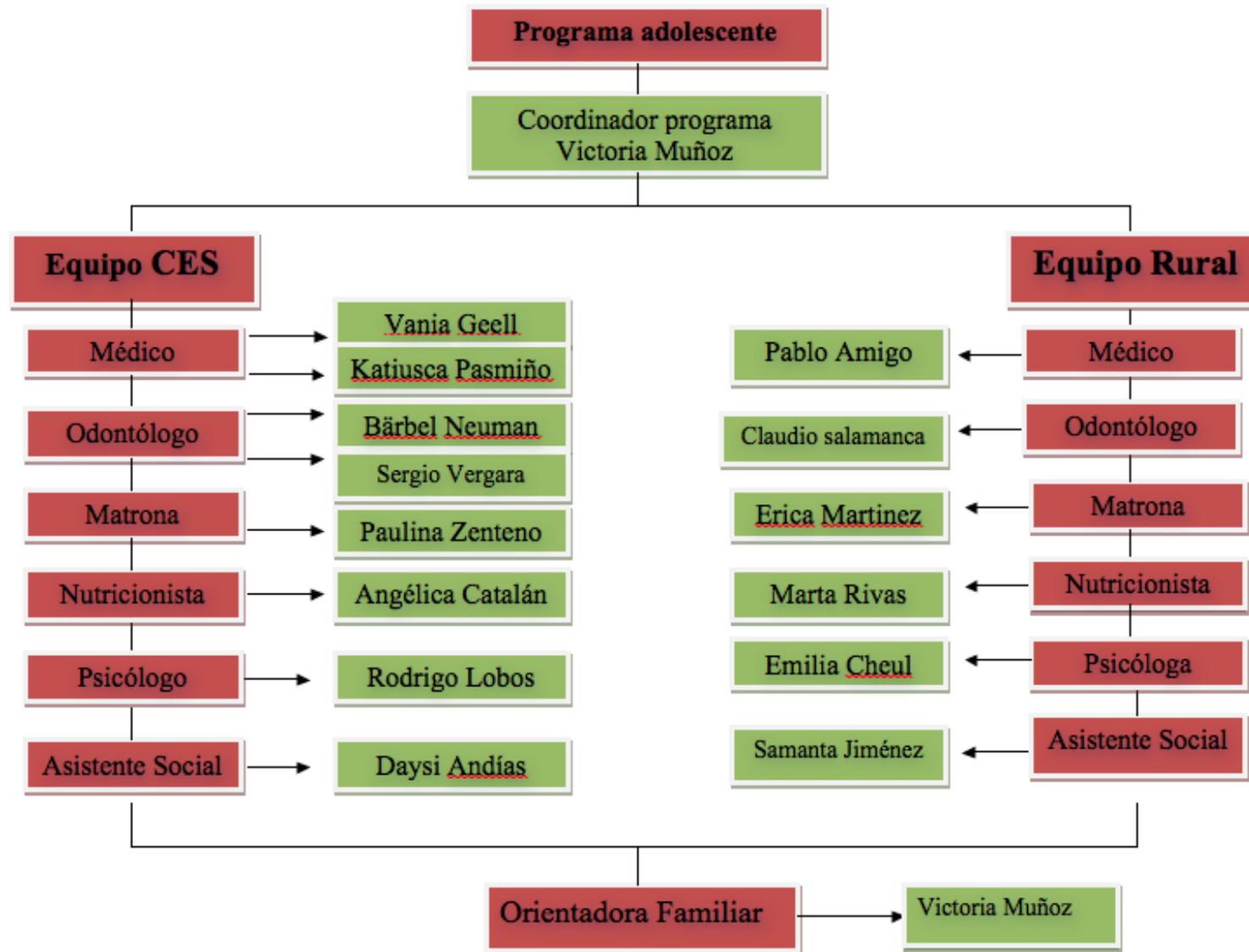
Estos profesionales son quienes integran además la Red Comunal Adolescente. El trabajo que se realiza es específicamente en prevención y promoción donde se realizan las siguientes actividades: evaluaciones adolescentes, pesquisa de caso OH y drogas, depresión, trastornos adaptativos, trastornos de



personalidad, trastorno disocial entre otras patologías, además derivaciones de casos según corresponda, embarazo adolescente, violencia intrafamiliar, consejerías individuales, consejerías familiares, psicoterapias, talleres, charlas educativas, concursos, exposiciones y actos comunales (temas de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar, femicidio, sexualidad responsable y bullying entre otros, formación de monitores adolescentes en prevención de alcohol y drogas y factores de riesgo psicosocial, formación de monitores bullying, talleres de autocuidado a profesores, talleres para padres y apoderados, visitas domiciliarias.

A continuación se presenta un análisis FODA donde se analiza la situación del programa y los desafíos como equipo que se presentarán para el año 2014.

| <b>Análisis Externo</b> |  |   |  |
|-------------------------|--|---|--|
|                         | <b><u>OPORTUNIDADES</u></b>  | <b><u>AMENAZAS</u></b>  |  |
|                         | <p>Existencia de convenios con entidades educativas como Liceo Cardenal Antonio Samoré, Colegio Agrícola Los Mayos, Colegio Santa Bárbara y escuelas dentro de los cuales encontramos la escuela G- 958 de Mañil y la de Rinconada, con quienes se trabaja en conjunto para la detección de problemas en los adolescentes a través de la aplicación de fichas CLAP, ya sea a través de la detección directa de los profesionales al momento de la atención con los jóvenes y también las derivaciones correspondientes que realizan los profesores.</p> <p>Trabajo mancomunado con Hospital de la Familia y la Comunidad Santa Bárbara, realizando acciones en conjunto para la intervención con los adolescentes, aportando a mejorar la calidad de vida de los mismos.</p>   | <p>La geografía del lugar donde residen los adolescentes aparece como una de las amenazas más fuertes del programa, dificultando el acceso del equipo multidisciplinario y de los mismos jóvenes, quienes no cuentan generalmente con locomoción directa hacia la comuna de Santa Bárbara o las postas correspondientes al sector en cual viven.</p> <p>Otra de las amenazas presentes tiene relación con la falta de problematización que presentan específicamente los profesores del Liceo Cardenal Antonio Samoré, dificultando el trabajo con los jóvenes ya sea por falta de espacios de trabajo o por el no reconocimiento de que existen necesidades por parte de los adolescentes.</p> |  |
| <b>Análisis Interno</b> | <p><b><u>FORTALEZAS</u></b></p> <p>Se trabaja en forma interdisciplinaria lo que permite integrar las diferentes posturas biopsicosociales para una mejor atención de los usuarios adolescentes.</p> <p>Buena comunicación entre los diferentes profesionales que componen el programa, de tal forma que desde la detección de la necesidad hasta la intervención el tiempo es reducido y permite atender la necesidad de forma casi inmediata.</p> <p>Se realizan actividades de promoción en prevención en factores protectores de riesgo psicosocial, lo que fortalece en los adolescentes sus competencias para afrontar las demandas del medio ambiente.</p> <p>Coordinaciones con los profesionales del Hospital de la Familia y la Comunidad de Santa Bárbara para derivaciones correspondientes de los adolescentes dependiendo de la necesidad que estos presenten.</p> | <p><b><u>Estrategias Ofensivas</u></b></p> <p>Se potenciará el trabajo con los profesionales que integran el equipo multidisciplinario del programa con la finalidad de mejorar la calidad de las intervenciones, es decir, mejorar los tiempos que actualmente son cortos con la finalidad de tomar acciones inmediatas si se presenta la necesidad.</p>   | <p><b><u>Estrategias Defensivas</u></b></p> <p>Se realizaran reuniones informativas con los profesores del Liceo Cardenal Antonio Samoré para conocer el trabajo que se realiza con el adolescente y lo importante de este en esta etapa de desarrollo que es considerada unas de las más complejas.</p> <p>Mejorar la comunicación con profesionales lo que permitirá una mayor coordinación de actividades a realizar y así mejorar la efectividad de tales actividades.</p> |
|                         | <p><b><u>DEBILIDADES</u></b></p> <p>Falta de registro en ficha única de paciente Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara, ya que esquipo de Hospital de la comunidad y de la familia de Santa Bárbara no realiza registro en ficha de adolescentes rurales para conocer la intervención que se realiza y actualiza información relevante del mismo.</p> <p>Muchos de los adolescentes no son autorizados para abandonar el Liceo para asistir a atenciones en Departamento de Salud Municipal, debido a que por decreto no pueden salir de establecimiento educacional sin antes haber programado la salida y con documento escrito que respalde tal situación.</p>   | <p><b><u>Estrategias Adaptativas</u></b></p> <p>Se trabaja constantemente en reuniones en materia de adolescentes, es decir, se realizan reuniones semanales donde se programan actividades y se actualizan conocimientos respecto de la temática adolescente.</p>  | <p><b><u>Estrategias de Supervivencia</u></b></p> <p>Se realiza educación a los adolescentes respecto de las temáticas de promoción y prevención de factores protectores psicosociales de riesgo.</p> <p>Mejorar la calidad de las intervenciones con adolescentes con la finalidad de mejorar la detección de alguna problemática que afecte el normal funcionamiento del paciente.</p>   |



## PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

El irreversible **fenómeno del envejecimiento** poblacional, ha llevado a la creación de un enfoque anticipatorio y preventivo, basado en la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes que se instale el daño.



Esto ha generado que algunos integrantes del equipo de salud Rural de Santa Bárbara hayan dirigido sus esfuerzos a este grupo de edad, con la idea de intervenir, reorganizar y generar nuevas prácticas que complementen el actual Programa del Adulto Mayor, cuya principal intervención

se basa en la medición de la funcionalidad como un examen universal Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)



A partir de esta medición, donde cada adulto mayor, es clasificado según riesgo de perder la funcionalidad, se implementan acciones, netamente preventivas, de tratamiento o

rehabilitadoras. Acciones que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental o al ámbito osteo-articular. Crucial para las personas mayores es contar con buenas redes de apoyo. No siempre se da esto. Y aquí también es necesario detectar los riesgos de una débil red de apoyo o simplemente la existencia de maltrato, dando por resultado la desprotección de los adultos mayores.

Por otro lado, es fundamental comprender que ninguna acción individual o colectiva va a suplir a una familia atenta y preocupada de su adulto mayor. La familia es la base para que nuestros adultos mayores logren buena calidad de vida. Por supuesto que en esta

tarea la familia debe ser apoyada por el equipo de salud contantemente y oportuna. Pero también es crucial el aporte de la comunidad.

En el mismo contexto observamos que la sociedad ha asimilado que las personas ancianas son decadentes en lo económico, y en lo social; esto se produce por los cánones impuestos por la sociedad actual con respecto a la belleza, juventud, productividad, y consumo y en donde los individuos diferentes no tienen una cabida en esta sociedad competitiva. Por dicho motivo algunos Adultos Mayores tienden a identificarse con el rol que la sociedad le asigna y/o impone en esta etapa de su vida con el objeto de ser aceptados e integrados socialmente.



Por lo anteriormente expuesto es que el Equipo de Salud Rural reflexiona y se ve motivado a generar una nueva visión del Adulto Mayor, permitiendo generar espacios en el cual, ellos muestren a la sociedad un rol positivo y proactivo, través de actividades nuevas y dinámicas. Previo a trabajo con las comunidades nacen las Jornadas locales del Adulto Mayor

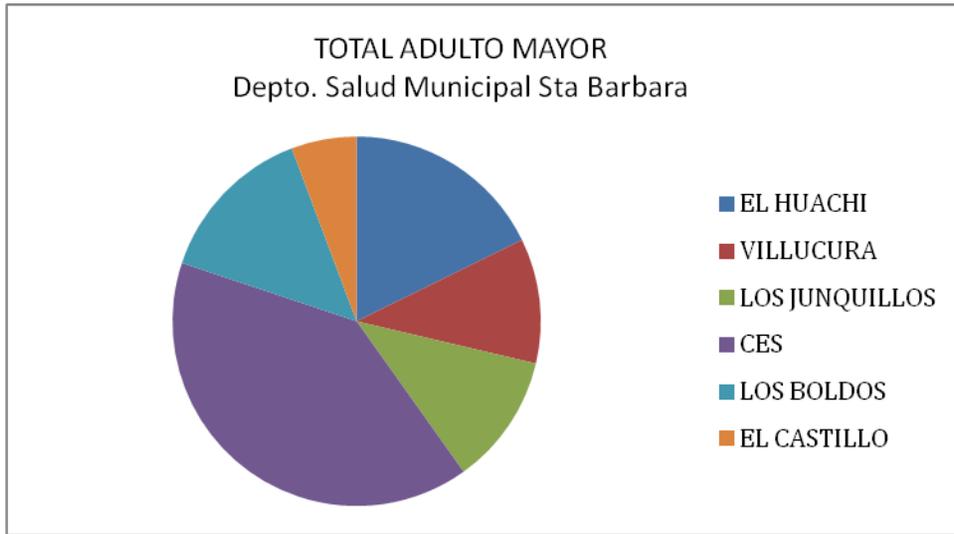
Durante el año 2014 Se reformula el programas y se complementan en lo que llamamos programa piloto de “Protección e Integración del Adulto Mayor” su visión es que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalente por el mayor tiempo posible mostrando a la comunidad el valor positivo de ser adulto mayor y generando redes con ella a través de diferentes estrategias.

ACTIVIDADES

| Componentes   | Sub componentes  | Actividades   |
|---|--|---|
| Fortalecimiento del proceso integral del adulto mayor                                     | Controles Integrales del Adulto Mayor  | Examen de salud preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)   |
|   |  | Administración de vacunación Neumo 23 a los 65 años.  |
|   |  | Ingreso a controles del Adulto Mayor, entrega guía Adulto Mayor   |
|   |  | Control Nutricional Integral con ingreso PACAM a los 70 años  |
|   |  | Evaluación integral dental a los 70 años  |
|   |  | Examen de Funcionalidad Motora a los 75 años  |
|   |  | Escala de evaluación Apgar Familiar a los 80 años   |
|   | Intervención educativa a la comunidad de apoyo al cuidado de adultos mayores.            | Educación grupal a comunidades establecidas (comités de salud) programa de capacitación en primeros auxilios y cuidados integrales del adulto mayor |
|   |  | Vista domiciliarias a adultos mayores con dependencia   |
|   | Intervención educativa grupos de adultos mayores de apoyo al autocuidado                 | Talleres de autocuidado a grupo de adultos mayores establecidos y no establecidos   |
| Difusión de material audiovisual que fomente el autocuidado del adulto mayor.             |  |   |
| Fortalecimiento Comunal del adulto mayor  | Fortalecimiento Comunal del adulto mayor   | Jornada anual del adulto mayor  |
|   |  | Red básica Comunal del Adulto Mayor   |
|   |  | Incorporación link informativo del Adulto Mayor en página web   |
| Atención integral adulto mayor post hospitalización                                       | Vista domiciliaria adulto mayor post alta  | Visita de primer contacto post alta paramédico del sector   |
|   |  | Visita integral del equipo de salud de sector con enfoque de gestión de caso  |
| Atención integral del adulto mayor en riesgo dependencia o en situación de vulnerabilidad | Intervención geriátrica adulto mayor riesgo dependencia o en situación de vulnerabilidad | Visita geriátrica integral adulto mayor riesgo dependencia o en situación de vulnerabilidad   |
|   |  | Consultoría geriátrica adulto mayor riesgo dependencia o en situación de vulnerabilidad   |
|   |  | Plan de acción adulto mayor riesgo dependencia o en situación de vulnerabilidad   |
|   |  | Consulta intercultural a adultos mayores en riesgo dependencia o en situación de vulnerabilidad de origen pehuenche                                 |
| Atención personalizada del paciente con dependencia                                       | Programa de atención a pacientes con dependencia   | Plan de atención a pacientes con dependencia  |
|   |  | Taller experiencial a los cuidadores de adultos mayores con pérdida autonomía.  |
|   |  | Vista integral del equipo de cabecera a pacientes fallecidos  |

|                  |   | ANALISIS EXTERNO   |  |
|------------------|---|--|--|
|                  |   | <p>OPORTUNIDAD:</p> <p>-Reformulación del programa 2014</p>  | <p>AMENAZAS:</p> <p>-Alta ruralidad<br/>-Baja escolaridad de algunas comunidades<br/>-Clima inhóspito<br/>- Deprivación social.</p>  |
| ANALISIS INTERNO | <p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>-Equipo multidisciplinario con un enfoque atención integral.</p> <p>-Incorporación de un facilitador intercultural y un kinesiólogo</p> | <p><b>ESTRATEGIAS OFENSIVAS</b></p> <p>-Reuniones estratégicas del programa adulto mayor</p> <p>-Formación de un equipo para el programa adulto mayor</p> <p>-Implementar el nuevo modelo del adulto mayor a nivel local</p> | <p><b>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</b></p> <p>-Mantener coberturas del EMPAM</p> <p>-Formación red Comunal del adulto mayor</p>  |
|                  | <p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>- Déficit de horas profesionales</p> <p>-Alta de rotación profesional</p>  | <p><b>ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS</b></p> <p>-Monitoreo de coberturas del programa trimestrales<br/>-evaluación e indicadores trimestralmente.</p> <p>- Reuniones periódicas del programa adulto mayor</p>                       | <p><b>ESTRATEGIAS SUPERVIVENCIA</b></p> <p>Destinar mayor número de horas para el programa adulto mayor</p> <p>Optimizar la movilización disponible<br/>Incorporar a mas profesionales en el programa del adulto mayor</p> |

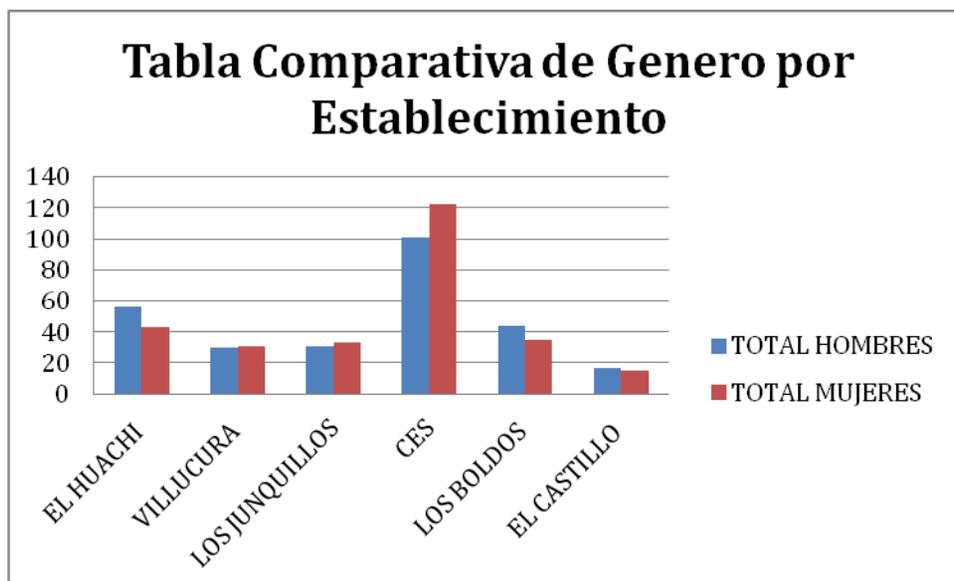
**ESTADÍSTICA DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR**



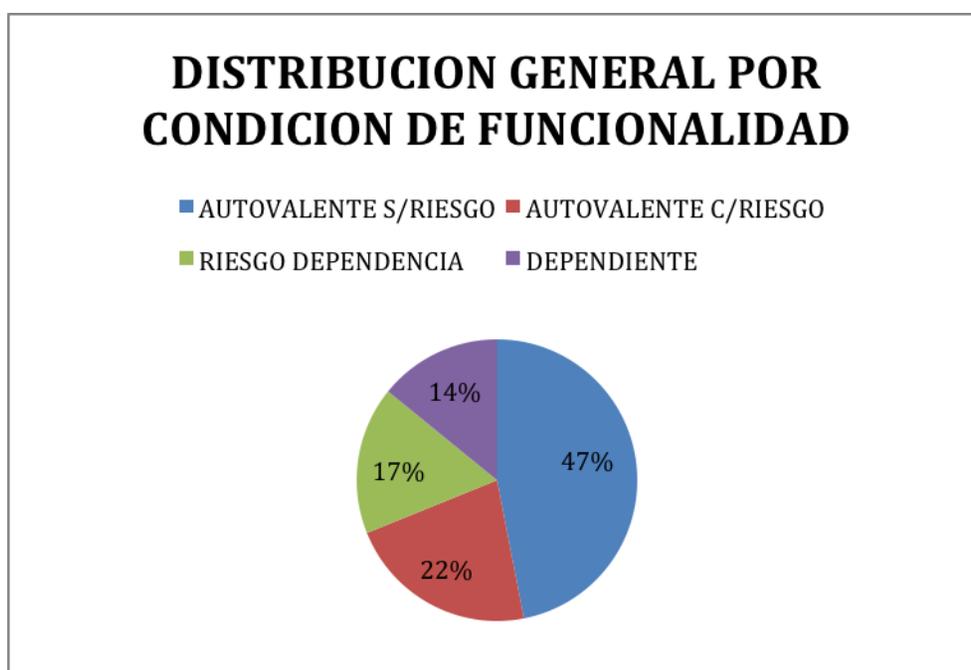
El total global es de 558 Adultos Mayores, el grafico muestra la distribución A través de los diferentes establecimientos.



Cuadro comparativo de distribución entre postas (Los Junquillos, Villucura, El Castillo, El Huachi, Los Boldos) frente a al Centro de Salud Municipal CES



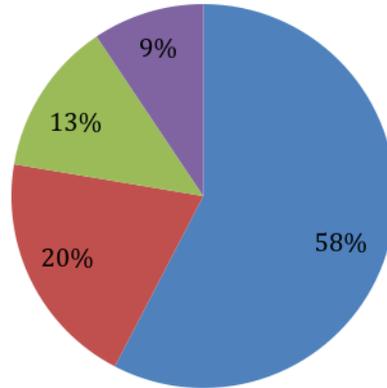
La distribución por generó es similar entre hombres y mujeres según el reflejó del gráfico 270 aproximadamente de cada género.



El mayor número de adultos mayores se concentra en adulto autovalente con riesgo y sin riesgo pero un porcentaje significativo de un 17%, se encuentra en riesgo de dependencia y un 14% es dependiente.

## Adultos Mayores con Dependecia

- DEPENDIENTE LEVE
- DEPENDIENTE MODERADO
- DEPENDIENTE GRAVE
- DEPENDIENTE TOTAL



Distribución grafica de Adultos Mayores con dependencia de algún tipo.

## PROGRAMA GES

El plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) es un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos los afiliados de Fonasa e Isapres y a sus respectivas cargas y tiene por objetivo garantizar la cobertura de un número de problemas en salud. Contempla varias enfermedades, por grupos de edad, incluidas las más prevalentes, leves o graves, de mayor impacto económico, social, biológico, en sus diversas etapas.

Antiguamente el Programa GES abarcaba 56 problemas de salud, posteriormente se amplía la cobertura a 69 para posteriormente en julio del año 2013 se amplía nuevamente a 80 problemas de salud.

Dentro de este programa la personas tienen derecho por ley a las prestaciones de salud dentro de tiempos máximos para el otorgamiento de las prestaciones, donde la persona beneficiaria cancelará un porcentaje de la prestación que se le entrega, por lo tanto el Programa GES tiene la obligación de cumplir con estas exigencias hacia los usuarios.

De esta forma se trabaja en conjunto con diferentes entes en conjunto con el Servicio de Salud Bio-Bio específicamente el Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz de la comuna de Los Ángeles, quienes son los capacitadores de la red de atención primaria en la Provincia del Bio-Bio.

Contempla varias enfermedades, por grupos de edad, incluidas las más prevalentes, leves o graves, de mayor impacto económico, social, biológico, en sus diversas etapas.

Dentro de las actividades que se realizan dentro del Programa GES se encuentran:

- Monitor SIGGES
- Digitador SIGGES

### **Dentro de los roles del monitor se encuentra:**

- Registrar en el sistema los formularios de eventos: Solicitud de Interconsulta (SIC), Orden de Atención para la realización de una Prestación de Salud (OA), Informe Proceso Diagnostico (IPD), Prestaciones Otorgadas (PO), citación entre otras.
- Ingresar toda la actividad de producción asociada a la actividad GES del establecimiento.
- Monitorear diariamente los registros efectuados.
- Realizar los registros necesarios e indicados por la Dirección de Servicio o Establecimiento, como registros paralelos de Prestaciones Valoradas (PPV), en el caso de hospitales. Resolver dudas de registro y contingencias.
- Reportar errores y reingreso de modificación en el sistema SIGGES.

- Asegurar la continuidad de la atención del usuario en una red explícita definida en áreas de atención locales y regionales”.
- Monitoreo permanente de garantías vigentes y vencidas del establecimiento.
- Crear un sistema de recopilación de la información generada en las atenciones médicas.
- Mantener comunicación y coordinación permanente con los digitadores SIGGES
- Apoyo constante y revisión del trabajo realizado por los digitadores.

