



I. Municipalidad de Bulnes

PLAN DE SALUD COMUNAL BULNES 2010

Autores:

Sr. Luis Rivera Madariaga, Director Hospital Comunitario de Salud Familiar Bulnes.

Dra. Alejandra Silva Cabezas, Coordinadora Modelo de Salud Familiar Hospital Comunitario de Salud Familiar Bulnes.

Sra. Deyanira Jara Troncoso, Jefe Departamento de Salud Municipal Bulnes.

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	
Introducción.....	4
Marco Teórico.....	5
II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL	
Ubicación y Condiciones geográficas.....	15
Demografía.....	16
Aspectos Socioeconómicos.....	17
Situación de Salud.....	18
Red Asistencial comunal.....	24
Organización de la Comunidad.....	25
III. HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR BULNES	
Descripción y Objetivos de la Institución.....	27
Diagnóstico de salud.....	28
Cartera de Servicios.....	72
Dotación personal.....	85
Plan de acción de cuidados de salud de la población por sector.....	87
Plan de capacitación.....	113
IV. CESFAM SANTA CLARA	
Misión de la Institución.....	123
Diagnóstico de salud.....	124
Cartera de Servicios.....	161
Dotación personal.....	165
Plan de acción de cuidados de salud de la población por sector.....	170
Plan de capacitación.....	191

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEORICO

I. INTRODUCCIÓN

Según establece la ley 19.378 los Municipios deben generar anualmente un **Plan de Salud Comunal**, el cual debe estar en armonía con las Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del Ministerio de Salud, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud, incluido el diagnóstico participativo.

El Plan de Salud Comunal debe ser propuesto en coherencia con el diagnóstico y en concordancia con los equipos de salud de cada Municipio y debe estar en conocimiento de los Servicios de Salud, de modo que permita ejecutar las evaluaciones pertinentes y los respectivos ajustes al final de cada período.

Para el año 2010, el Plan de Salud incluye tanto la programación del sistema de Salud Municipal como del Establecimiento Dependiente del Servicio de Salud Ñuble, que para nuestra Comuna es el Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes.

MARCO TEÓRICO

1. ATENCIÓN PRIMARIA

Es considerada una estrategia de desarrollo para coayudar a elevar el nivel de vida de la población. Está orientada a resolver los principales problemas de salud de la comunidad; integra la Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación; resalta la participación de todos los sectores de la comunidad, obteniendo el mayor provecho de los recursos disponibles; fomenta la autoresponsabilidad y el autocuidado; prioriza el trabajo en equipo e insta a los gobiernos a formular políticas que aseguren a todas las personas el derecho a la vida, y la integridad física y psíquica para poder vivir más y mejor.

2. PLANIFICACIÓN EN RED

Los énfasis de la planificación y programación en red están dados principalmente por la Reforma de salud, el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, el sistema de protección social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y las características sociodemográficas de la población con una tendencia creciente al envejecimiento.

Elementos Generales

En general los elementos a considerar en la planificación local son los mismos que debieran guiar la planificación de cualquier punto de la red, pero considerando las particularidades de la acción que cada uno desempeña prioritariamente. Esta debe estar basada en:

1. Enfoque de Determinantes Sociales en Salud

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

2. Enfoque de Derechos

Este enfoque se refiere al derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y también el derecho al acceso a la atención de salud, y al ejercicio de los derechos que aseguran la autodeterminación de las personas. La programación local requiere asegurar la igualdad en el ejercicio de estos derechos para todos los estratos socioeconómicos, grupos étnicos, sexos, pueblos originarios, grupos religiosos, poblaciones urbanas y rurales, orientaciones sexuales, etc.

3. Equidad en Salud

Alude a la minimización de desigualdades evitables en la salud -y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social. Equidad en el estado de salud sería el logro por parte de todas las personas -independientemente de su estrato social- del bienestar más alto alcanzable por los grupos más privilegiados. Avanzar hacia la equidad en salud implica crear las condiciones para inducir cambios culturales y normativos y para reducir las brechas resultantes de la estratificación social.

3. OBJETIVOS SANITARIOS

Los objetivos sanitarios (*Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, Ministerio de Salud, octubre 2002*) señalan los compromisos en salud que deben alcanzarse al 2010, constituyéndose en una referencia inevitable para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben ser ejecutadas. Su formulación fue el punto de partida del proceso de reforma sectorial.

Los cuatro grandes objetivos sanitarios para la década son:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad
3. Disminuir las desigualdades en salud
4. Proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

Para estos objetivos se establecen los siguientes fines:

- Prolongar la vida saludable: Mejorar la salud de la población prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad
- Reducir las inequidades: Reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

El desarrollo de las estrategias relacionadas con los diferentes problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en estos cuatro objetivos.

Nuestras metas hacia el 2010 apuntan a disminuir las desigualdades en salud, enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y los cambios de la sociedad, proveer servicios acordes con las expectativas de la población y mejorar los logros sanitarios alcanzados.

4. SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD EN REDES

La atención en red es una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Se reconoce a la comunidad con competencias propias para resolver problemas de salud, incorporando acciones realizadas por monitores, agentes comunitarios, especialistas de medicina indígena u otras en forma complementaria al equipo de salud.

Niveles de Abordaje del Trabajo de Salud en Redes:

Se puede distinguir los siguientes niveles de redes relevantes para la salud, en su concepto más amplio: Red Social, Personal, Familiar, Comunitaria, Redes Institucionales sanitarias y no sanitarias

- **Red Social y Comunitaria**

La red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.

La familia (consanguínea o considerada como tal para la persona) como parte de la red social personal, es un importante factor protector de la salud de las personas. En muchos casos es la red más próxima. Por lo tanto, la calidad de la red familiar es un factor determinante en la situación de salud familiar y su calidad de vida.

La red comunitaria se constituye con las organizaciones sociales asentadas en el territorio, estas organizaciones pueden ser formales e informales, de carácter territorial y funcional.

Desde la perspectiva de las redes comunitarias, para el sector salud implica:

1. Considerar a la población destinataria como un actor social mas, sujeto de derechos, al igual que al equipo de salud
2. Utilizar los Sistemas de Información Georreferenciados (SIG)
3. Contar con registros que dispongan de información de las familias que habitan en el área de responsabilidad del centro de salud y que comparten condiciones y formas de vida similares
4. Posibilitar la accesibilidad de la población, a la información en los establecimientos de salud según corresponda
5. Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación del trabajo en salud
6. Mantener actualizados los diagnósticos participativos de situación de salud
7. Considerar y respetar la organización y tipo de relación que se establece entre las familias pertenecientes a comunidades indígenas y sus autoridades tradicionales
8. Permitir el ingreso de los agentes de salud y espirituales de las diversas culturas indígenas para prestar apoyo a pacientes que se encuentran internados, cuando su presencia sea solicitada por este o sus familiares, en un marco de respeto a todas las creencias.

- **Redes Institucionales que otorgan prestaciones de salud:**

La adecuada conducción de la red y sus instituciones, el trabajo en equipo, la mirada transdisciplinaria e intercultural de los problemas de salud constituyen fortalezas que se suman a la programación anual de los establecimientos. El trabajo en red debe reconocer una necesaria articulación tanto entre los subsectores público y privado como en el ámbito local, provincial, regional y nacional.

- **Intrasectorialidad.**

Es imprescindible llegar a la población mostrando un quehacer integrado que incorpore las distintas acciones que corresponden al sector, generando consistencia en los planteamientos y coherencia con los objetivos sanitarios propuestos para el 2010. Desde esa perspectiva es importante identificar y destacar los puntos de encuentro entre la Red Asistencial y las SEREMI de Salud.

En un sentido práctico se trata de tener objetivos comunes y complementarios, coordinar recursos, sean estos humanos a través de los equipos de salud de dos o más instituciones, materiales cuando la tarea se hace en conjunto, de equipamiento y otros que se consideren en el nivel local. Al mismo tiempo se requiere generar y mantener una coordinación efectiva para desarrollar actividades conjuntas, en especial aquellas relativas a intersectorialidad y participación ciudadana en salud, tales como diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, y otros.

- **Intersectorialidad.**

Las políticas públicas requieren interconexión, integración para que se produzca la sinergia de sus propósitos y acciones en la población. Surge de esta forma el trabajo intersectorial como herramienta imprescindible para la tarea de salud en el territorio.

La Coordinación intersectorial y con organizaciones comunitarias es un área a desarrollar para responder a las necesidades de salud de las personas en particular en ámbitos promocionales y preventivos, por lo tanto es una estrategia deseable, cuyo impacto debe considerar los determinantes sociales y los factores de riesgo relacionados con estilos de vida. Es imprescindible desarrollar redes intersectoriales en el territorio, para el mejor cumplimiento de los objetivos de salud. De esta forma colabora en la construcción de espacios saludables y factores protectores de las personas, las familias y las comunidades.

5. SISTEMAS QUE ASEGUREN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

La continuidad de atención, ha sido definida como el cuidado continuo en salud y enfermedad, a lo largo del ciclo de vida individual y familiar, en los distintos ámbitos de la vida del individuo: hogar, trabajo, comunidad y en la red asistencial. Cuando las personas perciben una alteración de su estado de bienestar (salud), la continuidad debe manifestarse en el acceso oportuno a las prestaciones requeridas (ambulatorias o cerradas), pero también en un flujo de información que permita dar la mejor respuesta a las necesidades. Su expresión máxima en APS, se encuentra en 1) un equipo de cabecera; 2) en la atención especializada, ya sea ambulatoria o cerrada, en un equipo responsable del paciente; 3) en la atención de urgencia con una respuesta expedita, oportuna y de calidad, con adecuados sistemas de información a las familias; 4) en la red, con un sistema que mantiene sus servicios, independiente del lugar geográfico, donde por razones laborales u otras, se encuentre el individuo o su familia; 5) en el ámbito doméstico, donde se realiza la mayor proporción de cuidados en salud y 6) en la comunidad, donde se gatillan las redes de soporte comunitario que apoyan el cuidado de la salud.

En el contexto de la Red Asistencial, el proceso de Referencia Contrarreferencia, constituye un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a las personas e incide en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y con ello en la adhesión y satisfacción de los usuarios. Requiere de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz, en donde el flujo de las personas al interior de la red está determinado por las necesidades de las personas y familias y la capacidad de cada punto de la red, para satisfacerlas. Este proceso tiene como base el Nivel Primario. El Nivel Secundario debe articularse para responder a las necesidades del Nivel Primario y del Modelo.

Además de la referencia y contrarreferencia existen otras formas de articulación para asegurar la continuidad de la atención, tales como, consultoría de casos, reuniones clínicas conjuntas, comités para el estudio de casos, epicrisis al egreso de una hospitalización, comunicaciones y consultas vía internet, asignación de especialistas a Centros de APS específicos. En establecimientos ubicados en zonas de alta concentración indígena, actualmente se encuentran en desarrollo experiencias de referencia y contrarreferencia entre equipos clínicos, facilitadores interculturales y agentes de la medicina indígena, respetando los protocolos y flujogramas orientadores del sistema de derivación.

6. ELEMENTOS DE CONTEXTO

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El Modelo de atención constituye un elemento eje de la reforma del sector, es aplicable a toda la Red de Salud y sus elementos centrales son:

Enfoque Familiar y Comunitario

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

Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y la comunidad

Supone incluir la diversidad de formas de familia y las relaciones de poder al interior de las mismas. El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan a los equipos de salud, poder analizar el proceso salud enfermedad centrándose en las personas desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuando así lo necesiten, o como factor protector y terapéutico para los individuos.

Continuidad de la atención y de los cuidados de salud

La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del “trabajo en red” (red asistencial, comunitaria, social). En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.

Prestación de servicios integrados

A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergente en la población. La población, cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral.

Resolutividad

Se traduce en la capacidad del equipo de salud de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar competencias para abordar la problemática emergente, compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades. Es muy importante considerar que la resolutividad alcanza a toda la red asistencial, para lo cuál es vital la coordinación de los recursos, la comunicación de la información relevante y la cooperación y colaboración de sus actores en la resolución de los problemas de salud de la población tanto inscrita como del territorio según corresponda a la organización.

Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes: se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos;

de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

Participación social a través de distintas líneas de acción orientadas a la protección y ejercicio de derechos de las personas y comunidades, a la incorporación de la opinión de usuarios (as) y comunidad en la gestión de salud y a la transparencia de la gestión pública de salud.

Combina diferentes formas de participación que son complementarias tales como:

- La participación a través de instancias formales (Consejos de desarrollo, Consejos consultivos, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios (as) organizado (as), organizaciones vecinales, organizaciones funcionales de salud, entre otras (participación representativa)
- Ejercicio directo de la participación en consultas ciudadanas, presupuestos participativos, cuentas públicas participativas.

Se espera que la comunidad participe en todo el ciclo de la política pública y específicamente del proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) expresado en el Plan de Salud Comunal. Todo ello con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población.

Promoción de Salud: La promoción de salud constituye un proceso social y político amplio. No solo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional. La Promoción de Salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinan su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla. La participación y la comunicación social educativa son vitales para dar continuidad a la actividad de promoción de salud, a su vez las políticas públicas favorables a la salud y la gestión intersectorial, en sus distintos niveles de gestión (comunal, regional y país) constituyen otra condición básica para su desarrollo.

Interculturalidad: Uno de los fundamentos para una política intercultural en salud es el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica dejar de concebir el modelo occidental como el único deseable y válido. La medicina indígena es integral y tiene un amplio y dinámico desarrollo. En este sentido, la construcción de un modelo de atención acorde a las necesidades y características socioculturales de la población indígena es un desafío que se enmarca en el cambio del modelo de atención, en el que se reconocen distintas etapas, desde el enfoque biomédico, a uno biopsicosocial y finalmente a uno más integral, que incluya aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales.

Impacto sanitario y orientación a resultados: El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista de los Determinantes de la Salud. Para tales efectos los centros de salud deben generar la capacidad de establecer metas de resultados en salud, programar las acciones para cumplirlas y evaluarlas en forma sistemática.

Enfoque de Equidad de Género en Salud: Alude al reconocimiento de las diferencias en salud entre hombres y mujeres que están determinadas por la asimetría de poder entre unos y otras, construida socioculturalmente sobre la base de la diferencia sexual biológica. Se aplica a la visibilización y erradicación de las desigualdades evitables entre mujeres y hombres en materia de salud, referidas a estado de salud, acceso a recursos y beneficios, financiamiento según capacidad económica, participación en las decisiones de salud y retribuciones de acuerdo a las responsabilidades en la producción social de salud. Es preciso enfatizar que no es posible avanzar en la equidad de género en salud sin el empoderamiento individual y colectivo que se construye a través de la participación protagónica de las comunidades y, en especial de las mujeres, en las decisiones de salud.

7. GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El régimen de garantías explícitas en salud, representa un desafío al rol que le compete a la red asistencial en el aseguramiento del acceso a la atención y respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud (individuos y sus familias), posiciona a la APS como punto de origen de la demanda de atención al resto de la red e introduce el desafío de mantener el equilibrio de oferta de atenciones entre el sistema de garantías explícitas y el régimen general de garantías.

En este contexto, adquieren especial importancia para la atención primaria, procesos como la sospecha fundada y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad tecnológica y la confirmación diagnóstica y el tratamiento según protocolo cuando el problema específico puede ser asumido técnicamente por la atención primaria. En esto, debe asegurarse la difusión de los protocolos y guías clínicas a los equipos de salud, así como también la difusión e información adecuada a los usuarios, en relación a las garantías de las cuales son beneficiarios.

La gestión de las Garantías Explícitas en salud demanda un especial manejo de la información con calidad y oportunidad que permitan la vigilancia, el monitoreo y evaluación de los procesos asistenciales involucrados, adelantándose a los eventuales incumplimientos de garantías. La definición de procesos clínicos, en el marco de las garantías ha permitido avanzar en una metodología aplicable a cualquier problema de salud, esto es, determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, establecer las brechas de equipamiento, infraestructura y capacitación del RRHH y determinar las inversiones necesarias para cubrir dichas brechas. Todos estos aspectos deben formar parte integrante de la planificación de la entrega de servicios de salud en los centros de APS.

La gestión de garantías demanda monitoreo y evaluación constantes, a través de la red asistencial, para la entrega de derechos explícitos en salud. Un desafío importante para la red es la incorporación de la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de las prestaciones de manera sistemática, mediante planes locales, priorización de problemas, diseño de estándares y mecanismos de mejora, más allá de los problemas garantizados.

Respecto de la gestión de garantía de calidad, ésta requiere del proceso de autorización sanitaria de los establecimientos de salud, este procedimiento se basa en el Reglamento de salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor (DS 283/97), que se aplica a los establecimientos de atención primaria de la red pública de salud a contar del 6 de febrero del 2006. La Autorización Sanitaria es un requisito expreso para todo establecimiento que inicia funcionamiento, se establece que es el primer paso del proceso de gestión de calidad que debe demostrar todo establecimiento

que realiza prestaciones AUGE. Es responsabilidad del representante legal del establecimiento de salud cumplir este requisito y hacer la solicitud de autorización sanitaria ante la Seremi de salud y presentar los antecedentes requeridos. La Seremi de Salud otorgará la resolución, una vez que ha visitado el establecimiento y ha aplicado las normas técnicas básicas establecidas por el Ministerio de Salud.

8. SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso. A través de Mideplan, los ministerios de Educación, Salud, Vivienda, Trabajo, Cultura y Sernam, articulan y complementan los organismos públicos e impulsan servicios de mayor calidad para la atención de la población más pobre y con riesgo social del país. (<http://www.mideplan.cl>)

El sector salud participa en varios programas de protección social de carácter intersectorial, entre ellos: Chile Solidario, Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y Programa Vínculos. Durante este Gobierno se ha dado gran impulso al Programa “Chile Crece Contigo” cuyo eje en salud es el Apoyo al desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas, desde su gestación hasta los 4 años de edad.

Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”

El Sistema de Protección Integral a la infancia Chile Crece Contigo (ChCC), tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar oportunidades de desarrollo en niños, niñas, sus familias y comunidades. En su diseño mismo Chile Crece Contigo ha sido definido como una red integrada de servicios que opera en el territorio municipal, en la cual cada sector pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia. Chile Crece Contigo es una Red intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña y su familia.

En el caso del sector salud, se introducen importantes modificaciones a los antiguos programa de salud de la mujer y el niño, para desarrollar un nuevo “Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial” (PADBP) que se implementa en las redes asistenciales y constituye la puerta de entrada y eje del sistema. A su vez se fortalece el rol de salud pública promoviendo la intersectorialidad y las acciones territoriales en el ambiente que viven los niños y niñas.

El seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas mediante el PADBP establece nuevas actividades a realizar en cada control de salud, desde la gestación y hasta los 4 años de vida postnatal. Tales actividades están descritas en el catalogo de prestaciones que las redes asistenciales deben implementar en los tres niveles de la red salud; atención primaria, atención de especialidad y hospitalización de una mujer en gestación o de un niño o niña en los primeros 4 años de vida. La implementación del PADBP es una condición mínima para el establecimiento de las redes comunales de Chile Crece Contigo ya que es debido a la operación de este programa que se puede dar el seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo y activar la conexión con los servicios requeridos en el territorio municipal de acuerdo a las necesidades particulares de cada niño, niña o familia. Chile Crece Contigo, más que la entrega de un servicio o prestación específico, es un esfuerzo global por modificar los servicios ya existentes mediante el

rediseño, fortalecimiento y coordinación territorial para el logro de un desarrollo integral de la primera infancia.

Las acciones contempladas en el PADBP incluyen algunas que históricamente el sector salud ha realizado en el proceso de atención de la gestación y los primeros 4 años de vida, sin embargo, el enfoque y rediseño de gran parte de tales acciones debe ser relevado como el principal avance que implica ChCC. La vigilancia epidemiológica en este periodo de la vida se ha centrado hasta ahora en variables de carácter biomédico. El componente de salud de ChCC considera iniciar la vigilancia epidemiológica universal de factores de riesgo psicosocial en la gestación y los primeros años de vida, comenzar con el monitoreo de hitos del desarrollo poco relevados en el modelo clásico de seguimiento al desarrollo infantil, esto es, los propios del desarrollo emocional y social, además de facilitar el acceso a los dispositivos necesarios para disminuir tales riesgos y atender a los rezagos.

Este programa tiene como finalidad, fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su gestación, a través de las acciones de la Red Asistencial de los Servicios de Salud públicos del país, mediante prestaciones de alta calidad y de las SEREMIS de salud a través de articulación intersectorial. Además, ambos realizan monitoreo y evaluación permanentes en sus respectivos ámbitos.

II. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

A. UBICACIÓN Y CONDICIONES GEOGRÁFICAS

La Comuna de Bulnes administrativamente, pertenece a la Provincia de Ñuble y a la VIII Región del Biobío, se ubica a 88 Km. al noreste de la capital regional Concepción y a 26 Km. Al sureste de la capital provincial, Chillán. Sus límites comunales son las comunas de Chillán y Chillán Viejo (separadas por el Río Larqui) al norte; la comuna de Pemuco y el Río Diguillín al sur; la comuna de San Ignacio y el Carmen al este; la comuna de Quillón y el río Itata al oeste. Su ubicación colindante con cinco comunas y su situación en el eje norte-sur del país, recorrido por la carretera Panamericana y el ferrocarril, además de su proximidad a la ciudad de Chillán (26 Km.) a través de la ruta 5 y Concepción a través de la ruta 148 (camino Bulnes Quillón – ofrece a la comuna diversas posibilidades de intercambio económico y social). Bulnes tiene una superficie de 423.7 km²., lo que representa un 3.24 % de la superficie de Ñuble y un 1.15 % de la superficie regional.

La topografía de la comuna es de carácter regular, con suelos de suave lomaje. Sus tierras se encuentran clasificadas de acuerdo a su capacidad de uso agrícola, identificadas en las Series Bulnes, Quella, Collipulli y Mirador. Los principales ríos son: Itata, Diguillín, Larqui, Gallipavo, Pal-Pal, formando con ello una base importante del recurso hídrico que abastece a los terrenos agrícolas. Los Principales esteros son: Coltón, Pite, Espinal; existen 27 canales de regadío en sectores rurales.

La principal actividad de los habitantes de Bulnes es la agricultura y entre sus cultivos podemos mencionar: trigo, remolacha, papas, porotos, tomates, uva, maíz y avena; la innovada excursión en producción de viñas de 14 cepas diferentes con una producción de 34 variedades de vinos de exportación y productos no tradicionales como arándanos, kiwis y frambuesa. En la ganadería destacan: vacunos, cerdos, caballos y ovejas.

B. DEMOGRAFÍA

De acuerdo a la proyección del censo 2002, la población de Bulnes para el año 2010 alcanza a 21.596 habitantes, de los cuales 10.687 son hombres (49.5 %) y 10.909 mujeres. (50.5 %). El porcentaje de población rural alcanza al 34.2 % y la densidad poblacional alcanza a 50.5 por Km². La distribución según grupos etáreos se presenta en la tabla N° 1.

Tabla 1. Distribución de la población según grupo etáreo

	% <10 años	% 10 a 19	% 20 a 64	% 65 y mas
Bulnes	14,2	17,2	58,9	9,8
Ñuble	13,7	16,8	59,6	9,9
Chile	14,5	16,5	60,0	9,0

Fuente :Proyección Censo 2002

Bulnes presenta un porcentaje de población envejecida similar a la de la provincia de Ñuble y superior al promedio nacional.

Tabla 2. Índice de vejez y masculinidad

	Índice de Vejez	Índice de Masculinidad
Bulnes	43.6	98.0
Ñuble	45.9	98.2
Chile	40.4	98.0

Fuente: Censo 2002

(1): Mayores 65 años por cada 100 menores de 15.

(2): N° hombres cada 100 mujeres.

El Índice de Vejez (IV) de la comuna de Bulnes es superior al promedio nacional, pero inferior al de la provincia de Ñuble. No hay diferencias significativas en el Índice de Masculinidad (IM) entre Bulnes, Ñuble y promedio país.

Tasa de Natalidad. De acuerdo a información proporcionada por la SEREMI de Salud, la tasa de natalidad en la comuna de Bulnes fue 13.5 por mil habitantes en el año 2007, cifra similar a la de la provincia de Ñuble.

C. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Tabla 3. Indicadores socioeconómicos según comuna, provincia, región y país

Indicadores	Bulnes	Ñuble	Región	Chile
Indigencia	7.5 %	5.7 %	5.2 %	3.2 %
Pobreza	18.2 %	22.0 %	20.7 %	13.7 %
Ingreso por Hogar	394 (miles)	Sin Inf	458 (miles)	620 /miles)
Años escolaridad	9.2	Sin Inf	9.7	10.1
Analfabetismo	5.3 %	Sin Inf	5.9 %	3.9 %
Vivienda deficitaria	8.4 %	Sin Inf	8.2 %	4.3 %
Agua potable publica	86.7 %	Sin Inf	87.8 %	93.2 %
Energía eléctrica Publica	99.8 %	Sin Inf	99.3 %	99.1 %
Alcantarillado	69.1 %	Sin Inf	76.7 %	82.5 %
Fosa Séptica	13.9 %	Sin Inf	10.3 %	8.8 %
Saneamiento básico aceptable	82.9 %	Sin Inf	85.4 %	90 %
IDH.	0.626	Sin Inf	0.686	0.725

Fuente: CASEM 2006

Indigencia, Pobreza, Ingresos por hogar. Bulnes presenta porcentajes de indigencia superiores a la provincia, región y duplica al promedio nacional. En pobreza total tiene cifras superiores al promedio nacional. En relación al ingreso por hogar en inferior a la región y el país.

Escolaridad, Analfabetismo. En Bulnes, el promedio de años de escolaridad es inferior al de la región y país, el analfabetismo sólo es superior al promedio nacional.

Vivienda, Agua potable, Energía eléctrica, Alcantarillado Fosa séptica y Saneamiento básico. Salvo en Energía eléctrica conectada a red publica todos los indicadores son peores al promedio país.

Índice de Desarrollo Humano (IDH). Este indicador compuesto, mide aspectos de salud, educación e ingresos, y se encuentre por debajo del promedio nacional. Cabe destacar que entre 1994 y 2003 Bulnes descendió 33 puestos en el ranking nacional, ocupando el lugar 304 entre 341 comunas.

D. SITUACION DE SALUD

1. MORBILIDAD

Tabla 4. Egresos Hospitalarios

Grupo CIE 10	Mujeres	Hombres	Total
Infecciosas	59	44	103
Tumores	28	17	45
Enf. de la sangre	14	10	24
Enf. Endocrinas	84	59	143
Enf. Mentales	58	61	119
Enf. Sist. Nervioso	42	17	59
Enf. Del Ojo	0	0	0
Enf. Del Oído	2	1	3
Enf. Circulatorias	103	90	193
Enf. Respiratorias	178	206	384
Enf. Digestivas	104	96	200
Enf. De la Piel	30	42	72
Enf. Del Sistema Osteomuscular	28	23	51
Enf. Del Sistema Genitourinario	118	39	157
Embarazo,Parto,Puerperio	525	0	525
Enf. Perinatales	27	35	62
Malformaciones Congénitas	1	1	2
Hallazgos Anormales no Clasif	99	67	166
Traumatismos	142	130	272
Otras Causas	149	11	160
TOTAL	1791	949	2740

Fuente: SEREMI Salud Of. Prov. Ñuble DEIS MINSAL 2006

Las principales causas de egresos según Grandes Causas CIE 10, en el hospital de Bulnes fueron las siguientes: Las derivadas del embarazo, parto o puerperio con el 19.2 %, Respiratorias 14.0 %, Traumatismos 9.9 %, Digestivas 7.3 % y Cardiovasculares 7.0 %.

Estas cinco grandes causas acumulan el 57.4 % del total de egresos.

2. MORTALIDAD

Como una manera de estabilizar las fluctuaciones que ocurren en las tasas de mortalidad de poblaciones pequeñas, se procedió a calcular la tasa promedio del quinquenio 2002 -2006, usando como denominador las proyecciones de la población de Ñuble a partir del Censo 2002, publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas. Se usaron las bases de datos de defunciones publicadas en el sitio Web del DEIS-MINSAL, que son documentos oficiales de mortalidad del país. Las tasas calculadas se compararon con las tasas de Chile en el año 2006.

Tabla 5. Tasa de Mortalidad General. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	4.8	5.7	5.2
Provincia	5.4	7.3	6.4
Bulnes	6.0	7.9	6.9

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por mil habitantes

(*) En Chile y Región Tasa año 2006

Tanto en hombres, como en mujeres las tasas de mortalidad general de la comuna de Bulnes, son superiores a las de la provincia, y del país.

a. MORTALIDAD SEGÚN GRANDES CAUSAS CIE 10

Tabla 6. Mortalidad por Enfermedades circulatorias. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	142.2	150.9	146.6
Provincia	170.8	208.7	189.6
Bulnes	179,9	218,2	198,9

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 7. Mortalidad por Tumores. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	126.4	137.2	131.8
Provincia	135.9	146.3	141.1
Bulnes	138,6	153,7	146,1

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 8. Mortalidad por Traumatismos. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	20.1	75.9	47.8
Provincia	22.1	113.8	67.5
Bulnes	20,6	136,6	78,2

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 9. Mortalidad por Enfermedades Digestivas. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	28.8	47.2	37.9
Provincia	35.9	77.1	56.3
Bulnes	50,6	89,2	69,8

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 10. Mortalidad por Enfermedades Respiratorias. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	45.9	47.7	46.8
Provincia	52.2	50.9	51.6
Bulnes	30,0	17,1	23,6

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 11. Mortalidad por Enfermedades Endocrinas. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	26.9	24.7	25.8
Provincia	32.4	28.0	30.2
Bulnes	39,3	32,3	35,8

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes. (*) En Chile Tasa año 2006

Con excepción de las enfermedades respiratorias, en todas las grandes causas de muerte la comuna de Bulnes tiene tasas mas elevadas que la provincia de Ñuble y el país, tanto en hombres como en mujeres.

b. MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS.