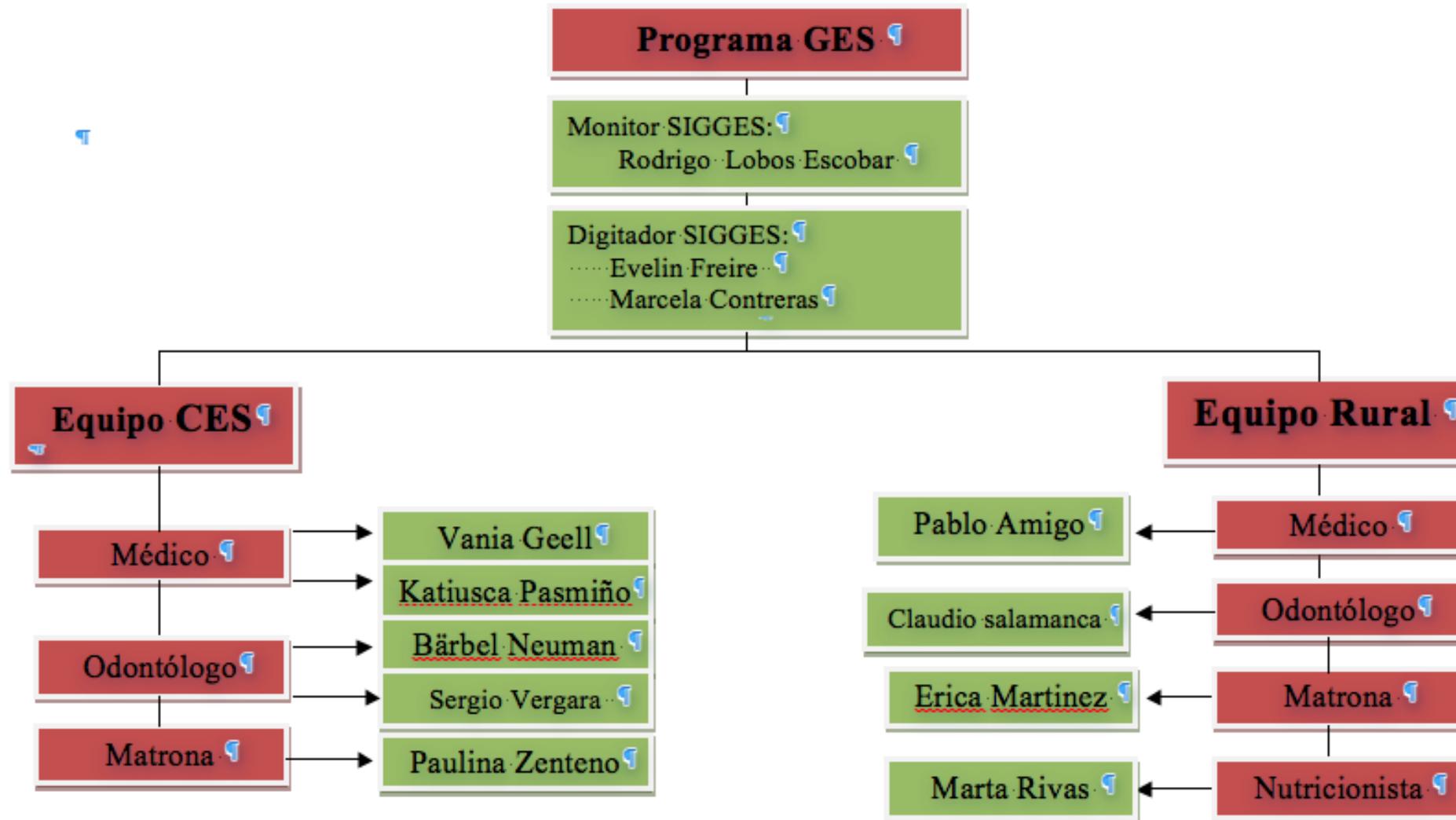
**Dentro de los roles del digitador:**

- Digitador SIGGES constituye un elemento vital en el proceso de atención, ya que es él quien ingresa al sistema los formularios,
- Asegurar la calidad , confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES
- Ejecutar el sistema de recolección de la información establecido
- Registrar en SIGGES todo los documentos generados por los equipos clínicos
- Pesquisar errores de derivación de los pacientes e informar oportunamente para su corrección
- Apoyar al encargado o monitor GES en el monitoreo y gestión de garantías
- Mantener comunicación y coordinación permanente con el encargado o monitor de su establecimiento
- Conocer cabalmente los flujogramas de derivación de cada problema de salud y sus códigos.
- Participar de las capacitaciones organizadas por el establecimiento o por el Servicio de Salud.

De acuerdo a lo que se plantea anteriormente, se trabaja en conjunto con el equipo clínico del Departamento de Salud a quienes se les informa constantemente sobre las garantías explícitas en salud, siendo de real importancia poder conocer la información que se genera desde el Programa GES hacia el equipo de trabajo.

| Análisis Externo |  |   |   |
|------------------|--|---|---|
|                  | <p><b><u>OPORTUNIDADES</u></b><br/> Dentro de las oportunidades que se presentan en el Programa GES se encuentra la constante coordinación con el Servicio de Salud Bio-bío a través del trabajo conjunto que se realiza en las dependencias del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Hospital de la Familia y la Comunidad de Santa Bárbara y Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara.<br/> Se realizan coordinaciones con Hospital de la Familia y la Comunidad de Santa Bárbara socializar nuevos procedimientos y actualizar información relevante para el monitoreo de las Garantías AUGE.</p> | <p><b><u>AMENAZAS</u></b><br/> Constante retroalimentación desde el Servicio de Salud Bio-Bío Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz de la Ciudad de Los Ángeles, lo que mejoraría los procedimientos a realizar por integrantes del programa, es decir el registro el descarte la entrega de tratamiento y el ingreso de los usuarios al AUGE.</p>  |   |
| Análisis Interno | <p><b><u>FORTALEZAS</u></b><br/> Se trabaja con diferentes profesionales y técnicos del DSM, realizando cada uno una actividad diferente que permite un óptimo monitoreo en la entrega de prestaciones AUGE.<br/> Existe comunicación fluida entre los diferentes integrantes del equipo que compone el programa, manteniendo canales óptimos que facilitan la socialización de la información y más oportuna.<br/> Se realizan actividades de socialización de planillas donde se informa a los profesionales sobre las garantías que se entregan y sus fechas de vencimiento.</p>                            | <p><b><u>Estrategias Ofensivas</u></b><br/> Se potenciara a los profesionales del departamento de Salud a través de capacitaciones que permita conocer las patologías AUGE y las nuevas patologías que se incorporaron.<br/> Se trabajara en la entrega de estadísticas a los profesionales para conocer cuáles son las problemáticas que se presentan a la hora de entregar las prestaciones y/o tratamientos a los usuarios de nuestro centro de Salud.</p> | <p><b><u>Estrategias Defensivas</u></b><br/> Se realizarán reuniones bisemanales con los integrantes del Programa GES, con la finalidad de tomar acciones en conjunto con los profesionales del Departamento de Salud de Santa Bárbara y que permitan optimizar el trabajo con los usuarios de nuestro centro de Salud.</p> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p><b><u>DEBILIDADES</u></b></p> <p>Falta de espacios de trabajo con los integrantes del Programa GES, donde se puedan realizar análisis y estadísticas acerca de la entrega de prestaciones y el funcionamiento del mismo.</p> <p>Falta de registro en línea sobre las diferentes acciones que se realicen entre los que componen el programa, así de esta forma todos tener la misma información y acceso a la misma información en el momento que se requiera.</p> <p>Problemas en la parametrización de cada problema de salud cuando no se tiene claro el proceso.</p> | <p><b><u>Estrategias Adaptativas</u></b></p> <p>Se trabajará en dependencias de sala de reuniones Chile Crece lo que permitirá realizar reuniones bimensuales para análisis estadístico y socialización de información con los integrantes, lo que permitirá una oportuna entrega de información a los profesionales del Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara.</p> | <p><b><u>Estrategias de Supervivencia</u></b></p> <p>Se informara a través de correo electrónico a los integrantes del Programa GES cuando se realizarán reuniones de trabajo y además se informará en forma personal a cada uno para evitar errores en los canales de información.</p> <p>En cada reunión se realizara elaboración de acta o registro de los acuerdos tomados por lo integrante a fin de respetarlos y aplicarlos durante los procesos.</p> |
|--|---|--|--|



## PROGRAMA DE CALIDAD

La visión del programa de calidad es que Nuestro Departamento de Salud Municipal sea reconocido como uno de los mejores a nivel país. Destacándose por su administración, emprendimiento y atención de calidad y comprometida con los usuarios; Nuestro factor principal será el personal comprometido con una atención óptima, innovadora y oportuna. El cual se encontrara en una constante capacitación técnica, profesional y humana. Seremos distinguidos han nivel regional y nacional por establecer metas propias según las necesidades de nuestra población y por óptimo cumplimiento de los objetivos emanados por Servicio Salud Bio Bio y MINSAL



Componentes del plan estratégico de calidad

En el marco, en que se desarrollan las actividades del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente del departamento de salud Municipal de Santa Bárbara. Se definido en la planificación estratégica del establecimiento, mediante políticas de calidad y definición de objetivos específicos; lo que a su vez determina las estrategias a implementar. Dentro de ellas surge la formación del comité de calidad dedicado a la gestión de la calidad.

Compuesto por:

- Encargado de Calidad, E.U Nataly Lagos
- La Dirección del establecimiento, Dr. Cristian Villablanca.
- Los jefes de equipo (CES, Rural, dental); Dr. Sergio Vergara, Sra. Marta Rivas, Dra. Bärbel Neumann,

Secretario del Comité: Dr. Sergio Vergara

Políticas de Calidad del Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara.

El departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara proporciona atenciones de Salud de Calidad incorporando en su que hacer la mejora continua de la calidad y seguridad de los procesos asistenciales y administrativos. A través de una cultura que permita alcanzar la calidad y seguridad establecida a nivel nacional, incorporando la planificación anual de procesos.

Objetivo estratégico de Calidad

Bridar un atención de salud segura, oportuna y efectiva mediante la aplicación de procesos de mejoramiento continuo de calidad en un modelo biopsicosocial, intercultural y comunitario mediante de incorporación del plan estratégico de calidad.

**ACTIVIDADES:**

| Componente                        | Actividades  |
|-----------------------------------|--|
| Dignidad del paciente             | Formación comité de ética  |
|                                   | Documento de difusión derechos y deberes de los pacientes  |
|                                   | Protocolo de gestión de reglamos   |
|                                   | Encuesta de satisfacción usuarias  |
|                                   | Consentimiento informado   |
|                                   | Docencia   |
| Gestión calidad                   | Decreto de nombramiento  |
| Gestión clínica                   | Manuales   |
| Gestión clínica                   | Protocolo reanimación cardiovascular sala ERA- IRA   |
| Gestión clínica                   | Manejo de Reacciones adversas  |
| Gestión clínica                   | Encargado de IIH   |
| Acceso, oportunidad y continuidad | Plan de emergencia por establecimiento   |
| Acceso, oportunidad y continuidad | Protocolo de atención inmediata a pacientes situación de emergencia  |
| Acceso, oportunidad y continuidad | Flujograma de notificación de información en caso situaciones de riesgo imágenes anatomía patología y exámenes |
| Acceso, oportunidad y continuidad | Documento de red de urgencia y procedimiento   |
|                                   | Tipo de transporte   |
| Competencias de recursos humano   | Inscripción y certificados de título de profesionales  |
| Competencias de recursos humano   | Programa de riesgos a exposición   |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Competencias de recursos humano | Programa de inducción y orientación específica de su funciones               |
| Competencias de recursos humano | Capacitación reanimación cardiovascular esto cada 5 años                     |
| Competencias de recursos humano | Protocolo de manejo de accidentes corto -punzantes                           |
| Registros                       | Protocolo de ficha clínica única   |
| Seguridad de los equipos        | Decreto de encargado de adquisiciones protocolo                              |
| Seguridad de los equipos        | Programa preventivo de equipos críticos                                      |
| Seguridad de instalaciones      | Plan prevención de incendio  |
|                                 | Informe de evolución de riesgos cada 5 años                                  |
|                                 | Registro de mantenciones extintores  |
|                                 | Mantenimiento preventivo red seca húmeda y sistema de mitigación de incendio |
|                                 | Plan de evacuación y simulacros  |
| Seguridad de instalaciones      | Designar encargado de mantención señal ética iluminación, etc.               |
|                                 | Designar responsable de mantenciones de techumbres y calderas                |
|                                 | Designar responsable cortes de luz y protocolo de contingencia               |
| Laboratorio                     | Protocolo de toma de muestra   |

|                |   |
|----------------|---|
| Farmacia       | Decreto comité de farmacia                  |
|                | Protocolo de adquisición de medicamentos    |
|                | Protocolo de rotulación de medicamentos     |
|                | Protocolo de almacenamiento de medicamentos |
| Esterilización | Centralizada                                |
|                | Protocolo de esterilización                 |
|                | Control de procesos                         |
| Kinesiterapia  | Protocolo de kinesioterapia                 |

**FODA PROGRAMA DE CALIDAD**

|                  |  | ANALISIS EXTERNO   |  |
|------------------|--|--|--|
|                  |  | <b>OPORTUNIDAD:</b><br>-Recursos para implementación de infraestructura, mobiliario y artículos  | <b>AMENAZAS:</b><br>-alta demanda de los usuarios  |
| ANALISIS INTERNO | <b>FORTALEZAS</b><br>-Comité de Calidad.<br>-Plan estratégico de calidad   | <b>ESTRATEGIAS OFENSIVAS</b><br>-Participación activa de la mayor parte de los integrantes del equipo en el programa<br>-evaluación trimestral del plan estratégico de calidad | <b>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</b><br>-Implementación de protocolos y normas locales<br>-aplicación de pautas de evaluación de estándares de calidad            |
|                  | <b>DEBILIDADES</b><br>- deficiencia de horas para reuniones del comité de calidad.<br>-falta de compromiso frente al programa de calidad | <b>ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS</b><br>-Realizar capacitaciones frente a la implementación de los protocolos de calidad   | <b>ESTRATEGIAS SUPERVIVENCIA</b><br>- optimizar las reuniones del comité de calidad<br>-dar a conocer el programa de calidad a la comunidad y funcionarios |

## PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad hipertensiva, enfermedad vascular periférica), son la principal causa de muerte en ambos sexos. Es por esto que una de las principales estrategias



del Ministerio de Salud es el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) para contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad de la población y mejorar la calidad de vida.



A los Usuarios del Departamento de Salud Municipal de la comuna que están insertos dentro del Programa se les entrega una atención preferencial, con citas programadas y periódicas, otorgándoles evaluación de exámenes y electrocardiograma, además de

evaluaciones específicas en Diabetes Mellitus, que incluyen: fondo de ojo anual, para evaluar y manejar el daño ocular causado por la diabetes, entrega de equipos de control de glicemia en domicilio para mejorar el monitoreo y control metabólico, podólogo y evaluación de pie diabético con el objeto de prevenir y

tratar complicaciones asociadas; todo esto según lo recomendado por las guías clínicas del GES y protocolos del MINSAL.

Importante destacar que el programa cuenta con un equipo Multidisciplinario integrado por TENS, Enfermeros, Nutricionistas, Psicólogos, y Médicos, los cuales realizan intervenciones de atención de forma integral al paciente y su familia para lograr la compensación de la enfermedad y reducir los factores de riesgo modificables. Este trabajo coordinado permite llevar un monitoreo y vigilancia activa con el correcto uso de los flujogramas locales, y de esta forma evaluar y desarrollar un análisis del estado de salud (compensados, descompensados) de la población.

### **Estrategias a Desarrollar:**

Elaboración de un proyecto para realizar pausas activas en los diferentes comités de salud y junta de vecinos con la participación de Kinesiólogo, Nutricionista y Médico, en el cual se desarrolle ejercicios y el contacto directo de los usuarios con los profesionales a fin de que consulten sus dudas, miedos, inconvenientes con el fin de reforzar sobre su patología, tratamiento, alimentación, etc.



Para tener una mayor organización y mejor seguimiento del programa solicitamos reuniones quincenales de 2 horas de duración.

Las encargadas de este programa y el equipo, está entusiasmado con este desafío que se ha otorgado, la calidad de la atención y nuestra predisposición

serán el punto clave para seguir lo planteado, esta incitativa se basa es un compromiso que tiene como recompensa un programa sólido y pacientes compensados.

**La Programación para el año 2014, recoge algunos desafíos:**

1. Promoción, destacar la importancia de considerar la salud como un privilegio, desde la perspectiva individual y familiar.
2. Incorporar, una visión de la importancia del PSCV en su totalidad, con participación activa de los usuarios y profesionales, con ello mejorara la satisfacción de los usuarios por la calidad de los servicios otorgados
3. Integrar a todos los profesionales con un fin común, el mejorar la situación de salud de



la población y de esta manera fortalecernos como equipo.

4. Avanzar y Comprometerse en el cumplimiento de los desafíos como Programa con la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias.

5.-Concientizar a los usuarios de la problemática y el impacto de las complicaciones de todas las enfermedades Crónicas, con el uso correcto de los deberes y

derechos.

6.- Promover los estudios de familia, la consejería familiar e individual, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos.

7.- Conservar y cuidar la diversidad de la población (pehuenches, discapacitados, etc.) ya que todos ellos hacen posible este programa y desempeñan un rol de vital importancia y crean más desafíos a cada uno de los involucrados

8.- Incentivar a los comités de salud de cada sector con charlas y reuniones, integrar a cada individuo del grupo familiar desde la niñez hasta los adultos mayores, con el objeto de pesquisar factores de riesgo presentes, tales como genes, hábitos de alimentación y actividad física, entre otros, todo esto nos servirá para mejorar el vínculo entre el equipo de salud y la comunidad.

**ANALISIS FODA**

|                  |  | Análisis Externo  |   |
|------------------|--|---|---|
|                  |  | <p><b>OPORTUNIDADE</b></p> <p>1.- CAPACITACIONES DICTADAS DESDE EL SERVICIO DE SALUD EN ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL PROGRAMA, ENTREGADA A TODOS LOS PROFESIONALES QUE FORMAN PARTE DE PSCV.</p> <p>2.- FACILITACION DE MATERIAL IMPRESO PARA PREVENCION DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES Y TABLAS DE ESTIMACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, POR PARTE DEL SSBB.</p> <p>3.- COMITES DE SALUD DE LOS DISTINTOS SECTORES ORGANIZADOS Y COMPROMETIDOS, LOS CUALES PARTICIPAN EN REUNIONES Y ACTIVIDADES DE SALUD.</p>  | <p><b>AMENAZAS</b></p> <p>1.-ALTA ROTACIÓN DE PROFESIONALES Y CON ELLO DIFICULTAD EN AVANCE DEL EQUIPO; EN COORDINACION, ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS Y ACUERDOS IMPLEMENTADOS CON EL EQUIPO LOCAL. ADEMÁS ADAPTACION DE LOS USUARIOS CON EL NUEVO PROFESIONAL.</p> <p>2.-DEMANDA DE USUARIOS POLICONSULTANTES Y CON MULTIPLES PATOLOGÍAS ASOCIADAS, ADEMÁS DE SU PATOLOGÍA CRÓNICA DE BASE, OBSTACULIZANDO EL CONTROL CRÓNICO CON MORBILIDADES.</p> <p>3.-PROCESO DE ADQUISICIÓN DE FÁRMACOS LENTO, LO QUE EN ALGUNAS SITUACIONES HA PROVOCADO DESABASTECIMIENTO DEL ARSENAL.</p> <p>4.-BAJO NIVEL DE EMPODERAMIENTO DE ENFERMEDAD, DESCONOCIMIENTO DEL USUARIO ACERCA DE SU TRATAMIENTO INTEGRAL Y DIFICULTAD PARA ADQUIRIR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES.</p> <p>5.- DIFICULTAD DE LOCOMOCION EN ALGUNOS SECTORES DE LA POBLACION PARA ASISTIR A SUS CONTROLES Y SEGUIR EL FLUJOGRAMA ESTABLECIDO.</p> |
| Análisis Interno | <p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>1.- EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO COMPUESTO POR TÉCNICO PARAMÉDICO, ENFERMERA, KINESIOLOGO, NUTRICIONISTA Y MÉDICO, TODOS ELLOS CON JORNADA LABORAL COMPLETA, LO QUE NOS PERMITE ABARCAR LA GRAN MAGNITUD DE PACIENTES EN CONTROL.</p> <p>2.-PRESTAN SERVICIO 3 MEDICOS PARA LAS ATENCIONES DEL PROGRAMA, CUBRIENDO POSTAS Y CES.</p> <p>3.-PERSONAL DE SALUD COMPROMETIDO, CAPACITADO Y PRO ACTIVO ATENTO A LAS NECESIDADES DE NUESTROS USUARIOS.</p> | <p><b>Estrategias Ofensivas</b></p> <p>1.- CAPACITACION EN PREVENCION DE RIESGOS DE ECNTS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE A LOS COMITES DE SALUD Y A LAS DISTINTAS ASOCIACIONES GRUPALES COMO JUNTAS DE VECINOS Y CLUB ADULTOS MAYORES.</p> <p>2.- CADA PROFESIONAL DEL EQUIPO DEBE REALIZAR ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE ECNTS, TALLERES, CHARLAS, ACTIVIDAD FÍSICA, AUTOCUIDADO SEGÚN SU ÁREA EN LA CUAL TIENE CAPACITACIÓN.</p> <p>3.- EDUCACIONES EN SALA DE ESPERA SOBRE EL PROGRAMA Y PREVENCION DE COMPLICACIONES DE PATOLOGÍAS CRONICAS, JUNTO CON FOLLETOS INFORMATIVOS, Y FOMENTAR EN LA POBLACION UNA PARTICIPACION ACTIVA .</p> | <p><b>Estrategias Defensivas</b></p> <p>1.-INFORMAR AL USUARIO A TRAVES DE CHARLAS, REUNIONES DE LA COMUNIDAD SOBRE LAS NORMAS DEL PROGRAMA Y LOS FLUJOGRAMA DE ATENCION, LOS CUALES SON DISTINTOS, DEPENDIENDO EL MOTIVO DE LA CONSULTA POR EJEMPLO ES DIFERENTE PROCEDIMIENTO Y RENDIMIENTO DE LA CONSULTA DE MORBILIDAD, SALUD MENTAL Y LOS CONTROLES DEL PSCV.</p> <p>2.- MEJORAR LA ORGANIZACIÓN EN LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES Y DERIVACIONES OPORTUNAS POR PARTE DE MEDICOS A LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PARA LOGRAR MAYOR COMPENSACION DE LOS PACIENTES Y A LA VEZ MENOR DEMANDA.</p> <p>3.- MAYOR EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS SOBRE SUS PATOLOGÍAS DE BASE A TRAVES DE EDUCACIONES, EN LOS CONTROLES Y VISITAS DOMICILIARIAS DE CRONICOS.</p> <p>4.- MAYOR FILTRACION Y ADECUADA CITACION A LOS CONTROLES CRONICOS RIGIENDOSE POR EL FLUJOGRAMA DEL CARNET.</p>                        |
|                  | <p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>1.- FALTA DE INFRAESTRUCTURA ADECUADA PARA REALIZAR INTERVENCIONES EDUCATIVAS Y ACTIVIDAD FÍSICA.</p> <p>2.- ESCASA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO PARA ESTABLECER PROTOCOLOS Y FLUJOGRAMAS INTERNOS, POR FALTA TIEMPO E INICIATIVA.</p>   | <p><b>Estrategias Adaptativas</b></p> <p>1.- REUNIONES PERIODICAS CON EL EQUIPO DE PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL PROGRAMA, PARA ESTABLECER PROTOCOLOS Y FLUJOGRAMAS INTERNOS.</p> <p>2.-POSTERIOR A LOS ACUERDOS TOMADOS EN LAS REUNIONES INFORMAR A LA COMUNIDAD ACERCA DE LOS MODIFICACIONES EN LA MODALIDAD DE LA ATENCION.</p>   | <p><b>Estrategias de Supervivencia</b></p> <p>1.- CADA PROFESIONAL HAGA CONCIENCIA EN EL COMPROMISO DEL TRABAJO CON LOS USUARIOS A TRAVES DE UNA MAYOR ORGANIZACIÓN EN VISITAS DE RESCATE, SEGUIMIENTO.</p>   |

**PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES**

|   |  |                      |  |
|---|--|----------------------|--|
| <b>Misión</b>                                 | Aumentar la Promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares y sus consecuencias en nuestros usuarios de CES rural.   |                      |  |
| <b>Objetivos Estratégicos</b>                 | Sensibilizar y educar a los usuarios sobre la importancia de su tratamiento integral y autocuidado de su propia salud.   |                      |  |
| <b>Estrategias</b>                            | Reuniones con equipo cardiovascular-consultas y controles según flujograma local-Educaciones y Talleres a la comunidad- visitas domiciliarias de pacientes crónicos descompensados y de rescate. |                      |  |
| <b>Pasos a Seguir</b>                         | <b>Responsable</b>   | <b>Plazos</b>        | <b>Recursos Necesarios</b>   |
| Reuniones equipo cardiovascular               | TENS<br>Médicos<br>Enfermeros<br>Nutricionistas<br>Kinesiólogo   | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico<br>Movilización   |
| Consultas y controles según flujograma local  | SOME<br>TENS<br>Médicos<br>Enfermeros<br>Nutricionistas<br>Kinesiólogo   | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Box de atención<br>Insumos<br>Material de oficina  |
| Educaciones y talleres                        | TENS<br>Médicos<br>Enfermeros<br>Nutricionistas<br>Kinesiólogo<br>Trabajadora Social<br>Facilitador Intercultural  | Enero-Diciembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico<br>Movilización<br>Data<br>Notebook<br>Material de oficina<br>Colación saludable<br>Equipo de audio |
| Visitas domiciliaria de atención y de rescate | TENS<br>Médicos<br>Enfermeros<br>Nutricionistas<br>Facilitador Intercultural<br>Trabajadora Social   | Enero-Diciembre 2014 | Recurso Humano<br>Movilización<br>Equipamiento clínico<br>Insumos  |

## CHILE CRECE CONTIGO DSM SANTA BÁRBARA

Chile Crece Contigo es un programa destinado a la protección de los niños y niñas de Chile, es decir, tiene como objetivo contribuir al despliegue máximo del potencial de desarrollo de niños y niñas en la primera infancia. Consiste en una oferta de **apoyo intensivo al control, vigilancia y promoción** de la salud de niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de vida, contando con equipos profesionales multidisciplinarios, que componen la Red Comunal Chile Crece Contigo:

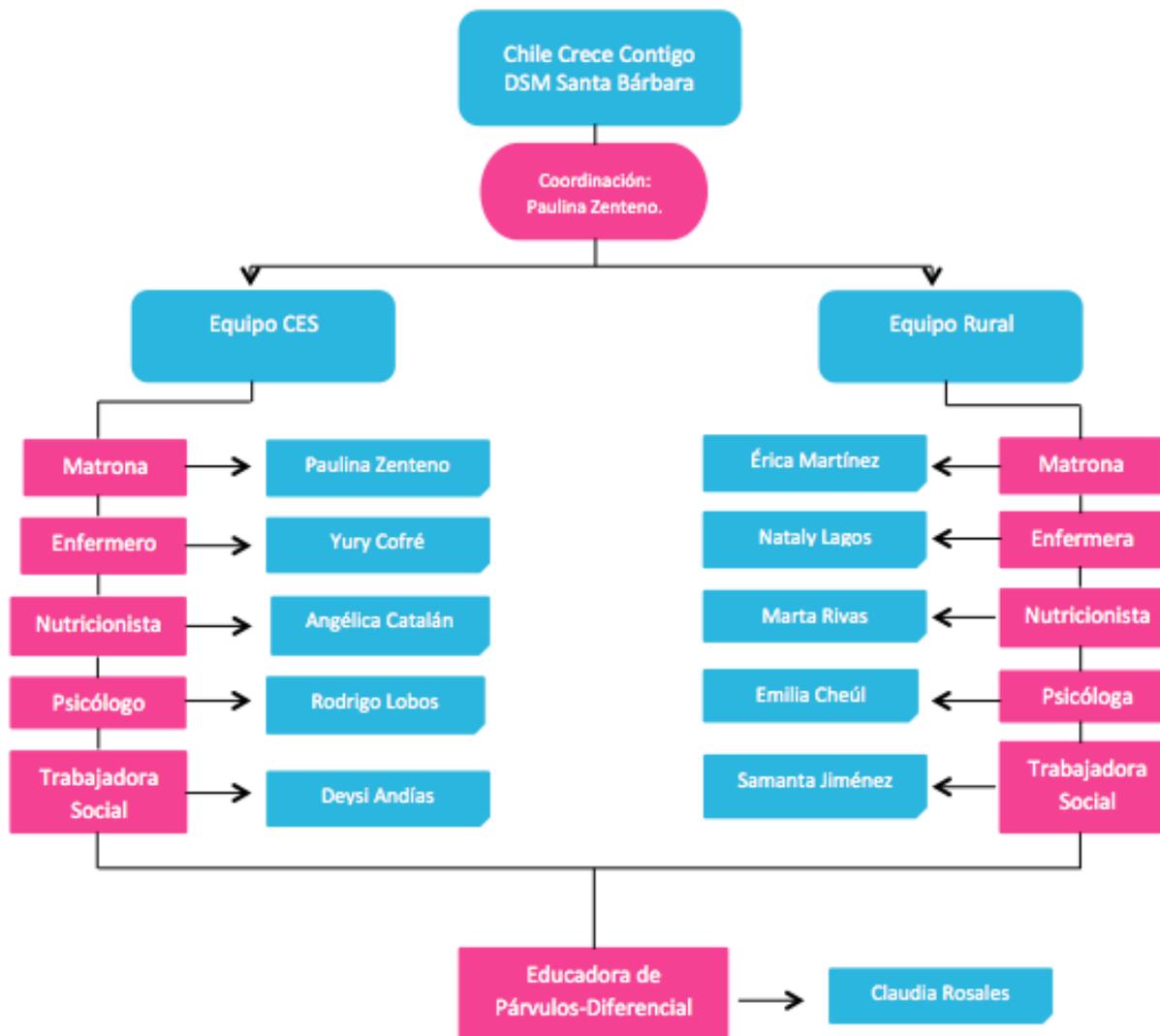


- Hospital de la Familia y la Comunidad de Santa Bárbara.
- Departamento de Salud de Santa Bárbara.
- Jardines Infantiles (JUNJI-INTEGRA-COANIL-DTS)
- Organismos Municipales (Ej. DIDECO-EDUCACIÓN)

Se ejecuta desde el Ministerio de Salud e involucra los distintos niveles de atención, dentro de los cuales se encuentra nuestra I. Municipalidad de Santa Bárbara, a través del Departamento de Salud, que entrega prestaciones como centro de atención primaria en salud.

Como equipo de salud se realizan las siguientes actividades:

- Análisis de casos emblemáticos.
- Creación de planes de Intervención a familias vulnerables.
- Coordinación de casos con otros organismos. (Ej.: Conin, Tribunal, Carabineros, PDI, Fiscalía, SENAME, SERNAM, etc.)
- Entrega de prestaciones de salud que involucran:
  - ✓ Atención y fortalecimiento de los cuidados de la gestación.
  - ✓ Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial.
  - ✓ Educación a la gestante y su pareja.
  - ✓ Primer control de salud madre, padre, cuidador-hijo, hija de ingreso a la atención primaria.
  - ✓ Ingreso al Control de Salud del niño y la niña
  - ✓ Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño o niña.
  - ✓ Intervención psicoeducativa grupal o individual enfocada en el desarrollo de competencias parentales.
  - ✓ Atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral.
  - ✓ Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial del niño o niña.
  - ✓ Sala de estimulación en el centro de salud



FODA

|                         |   | <b>Análisis Externo</b>  |   |
|-------------------------|---|--|---|
|                         |   | <b>Oportunidades:</b>  | <b>Amenazas:</b>  |
|                         |   | <p>Facilitación de movilización a través de calendarización anual.</p> <p>Coordinación fluida con otros organismos de la red y externos a ésta en la derivación de casos vulnerables.</p> <p>Participación activa en la Red Comunal Chile Crece Contigo.</p>                                 | <p>Escasa retroalimentación desde SSBB, no hay instancias para análisis, reuniones y capacitaciones.</p> <p>Características socio demográficas de la población, que no contribuyen a cumplir con metas establecidas, tales como talleres ChCC.</p> <p>Riesgos a los que se exponen profesionales por medidas judiciales ante casos vulnerables.</p>               |
| <b>Análisis Interno</b> | <p><b>Fortalezas:</b></p> <p>1. alendarización organizada de reuniones y planes de intervención Chile Crece Contigo bisemanales, llevadas a cabo según planificación, para análisis de casos y/o indicadores del programa. Contando con verificadores, tales como: archivador con formularios de planes y cuaderno de asistencia.</p> <p>2. articipación de profesionales que conforman un equipo multidisciplinario, con perspectivas que complementan un trabajo biopsicosocial.</p> <p>3. riorización de actividades Chile Crece Contigo, en la entrega de prestaciones a usuarios. Como por ejemplo visitas domiciliarias integrales.</p> | <p><u>Estrategias Ofensivas:</u></p> <p>Utilizar el tiempo destinado para actividades del programa al máximo, respetando horarios.</p> <p>Participación activa de la mayor cantidad de profesionales de cada equipo en reuniones de Red, incluyendo coordinación de casos transversales.</p> | <p><u>Estrategias Defensivas:</u></p> <p>Coordinación con SSBB para calendarizar visita semestral de personal a cargo del programa.</p> <p>Facilitar traslado de gestantes para realización de talleres por profesional idóneo.</p> <p>Panificar reunión con autoridades judiciales de la comuna, en conjunto con profesionales del programa ChCC y alcaldía.</p> |
|                         | <p><b>Debilidades:</b></p> <p>alta de espacios adecuados para la realización de talleres y reuniones, que aporten a la privacidad.</p> <p>orario no estable de la llegada de rondas médicas, que dificulta asistencia a</p>   | <p><u>Estrategias Adaptativas:</u></p> <p>Coordinar a través de la Red Comunal, un espacio físico apto para realización de talleres y otros.</p> <p>Establecer la participación de al menos un representante de cada equipo y un</p>   | <p><u>Estrategias de Supervivencia:</u></p> <p>Adaptación de la infraestructura a un lugar más amigable, entregando además incentivos para lograr asistencia a talleres.</p>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>actividades programadas.<br/>         .<br/>         scasa participación de<br/>         profesionales médicos y<br/>         odontólogos en el programa.</p> | <p>representante de<br/>         profesional cat. A en las<br/>         reuniones de evaluación<br/>         de indicadores y casos<br/>         vulnerables.</p> |  |
|--|---|--|



**LABORATORIO COMPLEMENTARIO GES**

**Descripción**

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las prestaciones que se definen en los siguientes componentes del programa de complementario ges

- examen de laboratorio básico
- contratación de recurso humano
- adquisición de medicamentos



**ANÁLISIS FODA**

|                  |   | ANÁLISIS EXTERNO  |  |
|------------------|---|---|--|
|                  |   | OPORTUNIDAD   | AMENAZAS   |
|                  |   | 1. APOYO y AVISO OPORTUNO DIRECTO DEL LABORATORIO HSB AL EQUIPO DSM<br>1. SISTEMA DIGITAL PARA VER LOS EXAMENES EN LINEA. | 1. DEFICIENCIA DEL SISTEMA COMPUTACIONAL EN LINEA<br>2. DESABASTECIMIENTOS DE MEDICAMENTOS EN NIVEL CENTRAL                        |
| ANÁLISIS INTERNO | <b>FORTALEZAS</b>   | <b>ESTRATEGIAS OFENSIVAS POTENCIALIDADES</b>  | <b>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS DESAFÍOS</b>   |
|                  | 1. COMUNICACION DIRECTA CON EQUIPO DE LABORATORIO HSB<br>2. RECURSO HUMANO<br>3. COMPRA DE MEDICAMENTOS A TRAVES DE CONVENIO  | 1. REUNION ESTRATEGICA ENTRE LABORATORIO Y DSM<br><br>1. LLEVAR UN REGISTRO MENSUAL DE LOS EXAMENES DEL LABORATORIO GES   | 1. OPTIMIZANDO LOS ESPACIOS Y RECURSOS ASIGNADOS PARA DICHA FUNCION<br>2. OPTIMIZAR LA AGENDA PARA TOMA DE MUESTRA                 |
|                  | <b>DEBILIDADES</b>  | <b>ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS RIESGO</b>   | <b>ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA LIMITACIONES</b>   |
|                  | 1. FALTA ESPACIO FISICO<br>2. DEMORA EN EL TRASPASO DE RECURSOS DESDE SSBB A DSM<br>3. FALTA DE CAPACIDAD DEL LABORATORIO STA BARBARA<br>4. SITEMA DE COMPRA ENGOROSO | 1 STOCK CRITICO DE MEDICAMENTOS GES<br>2 OPTIMIZAR LA COMUNICACIÓN LABORATORIO Y DSM                                      | 1 OPTIMIZAR EL ESPACIO ACTUAL PARA TOMA MUESTRA<br>2 REPORTE MENSUAL DE FARMACOS GES<br>3 OPTIMIZAR LOS TIEMPOS DEL RECUROS HUMANO |

## PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

El Programa de rehabilitación es un programa destinado a satisfacer las demandas de rehabilitación de los usuarios en situación de Discapacidad, permanente o transitoria del sector rural de la Comuna de Santa Bárbara, es un programa relativamente nuevo que durante el presente año está enfocado a lograr su instauración y conocimiento de la situación de Discapacidad en la que se encuentran nuestros Usuarios, proceso que no está exento de dificultades, iniciando por la falta de recurso Material y Humano.

En la actualidad el recurso Humano considerado en el Departamento de Salud Municipal es de un profesional Kinesiólogo con 44 Horas semanales, designado 22 Horas para satisfacer las necesidades del Sector Rural cubierto por el equipo de Salud Rural y 22 horas destinadas para el equipo CES, población que no es cubierta por las Postas de salud Rural, realidad que no se ajusta a las demandas actuales de rehabilitación existentes en la población.

Durante el presente años se han postulado a fondos concursales del Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), con muy buenos resultados, permitiendo la adjudicación del proyecto “Rehabilitación a Tu Hogar”, donde los montos adjudicados permitieron la adquisición y compra de implementación para suplir en parte las necesidades de Herramientas terapéuticas necesarios para este proceso.

Objetivo General del programa de Rehabilitación:

Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física permanente o transitoria, y sus familias, permitiendo el acceso de ambos a un proceso de prevención, tratamiento, facilitando así su inclusión social.

Misión del programa de Rehabilitación:

- Asumir la rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad en su comunidad con un enfoque biosicosocial.
- Tratamiento integral de rehabilitación a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente.
- Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.
- Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias.
- Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial.
- Educación y prevención de discapacidad.
- Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo.

Prestaciones del Programa de Rehabilitación

| Prestación  | Contenido   |
|---|---|
| Atención rehabilitación integral<br>Kinesiólogo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación, Plan de Tratamiento, Objetivos específicos, evaluables y consensuados con la persona y su familia.</li> <li>• Duración e intensidad preestablecida.</li> <li>• Prestaciones de Rehabilitación.</li> <li>• Atención de personas con discapacidad permanente o transitoria.</li> <li>• Atención de personas con sintomatología osteomuscular.</li> </ul> |
| Visita Domiciliaria y/o escolar y/o laboral Integral por profesional de rehabilitación. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la realidad psicosocial del paciente, evaluación funcional del hogar para las actividades de la vida diaria del paciente en la casa y su entorno, evaluación del entorno escolar o laboral.</li> <li>• Plan de trabajo al respecto. Responsable: profesional de rehabilitación.</li> </ul>   |
| Órtesis   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega de Órtesis, GES y No GES.</li> <li>• Entrenamiento en el uso de órtesis (silla de ruedas, Bastones, andadores, Colchón anti escaras).</li> </ul>   |
| Apoyo al Cuidador   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferencia de herramientas para el autocuidado y el de la persona en situación de dependencia.</li> </ul>   |
| Educación de Grupos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación a grupos de la comunidad organizada.</li> <li>• Formación de monitores.</li> </ul>   |
| Trabajo Comunitario   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación y fortalecimiento de redes de soporte social, laboral y familiar de las personas con discapacidad en el territorio (incluye trabajo intersectorial) e integración a redes comunitarias.</li> </ul>   |
| Asesoría del Nivel Secundario a la APS  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico especializado, diagnóstico diferencial, tratamiento especializado, indicaciones al equipo APS para su seguimiento.</li> </ul>  |

ANÁLISIS FODA

|                         |  | <b>Análisis Externo</b>   |   |
|-------------------------|--|---|---|
|                         |  | <p><b>Oportunidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• facilidad de poder contar con movilización para realizar Visitas Domiciliarias a través de calendarización anual.</li> <li>• existencia formal del programa de rehabilitación por parte del Ministerio de Salud.</li> <li>• reuniones Semestrales con unidad estratégica para asumir flujogramas de derivación de casos y pacientes que requieren Rehabilitación.</li> <li>• capacidad Profesional y del equipo de asumir nuevos desafíos.</li> </ul> | <p><b>Amenazas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta dispersión geográfica de la población, lo que dificulta accesibilidad a la atención.</li> <li>• Población de bajos recursos económicos que dificulta locomoción hacia el lugar de atención.</li> <li>• Poca adherencia de los pacientes a tratamiento.</li> <li>• Poca motivación y empoderamiento de los pacientes en sus problemas de Salud.</li> </ul>   |
| <b>Análisis Interno</b> | <p><b>Fortalezas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. capacidad de gestión y coordinación del profesional Kinesiólogo con los Equipos Rural y CES.</li> <li>5. visitas Domiciliarias Integrales que fortalecen la relación Equipo – Paciente - Familia, permitiendo un proceso de rehabilitación en familia y comunidad.</li> <li>6. trabajo intersectorial con la unidad estratégica que permite mejorar el servicio de rehabilitación DSM.</li> <li>7. entrega de ayudas técnicas GES y No Ges, en el domicilio de los Usuarios, con respectivas entrenamientos y educaciones para un correcto uso y cuidados.</li> <li>8. actividades de Promoción, prevención y educativas en la comunidad.</li> </ol> | <p><b>Estrategias Ofensivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mantener y favorecer el trabajo en equipo en cada una de las intervenciones y actividades a realizar.</li> <li>• fortalecer la Gestión y Coordinación del equipo de rehabilitación, de esta manera poder acceder a todas las comunidades del sector rural.</li> </ul>   | <p><b>Estrategias Defensivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• actividades para promover los estilos de vida saludables y actividad física en los distintos establecimientos y comunidades del sector rurales.</li> <li>• actividades de prevención, en lo posible ir educando nuestra población para disminuir el riesgo de discapacidad permanente y/o transitoria, a través de un trabajo interdisciplinario con los otros profesionales de la salud.</li> <li>• implementar las estrategias necesarias para favorecer e incentivar la adherencia al tratamiento y el empoderamiento de nuestros usuarios en los que aceres de Salud.</li> </ul> |
|                         | <p><b>Debilidades:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. recurso Humano Insuficiente para poder suplir las demandas actuales de rehabilitación de los usuarios y la posibilidad de entregar un plan de tratamiento con continuidad de atención mejorando el impacto de esta intervención.</li> <li>2. escaso espacio físico destinado al servicio de Rehabilitación tanto en las</li> </ol>  | <p><b>Estrategias Adaptativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• generar a través de la gestión local los recursos necesarios para lograr el aumento de los profesionales en rehabilitación y así también la implementación del espacio físicos necesario en Postas de Salud Rural y CES, tales como Salas de Rehabilitación y/o Salas multiuso.</li> </ul>  | <p><b>Estrategias de Supervivencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• capacitación constante a profesionales de rehabilitación y especialización para potenciar habilidades resolutivas.</li> <li>• Generar convenios con Universidades para establecer un campo Clínico de Práctica profesional, posibilidad de aumentar el número y la cobertura de actividades preventivas y</li> </ul>   |

|  |   |  |                    |
|--|---|--|--------------------|
|  | <p>Postas de Salud Rural, como EMR, limitando esta atención solo a intervención comunitaria, educaciones grupales y Visitas Domiciliarias integral de rehabilitación.</p> |  | <p>educativas.</p> |
|--|---|--|--------------------|

### PROGRAMA ERA-IRA

El Programa de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto e Infantil (ERA e IRA respectivamente) son programas nacionales, que deben coordinar las acciones que se lleven a cabo sobre estos temas en los 3 niveles de atención, ejecutado preferentemente en la Atención Primaria, como lo es en nuestro caso, y cuyas normas deben ser aplicadas progresivamente en todos los establecimientos de manera integrada al Servicio de Salud cuyo objetivo principal es reducir la mortalidad y la letalidad de las Enfermedades Respiratorias del Adulto e Infantil en Chile para de esta manera mejorar su calidad de vida.

La ejecución está a cargo del Equipo de Salud, correspondiente a médico (3), kinesiólogo (1), enfermero(a) (2) y técnicos en enfermería (11) según la población asignada a cubrir en las distintas postas y estaciones médico-rurales de la comuna. En nuestro Departamento de Salud no contamos con todo el personal necesario ni infraestructura suficiente para abarcar todas las necesidades de nuestros usuarios, por lo que su prestación se complementa coordinando directamente con Sala ERA-IRA del Hospital Familiar y Amigo de la Comunidad de Santa Bárbara cuando es requerido.

Las funciones de estos programas son:

Realizar el diagnóstico de situación de las enfermedades respiratorias del área territorial que cubre el establecimiento.

Ejecutar las normas ministeriales.

Programar y ejecutar las actividades de control de acuerdo a los recursos necesarios para:

- a) Promoción y Prevención de salud.
- b) Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los casos.
- c) Capacitación de personal.
- d) Actividades de control y evaluación.

**ANÁLISIS FODA PROGRAMA ERA-IRA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD  
MUNICIPAL SANTA BÁRBARA**

| Análisis Externo |  |  |   |
|------------------|--|--|---|
|                  |  | <p><b>OPORTUNIDADES</b><br/>Existencia formal del programa por parte del Ministerio de Salud.<br/>Recursos económicos disponibles para el desarrollo del programa.<br/>Abordaje en distintos niveles de intervención en salud: prevención, promoción y tratamiento de usuarios del programa y de usuarios de nuestra institución.<br/>Capacitaciones al estamento por parte del Servicio de Salud.<br/>Apoyo imagenológico de calidad con informe radiológico para complementar y mejorar diagnóstico.<br/>Convenios que permiten obtener herramientas para el diagnóstico de las enfermedades respiratorias, tales como Espirometrías.<br/>Apoyo desde el establecimiento para la ejecución de las actividades pertinentes al cuidado del paciente.</p> | <p><b>AMENAZAS</b><br/>Dispersión geográfica poblacional lo cual dificulta el acceso a los pacientes.<br/>Mala calidad de infraestructura vial que se presenta, más aún en los meses de invierno, provocando muchas veces que no se puedan realizar visitas domiciliarias.<br/><br/>Precaria red de comunicación intrasectorial (mala o ausencia de señal telefónica, radiofrecuencia, internet, etc.) en algunos sectores.<br/><br/>Falta de capacitación para los funcionarios participantes del programa.<br/>Aumento de la demanda de las enfermedades respiratorias durante la temporada invernal y la poca dotación profesional para satisfacer estas demandas.</p> |
| Análisis Interno | <p><b>FORTALEZAS</b><br/>Autonomía para crear estrategias enfocadas a cumplir con los lineamientos y metas del Programa.<br/>Trabajo en equipo coordinado y de alto rendimiento.<br/>Trabajo en red local coordinado.<br/>Conocimiento y seguimiento acabado de nuestros usuarios.<br/>Contratación 44 horas de Kinesiólogo para Departamento de Salud Municipal.</p>  | <p><b>Estrategias Ofensivas</b><br/>Asignación de tiempo para coordinación y realización del programa<br/>Creación de protocolo local para optimizar manejo en base a los recursos disponibles.<br/>Mejorar la pesquisa temprana de patología respiratoria a través de consulta médica.<br/>Mejorar el seguimiento y tratamiento de los pacientes beneficiarios del programa.<br/>Mejorar la cobertura de exámenes diagnósticos y de screening (Radiografías de tórax, Espirometrías, etc.).</p>   | <p><b>Estrategias Defensivas</b><br/>Realización de talleres con énfasis en el cese de tabaco.<br/>Realización de talleres en promoción y prevención de patología respiratoria aguda en niños y adultos.<br/>Realización de charlas educativas sobre autocuidado en pacientes con patología respiratoria crónica.<br/>Mejorar la adherencia a controles y tratamiento, uso de terapias inhalatorias, etc.</p>   |
|                  | <p><b>DEBILIDADES</b><br/>Número insuficiente de horas kinesiológicas para cubrir las necesidades de los beneficiarios rurales de la comuna.<br/>Recursos Económicos insuficientes para costear actividades e implementación de insumos para la ejecución del Programa.<br/>No se cuenta con Sala ERA-IRA para implementar el programa según los lineamientos del Ministerio de Salud...<br/>Falta de horas asignadas para capacitaciones y análisis de cada caso.</p> | <p><b>Estrategias Adaptativas</b><br/>Optimizar escasez de horas kinesiológicas y médicas sobre todo en los meses de mayor demanda priorizando terapia respiratoria sobre otras como rehabilitación motora, fisioterapia, etc.<br/>Capacitación y actualización permanente entre los funcionarios participantes del programa de manera transversal para que, de este modo, todos los funcionarios estén al tanto de los requerimientos del paciente.</p>   | <p><b>Estrategias de Supervivencia</b><br/>Capacitación constante para los profesionales de primera línea (TENS) que permiten derivar casos de mayor gravedad a profesionales competentes en el área.<br/>Establecer mecanismos de acción estandarizados entre los profesionales y equipos que participan del programa.</p>   |

## PROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS

El Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (PAD y CP) emerge en 1994 del Plan Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud y hace propio el Modelo de Continuidad de los Cuidados, propuesto por el Programa de Lucha contra el Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, 2002.



El PAD y CP en el Departamento de Salud Municipal (DSM) busca desarrollarse como un servicio integral al paciente portador de cáncer avanzado u otra patología terminal, en el marco de la implementación del modelo de Salud Familiar en el área de acción correspondiente al DSM, población rural de la comuna. El espíritu de programa busca entonces responder a esta necesidad de integralidad, calidad y enfoque familiar/comunitario que demandan los cuidados paliativos hoy.

Las funciones de este programa son:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de personas con cáncer avanzado en la población rural de Santa Bárbara.
- Aportar recomendaciones para el cuidado paliativo de personas con cáncer avanzado, y sus familias, basadas en la evidencia disponible, adecuadas al contexto y realidad local.
- Apoyo emocional al paciente y familia.
- Manejo del estrés y apoyo al equipo tratante al paciente y su entorno.
- Manejo y apoyo en la etapa de duelo familiar.
- 

El enfoque, en general, corresponde al manejo de situaciones que puedan generar malestar al paciente (ajustado a las necesidades de éste y no a las del tratante). La magnitud de esta acción alcanza esferas espirituales, físicas, emocionales, intelectuales, sociales y económicas; asociado, a su vez, al control de síntomas que implica prevenir y tratar la aparición de éstos durante el transcurso de enfermedad y hasta la defunción.



En este Programa las acciones se realizan transversalmente con los diferentes equipos para brindar una atención de calidad, integral y con la mayor prolijidad y cuidado posible para no atentar contra la privacidad y autonomía del paciente y su entorno familiar, el que está compuesto por: Médicos (3), Enfermeros(as) (2),

Matronas (2), Nutricionistas (2), Psicólogos (2), Asistentes Sociales (2), Kinesiólogo (1), Orientadora Familiar (1), Técnicos en Enfermería Nivel Superior (8), acciones destinadas al cuidado y bienestar de este grupo de pacientes. Para ellos apoyamos a nuestro usuarios con medicamentos (sólo los aquellos disponibles en APS), ayudas técnicas, atención psicológica y controles periódicos en posta o a través de visitas domiciliarias cuando corresponde.