Tabla 12. Mortalidad por Enfermedad Isquémica. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	39.3	57.6	48.3
Provincia	47.5	73.7	60.5
Bulnes	48,7	79,7	64,1

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 13. Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	47.0	45.6	46.3
Provincia	68.9	77.8	73.3
Bulnes	82,4	64,5	73,5

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 14. Mortalidad por Cáncer de estomago. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	11.7	26.3	18.9
Provincia	15.8	38.8	27.2
Bulnes	15,0	32,3	23,6

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble

Tasa por cien mil habitantes

(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 15. Mortalidad por Cáncer de vesícula y vía biliar extrahepática. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	16.1	5.8	11.0
Provincia	24.0	9.2	16.7
Bulnes	33,7	15,2	24,5

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble
Tasa por cien mil habitantes
(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 16. Mortalidad por Accidentes de transporte. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	5.7	20.5	13.0
Provincia	3.9	32.5	18.0
Bulnes	0,0	28,5	14,1

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble
Tasa por cien mil habitantes
(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 17. Mortalidad por Suicidio. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	3.6	18.4	10.9
Provincia	4.3	25.4	14.7
Bulnes	5,6	34,2	19,8

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble
Tasa por cien mil habitantes
(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 18. Mortalidad por Enfermedades del hígado. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	13.4	33.0	23.1
Provincia	18.1	59.1	38.4
Bulnes	28,1	68,3	48,1

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble
Tasa por cien mil habitantes
(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 19. Mortalidad por Neumonía. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	18.8	17.4	18.1
Provincia	23.1	24.7	23.9
Bulnes	18,7	5,7	12,3

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble
Tasa por cien mil habitantes
(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 20. Mortalidad por Diabetes Mellitus. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	20.7	19.9	20.3
Provincia	25.4	21.6	23.5
Bulnes	31,9	26,6	29,2

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble
Tasa por cien mil habitantes
(*) En Chile Tasa año 2006

Tabla 21. Mortalidad por Tuberculosis. 2002-2006

	Mujeres	Hombres	Ambos
País *	0.9	2.5	1.7
Provincia	1.5	4.5	3.0
Bulnes	0,0	9,5	4,7

Fuente: DEIS-MINSAL. Unidad Epidemiología Ñuble
Tasa por cien mil habitantes
(*) En Chile Tasa año 2006

Con la excepción de la mortalidad por neumonías, en hombres y mujeres y la mortalidad por accidentes de transporte (mujeres), las tasas de mortalidad por causas específicas estudiadas son significativamente más altas en Bulnes que en la provincia de Ñuble y el promedio nacional.

E. RED ASISTENCIAL DE SALUD

La red asistencial de Bulnes consta de un Hospital Comunitario de Salud Familiar, dependiente del Servicio de Salud de Ñuble y de 3 establecimientos de dependencia municipal correspondientes a un Cesfam, ubicado en el sector de Santa Clara y dos postas rurales: Tres Esquinas y Las Raíces. De acuerdo a información proporcionada por la CASEN 2006, el 91 % de la población esta adscrita al sistema público de salud, 2,6 al sistema privado y 6,3 % pertenece a otro sistema previsional o no tiene.

Oferta Pública Salud

Las prestaciones de Salud, tanto a nivel primario como hospitalario, se materializan en Hospital, Cesfam y Postas Rurales.

Oferta Privada

La comuna de Bulnes cuenta con los siguientes prestadores privados identificados, todos ellos localizados en la zona urbana:

- Consulta Médica Bulnes, atención médica general, pediátrica y patólogo
- Centro Diagnóstico Arauco, atención médica general, radiografía y laboratorio.
- 3 Clínicas Dentales

F. ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

En materia de organización y participación de la comunidad, cabe tener en cuenta el número y tipo de organizaciones existentes, así como los espacios con que cuentan para su labor.

Organizaciones Comunitarias en Bulnes (*)

TIPO DE ORGANIZACIÓN	NÚMERO
----------------------	--------

Organizaciones territoriales

❖ Unión Comunal de Juntas de Vecinos	01
❖ Juntas de Vecinos Urbanas	15
❖ Juntas de Vecinos Rurales	40

Organizaciones funcionales

❖ Organizaciones Adulto Mayor	21
❖ Organizaciones de mujeres	19
❖ Organizaciones Juveniles	21
❖ Organizaciones para la Salud	11
❖ Clubes Deportivos urbanos	25
❖ Clubes Deportivos rurales	43
❖ Centros de madres	13
❖ Club rehabilitados alcohólicos	02
❖ Comités de Navidad	03
❖ Centros de Padres y Apoderados	17
❖ Organizaciones Culturales y Folclóricas	19
❖ Comités de agua potable rural	17
❖ Comités agricultores	41
❖ Comités de vivienda	101
❖ Organizaciones ecológicas	02
❖ Organizaciones empresariales	03
❖ Comités de adelanto	11
❖ Otras organizaciones	09
❖ Comités pavimentación participativa	03

TOTAL	438
--------------	------------

(*) Fuente: Secretaria Municipal

III. HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR BULNES

1. DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

El **Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes (HCSF Bulnes)**, es uno de los 5 hospitales de baja complejidad de la red asistencial del Servicio de Salud de Ñuble, y desde el año 2007 está en el proceso de transformación a centro de salud comunitario con enfoque en el Modelo de Salud Familiar.

Se encuentra ubicado en la zona Sur de la provincia de Ñuble y enfoca su actividad en la atención de salud de los usuarios provenientes de la Comuna de Bulnes. Además actúa como un centro de referencia para otros establecimientos de la red sur de Ñuble, como Quillón, Pemuco, Quiriquina y San Ignacio.

MISIÓN

“Entregar atención en salud de calidad, oportuna y resolutive, a través de un equipo innovador, sano y amable. Líder de una red asistencial funcional, en conjunto con la comunidad, contribuyendo así a mejorar el nivel de vida de la población de Bulnes y el área sur de Ñuble, basado en las políticas y normativas de salud vigentes”

VISION

“Ser el Hospital Líder e innovador del Servicio Salud de Ñuble con calidad reconocida por su comunidad”

VALORES

- Equidad
- Responsabilidad
- Respeto
- Empatía
- Amabilidad
- Tolerancia

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Se encuentran establecidos en la Planificación Estratégica del establecimiento para el período 2007-2010 y se agrupan en las siguientes áreas:

- Fortalecimiento de la Gestión Clínica y Administrativa
- Instalación del Modelo de Salud Familiar
- Fortalecimiento del Sistema de Garantías Explicitas en Salud
- Fortalecimiento de la Participación Social y Trabajo Comunitario
- Fortalecimiento de la Gestión Financiera
- Gestión de la Información

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR BULNES

Como parte del proceso de instalación del Modelo de Salud Familiar en el Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes, la atención de la población se encuentra sectorizada de acuerdo a límites territoriales de ésta, cada sector es liderado en la entrega de prestaciones de salud por un Equipo de Cabecera multidisciplinario. Estos equipos desarrollaron una serie de actividades con el objetivo de recopilar diferentes antecedentes biológicos, sociales y demográficos que permiten tener una aproximación al diagnóstico de la situación de salud de cada sector territorial. Se utilizaron para ello dos instrumentos: una **encuesta familiar** y una **encuesta epidemiológica**, además para obtener la información de la situación de salud, se utilizan los censos anuales de los diferentes programas que dan cuenta de la población bajo control a lo largo del ciclo vital para cada estrategia de intervención que el Hospital lleva a cabo.

A continuación se detallan los datos epidemiológicos registrados:

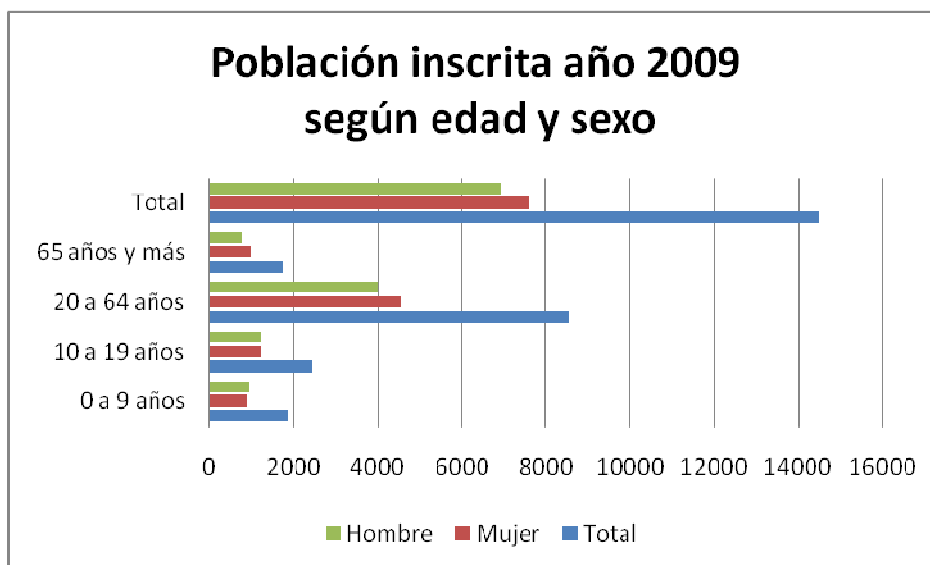
A. LIMITES DE LOS SECTORES

- **SECTOR 1:** desde la línea del tren hacia el sector oriente de la ciudad, incluyendo los sectores rurales de El Nogal, Llano Blanco y Larqui Oriente hasta la Escuela de Coltón Quillay. El sector presenta terrenos aún disponible para la habilitación de nuevos centros poblaciones por lo cual potencialmente pudiese crecer en extensión y población en el transcurso de los próximos años.
- **SECTOR 2:** desde la línea del tren por el oriente hasta la calle Blanco Encalada por el Poniente, incluyendo las Poblaciones Hanga Roa y Villa Fresia. Esta constituido en su mayoría por la parte céntrica de la ciudad, sin opciones de crecimientos poblaciones.
- **SECTOR 3:** Desde la Calle Blanco Encalada hacia el sector Poniente de la ciudad, contemplando el sector rural de Larqui Poniente, Las Raíces, Santa Rosa y Las Esquinas más algunas agrupaciones habitacionales ubicadas en los costados de la ruta 148 que une Bulnes con Quillón. Este sector presenta opciones de expansión poblacional.

B. POBLACION INSCRITA

El Hospital Comunitario de Salud Familiar tiene a su cargo la atención de familias que corresponde a una población total de 14.253 personas, las cuales se distribuyen por sector de la siguiente forma:

- **SECTOR 1:** 872 familias que corresponden a 2919 personas.
- **SECTOR 2:** 1880 familias que corresponden a 6270 personas.
- **SECTOR 3:** 1524 familias que corresponden a 5064 personas.



El HCSF Bulnes, al igual que la comuna presenta una población envejecida superior al promedio nacional, con la siguiente distribución por edad: 12,6% menor de 10 años, 16,8% 10 a 19 años, 58,8% 20 a 64 años y 11,8 % el grupo de 65 años y más.

C. DISTRIBUCIÓN URBANO RURAL

Sector 1 y sector 3 presentan una distribución tanto urbana como rural, lo que marca diferencias en cuanto al acceso al centro de salud, condiciones de saneamiento básico, alcantarillado y agua potable en parte de esta población.

La población del Sector 2 se distribuye principalmente en territorio urbano.

D. RECURSOS COMUNITARIOS

Nomina de Organizaciones de Voluntariado Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes

Nombre Organización de Voluntariado	Fono	Dirección
Asociación de Hipertensos	042- 630742	Eleuterio Ramírez 314
Asociación de Diabéticos	93498398	Parcela Génesis. Camino Quillón
Mujeres Buscando Futuro	630990	Pob."Ohigg. El Roble 059
Grupo Mujeres Nuevo Amanecer	042-631179	Villa Padre Hurtado, Block A Depto 102, Bulnes.
Damas de Rojo	042-631509	Balmaceda 431
Grupo Rehabilitados Esperanza y Vida Nueva	90850245	Camino Estadio Bulnes.
Agrupación Cultural Esperanza del Cantar	042-631179	Villa P.Hurtado Block A depto 102, Bulnes.
Grupo Enfermos Respiratorios La Esperanza		Serrano 549, Bulnes.
Consejo de Desarrollo	042-585940	Balmaceda 431
Grupo de líderes de Salud		Balmaceda 431
Grupo de Cuidadores Postrados		Balmaceda 431

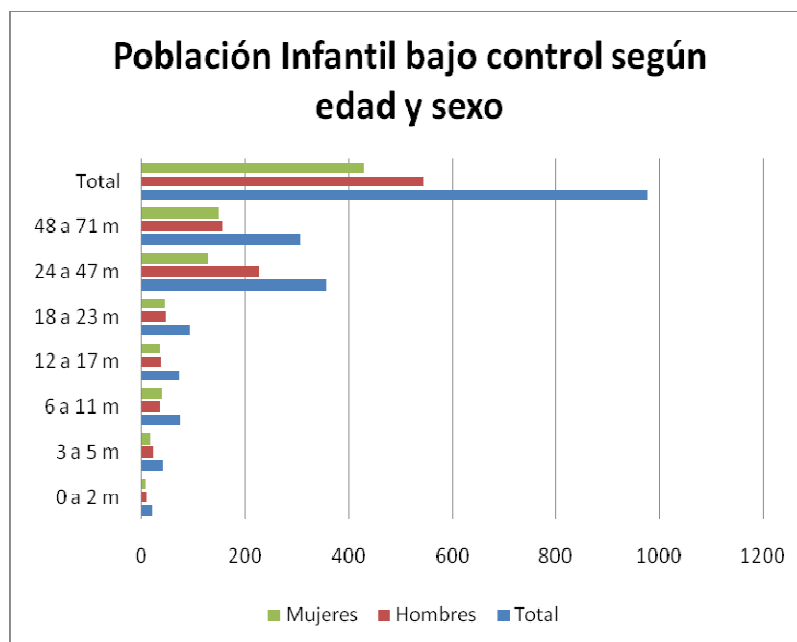
A. DIAGNÓSTICO DE SALUD POR CICLO VITAL Y PROGRAMAS

Para presentar la condición de salud y enfermedad en la comunidad correspondiente a los 3 sectores, se utilizaron como fuente de datos los censos de población bajo control de los distintos Programas de Salud existentes en el Hospital durante el año 2009, el conglomerado de estos se presenta a continuación:

SITUACIÓN DE SALUD POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Programa Infantil

La población infantil bajo control dentro del programa incluye a niños de 0 a 6 años, que equivale a 977 niños, los cuales se distribuyen por edad y sexo de la siguiente forma:



Evaluación de factores de riesgo en la infancia:

➤ Estado nutricional:

La población infantil menor de 6 años bajo control en nuestro hospital presenta un estado nutricional que difiere a las cifras del último reporte de Diagnóstico nutricional integrado del DEIS 2007, presentando un mayor nivel de malnutrición por exceso y favorablemente uno menor en malnutrición por déficit, con respecto al nivel nacional y regional.

Tabla. Diagnóstico nutricional integrado de la población menor de 6 años.

Estado nutricional Integrado	Tasa H. Bulnes ¹	Tasa Ñuble ²	Tasa Nacional ²
Normal	60.6	64,3	66,1
Obesidad	11.6	10,3	9,6
Sobrepeso	26.9	23,4	21,6
Riesgo de desnutrir	0.8	1,7	2,3
Desnutrición	0	0,2	0,3
Desnutrición secundaria	0.1	0,1	0,1

Fuente: ¹ REM P2 A 2009, ² DEIS 2007

➤ Desarrollo Psicomotor.

La evaluación del Desarrollo Psicomotor en la población infantil de nuestro hospital muestra una prevalencia de riesgo y retraso del desarrollo psicomotor (RDSM) de 0,7% y de 1,9% respectivamente, concentrándose su mayoría en el grupo preescolar de 2 a 5 años. De éstos, requirieron derivación a especialista 3 pacientes.

Cabe mencionar que la prevalencia está por sobre el promedio nacional y regional con un promedio de RDSM de 1% y 0,7% respectivamente según del DEIS 2007, pero muy por debajo de la prevalencia internacional de 12 a 16%.

Resultado EDPM	Total	Por edad			Por sexo	
		Menor 12 meses	12 a 23 meses	2 a 5 años	Hombre	Mujer
normal	404	140	132	132	199	205
riesgo	3	0	0	3	1	2
retraso	8	1	0	7	4	4

➤ Riesgo de IRA

Evaluación Score riesgo de Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Resultado		Total	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	12 meses
Score de Riesgo	Leve	76	8	4	16	13	10	11	14
	Moderado	7	2	1	1	1		1	1
	Grave	1			1				
	Total	84	10	5	18	14	10	12	15

➤ Seguimiento Recién Nacido Prematuro

Hasta diciembre del 2009 existen 7 niños prematuros bajo control, que corresponde a una prevalencia de 0,7%, siendo la incidencia nacional de prematuros menores de 36 semanas de 6,3% y de 1% para los RNPT de <1500gr.

➤ Programa Chile Crece Contigo (ChCC)

El Sistema de Protección Integral a la infancia ChCC, tiene como objetivo el fortalecimiento del desarrollo integral del niño y otorga especial énfasis a niños presentan situación de vulnerabilidad de éste. A continuación se detalla el cumplimiento de metas de estas prestaciones a Diciembre 2009:

INDICADOR	META	REALIZADO
% de niños y niñas en control que presentan algún factor de riesgo para su desarrollo integral con plan consensuado por el equipo.	80%	50%
% de niños y niñas de 4 meses bajo control con pauta de observación vincular aplicada	80%	0%
% de niños y niñas menores de 1 año cuyo padre participa al menos en 1 control de salud	L.R.	8,9%
% de niños y niñas bajo control menores de 4 años cuyos padres y/o cuidadores asisten a lo menos a 4 sesiones del taller	L.R.	0%
Tasa Promedio de niños y niñas que ingresan a sala de estimulación	L.R.	0
Tasa Promedio de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña menores de 2 años que presenta 1 sólo factor de riesgo para su desarrollo integral	0,5	0,7
Tasa Promedio de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña menores de 2 años que presenta 2 o MÁS de riesgo para su desarrollo integral	0,9	1,2
% de niños y niñas bajo control menores de 4 años con déficit de DSM que asisten a alguna modalidad de estimulación	100%	100%
Tasa Promedio de Visitas domiciliarias realizadas familias con niños y niñas con déficit del DSM	0,9	2,8

Recientemente se inició la aplicación de la escala Massie-Campbell de observación vincular, por lo cual no existe registro a diciembre 2009 para objetivar el indicador de evaluación de apego.

Para dar apoyo a la estimulación del desarrollo psicomotor de niños que presentaron algún grado de déficit se realizó durante el 2009 por parte de una Educadora de Párvulos actividades de estimulación intradomiliaria, para el 2010 está pendiente un proyecto de construcción de una Sala de estimulación para cubrir esta demanda.

Los talleres a padres y cuidadores se iniciaron a fin de año por lo cual no se logró completar las 4 sesiones a diciembre del 2009.

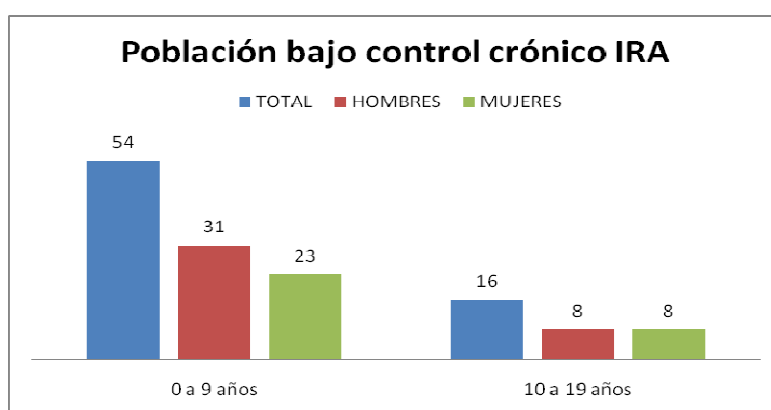
➤ Programa Nacional de Inmunización, PNI 2009

Vacuna	Programado	Realizado	% Cumplimiento
1ª DPT-Polio-HiB	231	204	88.3 %
2ª DPT-Polio-HiB	231	199	86.0 %
3ª DPT-Polio-HiB	231	193	83.5 %
1º Refuerzo DPT-Polio	220	210	95.4 %
2º Refuerzo Triple	195	167	85.6 %
Tresvívica 12 meses	220	207	94%
Tresvívica 1º Básico	210	211	100%
Toxoide Diftérico-Tetánico 2º Básico	245	196	100%

Enfermedades Crónicas en la Infancia y Adolescencia:

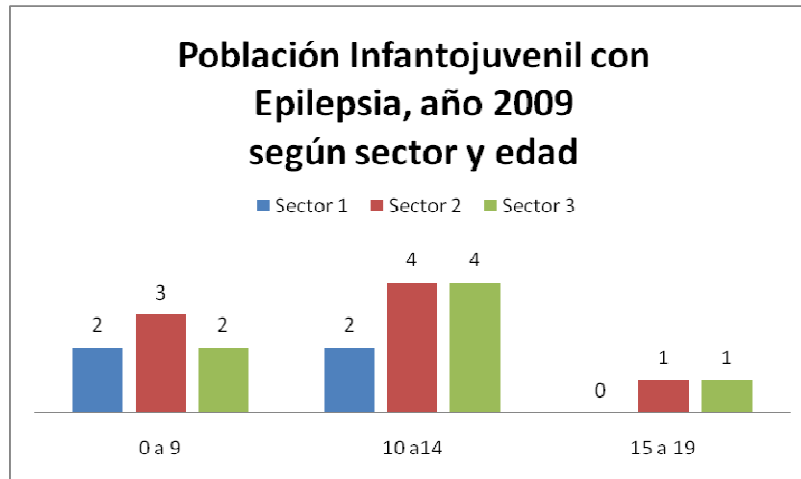
Patología Respiratoria Crónica

Existe un total de 108 pacientes ingresados al Programa IRA, la mayor cantidad se concentra en la población de 0 a 9 años, disminuyendo notablemente en la adolescencia.



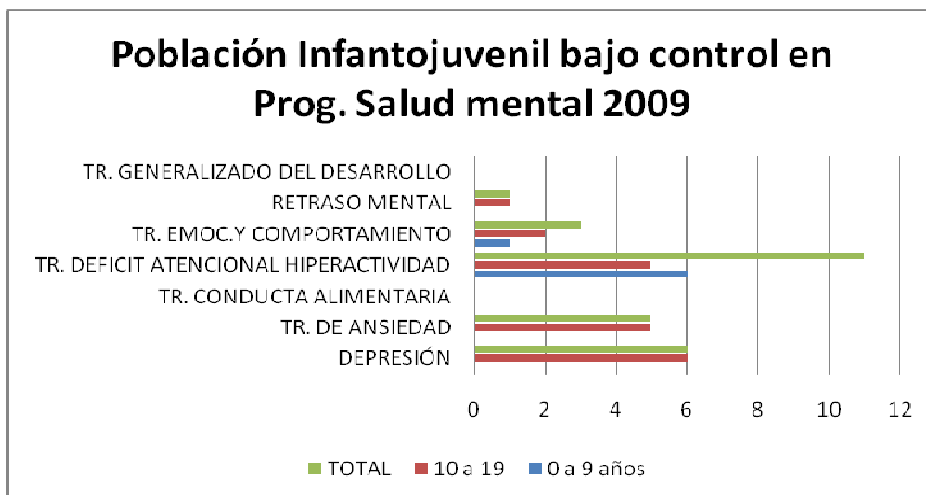
Epilepsia Infantojuvenil

En el caso de Epilepsia, existe un total de 19 pacientes bajo control distribuyéndose éstos en su mayoría en los sectores 2 y 3.



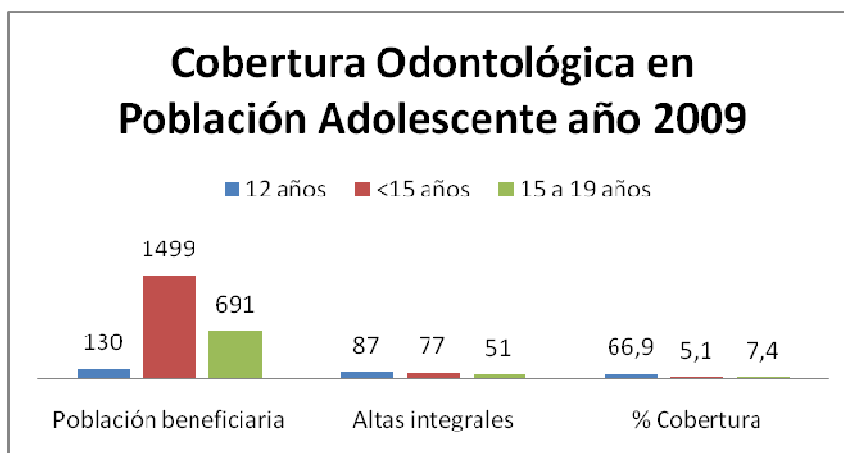
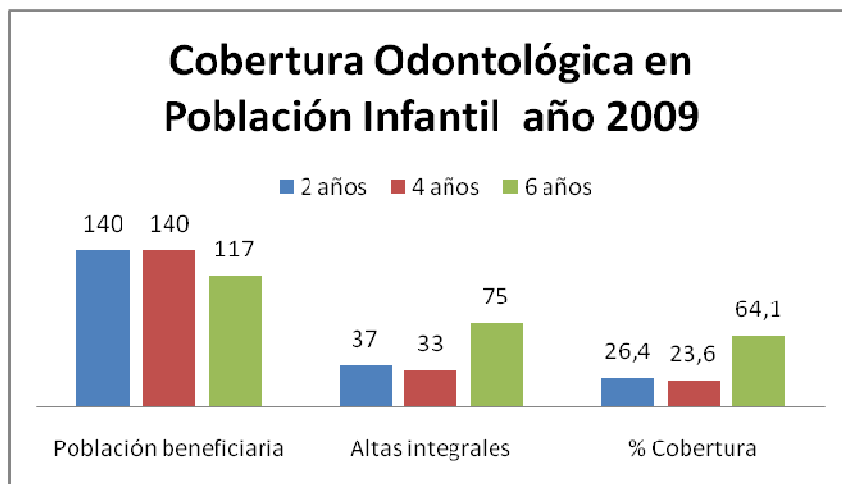
Programa Salud Mental Infantojuvenil

El Programa Salud mental durante el año 2009 mantuvo en control a un total de 26 niños y adolescentes, concentrando el 42% de éstos en Trastornos de Déficit atencional e hiperactividad.



Salud Dental Infantil y Adolescente

Cobertura Odontológica



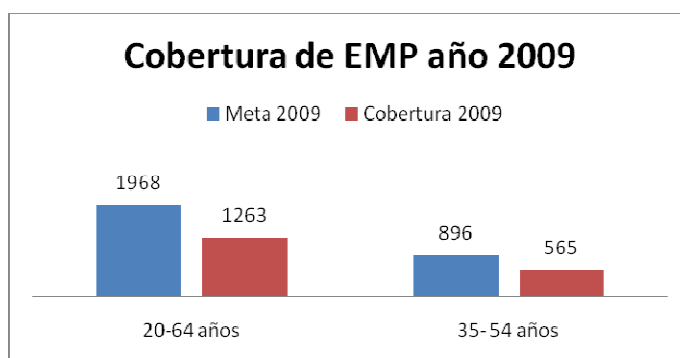
SITUACIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA Y ADULTA MAYOR

Programa de Salud Cardiovascular 2009

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) tiene una población bajo control (PBC) de 2227 pacientes hasta diciembre del 2009, siendo la mayor cantidad correspondiente al sector 2 de atención. A continuación se detallan las coberturas y compensaciones de las diferentes patologías que se resuelven dentro del programa.

1. EXAMEN MEDICO PREVENTIVO (EMP).

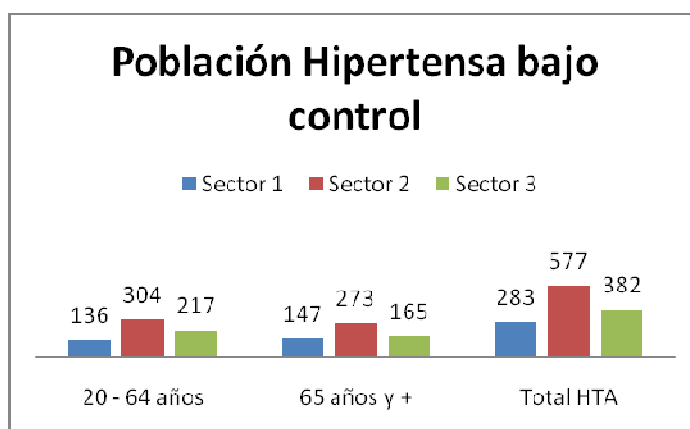
La meta mínima esperada de cobertura de EMP para el 2009 fue de un 15% de la población beneficiaria, nuestro hospital se puso como meta un 24,9% de cobertura para el 2009, la cuál superó solo el mínimo solicitado. A continuación se grafica la cobertura alcanzada:



2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

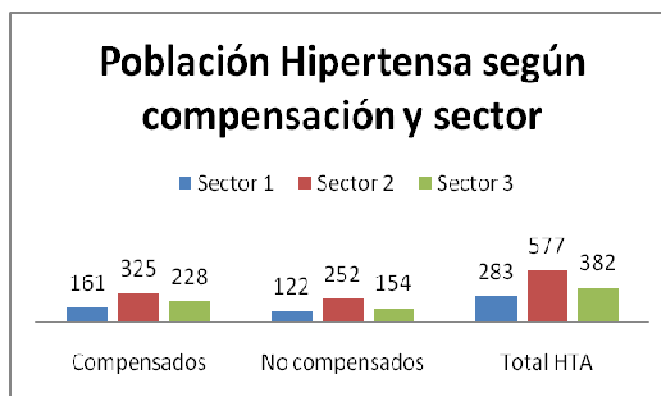
Cobertura Hipertensión Arterial

El Programa tiene bajo control a un total de 1229 pacientes, de los cuales existe un ingreso anual de 251 pacientes. La cobertura alcanzada durante el 2009 fue de un **73,3%** en población de 20 a 64 años y de un 94,3% en población de 65 y más años. A continuación se muestra la distribución de la población por Sector:



Compensación Hipertensión Arterial.

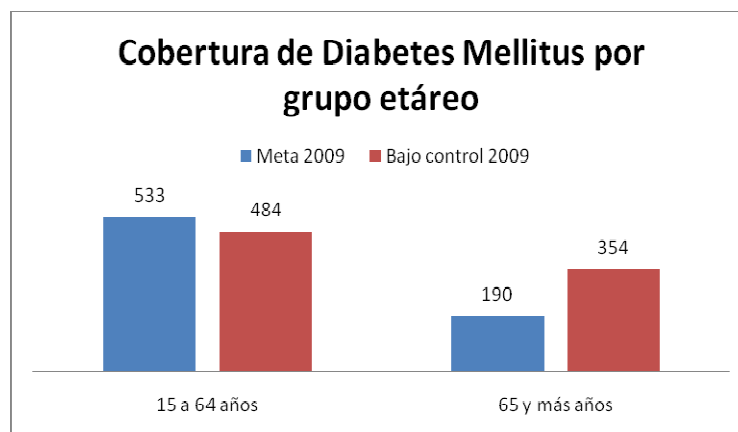
Durante el 2009 la meta para compensación de Hipertensión arterial, es decir, Presión arterial menor a 130/85 mmHg, fue de 52% en población de 15 a 64 y de 45% en población de 65 años y más, éstas se sobrepasaron alcanzándose una compensación de 68,6 y 56,2% respectivamente. A continuación se grafica la distribución por cada sector:



3. DIABETES MELLITUS

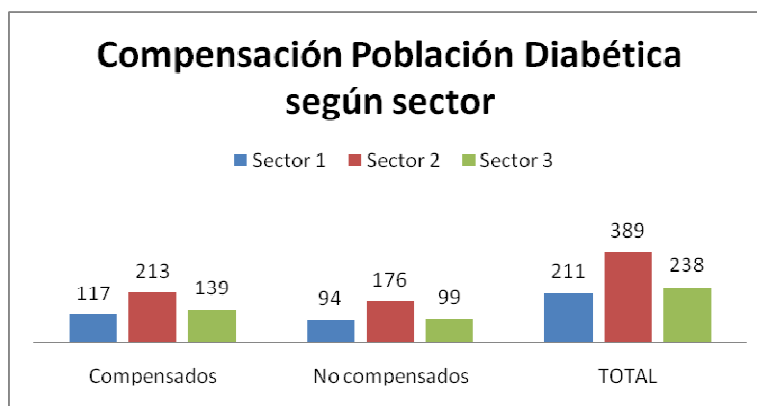
Cobertura de Diabetes Mellitus

El Programa de Salud Cardiovascular tiene bajo control hasta diciembre del 2009, 838 pacientes con Diabetes Mellitus (DM), lo cual equivale a un porcentaje de cumplimiento de la Cobertura de un 90,8% en el grupo etáreo de 15 a 64 años y sobrepasó la meta propuesta en el grupo de 65 años y más con un 186,3% de cumplimiento.