Durante el año en curso el programa ha atendido 15 pacientes usuarios del Departamento Municipal de Salud, los que son evaluados constantemente por el equipo de APS con las intervenciones ya descritas.

| Análisis Externo |   |   |   |
|------------------|---|---|---|
|                  |   | <p><b>OPORTUNIDADES</b><br/>Existencia formal del programa por parte del Ministerio de Salud.<br/>Recursos económicos disponibles para el desarrollo del programa en el Servicio de Salud.<br/>Posibilidad de compartir experiencias intersectoriales y con los distintos equipos de atención de nuestra red local.<br/>Apoyo desde el establecimiento para la ejecución de las actividades pertinentes al cuidado del paciente</p>                   | <p><b>AMENAZAS</b><br/>Dispersión geográfica poblacional, lo cual demora el tiempo para acceder a los pacientes.<br/>Mala calidad de infraestructura vial que se presenta, más aún en los meses de invierno, provocando muchas veces que no se pueda prestar la atención requerida.<br/><br/>Nula coordinación desde la atención secundaria, en donde, por protocolo se realiza el ingreso.<br/>Precaria red de comunicación intrasectorial (mala o ausencia de señal telefónica, radiofrecuencia, internet, etc.) en algunos sectores.<br/>Falta de capacitación para los funcionarios participantes del programa.</p> |
| Análisis Interno | <p><b>FORTALEZAS</b><br/>Cuidados y manejo de usuarios del programa de nuestra institución.<br/>Autonomía para crear estrategias enfocadas a cumplir con los lineamientos del Programa.<br/><br/>Trabajo en equipo coordinado y de alto rendimiento con personal del DSM.<br/>Conocimiento y seguimiento acabado de nuestros usuarios.<br/>Capacidad de sensibilización y empatía frente al sufrimiento del otro.<br/>Capacidad de adaptación frente a los nuevos desafíos que nos imparten nuestros beneficiarios.<br/>Alta cohesión entre los distintos integrantes del equipo de trabajo</p> | <p><b>Estrategias Ofensivas</b><br/>Asignación de tiempo para realización del programa<br/>Mantener y potenciar la buena comunicación e interrelación entre los diferentes estamentos del programa a nivel local.<br/>Realizar informes periódicos y acciones realizadas por parte del equipo para conocimiento de la jefatura.</p>   | <p><b>Estrategias Defensivas</b><br/>Mejorar la adherencia a controles y exámenes de screening para pesquisar precozmente a aquellos pacientes que padecen cáncer.<br/>Realización de educación y talleres a los familiares del paciente enfocados al cuidado del enfermo.<br/>Realización de educación y talleres enfocados al cuidado de la familia y cuidador del paciente terminal.</p>   |
|                  | <p><b>DEBILIDADES</b><br/>Ausencia de Recursos Económicos para costear actividades e implementación de insumos para la ejecución del Programa ya que no se asignan recursos para ello desde el Servicio de salud ni tampoco desde el Departamento de Salud Municipal.<br/>No contar con personal completo todos los días en las distintas postas y estaciones médico-rurales.<br/>Falta de infraestructura adecuada para manejo de pacientes en los establecimientos de salud rural de la comuna.<br/>Falta de horas asignadas para capacitaciones y análisis de cada caso.</p>                 | <p><b>Estrategias Adaptativas</b><br/>Lograr traspasar recursos económicos desde el Servicio de Salud para mejorar la capacidad resolutive por parte del equipo tratante local quienes son los que finalmente tratan y acompañan al paciente durante su etapa terminal.<br/>Capacitación y adiestramiento transversal entre el estamento profesional para saber cómo actuar en caso de alguna necesidad cuando no se cuenta con todo el personal.</p> | <p><b>Estrategias de Supervivencia</b><br/>Implementar sesiones de autocuidado para los funcionarios participantes del programa.<br/>Asignar tiempo para mantener reuniones periódicas y para realizar análisis de casos.<br/>Establecer vínculos y redes efectivas entre el equipo local y el equipo del Hospital Base de Los Ángeles para un seguimiento continuo de nuestros pacientes y asesoría técnica cuando se requiera<br/>Capacitación constante para el equipo de trabajo.<br/>Establecer mecanismos de acción estandarizados entre los profesionales y equipos que participan del programa.</p>             |

## ESTRATEGIA DE INTERVENCION NUTRICIONAL A TRAVES DEL CICLO VITAL

En la atención primaria de salud se desarrolla la “Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital” (EINCV), la cual propone una visión integrada de la nutrición, alimentación y la actividad física, inserta en los diversos programas de salud en los establecimientos. Esta estrategia es



trasversal en todo el ciclo vital del ser humano y las acciones comprendidas comienzan oportunamente a través del Programa de Salud Sexual y Reproductiva; interviniendo a las gestantes y puérperas, Programa de la Niño y la Niña; interviniendo al lactante, preescolar, escolar hasta los 9 años y se complementan con el Programa de Enfermedades Cardiovasculares, Programa del Adulto Mayor, Programa Nacional de Alimentación Complementaria, entre otros. Esta estrategia se refuerza con las acciones del Plan Nacional y de los Planes Comunales de Promoción, del Sistema Chile Crece Contigo, comité de lactancia.

La Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital, pretende destacar ante los profesionales de Salud y los beneficiarios del sistema, la magnitud de la actual epidemia de obesidad, sus enormes costos en términos de recursos y de calidad de vida, así como, la importancia que tiene el trabajo multidisciplinario e intersectorial, en la prevención y manejo del problema.

El objetivo primordial que pretende lograr esta estrategia es Fomentar la alimentación saludable y aumentar la actividad física a lo largo de todo el ciclo vital, con focalización inicial en su primera etapa en la mujer y sus hijos hasta los nueve años de edad, a quienes los equipos de salud de la atención primaria les realizan controles de salud sistemáticos, otorgan consejería y acompañamiento, además, de mantener la vigilancia nutricional para generar nuevas iniciativas que permitan alcanzar el propósito.

### Para lograr dicho objetivo existen intervenciones como las siguientes:

- Reforzar la motivación del equipo de salud, en la aplicación de la EINCV, a través, de las diferentes prestaciones de salud que se desarrollan en los Establecimientos de la Red de Atención Primaria de Salud (APS), incluyendo la consejería y acompañamiento, en alimentación saludable y actividad física, con focalización en los grupos de mayor riesgo detectados en la vigilancia nutricional, para ello el DSM cuenta con 2 profesionales Nutricionista.

- Vigilar el estado nutricional y el incremento de peso durante el embarazo, interviniendo oportunamente en las desviaciones de la normalidad.
- Controlar la recuperación del peso pregestacional en la mujer al 8º Meses postparto.
- Consulta Nutricional al 5to mes de vida y a los 3 años 6 meses en los niños y niñas para entregar pautas alimentarias adecuadas según edad.
- Vigilar el estado nutricional y el incremento de peso durante la infancia e intervenir oportunamente en las desviaciones de la normalidad.
- Ingreso y controles por malnutrición por exceso a todos los niños que califiquen (sobrepeso y obesidad)
- Promover la lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida, y su prolongación complementada con sólidos hasta los 2 años de edad.
- Prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos con la promoción de hábitos de higiene y manipulación de alimentos en el hogar.
- Consejería en estilos de vida saludables para reducir los riesgos en la población de presentar Enfermedades Crónicas No trasmisibles.

Este trabajo está a cargo principalmente por las profesionales Nutricionista e indirectamente a todos los profesionales, debido a que ellos deben realizar una oportuna derivación y consejo breve en estilos de vida saludable en la población. Trimestralmente se realizan reuniones con referente del SSBB con el objetivo analizar información y consensuar nuevas estrategias para lograr cumplir con las metas designadas. Para verificar el avance en este tema se registra en una planilla trimestralmente las principales prestaciones que desarrolla el profesional nutricionista para monitorear el trabajo y se envía a la referente de SSBB.

#### Desafíos propuestos 2014

- Fortalecer el equipo de nutricionista a través de una comunicación fluida para lograr educar a la población y a profesionales de salud sobre la importancia de la dieta terapia y alimentación saludable en el ciclo vital.
- Capacitar a todo los profesionales de salud en consejo breve en alimentación y estilos de vida saludable.
- Mantener o disminuir el porcentaje de obesidad infantil en niños menor de 6 años.
- Lograr óptimos resultados en el Programa Vida Sana.
- Lograr ampliar la cobertura de púerperas en controles nutricionales al del 3er, 6to, 8vo, mes post-parto.
- Realizar consulta nutricional a todas las gestantes y realizar controles periódicos en aquellas que presenten malnutrición por exceso u otra patología asociada a estado. (diabetes gestacional, preclampsia)
- Fomentar y realizar controles de lactancia materna durante los primeros 3 meses de vida.

**PROGRAMA DE LA MUJER**

El programa de la Mujer tiene como objetivo principal fomentar el cuidado de la salud integral de la mujer y su familia, interviniendo en todas las etapas de su ciclo vital, desde recién nacido, adolescente, en edad reproductiva y etapa de climaterio, promoviendo la salud a través de acciones educativas y preventivas, procurando una atención oportuna

con enfoque de género, equidad y pertinencia cultural, y en coordinación con equipo multidisciplinario.

**Subprogramas:**

- Programa de detección precoz del Cáncer Cervicouterino
- Programa de detección precoz del Cáncer de Mamas
- Programa de Regulación de Fecundidad.

**Actividades**

- Control prenatal
- Control diada y lactancia materna
- Consulta y control ginecológico
- Control de regulación de la fecundidad
- Consejerías
- Control de climaterio
- Control preconcepcional
- Visitas domiciliarias integrales
- Control Joven Sano
- Consulta anticoncepción de emergencia
- Talleres intra y extraestablecimiento.



## ANALISIS FODA

### ANALISIS EXTERNO

#### OPORTUNIDADES:

- Capacitación continúa en Salud de la Mujer.
- Reuniones periódicas con asesores territoriales del programa.
- Recurso imagenología, lo cual significa contar con mamografías para todos los grupos etéreos.
- Existencia de orientaciones técnicas y manuales del programa.
- Apoyo audiovisual desde el Servicio de Salud (videos, afiches, trípticos) de difusión y autocuidados.

#### AMENAZAS

- Persiste la baja adherencia al examen de pesquisa precoz del Cáncer cervicouterino, tanto por desconocimiento y temor respecto al examen.
- Debido a las características de nuestra población rural se mantienen coberturas que no son las óptimas, debido a la dispersión geográfica y la migración a otros lugares, en busca de oportunidades laborales (cobertura se mide según población per-cápita).

### ANALISIS INTERNO

#### FORTALEZAS.

- Profesionales altamente comprometidos para el logro de metas.
- Conocimiento de la población.
- Flexibilidad en las atenciones prioritarias y alto grado de adaptabilidad del equipo a los requerimientos de los usuarios.
- Mejoras constantes en implementación e infraestructura.
- Incorporación de nuevos profesionales al equipo de salud, lo cual facilita el acercamiento a usuarias.

#### DEBILIDADES

- 
- Falta aún que todo el personal incluidos técnicos, administrativos comprendan la importancia que la responsabilidad de las metas es de todos.
- Pacientes pertenecientes a programas de pacientes crónicos, que mensualmente consultan en la posta, se escapan del control ginecológico porque no son derivados.

- A veces no se indaga el motivo de consulta, por lo cual pacientes prioritarias son postergadas en la atención.

| ESTRATEGIAS OFENSIVAS  | ESTRATEGIAS DEFENSIVAS   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación anual de campañas de Pap, con horarios flexibles (vespertino o días sábado).</li> <li>- Difusión en salas de espera acerca de la importancia del ingreso precoz a control prenatal.</li> <li>- Campañas educativas respecto a la pesquisa precoz de cáncer cervicouterino y de mamas.</li> <li>- Coordinación permanente con organizaciones comunitarias que apoyen a la difusión.</li> <li>- Monitoreo constante población beneficiaria en nómina de inscripción per-cápita.</li> <li>- Coordinación con equipo dental.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivación inmediata de pacientes críticas (inasistentes)</li> <li>- Identificación en ficha clínica de pacientes inasistentes.</li> <li>- Derivación por EMP a mamografía y PAP por parte de los TENS.</li> <li>- Stock permanente de test de embarazo en todas las postas rurales.</li> </ul> |

| ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS  | ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulos al personal, como anotaciones de mérito, en el caso de que tengan una alta derivación de pacientes.</li> <li>- Identificación en ficha clínica o tarjetones de pacientes inasistentes (diseñar un logo llamativo).</li> <li>- En caso de ausencia de alguna matrona, cubrir la atención de los casos prioritarios.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inducción al personal nuevo en las actividades más importantes que se realizan en cada programa y las estrategias que existen.</li> <li>- Socialización de las metas en reuniones de sector y de fin de mes.</li> </ul> |

## PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Descripción del Programa

La salud ambiental en atención primaria es una estrategia de protección ambiental a nivel local, que plantea que el bienestar de las comunidades está íntimamente relacionado con las condiciones medioambientales existentes y pretende rescatar todos los recursos presentes en la comuna para realizar una mejor gestión.

### ANÁLISIS EXTERNO

#### **OPORTUNIDADES:**

- Incorporación a nivel gubernamental de leyes en pro de la protección del medioambiente, con factibilidad de socializarlas a nivel local.
- Existencia a nivel municipal de un Comité de Medioambiente, con participación intersectorial.
- Acceso a establecimientos educacionales y organizaciones comunitarias para realizar educaciones y talleres.
- Reuniones periódicas con Seremi de salud.
- Existencia de fondos nacionales para financiar proyectos locales pertinentes.

#### **AMENAZAS**

- Falta de ordenanzas municipales más estrictas.
- Dificultades en concientizar a la comunidad en el cuidado medioambiental.
- Fenómenos climáticos y aumento de la contaminación, que pueden influir en la incidencia de algunas enfermedades y problemas ambientales.

### ANÁLISIS INTERNO

#### **FORTALEZAS**

- Coordinación intraequipo para el desarrollo de actividades calendarizadas anualmente.
- Integración de las actividades del programa al Plan Comunal de Promoción 2014, con asignación de recursos.

#### **DEBILIDADES**

- Ausencia de un encargado en Equipo CES, por lo cual la mitad de nuestra población beneficiaria no tiene acceso a intervenciones.

| ESTRATEGIAS OFENSIVAS   | ESTRATEGIAS DEFENSIVAS   |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calendarización anual de horas al profesional encargado para el desarrollo de actividades.</li> <li>2. Reuniones de planificación y evaluación.</li> <li>3. Capacitación permanente en temas estratégicos.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumentar las actividades de concientización del cuidado del medioambiente y enfermedades transmitidas por vectores en el sector rural.</li> <li>2. Difundir a nivel de departamento de Salud la importancia del cuidado del medioambiente</li> <li>3. Adoptar una medida concreta de protección al medioambiente, emanada de Dirección como la minimización del uso del papel blanco en el DSM.</li> </ol> |

| ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS   | ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA  |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinación con encargado de organizaciones comunitarias, como comités de salud para organizar intervenciones educativas en sectores correspondientes al CES.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Designación de un encargado de Programa a nivel de equipo CES, para que se haga cargo de replicar en sus sectores, actividades similares que se realizan por el Equipo de Salud Rural, como por ejemplo, prevención del Hanta y otras.</li> </ol> |

**UNIDAD DE FARMACIA**



El objetivo de esta unidad es asegurar la entrega oportuna de medicamentos, insumos y otros artículos a la población beneficiaria de nuestros establecimientos asegurando calidad y seguridad de los productos.

Cuenta con un Comité de Farmacia cuya principal función es la selección, aprobación de presupuestos de medicamentos y estable stock críticos basados en la ley 19.966 de garantías explícitas en salud (GES) y el gasto histórico.

La unidad de farmacia del departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara hoy en día cuenta con un conjunto de subdivisiones distribuidas en el siguiente orden: almacena insumos clínicos, medicamentos, materiales de aseo, materiales de oficina y material impreso; alrededor de 355 Productos de diferente índole con un total estimado de 2.570.762 unidades

|                  |   | ANÁLISIS EXTERNO   |  |
|------------------|---|--|--|
|                  |   | <b>OPORTUNIDAD:</b><br>Reporte mensual de faltantes de Cenabast  | <b>AMENAZAS:</b><br>Incremento de medicamentos nuevos<br>Uso irracional de medicamentos  |
| ANÁLISIS INTERNO | <b>FORTALEZAS</b><br>Sistema digitalizado de bodega de farmacia<br>Comité de farmacia<br>Stock crítico<br>Personal comprometido<br>Auditorias<br>Inventarios semestralmente | <b>ESTRATEGIAS OFENSIVAS</b><br><br>Stock crítico por posta<br>Auditorías periódicas<br>Inventarios cada 6 meses   | <b>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</b><br><br>Estandarizar y establecer manuales de farmacia<br>Elaboración de informe anuales de funcionamiento unidad de farmacia |
|                  | <b>DEBILIDADES</b><br>Falta capacitación en sistema de bodegas<br>Ausencia de un Manual de funcionamiento de bodega<br>Movilización deficiente                              | <b>ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS</b><br><br>Reporte mensual de bodega con stock, medicamentos por vencer, etc.<br>Informe de visitas mensuales a las postas<br>Reporte de vencimientos por establecimientos. | <b>ESTRATEGIAS SUPERVIVENCIA</b><br><br>Capacitación al personal de bodega<br>Apoyo desde SSBB en el uso racional de medicamentos                          |

**PROGRAMA DE LA INFANCIA**



El programa de salud de la infancia se plantea como un modelo de atención integral definido como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están permanentemente en proceso de adaptación a su medio ambiente”.

El propósito del programa es Contribuir al desarrollo integral del niño y niña a través de actividades de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación del daño; que permitan la plena expresión de su potencial de desarrollo biopsicosocial y mejor calidad de vida, con enfoque en sus determinantes sociales y derechos de la infancia.

**Objetivos Generales**

1. Proveer de atención oportuna, resolutive y de calidad a niños y niñas en la red de salud pública.
2. Mejorar la calidad de vida de niños(as), independiente de su condición de salud.
3. Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de salud en niños y niñas menores de 10 años, considerando el enfoque de curso de vida.
4. Reducir la mortalidad y morbilidad infantil en la población menor de 10 años.

**ACTIVIDADES:**

| EDAD DE INTERVENCION | PRESTADORES        | DESCRIPCION DE ACTIVIDADES   |
|----------------------|--------------------|--|
| 7-10 DIAS            | MATRONA-<br>MEDICO | -DIADA<br>-SCORE IRA<br>-LACTANCIA MATERNA<br>-CARDIOPATIA CONGENITA<br>- EVALUACIÓN BINOMIO Y VULNERABILIDAD<br>-CONFIRMAR REGISTRO DE VACUNA BCG<br>-CONFIRMAR REGISTRO DE TOMA PKU<br>-ESCALA EDIMBURGO |
| 1 MES                | MEDICO             | -ESCALA NEUROSENSORIAL<br>-SCORE IRA<br>-ROJO PUPILAR<br>-TIPO DE ALIMENTACION<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES<br>CONDICIONANTES DE RIESGO DE<br>MALNUTRICIÓN POR EXCESO                                 |
| 2 MESES              | ENFERMERA          | -ESCALA EDIMBURGO<br>-SCORE IRA<br>-VITAMINAS<br>-VACUNAS  |

|                |                         |  |
|----------------|-------------------------|--|
|                |                         | -SOLICITUD RX CADERA   |
| 3 MESES        | MEDICO                  | -RX CADERA EVALUACION<br>-SCORE IRA<br>-TIPO DE ALIMENTACION<br>-VITAMINAS   |
| 4 MESES        | ENFERMERA               | -ESCALA MASSIE CAMPBELL<br>-PAUTA BREVE<br>-VACUNAS<br>-SCORE IRA<br>-VITAMINAS  |
| 5 MESES        | NUTRICIONISTA           | -CONSULTA NUTRICIONAL<br>- REFUERZO LACTANCIA MATERNA<br>- EDUCACIÓN EN INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS SÓLIDOS AL 6TO MES<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO                          |
| 6 MESES        | ENFERMERA               | -ESCALA EDIMBURGO<br>-SCORE IRA<br>-VITAMINAS + SULFATO FERROSO<br>-VACUNAS<br>-TIPO DE ALIMENTACION<br>-TEST HIRSCHBERG C/ LINTERNA   |
| 8 MESES        | ENFERMERA               | -ESCALA EEDP<br>-TEST HIRSCHBERG C/ LINTERNA<br>-SCORE IRA<br>-VITAMINAS   |
| 12 MESES       | ENFERMERA               | -ESCALA MASSIE CAMPBELL<br>-PAUTA BREVE<br>-VACUNAS<br>-SCORE IRA<br>-TIPO DE ALIMENTACION<br>-APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES. CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO   |
| 1 AÑO 6 MESES  | ENFERMERA               | -ESCALA EEDP<br>-PAUTA DENTAL<br>-VACUNAS  |
| 2 AÑOS         | ENFERMERA –<br>DENTISTA | -EVALUACION DENTAL INTEGRAL<br>-PAUTA BREVE<br>-TEST HIRSCHBERG C/ LINTERNA<br>-EVALUACION VULNERABILIDAD<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES. CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO                                     |
| 3 AÑOS         | ENFERMERA               | -TEPSI<br>-TOMA DE PRESION ARTERIAL<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES. CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO   |
| 3 AÑOS 6 MESES | NUTRICIONISTA           | -CONSULTA NUTRICIONAL<br>-EDUCAR EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE CON ÉNFASIS EN ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA<br>-APLICACIÓN FICHA BUCODENTARIA<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO |
| 4 AÑOS         | ENFERMERA -<br>DENTISTA | -EVALUACION AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA<br>- TOMA DE PRESION ARTERIAL<br>-EVALUACION DENTAL INTEGRAL<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES. CONDICIONANTES DE RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO  |
| 5 AÑOS         | ENFERMERA               | -TOMA DE PRESION ARTERIAL  |

|        |                        |   |
|--------|------------------------|---|
|        |                        | - APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES.<br>CONDICIONANTES DE RIESGO DE<br>MALNUTRICIÓN POR EXCESO   |
| 6 AÑOS | ENFERMERA-<br>DENTISTA | -EVALUACION AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA<br>- TOMA DE PRESION ARTERIAL<br>-EVALUACION DENTAL INTEGRAL  |
| 7 AÑOS | ENFERMERA              | -TOMA DE PRESION ARTERIAL<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES.<br>CONDICIONANTES DE RIESGO DE<br>MALNUTRICIÓN POR EXCESO<br>-EVALUACION AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA<br>-FLUJOMETRÍA Y ENCUESTA ISAAC (DETECCIÓN<br>RIESGO ASMA) |
| 8 AÑOS | ENFERMERA              | -TOMA DE PRESION ARTERIAL<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES.<br>CONDICIONANTES DE RIESGO DE<br>MALNUTRICIÓN POR EXCESO<br>-EVALUACION AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA   |
| 9 AÑOS | ENFERMERA              | -TOMA DE PRESION ARTERIAL<br>- APLICACIÓN PAUTA DE FACTORES.<br>CONDICIONANTES DE RIESGO DE<br>MALNUTRICIÓN POR EXCESO<br>-EVALUACION AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA<br>-FLUJOMETRÍA Y ENCUESTA ISAAC (DETECCIÓN<br>RIESGO ASMA) |

| Prestación        | Actividad principal   | Cobertura   | Recurso humano           |
|-------------------|---|---|--------------------------|
| Talleres Grupales | Prevención IRA, fomento lactancia materna , higiene del sueño | 80% < 3 meses   | Equipo de salud          |
|                   | Prevención Mal nutrición por exceso                           | 100% niños/as eutróficos detectados con riesgo                  | Equipo de salud integral |
|                   | Estimulación y Normas de Crianza. Estilos de Vida Saludable   | 80% niños y niñas inscritos según diagnostico local de salud.   | Equipo de Salud integral |
|                   | Talleres Nadie es Perfecto                                    | Padres, Madres y/o cuidadores derivados de control de salud 15% | Facilitador NEP          |



**FODA PROGRAMA INFANCIA**

|                  |   | ANALISIS EXTERNO  |  |
|------------------|---|---|--|
|                  |   | <b>OPORTUNIDAD:</b><br>-Sala de estimulación con pertenencia cultural de los junquillos   | <b>AMENAZAS:</b><br>-la alta ruralidad<br>-la baja escolaridad de algunas comunidades<br>-clima inhóspito<br>-de privación social.   |
| ANALISIS INTERNO | <b>FORTALEZAS</b><br>-Equipo multidisciplinario con un enfoque atención integral<br>-Box de estimulación temprana materno infantil Los boldos.<br>-Incorporación de un facilitador intercultural y un kinesiólogo | <b>ESTRATEGIAS OFENSIVAS</b><br>-Participación activa de la mayor parte de los integrantes del equipo en el programa<br>-Manejo estadístico de bajo control del programa infancia<br>-Formularios estandarizados del programa | <b>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</b><br>-incorporación de controles hasta los 9 años<br>-auditorías internas del programa<br>-generación agendas en las postas<br>-evaluación mensual de inasistentes |
|                  | <b>DEBILIDADES</b><br>- ausencia de reuniones del programa de infancia.   | <b>ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS</b><br>- implementar reuniones semestrales del programa<br>-evaluación periódica y visitas de rescate a los niños inasistentes   | <b>ESTRATEGIAS SUPERVIVENCIA</b><br>-ejecución de un calendario de reuniones anuales   |

**PROGRAMA DE SALUD CONTROL DEL JOVEN SANO.**

El Ministerio de Salud puso en marcha el programa Control de Salud del Joven Sano, con los objetivos de orientar y mejorar el trabajo preventivo entre aquellas personas del grupo etario que va entre los 10 y 19 años.

La realización de este programa se ejecutara con un examen de salud integral, que incluye una revisión física general del joven (medición de peso y estatura,

control de presión arterial, revisión de columna, vista y salud dental), además de una entrevista personal para detectar situaciones que influyan en la salud física, emocional y social del adolescente que en los colegios se traduce en factores de riesgo como la depresión, el embarazo juvenil, tabaquismo, drogadicción y alcoholismo, que influyen en la deserción escolar.

La idea es acercarse a los jóvenes quienes no acuden al médico de manera preventiva. “Hoy en la atención primaria municipalizada se tiene inscritos a cerca de un millón de adolescentes entre los 10 y 19 años, de los cuales solo cinco mil se realizaron un control médico, es decir, menos de un 1% del total.

Se espera lograr en los adolescentes entre 10 y 14 años un control anual y para los jóvenes mayores de 15 años un control cada dos años.

La campaña contempla entre sus estrategias aumentar el uso del profiláctico o condón en este segmento joven para reducir los embarazos no deseados y posibles contagios de enfermedades de transmisión sexual, como el VIH. En este último punto se espera un aumento en uso de profiláctico en un 20 por ciento, elevando de un 34,9 a un 42% el uso de este método preventivo.

El impacto esperado de este programa pretende mejorar los resultados de la encuesta nacional de Salud del año 2010 que arrojó que el 46% de los jóvenes fuma, el 76% es sedentario, un 13% tiene colesterol elevado y un 38 por ciento sufre de sobrepeso u obesidad.

La iniciativa busca cumplir la meta de la atención de 150 mil jóvenes y evitar que estas malas cifras deriven en patologías graves como hipertensión arterial, diabetes y problemas cardiovasculares.

### **ANALISIS FODA.**

#### **FORTALEZAS**

Dotación de un equipo interdisciplinario, sectorizado, motivado, comprometido y con vocación de servicio.

Compromiso y respaldo de autoridades locales con el equipo de salud, en relación a innovaciones, dotación y capacitación.



Existencia de un sistema intranet que mejora la coordinación, información y participación de los funcionarios del establecimiento asistencial

#### **DEBILIDADES**

Escasa realización de investigación

Infraestructura física deficiente para la unidad de atención del usuario.

Inexistencia de un programa de mantenimiento permanente y continuo de infraestructura física y/o equipos.

Falta o no existencia de un plan de capacitación y perfeccionamiento en el modelo de Salud Familiar a los integrantes del equipo de salud.

#### **OPORTUNIDADES**

Convenios entre la I. Municipalidad y el SS Biobío para proporcionar recursos humanos que permitan la atención y gestión de los centros de salud.

Existencia de alumnos técnicos que realizan prácticas en nuestro centro aportando innovación, creatividad y apoyando acciones de promoción y prevención.

Existencia de “Radio Emisora Comunal, Sta. Bárbara” para apoyar las acciones de Salud, especialmente la PROMOCIÓN.

#### AMENAZAS

Aumento permanente de la demanda asistencial de la población.

Mayor valorización de nuestros usuarios del modelo biomédico sobre el preventivo promocional.

Alta dispersión geográfica existente y ruralidad lo que genera dificultades en el acercamiento de nuestros usuarios y funcionarios a los centros de atención de salud recíprocamente.

Nuestros usuarios llevan estilos de vida inadecuados.

Deficiente funcionamiento de la red sanitaria de la región del Biobío.

#### DESAFIOS.

Planificar y lograr la capacitación del 100% de los profesionales que apliquen instrumentos del Programa Joven Sano, impulsado por el Gobierno.

Planificar y establecer calendarios de educación en forma interdisciplinaria al 100% de los Jóvenes entre 10 y 19 años, a los cuales se les aplica la Ficha Claps.

Coordinar en forma oportuna el 100% de las derivaciones de los adolescentes del Programa Joven Sano, según necesidad de intervención.

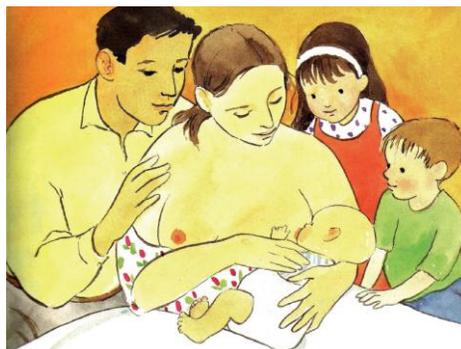
Promover el Modelo de Autocuidado al 100% de los adolescentes del Programa Joven Sano, a los cuales se les aplica la Ficha Claps.

Promover el Modelo de Estilos de Vida Saludable al 100% de los adolescentes del Programa Joven Sano, a los cuales se les aplica la Ficha Claps.

## COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DSM

### DESCRIPCION DEL COMITÉ

El Comité de Lactancia Materna del Departamento de Salud Municipal se conformó hace 3 años, con lineamientos derivados del SSBB; estrategia provincial cuyo objetivo es aumentar la prevalencia de lactancia materna mayor a un 60% al sexto mes de vida, a través de un trabajo en conjunto dentro de la comuna, el fortalecimiento y capacitación de los equipos



que tienen contacto con la madre y el hijo, unificación de criterios, adecuada entrega de información a embarazadas y nodrizas.

Como comité esperamos concientizar a todo el equipo de salud incluyendo al personal administrativo y a toda nuestra población sobre el reconocimiento de la importancia del primer alimento que recibe el niño, y la práctica de amamantamiento como base fundamental de la salud integral de niño, madre y familia.

El comité está conformado por un equipo multidisciplinario el cual cuenta con Médico, Enfermero, Matrona, Trabajadora social, Odontólogo, Psicólogo, Educadora de Párvulos, TENS, Kinesiólogo y Nutricionista, siendo esta última encargada del comité. Anualmente se trabaja en un plan para lograr cumplir con los 10 pasos de una lactancia materna exitosa y así mantener o aumentar la prevalencia de Lactancia Materna y acreditarnos como establecimiento amigo del padre y el niño.

Este año 2014 se realizaron varias actividades entre ellas:

- Reuniones periódicas para análisis de caso y estrategias para fomentar la lactancia materna.
- Reuniones trimestrales encargada del comité, con referente del SSBB para actualización de información acerca del trabajo.
- Evaluación del establecimiento de salud referente a la posición que nos encontramos frente a los 10 pasos de una lactancia materna exitosa, evaluación emanada desde el Ministerio de Salud para todos los centros de atención primaria.
- Este año contamos con política escrita local aprobada por referente SSBB para aplicarla en establecimiento.
- Capacitaciones para profesionales; Jornada regional anual sobre lactancia materna, curso de actualización por videoconferencia.
- Talleres CHCC sobre beneficios de la lactancia materna y correcta técnica de amamantamiento a gestantes.

- Celebración de la semana mundial de la lactancia materna, en la cual se desarrollaron múltiples actividades como; talleres en Ces, Postas, EMR, se entregaron trípticos, degustación purita mama, concurso sobre conocimiento en lactancia en sala de espera, se premiaron con estímulos alusivos al programa CHCC, decoración en sala; afiches y pendón, se eligió una mamá símbolos de cada posta y el CES, para ser reconocida por su compromiso en controles y el fomento de la lactancia materna, se entrega estímulo y un desayuno saludable.
- Facilitación a las madres nodrizas extractores de leche manuales para lograr una práctica exitosa de amamantamiento y contribuir a prolongar la lactancia materna.
- Se realiza encuesta nacional de la lactancia materna, muy valiosa para ser utilizada en levantar información estadística a nivel provincial y nacional.



#### DESAFIOS PROPUESTOS 2014

- *Fortalecer el trabajo en equipo y el compromiso de cada profesional a través de reuniones y actividades de fomento de lactancia materna como análisis de casos, talleres y visitas a nodriza.*
- *Capacitación a la mayoría del personal que tiene contacto con gestantes y nodrizas para entregar información adecuada y oportuna para contribuir a fomentar la lactancia materna.*
- *Aumentar la educación a la población sobre los beneficios de la lactancia materna, los perjuicios de la formulas artificiales, correcta técnica de amamantamiento, opciones para extracción de leche para prolongar la lactancia materna en madres que entren a trabajar.*

### PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD



Programa que nace ante la necesidad de fortalecer la gestión de los gobiernos locales a favor de la creación de ambientes y estilos de vida saludables. Permite mejorar el trabajo intersectorial, el compromiso de la comunidad con la salud y la participación social, ejes básicos de la Política Nacional de Promoción de la salud implementada en el año 1998.

Nuestra comuna en el afán de ir acorde a los planes nacionales en lo referente a mejorar la calidad de Vida de la población , comienza a trabajar en el año 1998 con una alianza entre Hospital y Departamento de salud Municipal, en el mes de febrero 2005 se crea el Comité Vida Chile Comunal, con el objetivo de aunar esfuerzos y crear estrategias en promoción de la Salud con un componente intersectorial que pretende incrementar las actividades que vayan a mejorar los factores de riesgo de la población y por ende en directo beneficio de una mejor calidad de vida.



|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>Factores Internos</b></p> <p><b>Factores Externos</b></p>  | <p><b><u>LISTA DE FORTALEZAS</u></b></p> <p>F1 Pro actividad en la gestión del comité Vida Chile local</p> <p>F2 Conocimiento y experiencia en Programa por el 70% de los integrantes del Comité</p> <p>F3 Recursos humanos Técnicos motivados en el desarrollo de las actividades</p> <p>F5 Equipos multidisciplinarios, que permite mayor cobertura</p> | <p><b><u>LISTA DE DEBILIDADES</u></b></p> <p>D1 Inexistencia de área logística</p> <p>D2 Falta de apoyo desde algunos actores del Comité</p> <p>D3 Falla en estructura interna del Comité trabajada desde años anteriores.</p> <p>D4 Falta mayor número de horas protegidas para el desarrollo del Programa</p>               |
| <p><b><u>LISTA DE OPORTUNIDADES</u></b></p> <p>O1 Apoyo de las Autoridades locales</p> <p>O2 Buen aporte de recursos financieros para insumos</p> <p>O3 Buena recepción por parte de los beneficiarios del Programa</p>  | <p><b><u>POTENCIALIDADES F-O</u></b></p> <p>FO1 Fortalecer confianzas con las Autoridades Locales y Equipo de Salud.</p> <p>FO2 Fortalecer la continuidad del trabajo de Promoción en Escuelas de la Comuna</p> <p>FO3</p>  | <p><b><u>DESAFIOS O-D</u></b></p> <p>OD1 Nuevo enfoque en el Plan de Trabajo en Promoción: Redistribución de RRHH</p> <p>OD2 Implementar Estrategia comunicacional efectiva en salud</p>  |
| <p><b><u>LISTA DE AMENAZAS</u></b></p> <p>A1 Falta de mayor número de horas protegidas para el desarrollo del Programa</p> <p>A2 Inexistencia de equipos menores, que nos hace depender de otros sectores</p> <p>A3 Falta de recursos financieros que cubran necesidades no insertas en orientaciones Ministeriales (Pago Monitores, Combustible, Equipos menores)</p> | <p><b><u>RIESGOS F-A</u></b></p> <p>FA1 Implementar un Programa Educativo con el Intersector, para que la comunidad asuma la Malnutrición por exceso como un problema de salud.</p> <p>FA2 Implementar un Programa de Continuidad en la utilización de las Plazas saludables instaladas por el Programa.</p>  | <p><b><u>LIMITACIONES D-A</u></b></p> <p>DA1 Implementar un Programa de Autocuidado con un enfoque en Promoción de la Salud, fomentando entornos laborales saludables en la Comuna.</p> <p>DA2 Fomentar el fortalecimiento de las habilidades individuales y colectivas de los recursos humanos en promoción de la salud.</p> |

## PROGRAMA ODONTOLÓGICO FAMILIAR

Este programa está compuesto por un conjunto de estrategias que dan respuesta a los problemas de salud bucal y necesidades de niños (as) de 6 años, embarazadas y atención de urgencias odontológicas, las cuales están incorporadas en el marco de las Garantías Explicitas en Salud (GES).

Atención Odontológica de niños y niñas de 6 años.

Garantiza la atención dental integral en Atención Primaria a los niños de 6 años. El tratamiento garantiza la educación en salud bucal, la entrega de una pasta dental y un cepillo de dientes, además de la aplicación de sellantes, limpieza y pulido de dientes, aplicación de flúor, así como obturaciones y radiografías hasta que salgan los cuatro primeros molares definitivos y se le otorgue el alta integral. Nuestro DSM cuenta con un box dental materno infantil exclusivo para la atención de estos usuarios.

Atención Dental de Urgencia.

Garantiza la atención odontológica de urgencias dentales tales como: pericoronaritis, infecciones buco maxilo faciales, dolor dental, gingivitis ulcero necrótica aguda, traumatismos dentoalveolares, complicaciones post exodoncia. En el DSM la atención de urgencia se organiza de la siguiente forma: en el CES, de lunes a viernes de 8:30 a 10:30 AM. En las Postas de Salud Rural también se brinda este tipo de atención cuando se encuentra el dentista y en su defecto, se deriva al CES.

Atención Odontológica de la Embarazada.

Consiste en la atención odontológica realizada por el Odontólogo, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante. El tratamiento integral garantiza la educación en salud bucal, entrega de kit de higiene, entrega de colutorio de Flúor y Clorhexidina según necesidad, aplicación de sellantes, pulidos coronarios, destartrajes, obturaciones, exodoncias y derivación a nivel secundario en casos necesarios (Prótesis Removibles, Endodoncias, etc.).

El

Departamento de Salud de nuestra comuna cuenta con un box materno infantil destinado a la atención prioritaria de niños de 2, 4, 6, 12 años y embarazadas.

## PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL

Corresponde al conjunto de estrategias y actividades destinadas a mejorar el acceso, oportunidad, calidad, satisfacción y resolutivez de las acciones odontológicas efectuadas por los equipos de salud en la atención primaria de salud.

Programa Resolutivez de Prótesis Removible y Endodoncia en Atención Primaria de Salud.

A través de esta estrategia, el Odontólogo de la Atención Primaria de Salud, realiza endodoncias, principalmente de piezas anteriores y premolares, y Prótesis Removibles,

ambas según los cupos designados. Este programa permite descongestionar en parte las extensas listas de espera que tenemos en estas especialidades. Actualmente el DSM cuenta con odontólogos que llevan a cabo las rehabilitaciones protésicas y las endodoncias tanto en las Postas de Salud Rural como en el CES.

Programa de Hombres y Mujeres de Escasos Recursos (MHER).

Consiste en la atención odontológica integral a grupos priorizados y especialmente vulnerable. El tratamiento integral garantiza obturaciones, pulidos coronarios, destartrajes, radiografías, exodoncias, sellantes, etc. y tratamiento rehabilitador (Prótesis Removible) de ser necesario. Nuestro DSM cuenta con un Odontólogo encargado de pesquisar los pacientes y llevar a cabo los tratamientos tanto en el CES como en las Postas Rurales. Es importante mencionar que se realizan auditorias clínicas de las altas odontológicas integrales para asegurar que las prestaciones realizadas cumplan con los criterios de calidad y satisfacción usuaria.

### **PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO ADULTO**

Salud Oral Integral de Adultos de 60 años.

Constituye la estrategia cuyo objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria de esta población, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y rehabilitar protésicamente la pérdida de piezas dentarias. Todo usuario de 60 años puede acceder a la atención dental integral tanto en el CES como en las Postas de Salud Rural.

### **PROGRAMA PREVENTIVO EN SALUD BUCAL EN POBLACIÓN PREESCOLAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**



Este programa tiene como propósito fomentar el autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral a los niños y niñas preescolares de establecimientos municipales de nuestra comuna. Consiste en la realización de una

sesión educativa junto con la entrega anual de un set de 2 cepillos de dientes y una pasta dental a niños de entre 2 y 5 años. Actualmente están siendo beneficiados unos 211 niños de nuestra comuna de Santa Bárbara.



### **PROGRAMA FONASA EN SU COMUNIDAD. TAMI MAPU MEU**

Esta estrategia permite mejorar y facilitar las condiciones de acceso a la salud bucal de los beneficiarios de FONASA, Mapuche Pehuenches de los sectores de Ayin Mapu, Dimilhue, Los Naranjos, Los Boldos y Los Michales. Actualmente este programa se lleva a cabo con una participación activa de los dirigentes de las distintas comunidades, los cuales están encargados de confeccionar las listas o nóminas de beneficiarios que ingresarán al programa.

Se realizan tratamientos integrales con rehabilitación con prótesis removible en los casos necesarios.

## PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

### PROGRAMA ODONTOLÓGICO

|   |   |                         |   |
|---|---|-------------------------|---|
| <b>Misión</b>   | Mejorar la salud bucal de nuestros usuarios, minimizando el daño y potenciado el autocuidado. |                         |   |
| <b>Objetivos Estratégicos</b>   | Prevenir y reducir el daño en la salud provocado por afecciones de origen bucomaxilofacial.   |                         |   |
| <b>Estrategias</b>  | Educaciones, controles, derivaciones.   |                         |   |
| <b>Pasos a Seguir</b>   | <b>Responsable</b>  | <b>Plazos</b>           | <b>Recursos Necesarios</b>  |
| <u>Educación en salud bucal:</u><br>- Individual en box dental (2-4-6-12 años, menores de 20, embarazadas, adultos de 60)<br>- Grupales en establecimientos educacionales. (Preventivo Preescolares).<br>- Individual en box dental a adultos y AM (autocuidado, uso y cuidado de prótesis).                                | Odontólogos<br>Asistente Dental<br>Alumnos Internos   | Enero a Diciembre 2014. | Coordinación de transporte.<br>Recurso Humano.<br>Material audiovisual, gráfico.<br>Material de oficina.  |
| <u>Controles (Ingreso a Tratamiento)</u><br>AOT 6 años<br>AOT 2 años<br>AOT 4 años<br>AOT 12 años<br>AOT < 20 años<br>AOT Embarazadas<br>Al 60 años<br>Al MHER<br>Prótesis Removibles<br>Endodoncias<br>Al TAMI MAPU MEU<br>Al Adultos 20-64 años<br>Al AM > 65 años<br>Atención Dental de Urgencia<br>Toma de Radiografías | Odontólogos   | Durante año 2014.       | Coordinación de transporte Ronda Dental.<br>Recurso Humano.<br>Insumos Odontológicos.<br>Box Dental CES y Postas, Clínica Móvil.<br>Convenio Laboratorio Dental.<br>Equipos Y herramientas de uso dental. |

|   |                    |                  |                        |
|---|--------------------|------------------|------------------------|
| <p><u>Derivaciones</u><br/>Derivación oportuna y pertinente a especialidades odontológicas.</p> | <p>Odontólogos</p> | <p>Año 2014.</p> | <p>Recurso Humano.</p> |
|---|--------------------|------------------|------------------------|

### DESAFÍOS 2014 PROGRAMA ODONTOLÓGICO

1. Reducir las listas de espera de especialidad de prótesis y endodoncia a través de derivaciones pertinentes, rescate de pacientes de listas de espera para ingresar a Programas Especiales, limpiar la lista eliminando a los usuarios que ya no requieren la prestación (exodoncia, solución particular, etc.)
2. Mantener y mejorar el trabajo interdisciplinario en el equipo, bidireccionalmente, es decir, que nos deriven pacientes de edades prioritarias y nosotros como equipo dental derivar a otros profesionales (EMP, EMPAM, PAP, etc.)
3. Mantener y mejorar la cobertura de atención dental para continuar cumpliendo con las Metas Sanitarias y IAAPS que nos involucran como equipo.
4. Educación continúa de nuestros usuarios y capacitación del personal de SOME para una correcta utilización del horario de urgencia dental.
5. Retroalimentación permanente con nuestros usuarios, en los comités de salud y en la atención dental individual, para ir mejorando nuestro trabajo en forma continua y de acuerdo a las necesidades de nuestra población.

ANÁLISIS FODA PROGRAMA ODONTOLÓGICO DSM SANTA BÁRBARA

| Análisis Externo |   |  |   |
|------------------|---|--|---|
|                  | <u>OPORTUNIDADES</u>  | <u>AMENAZAS</u>  |   |
|                  | <p>Convenios con UDD y UdeC para desarrollo de internado clínico asistencial, posibilidad de aumentar el número y la cobertura de actividades preventivas y educativas.</p> <p><b>Programas Odontológicos especiales como el MHER, etc., que permiten ampliar la cobertura de atención y disminuir las listas de espera por prótesis removible.</b></p>   | <p>Alta dispersión geográfica de la población, lo que dificulta accesibilidad a la atención.</p> <p><b>Población de bajos recursos económicos que dificulta locomoción hacia el lugar de atención.</b></p> <p>Estilo de vida inadecuados.</p> <p><b>Baja escolaridad, dificulta entendimiento.</b></p> <p>Poca adherencia de pacientes a tratamiento.</p> <p><b>Utilización inadecuada del horario de urgencia por parte de los usuarios, lo que genera un colapso en la solicitud de atención.</b></p> <p>Pocas horas de especialidad en relación a la demanda presentada por la población lo que resulta en listas de espera extensas.</p> |   |
| Análisis Interno | <p><u>FORTALEZAS</u></p> <p>Trabajo interdisciplinario, lo que favorece derivación y mayor cobertura.</p> <p><b>Personal comprometido.</b></p> <p>Buena comunicación entre profesionales.</p> <p><b>Supervisión y monitoreo periódico de actividades, metas, etc.</b></p> <p>Adecuado stock de medicamentos.</p> <p><b>Adecuado stock de insumos y equipos dentales.</b></p> <p>Extensa cobertura materno infantil y grupos GES.</p> <p><b>Acceso adecuado de la población a la atención dental, cupos determinados por sector y diferenciados por fecha.</b></p> <p>Gran cantidad de actividades educativas y preventivas en la población preescolar, escolar y adolescente.</p> | <p><u>Estrategias Ofensivas</u></p> <p>Potenciar el trabajo interdisciplinario y la buena comunicación entre profesionales para la pesquisa de los pacientes que ingresarán en los Programas Especiales, esto para incidir directamente y en forma relevante en las listas de espera de especialidades.</p> <p><b>Contar con la colaboración de alumnos internos para la realización de actividades preventivas y educativas nos permite ampliar los grupos a los cuales están dirigidas estas actividades y educar sobre distintos temas de salud bucal.</b></p>  | <p><u>Estrategias Defensivas</u></p> <p>Si bien la dispersión geográfica dificulta el acceso a la atención, establecer una agenda con fechas determinadas por sector y una amplia difusión de éstas aprovechando la buena comunicación entre profesionales, permitiría reducir el impacto de la dispersión geográfica.</p> <p><b>Mediante las actividades educativas y de promoción es posible ir educando nuestra población para mejorar la adhesividad al tratamiento y el entendimiento de la salud bucal, todo a través de un trabajo interdisciplinario con los otros profesionales de la salud.</b></p> |
|                  | <p><u>DEBILIDADES</u></p> <p>Carencia de registro electrónico de historia clínica, muchas veces acciones clínicas quedan registradas en hojas que nunca llegan a su ficha original en la posta de salud rural.</p> <p><b>Falta de filtro por parte de SOME de las urgencias dentales que llegan al box, la mayoría no corresponde a urgencias GES.</b></p> <p>Poca mantención de los equipos odontológicos, lo que resulta en fallas técnicas que afectan directamente en la atención clínica de los usuarios.</p>  | <p><u>Estrategias Adaptativas</u></p> <p>Capacitación por parte de los alumnos internos al personal de SOME y educación a los usuarios sobre Urgencias Odontológicas y horario de Urgencia Dental para una correcta utilización de este servicio.</p>  | <p><u>Estrategias de Supervivencia</u></p> <p>Educar a nuestros usuarios sobre la importancia del autocuidado y la prevención de patologías bucales.</p> <p><b>Crear plan de mantención del equipo dental, periódico y preventivo más que reparativo.</b></p> <p>Realizar una correcta anamnesis a cada paciente para pesquisar aspectos relevantes de su tratamiento que no se conozcan por falta de registro clínico. (Pacientes con ficha clínica en posta que reciben atención ocasional en el CES).</p>  |

**Programa Salud Mental Integral**



El Programa de Salud Mental Integral en Atención Primaria de Salud, se ha instalado desde el año 2008 como un Modelo de Atención en Salud Mental, que se centra en la relación sujeto/familia con el mundo social al que pertenecen, y por lo tanto, debe darse en el contexto comunitario

habitual en donde se desarrolla la vida de las personas, aprovechando sus recursos disponibles y no apartándolas de sus redes naturales.

En este Programa las acciones las realiza el Equipo de Salud Mental, el que está compuesto por: Orientadora Familiar (1), Psicólogos (2), Asistentes Sociales (2) y estas acciones las realiza



transversalmente todo el Equipo de Salud, ya que cada profesional aporta de una forma integral al cumplimiento de metas y a las acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los usuarios del Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara.

Los componentes asociados a las Metas del Programa de Salud Mental son los siguientes:

- Depresión
- Violencia Intrafamiliar
- Prevención y Tratamiento Integral de Alcohol y Drogas

- Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en población menor de 20 años GES
- Salud Mental Infanto Juvenil

En este contexto, las atenciones de salud mental se realizan a diario en dependencias de nuestro establecimiento de salud y se trabaja día a día para que los usuarios puedan acceder con facilidad y dentro de un espacio amigable a solicitar la atención que requieren.

Cada usuario, solamente debe solicitar atención con cualquier integrante del Equipo de Salud Mental y esta atención se le brinda a la brevedad, todo esto con el objetivo de brindar atenciones oportunas, eficaces y en un marco de espacio amigable; con la finalidad de mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios y sus familias.