Compensación de Diabetes Mellitus

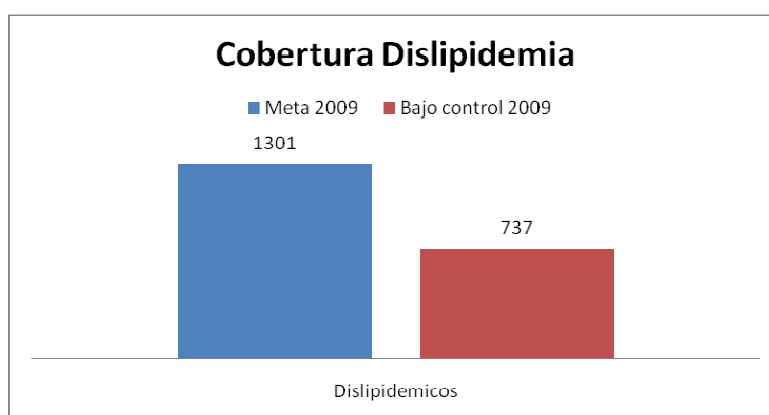
Durante el año 2009 la meta de compensación de personas Diabéticas, es decir, quienes presentan una HbA1c menor a 7%, fue de 35% para nuestro hospital. El porcentaje de compensación alcanzado a diciembre del 2009 fue de un 55,3% y de un 56,2% en los grupos de 15 a 64 años y 65 años y más respectivamente.



4. DISLIPIDEMIA

Cobertura de Dislipidemia

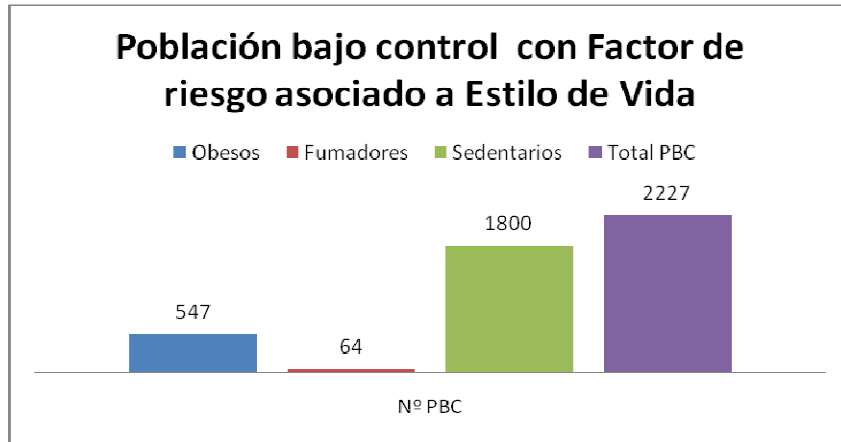
La cobertura de Dislipidemia en población de 15 años y más tenía como meta para el 2009 un porcentaje de 35% que equivale a un total de 1301 pacientes, hasta el corte de diciembre del 2009 la cobertura alcanzada fue de 737 pacientes, lo que corresponde a un 56,6% de lo esperado para el año.



Compensación de Dislipidemia

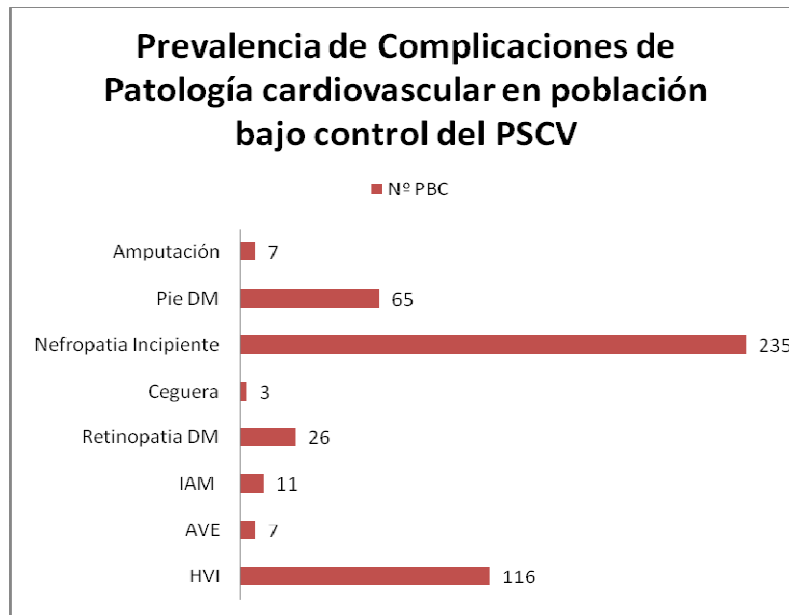
El porcentaje esperado para el 2009 de compensación en personas con dislipidemia de 15 años y más, correspondiente a un nivel de Colesterol Total < 200 mg/dl, fue de 38%. Hasta diciembre del 2009 solo se alcanzó un 25,6% de compensación

5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS ESTILOS DE VIDA



Como se aprecia en el gráfico existe un alto porcentaje de pacientes bajo control en el PSCV que presenta sedentarismo, llegando éste a un 80,8% a diciembre del 2009. Cabe destacar el bajo reporte de Hábito tabáquico con un 2,8%, y la Obesidad en este grupo alcanza el 24,5%.

6.- COMPLICACIONES PATOLOGIA CARDIOVASCULAR



7. CALIDAD DE ATENCION EN DIABETES

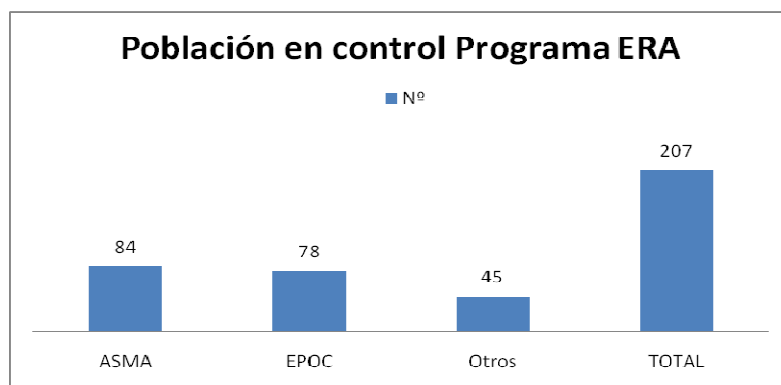
Prestación de calidad	Nº	Meta	% Cumplimiento
QUALIDIAB antiguos	319	20	38
QUALIDIAB nuevos	56	100	59
Manejo avanzado heridas	7	100	100
Atención podológica	200	50	100

Tratamiento Diabetes Mellitus	Nº	%
Tratamiento con Insulina	133	15,9
Tratamiento con Hipoglicemiante oral	720	85,9
Insulina + Hipoglicemiante oral	52	6,2

Programa Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

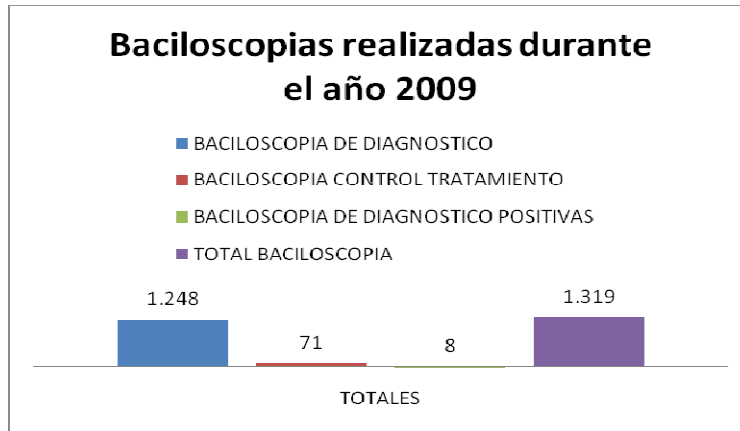
Población bajo control en Programa ERA

Existe un total de 207 pacientes bajo control en este programa durante el 2009, los cuáles presentan la siguiente distribución por patología respiratoria:



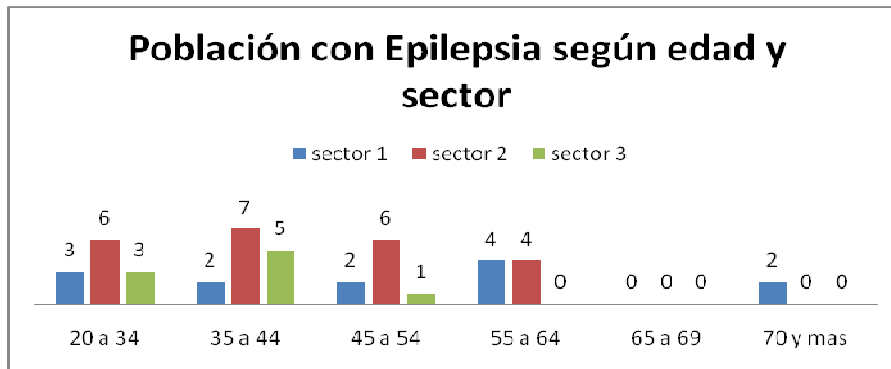
La población de 65 años y más concentra el 48% de la población bajo control por Asma y EPOC.

Pesquisa y control tratamiento Tuberculosis



Población Adulta y Adulta Mayor con Epilepsia

Hasta Diciembre del 2009, existe un total de 43 pacientes bajo control por Epilepsia, el 51% de ellos se concentra en el Sector 2.



Programa Salud Mental en Población Adulta y Adulta Mayor

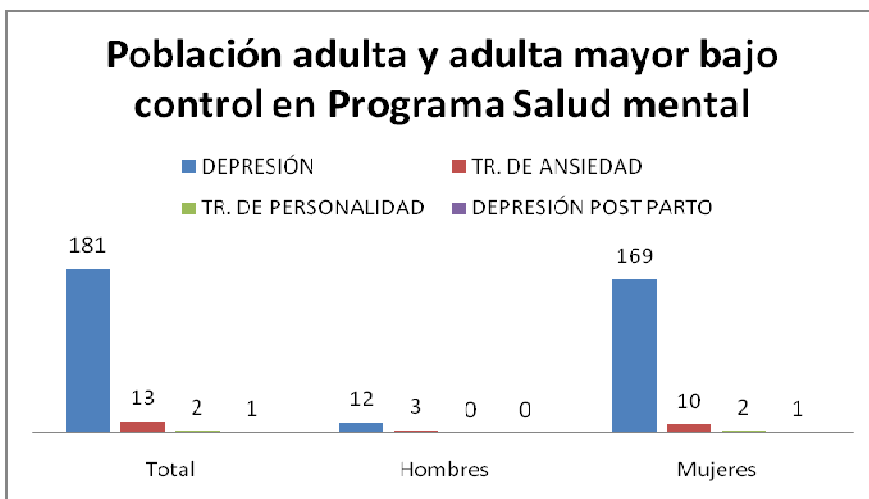
Cobertura de Factores de riesgo y condicionantes para patología de salud mental

Factor de riesgo		N°
Violencia de género	victima	8
	agresor	3
Violencia hacia el adulto mayor		0
Maltrato infantil		4
Abuso sexual		0
Consumo riesgoso de alcohol y drogas		20

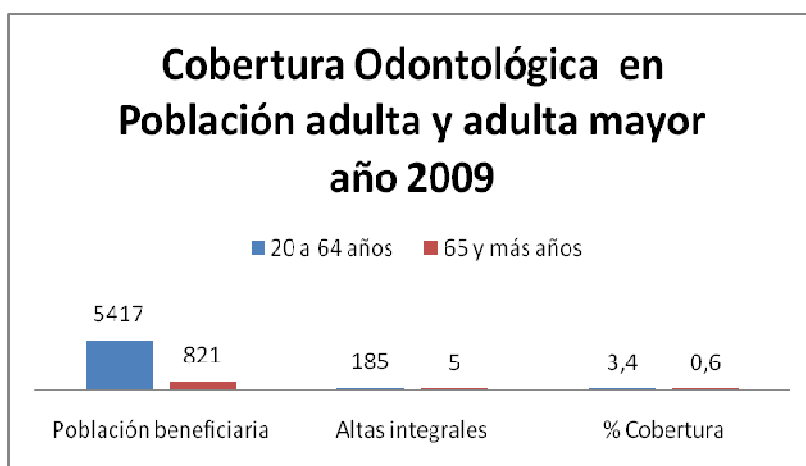
Cobertura de Trastornos de Salud mental.

A diciembre del 2009 la población adulta y adulta mayor bajo control en el Programa de Salud mental fue de 197 personas, concentrándose el 91,8% solo en **Trastorno Depresivo**. El 92% de la población bajo control es de sexo femenino.

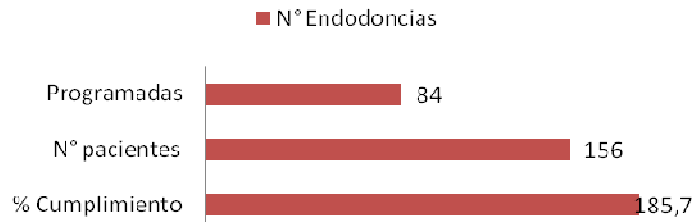
La población adulta mayor representa el 10% de la población bajo control en el Programa Salud mental, concentrándose todos ellos en Trastornos Depresivos. No existe registro durante el 2009 de Maltrato hacia el adulto mayor.



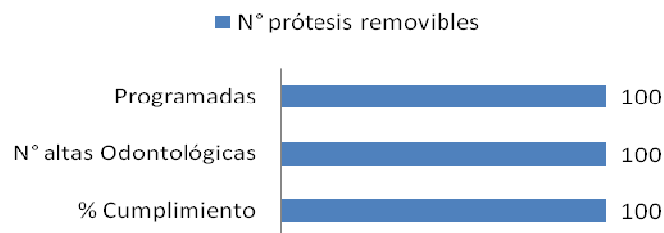
Programa Salud Dental Población Adulta y Adulta mayor



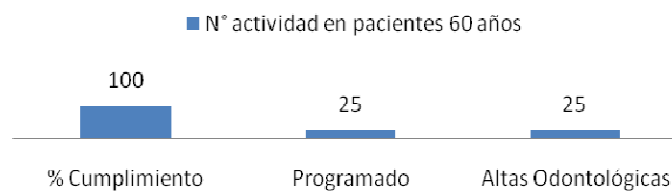
Resolutividad Odontológica Endodoncia Hospital Bulnes 2009



Programa Odontológicos Escasos recursos Hospital Bulnes 2009



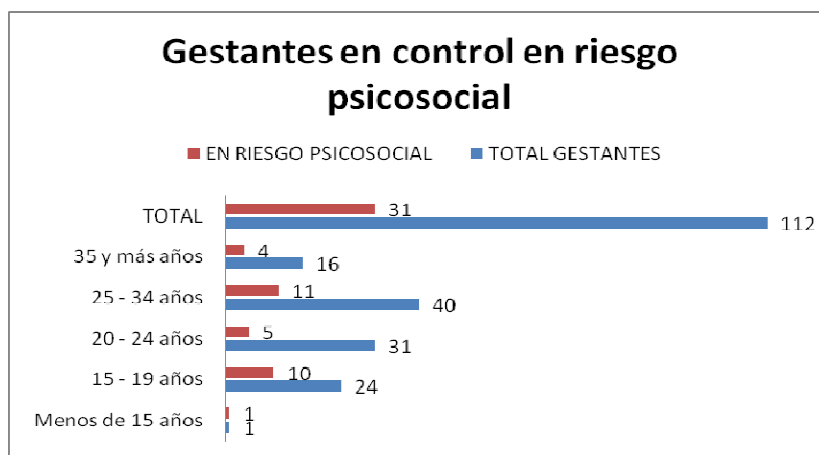
Programa Odontológico Reforzamiento 60 años Hospital Bulnes 2009



Programa de Salud de la Mujer

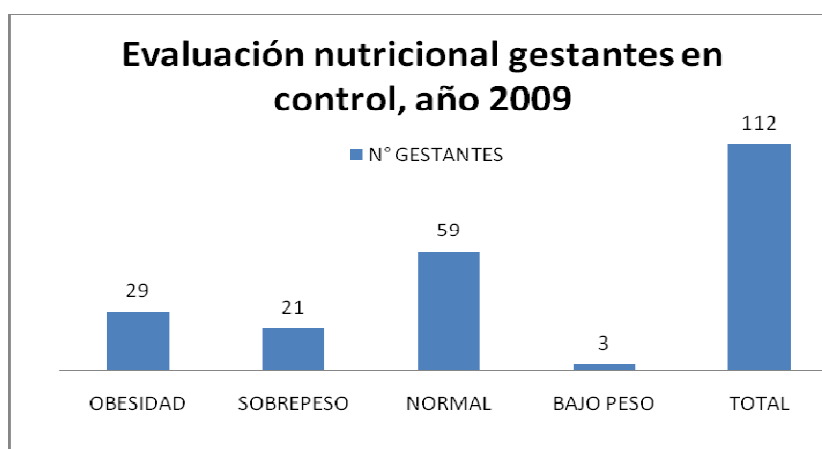
Control Gestacional

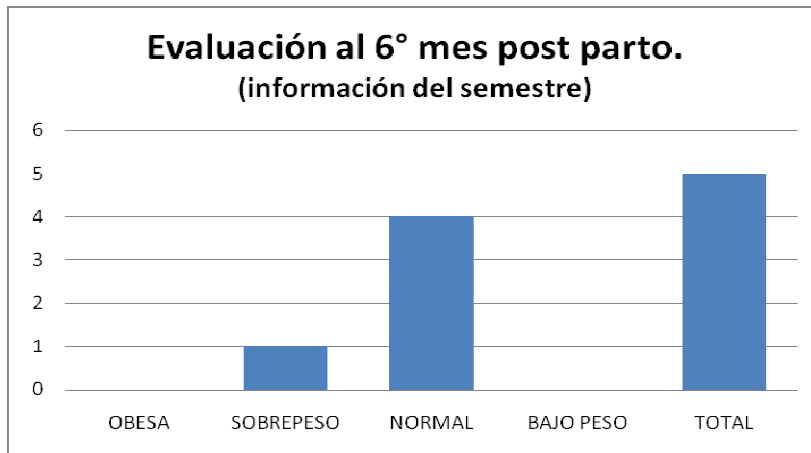
La población gestante durante el 2009 fue de 112 mujeres. Dentro del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, se realiza evaluación del Riesgo Psicosocial al 100% de las gestantes ingresadas a control prenatal mediante la pauta EPSA.



Indicador Programa Chile Crece Contigo	Meta	Realizado 2009
Tasa Promedio de Visitas Domiciliaria Integrales (VDI) realizadas a gestantes con sólo 1 factor de riesgo psicosocial según EPsA	0,5	1,5
Tasa Promedio de Visitas Domiciliaria Integrales realizadas a gestantes con 2 o más factores de riesgo psicosocial según EPsA	0,9	2,5

Evaluación Nutricional de Gestantes bajo control prenatal.





Población Gestante bajo control con Patología de Alto riesgo Obstétrico

Patología ARO	N°
Preeclampsia (PE) y SHE	1
Parto Prematuro	1
RCIU	3
SÍFILIS	0
VIH	0
Diabetes	6
Cesárea anterior	5
Otras patologías	18
TOTAL	34

Regulación de Fecundidad

Población en control según método de regulación de fertilidad

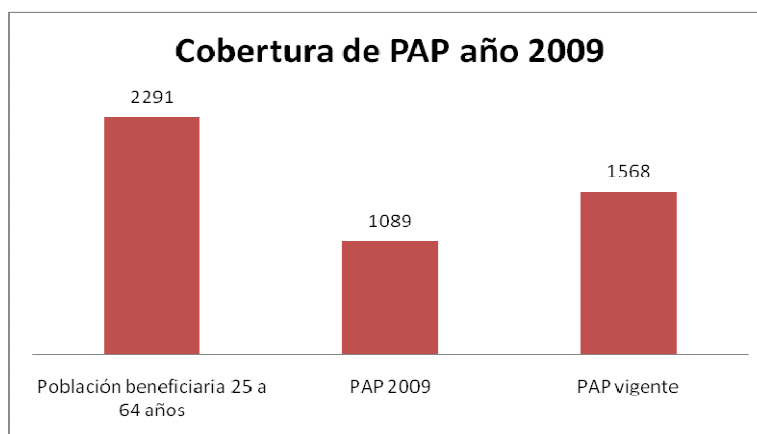
Método	N°	
D.I.U.	484	
HORMONAL	Oral	511
	Inyectable	70
	Implante	22
PRESERVATIVO	46	
TOTAL	1.133	

Control de Climaterio

La población bajo control durante el año 2009 fue de 104 mujeres en período de climaterio.

Cobertura Pesquisa Cáncer de cuello uterino

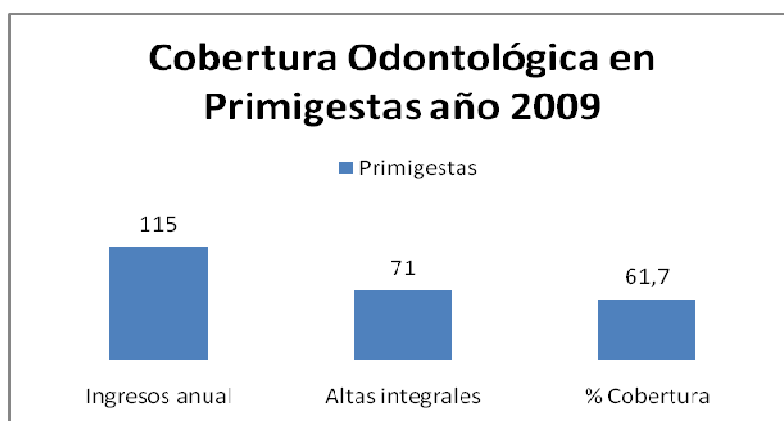
La Cobertura de PAP en la población beneficiaria del hospital alcanzó el 81,9%, el año 2009.

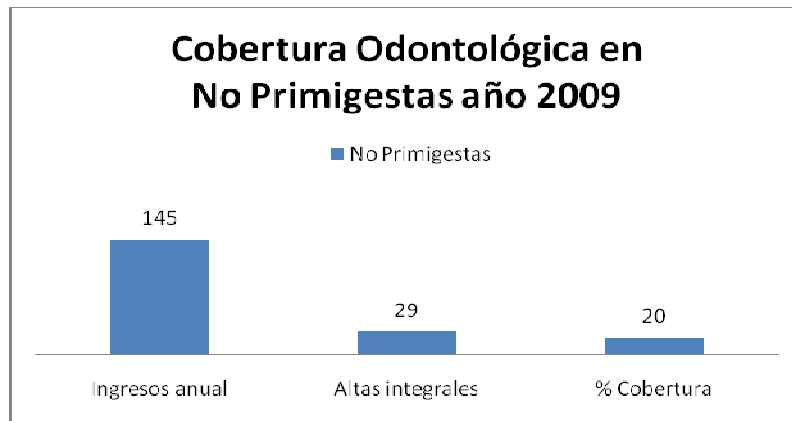


Cobertura Programa Cáncer de mama

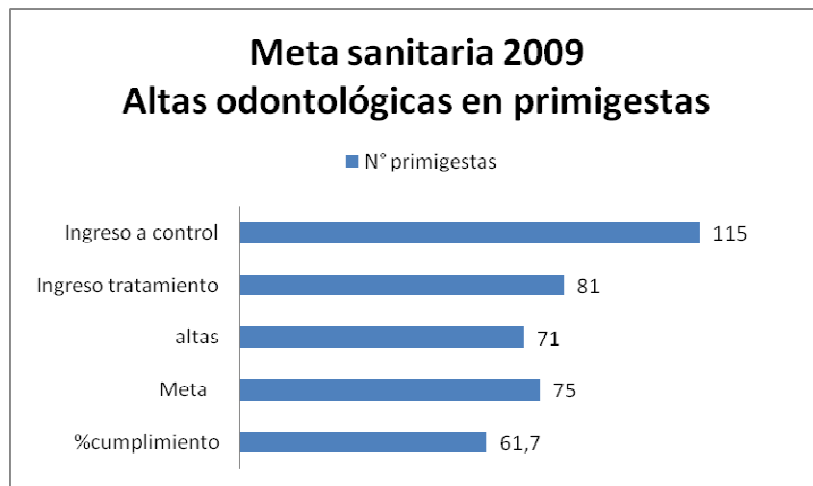
La población con examen físico de mama vigente es de 1661 mujeres, lo que equivale al 58,4% de toda la población femenina en control. Durante el año 2009, se realizaron por el programa un total 287 mamografías a esta población.

Salud Dental en Gestantes





Meta Sanitaria Odontológica



Programa Adulto Mayor

Población Adulta Mayor en control según condición de funcionalidad

Condición de Funcionalidad	Total	Hombres	Mujeres
Autovalente sin riesgo	79	40	39
Autovalente con riesgo	44	23	21
Riesgo de dependencia	6		6
Subtotal (EFAM)	129	63	66
Dependiente leve			
Dependiente moderado	20	7	13
Dependiente severo (postrado)	1	1	
Subtotal (INDICE KATZ)	21	8	13
Total adultos mayores en control	150	71	79

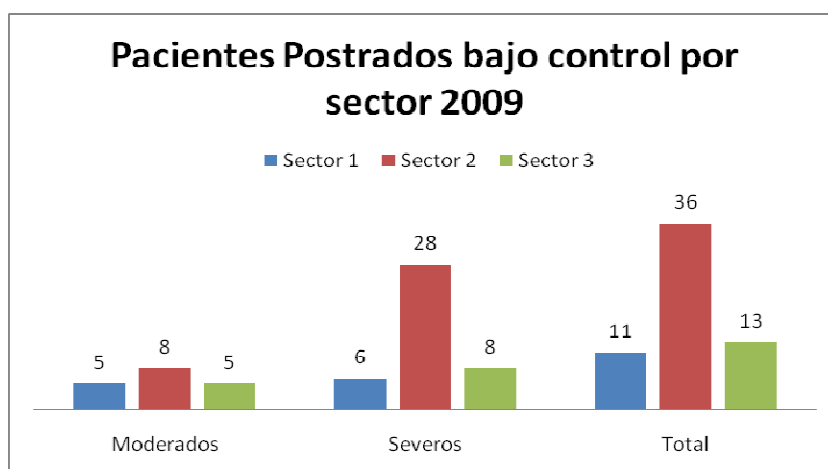
Población Adulta Mayor bajo control según estado nutricional

Estado nutricional	Total	hombres	mujeres
Bajo peso	25	15	10
Normal	52	20	32
Sobrepeso	34	16	18
Obeso	39	20	19
Total	150	71	79

Actividad física en población adulta mayor.

Del total de adultos mayores en control solo 17 están en un programa de actividad física, siendo el 94% de éstos población femenina.

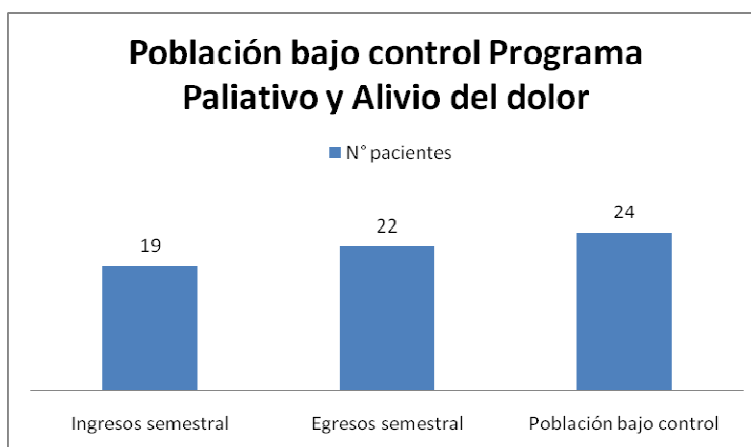
Programa Postrados



Durante el 2009 se realizaron 958 atenciones en domicilio a pacientes postrados que incluía además de la evaluación domiciliaria del paciente, procedimientos y administración de tratamiento. El sector 2 acumula el 60% de esta población.

Programa Paliativo y Alivio del dolor.

Durante el año 2009 se mantuvieron en control en el programa paliativo en promedio 24 pacientes, de los cuáles el 70% corresponde a adultos mayores, a los cuáles se les realizó 351 prestaciones de cuidados paliativos y alivio del dolor.



B. DIAGNÓSTICO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y FAMILIAR

Trabajo con familias

El HCSF Bulnes tiene 4276 familias inscritas, de las cuales el 100% tiene su ficha clínica encarpada por grupo familiar, de éstas se ha realizado categorización por factores de riesgo y factores protectores para la salud integral de las familias en al menos al 50% de ellas.

Nuestro equipo de salud multidisciplinario ha focalizado su trabajo en familias que presentan algún factor de riesgo biopsicosocial (familias ingresadas a programa ChCC, familia con integrante postrado, familia con integrante con enfermedad terminal, familia con VIF y familia con integrante con patología crónica descompensada, entre otros).

A continuación se detalla el trabajo específico con familias:

Visitas domiciliarias integrales

El año 2009 se realizaron 724 visitas domiciliarias integrales, con enfoque en familias que presentan algún factor de riesgo para la salud.

Tipo de Visita Domiciliaria	Nº de visitas realizadas
Familia con niño prematuro	11
Familia con niño recién nacido	10
Familia con niño con déficit del DSM	8
Familia con niño en riesgo vincular afectivo	6
Familia con niño < 7 meses con score de riesgo grave de morir por neumonía	1
Familia con niño malnutrido	45
Familia con adolescente en riesgo o problema	15
Familia con integrante con patología crónica descompensada	104
Familia con integrante con problema de salud mental	101
Familia con adulto mayor dependiente	21
Familia con adulto mayor con demencia	6
Familia con gestante (cualquier edad) en riesgo psicosocial	34
Familia con integrante con enfermedad terminal	50
Familia con integrante Alta Hospitalización precoz	7
Familia con integrante postrado	95
Familia con otro riesgo psicosocial	87
Visita de primer contacto (conocer entorno familiar)	123

Además se realizan otras visitas domiciliarias de tipo no integrales, entre ellas visitas de rescate, visitas epidemiológicas y visitas para procedimientos y/o tratamientos domiciliarios, los que suman 2.718 actividades domiciliarias en un año.