**Actividades realizadas durante el año 2013:**

- Consultas de Salud Mental
- Evaluaciones Psicológicas
- Psicodiagnóstico
- Psicoterapia individual
- Consejerías individuales
- Consejerías familiares
- Intervenciones en Crisis
- Visitas Domiciliarias Integrales de Salud Mental
- Informes Psicológicos y Psicosociales
- Evaluaciones psicológicas solicitadas de área Judicial
- Informes psicológicos y Psicosociales para área Judicial
- Visitas a usuarios hospitalizados
- Actividades de Autocuidado
- Actividades con Comités de Salud Rural
- Charlas educativas e informativas
- Talleres de Promoción en Salud
- Actividades de sensibilización en temáticas de Salud Mental

**Desafíos de Programa de Salud Mental para año 2013:**

- Brindar continuidad a las acciones que se han realizado durante al año 2012: detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios pertenecientes al Programa de Salud Mental.
- Aumentar pesquisas de casos clínicos individuales y familiares que presenten problemáticas en Salud Mental.
- Continuar con acciones destinadas a la Prevención y Promoción de la Salud Mental.
- Extender cobertura máxima de atenciones en Salud Mental con el fin de entregar atención oportuna a cada usuario que lo requiera.
- Continuidad de Equipo de Salud Mental constituido por profesionales necesarios para brindar las atenciones requeridas por la población, con el objetivo de mantener cobertura en todos los sectores rurales de nuestra comuna.
- Realizar intervenciones oportunas y efectivas que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

FODA

| Análisis Externo        |   |  |   |
|-------------------------|---|--|---|
|                         | <u>OPORTUNIDADES</u>  | <u>AMENAZAS</u>  |   |
|                         | <p>Convenio con Servicio de Salud Bío Bío que aporta recursos económicos para financiar parte del recurso asociado al Programa.</p> <p>Alto nivel de compromiso y de apoyo para DM desde Área de Salud de Mental Integral en atención primaria y secundaria de Servicio de Salud Bío Bío.</p>   | <p>Alta dispersión geográfica de la población, lo que dificulta accesibilidad a la atención.</p> <p>Ruralidad que impide realizar ciertas acciones (visitas domiciliarias integrales, talleres, entre otros.)</p> <p>Familias con altos niveles de riesgo biopsicosociales.</p> <p>Falta de horas de recurso humano para realizar actividades comunitarias y de promoción de salud, debido a la alta demanda de pacientes en Salud Mental.</p> |   |
| <b>Análisis Interno</b> | <p><b><u>FORTALEZAS</u></b></p> <p>Alto nivel de compromiso de Equipos de Salud con acciones diarias realizadas con los usuarios.</p> <p>Flexibilidad en Equipos de Salud.</p> <p>Trabajo en equipo con enfoque de Modelo de Salud Familiar.</p> <p>Equipo sensibilizado en temáticas de salud mental.</p> <p>Comunicación efectiva en Equipos de trabajo.</p> <p>Monitoreo adecuado del funcionamiento y cumplimiento de metas y objetivos.</p> <p>Medicamentos con stock disponible y adecuados para tratamientos requeridos por usuarios.</p> <p>Cobertura total a población a cargo de la Institución.</p> <p>Fácil acceso de usuarios para solicitar atenciones de Salud Mental (consulta espontánea).</p> <p>Derivación de usuarios de forma eficaz y expedita intra-equipos e intersectorial.</p> <p>Coordinaciones adecuadas y efectivas con intersector e intrasector.</p> | <p><b><u>Estrategias Ofensivas</u></b></p> <p>Fortalecer el Modelo de Salud Familiar con enfoque biopsicosocial.</p> <p>Fortalecer derivaciones y pesquisas oportunas.</p> <p>Potenciar alto nivel de compromiso de los Equipos de Salud.</p>  | <p><b><u>Estrategias Defensivas</u></b></p> <p>Realizar agenda con rendimientos óptimos que permita realizar mayor cantidad de actividades comunitarias, acciones grupales y familiares.</p> <p>Contar con mayo horas de recurso humano para realizar trabajos en promoción y prevención de temáticas de Salud Mental.</p> <p>Crear estrategias que potencien la adherencia a tratamientos y psicoeducaciones en trabajo en redes locales.</p>  |
|                         | <p><b><u>DEBILIDADES</u></b></p> <p>Carencia de box e infraestructura de Psicólogo en Postas de Salud Rural.</p> <p>Espacios físicos poco amigables para atención psicológica individual y familiar.</p>  | <p><b><u>Estrategias Adaptativas</u></b></p> <p>Capacitación en sensibilización de temáticas de Salud Mental.</p> <p>Carencia de conocimientos legales y judiciales en funcionarios de Salud en temáticas de Salud Mental, lo cual incide en pesquisas oportunas de ciertos casos clínicos con alto riesgo.</p>  | <p><b><u>Estrategias de Supervivencia</u></b></p> <p>Psicoeducar a usuarios en importancia de Salud Mental adecuada.</p> <p>Potenciar rol del Psicólogo en Salud.</p> <p>Informar sobre rol de Psicólogo en Salud.</p> <p>Realizar acciones en espacios amigables que sean aptos para trabajar las problemáticas de alto riesgo de los usuarios.</p> <p>Fortalecer redes de trabajo comunales.</p> <p>Fortalecer estrategias de promoción y prevención en Salud Mental con usuarios y familias.</p> <p>Fortalecer estrategias de trabajo en red enfocado a psicoeducar a entes importantes en diversos niveles comunales (profesores, personal educativo, entre otros).</p> |

## **TELEDERMATOLOGIA**

En nuestro país, las enfermedades Dermatológicas tienen una alta prevalencia. Es por esto que una de las estrategias del Ministerio de Salud es el Programa de Tele dermatología, para contribuir a reducir la morbimortalidad de la población.

El servicio de Tele dermatología ha brindado a los 3 médicos del Departamento de Salud Municipal confirmar diagnósticos, priorizar Interconsultas, resolutivez en tratamientos y por ende satisfacción usuaria, este servicio es organizado ya que el médico pesquisa en morbilidad o controles de crónicos una patología dermatológica y la programa enviando al usuario SOME con citación y este es agendado, la atención es de 20 minutos ya que ese día el firmará un consentimiento informado se tomara fotos y se ingresara a la página del programa , la cual es enviada a SOME vía web y de SOME al CDT, esta es valorada por el Dermatólogo quien envía respuesta con confirmación o nuevos diagnóstico, indicación de tratamientos y sugerencia a evaluación presencial.

La Tele dermatología constituye una estrategia destinada a la resolución de brechas de atención dermatológica que permite entregar cuidados en salud en áreas remotas.

### II.- OBJETIVO GENERAL

- Otorgar asesoría médica a distancia permitiendo, el acceso oportuno y con calidad a la atención dermatológica desde la Atención Primaria, y con ello una mayor resolutivez.
- Reforzar el trabajo en Red a través de establecer un vínculo permanente entre los médicos especialistas y no especialistas, asegurando así la continuidad del usuarios en la Red Local.
- Establecer una estrategia de capacitación continua de los médicos no especialistas.

### III.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mejorar el acceso a la atención de especialista en áreas geográficas aisladas o de difícil acceso.
- Abordar Listas de Espera de acceso a la especialidad de dermatología.
- Establecer una asesoría permanente a los médicos de APS en la especialidad de dermatología.
- Implementar un Proceso de Educación Continua para los médicos de APS, utilizando el Modelo de Capacitación Gestionada.
- Mejorar pertinencia y resolutivez en la derivación dermatológica.

|                  |   | Análisis Externo   |   |
|------------------|---|--|---|
|                  |   | <u>OPORTUNIDADES</u>   | <u>AMENAZAS</u>   |
| Análisis Interno | <p><b><u>FORTALEZAS</u></b></p> <p>Personal comprometido para la oportuna derivación</p> <p>Buena comunicación entre profesionales.</p> <p>Supervisión y monitoreo periódico de actividades</p> <p>Acceso adecuado de la población a la atención, cupos determinados.</p> | <p><b><u>Estrategias Ofensivas</u></b></p> <p>Potenciar el trabajo interdisciplinario y la buena comunicación entre profesionales para la pesquisa de los pacientes con patología dermatológica</p> <p>Contar con la colaboración de SOME para agendar a el usuario para su atención</p> | <p><b><u>Estrategias Defensivas</u></b></p> <p>Establecer una agenda con fechas determinadas y una amplia difusión de éstas.</p>                  |
|                  | <p><b><u>DEBILIDADES</u></b></p> <p>Carencia de internet en Postas, ya que el médico solo (agenda y llena) al llegar al CES o fuera de trabajo.</p> <p>Poco conocimiento de parte de los usuarios a este servicio</p>   | <p><b><u>Estrategias Adaptativas</u></b></p> <p>Charlas a los comités de salud sobre el servicio de Teledermatología</p> <p>Charlas en sala de espera sobre posibles enfermedades dermatológicas.</p>  | <p><b><u>Estrategias de Supervivencia</u></b></p> <p>Educar a nuestros usuarios sobre la importancia del cuidado, para evitar complicaciones.</p> |
|                  | <p>Servicio entregado por el CDT con cobertura al 100%</p>  | <p>Pocas cupos Dermatológicos lo que conlleva a listas de espera extensas.</p>   |   |



## El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Chile es un país suscrito al cumplimiento de las metas internacionales del PNI.

Dentro de los objetivos de dicho programa se encuentran:

- ◆ Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud.
- ◆ Erradicar la Poliomielitis y el Sarampión.
- ◆ Mantener niveles de protección adecuado mediante programas de vacunación de refuerzo a edades mayores.

## PROPÓSITO

“Contribuir al control, eliminación o erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles optimizando la conservación, distribución y transporte de vacunas como elemento indispensable para lograr la protección en la población”. MINSAL 2000

## ACCESO AL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Todos los niños pueden acceder a éste programa ya que el Estado financia y garantiza que las vacunas sean gratuitas para todos los niños.

# Plan Nacional de Inmunizaciones

# Calendario de

# VACUNACIÓN 2013

| EDAD               | VACUNA                  | PROTEGE CONTRA   |
|--------------------|-------------------------|--|
| Recién Nacido      | BCG                     | Tuberculosis   |
| 2, 4 Meses         | Pentavalente            | Hepatitis B<br>Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva<br>H. Influenza B |
|                    | Polio oral              | Poliomielitis  |
|                    | Neumocócica conjugada   | Enfermedades por Neumococo   |
| 6 Meses            | Pentavalente            | Hepatitis B<br>Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva<br>H. Influenza B |
|                    | Polio oral              | Poliomielitis  |
| 12 meses           | Tres vírica             | Sarampión, Rubéola, Paperas  |
|                    | Neumocócica conjugada   | Enfermedades por Neumococo   |
| 18 Meses           | Pentavalente            | Hepatitis B<br>Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva<br>H. Influenza B |
|                    | Polio oral              | Poliomielitis  |
| 1º Básico          | Tres vírica             | Sarampión, Rubéola, Paperas  |
|                    | dTp (acelular)          | Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva                                  |
| 8º Básico          | dTp (acelular)          | Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva                                  |
| Adultos de 65 años | Neumocócica Polivalente | Enfermedades por Neumococo   |

SALUD RESPONDE  
**600-360-7777**

PROFESIONALES DE LA SALUD ATIENEN TUS DUDAS LAS 24 HORAS LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

www.minsal.cl

Búscanos en    

 **Organización Panamericana de la Salud**

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud



FODA PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

|                         |   | ANALISIS EXTERNO  |   |
|-------------------------|---|---|---|
|                         |   | <b>OPORTUNIDAD:</b><br>-sistema RNI en línea<br>-sistema de bodega en línea   | <b>AMENAZAS:</b><br>-Aumento de vacunas nuevas  |
| <b>ANALISIS INTERNO</b> | <b>FORTALEZAS</b><br>-bodega de vacunas en el departamento de salud<br>-equipamiento para manejo cadena de frio<br>-grupo electrógeno<br>-Computador con conexión internet<br>-Refrigeradores en postas | <b>ESTRATEGIAS OFENSIVAS</b><br>- potenciar el compromiso de los equipo con el programa de inmunizaciones<br>-mejorar registro de inmunizaciones  | <b>ESTRATEGIAS DEFENSIVAS</b><br>-mejorar coberturas de vacunas<br>-Establecer protocolos de información frente a vacunas<br>-Establecer Noma de Cadena de frio local<br>-establecer Programa de Mantención |
|                         | <b>DEBILIDADES</b><br>-deficiente disposición de locomoción frente a campañas   | <b>ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS</b><br>-Potenciar publicidad del programa inmunizaciones<br>-formación de un equipo de trabajo frente a campañas masivas<br>-Monitoreo mensual de niños inasistentes a vacunas | <b>ESTRATEGIAS SUPERVIVENCIA</b><br>- optimizar la movilización frente a campañas   |

## PROGRAMA VIDA SANA Intervención en obesidad

Este programa aborda el aumento de la obesidad que existe en la población, siendo esta una enfermedad caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de tejido graso, que se asocia con mayor riesgo de enfermedades crónicas no

transmisibles y mortalidad. La malnutrición por

exceso se ha constituido en una epidemia creciente a nivel mundial y nacional, se ha incrementado en más del 75% en todo el mundo desde 1980. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de adultos con sobrepeso y más



de 700 millones con obesidad.

Para hacer frente al aumento de las tasas de malnutrición por exceso y sus consecuencias, el MINSAL implementó este programa denominado “**Programa Vida Sana, estrategia de intervención en obesidad**”, los grupos a intervenir son escolar, adolescentes, puérperas y adulto. Este programa solo se desarrolla en algunas comunas a nivel nacional y nosotros como Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara este 2013 es el segundo año que obtenemos el beneficio.

- **Objetivo General**

Disminuir los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, para contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles.

- **Objetivos Específicos por Tramo Etéreo de los Componentes**

### Niños de 6 años a adolescentes 18 años

Mejorar en niños y niñas entre 6 y 9 años de PC y la relación Z score de IMC.

Mejorar en adolescentes entre 10 y 18 años de PC y la relación Z score de IMC.



Aumentar la actividad física

**Las metas es reducir el peso un 5% del inicial, reducir circunferencia de cintura y mejorar condición física.**

#### CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

El equipo de salud consideró pertinente implementar este programa solo en escolares y adolescentes de nuestra comuna rural debido a las altas tasas de malnutrición por exceso en estos grupos etáreos evaluados por nutricionista, además debido a que es



una población cautiva nos permite el trabajo fluido en red con los establecimientos

educacionales. El programa está enfocado en un tratamiento integral contra la obesidad a través de intervenciones por parte de médico, nutricionista, psicólogo y profesor de educación física para lograr

cambios de hábitos y conductas adecuadas. Las prestaciones consisten en 1 atención por medico al inicio del programa, 2 atenciones por psicólogo; al inicio y al final , 4 controles por nutricionista, 10 talleres grupales que abordan temáticas de alimentación saludable y estilos de vida sana, por un periodo de cuatro meses intensivos y posterior a ello 3 controles tardíos nutricionales al 6to., 9no., 12vo. Mes. Para evaluar variaciones de peso.

ANÁLISIS FODA DEL PROGRAMA

|                         |   | <b>Análisis Externo</b>   |  |
|-------------------------|---|---|--|
|                         |   | <p><b>Oportunidades:</b><br/>           Coordinación con los establecimientos educacionales, para el trabajo, permite pesquisar inasistente, citar a controles y talleres etc.</p> <p>Coordinación fluida con referente del SSBB y entrega de orientaciones del programa en reunión.</p> <p>Medio de transporte que permite el desplazamiento de niños y adolescentes de sectores más alejados.</p>   | <p><b>Amenazas:</b><br/>           Algunos Usuarios y familias poco comprometidos con las actividades a realizar por el programa como talleres, actividad física.</p> <p>Escasas capacitaciones por parte del SSBB para el desarrollo del programa.</p> <p>Características sociodemográficas de la población; lejanía, dispersión (se trabaja con 7 escuelas), bajos recursos económicos, que dificultan la asistencia a talleres y controles.</p> <p>Inadecuados estilos de vida y resistencia a cambios de hábitos por parte de los usuarios, y además baja escolaridad la que dificulta el entendimiento.</p> |
| <b>Análisis Interno</b> | <p><b>Fortalezas:</b></p> <p>Equipo de trabajo multidisciplinario (medico, psicólogos, nutricionistas, profesor de educación física), profesionales que muestran interés, compromiso y flexibilización para la realización de las actividades del programa.</p> <p>Calendarización de reuniones mensuales para programar y calendarizar actividades. También se toman acuerdos y se evaluar avances del programa.</p> <p>Material completo y suficiente para la elaboración de las actividades y talleres.</p> <p>Compromiso de la mayoría de los usuarios y su familia para asistir a las actividades.</p> <p>Contamos con un profesor de educación física que realiza las sesiones de actividad física en cada establecimiento permitiendo el tratamiento integral en los usuarios.</p> | <p><b>Estrategias Ofensivas:</b></p> <p>Incluir a todos los establecimientos educacionales a actividades de promoción para que toda la comunidad estudiantil se interiorice con los conceptos de salud y alimentación sana.</p> <p>Invitación a referentes del servicio de salud a actividades como finalización del programa y a reuniones para potenciar la comunicación.</p> <p>Calendarización de actividades con anticipación para aprovechar al máximo el recurso de transporte.</p> <p>Destinar tiempo específico; bloqueando agenda para lograr desarrollar actividades del programa al máximo, respetando horarios.</p> <p>Participación activa de la mayor cantidad de profesionales de cada equipo en reuniones.</p> | <p><b>Estrategias Defensivas:</b></p> <p>Coordinación con SSBB para capacitaciones a los profesionales que desarrollan el programa.</p> <p>Entrega de incentivos a los usuarios (folletos, endulzante, colaciones) que promuevan la asistencia regular a los talleres y controles.</p> <p>Potenciar la actividad física por medio de educaciones de estilos de vida saludable en los establecimientos educacionales.</p> <p>Facilitar traslado de niños y adolescentes para que asistan a talleres y controles.</p>  |
|                         | <p><b>Debilidades:</b></p> <p>Escaso tiempo asignado para las actividades de organización y coordinación de las actividades del programa, por priorización de otras actividades indispensables.</p> <p>Horario no estable de la llegada de rondas, que dificulta asistencia a reuniones programadas y a la vez la comunicación entre el equipo.</p> <p>Falta de espacio propio como establecimiento de salud para desarrollar los talleres con niños, adolescentes y cuidadores.</p> <p>Profesor de educación física no estable en su horario lo cual dificulta coordinación, además población dispersa (7 escuelas en total) lo que dificulta la movilización.</p> <p>Comienzo de las actividades muy tardías lo que dificulta el desarrollo de estas al finalizar el año escolar.</p>   | <p><b>Estrategias Adaptativas:</b></p> <p>Estipular por medio de dirección y jefes de equipo tiempo específico para la realización de las actividades como reuniones, preparación de material y coordinación con equipo, lo cual este inserto dentro de la jornada laboral y sea indispensable.</p> <p>Coordinar con otros estamentos (junta de vecinos, clubes, etc.) para que nos faciliten un espacio físico apto para realización de talleres y otros.</p> <p>Contratación de profesor de educación física, para mejor coordinación y la realización de educaciones de fomento de estilos de vida saludable.</p>  | <p><b>Estrategias de Supervivencia:</b></p> <p>Educación sobre estilos de vida saludables y las consecuencias de la malnutrición por exceso en niños y adolescentes para concientizar a la población sobre la importancia de reducir los factores de riesgo. Educación realizada específicamente en establecimientos educacionales, postas y Ces rural.</p>  |

**DESAFIOS PROPUESTOS 2014**

- Fortalecimiento del trabajo en equipo a través de mayor comunicación y reuniones periódicas.
- Destinar tiempo específico por cada equipo para poder desarrollar el trabajo de coordinación y organización de las actividades del programa.
- Aumentar el número de usuarios que logren reducir su peso inicial en un 5% o más, que disminuyan perímetro de cintura y mejoren su condición física para reducir los riesgos de enfermedades crónicas a futuro, o sea, mantener una población más sana.
- Lograr año tras año que mas usuarios y familias, realicen cambios de hábitos y adquieran estilos de vida saludable y así promover una salud optima.
- Realizar talleres diferenciados por grupo etáreo para lograr mayor impacto y aprendizaje en adolescente y niños que participan en el programa.
- Dar a conocer este programa a toda la población para que se informe sobre los beneficios de este, y puedan difundir la información al grupo familiar.

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| <b>Misión</b>   | Lograr estilos de vida saludables en usuarios que participan en el Programa Vida Sana, para disminuir los factores de riesgo de ECNTs.   |                       |  |
| <b>Objetivos Estratégicos</b>                               | Adecuada organización del equipo de profesionales del Programa Vida Sana, para lograr disminución del peso inicial, disminuir perímetro de cintura, mejorar condición física de los usuarios         |                       |  |
| <b>Estrategias</b>  | Reuniones del equipo de profesionales- Consulta y Controles a los usuarios- intervenciones grupales a los usuarios- sesiones de actividad física- Visita de rescate a establecimientos educacionales |                       |  |
| <b>Pasos a Seguir</b>                                       | <b>Responsable</b>   | <b>Plazos</b>         | <b>Recursos Necesarios</b>   |
| Reuniones del Equipo del programa Vida sana del DSM         | Psicólogos<br>Nutricionistas<br>Médico<br>Profesor de Educación Física   | Enero-Diciembre 2014  | Recurso humano<br>Espacio físico   |
| Consultas y controles por profesionales                     | Médico<br>Psicólogos<br>Nutricionistas   | Julio -Noviembre 2014 | Recurso humano<br>Box de atención<br>Insumos<br>Material de oficina  |
| Intervenciones educativas                                   | Psicólogos<br>Nutricionistas   | Julio -Noviembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico<br>Movilización<br>Data<br>Notebook<br>Material de oficina<br>Colación saludable<br>Insumos para el taller<br>Equipo de audio |
| Sesiones de educación física en establecimiento educacional | Profesor de Educación física   | Agosto-Noviembre 2014 | Recurso humano<br>Espacio físico (cancha)<br>Material deportivo<br>cronometro  |
| Visitas de rescate a establecimientos educacionales         | Psicólogos<br>Nutricionistas<br>Médico   | Enero-Diciembre 2014  | Recurso Humano<br>Movilización   |

### **Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas de Toda Edad Postradas con Discapacidad Severa o Pérdida de Autonomía.**

El Departamento de Salud Municipal actualmente tiene 35 pacientes ingresados en el Programa de Apoyo al Cuidado Domiciliario de Personas de Toda Edad Postradas con Discapacidad Severa o Pérdida de Autonomía, del Ministerio de Salud, que desarrolla el Servicio de Salud de BIO BIO en conjunto con la Municipalidad de Santa Bárbara. Los pacientes corresponden a 31 del Equipo de Salud CES y 18 pacientes del Equipo de Salud Rural.

#### **Los objetivos del Programa son:**

Acompañar o atender en forma integral considerando el estado de salud, de la persona con discapacidad severa o moderada, que afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria, considerando las necesidades psicosociales del paciente y su familia.

- Entregar a cuidadores y familia las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente.
- Reconocer el aporte del trabajo de cuidadores en los cuidados de los pacientes postrados severos.
- Coordinar la continuidad y oportunidad de atención de la persona en la red asistencial.

#### **Las actividades que se llevan a cabo son:**

1. Atención domiciliaria de personas con discapacidad severa.

La Atención Domiciliaria es una actividad que ha realizado parte del Equipo de salud en forma independiente de la edad de la persona afectada, y necesariamente incorpora a los demás integrantes de la familia y agentes comunitarios como cuidadores y protectores de la salud. La metodología sanitaria utilizada se complementa con una visión biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al modelo de atención con enfoque familiar.

2. Apoyo a cuidadores de pacientes con postración severa y/o pérdida de autonomía.

- Se efectúan capacitaciones anuales a los cuidadores, por parte de los Equipos de Salud. Con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente, sensibilizar al cuidador y familia para la modificación de éstas.
- Se efectúa el pago de un estipendio mensual al cuidador, su paciente para poder ingresar y ser beneficiario de dicho Programa debe reunir los siguientes requisitos:
  - Beneficiario de FONASA, categoría A o B.
  - Puntaje en Ficha de Protección Social igual o menor a 8.500 Pts.

- Evaluación de dependencia (Índice de Barthel), que dé como resultado dependencia Severa.

Cabe señalar que el Departamento de Salud Municipal, Además a los pacientes ingresados al Programa, les hace entrega de algunos insumos tales como pañales, insumos de curación para prevención y curación de escaras, además se les facilita el traslado para asistir a controles de salud fuera de la comuna, previo a una evaluación social, en los casos que se requiera y todo dependiendo de los recursos disponibles en el Establecimiento.