Estudio de familia

Durante el 2009 se realizó 95 estudios de familia con planes de intervención, liderados principalmente por los equipos Social y Chile crece contigo.

Consejería Familiar

Existe un subregistro de esta actividad, encontrándose solo 5 actividades realizadas durante el 2009.

Promoción de Salud

Durante el 2009 se realizaron los siguientes proyectos con el fin de Promover actividades que fomenten la salud de las personas:

1. Proyecto cuidadores de usuarios postrados

Nombre: "Fortaleciendo las capacidades de los cuidadores"

Objetivo general. Entregar herramientas a los cuidadores de usuarios postrados (sean éstos familiares del paciente o no), que permitan mejorar la calidad de vida del paciente a través de una buena condición y calidad del cuidado al interior del domicilio y que eviten la aparición del Síndrome del Cuidador.

2. Proyecto monitores de actividad física en adultos mayores

Nombre: "Formación de Monitores de Actividad Física en Adultos Mayores".

Objetivo General: Fomentar la actividad física en adultos mayores organizados para mantener la autovalencia y mejorar los estilos de vida. A través de la Formación de Grupo de Monitores de Actividad Física en Adultos Mayores en el sector urbano de la comuna de Bulnes.

3. Proyecto Líderes de salud

Nombre: "Creación comités de salud por sector"

Objetivo General: Formar comités de salud por sector con roles protagónicos en la promoción de estilos de vida sanos y representación ante el consejo de desarrollo del Hospital de Bulnes.

4. Proyecto Yo me la Juego por mis hijos

Nombre: "Yo me la Juego por mis hijos"

Objetivo general: Formar un grupo de mujeres con hijos sanos que reciban intervenciones del equipo de salud del Hospital de Bulnes destinadas a mejorar los hábitos familiares inadecuados que pueden provocar enfermedades en los niños (sobrepeso, obesidad, sedentarismo).

5. Proyecto Promoviendo la Salud y el autocuidado en grupos de riesgo

Nombre: "Promoviendo la Salud y el autocuidado en grupos de riesgo".

Objetivo General: Entregar herramientas de autocuidado a hijos y/o nietos de enfermos cardiovasculares para que logren tener la información anticipatoria al daño que podrían tener si mantienen estilos de vida inadecuados.

Evaluación Plan Comunal de Promoción

El HCSF Bulnes cumplió con los siguientes objetivos comunales del Plan de promoción del año 2009:

Componente alimentación

1. Meta: Incorporar en el 60% de las actividades masivas y/o de recreación del plan la alimentación saludable. **Cumplimiento:** 100%
2. Capacitar en alimentación saludable al 25% de los grupos organizados de mujeres de la comuna y a los grupos de Salud con la gente. **Cumplimiento:** Se capacitó a 4 grupos de un total de 7 (57 %)
3. Evaluar nutricionalmente al 100% de los estudiantes de kínder, 1° y 2° básico de las 8 escuelas participantes en el plan, dando énfasis en la derivación de los que resulten malnutridos a la APS y/o red correspondiente. **Cumplimiento:** 100 % en las 3 escuelas urbanas
4. Educar en hábitos saludables al 80% del las madres de menores con peso normal detectados en la evaluación nutricional de los estudiantes de 1° y 2° básico de las 3 escuelas urbanas. **Cumplimiento:** Se realizó el taller con 100 % cumplimiento de las actividades del proyecto pero hubo asistencia muy baja de las madres invitadas.

Componente tabaco

1. Acreditar como hogares libres de Humo de <tabaco al 25% de los hogares de 3 sectores poblacionales de alto riesgo donde se está implementando el modelo de salud familiar. **Cumplimiento:** no se logró llegar al 25 %. Se acreditaron hogares en población M.M.3, Población O'Higgins y sector La Piscina.

Componente ambiente sano y seguro

1. Educar al 60% de las familias de la Población El Progreso en manejo de residuos sólidos y tenencia responsable de mascotas. **Cumplimiento:** 60 % de familias recibió educación. 100 % de las familias favorecidas con receptáculos de basura y dípticos educativos.
2. Reutilizar espacio disponible con una Plaza Vida Chile en Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes. **Cumplimiento:** No se realizó por planes de construcción futuros. Se reconvirtieron los fondos en actividades en el Progreso con huertos orgánicos y construcción hornos de barro.
3. Realizar actividades de promoción en salud ambiental en establecimientos municipales, Salud, Educación y Consejo de desarrollo. **(Cesfam Santa Clara)**

Componente zoonosis y vectores

1. Realizar talleres en 50% de Juntas de Vecinos sobre prevención de Hanta virus y otros temas relacionados con el componente, con recurso humano capacitado en 2008 (6 monitores ambientales) **(Desamu)**

Componente salud sexual

1. Continuar capacitación a 100% de estudiantes de 7° y 8° básico de 4 EEPS rurales y 3 urbanas en "Afectividad y sexualidad adolescente". **Cumplimiento:** No se realizó por falta de recurso humano.

2. Plan de estimulación a 102 mujeres gestantes en control en CGR Santa Clara y sus Recién Nacidos del sistema Chile Crece Contigo. **(Santa Clara)**

Componente salud bucal

1. Capacitar al 90% de los estudiantes de 6° básico de la comunidad educativa Esc. Eduardo Frei y Esc. Celia Urrutia, 3 jardines infantiles y 3 kinder rurales. **Cumplimiento: sí**

Componente actividad física

1. Implementar Plan de actividad física a lo menos en el 80% de la comunidad educativa de las EEPS. **Cumplimiento:** No se cumplió, porque no hubo posibilidades en las Escuelas de contar con esta actividad.
2. Promover la actividad física en el 50% de las organizaciones de adultos mayores de la comuna de Bulnes. **Cumplimiento:** Sí, preparación de monitores de actividad física de los diferentes grupos de adultos mayores de la comuna quienes deben reproducir ejercicios aprendidos en los grupos a los que pertenecen. Capacitados por kinesiólogo.

Componente salud mental

1. Promover los factores protectores autoestima y comunicación en el 100% de las EEPS del sector urbano (3) **Cumplimiento:** Se realizaron talleres por psicólogas en dos de los EEPS (67%) a niños y niñas entre 8 y 10 años. No se realizó en la Escuela Celia Urrutia por falta de disponibilidad de horas de psicóloga.

OTROS COMPONENTES:

Entorno laborales saludables

1. Realizar 2 jornadas de entornos laborales saludables con todos los funcionarios de Salud Municipal y 12 talleres grupales distribuidos en 2 establecimientos. **(Santa Clara)**

Componente participación social

1. Continuar capacitación en "formación de líderes" en 100% de estudiantes dirigentes de curso de 5° a 8° de 3 EEPS rurales de la comuna. **(Santa Clara)**.
2. Capacitar al 90% de los dirigentes y/o líderes de los grupos de apoyo a salud, en manejo de grupo y Promoción de Estilos de Vida Sanos. **Cumplimiento:** Capacitación de 11 personas de los 3 sectores como líderes de salud
3. Organizar 1 grupo de apoyo a salud en Población El Progreso. **Cumplimiento:** Grupo de cardiovasculares en formación.
4. Mantener la asociatividad de los grupos de Salud con la Gente (5) con actividades de promoción de estilos de vida sanos. **Cumplimiento:** Se realizó asesoría de A.S a los grupos de apoyo cardiovasculares y de mujeres (7)
5. Reorganizar el Consejo de desarrollo Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes y fortalecer el de CES Santa Clara. **Cumplimiento:** HCSF Bulnes fortalecido con la presencia en las reuniones de los líderes de salud capacitados por sector y la frecuencia de reuniones.

Componente factores protectores psicosociales

1. Difundir en el 90% de las familias de la comuna de Bulnes las estrategias de Promoción de la Salud a través de "Boletín de la Promoción" 2 en el año. **Cumplimiento:** 4000 ejemplares distribuidos.

2. Reforzar y promover en niñ@s de 3 jardines infantiles y 3 EEPS, la formación de estilos de vida saludable. **Cumplimiento:** 100% con cuidados del medio ambiente y salud bucal.(presentaciones de títeres)
3. Promover el autocuidado en el 60% de personas sanas (Cuidadores de postrados, familiares directos sanos, de enfermos cardiovasculares) **Cumplimiento:** Se realizaron 2 talleres de autocuidado 1 en sector 2 y otro en sectores 1 y 3 de “Cuidadores de postrados” con el 80 % de asistencia. Y un taller con “hijos de enfermos cardiovasculares” en sector 1 y 3, pero no se contó con la asistencia esperada, en sector 2 se hizo un taller con adolescentes hijos de enfermos cardiovasculares, alumnos del Colegio San Esteban.

Componente medicina alternativa

1. Promover los beneficios terapéuticos del uso de hierbas medicinales en 4 grupos organizados de la comunidad. (**Santa Clara**)

C. EDUCACIONES

Educaciones grupales

En total se realizaron 1716 educaciones en las siguientes áreas temáticas:

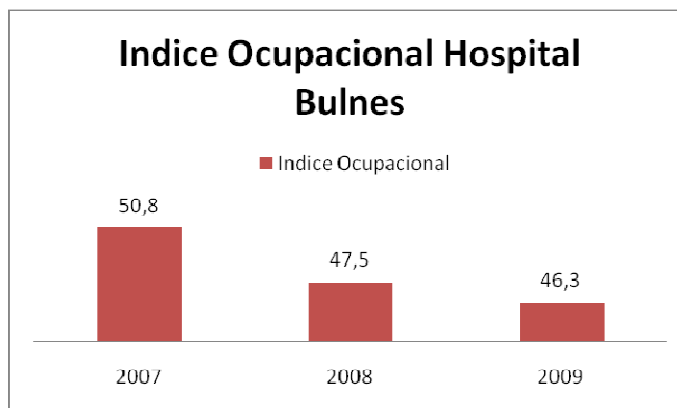
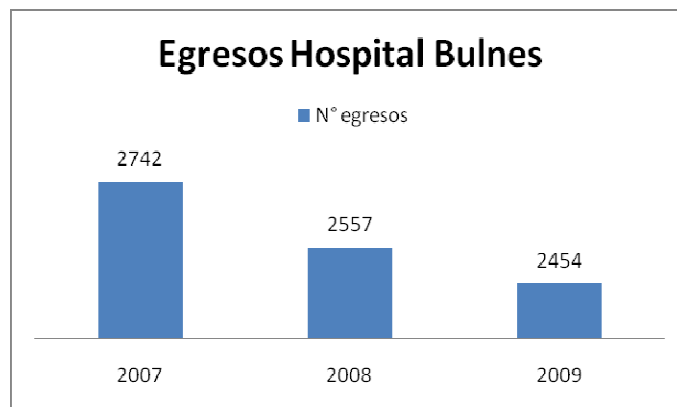
Temas educacionales	N°
Estimulación desarrollo psicomotor	18
Nutrición	188
Prevención de IRA - ERA	201
Violencia de género	11
Salud sexual y reproductiva	569
Preparación para el parto y la crianza	233
Apoyo a la crianza	21
Autocuidado	40
Prevención de alcohol y drogas	15
Anti Tabaco	15
Otras áreas temáticas	405

Consejerías individuales

Tema de consejería	Profesional	N° realizado 2009
Estilos de vida y conductas de autocuidado	matrona /ón	344
	asistente social	97
Tabaquismo	matrona /ón	2
	asistente social	6
	otros profesional	3
Prevención VIH e infección de transmisión sexual (ITS)	enfermera /o	10
	matrona /ón	178
Salud sexual y reproductiva	matrona /ón	372
	asistente social	3
Otras áreas	médico	1
	enfermera /o	3
	matrona /ón	7
	asistente social	154

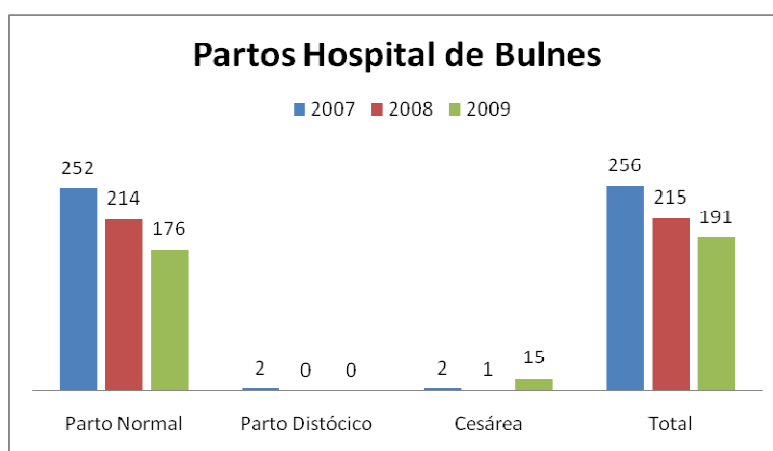
D. DIAGNÓSTICO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS DEL HCSF BULNES.

Durante el último período se ha observado que las hospitalizaciones y las consultas médicas ambulatorias han presentado una tendencia a disminuir, contrapuesta al continuo aumento en la demanda de atenciones en el Servicio de Urgencia.



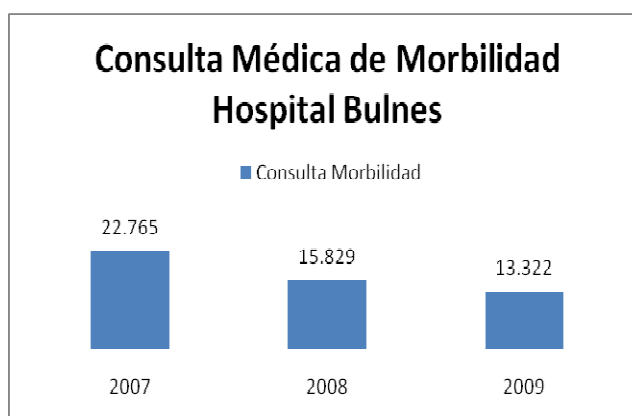
Índice Ocupacional de Servicios Clínicos Intrahospitalarios año 2009

1. **Servicio Médico-Quirúrgico**, presenta el mayor Índice Ocupacional de los servicios, siendo para las camas de medicina de un 89%, con un promedio de 5,9 días de estadía; y para las camas de cirugía de un 22,3%, con un promedio de 6,3 días de estadía, los egresos hospitalarios suman 1.489 egresos al año. La mayor cantidad de beneficiarios corresponde a personas adultas adscritas a FONASA con la presencia de patología crónicas de base.
2. **Servicio de Maternidad**, presenta un Índice de 29,6%, con un promedio de 2,8 días de estadía, lo que corresponde a 642 egresos hospitalarios y 191 partos atendidos.

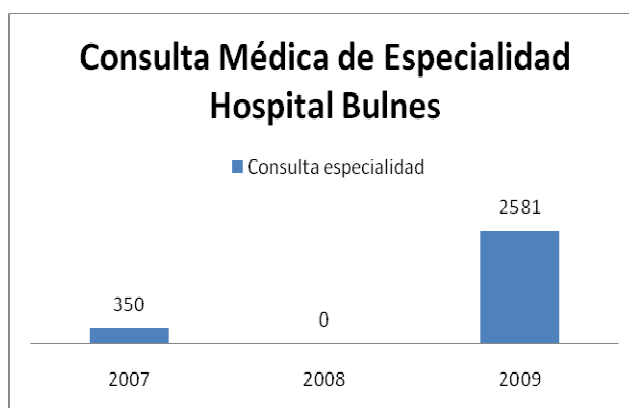


3. **Servicios de Pediatría y Pensionado**, registran los índices ocupacionales más bajos, siendo para las camas de pediatría de un 21,3% con un promedio de estadía de 5,3 días y para cunas de neonatología de 14,9% con un promedio de 2,2 días de estadía. En total suman 297 egresos hospitalarios durante el 2009. Este índice fluctúa durante el año siendo su máximo en la estación de invierno explicado por el aumento en hospitalizaciones por patologías respiratorias agudas en niños. El índice ocupacional del Servicio de Pensionado durante el 2009 fue cero, llegando en años previos hasta un 1.6%, este déficit se explica por el mayor porcentaje de beneficiarios pertenecientes a FONASA en sus tramos A y B.

Consulta ambulatoria en Policlínico HCSF Bulnes.

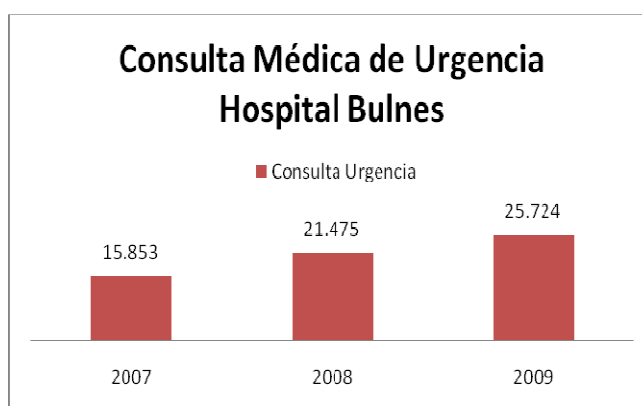


En cuanto a la atención ambulatoria, el año 2009 se realizó **13.322 consultas por médico general**, distribuyéndose un 10% en población infantil, 6,2% adolescentes, 58,5% adultos y un 25,3% en adultos mayores. Además, durante el 2009 se realizó un total de **2581 consultas** en población pediátrica y adolescente otorgadas por **médico familiar con mención niños**.



Nuestro hospital no presenta **rechazo en consultas** de morbilidad solicitadas en los grupos etáreos menor de 5 años y mayor de 65 años.

Atención en Servicio de Urgencia



A diciembre del 2009 el Servicio de Urgencia otorgó **25.724 consultas médicas de urgencia** distribuyéndose éstas en un 23,9% en niños, 14,8% adolescentes, 48,4% adultos y un 12,9% en adulto mayor; y un total de 2145 consultas de urgencia por matrona/ón. Este aumento en las consultas responde a múltiples factores, pero cabe mencionar que durante el año 2009 esto fue favorecido por la pandemia de Influenza AH1N1.

Atención en Oficina de Información. (OIRS)

Sistema Integral de Atención a usuarios

ACTIVIDADES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Reclamos no GES	65	19	46
Reclamos GES	0	0	0
Sugerencias	4	2	2
Felicitaciones	55	9	46
Consultas	19.125	8.503	10.622

E. DERIVACIÓN A NIVEL SECUNDARIO

Durante el 2009 se realizaron desde Policlínico **2101 interconsultas** a nivel secundario de las 15.903 consultas de ambulatorias lo que se traduce en un 13,2% de derivación.

Ahora bien, con respecto a derivaciones a Servicio de urgencia secundario desde el servicio de urgencia del HCSF Bulnes, corresponde a **289 interconsultas**, lo que equivale a un porcentaje de solo 1,18% de derivación.

Inasistencia de Interconsulta de Especialidad

A continuación se muestra diferenciado por especialidad y el número total de pacientes que **no se presentaron (NSP)** a la consulta de especialidad generada mediante Interconsulta desde Policlínico del HCSF Bulnes, durante el año 2009:

Especialidad	N° NSP	Especialidad	N° NSP
A.R.O.	4	MEDICINA INTERNA	41
BRONCOPULMONAR ADULTO	10	NEFROLOGIA ADULTO	11
BRONCOPULMONAR INFANTIL	9	NEFROLOGIA INFANTIL	3
CARDIOLOGIA ADULTO	44	NEUROCIRUGIA	15
CARDIOLOGIA INFANTIL	9	NEUROLOGIA ADULTO	51
CIRUGIA ADULTOS	40	NEUROLOGIA INFANTIL	12
CIRUGIA INFANTIL	65	OFTALMOLOGIA	143
CLIMATERIO	5	ONCOGINECOLOGIA	4
DERMATOLOGIA	39	OTORRINO	66
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	14	PATOLOGIA CERVICAL	5
ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	5	PATOLOGIA MAMARIA	6
FERTILIDAD	8	PEDIATRIA	1
FISIATRIA	2	PSICOLOGIA ADULTO	6
FONOAUDIOLOGIA	7	PSICOLOGIA INFANTIL	3
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	27	PSIQUIATRIA ADULTO	31
GINECOLOGIA	63	PSIQUIATRIA INFANTIL	4
HEMATOLOGIA ADULTO	2	REUMATOLOGIA	7
HEMATOLOGIA INFANTIL	2	TRAUMATOLOGIA	59
MAXILO FACIAL	1	UROLOGIA	33
TOTAL NSP			857

El total de NSP equivale al 40% de las interconsultas generadas anualmente, lo que genera una gran pérdida de recursos, y que requiere un fortalecimiento en la educación de la población con respecto a su responsabilidad en el uso adecuado de la red asistencial.

F. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El 99% de los casos de patología que presenta garantías explícitas en salud (GES), diagnosticados en el HCSF Bulnes, cumplen inicio de tratamiento en los plazos estipulados en la garantía.

A continuación se detallan las patologías GES de responsabilidad en atención primaria de salud APS y las prestaciones valoradas para patologías GES.

Patología GES	N° casos 2009
Diabetes Mellitus tipo 2	107
Hipertensión arterial primaria o esencial:	200
Neumonía adquirida en la comunidad en personas de 65 años y más	11
IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años	376
Epilepsia no refractaria menores de 15 años	0
Salud Oral integral niños de 6 años	69
Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más	69
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	19
Vicio de refracción: Presbicia en personas de 65 y más años	1
Asma bronquial moderada en menores de 15 años	16
Artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada en personas de 55 años y más	151
Asma del adulto	19
Prevención de insuficiencia renal	0
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	338
Analgesia del Parto	100
Pie Diabético	24
Ortesis o ayudas técnicas para mayores de 65 años	65
Salud oral integral del adulto de 60 años	25
Consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años	6
Urgencia odontológica	550
Artritis Reumatoide	391
Colecistectomía preventiva del Cáncer de vesícula entre 35 y 49 años	17

Programa de Prestaciones Valoradas para Problemas de Salud con Garantías explícitas en Salud (GES) Hospital Bulnes.

Problema GES	Prestación	Comprometido 2009	Comprometido 2010
Alivio del dolor	Tratamiento integral Cuidados Paliativos	260	330
Analgesia del Parto	Analgesia del parto	110	95
IAM	Confirmación y tratamiento de urgencia	6	7
Diabetes Mellitus tipo II	Curación avanzada del Pie Diabético No infectado	2	6
	Curación avanzada del Pie Diabético Infectado	1	12
Órtesis personas de 65 y más años	Atención kinésica	5	45
	Bastón	58	25
	Andador	13	13
	Andador de Paseo	1	-
	Silla	40	12
	Cojín	1	5
	Colchón	25	10
Salud Oral Integral 60años	Canasta Salud Oral Integral 60años	10	-
Alcohol y Drogas < 20 años	Plan Ambulatorio Básico	-	6
	Plan Seguimiento	-	2
Urgencias Odontológicas	Abscesos	130	100
	Gingivitis (GUNA)	1	1
	Complicaciones Post Exodoncia	25	10
	Traumatismo Dento Alveolares	25	11
	Pericoronaritis	42	5
	Pulpitis Aguda	180	101
Artritis Reumatoide	Tratamiento Artritis Reumatoide	240	32
Colecistectomía preventiva del Cáncer de vesícula	Confirmación colecistectomía	15	90

G. RESUMEN METAS SANITARIAS

Indicador de desempeño colectivo, Ley 19664	META 2009	Resultado 2009	META 2010
1. Porcentaje de pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 a 64 años en el nivel primario.	60%	68,67%	62%
2. Porcentaje de pacientes diabéticos compensados bajo control en el grupo de 20 años y más en el nivel primario.	38%	55,4%	41%
3. Porcentaje de altas odontológicas totales en primigestas bajo control beneficiarios del nivel primario.	75%	61,7%	70%
4. Porcentaje de altas odontológicas totales en embarazadas no primigesta bajo control beneficiarios del nivel primario. (*)	-	-	49%
5. Porcentaje de casos de Garantías Explícitas en Salud con indicación de tratamiento, en los que se cumplen las garantías de oportunidad de inicio de tratamiento.	100%	99%	100%
6. Porcentaje de atenciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas según lo programado de atenciones trazadoras de tratamiento GES en contrato PPV para el año 2010. (*)	-	-	100%
7. Porcentaje de profesionales funcionarios regidos por la Ley N° 19.664 que asistieron al menos a una actividad de formación o capacitación, pertinente al fortalecimiento del Régimen de Garantías en Salud o Guías Clínicas respectivas.	42%	58,3%	42%
8. Porcentaje de solicitudes de interconsulta de sospecha e informes de proceso de diagnóstico ingresadas al SIGGES (Sistema de Información para la gestión de las Garantías Explícitas en Salud) en un plazo de 48 horas desde la fecha de emisión.	93%	96,8%	93%

(*) Metas nuevas para el año 2010.

Indicador desempeño colectivo, Ley 18834	Meta	Resultado 2009
1. Porcentaje de pacientes hipertensos compensados bajo control en el grupo de 15 a 64 años en el nivel primario.	55%	68,67%
2. Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control compensados en el grupo de 15 a 64 años en el nivel primario.	38%	55,37%
3. Agenda de los profesionales médicos, odontólogos, asistentes sociales, psicólogos, matronas, enfermeras, nutricionistas, kinesiólogos, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales, diferida y escalonada, administrada en el SOME.	100%	100%
4. Porcentaje de consultas de profesionales programadas y realizadas	90%	112,59%
5. Porcentaje de casos de garantías explícitas en salud con indicación de tratamiento, en los casos que se cumplen las garantías de oportunidad de inicio de tratamiento.	100%	99,66%
6. Porcentaje de funcionarios regidos por E.A. que asistieron durante el año 2009 al menos a una actividad de capacitación pertinente en GES, modelo de atención, gestión en red asistencial, mejoramiento de la calidad de atención y trato al usuario.	40%	87,40%
7. Porcentaje de solicitudes de interconsulta de sospecha e informe de proceso de diagnóstico ingresadas al SIGGES en un plazo de 48 horas desde fecha de emisión	93,26%	96,84%

H. DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

a. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SECTOR 1

Realizado en Junio del 2008, en el Gimnasio Escuela Celia Urrutia. A continuación se detallan los problemas priorizados para cada una de las juntas vecinales.

1. Junta Vecinal Sargento Aldea:

Problemas Priorizados:

- Falta de horas médicas y dentales para la población del sector.
- Necesidad de atención medica para personas postradas en domicilio.
- Falta de información sobre campañas de prevención (Ej: vacunación antiinfluenza), funcionamiento del hospital en general y de compromiso de las personas con su salud.
- Consumo indiscriminado de alcohol en general.

2. Junta Vecinal El Nogal – Larqui Oriente – Bulnes Sur

Problemas Priorizados:

- Dificultades en el acceso al hospital.
- Falta de alcantarillado.
- Escasa disponibilidad de agua potable.
- Falta de educación con respecto a la prevención y manejo de enfermedades crónicas (ejemplo: hipertensión, Diabetes)
- Presencia de perros en algunas casas, que no son vagos pero que provocan molestias a los vecinos.
- Malas condiciones de las viviendas.

3. Junta Vecinal 11 de Septiembre

Problemas Priorizados.

- Gran cantidad de perros vagos con y sin dueño.
- Alumbrado público deficiente, disminuye la seguridad de la población.
- Sobrepeso u Obesidad, especialmente en mujeres.
- Problemas de Salud Mental derivados de la cesantía.

4. Junta Vecinal Población O'Higgins

Problemas Priorizados:

- Mejoramiento del camino de acceso a la población.
- Eliminación o manejo de casas abandonas, que se prestan para delincuencia.
- Eliminación de Clandestino de alcoholes.

Durante el período 2008-2009 se trabajó en esta población fortaleciendo acciones de promoción y prevención de salud, realizándose las siguientes actividades:

- Talleres de alimentación saludable y actividad física
- Caminata saludable y cicletada familiar
- Talleres de sexualidad sana

- Talleres de normas de crianza
- Educación del equipo en temáticas de salud a los distintos grupos organizados de la comunidad.
- Formación de líderes comunitarios de salud
- Visita a postrados
- Talleres de autoestima y crecimiento personal
- Campaña de PAP
- Acreditación de hogares libres del humo del tabaco

b. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SECTOR 2

En noviembre de 2008 se realizó un diagnóstico participativo en el cual estuvieron presentes representantes de las diferentes agrupaciones y juntas vecinales del sector:

- Agrupación musical cultural Huilimapu
- Junta Vecinal Manuel Bulnes
- Comité La Piscina
- Junta Vecinal Eduardo Frei
- Junta Vecinal Villa Larqui V-2
- Segundo grupo de hipertensos
- Primer grupo de hipertensos
- Sagrada Familia
- Comité Galilea

Problemas identificados por los grupos:

- Presencia de vectores, moscas y garrapatas
- Alcoholismo
- Inseguridad por falta de vigilancia en los sectores, existencia de robos.
- Falta de red de agua potable en sector semi-rural.
- Problemas de salud mental
- Focos de contaminación por basurales
- Mal olor por causa de planta porcina
- Perros vagos
- Obesidad en escolares
- Falta de médicos en el hospital
- Tiempo de espera de pacientes muy extensos.
- Falta de iluminación de red pública en sector semi-rural
- Ruidos de la discoteque Búfalo los fines de semana
- Diabetes e Hipertensión

Priorización de problemas:

Los 3 principales problemas para la comunidad son:

1. Falta de médicos en el hospital y tiempo de espera de pacientes muy extensos.
2. Problemas de salud mental
3. Presencia de vectores, moscas y garrapatas

Soluciones posibles:

1. Falta de médicos en el hospital
 - Solicitar al director contratación de personal médico acorde a la población actual.
 - Gestión por parte del subdirector médico para mantener un médico por sector.
 - Médicos atendiendo a la hora, no haciendo esperar innecesariamente a los pacientes.

2. Problemas de salud mental
 - Fortalecer las redes familiares trabajando el problema no solo con el enfermo sino con su entorno familiar.
 - Realizar campañas de prevención educando e informando a la comunidad.
 - Gestionar contratación de profesionales y/o aumento horas de atención profesionales en el área.
 - Fortalecer grupos de auto ayuda integrando a personas que presenten enfermedades afines.
 - Fortalecer la red comunitaria para una referencia oportuna al Hospital

3. Presencia de vectores, moscas y garrapatas
 - Coordinación intersectorial para búsqueda de soluciones.
 - Educación sobre tenencia responsable de mascotas.
 - Campaña de vacunación para perros y gatos obligatoria por parte del Municipio.
 - Fumigaciones periódicas con apoyo comunitario
 - Esterilización canina por parte del Municipio.