Nómina de Pacientes Ingresados en el Programa Postradas y con dependencia del  
Equipo de Salud Rural

| N <sup>a</sup> | Nombre                      | Rut          | Edad |                |
|----------------|-----------------------------|--------------|------|----------------|
| 1              | José Molina Gacitúa         | 9.819.446-0  | 84   | Dimilhue       |
| 2              | Martín Espinoza Campodónico | 23.008.821-7 | 3    | Dimilhue       |
| 3              | Oscar Saavedra Núñez        | 16.062.763-8 | 27   | Los Boldos     |
| 4              | Oscar Zagal Palma           | 02.914.852-k | 82   | Los Boldos     |
| 5              | José Acuña Vidal            | 04.628.370-8 | 69   | Los Boldos     |
| 6              | Miriam Vásquez Sepúlveda    | 18.100.111-9 | 22   | Los Boldos     |
| 7              | Gertrudis Andías Vásquez    | 02.993.450-9 | 96   | Los Junquillos |
| 8              | Jorge Ramírez Vera          | 10.762.609-3 | 60   | Los Junquillos |
| 9              | María Rodríguez Urrutia     | 14.031.928-7 | 33   | Los Junquillos |
| 10             | Eliana Espinoza Espinoza    | 05.833.233-k | 75   | Los Junquillos |
| 11             | Mauricio Pulgar Díaz        | 13.803.778-9 | 31   | Los Junquillos |
| 12             | Gabriela Hernández Cares    | 05.691.714-4 | 69   | Villucura      |
| 13             | Héctor Figueroa Hernández   | 10.939.265-7 | 45   | Villucura      |

Nómina de Pacientes Ingresados en el Programa Postradas y con dependencia del Equipo CES

| N° | PACIENTE                      | Edad | DOMICILIO  | DIAGNOSTICO  |
|----|-------------------------------|------|--|--|
| 1  | Elsa Escobar                  | 88   | Los Naranjos, antes de cancha  | HTA, Parkinson                                       |
| 2  | María Gutiérrez Campos        | 83   | Las Obras, pasado SEDE a mano izquierda en el puente hacia el interior.          | Diabetes mellitus, HTA, hernia umbilical, cataratas. |
| 3  | Graciela Higuera Fuentes      | 72   | Los Lirios, Fdo. Santa Teresita  | HTA, Demencia Senil                                  |
| 4  | Amanda Rivas Meza             | 81   | Las Obras, Hijueta El Peumo  | HTA, enfermedad Coronaria.                           |
| 5  | Rosa Barra Díaz               | 95   | Las Obras, en la sede hacia el interior  | HTA, secuelado AVE                                   |
| 6  | Sara Retamal Aguilera         | 67   | Mañil Bajo, Parcela 87, pasado cancha de carreras.                               | HTA, secuelado AVE                                   |
| 7  | Mario Riquelme Riquelme       | 29   | Los Junquillos por carretera, pasado supermercado en la segunda entrada (subida) | Retraso mental grave y Anaurosis bilateral           |
| 8  | Cristian Riquelme Riquelme    | 37   | Los Junquillos por carretera, pasado supermercado en la segunda entrada (subida) | Retraso mental grave y Anaurosis bilateral           |
| 9  | Carmen Gloria Hernández Ortiz | 41   | Los Álamos   | Daño Cerebral.                                       |
| 10 | Alan Salamanca Iraira         | 6    | Alto Aguas Blancas antes de Fdo. Santa Luisa a mano izquierda.                   | Parálisis Cerebral                                   |
| 11 | Claudio Inostroza Cares       | 11   | Rinconada, antes de Sra. Aurelia Díaz primera entrada a mano izquierda           | Parálisis Cerebral.                                  |
| 12 | José Dante Sandoval Osorio    | 87   | Los Notros, pasado puente.....entrada mano izquierda                             | Parkinson, AVE Secuelado                             |
| 14 | Gonzalo Sanhueza Burgos       | 4    | Villucura, Camino a Villucura Fdo. San José.                                     | Síndrome de Down.                                    |
| 15 | Aurelia Díaz Díaz             | 82   | Rinconada, casa amarilla a orilla de camino.                                     | Diabetes Mellitus, Demencia Senil.                   |
| 16 | Lidia Ortiz Ortiz             | 75   | Parcela 20, Fdo. Cullinco sector La Peña. Entrar por                             | CA Ovario, HTA                                       |

|    |                                   |    |  |                     |
|----|-----------------------------------|----|--|---------------------|
|    |                                   |    | sector Rapa.   |                     |
| 17 | Adelina Pérez Pérez               | 73 | Sector Los Boldos, al lado familia Zapata hacia el interior.   | Secuelado AVE, HTA. |
| 18 | Montserrat Fernanda Acuña Inzunza | 5  | Los Junquillos por carretera a mano izquierda antes de llegar al cruce de Los Junquillos, relocalizados Trapa parcela 6. | Esquizencefalia     |

**PARTICIPACION SOCIAL**  
**“COMITES DE SALUD RURALES DE POSTAS, E.M.R. Y CES”**  
**Comités de Salud Rurales de Postas y E. M.R.**



La atención primaria facilita las relaciones entre pacientes y profesionales, proceso en el cual los pacientes participan en la toma de decisiones sobre su salud y se crean vínculos entre la atención de salud individual y familiar. Este vínculo contribuyó a que el Equipo de Salud Rural llevara a cabo la iniciativa de implementar los **Comités de Salud Rurales**, con los cuales se pretendía crear un nexo con las familias y con la

comunidad, lo cual permitiría poder implementar de mejor forma el Modelo de Salud Familiar.

Si bien no se pretendía resolver ningún problema en particular con la implementación de esta iniciativa, sí existía la percepción de que debía existir un nexo entre el Departamento de Salud y la Comunidad Rural, situación que favoreciera en una mejor comunicación y relación entre ambos.

Los Comités de Salud Rurales, son organizaciones de carácter funcional, los cuales tiene por objetivo ser; un organismo receptor y propagador de información hacia sus comunidades, representar y promover la participación ciudadana, fortaleciendo las acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los usuarios, promoviendo la salud y autocuidado, siendo éste un nexo



informativo entre la Comunidad y el Departamento de Salud Municipal.

Las personas que forman estas organizaciones son personas que no esperan recibir nada, solo hacer el bien a su comunidad y entregar lo que puedan de ellos, cabe mencionar que muchos de los dirigentes de estos Comités de Salud tienen otros cargos en otras organizaciones, sin embargo igual podemos contar con ellos y muchas veces con sus familias.

Como organización tienen distintas **funciones**, pero sin embargo las más relevantes y las cuales los mantienen activos son:

- Incentivar la promoción y prevención de la Salud con sus comunidades, por medio de charlas y replicas que efectúan con sus organizaciones (Club de adultos mayores, Comités de agua Potable, Junta de vecinos, entre otras), además en sala de espera efectúan charlas antes de que llegue el Equipo de Salud a efectuar su atención.
- Los Integrantes de los Comités de Salud, al estar insertos en sus comunidades les permite pesquisar casos: sociales, que requieran visita domiciliaria, personas en abandono, pacientes que no estén recibiendo atención, o alguien que requieran alguna intervención que no ha sido pesquiada por el Equipo de Salud.
- Otra función en la cual se ven involucrados los integrantes de los Comités de Salud, es entregar a la comunidad información del funcionamiento y



decisiones que tome el Departamento de Salud respecto Al funcionamiento de las Postas, ejemplo: horario de entrega de Fichas por sector, refuerzo de horas médicas, calefacción, compra de insumos, comunican a la

comunidad cuando un profesional esta con vacaciones o licencia médica, bueno entre muchas informaciones que son entregadas diariamente.

- Que estas organizaciones estén bien informadas del funcionamiento del Equipo de Salud, les permite poder entregar una buena información y además derivan a su comunidad en distintas situaciones y cuando esta fuese necesaria, es muy favorable que estas Organizaciones conozcan y tengan una cercanía con todo el Equipo de Salud, ya que esto les permite derivar directamente, ejemplo. Muchas veces el público en general no conoce a los profesionales, en esta situación son orientados, en sugerencias o reclamos como proceder, muchas personas no disponen de su credencial de Salud y son derivadas, se derivan a regularizar su tarjeta perca pita, entre otras derivaciones.

- Los Comités de Salud Rurales se reúnen mensualmente, reuniones en las cuales analizan temas de contingencia, organizan beneficios, reciben capacitación por el Equipo de Salud, exponen casos sociales, entre otras actividades.

Los Comités en conjunto con el Equipo de Salud, están en un constante incentivo con las familias a incorporarse a dicha organización. Cabe mencionar que una característica de estas organizaciones es la preocupación por las distintas familias del sector rural, asistiendo en ocasiones sus necesidades, tanto económicas como psicológicas. Además están continuamente preocupados de los grupos más vulnerables tales como: los adultos mayores y las embarazadas del sector rural, (esta ayuda consiste en visitas domiciliarias, retiro de medicamentos, entrega de interconsultas, entre otros.).

Los Comités cumplen con el rol de ser quienes realicen un control social en salud dentro de sus comunidades, la comunidad acude a ellos en situaciones que necesiten alguna derivación u orientación por parte de ellos, cuando que ellos no están presente el día de ronda médicas consultan al Equipo de Salud por qué no están presente, ya sea porque quieran comprar algo es sus kioscos saludable que han implementado o por alguna consulta que tengan.

#### **Responsables del funcionamiento de los Comités de Salud Rurales actualmente:**

- Samanta Jiménez Díaz, Asistente Social Equipo de Salud Rural DSM Santa Bárbara.
- Deysi Andías, Asistente Social, Equipo C.E.S. del DSM Santa Bárbara.

Las cuáles son las encargadas de asesorar, capacitar, mantener activos y funcionamiento a la mayoría de los Comités de Salud en el sector rural de la Comuna.

Cabe mencionar que hay una buena disposición y colaboración del Equipo de Salud, están en constante asesoramiento a estas organizaciones. Este Equipo está conformado por: Médico, Psicóloga, Matrona, Nutricionista, Paramédico, Enfermera, Educadora de Párvulo.



#### **Destinatarios**

El trabajo que efectúan los Comités de Salud Rurales va en directo beneficios de todos los usuarios que son atendidos en las Postas Rurales y E.M.R., de la Comuna, ya que, que todo su trabajo y logros obtenidos van en directo beneficio de toda la comunidad rural beneficiaria de nuestros Centros de Salud.

**Objetivos Planteados:**

- Mantener una instancia de Participación y colaboración mutua entre usuarios y el Departamento de Salud Municipal.
- Mantener activos y motivados a los integrantes de los Comités de Salud Rurales.

**Nómina de Comités de Salud Rurales del Departamento de Salud Municipal**

| Nombre del Comité de Salud Rural               | N° Pers. Jurídica | Sector  | Directiva                           | N° de Socios |
|--|-------------------|---|-------------------------------------|--------------|
| Comité de Salud Rural Los Boldos.              | Pers. Jur. N° 479 | Los Boldos  | Presidente: Sra.: Greta Sáez Torres | 21 socios    |
| Comité de Salud Rural Quillaileo               | Pers. Jur. N° 468 | Quillaileo  | Presidente:Sra.: Carmen Godoy Godoy | 15 socios    |
| Comité de Salud Rural San Antonio              | Pers. Jur. N° 481 | San Antonio   | Presidente: Héctor Urrea            | 17 Socios    |
| Comité de Salud Rural Villucura                | Pers. Jur. N° 473 | Villucura   | Presidente: Ruth González Isla      | 18 Socios    |
| Comité de Salud Rural El Castillo              | Pers. Jur. N° 475 | El Castillo   | Presidente: María Abello E.         | 17 Socios    |
| Comité de Salud Rural “ Anticuerpos en Acción” | Pers. Jur. N° 483 | Rinconada   | Presidente: Antonieta Salamanca     | 20 Socios    |
| Comité de Salud “Unión Rural”                  | Pers. Jur. N° 469 | Los Lirios<br>Mañil Alto<br>Las Obras<br>Bajo Mininco<br>Los Maitenes<br>El Manzano<br>Mañil Bajo<br>Los Naranjos<br>Aguas Blancas<br>Los Notros<br>Corcovado | Presidente: Carmen Ruíz             | 18 Socios    |

### Principales Logros:

Los Comités de Salud han obtenido distintos logros, los más relevantes son:

- Seis Comités de Salud Rural activos.
  - Seis Comités de Salud Rural con Personalidad Jurídica.
  - Comités Salud Rurales motivados.
  - Buena relación entre el Departamento de Salud y Los Comités de Salud Rurales.
  - Obtención de Subvención Municipal de algunos Comités
  - Encuentros anuales de los Comités de Salud.
  - Presentación en Desfiles que se efectúan en la comuna.
  - Socios de los Comités de Salud Capacitados en Enfermería en I y II Nivel, a cargo de las Internas de Enfermería de la Universidad de Concepción.
  - Actividades recreativas de finalización de año y celebración de festividades organizada por los Comités.
  - Adquisición de implementos para las Postas con recursos obtenidos por los Comités:
    - Estetoscopio
    - TV
    - Bicicleta para Técnico Paramédico
    - Mudador para las Postas
    - Abastecimiento de artículos de aseo para las E.M.R.
    - Cancelación de consumos básicos para las E.M.R.
    - Adquisición de artículos que contribuyan al logro de sus objetivos (hervidor, delantales, costo de pasajes, entre otros.
  - Destacar el respaldo de la Dirección del Departamento de Salud, esta ha apoyado siempre el trabajo con estas Organizaciones, considerando sus opiniones y solicitudes actualmente la Dirección se está reuniendo mensualmente con ellos.
  - Haber participado en el Primer Concurso de Buenas Prácticas en Atención Primaria y Salud Familiar, en el Consorcio de Salud Familiar, en la ciudad de Concepción, instancia en la cual se presentó el trabajo que se efectúa con estas Organizaciones.
- ### Desafíos:
- Empoderar en su labor a las directivas de estas organizaciones, lo cual permita más autonomía en la ejecución de sus actividades
  - Elaborar un Plan de Trabajo para el año 2013.
  - Efectuar una capacitación en formación de Escuela de Líderes a cargo del Servicio de Salud Biobío.

**ANALISIS FODA DE PARTICIPACION SOCIAL**

|                  |   |   |   |
|------------------|---|---|---|
|                  |   | <p><b><u>OPORTUNIDADES</u></b></p> <p>Asesoría técnica por referentes del SSBB.</p> <p>Apoyo desde el establecimiento para la ejecución de las actividades.</p> <p>Apoyo de la comunidad beneficiaria hacia los Comités de Salud Rurales.</p> | <p><b><u>AMENAZAS</u></b></p> <p>Deserción de algunos socios de los Comités de Salud.</p> <p>Las organizaciones no efectúan las reuniones mensuales correspondientes.</p> |
| Análisis Interno | <p><b><u>FORTALEZAS</u></b></p> <p>Equipo de Salud Motivado y Comprometido con el trabajo comunitario.</p> <p>Comunidad Motivada.</p> <p>Abordaje en niveles de intervención con los integrantes de los comités: prevención, promoción.</p> <p>Trabajo interdisciplinario, lo que favorece la derivación.</p> | <p><b><u>Estrategias Ofensivas</u></b></p> <p>Motivar a la comunidad respecto a la importancia del trabajo comunitario.</p>   | <p><b><u>Estrategias Defensivas</u></b></p> <p>Difundir el trabajo que efectúan los Comités de Salud. A nivel comunal.</p>  |
|                  | <p><b><u>DEBILIDADES</u></b></p> <p>Desmotivación de algunos socios de los Comités de Salud.</p> <p>Falta de espacios físicos para la ejecución de las reuniones.</p>   | <p><b><u>Estrategias Adaptativas</u></b></p> <p>Efectuar capacitación conocimientos básicos de primeros auxilios, lo cual motivaría a los socios el mantenerse en las organizaciones y a otros a incorporarse en ellas.</p>                   | <p><b><u>Estrategias de Supervivencia</u></b></p> <p>Educar a nuestros usuarios sobre la importancia del autocuidado y la prevención de patologías bucales.</p>           |

## X. PLAN DE CAPACITACIÓN

### PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION

El presente documento refleja las necesidades de capacitación para el año 2014 del personal que trabaja en los establecimientos dependientes del Departamento de Salud Municipal, contratados por la Ley 19.378, considerando la siguiente normativa:

1. Ley 19.378 “Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”.
2. Decreto 1.889 del 12 de julio de 1995 “Aprueba Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”.
3. Reglamento Interno del Departamento de Salud Municipal de Santa Bárbara, aprobado por Decreto N 126 de fecha 07 de Febrero 2013.
4. Manual de procedimientos del Departamento, aprobado por Decreto N 505 del 05.07.2013
5. Comité de Capacitación aprobado por Decreto N 233 del 19 de Marzo 2013

Según lo establecido en la Ley 19.378 y reglamentos internos, uno de los aspectos constitutivos de la Carrera Funcionaria es la **Capacitación**.

De acuerdo el artículo 44º del Decreto 1.889 Reglamento de la Carrera Funcionaria de la Ley 19.378 nos señala que: se entenderá por cursos, las actividades de capacitación programadas de tipo teórico y práctico, que tienen por objetivo desarrollar las competencias que se requieren para el desempeño de la respectiva categoría o área funcional.”

El Comité de Capacitación del Departamento de Salud Municipal ha detectado a través de la aplicación de un instrumento elaborado por dicho comité, las necesidades de capacitación para el año 2014 de los funcionarios de salud.

El Comité de Capacitación del Periodo 2013 -2013 esta conformados por los siguientes funcionarios:

#### **Representantes del Empleador:**

- 1.- Rodrigo Lobos Escobar, Psicólogo del CES
- 2.- Ma. Elena Contreras, Encargada de Gestión y Proyectos DSM
- 3.- Angélica Ordenas Romero, Administrativo

#### **Representantes de los Trabajadores:**

- 1.- Emilia Cheúl Muñoz, Psicóloga de Equipo Rural Municipal
- 2.- Paulina Zenteno Jara, Matrona CES
- 3.- Fabiola Castillo Ruiz, Administrativo

Además el comité cuenta con un **coordinador del Comité** que es el Encargado de Personal del Departamento de Salud, Sra. Judith Jara Ruiz

Según lo establecidos en el Reglamento Interno y el Manual de capacitación del Departamento de Salud Municipal a más tardar el 15 de noviembre de cada año respectivo se elaborara un Programa de Capacitación para el año siguiente.

De acuerdo a lo establecido en el artículo 40° del Decreto N° 1.889/95, señala: “éste programa deberá ser formulado anualmente sobre la base de criterios definidos por el Ministerio de Salud al efecto, en relación a los Programas de Salud Municipal, previa revisión y ajuste presupuestario por las Entidades Administradoras y será enviado a más tardar el 30 de noviembre, al Ministerio de Salud”.

Para la elaboración del Programa de Capacitación año 2014 (PAC) el instrumento fue una encuesta con metodología en escala, la que fue dividida en tres Aspectos:

Primero: Evaluación periodo de capacitación 2013

Segundo: Detección de Necesidades de Capacitación 2014

Tercero: Comentarios de los funcionarios sobre el PAC

**Primero:** En Primer aspecto evalúa el periodo de capacitación año 2013 con 7 preguntas, según la escala se evaluó lo malo, lo regular, lo bueno y lo muy bueno:

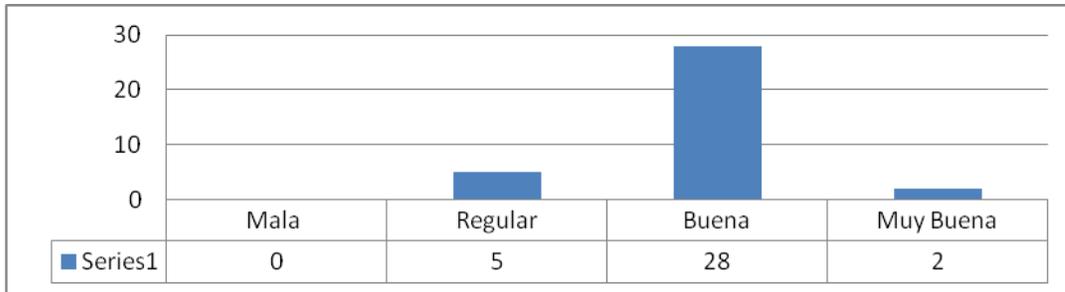
| Aspecto   | ☹<br>Mala | ☺<br>Regular | ☺<br>Buena | ★<br>Muy Buena |
|---|-----------|--------------|------------|----------------|
| 1. Los temas desarrollados en las capacitaciones fueron:  |           |              |            |                |
| 2. La duración, metodología y material de apoyo de los cursos fueron:                                     |           |              |            |                |
| 3. Las condiciones ambientales (espacio físico) han sido adecuados para facilitar el desarrollo del curso |           |              |            |                |
| 4. La Alimentación (Desayunos - Coffe break- Almuerzo)  |           |              |            |                |
| 5. Los docentes dominan los contenidos y éstos fueron expuestos con claridad.                             |           |              |            |                |
| 6. Como calificarías las capacitaciones, cursos o taller en el periodo fueron:                            |           |              |            |                |
| 7. Cómo calificarías la totalidad de las actividades desarrolladas en el comité de capacitación           |           |              |            |                |

**Resultados:**

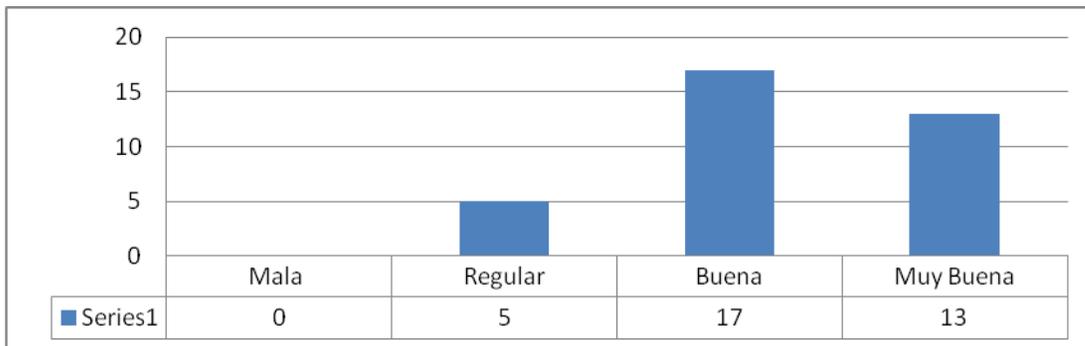
El Universo es de 47 Funcionarios de Salud, de los cuales 35 respondieron la encuesta equivalente al 74,5 % de los funcionarios

**Primero:** Evaluación periodo de capacitación 2013

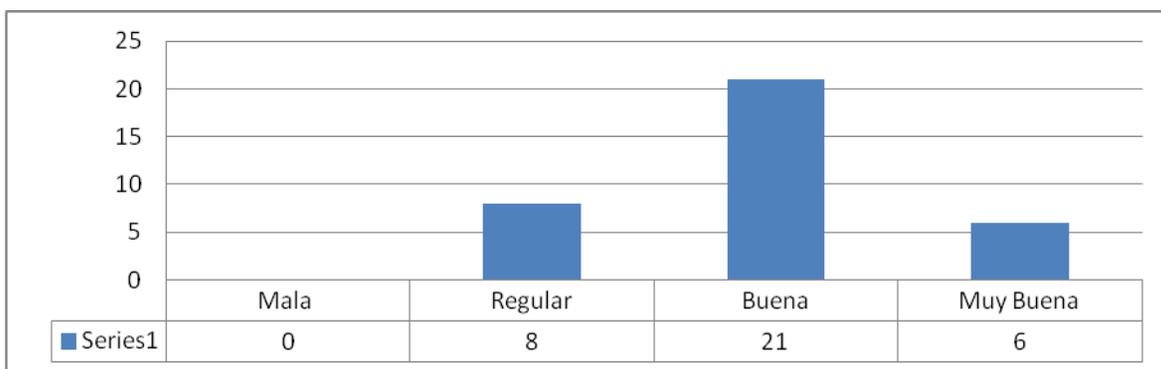
Pregunta 1: Los temas desarrollados en las capacitaciones fueron:



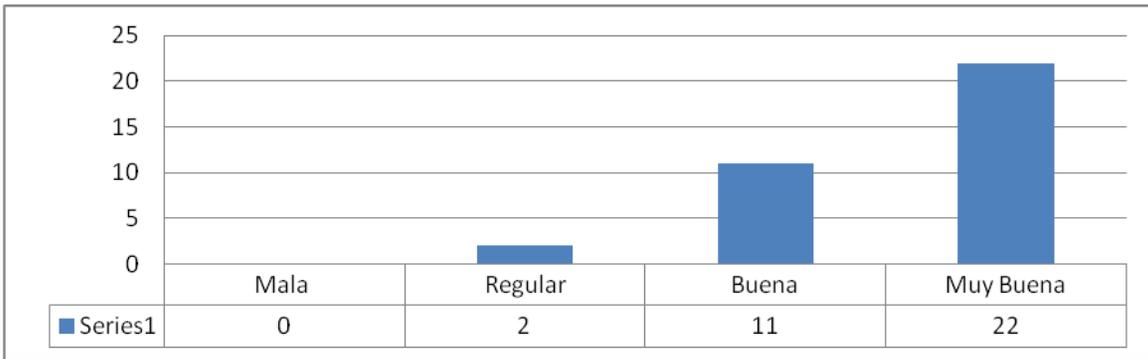
Pregunta 2: La duración, metodología y material de apoyo de los cursos fueron:



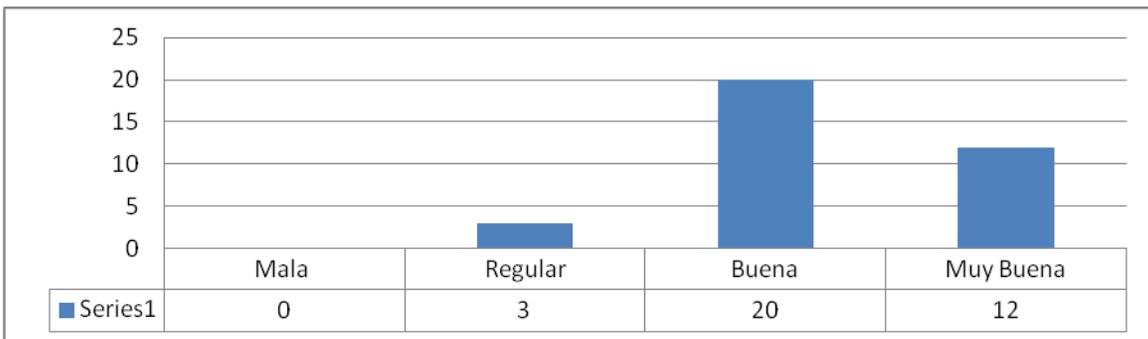
Pregunta 3: Las condiciones ambientales (espacio físico) han sido adecuadas para facilitar el desarrollo del curso



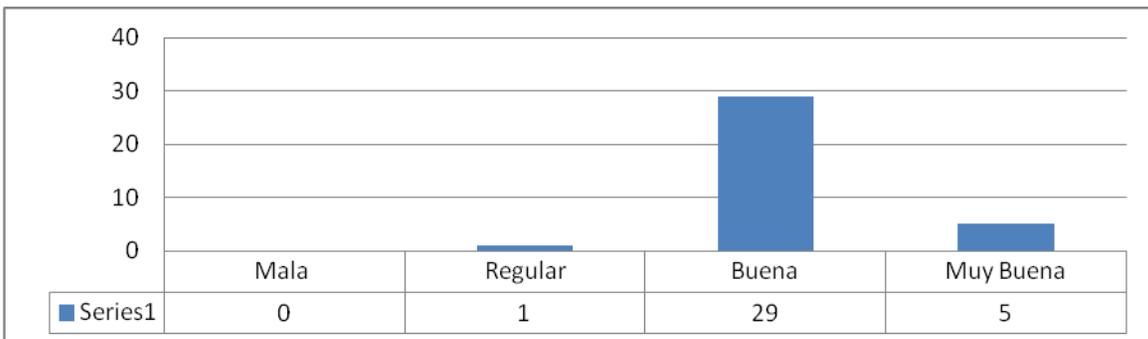
Pregunta 4: La Alimentación (Desayunos - Coffe break - Almuerzo)



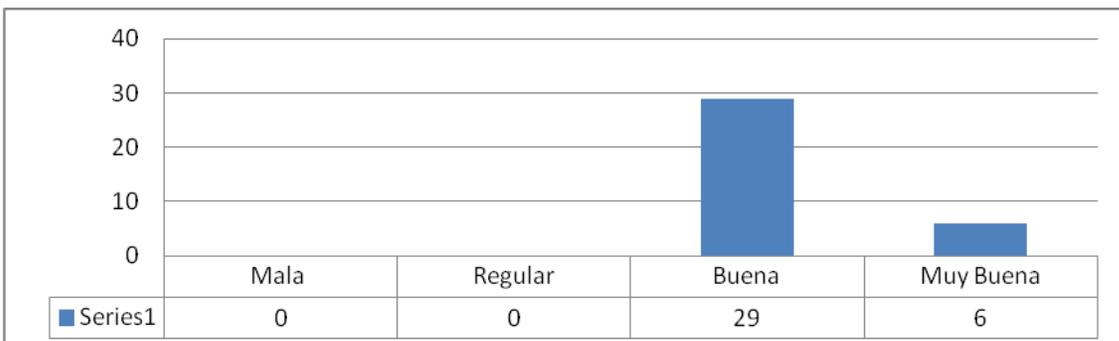
Pregunta 5: Los docentes dominan los contenidos y éstos fueron expuestos con claridad.