Durante el año 2009 se realizó en el Sector de la piscina las siguientes acciones de promoción de la salud y Prevención de enfermedades:

- Acreditación de hogares libres del humo del tabaco
- Talleres de salud bucal
- Formación de líderes de salud
- Atención domiciliaria a postrados

c. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO SECTOR 3

En el año 2006-2007 se llevó a cabo un Diagnóstico Participativo con la comunidad de las Poblaciones Matías Madariaga y El Progreso, contó con la participación de miembros del equipo de salud del sector, así como de dirigentes sociales y vecinos del sector. Dentro de los principales problemas detectados por las personas se destacan:

Poblaciones Matías Madariaga:

- Falta de participación social, por influencia de líderes negativos y resistencia a participar de otros líderes naturales.
- Plagas de murciélagos habitando en los aleros y murallas de las viviendas
- Plagas de garrapatas, zancudos y moscas

- Existencia de Perros Vagos
- Existencia de grupos entre los jóvenes que ocupan áreas verdes para ingerir alcohol y drogas, provocando disturbios y mal ejemplo a otros jóvenes y niños
- Falta de pavimentación en calle e iluminación pública

El equipo de salud ha realizado las siguientes acciones de promoción y prevención en la población:

- Talleres de alimentación saludable, crianza y prevención de OH y drogas con jóvenes.
- Actividad para reunir fondos: Campeonato de rayuela
- Todos los años se realiza campaña de manejo de vectores.
- Campaña de tenencia responsable.
- Reuniones con dirigentes vecinales y educación para la prevención y apoyo a actividades recreativas con jóvenes y niños realizados por la junta vecinal y fundación de carácter privado.

Población El Progreso:

- Existencia de perros vagos y tenencia irresponsable de animales
- Cercanía del vertedero municipal
- Falta de alcantarillado y agua potable
- Inexistencia de locomoción colectiva para el acercamiento al pueblo
- Acceso por calle no pavimentada y existencia de sólo una vereda con pavimento en la población.
- Horario para asignación de horas médicas en policlínico.

En la Población de El Progreso se han realizado las siguientes acciones de promoción y prevención:

- Campaña de tenencia responsable y entrega de receptáculos de basura para manejo de residuos sólidos al 100% de las familias residentes
- Acreditación de hogares libres del humo del tabaco

Cabe mencionar que hoy la población cuenta con fosas sépticas y un estanque de agua que provee a las familias del sector, existe vereda en todos los pasajes excepto en la zona de autoconstrucción, y además el municipio dispuso un minibús para el traslado de los escolares.

Desde hace varios años el Equipo de Promoción de la Salud del Hospital viene trabajando con alguna de las organizaciones territoriales del sector estimulando la asociatividad entre las mujeres y adultos portadores de patologías crónicas, entregando asesoría a través del equipo de asistentes sociales y financiando proyectos de intervención en estilos de vida sano a través del presupuesto del Plan Comunal de Promoción de la Salud; destacan los talleres de alimentación saludables ejecutados en las poblaciones Matías Madariaga y El Progreso dirigidos a Mujeres y Niños, la Acreditación de Hogares Libre de Humo de Tabaco en la Población El Progreso y Proyecto para el Manejo de Basura también en la Población El Progreso.

PROCESO DE DESARROLLO A HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR.

El Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes nace como parte de la nueva estrategia de salud chilena de transformación de los Hospitales de Baja Complejidad o tipo IV en Hospitales de la Familia y la Comunidad, basados en la Reforma de Salud, que focaliza esta estrategia en el cambio del Modelo de Atención Biomédico a un Modelo de Salud Familiar, con el enfoque biopsicosocial y comunitario que lo caracteriza, y además, en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS).

En este proceso de transformación se ha logrado llegar a un desarrollo categorizado como **Medio superior**, el cual tiene sus bases principales en el fortalecimiento y capacitación alcanzado por los equipos de salud, el inicio de un trabajo multidisciplinario con familias, con la participación de la comunidad, realización de una planificación estratégica del accionar del hospital, monitoreo de su gestión, mejoras en la resolutivez, con mantención en el proceso de estándares óptimos en cuanto a metas sanitarias y GES, con una continuidad de la atención y siendo parte fundamental de la Microred asistencial a través de nuestros servicios clínicos intrahospitalarios y Servicio de urgencia.

El avance a un estadio mayor se ve entorpecido por los siguientes motivos:

1. **Recurso humano:** La dotación de los hospitales comunitarios no está estandarizada como sucede con los centros de salud familiar municipales. Nuestra dotación no logra homologarse a la estipulada para un Cesfam, ya que las horas disponibles para atención abierta de APS en la práctica son escasas debido a que nuestros funcionarios deben diferir su atención tanto en atención abierta como en atención cerrada, y en el caso particular de los médicos también en el Servicio de urgencia. Además, un punto relevante a mencionar es que la dotación que en este momento nos mantiene en cierto equilibrio esta conformada en base a un contrato no óptimo (honorario), con el riesgo de no permanencias en los cargos y por ende una alta rotación que dificulta el seguimiento de nuestra población, base fundamental del modelo de salud familiar.
2. **Infraestructura:** La infraestructura del policlínico adosado no logra ser apta para el trabajo con familias, es deficiente en número de box para la dotación actual, es desorganizada en cuanto a distribución por sectores y poco acogedora para usuarios.
3. **Movilización:** Dentro del trabajo que se requiere para el modelo de salud comunitario cada vez nuestros profesionales y técnicos deben salir del hospital hacia la comunidad para otorgar prestaciones de tipo tanto promocional, preventivas como curativas. Por lo tanto la necesidad de movilización se incrementa, por lo que un solo transporte para 3 sectores es insuficiente ya que éste debe coordinarse en los tiempos libres entre otras funciones que el móvil realiza (entrega de ropa a lavandería, búsqueda de vacunas, entrega y búsqueda de exámenes de laboratorio, y entrega y búsqueda de insumos en hospital base y/o servicio de salud).
4. **Motivación:** Todo cambio en una institución genera barreras y requiere constantes refuerzos para mantener la motivación hacia el objetivo. En nuestro hospital los funcionarios lograron poner en marcha todo un nuevo modelo de atención y llevarlo hasta el estadio actual de desarrollo medio superior, lo cual ha generado un gran desgaste en los equipos de salud, quienes deben cumplir con las metas habituales a la misma exigencia y además aprender, desarrollar y en la práctica cumplir con estas nuevas funciones dentro del modelo de salud familiar que de por sí depara más tiempo y más especialización. La transformación a hospital

comunitario a diferencia de lo que sucede en la transformación a centros de salud familiar de dependencia municipal, no presenta incentivos económicos.

5. **Causas externas:** Durante el 2009 el mundo y por ende nuestro país sufrió una pandemia de Influenza, lo cual generó que los equipos abordaran esta crisis disminuyendo las acciones de promoción y prevención, y focalizándose en acciones curativas principalmente, a su vez, el presupuesto de salud del año también se vio afectado. El 2010 una nueva catástrofe afectó al país, y nuestra región fue una de las más dañadas por el reciente Terremoto, por lo cual las necesidades de las personas han sido modificadas y dentro de ellas las necesidades de salud.

CARTERA DE SERVICIO HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR DE BULNES

La entrega de prestaciones hacia la comunidad está organizada en tres grandes áreas:

- a) **Atención Abierta o Ambulatoria** que se ejecuta en el Consultorio Adosado
- b) **Atención Cerrada** para lo cual se cuenta con una dotación de 86 camas distribuidas en tres servicios clínicos: Médico quirúrgico, Maternidad, Pediatría, además de Pensionado.
- c) **Atención de Urgencia** otorgada por la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

La Cartera de Servicios está acorde con nuestro nivel de complejidad y busca dar respuesta a las necesidades de los usuarios de la Red de Salud, al cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud y a los Objetivos y Metas Sanitarias emanados desde el Ministerio de Salud.

a) CARTERA DE SERVICIOS ATENCIÓN ABIERTA O AMBULATORIA

La Cartera de Servicios de Atención Primaria se ha estructurado siguiendo la lógica de articulación de atención en base al Modelo de Salud Familiar, que constituye atención de acuerdo al Ciclo Vital que atraviesa cada individuo y familia, en el cual cada profesional interviene siguiendo los lineamientos Programáticos definidos por el Ministerio de Salud, entregando diversas acciones sean estas promocionales, preventivas, terapéuticas o de rehabilitación.

La Atención Abierta se organiza en base a tres Equipos de Cabecera multidisciplinarios, con la responsabilidad de atender una población asignada específica dividida por sectores de acuerdo a los límites territoriales de la Comuna, además de prestaciones profesionales y de apoyo diagnóstico y terapéutico transversales para los tres sectores.

- **Equipos de Cabecera:**

Cada uno de los 3 Equipos de cabecera está conformado por un equipo multidisciplinario que consta de: 2 Médicos Generales, 1 Odontólogo, 1 Enfermera, 1 Nutricionista, 1 Asistente Social, 1 Matrona, 1 Administrativo SOME, y 4 a 5 Técnicos Paramédicos.

- **Profesionales de Apoyo Transversales:**

- Psicólogas Programa Salud Mental y Programa Chile Crece Contigo
- Asistente Social Programa Chile Contigo
- Kinesiólogos Programa IRA y ERA
- Kinesiólogos Rehabilitación Motora
- Médico Familiar con mención en niños
- Médico Programa ERA
- Médico Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos
- Técnico Paramédico Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos
- Matrona APS Filtro Programa Mamas
- Atención Odontológica de Especialidad (Cirugía Bucal, Endodoncia y Programas de Rehabilitación Protésica Especial)

- **Unidades y Prestaciones de Apoyo Transversales:**

- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Toma ECG por Técnico Paramédico
- Ecografías Obstétricas por Médico General
- Cirugía Menor por Médico General
- Toma de Muestra, Tratamientos y Curaciones
- Vacunatorio
- Farmacia
- Entrega de Leche

A continuación se detallan las prestaciones otorgadas de acuerdo a cada **Ciclo Vital**:

I.- CICLO VITAL NIÑO

1.- Control de Niño Sano

Control de Salud del Niño Sano
Control de Salud Escolar

2.- Control Crónico Enfermedad Específica

Control Crónico Respiratorio
Control Crónico Epilepsia
Control Prematuro

3.- Control Seguimiento

Control con Exámenes, Post Tratamiento, Post Alta Hospitalización

4.- Consultas

Consulta Lactancia materna
Consulta Nutricional
Consulta Malnutrición por déficit o exceso
Consulta Déficit Desarrollo Sicomotor
Consulta de Morbilidad General
Consulta de Salud Mental (Depresión, Trastornos hipercinéticos, Déficit atencional, Maltrato infantil, Alcohol y drogas)
Consulta Social

5.- Visita domiciliaria

Visita Domiciliaria Integral a Familia con niño/a:

- Prematuro/a
- Recién nacido
- Retraso en el DSM
- Enfermedad Terminal
- Postrado
- Requerimientos de oxigenoterapia
- Riesgo vincular afectivo
- Riesgo psicosocial

Visita Domiciliaria simple:

- A niño/a Menor de 7 meses con score de riesgo grave de morir por Neumonía

- Rescate a Familia con niño/a inasistente a controles de salud o vacunaciones
- Para alta hospitalaria de IRA
- Visita Epidemiológica

6.- Consejería Familiar e Intervención en crisis

Consejería Familiar

Intervención en Crisis a Madres/Padres o Adulto responsable del cuidado

7.- Atención Odontológica

Atención Odontológica Integral a los 2, 4 y 6 años

Consulta de Odontología General

Atención Odontológica de Urgencia

8.- Atención kinésica

Intervención en Crisis (hospitalización abreviada)

Control kinesioterapia respiratoria (Sala IRA)

Control Rehabilitación motora

9.- Inmunización

Vacunación Programa Nacional de Inmunización, Influenza, Antirrábica.

10.- Programa Nacional de alimentación complementaria

Leche purita fortificada: lactantes hasta 18 meses, en menores de 6 meses si lactancia mixta

Leche purita cereal: niños de 18 a 72 meses

Mi sopita: niños mayores de 6 meses con desnutrición o riesgo de desnutrir

11.- Programa Nacional de alimentación complementaria del Niño Prematuro Extremo

Recién nacido Prematuro con Peso Nacimiento menor a 1500 gr y/o prematuros <32 semanas de edad gestacional y hasta los 12 meses de edad corregida son beneficiarios de: Fórmula láctea prematuros hasta los 6 meses y Fórmula continuación hasta los 12 meses.

II.- CICLO VITAL ADOLESCENTE

1.- Control de Salud

Control de Salud Escolar

Examen de Medicina Preventiva

2.- Control Crónico Enfermedad Específica

Controles Programa de Salud Cardiovascular

Control Prehipertensos y Prediabéticos

Controles Crónicos Epilepsia

Controles Crónicos Respiratorios

3.- Control de la Mujer

Control Preconcepcional

Control Prenatal

Control Ginecológico

Control Regulación Fecundidad

Control Post Parto

4.- Control Seguimiento

Control con Exámenes, Post Tratamiento, Post Alta Hospitalización

5.- Consultas

Consulta Nutricional
Consulta Malnutrición
Consulta ETS
Consulta VIH/SIDA
Consulta Morbilidad Obstétrica
Consulta Ginecológica
Consulta de Morbilidad General
Consulta Social
Consulta de Salud Mental (Depresión, Trastornos hipercinéticos, Déficit atencional, Maltrato, Alcohol y Drogas)

6.- Visita Domiciliaria

Visita Domiciliaria Integral a Familia con:

- Adolescente en riesgo o problema de salud mental
- Embarazada adolescente
- Adolescente postrado

Visita Domiciliaria de Rescate a adolescente inasistente a controles de salud o vacunación

Visita Epidemiológica

7.- Consejería Individual, Familiar e Intervención en crisis

Consejería Individual

Consejería Familiar

Intervención en Crisis

8.- Atención Odontológica

Atención Odontológica Integral a la embarazada

Atención Odontológica Integral a los 12 años

Consulta de Odontología General

Atención Odontológica de Urgencia

9.- Atención kinésica

Intervención en Crisis (hospitalización abreviada)

Control kinesioterapia respiratoria

Control Rehabilitación motora

10.- Inmunización

Vacunación Antirrábica, Influenza a grupo de riesgo

11.- Programa Nacional de Alimentación complementaria

Leche purita mama: Embarazada y madre que amamantan hasta el 6° mes

III.- CICLO VITAL ADULTO

1.- Control Preventivo

Examen de Medicina Preventiva

Examen de Salud Ocupacional

2.- Control Crónico Enfermedad Específica

Controles Patología Osteoarticular (Artritis, Artrosis)

Controles Programa de Salud Cardiovascular (incluye HTA, Obesidad, DM,

Dislipidemia, Intolerancia a la Glucosa)

Controles Epilepsia

Controles Crónicos Respiratorios
Control Programa TBC
Control Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos
Control Prehipertensión y prediabetes

3.- Control Seguimiento

Controles Post Tratamiento, Interpretación de exámenes, Post Alta Hospitalización

4.- Control de la mujer

Control Preconcepcional
Control Prenatal
Control Ginecológico
Control Regulación Fecundidad
Control Post Parto
Control Climaterio

5.- Consultas

Consulta Nutricional
Consulta Morbilidad General
Consulta Morbilidad Patología AUGE
Consulta VIH/SIDA y ETS
Consulta Morbilidad Obstétrica
Consulta Ginecológica y Patología mamaria
Consulta Social
Consulta de Salud Mental (Depresión, T. de personalidad, T. ansiosos, Esquizofrenia, Alcohol y drogas)

6.- Visita Domiciliaria

Visita Domiciliaria Integral a Familia con Integrante con:

- Patología crónica descompensada (DM)
- Embarazo con riesgo psicosocial
- Problema de Salud Mental y riesgo psicosocial
- Enfermedad terminal
- Postrado

Visita Domiciliaria de Rescate a:

- Paciente crónico inasistente a control
- Paciente con Riesgo de Cáncer CU o Mama

Visita Epidemiológica

7.- Consejería Familiar e Intervención en crisis

Consejería Familiar
Intervención en crisis

8.- Atención Odontológica

Atención Odontológica Integral Programa Hombres y Mujeres de Escasos Recursos
Atención Odontológica Integral AUGE 60 años
Atención Odontológica de Urgencia
Atención Odontológica Integral a la Embarazada
Consulta Odontológica General

9.- Intervención grupal

Intervención Sicosocial Grupal

10.- Atención kinésica

Intervención en Crisis (hospitalización abreviada)
Control kinesioterapia respiratoria (Sala ERA)
Control Rehabilitación motora

11.- Inmunización

Vacunación Antirrábica, Toxoide diftérico tetánico, Influenza a grupo de riesgo

12.- Programa Nacional de Alimentación complementaria

Leche purita mama: Embarazada y madre que amamanta hasta el 6° mes

IV.- CICLO VITAL ADULTO MAYOR

1.- Control Preventivo

Examen Funcional del Adulto Mayor
Examen de Medicina Preventiva

2.- Control Crónico Enfermedad Específica

Controles Programa de Salud Cardiovascular (incluye HTA, Obesidad, DM, Dislipidemia, Intolerancia a la Glucosa)
Controles Patología Osteoarticular (Artritis, Artrosis)
Controles Epilepsia
Controles Crónicos Respiratorios
Control Programa TBC
Control Prehipertensión y prediabetes

3.- Control Seguimiento

Control Post Alta Hospitalización

4.- Control de la mujer

Control Ginecológico
Control Climaterio

5.- Consultas

Consulta Morbilidad General
Consulta Morbilidad Patología AUGE
Consulta VIH/SIDA y ETS
Consulta Ginecológica y Patología Mamaria
Consulta Nutricional
Consulta Social
Consulta de Salud Mental (Depresión, T. de personalidad, T. ansiosos, esquizofrenia, alcohol y drogas)

6.- Visita Domiciliaria

Visita Domiciliaria Integral a Familia con integrante:

- Adulto Mayor Dependiente
- Patología crónica descompensada
- Problema de Salud Mental
- Enfermedad terminal
- Postrado
- Egresado de Hospitalización por Neumonía o AVE

Visita Domiciliaria de Rescate a Adulto mayor crónico inasistente a control

Visita Domiciliaria contactos TBC

Visita Epidemiológica

7.- Consejería Individual, Familiar e Intervención en Crisis

Consejería Individual
Consejería Familiar
Intervención en crisis

8.- Atención Odontológica

Atención Odontológica de Urgencia
Consulta Odontológica General

9.- Intervención grupal

Intervención Sicosocial Grupal

10.- Atención kinésica

Intervención en Crisis (hospitalización abreviada)
Control kinesioterapia respiratoria (Sala ERA)
Control Rehabilitación motora

11.- Inmunización

Vacunación antineumocócica, Influenza, Toxoide diftérico tetánico, Antirrábica

12.- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM)

Alimentación complementaria a Usuario fonasa > de 70 años, y >65años o más con tratamiento antituberculoso.

V.- ATENCIÓN TRANSVERSAL A CICLO VITAL

Procedimientos de Enfermería

Curación Simple Ambulatoria
Curación Ulceras Venosas
Curaciones Quemaduras
Manejo Avanzado de Heridas Paciente Diabético Ambulatorio
Lavado de Oídos
Electrocardiograma
Test de Agudeza Visual niño, adolescente y adulto

Procedimientos Kinésicos

Test de Ejercicio
Espirometría

VI.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Estrategias

Lugares de trabajo, comunas, comunidades y escuelas saludables

Condicionantes

Alimentación, actividad física, factores protectores psicosociales, factores protectores medioambientales, Ambientes libres de Humo de tabaco.

Prestaciones

- Entrevistas y visitas domiciliarias en comunidad (Grupos comunitarios, colegios, jardines, lugares de trabajo)
- Acciones de Comunicación y Difusión (TV, Radio, Graficos)
- Consejerías en estilos de vida
- Trabajo colaborativo con organizaciones sociales
- Reuniones de Planificación Participativa

- Reuniones masivas
- Capacitación, Jornadas
- Educación Grupal
- Talleres grupales de vida sana
- Diagnósticos participativos
- Reuniones de Consejo de Desarrollo local
- Rendición de cuentas públicas
- Presupuestos participativos
- Satisfacción usuaria (información al usuario, reclamos, solicitudes, sugerencias, felicitaciones)

b) CARTERA DE SERVICIOS CLÍNICOS ATENCIÓN CERRADA

SERVICIO DE MEDICINA Y CIRUGÍA

- **Dotación Total de Camas:** 26 camas de medicina y 8 camas de cirugía.
- **Descripción General:** Otorga atención a pacientes mayores de 15 años, con un alto número de usuarios/as correspondientes a personas adultas mayores que padecen múltiples patologías crónicas. Las principales causas de hospitalización corresponden a descompensaciones de patologías crónicas y cuadros infecciosos que afectan principalmente al sistema circulatorio y respiratorio respectivamente.
- **Servicios Entregados:**
 - Atención Integral por Médico General
 - Ejecución de procedimientos médicos de diversa complejidad (ej. Drenaje de abscesos, inmovilizaciones ortopédicas, aseo quirúrgico, punción pleural diagnóstica o terapéutica, reanimación cardiopulmonar, entre otras)
 - Visita Integral y ejecución de procedimientos quirúrgicos menores por Odontólogo (vaciamiento abscesos y flegmones, quistectomías, cirugías terceros molares, etc.)
 - Cuidados y procedimientos de enfermería acorde a los diferentes niveles de complejidad de las patologías de los usuarios del servicio. Se incluye además de forma permanente la toma de muestras para exámenes, educación del paciente y/o familia.
 - Atención Integral por Nutricionista, Kinesiólogo y Asistente Social como un apoyo a la rehabilitación y recuperación integral de los pacientes del servicio.

SERVICIO DE PEDIATRÍA

- **Dotación Total de Camas:** 15 camas pediatría, 2 Incubadoras y 2 Fototerapia.
- **Descripción General:** Otorga atención a pacientes infantiles de 0 a 14 años 11 meses que se ven afectados principalmente por cuadros de origen infeccioso principalmente respiratorios, gastrointestinales y urinarios.
- **Servicios Entregados:**
 - Atención Integral por Médico General
 - Ejecución de procedimientos médicos de diversa complejidad (ej. Drenaje de abscesos, inmovilizaciones ortopédicas, aseo quirúrgico, exeresis de lesiones de la piel, entre otras)
 - Visita Integral y ejecución de procedimientos quirúrgicos menores por Odontólogo (vaciamiento abscesos y flegmones, cirugía de tejidos blandos, suturas complejas, etc.)
 - Cuidados y procedimientos de enfermería acorde a los diferentes niveles de complejidad de las patologías con énfasis en el cuidado parental y estimulación del autocuidado. Se incluye además de forma permanente la toma de muestras para exámenes, educación del paciente y/o familia.
 - Atención Integral por Nutricionista, Kinesiólogo y Asistente Social como un apoyo a la rehabilitación y recuperación integral de los pacientes del servicio.

SERVICIO DE MATERNIDAD

- **Dotación:** 19 camas.

- **Descripción General:** Otorga atención médico quirúrgica a la mujer en las diferentes etapas de su ciclo vital, incluyendo personas con patologías ginecológicas y obstétricas, además de mujeres en trabajo de parto y puerperio inmediato.
- **Servicios Entregados:**
 - Atención Integral por Médico General y Especialista.
 - Ejecución de procedimientos Médicos como: legrados uterinos, polipectomías cervicales, extracción DIU, drenaje de abscesos ginecológicos, amnioscopías, entre otros.
 - Atención integral por matrona (toma de exámenes, registros basales materno-fetales, consulta embarazadas fisiológicas, consejerías salud sexual y reproductiva, VIH, y con patologías etc.)
 - Atención Integral de la Mujer en trabajo de parto
 - Atención Integral de la Puérpera y Recién Nacido
 - **Urgencia maternal**
 - Atención Integral por Nutricionista y Asistente Social como un apoyo a la rehabilitación y recuperación integral de los pacientes del servicio.

PENSIONADO

- **Dotación:** 2 camas.
- **Descripción General:** Otorga a los usuarios la posibilidad de atenderse en un lugar con mayor privacidad y mejores condiciones de confort.
- **Servicios Entregados:**

c) CARTERA DE SERVICIO ATENCIÓN DE URGENCIA

- **Atención de Urgencia Médica y de Enfermería 24 horas:**
 - Atención de adultos
 - Atención pediátrica
 - Hospitalización abreviada
 - Cirugía menor de urgencia
- **Atención de Urgencia médica y matrona 24 horas para patología de urgencia ginecoobstétrica.**

d) CARTERA DE SERVICIOS UNIDADES DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO

UNIDADES DE APOYO TERAPEÚTICO

- **Kinesiología**
 - Intervención Kinésica general
 - Intervención Kinésica respiratoria adulto – pediátrica integral.
 - Intervención Kinésica motora adulto - pediátrica integral
 - Intervención Kinésica neurológica adulto integral.
- **Pabellón**
 - Ejecución de Cirugías Menores por Médico General y Odontólogo
 - Ejecución de Cirugías Mayores del área de la Gineco-Obstetricia con Apoyo de Médico Especialista.
- **Esterilización**
 - Armado cajas de curación, de pabellón, de sutura y procedimientos obstétricos
 - Confección gasas y apósitos, armado de paquetes de ropa para pabellón, atención del parto, compresas y paños perforados.
- **Farmacia**
 - Entrega de Medicamentos definidos en arsenal farmacológicos y guías clínicas para tratamiento de patologías AUGE a pacientes atención abierta
 - Suministro de Medicamentos indicados por Médico tratante en atención de pacientes hospitalizados
 - Proveer insumos y materiales para el funcionamiento de los servicios clínicos, pabellón, laboratorio y servicio dental.
- **Central de Alimentación**
 - Elaboración y entrega de minutas definidas según indicación médica para la recuperación de pacientes hospitalizados.
 - Elaboración colaciones para personal del establecimiento en sistema de turno
 - Supervisión de Sedile, unidad encargada de la elaboración de fórmulas lácteas para pacientes pediátricos lactantes del servicio de pediatría.

- **Servicio Social**
 - Apoyo y asesoría psicosocial, detección de situaciones de riesgo y factores de crisis en los pacientes hospitalizados y sus familias, promoviendo la mantención de vínculos del individuo aislado de su contexto social y familiar por el evento de la hospitalización.
 - Articulación de micro y macroredes y apoyo que favorezcan la recuperación y mantención del nivel de salud de los pacientes posterior a su egreso hospitalario.
 - La atención ambulatoria está definida en base a prestaciones por ciclo vital.

UNIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO

- **Laboratorio Clínico:**
 - Hematología:
 - Hemoglobina glicosilada
 - Hematocrito
 - Hemograma
 - Recuento de eritrocitos
 - Recuento de leucocitos
 - Recuento de plaquetas
 - Velocidad de eritrosedimentación
 - Grupo Rh
 - Bioquímica:
 - Bilirrubina Total Capilar
 - Clearance de Creatinina
 - Creatinina Plasmática
 - Glicemia
 - Electrolitos Plasmáticos
 - Perfil Lipídico
 - Perfil Hepático
 - BUN
 - Uremia
 - Prueba de tolerancia a la Glucosa
 - Exámenes Inmunológicos y Parasitológicos:
 - PCR
 - Coproparasitológico seriado de deposiciones
 - Test de Gram
 - Acarotest
 - Gusanos Macroscópicos
 - Bacteriológicos:
 - RPR/VDRL
 - Reacciones Tíficas
 - Baciloscopias
 - Deposiciones:
 - Test de Weber
 - Exámenes de orina:

- Orina con Sedimento
- Proteinuria de 24 hrs.
- Microalbuminuria de 24 hrs.
- Test de Embarazo

- **Imagenología:**

- **Radiología general de adultos y niños:**

- Tórax Simple
- Tórax AP/Lateral
- Abdomen Simple
- Renal Simple
- Vesical Simple
- Cráneo Frontal
- Cráneo Lateral
- Columna Cervical
- Columna Dorsal
- Cadera menor de 6 meses
- Huesos propios
- Parrilla Costal
- Lumbar, Sacro, Coxis
- Extremidades (brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano AP/L, Fémur, Rodilla, pierna, Tobillo, pie)

- **Ecografías;**

Obstétricas y Ginecológicas transabdominales y transvaginales

DOTACION

La dotación de recurso humano de los Hospitales comunitarios de salud familiar no está estandarizada como sucede con los centros de salud familiar de dependencia municipal.

El HCSF de Bulnes cuenta con funcionarios polifuncionales distribuidos en los distintos servicios clínicos del hospital, la mayoría de los funcionarios profesionales cumple funciones tanto en la Atención abierta como en la Atención cerrada, y en el caso particular de los médicos también en el Servicio de urgencia.

Dotación Ley 19.664

Planta	Titular	Contrata	Total
Médicos	0	8	8
Odontólogos	2	1	3
Q. Farmacéutico	0	1	1
Total	2	10	12

Dotación Ley 18.834

Planta	Titular	Contrata	Total
Profesionales	13	17	30
Técnicos	26	32	58
Administrativos	9	11	20
Auxiliares	23	4	27
Total	71	64	135

Durante el segundo semestre del 2009 se logró mantener una dotación mínima para el funcionamiento de la atención abierta mediante el contrato de profesionales nuevos, pero en base a un contrato a Honorario, el cual no es el más óptimo ya que tiene el riesgo de por una parte corta permanencia del funcionario en el equipo de salud, por otra periodos largos sin contratación de alguno de ellos, en resumen, una alta rotación del cargo que va en desmedro del Modelo de atención principalmente si nos basamos en la necesidad de un seguimiento continuo de nuestra población.

Honorarios

Planta	N°
Profesionales	5,5 (242 hrs contratadas)
Técnicos	3
Administrativos	5
Auxiliares	0
Total	13,50

PLAN DE ACCIÓN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes tiene un plan de trabajo sectorizado para su población beneficiaria, el cuál ha sido elaborado por cada uno de los equipos de salud de los 3 sectores en que está distribuida la población.

Este plan sigue la lógica de acción del Modelo de Salud Familiar con enfoque en lo preventivo y promocional, y basado en las normativas de Ministerio de salud vigentes para cada programa de salud en particular siguiendo el ciclo de vida de cada individuo y familia.

PLAN DE TRABAJO EQUIPO DE CABECERA 2010

SECTOR 1

OBJETIVO GENERAL: Atender en forma integral a las familias y usuarios del sector 1 en APS considerando el modelo de Salud Familiar

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Equipo del Sector	Mantener y promover conductas del equipo para lograr un trabajo en equipo que responda a las necesidades del modelo	Entrevistas Reuniones Coordinaciones Convivencias Evaluaciones	Marzo a Diciembre	Equipo	Actas de Reuniones Fotos	Nº de reuniones
Información y Difusión sobre las actividades del equipo en el sector 1	Difundir en la comunidad las acciones que se realizan por el equipo	Programa Radial Programa TV. Boletín de la Promoción Diario Mural	Enero a Diciembre	A. Social TPM social	Boletín Programas radiales y TV Diario Mural.	Nº Boletines entregados. Nº Programas realizados. Nº de diarios murales
Identificación del sector 1	Elaborar el ecomapa del sector 1 con participación de la Comunidad Actualización de Mapas Epidemiológicos	Entrevistas con dirigentes Visitas a terreno Reuniones Elaboración Ecomapa	Septiembre A Diciembre	Equipo	Fotos Informe Diario	Ecomapa Elaborado y Difundido
Promoción de la Salud: Diagnostico Participativo Bulnes Sur	Realizar Diagnostico Participativo de necesidades de salud con familias de sector Bulnes sur.	Reuniones de Equipo Reuniones de coordinación con dirigente vecinal. Citaciones Difusión Convivencia saludable	Abril 2010.	Equipo de Sector.	Actas de reuniones. Listados de Asistencia Fotos. Documento de consolidación de resultados.	% reuniones realizadas. % de familias asistentes.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud (1)	Continuar en el proceso de capacitación de líderes por sector	Reuniones Visitas domiciliarias Taller Implementación	Marzo a Septiembre	Equipo	Fotos Programa del Taller Listas de asistencia	Nº de sesiones realizadas Nº de líderes capacitados
Promoción de la Salud Prevención (2)	Mantener a los cuidadores de postrados con apoyo permanente	Visitas domiciliarias Llamadas telefónicas Reuniones periódicas Taller de Autocuidado Convivencias saludables	Enero a Noviembre	Enfermera del sector Equipo de cabecera	Listas de asistencia a reuniones	Nº de cuidadores de postrados asistentes a reuniones
Promoción de la Salud Prevención (3)	Educar a hijos de enfermos cardiovasculares en autocuidado para adelantarnos a la enfermedad	Invitaciones Visitas domiciliarias a ingresos cardiovasc. Taller Convivencia saludable	Marzo a Noviembre	Matrona Equipo del sector	Lista de asistencia a taller	Nº de hijos de enfermos cardiovasculares informados
Promoción de la Salud (4)	Capacitar a los monitores de actividad física del Adulto Mayor en conductas adecuadas para mantener autovalencia	Coordinación con Presidenta Unión Comunal del Adulto Mayor Invitación monitores Taller de memoria Taller de Preparación sopa años dorados Cóctel saludable	Junio a Agosto	Asistente Social Equipo	Lista de asistencia a taller Fotos	Nº de monitores capacitados.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud No esta en programación según necesidades promocionales	Educación al usuario sobre estilos de vida sanos para prevenir obesidad	Consejerías breves en alimentación y actividad física Programas radiales Entrega de dípticos en OIRS	Marzo a Diciembre	Equipo del sector	Hoja diaria de promoción	Nº de consejerías realizadas.
Promoción de la Salud, ALHT Ambientes Libres Humo Tabaco (5)	Educación a jóvenes y niños sobre efectos adversos del cigarrillo. Acreditar Hogares Libres del Humo del Tabaco Población 11 de Septiembre	Coordinación con dirigentes Vecinales. Elaboración y aplicación a domicilio encuesta. Taller Educativo Concurso de Dibujo Reunión masiva de Premiación Cóctel saludable Visitas domiciliarias para acreditar los hogares .	Mayo a Noviembre	Asistente social Enfermera Nutricionista	Programa Encuestas aplicadas Fotos Lista de Asistencia	Nº de encuestas aplicadas. Nº de asistentes a concurso y taller. Nº de Hogares que acreditan como ALHT
Promoción de la Salud Medio Ambiente (6)	Educación a las familias de la Población 11 de Septiembre acerca de la tenencia responsable de mascotas y el manejo de los residuos sólidos	Elaboración de dípticos sobre el M.A. Reuniones con líderes de salud. Taller Educativo Actividad Masiva con entrega de receptáculos de basura y dípticos. Control de la información Programas radiales. Diario Mural	Enero a Diciembre	Enfermera del M.A. TPM social	Dípticos Programa radial Listado de asistencia. Fotos	Nº de dípticos entregados Nº Asistentes a Taller Nº de familias que reciben receptáculo de basura.

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución Responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atención del niño 1 mes – 5 años 11 meses 29 días	<p>Valorar y potenciar el crecimiento y desarrollo del niño</p> <p>Conocer la situación familiar de niñ@s con riesgo IRA, prematuros, VIF.</p>	<p>Control Salud Enfermera</p> <p>Control Salud Medico</p> <p>Visita Domiciliaria</p> <p>Vacunación</p> <p>Talleres Normas de Crianza.</p> <p>PNAC</p> <p>Consulta Lactancia Materna.</p> <p>Control Salud Prematuro</p> <p>Consulta Nutricional</p> <p>Consulta Social.</p>	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Sector	<p>Ficha Clínica</p> <p>Tarjeta</p> <p>Control</p> <p>Informe Diario</p> <p>Censo</p>	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Salud Escolar	Evaluar el estado de salud de la población escolar de 1° y 7° básico	<p>Coordinación</p> <p>Control de Salud Escolar</p> <p>Derivación a Equipo</p>	Marzo a Diciembre 2010	Enfermera	<p>Ficha de control salud 1° básico</p> <p>Ficha CLAP</p> <p>Informe diario</p>	Actividades realizadas / actividades programadas.
Desarrollo Psicomotor	Fortalecer el normal desarrollo sicomotor de la población infantil	<p>Evaluar DSM a los 8 m – 18m-36 m</p> <p>Escalas de PA</p> <p>Consulta Medica</p> <p>Consulta Déficit</p> <p>Talleres de normas de crianza</p> <p>Coordinación con CHCC</p> <p>VDI</p>	Enero a Diciembre 2010.	<p>Enfermera</p> <p>Medico</p> <p>Equipo CHCC</p>	<p>Ficha clínica</p> <p>Tarjeta de control</p> <p>Ficha de riesgo</p> <p>Planilla de coordinación</p> <p>Estudio de casos</p> <p>Informe diario</p>	<p>Indicadores CHCC</p> <p>Actividades realizadas/ actividades programadas.</p>

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atenciones Salud Recuperativa Atención I a menores con Malnutrición por déficit y exceso 0 – 14 años	Brindar atención a menores con malnutrición por déficit o exceso	Control Nutricionista Talleres educativos Visita Domiciliaria	Marzo a Diciembre 2010	Nutricionista A. social	Ficha Clínica Tarjeta de Control Informe diario REM	Actividades programadas / actividades realizadas.
Salud Preventiva Población Menor de 65 años	Conocer situación de riesgo de la población, para evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas.	EMP por enfermera Consulta Medica Consulta Nutricional Consulta Social Consejerías Breves en estilos de vida sano. Talleres Preventivos de ECNT	Enero a Diciembre 2010.	Equipo sector	Ficha clínica REM AO2 Informe diario	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Salud Preventiva Población Mayor 65 años	Conocer el estado de funcionalidad del AM y potenciar sus capacidades funcionales para mejorar su calidad de vida.	EMPAM por enfermera EMPAM por TPM capacitado Derivación a equipo. Coordinación con grupos organizados Coordinación intersectorial Taller de memoria PACAM Talleres de uso de productos PACAM	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Sector	Ficha Clínica REM Informe diario	Actividades realizadas/ actividades programadas.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Población Postrada	Brindar atención integral al paciente postrado y apoyar al cuidador en la aplicación correcta de los cuidados	Visita Domiciliaria Integral Visita domiciliaria de procedimiento. Visita domiciliaria Medico. Talleres de participación de autocuidado, para cuidadores de postrados. Coordinación con el equipo.	Enero a Diciembre 2010.	Equipo de Sector	Ficha Clinica Registros seguimiento Informe Diario Asistencia a Talleres.	Actividad realizadas/ actividad programada
Atención usuarios Programa CP Y AD	Brindar atención integral al usuario y apoyar a la familia en el proceso terminal de la enfermedad.	Visita Medica a domicilio Visita domiciliaria de enfermera. Visita domiciliaria TPM Aplicación domiciliaria de inmunización influenza-neumococo. Terapia Farmacológica Visita domiciliaria A. Social Intervención en crisis	Enero a Diciembre 2010.	Equipo de Sector	Ficha clinica Registros de Seguimiento Informe diario REM	Actividades Realizadas/ actividades programadas.
Actividades Preventivas recuperativas: Atención de Salud poblacion con FRCV	Fortalecer el autocuidado de los usuarios, para evitar las complicaciones de las ECNTS	Control Medico Control Enfermera Consulta Nutricional Atención Oftalmológica a usuarios DM A. Podológica a usuarios DM Inmunización influenza y neumococo Consulta Social Talleres educativos	Enero a Diciembre 2010.	Equipo de Sector	Ficha clinica Informe diario Censos Listado de Asistencia	Actividades realizadas/ actividades programadas.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atención odontológica	<p>Lograr cambios de conductas inadecuadas en relación a la salud bucal.</p> <p>Realizar acciones de prevención de enfermedades dentales.</p> <p>Recuperar piezas dentales posibles de recuperar</p>	<p>Educación sobre conductas adecuadas al usuario y familiares</p> <p>Atención odontológica</p>	Enero a Diciembre	Odontólogo del sector 1 Asistente Dental	Hoja Diaria Consolidado mensual	% altas integrales
Atención Médica Morbilidad Sector 1	Otorgar una atención médica de calidad según modelo de Salud Familiar	Control médico Exámenes Derivación en caso necesario Educación estilos de Vida Receta	Agosto a Diciembre	Médico	Ficha clínica Informe Diario	Nº de usuarios atendidos.
Programa de la Mujer Sector 1 Control Prenatal	<p>Entregar una atención de calidad y de acuerdo al modelo a mujeres antes de las 14 semanas de gestación</p> <p>Motivar a las embarazadas con sobrepeso u obesas y aquellas con déficit nutricional a lograr los niveles esperados</p>	<p>Consejerías de salud sexual y reproductiva Planificación Familiar Control médico</p> <p>Control nutricional Consejerías nutricionales</p>	<p>Abril a Diciembre</p> <p>Abril a Diciembre</p>	<p>Médico Matrona</p> <p>Nutricionista</p>	<p>Ficha Clínica Informe Diario</p> <p>Ficha Clínica Informe diario</p>	<p>Nº de intervén. realizadas</p> <hr/> <p>Nº de embaraz. en control</p>

	Incorporar a la familia en el proceso de control del embarazo al 100% de las mujeres embarazadas	Talleres educativos Visita domiciliaria a embarazadas y R.N. en riesgo Consejerías Coordinación		Matrona Asistente Soc. CH:C:C: Psicóloga	Crónica Educativa Ficha Clínica	Nº de embarazadas asistentes a talleres.
Regulación de la Fecundidad	Incorporar al programa al 100% de las primigestas ingresadas a Planificación familiar a los 30 días post parto	Coordinación con Some Control matrona	Agosto a Diciembre	Matrona	Ficha Informe Diario	Nº de adolescentes incorporado al Programa.
Prevención del Embarazo Adolescente	Ingresar al 100% de los adolescentes con vida sexual activa al Programa de Planificación Familiar Educar a la Comunidad escolar del sector en sexualidad sana	Coordinación con la comunidad escolar del sector. Talleres educativos integrales, adolescentes, familia y profesores	Septiembre a Diciembre	Asistente Social Matrona Profesores Escuela del sector	Crónicas Educativas Lista de Asistencia Fotos	Nº de asistentes a talleres.
Control Ginecológico	Lograr que 100% de las mujeres del sector se encuentren con su examen de PAP y de Mamas al día y su control ginecológico	Campañas de PAP Derivaciones del equipo Educación grupal Difusión	Agosto a Diciembre	Equipo del sector Matrona	Tarjetas de control Fichas Clínicas Crónicas Educativas Dípticos	Nº de PAP y EFM vigentes <u>Total de mujeres mas 25 años del sector</u>
Control del Climaterio	Lograr que el 100% de las mujeres en edad de climaterio reciban atención por matrona y médico	Control médico Terapia Hormonal Educación por matrona y médico Control médico	Agosto a Diciembre	Médico Matrona Internas de Obstetricia	Ficha Clínica Tarjetas de control	Nº climatéricas con contro Nº total de climatéricas del sector

PLAN DE TRABAJO EQUIPO DE CABECERA 2010 SECTOR 2

OBJETIVO GENERAL: Atender en forma integral a los usuarios y familias del sector 2 en APS con enfoque de Salud Familiar.

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Equipo del Sector	Mantener y promover conductas del equipo para lograr un trabajo en equipo que responda a las necesidades del modelo	Entrevistas Reuniones Coordinaciones Convivencias Evaluaciones	Marzo a Diciembre	Equipo	Actas de Reuniones Registro fotográfico	Nº de reuniones
Información y Difusión sobre las actividades del equipo en el sector 2	Difundir en la comunidad las acciones que se realizan por el equipo	Programa Radial Programa TV. Boletín de la Promoción Diario Mural	Enero a Diciembre	B. Social Técnico paramédico S. Social	Boletín Programas radiales y TV Diario Mural.	Nº Boletines entregados. Nº Programas realizados. Nº de diarios murales
Identificación del sector 2	Elaborar el ecomapa del sector 2 con participación de la Comunidad Actualización de Mapa Epidemiológico	Entrevistas con dirigentes Visitas a terreno Reuniones Elaboración Ecomapa	2010-2011	Equipo Enfermera	Registro fotográfico Informe Diario	Ecomapa y mapa epidemiológico o Elaborado y publicado
Promoción de la Salud: Diagnostico Participativo en Villa Fresia (Proyecto1)	Realizar Diagnostico Participativo de necesidades de salud de familias del sector Villa Fresia.	Reuniones de Equipo Reuniones de coordinación con dirigente vecinal. Citaciones Difusión Convivencia saludable	Abril 2010.	Equipo de Sector	Actas de reuniones. Listados de Asistencia Registro fotográfico Sistematización	% reuniones realizadas . % de familias asistentes.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud (Proyecto 2)	Continuar con el proceso de capacitación de líderes por sector	Entrevistas Reuniones Visitas domiciliarias Taller Implementación	Marzo a Septiembre	Equipo	Registro fotográfico Programa del Taller Listas de asistencia	Nº de sesiones realizadas Nº de líderes capacitados
Promoción de la Salud: Prevención (Proyecto 3)	Mantener a los cuidadores de postrados con apoyo permanente	Visitas domiciliarias Entrevistas Reuniones periódicas Taller de Autocuidado Convivencias saludables	Enero a Noviembre	Enfermera del sector Equipo de cabecera	Listas de asistencia a reuniones Registro fotográfico	Nº de cuidadores de postrados asistentes a reuniones
Promoción de la Salud: Prevención (Proyecto 4)	Educar a hijos de enfermos cardiovasculares en autocuidado como prevención a la enfermedad	Invitaciones Visitas domiciliarias a ingresos cardiovasc. Taller Convivencia saludable	Marzo a Noviembre	Matrona Equipo del sector	Lista de asistencia a taller Registro fotográfico	Nº de hijos de enfermos cardiovasculares informados
Promoción de la Salud (Proyecto 5)	Capacitar a los monitores de actividad física del Adulto Mayor en conductas adecuadas para mantener autovalencia	Coordinación con Presidenta Unión Comunal del Adulto Mayor Invitación monitores Taller de memoria Taller de Preparación sopa años dorados Cóctel saludable	Junio a Agosto	Asistente Social Equipo	Lista de asistencia a taller Registro fotográfico	Nº de monitores capacitados.

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud: ALHT Ambientes Libres Humo Tabaco (Proyecto 6)	Educación a jóvenes y niños sobre afectos adversos del cigarrillo. Acreditar Hogares Libres del Humo del Tabaco en la Villa Padre Hurtado	Coordinación con dirigentes Vecinales. Elaboración y aplicación de encuesta en domicilio. Taller Educativo Concurso de Dibujo Reunión masiva de Premiación Coctel saludable Visitas domiciliarias para acreditar los hogares	Mayo a Noviembre	A. Social Nutricionista Alumna de Trabajo Social U.B.B.	Programa Encuestas aplicadas Registro fotográfico Lista de Asistencia	Nº de encuestas aplicadas. Nº de asistentes a concurso y taller. Nº de Hogares que acreditan como ALHT
Promoción de la Salud: Medio Ambiente (Proyecto 7)	Educación a las familias del sector de la Piscina sobre la tenencia responsable de mascotas y el manejo de los residuos sólidos.	Elaboración de dípticos sobre medio ambiente. Reuniones con líderes de salud. Taller Educativo Actividad Masiva con entrega de receptáculos de basura y dípticos. Programas radiales. Diario Mural	Enero a Diciembre	Enfermera del M.A. TPM social	Dípticos Programa radial Listado de asistencia. Registro fotográfico	Nº de dípticos entregados Nº Asistentes a Taller Nº de familias que reciben receptáculo de basura.
Promoción de la Salud: (Proyecto 8)	Mantener a grupos de cardiovasculares organizados	Reuniones Visitas domiciliarias para promover asociatividad Entrevistas de gestión Taller Educativo Actividad masiva, almuerzo saludable Actividades educativas	Enero a diciembre	A. Social Equipo	Registro fotográfico Informe diario de actividades Crónica educativa	Nº de grupos organizados Nº de personas participando en los grupos

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atención del niño 1 mes – 5 años 11 meses 29 días	Valorar y potenciar el crecimiento y desarrollo del niño Conocer la situación familiar de niños y niñas con riesgo IRA, prematuros, VIF.	Control Salud Enfermera Control Salud Medico Visita Domiciliaria Vacunación Talleres Normas de Crianza. PNAC Consulta Lactancia Materna. Control Salud Prematuro Consulta Nutricional Consulta Social.	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Sector	Ficha Clínica Tarjeta Control Informe Diario Censo	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Salud Escolar	Evaluar el estado de salud de la población escolar de 1° y 7° básico	Coordinación Control de Salud Escolar Derivación a Equipo	Marzo a Diciembre 2010	Enfermera	Ficha de control salud 1° básico Ficha CLAP Informe diario	Actividades realizadas / actividades programadas.
Desarrollo sicomotor	Fortalecer el normal desarrollo sicomotor de la población infantil	Evaluar DSM a los 8 m – 18m-36 m Escalas de PA Consulta Medica Consulta Déficit Talleres de normas de crianza Coordinación con CHCC VDI	Enero a Diciembre 2010.	Enfermera Medico Equipo CHCC	Ficha clinica Tarjeta de control Ficha de riesgo Planilla de coordinación Estudio de casos Informe diario	Indicadores CHCC Actividades realizadas/ actividades programadas.

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atenciones Salud Recuperativa Atención I a menores con Malnutrición por déficit y exceso 0 – 14 años	Brindar atención a menores con malnutrición por déficit o exceso	Control Nutricionista Talleres educativos Visita Domiciliaria	Marzo a Diciembre 2010	Nutricionista A. social	Ficha Clínica Tarjeta de Control Informe diario REM	Actividades programadas / actividades realizadas.
Salud Preventiva Población Menor de 65 años	Conocer situación de riesgo de la población, para evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas.	EMP por enfermera Consulta Medica Consulta Nutricional Consulta Social Consejerías Breves en estilos de vida sano. Talleres Preventivos de ECNT	Enero a Diciembre 2010.	Equipo sector	Ficha clínica REM AO2 Informe diario	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Salud Preventiva Población Mayor 65 años	Conocer el estado de funcionalidad del AM y potenciar sus capacidades funcionales para mejorar su calidad de vida.	EMPAM por enfermera EMPAM por TPM capacitado Derivación a equipo. Coordinación con grupos organizados Coordinación intersectorial Taller de memoria PACAM Talleres de uso de productos PACAM	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Sector	Ficha Clínica REM Informe diario	Actividades realizadas/ actividades programadas.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Población Postrada	Brindar atención integral al paciente postrado y apoyar al cuidador en la aplicación correcta de los cuidados	Visita Domiciliaria Integral Visita domic. de procedimiento. Visita domic. por Medico. Talleres de participación de autocuidado, para cuidadores de postrados. Coordinación con el equipo.	Enero a Diciembre 2010.	Equipo de Sector	Ficha Clinica Registros seguimiento. Informe Diario Asistencia a Talleres.	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Atención usuarios Programa CP Y AD	Brindar atención integral al usuario y apoyar a la familia en el proceso terminal de la enfermedad.	Visita Medica a domicilio Visita domic. de enfermera. Visita domic. por TPM Aplicación domiciliaria de inmunización influenza-neumococo. Terapia Farmacológica Visita domic. a. Social Intervención en crisis	Enero a Diciembre 2010.	Equipo de Sector	Ficha clinica Registros de Seguimiento Informe diario REM	Actividades Realizadas/ actividades programadas.
Actividades Preventivas recuperativas : Atención de Salud población con FRCV	Fortalecer el autocuidado de los usuarios, para evitar las complicaciones de las ECNTS	Control Salud Medico Control Salud Enfermera Consulta Nutricional Atención Oftalmológica usuarios con DM Atención Podológica usuarios DM Inmunización influenza neumococo Consulta Social Talleres Educativos	Enero a Diciembre 2010.	Equipo de Sector	Ficha clinica Informe diario Censos Listado de Asistencia	Actividades realizadas/ actividades programadas.

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atención odontológica	Lograr cambios de conductas inadecuadas en relación a la salud bucal. Realizar acciones de prevención de enfermedades dentales. Recuperar piezas dentales posibles de recuperar	Educación sobre conductas adecuadas al usuario y familiares Atención odontológica	Enero a Diciembre	Odontólogo del sector 2 Asistente Dental	Hoja Diaria Consolidado mensual	% altas integrales
Atención Médica Morbilidad Sector 2	Otorgar una atención médica de calidad según modelo de Salud Familiar	Control médico Exámenes Derivación en caso necesario Educación estilos de Vida Receta	Agosto a Diciembre	Médico	Ficha clínica Informe Diario	Nº de usuarios atendidos.
Programa de la Mujer Sector 2 Control Prenatal	Entregar una atención de calidad y de acuerdo al modelo a mujeres antes de las 14 semanas de gestación	Consejerías de salud sexual y reproductiva Planificación Familiar Control médico	Abril a Diciembre	Médico Matrona	Ficha Clínica Informe Diario	Nº de intervén. Realizadas/Nº de embaraz. en control x100
	Motivar a las embarazadas con sobrepeso u obesas y aquellas con déficit nutricional a lograr los niveles esperados	Control nutricional Consejerías nutricionales	Abril a Diciembre	Nutricionista	Ficha Clínica Informe diario	
	Incorporar a la familia en el proceso de control del embarazo al 100% de las mujeres embarazadas	Talleres educativos Visita domiciliaria a embarazadas y R.N. en riesgo Consejerías Coordinaciones		Matrona Asistente Social Psicóloga ChCC	Crónica Educativa Ficha Clínica	Nº de embarazadas asistentes a talleres.

Regulación de la Fecundidad	Incorporar al programa al 100% de las primigestas ingresadas a Planificación familiar a los 30 días post parto	Coordinación con SOME Control matrona	Agosto a Diciembre	Matrona	Ficha Informe Diario	Nº de adolescentes incorporado al Programa.
Prevención del Embarazo Adolescente	Ingresar al 100% de los adolescentes con vida sexual activa al Programa de Planificación Familiar Educar a la Comunidad escolar del sector en sexualidad sana	Coordinación con la comunidad escolar del sector. Talleres educativos integrales, adolescentes, familia y profesores	Septiembre a Diciembre	Asistente Social Matrona Profesores Escuela del sector	Crónicas Educativas Lista de Asistencia Registro fotográfico	Nº de asistentes a talleres.
Control Ginecológico	Lograr que 100% de las mujeres del sector se encuentren con su examen de PAP y de Mamas al día y su control ginecológico	Campañas de PAP Derivaciones del equipo Educación grupal Difusión	Agosto a Diciembre	Equipo del sector Matrona	Tarjetas de control Fichas Clínicas Crónicas Educativas Dípticos	Nº de PAP y EFM vigentes/Total de mujeres mas 25 años del sector x 100
Control del Climaterio	Lograr que el 100% de las mujeres en edad de climaterio reciban atención por matrona y médico	Control médico Terapia Hormonal Educación por matrona y médico Control médico	Agosto a Diciembre	Médico Matrona Internas de Obstetricia	Ficha Clínica Tarjetas de control	Nº climatéricas con control/Nº total de climatéricas del sector x 100

PLAN DE TRABAJO EQUIPO DE CABECERA 2010
SECTOR 3

OBJETIVO GENERAL: Atender en forma integral a las familias y usuarios del sector 3 en APS considerando el modelo de Salud Familiar

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Información y Difusión sobre las actividades del equipo en el sector 3	Difundir en la comunidad las acciones que se realizan por el equipo	Programa Radial Programa TV. Boletín de la Promoción Diario Mural	Enero a Diciembre	A.Social TPM social	Boletín Programas radiales y TV Diario Mural.	Nº Boletines entregados. Nº Programas realizados. Nº de diarios murales
Coordinación con dirigentes Población El Progreso y sector El Roble	Informar a los dirigentes sobre las actividades que se realizarán en el sector	Reunión equipo cabecera. Visita domiciliaria a dirigentes. Reunión del equipo con dirigentes. Diagnostico Participativo en El Roble	Abril a Julio 2010	A. Social Enfermera Nutricionista	Acta de Reunión	
Organización de actividades de acuerdo a Diagnostico Participativo y Epidemiológico	Coordinar tiempos funciones y actividades con equipo de cabecera sector 3.	Reuniones de Equipo. Citaciones	Abril 2010	A. Social	Acta de Reunión	Nº de Reuniones
Promoción de la Salud	Continuar en el proceso de capacitación de lideres por sector	Reuniones Visitas domiciliarias Taller Implementación	Marzo a Septiembre	Equipo	Fotos Programa del Taller Listas de asistencia	Nº de sesiones realizadas Nº de líderes capacitados
Promoción de la Salud Prevención	Mantener a los cuidadores de postrados con apoyo permanente	Visitas domiciliarias Llamadas telefónicas Reuniones periódicas Taller de Autocuidado Convivencias saludables	Enero a Noviembre	Enfermera del sector Nutricionista Equipo de cabecera	Listas de asistencia a reuniones	Nº de cuidadores de postrados asistentes a reuniones

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud	Capacitar a los monitores de actividad física del Adulto Mayor en conductas adecuadas para mantener autovalencia	Coordinación con Presidenta Union Comunal del Adulto Mayor Invitación monitores Taller de memoria Taller de Preparación sopa años dorados Cóctel saludable	Junio a Agosto	Asistente Social Nutricionista Equipo	Lista de asistencia a taller Fotos	Nº de monitores capacitados.
Promoción de la Salud	Educar al usuario sobre estilos de vida sanos para prevenir obesidad	Consejerías breves en alimentación y actividad física Programas radiales Entrega de dípticos en OIRS	Marzo a Diciembre	Equipo del sector	Hoja diaria de promoción	Nº de consejerías realizadas.
Promoción de la Salud Prevención	Mantener la organización de enfermos respiratorios del sector.	Reuniones mensuales Educación Rifas Convivencias	Marzo a Diciembre	Asistente Social Equipo del sector Kinesiólogo	Programa de Actividades.	Grupo asistiendo
Promoción de la Salud Asociatividad	Organizar grupo de usuarios cardiovasculares del sector 3	Reuniones Entrevistas Controles Educación.	Febrero a Diciembre	Asistente Social Nutricionista Equipo de cabecera.	Programa de Actividades Listas de asistencia	Grupo formado.

Area Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución Responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud, ALHT Ambientes Libres Humo Tabaco	Educación a jóvenes y niños sobre efectos adversos del cigarrillo. Acreditar Hogares Libres del Humo del Tabaco sector El Roble.	Coordinación con dirigentes vecinales. Elaboración y aplicación a domicilio encuesta. Taller Educativo Concurso de Dibujo Reunión masiva de Premiación Coctel saludable Visitas domiciliarias para acreditar los hogares .	Mayo a Noviembre	(alumna de Trabajo Social) A.Social Enfermera Nutricionista	Programa Encuestas aplicadas Fotos Lista de Asistencia	Nº de encuestas aplicadas. Nº de asistentes a concurso y taller. Nº de Hogares que acreditan como ALHT
Promoción de la Salud Medio Ambiente	Mantener informado al sector sobre las diferentes campañas relacionadas con el M-A.	Elaboración de dípticos sobre el M.A. Reuniones con líderes de salud. Control de la información Programas radiales. Diario Mural	Enero a Diciembre	Enfermera del M.A. TP promoción	Dípticos Programa radial	Nº de dípticos entregados Nº de campañas
Promoción de la Salud. Asociatividad	Organizar un grupo comunitario de usuarios del programa Cardiovascular en Población El Progreso y en el sector El Roble	Coordinación con dirigentes. Visitas domiciliarias a usuarios. Tomas de presión Reuniones de grupo EMP Educaciones. Actividades recreativas Convivencias saludables.	Julio a Diciembre	Equipo de cabecera	Citaciones, Lista de asistencia a reuniones. Fotos	Grupo organizado con directiva y días de reunión establecidos. Nº de Educaciones y actividades recreativas.