Pregunta 6: Como calificarías las capacitaciones, cursos o taller en el periodo fueron:



Pregunta 7: Cómo calificarías la totalidad de las actividades desarrolladas en el comité de capacitación



**Segundo:** En el segundo aspecto se solicitó a cada funcionario que enumera su prioridad de capacitación y / o perfeccionamiento desde el 1 al 5, los temas sugeridos por los funcionarios fueron:

| N°       | Tema de Interés                                 | N° Respuesta por Funcionario | % Equivalente |
|----------|---|------------------------------|---------------|
| 1        | RCP/Primeros Auxilios                           | 17                           | 48,6          |
| <b>2</b> | <b>Autocuidado</b>                              | <b>13</b>                    | <b>37,1</b>   |
| <b>3</b> | <b>Trabajo en Equipo</b>                        | <b>12</b>                    | <b>34,3</b>   |
| <b>4</b> | <b>Manejo de Office avanzado</b>                | <b>8</b>                     | <b>22,9</b>   |
| <b>5</b> | <b>Delitos Sexuales en menores/VIF</b>          | <b>7</b>                     | <b>20</b>     |
| 6        | Prevención de Riesgos                           | 7                            | 20            |
| <b>7</b> | <b>Salud Familiar</b>                           | <b>6</b>                     | <b>17,1</b>   |
| 8        | Adulto Mayor                                    | 5                            | 14,3          |
| 9        | Manejo de Conflictos con usuarios               | 4                            | 11,4          |
| 10       | Medicina Alternativa / Terapias Alternativas    | 4                            | 11,4          |
| 11       | Estatuto Administrativo / Legalidad             | 4                            | 11,4          |
| 12       | Salud Intercultural                             | 3                            | 8,6           |
| 13       | Uso de Sistemas SMC y estadística               | 3                            | 8,6           |
| 14       | Emergencia                                      | 2                            | 5,7           |
| 15       | Farmacología                                    | 2                            | 5,7           |
| 16       | Elaboración de Proyectos                        | 2                            | 5,7           |
| 17       | Estilos de Vida Saludable                       | 2                            | 5,7           |
| 18       | Manejo del Estrés                               | 2                            | 5,7           |
| 19       | AUGE / Legalidad                                | 2                            | 5,7           |
| 20       | Deberes y Derechos de Usuario Externo e Interno | 1                            | 2,9           |
| 21       | Legalidad Fichas Clínicas                       | 1                            | 2,9           |
| 22       | Liderazgo                                       | 1                            | 2,9           |
| 23       | Patologías Respiratorias                        | 1                            | 2,9           |
| 24       | Trabajo Social                                  | 1                            | 2,9           |
| 25       | Trabajo con Familias                            | 1                            | 2,9           |
| 26       | Lenguajes de señas                              | 1                            | 2,9           |
| 27       | Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)       | 1                            | 2,9           |

El Comité de capacitación considerando las sugerencias por parte de los funcionarios ha fijando los siguientes temas en el Programa anual de capacitación para el año 2014:

1.- Autocuidado

- 2.- Trabajo en Equipo
- 3.- Manejo de Office Avanzado
- 4.- Delito Sexuales en menores/ VIF
- 5.- Salud Familiar
- 6.- No obstante, se realizara un plan de talleres/ charlas realizadas por la Asociación Chile de Seguridad para abordar los siguientes temas: **RCP/ Primeros Auxilios/ Prevención de Riesgos**, los talleres se realizaran en tres días que serán programados durante el año 2014 en los días designados para reunión de fin de mes y / o estadísticas con una duración de dos horas cada uno, los cuales solo contará con certificación por participación.
- 7.- También se ha considerado necesario abordar el tema de **Salud Intercultural** considerando la instalación del Programa de Salud Intercultural y la población Pehuenche a cargo en la Atención Primaria de Salud. La capacitación será en forma continua a los funcionarios en los siguientes aspectos: Cosmovisión de la Cultura Indígena, Lenguaje, Medicina Indígena, Políticas Públicas y Visitas a agentes de la medicina indígena. Los talleres estarán a cargo del Equipo de Salud Intercultural, los cuales se realizaran en un programa de 5 días con un máximo de 4 horas cada día al final del programa se certificará la actividad por 20 horas pedagógicas. Los días a considerar serán agendados anualmente para días de estadísticas y/ o reunión de fin de mes de los equipos de Salud.
- 8.- Otras Capacitaciones según necesidad del cargo: se consideran además para la carrera funcionarias todas las demás capacitaciones según necesidades de cada cargo, siempre y cuando se presente la certificación con número de horas y evaluación correspondiente.
- 9.- En cuanto a las capacitaciones On-Line, éstas tendrán el mismo procedimiento que las capacitaciones tipo presenciales con previa autorización firmada del jefe directo, dicho formulario podrá ser solicitado a la coordinadora de Capacitación. Si un funcionario no realiza dicho procedimiento, éste no será validado para la carrera funcionaria aún cuando se encuentre enmarcado en el Programa de Capacitación Municipal

**Tercero:** En cuento a los comentarios del PAC se puede concluir que de un total de 35 encuestas tan solo un 34.3% realizo comentarios al respecto, expresando estar conforme con el trabajo realizado por el Comité, destacando el buen nivel de los Exponentes, la Coordinación y la Organización en General de las Capacitaciones. Un número menor, sugiere que las capacitaciones debieran ser aplicables a la vida laboral y que exista más compromiso de cada uno de los funcionarios asistentes durante las capacitaciones, para evitar la descentración del resto.

**CONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

| Capacitación / taller / Charla                  | En<br>ero | Feb<br>ero | Ma<br>rzo | A<br>br<br>il | Ma<br>yo | Ju<br>ni<br>o | Ju<br>lio | Ag<br>ost<br>o | Septie<br>mbre | Oct<br>ubr<br>e | Novie<br>mbre | Dicie<br>mbre |
|---|-----------|------------|-----------|---------------|----------|---------------|-----------|----------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|
| Trabajo en Equipo                               |           |            |           | 10            |          |               |           |                |                |                 |               |               |
| Manejo de Office Avanzado                       |           |            |           |               | 08       |               |           |                |                |                 |               |               |
| Delitos Sexuales en Menores/VIF                 |           |            |           |               |          | 12            |           |                |                |                 |               |               |
| Autocuidado                                     |           |            |           |               |          |               | 10        |                |                |                 |               |               |
| Salud Familiar                                  |           |            |           |               |          |               |           | 07             |                |                 |               |               |
| RCP/Primeros Auxilios/Prevención de Riesgos     |           |            |           |               |          |               |           |                |                | 30              | 28            | 30            |
| Salud Intercultural                             |           | 28         | 31        |               | 30       | 30            | 31        |                |                |                 |               |               |
| Otras Capacitaciones según Necesidad del cargo. |           |            |           |               |          |               |           |                |                |                 |               |               |

**Fuente de Financiamiento:**

Las Capacitaciones serán Financiadas por las siguientes Vías:

- Presupuesto del Área de Salud \$3.020.080.-
- Convenio Programa de Desarrollo de Recurso Humanos \$ 1.140.589.-
- Programa Salud y Pueblos Indígenas \$ 1.000.000.-

**Monto Total PAC año 2014: \$5.160.669.-**

XI. PRESUPUESTO

---

***PRESUPUESTO DE  
SALUD MUNICIPAL  
AÑO 2014***

---

**INGRESOS****• INGRESOS POR CONCEPTO DE APORTE FISCAL PERCAPITA**

Para la estimación del aporte Fiscal Percápita para el año 2014, se ha considerado la cantidad de 7.300 personas para calcular el ingreso por este concepto y que es el más importante dentro de los ingresos del Sistema De Atención Primaria De Salud. El Total de inscritos al 30 de septiembre de 2013 fecha de corte para considerar el per cápita 2014 por FONASA asciende a 7.795 personas y luego rebajarlo en un 6.35% por doble inscrito, es decir, 495 personas menos quedando en **7.300** inscritos estimados a recibir percápita.

El valor percápita con que se cuenta hasta el momento es de \$ 5.217, por beneficiario inscrito, procediendo a reajustarlo en un 6,59 % resultando un valor estimado para el año 2014 de \$5.561, mas un incremento mensual de \$489.417.- para el programa Cardiovascular, por personas mayores de 60 años, por lo tanto, la estimación de este ingreso asciende al total anual de \$ **493.008.204**.

**TOTAL BENEFICIARIO POR VALOR MENSUAL PERCAPITA REAJUSTADO**

$$\$5.561 * 7.300 = \$ 40.595.300 + 489.417 = 41.084.717 \times 12 = \$493.016.604.$$

- Se contempla recibir aporte del Ministerio de Salud por concepto de Desempeño Difícil para gasto en Personal, regido por el Estatuto de Atención Primaria en Salud.

$$\text{Mensual } \$3.290.363 * 12 = \$ 39.484.356.$$

- Desempeño Colectivo. Es aporte del Ministerio de Salud, para financiar asignaciones de desempeño colectivo fijo y variable al personal de la Atención Primaria.

$$\text{(Trimestral) } \$11.590.873 * 4 = 46.363.492$$

- Otros Aportes; También son aportes del Ministerio de Salud, tales como asignación chóferes (Ley 19.813) aportes para capacitación, etc.

$$\text{Mensual } \$588.907 * 12 = \$7.066.884$$

**TOTAL APORTE MINSAL ANUAL****\$585.931.336**

- **APORTE DEL MINSAL PARA RECURSOS HUMANOS**
- **INGRESOS POR RENTAS DE LA PROPIEDAD**  
Arriendo de activos no financieros **\$10.000.**
- **INGRESOS POR RECUPERACION Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS** **\$10.010.000.**

Se percibe en este concepto los subsidios por Licencia Médica de los funcionarios del Sistema que por convenio con el Municipio reembolsan las instituciones de Salud (Isapres, Caja de Compensación).

**OTROS INGRESOS** **\$1.000.000.**

Ingresos por multas a proveedores  
Por atraso en entrega de mercaderías

- **APORTE MUNICIPAL AREA DE SALUD AÑO 2014.** **\$ 71.734.860.**

El aporte Municipal se hace necesario para este año por varias causas que a continuación se señala:

*Aumento de la Dotación:*

El año 2014 contempla la mantención de los estamentos profesionales presentados anteriormente, a fin de dar cumplimiento con las normativas ministeriales como lo son El Código Sanitario D.F.L N°725/67, Publicado en el Diario Oficial de 31.01.68, y la cartera de prestaciones de la APS establecida según Decreto N° 81 MINSAL del 24.01.2005.

La tendencia de aumento de los inscritos percápitas se mantiene para el año 2014, y en conjunto con las observaciones emanadas por el Servicio de Salud Biobío, mediante la Resolución Exenta N° 3175, del 14.10.13, generan la necesidad de aumento de horas de dotación en las categorías A (Odontólogos y Químico Farmacéutico).

De la mano de lo señalado y de la imperiosa necesidad de contar con un apoyo informático, por el aumento explosivo de equipos informáticos, consecuencia de la

digitalización de procesos de salud, comunicación en línea, tele dermatología, etc. y potenciar las áreas de bodega de abastecimiento del DSM, es que se hace necesario contemplar un cargo de administrativo por 44 hrs. para tales fines.

*Fármacos e Insumos Clínicos:*

La creciente incorporación de patologías a la Atención Primaria de Salud Municipal, bajo el marco del AUGE, y el aumento de usuarios con patologías crónicas no transmisibles, han generado que el costo de fármacos e insumos haya experimentado un aumento sostenido durante los años anteriores, es por lo cual que resulta necesario la consideración de estos en el apoyo financiero emanado desde la Municipalidad.

| <b>BAJO CONTROL PROGRAMA SALUD<br/>CARDIOVASCULAR</b> |      |
|---|------|
| HIPERTENSOS   | 993  |
| DIABETICOS  | 245  |
| DISLIPIDEMICOS  | 242  |
| TABAQUISMO  | 33   |
| OBESIDAD  | 327  |
| ANTECEDENTES DE INFARTO (IAM)                         | 26   |
| ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO<br>VASCULAR              | 41   |
| TOTAL   | 1907 |

*Servicio De Bienestar*

El año 2013 se crea la Ley N° 20.647 que modifica la Ley N°19.754 permitiendo la incorporación del Personal de los Establecimientos municipales de Salud a las prestaciones del Bienestar y autorizando la constitución de Servicios de Bienestar separados por entidad administradora. Es así como se crea el Servicio de Bienestar Salud aprobado por decreto 678 de fecha 03.09.2013.

La municipalidad debe aportar al Depto. de salud no podrá ser superior a 4 UTM por afiliado según lo establecido en el artículo 1° y 3° de la ley 19.754, Ley que autoriza a las municipalidades para otorgar prestaciones de servicios a sus funcionarios.

**Para el año 2014 el porte municipal será para 46 socios equivalentes a \$ 7.457.152 aprox. Según el valor de la UTM al momento del traspaso. (Referencia UTM Octubre 2013)**

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>AGUINALDOS, BONOS Y OTROS</b>  | <b>\$7.321.398</b>  |
| <b>OTROS INGRESOS</b>   | <b>\$21.000.000</b> |
| <p>Se continuará en conjunto con la JUNAEB el Programa de Salud Bucal realizando atención integral – curativa preventiva y educativa a estudiantes del ciclo básico más vulnerable de la comuna, contribuyendo de este modo a la igualdad de oportunidades a los escolares.</p> |                     |
| <b>VENTA DE ACTIVOS NO FINANCIEROS</b>  | <b>\$20.000</b>     |
| <b>TRANSFERENCIAS, APORTES SECTOR PRIVADO</b>   | <b>\$20.000</b>     |
| <b>TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL</b>  | <b>\$10.000</b>     |
| <b>SALDO INICIAL DE CAJA</b>  | <b>\$1.000.000</b>  |

Monto que se desglosa como sigue:

|  |                      |
|--|----------------------|
| Reparación y Mantenimiento de postas de salud rural con aportes del MINSAL, monto recibidos a fines del 2013:                  | <b>\$25.000.000</b>  |
| Mantenimiento y Reparación de Equipos Generadores, con aportes del MINSAL, monto recibidos a fines del 2013:                   | <b>\$5.000.000.-</b> |
| Compromisos del 2013, que no alcanzan a pagarse dentro del período debiendo cancelarse a principio del 2014, con aporte MINSAL | <b>\$1.000.000.-</b> |

**TOTAL PRESUPUESTO DE INGRESOS AÑO 2014**

**\$ 728.057.594.-**

**GASTOS**

- **GASTOS EN PERSONAL:**

**PERSONAL ESTATUTO DE ATENCIÓN PRIMARIA LEY Nº 19.378**

Planta: \$297.941.853. (26 Funcionarios)

Contrata: \$202.711.982. (25 Funcionarios)

Honorarios: \$ 10.185.000. (3 Funcionarios)

Como bien se mencionaba en el ítem Aporte de la Municipalidad, las causales de la incorporación de nuevos profesionales, aumento de horas de algunos estamentos e ingreso de administrativos de apoyo, se justifican ampliamente por las normativas legales que nos rigen desde el MINSAL y la sentida necesidad de nuestros usuarios, a través de sus comités de salud sobre la urgencia de dichos cambios. En virtud de lo anterior es que en reuniones de análisis y proyecciones de todas las unidades tanto administrativas como clínicas de nuestro Departamento de Salud Municipal, llegamos a la conclusión de que el año 2014, era necesario realizar algunos ajustes al aumento considerado el año anterior.

Para el cálculo de las Remuneraciones se consideró un reajuste aproximado de un 5%. Mediante la siguiente tabla se grafican los cambios mencionados.

| <b>CATEGORÍA</b> | <b>CARGO</b>                         | <b>Horas Disponibles</b> |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| A                | Médico                               | <b>132</b>               |
| A                | Dentista                             | <b>220</b>               |
| A                | Químico<br>Farmacéutico              | <b>22</b>                |
| B                | Enfermera                            | <b>88</b>                |
| B                | Matrona                              | <b>88</b>                |
| B                | Nutricionista                        | <b>88</b>                |
| B                | Asistente Social                     | <b>88</b>                |
| B                | Psicólogo                            | <b>88</b>                |
| B                | Kinesiólogo                          | <b>44</b>                |
| B                | Orientador Familiar                  | <b>44</b>                |
| B                | Gestión de Proyectos                 | <b>44</b>                |
| C                | Técnicos de Nivel Superior           | <b>880</b>               |
| D                | Auxiliar Paramédico Dental           | <b>220</b>               |
| E                | Administrativo                       | <b>440</b>               |
| F                | Auxiliar de Servicio (chofer y aseo) | <b>319</b>               |

**OTRAS REMUNERACIONES – GASTO EN PERSONAL A HONORARIOS:**

Honorarios: \$ 10.185.000. (3 Funcionarios)

Este gasto comprende el personal necesario para ejecutar diversos Programas del Departamento de Salud y CES Municipal (Modulo JUNAEB escuelas de la comuna, Servicios de Podología, y Obras Menores de Establecimientos etc.) es necesario contar con servicios a honorarios de profesionales como:

- Podólogo
- Tens En Enfermería
- Educadora modulo de JUNAEB.
- Maestro de obras menores, para apoyo en mantención a los establecimientos de Atención Primaria.

Todos estos profesionales son necesarios para el funcionamiento del CES, Postas y Administración de Salud Municipal, no se incluyeron en la Dotación por el año 2014 por tratarse de personal a honorarios.

El gasto en personal para el año 2014 se resume de la siguiente manera:

|   |                         |
|---|-------------------------|
| <b>Gasto En Personal De Planta Del</b>    | <b>\$ 297.941.853.-</b> |
| <b>Departamento De Salud Municipal</b>    |                         |
| <b>Gasto En Personal A Contrata Del</b>   | <b>\$ 202.711.982.-</b> |
| <b>Departamento De Salud Municipal</b>    |                         |
| <b>Gasto En Personal A Honorarios Del</b> | <b>\$ 10.185.000.-</b>  |
| <b>Departamento De Salud Municipal</b>    |                         |

• **GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO Y OTROS  
AREA DE SALUD PARA EL AÑO 2014 \$ 212.310.361**

➤ **ALIMENTOS Y BEBIDAS** **\$1.250.000.-**

Este gasto comprende la alimentación para talleres, reuniones con los usuarios y desarrollo del Plan de capacitación de los funcionarios de la Atención Primaria

➤ **TEXTILES VESTUARIOS Y CALZADO** **\$8.350.000.-**

Corresponde al vestuario y calzado para funcionarios que desempeñan labores administrativas del Depto. De Salud Municipal, con un total de 13 funcionarios contemplados para el año 2014. Además de delantales para el Área Profesional del Ces, Postas y Área Dental, y ropa de trabajo para auxiliares de Servicios menores.

➤ **COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES** **\$18.010.000.-**

Corresponde al gasto en combustible de vehículos del área de salud Furgones de rondas médicas, dentales y curaciones, camioneta para traslado, del área administrativa del Depto. de salud y camioneta de visitas domiciliarias y curaciones a pacientes postrados. En algunos casos traslado de pacientes a centro de rehabilitación y de mayor complejidad.

También considera el gasto en combustible para las motos, equipos generadores para emergencias y la compra de leña para los establecimientos asistenciales de salud municipal.

➤ **MATERIALES DE USO O CONSUMO CORRIENTE** **\$110.826.092.-**

Corresponde al gasto en materiales de oficina, medicamentos, materiales y útiles de aseo, insumos, repuestos y accesorios computacionales, materiales para mantenimiento y reparaciones de vehículos etc. Comprende un monto importante este ítem para la adquisición de medicamentos, útiles quirúrgico menor por la suma de \$64.142.403. El gasto en medicamentos es mayor, por lo que se deberá buscar mayor financiamiento para poder terminar el año 2013. También involucra el

gasto en reparaciones efectuadas tanto a establecimientos de salud como también a vehículos Municipales, equipos de oficina, mobiliarios, etc.

Con aporte del MINSAL se solicitó para el año 2013 recursos por \$25.000.000.-

Los cuales se ingresaron a fines del año 2013 por lo que se ejecutarán en el año 2014.

➤ **SERVICIOS BASICOS** **\$12.500.000.-**

Comprende el gasto por energía eléctrica, agua, gas, teléfono, etc. del Departamento de Salud Municipal, Ces Municipal y Postas Salud Rural De La Comuna.

➤ **MANTENIMIENTO Y REPARACIONES** **\$19.410.000.-**

Comprende mantenimiento y reparaciones menores de postas rurales, Ces y área administrativa del Área de Salud Municipal. Mantenimiento de vehículos 4 furgones, dos camionetas, de rondas médicas, traslado pacientes, etc., y motos de visitas domiciliarias de las postas rurales.

También se recibió a fines los 2013 recursos del MINSAL para mantenimiento y reparación de equipos generadores de electricidad para situaciones de emergencias, los cuales serán utilizados el año 2014 (monto \$5.000.000.-)

Mantenimiento y reparaciones de equipos dentales de las diversas clínicas con que cuenta el área de salud, también incluye autoclaves.

➤ **PUBLICIDAD Y DIFUSION** **\$ 728.399.-**

Este gasto comprende principalmente la publicación de Balance anual del Área de Salud Municipal, reglamentada en el Estatuto De Atención Primaria y las publicaciones por llamados a concursos para promover cargos e impresión de folletos para actividades de Promoción y prevención de todos los estamentos, según campañas del MINSAL

➤ **SERVICIOS GENERALES** **\$ 2.420.000.-**

Este gasto comprende los servicios de seguridad (alarma del ces y Depto. de Salud municipal), pasajes y permisos de circulación de los vehículos del área de Salud

**ARRIENDOS** **\$ 15.450.400**

Comprende al gasto por arriendo de edificios tanto del Ces Municipal como de casa habitación donde funcionan las dependencias del área administrativa del Departamento de Salud Municipal. Además se contempla el arriendo de inmueble para ubicación de sala de estimulación CHCC y estacionamiento de vehículos municipales.

➤ **SERVICIOS FINANCIEROS** **\$ 4.010.000**

Comprende el gasto en seguros para los vehículos y motos del área de salud

➤ **SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES** **\$ 5.170.669**

Comprende el gasto por concepto de capacitación, dirigida al personal de salud, pago por los servicios a los profesionales que ejecutan la capacitación.

Incluye un aporte del Servicio de Salud de Biobío por \$2.240.589, para programa de desarrollo de recursos humano de la APS y capacitación del programa especial de salud para pueblos indígenas.

➤ **OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO** **\$14.183.200**

Comprende los gastos menores del depto. de salud (\$250.000.-) Mensuales.

Comprende los gastos de comisión que el Depto. de Salud debe cancelar a CENTRAL DE ABASTECIMIENTOS según el nuevo convenio para la adquisición de medicamentos. También se cancela por este Ítem las prestaciones de Laboratorios Básicos que realiza el Hospital de Santa Bárbara (\$7.183.200.-)

También se contempla la extracción de materiales de desecho REAS para el año 2014 exigido por la Seremi debido a la eliminación de la caldera del Hospital de la comuna.

➤ **INTEGROS AL FISCO** **\$ 10.000**

Se deja abierto este ítem por cualquier eventualidad que pudiera Producirse dentro del año

➤ **ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS** **\$ 3.910.000**

Comprende la adquisición de mobiliario para establecimientos de Salud Como Ces, dependencias administrativa y de equipo salud rural (aire acondicionado) implementos menores de apoyo y equipos informáticos.

➤ **SERVICIO DE LA DEUDA** **\$ 1.000.000**

Corresponde al pago de compromisos pendientes que se puedan producir del año anterior.

*TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS*

*AÑO 2013.....M\$728.057.594.*