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución Responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Funciones Equipo Paramédicos	Coordinar actividades que realizan los paramédicos del equipo	Entrevistas Reuniones.	Abril A Mayo	Equipo	Lista de asistencia a reuniones	Nº de reuniones
Visita domiciliaria integral. Usuarios con factores de riesgo relacionados con la alimentación	Conocer la situación Familiar de los niños con riesgo alimentario (desnutridos, sobrepesos, obesos)	Análisis de fichas para determinar casos a visitar. Coordinación con A. Social y Nutricionista. Visita domiciliaria integral.	Mayo A Diciembre	Asistente Social Nutricionista	Registro de Visitas domiciliarias. Nómina de familias a visitas.	Nº de visitas domiciliarias integrales.
Identificación del sector 3	Elaborar el ecomapa del sector 3 con participación de la Comunidad	Entrevistas con dirigentes Visitas a terreno Reuniones Elaboración Ecomapa	Septiembre A Diciembre	Equipo	Fotos Informe Diario	Ecomapa Elaborado y Difundido

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Niños con riesgo Ira, riesgos graves neumonía Prematuros, Accidentes caseros. Observación VIF Pacientes de Cuidados Paliativos Postrados y cardiovasculares	Conocer la situación familiar de los niños. Elaborar planes de enfrentamiento de las situaciones problema Brindar atención de Enfermería de acuerdo a las necesidades detectadas.	Visitas domiciliarias Integrales. Análisis de fichas. Coordinación con enfermeras pediatría, médico quirúrgico y epidemiología. Coordinación con movilización Derivación al resto del equipo cuando corresponda	Enero a Diciembre Agosto a Diciembre	Enfermera del sector. Técnicos Paramédicos	Registro de Visita domiciliaria. Formulario adhoc	Nº de visitas domiciliarias integrales
Desarrollo psicomotor	Conocer el desarrollo psicomotor del niño entre 8 meses y 3 años. Derivar a la red local al niño con déficit Educar a padres de niños menores de 2 años y de 2 a 4 años	Aplicación escala evaluación D.S.M. 8 ms. 80 % 18 ms 90 % 3 años 60 % Taller de normas y crianzas	Enero a Diciembre	Enfermera del sector Enfermera Psicóloga Asistente Social	 Crónica educativa Informe diario	Nº niños 8 ms con eva. DSM <hr/> Nº total de niños 8 ms en control Nº de niños 18 ms con eval. Dsm <hr/> Nº total de niños de 18 ms controlados Nº de niños de 3 años con Tepsi <hr/> Nº total de niños contr. Nº de padres educados en las dos edades <hr/> Nº total de padres en ambas edades (2 indicadores)

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Niños de Jardín Infantil	Conocer estado nutricional de párvulos del sector	Evaluación estado nutricional Coordinaciones Educaciones	Marzo Abril Mayo	Nutricionista	Informe de resultados Crónica educativa	<u>Nº de niños evaluados</u>
Salud Escolar 1º a 7º básico	Conocer las condiciones de salud del escolar. Detectar alteraciones. Derivar por Programa a JUNAEB	Control de Salud Escolar Coordinación con encargada comunal de salud municipal y S.S.Ñ. Evaluación	Marzo a Diciembre	Enfermera sector Técnico paramédico	Registro de control de Salud Escolar Informe Diario Planilla excel	<u>Nº controles realizados</u> Nº controles programados
Salud Escolar 1º y 2º básico	Conocer el estado nutricional de los niños de kinder 1º 2º básico.	Evaluación nutricional Educaciones	Marzo a Abril	Nutricionista	Informe de evaluación	Nº de niños evaluados
Diabetes	Conocer condiciones de salud de los pies del paciente diabético sin lesiones y establecer un diagnóstico de Enfermería.	Examen preventivo de pie De pacientes diabéticos Derivación en caso necesario	Agosto a Diciembre	Enfermera del sector 3	Registro Ficha Clínica Informe diario.	<u>Nº de evaluaciones pie diabético</u> Nº total de diabéticos en control sector 3

Area Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución Responsable	Medios de Verificación	Indicadores
Atención Médica Morbilidad Sector 3	Otorgar una atención médica de calidad según modelo de Salud Familiar	Control médico Exámenes Derivación en caso necesario Educación Est.de Vida Receta	Agosto a Diciembre	Médico	Ficha clínica Informe Diario	Nº de usuarios atendidos.
Atención integral y médica usuarios crónicos, cardiovasculares, epilepsia, enfermos respiratorios crónicos	Mantener a los usuarios compensados . Crear conciencia del autocuidado Educar en estilos de vida sanos	Control médico Tratamiento Exámenes Talleres educativos Difusión Control presión arterial Visita Domiciliaria Coordinación con Some	Enero a Diciembre	Médico Asistente Social Enfermera Nutricionista Técnico paramédico	Ficha clínica Informe diario	Nº de pacientes compensados Nº total de usuarios del programa
Examen Preventivo del Adulto	Pesquisar usuarios con obesidad y/o HTA	Derivación a profesionales del equipo Derivación a control seriado	Enero a Diciembre	Técnico Paramédico	EMP	Nº usuarios con EMP Nº de derivados a profesionales
Control de Niños Sanos	Mantener a los niños entre 21 días y 3 meses libres de enfermedades con fines preventivos	Control médico Vacunación Educación a madres por enfermera	Enero a Diciembre	Médico Paramédico Enfermera	Ficha médica Informe Diario Tarjeta Niño sano	Nº de niños sanos controlados
Postrados y Alivio del dolor	Entregar atención integral cuando se requiera	Control médico en domicilio Visita domiciliaria integral Coordinaciones Organización grupal Procedimientos Educación	Agosto a Diciembre	Médico Enfermera Asistente Social Técnico Paramédico Nutricionista	Ficha Clínica Registro en tarjeta Informe Diario	Nº de actividades realizadas

Area Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución Responsable	Medios de Verificación	Indicadores
Regulación de la Fecundidad	Incorporar al programa al 100% de las primigestas ingresadas a Planificación familiar a los 30 días post parto	Coordinación con Some Control matrona EMP Prevención ITS	Agosto a Diciembre	Matrona	Ficha Informe Diario	Nº de adolescentes incorporado al Programa.
Prevención del Embarazo Adolescente	Ingresar al 100% de los adolescentes con vida sexual activa al Programa de Planificación Familiar Educar a la Comunidad escolar del sector en sexualidad sana	Coordinación con la comunidad escolar del sector. Talleres educativos integrales, adolescentes, familia y profesores EMP Prevención y tratamiento ITS	Septiembre a Diciembre	Asistente Social Matrona Profesores Escuela del sector	Crónicas Educativas Lista de Asistencia Fotos	Nº de asistentes a talleres.
Control Ginecológico	Lograr que 100% de las mujeres del sector se encuentren con su examen de PAP y de Mamas al día y su control ginecológico	Campañas de PAP Derivaciones del equipo Educación grupal Difusión EMP Prevención ITS	Agosto a Diciembre	Equipo del sector Matrona	Tarjetas de control Fichas Clínicas Crónicas Educativas Dípticos	Nº de PAP y EFM vigentes Total de mujeres mas 25 años del sector
Control del Climaterio	Lograr que el 100% de las mujeres en edad de climaterio reciban atención por matrona y médico	Control médico Terapia Hormonal Educación por matrona y médico Control médico EMP Prevención y tratamiento ITS	Agosto a Diciembre	Médico Matrona Internas de Obstetricia	Ficha Clínica Tarjetas de control	Nº climatéricas con control Nº total de climatéricas del sector

Area Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución Responsable	Medios de Verificación	Indicadores
Programa Infantil Niños con problemas alimentarios por exceso o deficit	Reducir el N° de niños con sobrepeso, obesos o bajo peso. Promover estilos de Vida Sanos	Visita domiciliaria integral Control nutricional Consejería Atención social a niños con riesgo psicosocial	Enero a Diciembre	Nutricionista Médico Asistente Social	Ficha Clínica Informe Diario	N° de niños que superan su problema alimentario
Equipo	Mantener y promover conductas del equipo para lograr un trabajo en equipo que responda a las necesidades del modelo	Entrevistas Reuniones Coordinaciones Convivencias Evaluaciones	Marzo a Diciembre	Equipo	Actas de Reuniones Fotos	N° de reuniones

PROGRAMA CAPACITACION 2010 PARA EL PERSONAL LEY 18.834/89 SERVICIO DE SALUD ÑUBLE HOSPITAL COMUNITARIO DE S.F. DE BULNES

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	TIPO CAPACITACION (ART. 22º LEY 18.834)			NUMERO DE PARTICIPANTES POR PLANTAS					RESULTADOS ESPERADOS	Nº DE HORAS PEDAGÓGICAS	EVALUACION			Enfoque de género		FONDOS ITEM CAPACITACION \$	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO \$	
			Promoción	Perfeccionamiento	Voluntaria	Directivos	Profesionales	Técnicos	Administrativos	AuxiliaresL			TOTAL	SATISFACCIÓN	APRENDIZAJE	APLICABILIDAD	SI			NO
1.- MODELO SALUD FAMILIAR	Taller de Herramientas Básicas del nuevo Modelo de Salud Familiar	Aplicar Herramientas Básicas del Modelo de S.F: Genograma, Apgar Familiar y Ecomapa en la categorización y Planes de Intervención Familiar	X			0	10	10	4	0	24	Aplicación de las Herramientas básicas correctas para categorizar y desarrollar Planes de Intervención en las familias por sector.	24	X	X				800.000	800.000
	Taller de Técnicas en el manejo y atención de usuarios con enfermedades de salud mental para los Equipos de Cabecera	Utilizar Técnicas para el manejo y atención integral de los usuarios con enfermedades de salud mental	X			0	10	10	4	0	24	Integrantes de los Equipos de Cabecera capacitados para contención y manejo de crisis de los usuarios con problemas de salud mental y sus familias en los sectores	24	X	X		X		1.000.000	1.000.000
	Taller de Normas de crianza y Teoría del Apego para beneficiarios del Programa Chile Crece Contigo	Contar con herramientas de apoyo a la labor formativa de los padres relacionadas con Teoría del Apego y Normas de crianza de niños y niñas en su primera infancia y adolescencia.	X			0	10	10	4	0	24	Integrantes de los Equipos de Cabecera aplican los conceptos de la Teoría del Apego y las Normas de Crianza en la orientación de las familias en forma individual y en los talleres educativos.	24	X	X		X		800.000	800.000
SUBTOTAL LINEAMIENTO 1						-	30	30	12	-	72								2.600.000	2.600.000

3.- GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD.	Taller de regulación de Garantías Explicitas en salud. Grupo 1 y 2	Orientar adecuadamente a usuarios y usuarias sobre las Patologías GES de resolución local, incluidas en el año y las previstas al 2011.	X				12	15	5	4	36	Orientación de usuarios y usuarias sobre patologías garantizadas y aquellas de resolución local.	22	X	X				180.000	180.000
	Taller sobre accesibilidad de la Microred al Plan Auge	Familiarización y correcto manejo del flujograma de atención y derivación de usuarios GES	X			0	10	0	4	0	14	Adecuada orientación y derivación de usuarios beneficiarios GES	24	X	X				100.000	100.000
SUBTOTAL LINEAMIENTO 3						-	22	15	9	4	50	-	46	-	-	-	-	-	280.000	280.000
4.- Mejorar la Calidad de Atención y Trato al	Trato Usuario Grupo	Aplicar competencias Sociales y estrategias de atención a las y los usuarios en Salud considerando la no discriminación por género.	X				8	10	5	5	28	Atención y Trato al Usuario (a) cálido, acogedor, de calidad y sin discriminación por género.	24	X	X		X		800.000	800.000

4.- Mejorar la Calidad de Atención y Trato al Usuario.	Taller de Reanimación Cardiovascular y atención cardiovascular de urgencia, traslado de pacientes críticos en ambulancias SAMU.	Aplicar Técnicas , Adquirir habilidades y conocimientos para la atención prehospitalaria de urgencia oportuna y estandarizada en coordinación con la Red SAMU	X				12	22	0	0	34	Manejo eficiente de usuarios y usuarias que requieren reanimación cardiovascular de urgencia y traslado en ambulancias SAMU.	24	X	X					200.000	200.000
	Taller de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias y en APS Grupo 1 y 2	Actualizar, reforzar e internalizar conocimientos en la prevención de IIH en el personal Técnico, Profesional y Auxiliar del Establecimiento.	X				10	15	0	4	29	Desarrollo de competencias que propendan a evitar o disminuir las infecciones locales y aumentar tanto la eficiencia como la eficacia de las actividades de control y prevención de las IIH para prevenir el daño, mejorar la calidad de atención de nuestros usuarios(as), promoviendo el autocuidado y la protección de la salud de los funcionarios (as)	24	X	X	X	X			160.000	160.000
	Taller de Manejo Avanzado de Heridas	Actualizar y capacitar en el manejo avanzado de Heridas.		X			8	8	0	0	16	Ejecución de técnicas estandarizadas en la curación de heridas utilizando los antisépticos adecuados al tipo de heridas y tejidos comprometidos, considerando factores de riesgo individual de los usuarios(as), previniendo la sobreinfección y retardo en la cicatrización.	24	X	X		X			200.000	200.000
SUBTOTAL LINEAMIENTO 4						38	55	5	9	107									1.360.000	1.360.000	

5.- ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA.	Taller sobre el Autocuidado de los Equipos	Determinar los principales factores de riesgos asociados al deterioro de los equipos	X			10	10	6	4	30	Implementación de medidas de prevención que permita tener sanos(as) a funcionarios y funcionarias integrantes de equipos	24	X	X				800.000	800.000
	SUBTOTAL LINEAMIENTO 5																	800.000	800.000
6.- TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACION.	Taller Office nivel usuario básico	Utilizar equipos y herramientas computacionales a nivel básico.	X			5	10	5	4	24	Facilitar en los funcionarios el manejo de registros, acceso a la información, difusión y comunicación, fortaleciendo la igualdad de oportunidades y el buen desempeño.	24		X				160.000	160.000
	SUBTOTAL LINEAMIENTO 6																	160.000	160.000

8.- GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	Taller de Fortalecimiento del Liderazgo y gestión de RRHH en las Jefaturas del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes	Estimular y potencializar las competencias y perfil de las jefaturas en la gestión del recurso humano a su cargo	X				10	0	5	0	15	Estimulación y potencialización de la capacidad de liderazgo de las Jefaturas que les permita orientar la gestión del recurso humano a su cargo mejorando el trabajo en equipo y fortaleciendo al equipo directivo del Establecimiento	20	X	X					100.000	100.000
	Taller de Lenguaje y Comunicación "Aprendamos a tratarnos bien"	Fortalecer y desarrollar habilidades del lenguaje escrito y verbal	x				5	8	6	6	25	Funcionarios con las herramientas necesarias para elaborar documentos cumpliendo con formatos pertinentes, normativas vigentes y correcto uso de la redacción y ortografía. Uso correcto del lenguaje formal e informal fortaleciendo la Comunicación Verbal y mejorando la calidad de la información y satisfacción usuario interno y externo	24	X	X					800.000	800.000
	Capacitación en los planes de emergencia y contingencias locales con actividades prácticas(simulacros) al menos 2 veces al año	Aplicar protocolos locales en casos de emergencias o catástrofes.	X				5	7	7	4	23	Funcionarios informados, capacitados y adiestrados en la aplicación de Protocolos locales y desarrollo de los Planes de Emergencia frente a catástrofes y contingencias, teniendo como prioridad la vida e integridad de los usuarios, funcionarios, equipamientos e infraestructura de la institución.	24	X	X					200.000	200.000
	SUBTOTAL LINEAMIENTO 8						20	15	18	10	63									1.100.000	1.100.000
TOTALES						125	135	55	31	346									6.140.000	6.140.000	

PROGRAMA CAPACITACION 2010 PARA PROFESIONALES LEY 19.664 SERVICIO DE SALUD ÑUBLE HOSPITAL COMUNITARIO DE S.F. DE BULNES

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	TIPO		NUMERO DE PARTICIPANTES POR PROFESIONES					RESULTADOS ESPERADOS	NUMERO DE HORAS CRONOLÓGICAS	EVALUACION			Enfoque de género		FONDOS ITEM CAPACITACION \$	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO \$
			CAPACITACION	PERFECCIONAMIENTO	Médico	Odontólogo	Bioquímico	Quím. Farmacéutico	TOTAL			SATISFACCIÓN	APRENDIZAJE	APLICABILIDAD	SI	NO		
1.-MODELO SALUD FAMILIAR	Taller de Técnicas en el manejo y atención de usuarios con enfermedades de salud mental para los Equipos de Cabecera	Utilizar Técnicas para el manejo y atención integral de los usuarios con enfermedades de salud mental	X		3	1		1	5	Orientación de usuarios y usuarias sobre patologías garantizadas y aquellas de resolución local.	24	X	X		X		200.000	200.000
SUBTOTAL LINEAMIENTO 1					3	1	-	1	5		-	24	-	-	-	-	200.000	200.000

3.-GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD	Taller de regulación de Garantías Explicitas en salud.	Orientar adecuadamente a usuarios y usuarias sobre las Patologías GES de resolución local, incluidas en el año y las previstas al 2011.	X		3	1		1	5	Orientación de usuarios y usuarias sobre patologías garantizadas y aquellas de resolución local.	24	X	X				100.000	100.000
2.- DESARROLLO GESTION EN RED	Taller sobre accesibilidad de la Microred al Plan Auge	Familiarización y correcto manejo del flujograma de atención y derivación de usuarios GES	X		3	1		0	4	Adecuada orientación y derivación de usuarios beneficiarios GES	21	X	X				100.000	100.000
SUBTOTAL LINEAMIENTO 3					6	2	-	1	9		-	45	-	-	-	-	200.000	200.000

4.- CALIDAD DE LA ATENCION Y TRATO AL USUARIO	Curso ACLS	Fortalecer el Apoyo Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS) de acuerdo a la normativa vigente y lineamientos de la American Heart Association (AHA) y de la Fundación Interamericana del Corazón (FIC)	X	2	0		0	2	Contar con Médicos EDF con competencias técnicas en el apoyo Vital Cardiovascular	40	X	X				1.000.000	1.000.000
	Taller de Prevención de Infecciones Intrahospitalarias	Actualizar, reforzar e internalizar conocimientos en la prevención de IIH	X	2	1		1	4	Desarrollo de competencias que propendan a evitar o disminuir las infecciones locales y aumentar tanto la eficiencia como la eficacia de las actividades de control y prevención de las IIH para prevenir el daño, mejorar la calidad de atención de usuarios (as), promoviendo el autocuidado y la protección de la salud de los funcionarios.	80	X	X		x		1.000.000	1.000.000
SUBTOTAL LINEAMIENTO 4				2	1		1	6								2.000.000	2.000.000

5.- ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA.	Taller sobre el Autocuidado de los Equipos	Determinar los principales factores de riesgos asociados al deterioro de los equipos	X		1	1		1	3	Implementación de medidas de prevención que permita tener sanos(as) a funcionarios y funcionarias integrantes de equipos	24	X	X				120.000	120.000											
	SUBTOTAL LINEAMIENTO 5																	120.000	120.000										
8.-GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.	Taller de Fortalecimiento del Liderazgo y gestión de RRHH en las Jefaturas del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes	Estimular y potencializar las competencias y perfil de las jefaturas en la gestión del recurso humano a su cargo			1	1		1	3	Estimulación y potencialización de la capacidad de liderazgo de las Jefaturas que les permita orientar la gestión del recurso humano a su cargo mejorando el trabajo en equipo y fortaleciendo al equipo directivo del Establecimiento	24	X	X				100.000	100.000											
	SUBTOTAL LINEAMIENTO 8																												
TOTALES																	13	6	-	5	26	-	69	-	-	-	-	2.520.000	2.520.000

**DEPARTAMENTO DE SALUD
MUNICIPAL**

**CESFAM SANTA CLARA
CECOF TRES ESQUINAS**

MISIÓN

El Departamento de Salud Municipal de Bulnes es una organización pública con vocación de servicio hacia la comunidad que ofrece una atención integral con enfoque familiar y comunitario a través de un equipo de salud comprometido y capacitado en el desarrollo de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud de nuestras usuarias y usuarios.

VISIÓN

Convertirnos en el mejor Departamento de Salud Municipal del país, a través de un equipo capacitado, comprometido y empático, gestionando recursos para así mejorar la salud y/o la calidad de vida de los usuarios y usuarias de nuestra comunidad.

VALORES

- honestidad
- compromiso
- respeto
- empatía
- vocación de servicio

Elaboradas en Jornada Entornos Laborales Saludables, Sept. 2009, por todo el Equipo de Salud del DESAMU.

**DIAGNÓSTICO DE SALUD
CESFAM SANTA CLARA
Y
CECOF TRES ESQUINAS**

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD

INTRODUCCION

Se realiza trabajo con las Junta de Vecinos Pueblo Seco, además de vecinos de la Comunidad a manera de que este diagnostico sea representativo de las necesidades que nuestros usuarios observan.

La convocatoria no resulta todo lo masiva que el equipo de salud esperaba; sin embargo el resultado parece ser común a las necesidades del sector.

Este trabajo se realizo en dos grupos, a continuación se muestra su desarrollo y conclusiones.

Trabajo grupal

Identificación de problemas y/o necesidades

1. Escasez de horas médicas
2. Mala atención a los pacientes por funcionarios SOME
3. Mejoramiento de infraestructura del Establecimiento de salud
4. Falta de atención dental días sábado
5. Falta de medicamentos
6. Falta extensión horaria
7. Más información de especialistas
8. Falta ambulancia
9. Más responsabilidad con las horas especialista
10. Mejorar higiene en general
11. Solución a los pacientes en servicio de urgencia

Priorización de problemas (Matriz):

Problema	gravedad	magnitud	posibilidades de ser abordados	total
Escasez de horas médicas	3	3	2	8
Mala atención a los pacientes por funcionarios SOME	2	1	3	6
Mejoramiento de infraestructura del Establecimiento de salud	3	2	1	6
Falta de atención dental días sábado	2	2	2	6
Falta de medicamentos	1	1	1	3
Falta extensión horaria	2	3	1	6
Falta información de especialistas	3	3	1	7
Falta Ambulancia	3	3	1	7
Puntualidad en la atención	2	3	3	8
Mas responsabilidad con las horas de especialistas	3	3	1	7
Mejorar higiene en general del Establecimiento	1	1	3	5
Solución a los pacientes en servicio de urgencia	2	3	2	7

Problemas priorizados

Problema	gravedad	magnitud	posibilidades de ser abordados	total
Escasez horas médicas	3	3	2	8
Puntualidad en la atención	2	3	3	8
Solución a los pacientes de urgencia	2	3	2	7

Problema prioridad

Escasez de horas médicas

Población afectada por el problema

Los asistentes al taller diagnósticos refieren que los problemas de atención médica son afectados la población adulta o particularmente población entre 14 a 60 años, ya que tienen claro la priorización de atención para adultos mayores, menores de 2 años, embarazadas entre otros.

Efectos del problema

- Disgusto en la población y malestar
- Descontento con la institución
- Temor a no ser atendidos

Causas del problema

- Falta de recurso humano y económico
- Sector poco atrayente para los médicos

Historia del problema

- Asistente refieren que el problema es histórico del Consultorio, pero que se ha visto mayormente reflejado en el último año.

Conclusiones

A partir del problema prioridad y todo su análisis, los vecinos acordaron tratar el tema para darle solución, tomándose los siguientes acuerdos para ser abordados en conjunto con salud:

Compromiso de la Comunidad

- Difusión del problema
 - Incorporar el problema de salud priorizado en el Plan de Salud Comunal 2009
 - Tomar en cuenta el resto de los problemas y necesidades que no fueron priorizados
 - Compromiso de Participación de la comunidad
- Enviar resultados a la comunidad

EVALUACIÓN CONSEJOS DE DESARROLLO COMUNA SANTA CLARA: 96,2%

Aspecto a Evaluar	Evaluación	
	Descripción	Porcentaje
Contar con un plan de trabajo, el cual puede ser anual o bianual.		100%
Plan de trabajo enviado al SSÑ al 30 de abril del 2009.		100%
El Plan de Trabajo deberá tener: <u>Objetivos, Metas, Indicadores de Evaluación, Actividades, Cronograma y Responsables.</u>	La forma de estructurar los ITEM no permite visualizar su coherencia. No cuenta con meta ni indicadores de evaluación	67%
El plan deberá contemplar dos temas de relevancia nacional, obligatoriamente el <u>tema AUGE</u> como una Política de Derecho en Salud, siendo de decisión local el tipo de actividades a realizar.	1-AUGE 2-Gestión de reclamos, sugerencias y felicitaciones.	100%
Cada tema deberá contener a lo menos dos actividades concretas.	<u>1-AUGE:</u> Equipo de salud plantea las patologías. Difusión de AUGE en organizaciones sociales. <u>2- Gestión de reclamos, sugerencias y felicitaciones.</u> Recopilar información sobre sugerencias y reclamos en cada organización. Exposición del trabajo de cada comunidad en el CDD	100%
Cada Consejo de Desarrollo deberá desarrollar a lo menos 8 reuniones en el año.	8 Reuniones realizadas	100%

<p>Cada sesión deberá contar con una lista de asistencia y su respectiva acta.</p>		<p>100%</p>
<p>Respecto a su constitución y participación en las reuniones planificadas se espera a lo menos un 80% de asistencia del Director y/o suplente definido por resolución.</p>	<p>Asiste a 6 reuniones (75%)</p>	<p>95%</p>
<p>Respecto a su constitución y participación en las reuniones planificadas se espera a lo menos un 80% de asistencia de los representantes de 2 estamentos (pudiendo ser Profesionales, Técnicos y/o Administrativos).</p>		<p>100%</p>
<p>Respecto a su constitución y participación en las reuniones planificadas se espera a lo menos un 80% de asistencia de 7 Organizaciones Sociales (Funcionales y/o Territoriales)</p>		<p>100%</p>

UNIDAD DE SALUD AMBIENTE MUNICIPAL (USAM)

Elaboración y entrega de dípticos:

Se elaboraron un total de:

- Influenza 70
- Uso eficiente de la leña 400
- Prevención de Hanta virus 710
- Responsabilidad de las mascotas 520
- Cuidado del Medio Ambiente 400
- Cuidémosnos del sol 70
- Campaña día Mundial sin fumar 93
- Afiches de Prevención de Hanta 40

Estos distribuidos en:

- Educaciones a cargo de monitoras
- Sala de espera en Municipalidad
- OMIL
- Oficina de Medio Ambiente
- Consultorio Santa Clara
- Posta Tres Esquinas
- JJVV urbanos

Denuncia recibidas en Oficina de Medio Ambiente:

Datada solo desde el mes de mayo por pérdida de información por el hurto de éste.

Año 2009

- Mayo: 7
- Junio: 13
- Julio: 24
- Agosto: 5
- Septiembre: 11
- Octubre: 17
- Noviembre: 25
- Diciembre: 7

Año 2010

- Enero: 7
- Febrero: 5

Denuncias derivadas a Seremi de Salud:

- 17

Reuniones:

- Con Seremi de Salud, Chillán 7
- Dentro de la comuna, Bulnes 4
- Con monitoras ambientales 18
- Reuniones con Jefa DESAMU 14
- Vida Chile 3

Terreno:

32 salidas a:

- Sector Urbano
- Sector Rural como Santa Clara, Los Tilos, Rinconada de Coltón, Pozo de Oro, Tres Esquinas, Bulnes Sur.

Se realiza en Oficina de Medio Ambiente:

- Recepción de denuncias
- Gestiones con Seremi de Salud
- Terreno verificación de denuncias
- Preparación de monitoras ambientales
- Elaboración e impresión de dípticos educativos
- Asistencia a Reuniones y capacitaciones a cargo de Seremi de Salud
- Participación en su momento de Vida Chile
- Gestiones con COREMA Concepción
- Reuniones con DESAMU
- Reuniones con encargado de Medio Ambientes consultorio Santa Clara, Venancio Coñuepan
- Reuniones, coordinaciones y colaboración con Hospital de Bulnes, Cecilia Monsalve Encargada Medio Ambiente
- Actualización a través de Internet de temas específicos de Medio Ambiente

Programas de prevención elaborados y ejecutados:

- Protégete del hanta
- Uso eficiente de la leña
- Aperra con tu perro
- Cuidemos nuestro Medio ambiente+
- Cuidémonos este verano
- Día Mundial sin fumar

Programa de Educación a través de monitoras ambientales:

876 personas recibieron la educación en la primera etapa
704 segunda etapa.

Estas fueron entregadas puerta a puerta en JJVV:

- Arturo Prat
- Sargento Aldea
- Santa Cruz de Larqui
- Villa Larqui
- Manuel Bulnes
- El Progreso
- Villa Fresia
- Villa Padre Alberto Hurtado
- 11 septiembre
- Matías Madariaga I
- Matías Madariaga II
- Matías Madariaga III
- Bernardo O'Higgins
- Villa 3 de Octubre
- Gabriela Mistral

Encuestas:

Se realizaron encuestas **326** de Hanta Virus a sector Rural:

- Tres Esquinas
- Pozo de Oro

PROGRAMA DE SALUD ADULTO Y ADULTO MAYOR

INTRODUCCION

A la Atención Primaria Salud Municipal, con sus tres establecimientos, le corresponde en forma preferente la atención, sospecha, diagnóstico y tratamiento de los siguientes Problemas de Salud:

- Hipertensión arterial,
- Diabetes mellitus tipo 2,
- Depresión leve y moderada,
- Presbicia,
- Entrega de Ortesis,
- Artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada,
- Ira,
- Neumonía,
- Epilepsia no refractaria,
- Salud oral integral de 6 y 60 años,
- EPOC,
- Asma bronquial,
- Urgencia odontológica,
- Plan ambulatorio básico consumo perjudicial de OH y drogas

OTRAS ACTIVIDADES

- Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).
- Campaña de Invierno.
- Vacunación
- Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor
- Programa de TBC
- Visitas Domiciliarias Integrales
- Educaciones

Por su importancia y complejidad dentro de estos está El Programa de Salud Cardiovascular, que es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Este “nace” el 2002 producto de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial y Diabetes.

Las enfermedades cardiovasculares, son la primera causa de muerte en Chile. El año 2006 fallecieron 24.087 personas por esta causa, con una tasa de 146,6 por 100.000 habitantes, que corresponde a un 28,1 % de todas las muertes de este mismo año. Los principales componentes de la mortalidad cardiovascular son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebro vasculares.

En el nuevo enfoque del Programa Salud Cardiovascular, las decisiones terapéuticas se basan en la probabilidad de una persona de tener un evento cardiovascular en el futuro, infarto agudo al miocardio-IAM o ataque cerebral-ACV.

COBERTURA PACIENTES CRÓNICOS

Cobertura Pacientes Hipertensos

AÑO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL	719	773	832	932	1069	1136	1211	1295
%cobertura	16.8	18.1	19.5	21.8	18.0	19.2	18.9	21.4

% normotensión (PA \leq 130/85) =67.0 %

Cobertura Pacientes Diabéticos

AÑO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
TOTAL	208	211	235	264	319	334	371	411
%cobertura	4.8	4.9	5.5	6.2	5.3	5.6	5.8	6.8

% normoglicemia (HbA 1c \leq 7) =38.0%

ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR

El equipo responsable del Programa de Salud Cardiovascular, está conformado por: médico, enfermera, nutricionista y auxiliar paramédico, y el apoyo de asistente social.

El equipo de salud de atención primaria cumple un rol muy importante en la detección y registro de las personas con factores de riesgo en la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

El Examen de Medicina Preventiva (EMP) es una de las principales herramientas disponibles para pesquisar factores de riesgo Cardiovasculares

EMPA VIGENTES POBLACION MENOR A 64 AÑOS: 541

EMPA VIGENTES POBLACION MAYOR A 65 AÑOS: 489

ENTREGA DE ORTESIS Y PRÓTESIS :

ELEMENTOS	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lentes ópticos	45	45	43	30	91	33	371
Bastones	8	6	4	4	15	14	14
Andador	1	1	2	4	1	6	4
Audífonos (*)	0	2	2	3	5	5	6
Colchón anti escaras	2	1	0	2	3	7	11
Silla de ruedas	0	0	2	10	14	21	17

CONSULTAS DE MORBILIDAD REALIZADAS: 10.193

ALIMENTOS DEL PROGRAMA (PACAM) ENTREGADOS: 10.008 Kilos

Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor: promedio 5 pacientes mensuales.

Examen de Baciloscopias : 178 solicitadas con resultado.

Programa de TBC: 5 pacientes tratados en el año.

Visitas Domiciliarias Integrales: 120 realizadas.

Educaciones intraestablecimiento: 20 realizadas.

PROGRAMA SALA MIXTA PACIENTES CRÓNICOS RESPIRATORIOS INFANTILES Y ADULTOS

SALA IRA: Infecciones Respiratorias Agudas del Niño

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de consulta pediátrica en atención primaria y servicios de urgencia, constituyendo el 60% de todas las consultas anuales en promedio. Pueden ser causadas por una diversidad de agentes infecciosos, siendo los más importantes los virus y, en segundo lugar, las bacterias. De ellas, aproximadamente 50% son IRA altas y 50% IRA bajas.

En las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), hace una década, en 1994, la neumonía era la primera causa de mortalidad infantil tardía, dando cuenta del 24% de las defunciones en este grupo etario; un 60% de ellos ocurrían en domicilio. Así, el Ministerio de Salud da inicio a una estrategia dirigida al nivel de Atención Primaria de Salud, con un Programa Unificado de Infecciones Respiratorias Agudas, formulando normas que priorizan la toma de decisiones terapéuticas en base a parámetros preferentemente clínicos, y al apoyo radiológico o de Laboratorio (Astudillo et al. 1994).

En la actualidad, ante la baja mortalidad por neumonía, los esfuerzos deben enfocarse a mejorar la calidad de vida de nuestros niños, en especial si se considera el creciente aumento de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (Girardi G, Astudillo P, & Zuñiga F 2001). La Reforma Sanitaria recoge el impacto de este programa, el cual ha contribuido en forma muy importante a la reducción de los actuales índices de mortalidad infantil, de 7,8/1000 NV (2002) comparado con 16/1000 NV (1990).

MAGNITUD DEL PROBLEMA

De todos los fallecidos por IRA, en más del 90% de los casos la causa del deceso es la neumonía. En Chile, sigue siendo la principal causa de mortalidad infantil tardía. Cerca de un 40% de estos fallecimientos aún ocurren en domicilio o trayecto al hospital, muchas veces sin atención médica oportuna, hecho que se repite en todos los países latinoamericanos donde se ha estudiado. En nuestro país, esta cifra va en progresivo descenso, producto de las intervenciones:

Programa Nacional de IRA y Campaña de Invierno, constituyendo la causa de mortalidad infantil de mayor reducción en la última década. No obstante, continúa siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia.

Dentro de las IRA bajas, las más importantes son el SBO, que da cuenta del 23 - 25% del total, constituyendo la principal causa específica de morbilidad pediátrica en Chile, y la neumonía, cuyo promedio anual es 2,1%. Como es sabido, en todo el país estos valores promedio presentan una gran variabilidad estacional relacionada con factores de riesgo, como son las infecciones virales, el frío y la contaminación atmosférica.

En efecto, del verano al invierno las IRA bajas oscilan de 22 a 45% del total de consultas; el SBO de 15 a más de 30%, y las neumonías de un 1 a un 5%. La incidencia de IRA baja oscila entre 3 a 6 episodios anuales por niño, disminuyendo claramente su frecuencia con la edad. El 77% de los niños presenta al menos una

IRA baja antes de los 4 años. A esta edad, el 58% de los niños ha tenido SBO. De ellos, 52,1% lo presenta en sus 2 primeros años de la vida, un 30% deja de tenerlo a los 2 años (sibilancias transitorias) y un 22% lo continúa teniendo a los 4 años (sibilancias persistentes); un 5% inicia su SBO a partir del 3° o 4° año (sibilancias de inicio tardío).

Es preciso destacar que el SBO es también un importante factor de riesgo de enfermar por neumonía. Así, los niños que no presentan SBO enferman y se hospitalizan por neumonía claramente menos que los que presentan sibilancias transitorias, y éstos, a su vez, menos que los portadores de sibilancias persistentes. Las IRA son también la principal causa de hospitalización en pediatría (Aranda C et al. 2002)

SALA ERA: Enfermedad Respiratoria del Adulto

El envejecimiento de la población, el notable impacto sanitario que Chile ha logrado sobre las enfermedades infecto contagiosas, el tabaquismo creciente principalmente en el grupo vulnerable de los adolescentes y en el sexo femenino, el alto grado de contaminación atmosférica que presentan Santiago y otras ciudades del país, podrían explicar el alto porcentaje de sintomatología respiratoria crónica que presentan los adultos de áreas urbanas y rurales de Chile, como fue evidenciado por la última encuesta de Salud dada a conocer por el MINSAL en el año 2004. Concordante con ello, se posee información confiable a lo largo de los últimos años de la existencia de una frecuencia de consultas de adultos por causas respiratorias cercanas al 20%, en los Consultorios de Atención Primaria independiente de la estacionalidad típica de estas enfermedades. En Chile se ha evaluado la prevalencia de la enfermedad en población infantil, la que corresponde a cerca del 10% en niños de 13 a 14 años), documentándose una posible tendencia creciente de la enfermedad y cambios epidemiológicos relevantes. Entre el 1 y 3% de las consultas en los Servicios de Urgencia Hospitalario a lo largo del país del grupo de 15 a 44 años, lo constituyen las crisis bronquiales obstructivas, siendo esta causa aún mucho mas frecuente en los grupos etarios mayores. Entre ellas, un grupo de pacientes obstructivos requiere de hospitalización y es responsable de un considerable impacto en demanda sanitaria. Estudios nacionales e internacionales en diferentes grupos de edad, confirman que una causa creciente de estas consultas son atribuibles al asma bronquial principalmente asociada a una falta de diagnóstico o tratamiento insuficiente por diferentes motivos y que esta patología es la principal causa individual de ausentismo laboral y escolar de sujetos jóvenes, con un impacto económico familiar importante como lo han demostrado diversos estudios internacionales. Se ha demostrado inequívocamente, que el tratamiento precoz del asma bronquial se traduce en una mejoría en la calidad de vida, con una disminución del impacto económico social de ella, asociado a una reducción de los recursos sanitarios, una menor presión asistencial sobre los Consultorios de Atención Primaria, Servicios de Urgencia y grupos especializados. Estudios controlados y consensos internacionales han demostrado que esquemas terapéuticos simples utilizados por equipos de salud entrenados a nivel de Centros de Atención Primaria, poseen ventajas operacionales, económicas y sanitarias que son bien percibidas por la Comunidad, los equipos de Salud, sus administradores y especialistas de nivel Hospitalario. En esta línea se orienta la iniciativa programática a nivel Nacional (2002) constituida por el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA).

POBLACION DE CRONICOS RESPIRATORIOS CES SANTA CLARA, DIVIDIDOS POR PATOLOGIA Y CLASIFICADOS SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD. (Diciembre de 2009)

El registro de la sala Mixta del CES Santa Clara, actualmente registra un total de 279 pacientes inscritos; 108 en sala IRA y 171 en sala ERA, pacientes que se controlan cada 3 meses o cada 6 meses según grado de severidad. Estos controles se realizan por Kinesiólogo de la sala y por Médico del establecimiento, según el Kinesiólogo lo estime conveniente.

INFORMACION DE PACIENTES CRONICOS RESPIRATORIOS CES Santa Clara

	Nº Total de Pacientes Activos	Nº Total por cada Diagnóstico		Nº Total por cada Clasificación según Severidad		
		ASMA	SBOR	LEVE	MODERADO	SEVERO
SALA IRA	108	54	54	90	12	6
SALA ERA	171	ASMA	EPOC/FIBROSIS	LEVE	MODERADO	SEVERO
		78		54	13	11
				ETAPA A	ETAPA B	
TOTAL	279		87/6	74	13	

dic-09

LABORATORIO DE FUNCION PULMONAR

La espirometría es una prueba fundamental en la evaluación funcional respiratoria. Este test es utilizado frecuentemente en la práctica clínica y en estudios de poblaciones.

Entre los diversos índices derivados de una espiración forzada, el VEF₁ y la CVF son los más usados debido a su buena reproducibilidad, facilidad de su medición, y su grado de correlación con la etapa de la enfermedad, condición funcional, morbilidad y mortalidad. Es por este motivo que el Centro de Salud Santa Clara, cuenta con un Espirómetro de alta tecnología, que permite poder diagnosticar con rapidez, patologías respiratorias, como a su vez mantener un buen control de la función Respiratoria de la población que pertenece a Sala Mixta. Este espirómetro esta a cargo y es manipulado por un Kinesiólogo, debidamente capacitado en la toma de este examen.

Durante el presente año, se han realizado 292 espirometrías, exámenes que están enfocados al diagnóstico y al control de los pacientes de Sala Mixta.

Las espirometrías se realizan en la sala Mixta del CES Santa Clara, según orden Médica y según Kinesiólogo lo estime conveniente.

CONVENIO RADIOGRAFIAS DE TÓRAX

Actualmente el CES Santa Clara cuenta con un convenio de RX de Tórax con el Centro Radiológico IRUS. Estas Radiografías están destinadas a la confirmación diagnóstica de Neumonía en menores de 5 y mayores de 65 años, así como también para los controles de los crónicos respiratorios de la sala Mixta.

A continuación se muestra una tabla con la distribución de estas radiografías separadas mensualmente durante el 2009.

MES	Radiografías
Enero	10
Febrero	13
Marzo	8
Abril	6
Mayo	6
Junio	8
Julio	15
Agosto	11
Septiembre	11
Octubre	9
Noviembre	8
Diciembre	6
TOTAL	101

OTRAS ACTIVIDADES DE SALA MIXTA

Otras actividades que realiza la sala mixta, son charlas y capacitaciones sobre enfermedades respiratorias, campaña antitabaco y promoción de estilo de vida saludable a la comunidad; principalmente escuelas, salas cunas y grupos de adultos mayores.

Durante el año 2009 se realizaron en el Mes de Marzo, charlas educativas en Escuelas de Pueblo Seco y Santa Clara, y en la sala cuna de Pueblo Seco. Actividades que se enmarcan en la campaña de invierno, que encabeza el MINSAL.

Se realizó la acreditación de 8 Hogares libres del Humo del Tabaco en Villa los Maitenes, a familias con pacientes Crónicos Respiratorios.

PROGRAMA ODONTOLÓGICO AÑO 2009

El Programa Odontológico basa sus actividades en el cumplimiento de los compromisos de gestión del Ministerio de Salud en la población menor de 20 años y embarazadas. La atención en estos grupos prioritarios permite la atención odontológica integral del paciente y sus respectivos controles, destacándose las siguientes actividades realizadas durante el año 2009:

- Actividades de Promoción
- Instrucciones de Higiene Oral: 1.088
- Sellantes: 906
- Higienización Oral: 592
- Fluoración Tópica: 270
- Exodoncias: 1.987
- Obturaciones (amalgama, composite y vidrio ionómero): 4.489

El Consultorio Santa Clara y Posta Tres Esquinas, tiene como centro de referencia inmediata al Hospital de Bulnes, en el cual se resuelven las interconsultas derivadas de cirugía bucal y endodoncias.

Los grupos etéreos mayores de 20 años reciben atención odontológica basada en actividades recuperativas realizadas en la extensión horaria.

El régimen de garantías explícitas en salud, destaca en salud bucal los siguientes compromisos:

- Atención odontológica Integral de los niños de 6 años (con un cumplimiento de 100% en el ingreso a su atención en un tiempo menor a 90 días)
- Atención odontológica Integral en pacientes de 60 años (con un cumplimiento de 100% en el ingreso a su atención en un tiempo menor a 90 días)
- Urgencia Odontológica Ambulatoria (cumplimiento 100% en el acceso a la atención odontológica, confirmación diagnóstica y posterior tratamiento en las patologías incorporadas)
- Atención Odontológica Integral de Embarazadas (con un cumplimiento de 100% en el ingreso a su atención en un tiempo menor a 21 días)

La Salud Bucal participa en varios programas de protección social de carácter intersectorial entre los que se destacan:

- Chile Solidario (atención dental integral de hombres y mujeres de escasos recursos de la comuna de Bulnes, la que incluye prótesis dentales para cada paciente en el caso de requerirlas).

- Chile Crece Contigo (atención de cada embarazada incorporada a este programa con un alto sentido promocional y preventivo en la atención individual y colectiva en los talleres realizados).
- SERNAM (componente de salud bucal dado a cada mujer que pertenece a este programa de la comuna de Bulnes).

Las actividades promocionales durante el 2009 se han basado en la incorporación y posterior reforzamiento de instrucciones en higiene oral en los niños de jardines y escuelas (kinder y primero básico) de las zonas rurales de la comuna de Bulnes, para esto se entregó a cada alumno su cepillo y pasta dental con la realización de diferentes talleres en la que también participaron padres y apoderados.

Con el objetivo de mejorar y mantener la salud bucal de la población preescolar, escolar y embarazada de la comuna de Bulnes a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas, la cobertura durante el año 2009 en los diferentes grupos etareos es la siguiente:

- **IAAPS:** 19% Altas Integrales Odontológicas en menores de 20 años

Población Menor de 20 años: **2960**

Total de Altas realizadas: **679**

Altas Integrales Odontológicas en menores de 20 años: **679 / 2960 = 22,9%**

- **METAS SANITARIAS:**

1.- Altas Odontológicas 6 años: 70%

Población de 6 años: **104**

- Altas realizadas en CES Santa Clara: **47**

- Altas realizadas en Posta de Tres Esquinas: **29**

Altas Odontológicas 6 años: 76 / 104 = 73%

2.- Altas Odontológicas 12 años: 65%

Población de 12 años: **150**

- Altas realizadas en CES Santa Clara: **62**

- Altas realizadas en Posta de Tres Esquinas: **52**

Altas Odontológicas 12 años: **104 / 150 = 76%**

3.- Altas Odontológicas Primigestas: 75%

Población Primigestas: 49

- Altas realizadas en CES Santa Clara: 30

- Altas realizadas en Posta de Tres Esquinas: 10

Altas Odontológicas Primigestas: **40 / 49 = 81,6%**

4.- Altas Odontológicas Gestantes Repetidas: 25%

Población Gestantes Repetidas: **52**

- Altas realizadas en CES Santa Clara: **17**

- Altas realizadas en Posta de Tres Esquinas: **7**

Altas Odontológicas Gestantes Repetidas: **24 / 52 = 46,1%**

UNIDAD OFTALMOLOGICA (UAPO)

RECUESTO UAPO 2009

PUESTA EN MARCHA:: nov-08

INICIO ACTIVIDADES: 15-dic-08

INICIO ATENCIONES OFTALMOLOGO:17-feb-09

POBLACION BENEFICIARIA COMUNA DE BULNES, PEMUCO Y QUILLON

USUARIOS BENEFICIARIOS FONASA, EDAD 20 A 64 AÑOS, NO GES

TOTAL: 46.096 PERSONAS

TOTAL SEGÚN EDAD: 19.427 PERSONAS

RECURSO HUMANO:	TECNOLOGO MEDICO EN OFTALMOLOGIA	CRISTIAN SANDOVAL	44 HRS
	TECNICO EN ENFERMERIA	MARIA PAZ RIVAS	44 HRS
	OFTALMOLOGOS "OFTALMOLOGIA E INVERSIONES":	RAUL SAN MARTIN	11 HRS
		HECTOR SEPULVEDA	
		MARCELO MUÑOZ M.	
		RAUL MARTINEZ	
		ANDREA SAN MARTIN	
		MAURICIO MELLADO	
		MARCELO JIMENEZ	
LEONARDO CASTILLO			

PROCEDIMIENTO Y EXAMENES	REALIZADO POR
AGUDEZA VISUAL	TENS
REFRACCION:	TENS
TONOMETRIA	TM
CURVA DE TENSION:	TM
CAMPIMETRIA:	TM
VIA LAGRIMAL	TM
TEST DE SHIRMER	TM
PRUEBA DE OSCURIDAD	TM
ESTUDIO SENSORIOMOTOR	TM
URGENCIAS	TENS+TM

MANEJO DE USUARIOS CRONICOS POR GLAUCOMA

CURVA DE TENSION

CAMPIMETRIA COMPUTARIZADA EN HOSPITAL CHILLAN

ENTREGA DE TRATAMIENTOS BASICOS:

TIMOLOL: EN CENTRO DE SALUD DE ORIGEN

HOSPITAL DE CHILLAN

BETAXOLOL: HOSPITAL DE CHILLAN

HOSPITAL DE BULNES

OTROS: HOSPITAL CHILLAN

MUESTRAS UAPO

OBSERVACIONES:

1. DURANTE EL AÑO 2009 EL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DESTINÓ RECURSOS A LA COMPRA DE TIMOLOL, EL MEDICAMENTO MAS USADO PARA GLAUCOMA
2. LA UAPO EN GESTIONÓ CON ALGUNOS LABORATORIOS LA ENTREGA DE MUESTRAS DE MEDICAMENTOS TALES COMO ANTIBIOTICOS, ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDALES Y NO ESTEROIDALES, ANTIALERGICOS Y ANTIGLAUCOMATOSOS
3. ADEMÁS, EL SERVICIO DE SALUD DE MANERA EXCEPCIONAL DESTINÓ EN NOVIEMBRE A LA UAPO GRAN CANTIDAD DE MEDICAMENTOS:
 - a. LAGRIMAS ARTIFICIALES: 300 UNIDADES
 - b. ANTIBIOTICOS+ANTIINFLAMATORIOS : 25 UNIDADES
 - c. ANTIGLAUCOMATOSOS(TIMOLOL,BETAXOLOL): 90 UNIDADES
4. EL HOSPITAL HERMINDA MARTIN DE CHILLAN NOS FACILITÓ LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS ANTIGLAUCOMATOSOS
5. SE ENTREGARON 650 LENTES A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BULNES
6. SE ENTREGARON 397 LENTES A USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE SANTA CLARA Y TRES ESQUINAS

ACTIVIDADES DE PREVENCION Y PROMOCION EN SALUD VISUAL:

1. TOMA DE PRESION OCULAR EN FONDOS DE OJO HOSPITAL BULNES Y CESFAM SANTA CLARA PARA PREVENCION DE GLAUCOMA
2. DIA DEL GLAUCOMA: TOMA DE PRESION OCULAR A COMUNIDAD BULNENSE
3. CHARLAS EDUCATIVAS A DIABETICOS EN CONTROL DE PROGRAMA CARDIOVASCULAR HOSPITAL DE BULNES
4. CAPSULAS INFORMATIVAS Y EDUCATIVAS SEMANALES EN CANAL DE TELEVISION LOCAL BULNES TV
5. OPERATIVO VISUAL A AGRUPACION DE DISCAPACITADOS "UNION Y ESPERANZA"

ITEM	CANTIDAD	PORCENTAJE	OBSERVACION
TOTAL USUARIOS ATENDIDOS:	1801		
TOTAL ATENCIONES (NUEVOS+CONTROLES):	2721		
TOTAL ATENCIONES OFTALMOLOGO:	1589		
USUARIOS POR RANGO ETARIO:			
5-25 AÑOS	245	13,60%	
26-45 AÑOS	463	25,70%	
46-65 AÑOS	893	49,60%	
66 O MAS	200	11,10%	
TOTAL	1801	100,00%	
USUARIOS POR GENERO:			
HOMBRE:	508	28,20%	
MUJER:	1293	71,80%	
TOTAL	1801	100,00%	
USUARIOS POR ORIGEN:			
CENTROS SALUD QUILLON	134	7,40%	
CENTROS SALUD PEMUCO	133	7,40%	
CENTROS SALUD BULNES	427	23,70%	CESFAM SANTA CLARA,POSTA TRES ESQUINAS
HOSPITAL BULNES	1101	61,10%	
OTROS	6	0,30%	HOSPITAL CHILLAN, USUARIOS FONASA BULNES
TOTAL	1801	100%	

ATENCIONES OFTALMOLOGO			
USUARIOS SEGÚN PATOLOGIA	1302		
VICIO DE REFRACCION	1029		lentes recetados: 1494
GLAUCOMA	82		
RETINOPATIA DIABETICA	7		
CATARATA	21		
OTROS RETINA	26		ENFERMEDADES RARAS Y OTROS.
CORNEA,PARPADO Y CONJUNTIVA	143		
OTROS	84		UVEITIS, ESTRABISMO, RARAS,SANOS
CONTROLES	287		
TOTAL ATENCIONES	1589		
DERIVACIONES A CENTRO MAYOR COMPLEJIDAD			
HOSPITAL REGIONAL CONCEPCION	12		LASER IRIDOTOMIA,ENF . RARAS
HOSPITAL HERMINDA MARTIN CHILLAN			
GES	28		CATARATA,VICIO REFRACCION
CIRUGIA MENOR	73		PTERIGION,OBS TRUCCION LAGRIMAL,CHAL AZION,ECTROPI ON
URGENCIAS	9		CUERPO EXTRAÑO
TOTAL	122		

CRONICOS GLAUCOMA			
TOTAL USUARIOS EN CONTROL CON TM UAPO	89		EN CONTROL PERMANENTE
USUARIOS SEGÚN LUGAR DONDE FUE DIAGNOSTICADO			
UAPO	59		PESQUIZADOS EN ATENCION PRIMARIA,FONDO DE OJO Y DIAG
FUERA UAPO	30		HOSPITAL CHILLAN,EXTRA SISTEMA, OTROS
PROCEDIMIENTOS			
AGUDEZA VISUAL:	1866		
REFRACCION:	1815		
TONOMETRIA:	1501		TOMA DE PRESION OCULAR
CURVA DE TENSION:	530		ESTUDIO GLAUCOMA
CAMPIMETRIA:	421		ESTUDIO GLAUCOMA
VIA LAGRIMAL:	33		
TEST DE SHIRMER:	7		ESTUDIO FILM LAGRIMAL
PRUEBA DE OSCURIDAD:	14		ESTUDIO GLAUCOMA
ESTUDIO SENSORIOMOTOR:	90		ESTUDIO ESTRABISMO
URGENCIAS:	154		
TOTAL	6431		

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD VISUAL			
ACTIVIDADES	RESULTADOS	%	OBSERVACIONES
TONOMETRIA EN FONDOS DE OJO			
BULNES	312		
STA CLARA	143		
TRES ESQUINAS	81		
TOTAL	536		
DERIVACIONES			
UAPO	34		ESTUDIO DE GLAUCOMA
HOSPITAL CHILLAN	11		GES RETINOPATIA DIABETICA O CATARATA
DIA INTERNACIONAL DEL GLAUCOMA			
TOTAL PERSONAS EVALUADAS	104		
SOSPECHOSOS	11	10,60%	SE DERIVA A UAPO PARA ESTUDIO DE GLAUCOMA
NORMALES	93	89,40%	CONTROL 1 AÑO
CONFIRMADOS LUEGO DE ESTUDIO DE GLAUCOMA	6	5,80%	

DIAGNÓSTICO PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL 2009

ANTECEDENTES GENERALES

La Salud Mental es considerada como un componente de la realidad de vida del individuo y de la comunidad, figurando entre las prioridades nacionales de salud.

Como propuesta el Programa de Salud Mental Integral busca contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, tanto en acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud mental de la población.

Sus objetivos son crear y fortalecer sistemas de coordinación estable con organismos gubernamentales, servicios municipales e instituciones que se relacionan con problemas de salud mental; elaborar e implementar proyectos y programas de intervención específicas al tema; promover en los grupos el funcionamiento democrático y apoyo mutuo; sensibilizar y motivar a la comunidad en general respecto al tema de la salud mental.

Salud Mental es un Programa transversal, por lo que debe estar inserto, tanto en el Programa de la Mujer, como en el Programa Infantil, del Adolescente y en el Programa del Adulto-AM, reconociendo que el ser humano transita por diversas etapas de un ciclo vital, claramente definidas, en las que se desarrollan diversos aspectos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Por lo tanto dentro de este proceso las personas y las familias tienen necesidades y demandas específicas en diversos ámbitos.

A nivel primario de atención, las áreas de mayor preocupación son Depresión, Violencia Intrafamiliar y Consumo Perjudicial de Alcohol y otras Drogas, y el enfoque actual para abordarlas busca intervenir en el ambiente natural y psicosocial, como asimismo, los estilos de vida.

Conformación del Equipo de salud que interviene en Salud Mental:

El Programa consta de un Equipo transdisciplinario y capacitado en todas las áreas de la Salud Mental Integral, con enfoque en la Salud Familiar:

Nombre	Profesión	Horas	Desglose	Actividades
David Clemo Steel	Médico CES Santa Clara	8	* 8 hrs. Ciclo Destinación (financiamiento SSÑ-MINSAL)	Realiza diagnóstico a paciente en primera consulta. Derivación a equipo salud mental para tratamiento y seguimiento.
Francisca Arpón	Médico Posta Tres Esquinas	4	* 4 hrs. contrato plazo fijo (financiamiento Salud Municipal)	Realiza diagnóstico a paciente en primera consulta. Derivación a equipo salud mental para seguimiento.
Carolina Ortega Palma	Psicóloga CES Santa Clara	44	* 44 hrs. contrato plazo fijo (financiamiento municipal)	Horas destinadas a Jefatura de Programa, Atención de pacientes, psicoterapia individual, intervención psicosocial grupal, registro de atención, seguimiento, monitoreo patologías GES de Salud Mental, Sistemas de Registro, reuniones de Equipo y Evaluación.
Viviana Callejas Leyton	Psicóloga CES Santa Clara y CECOF Tres Esquinas	44	* 22 hrs. Contrato plazo fijo (financiamiento Salud Municipal) * 22 hrs. Contrato Honorarios (financiamiento Convenio Programa Salud Mental Integral)	Atención de pacientes, psicoterapia individual, intervención psicosocial grupal, registro de atención, seguimiento.
Venancio Coñuepan Arcos	Asistente Social CES Santa Clara	11	* 11 hrs. contrato indefinido (financiamiento Salud Municipal)	Atención de pacientes, visita domiciliaria, consejería, terapia complementaria, talleres y seguimiento.
Claudia Monsalve Venegas	Asistente Social CECOF Tres Esquinas	18	* 18 hrs. contrato plazo fijo (financiamiento municipal)	Atención de pacientes, visita domiciliaria, seguimiento, sistema de registro, taller Psicosocial grupal.
Tania Contreras Rosales	Técnico Paramédico CES Santa Clara	11	* 11 hrs. contrato plazo fijo (financiamiento municipal)	Apoyo de registro farmacológico, apoyo en elaboración de Censos,

	Clara			rescates de pacientes, mantenimiento del tarjetero y visitas domiciliarias.
Maricel Guerrero	Técnico Paramédico CECOF Tres Esquinas	5	* 5 horas contrato plazo fijo (financiamiento municipal)	Apoyo de registro farmacológico, apoyo en elaboración de Censos, rescates de pacientes, mantenimiento del tarjetero y visitas domiciliarias.
Mauricio Cisternas	Naturópata CES Santa Clara y CECOF Tres Esquinas	4	* 4 horas Contrato Honorarios	Atención de pacientes y talleres grupales, grupos de autoayuda de VIF.

En el plano administrativo, la Jefa de Programa es la Ps. Carolina Ortega P., y el equipo completo lo componen Asistentes Sociales, Psicólogos, Médicos, Técnicos Paramédicos y Naturópata.

A continuación se especifican las áreas de intervención del programa de Salud Mental Integral, con sus respectivos datos estadísticos. Esta información corresponde a la población en control del Programa y a los ingresos por área temática correspondiente a ambos establecimientos, desagregados por grupo etéreo.

Es importante señalar que estas cifras son las manejadas por la Unidad de Estadística del Centro de Salud Santa Clara, lo que se traduce en la **población consultante**, pero que en la realidad se estiman que sean mayores a las indicadas a continuación.

CENTRO DE SALUD SANTA CLARA

POBLACIÓN TOTAL	
0- 9 años	756
6-9 años	396
10- 19 años	1125
15- 19 años	550
20 – 64 años	3379
20 – 64 años femenina	1736
65 y más	576

EVALUACIÓN INGRESOS Y COBERTURA PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL 2009		
Población en control por Trastornos del desarrollo, conductuales, del aprendizaje y otros	0-9 años	0
Población en control por Trastornos del desarrollo, conductuales, del aprendizaje y otros	10 a 19 años	2
Cobertura de Niños con Trastorno Hipercinético	6 a 9 años	2
Maltrato infantil	0 a 9 años	0
Maltrato infantil	10 a 19 años	0
Depresión.	10 a 19 años	4
Depresión	20 a 64 años	71
Depresión	65 y más	8
Consumo OH y DD	10 a 19 años	0
Consumo OH y DD	20 a 64 años	34
Consumo OH y DD	65 años y más	5
VIF	20 a 64 años	16
VIF	65 años y más	0
Mujeres con VIF ingresadas a Intervención psicosocial grupal	20 años y más	0
Patologías Psiquiátricas severas (distintas de EQZ).	20 años y más	0

CECOF TRES ESQUINAS

POBLACIÓN TOTAL	
0- 9 años	387
6-9 años	170
10- 19 años	606
15- 19 años	314
20 – 64 años	1718
20 – 64 años femenina	865
65 y más	322

EVALUACIÓN INGRESOS Y COBERTURA PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL 2009		
Población en control por Trastornos del desarrollo, conductuales, del aprendizaje y otros	0-9 años	9
Población en control por Trastornos del desarrollo, conductuales, del aprendizaje y otros	10 a 19 años	13
Cobertura de Niños con Trastorno Hipercinético	6 a 9 años	5
Maltrato infantil	0 a 9 años	1
Maltrato infantil	10 a 19 años	1
Depresión.	10 a 19 años	0
Depresión	20 a 64 años	76
Depresión	65 y más	5
Consumo OH y DD	10 a 19 años	0
Consumo OH y DD	20 a 64 años	23
Consumo OH y DD	65 años y más	2
VIF	20 a 64 años	5
VIF	65 años y más	1
Mujeres con VIF ingresadas a Intervención psicosocial grupal	20 años y más	0
Patologías Psiquiátricas severas (distintas de EQZ).	20 años y más	0

Para el año 2010 se proyectan intervenciones mayormente comunitarias, con énfasis en el enfoque familiar, por lo que se han programado Visitas Domiciliarias Integrales para el 50% de los pacientes con diagnóstico de Depresión, así como Intervenciones familiares para el 90% de los niños y niñas diagnosticados con sospecha de Maltrato Infantil, y Visitas Domiciliarias al 100% de ellos. Además, se realizarán actividades comunitarias de educación y prevención en temáticas como Violencia Intrafamiliar, Salud Mental Infante Juvenil, Depresión y Alcohol y Drogas; e Intervenciones Psicosociales Grupales a pacientes con Trastornos Depresivos, consumo de Alcohol y Drogas, y usuarias con problemas de Violencia Intrafamiliar.

INDICADORES ESPECÍFICOS SALUD MENTAL AÑO 2009

En relación a los indicadores de implementación de cada programa de Salud mental han sido los siguientes

POBLACIÓN EN CONTROL SALUD MENTAL

Depresión

ESTABLECIMIENTO	MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS	HOMBRES MAYORES DE 15 AÑOS	TOTAL
CES SANTA CLARA	134	20	154
POSTA TRES ESQUINAS	125	10	135
TOTAL	259	30	289

META: COBERTURA 149 PERSONAS, MAYORES DE 15 AÑOS ATENDIDAS POR TRASTORNOS DEPRESIVOS LEVES A MODERADO

Violencia Intrafamiliar

ESTABLECIMIENTO	N° MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS CON DIAGNÓSTICO VIF
SANTA CLARA	23
TRES ESQUINAS	8
TOTAL	31

Consumo de Alcohol y Drogas

ESTABLECIMIENTO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
CES SANTA CLARA	4	46	50
POSTA TRES ESQUINAS	0	10	10
TOTAL	4	56	60

META: OTORGAR INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y PREVENTIVAS A 20 PERSONAS

Trastornos de Ansiedad

ESTABLECIMIENTO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
CES SANTA CLARA	23	6	29
POSTA TRES ESQUINAS	16	9	25
TOTAL	39	15	54

Trastornos Hipercinéticos, de la Actividad y de la Atención (Menores de 15 años)

ESTABLECIMIENTO	MUJERES MENORES DE 15 AÑOS	HOMBRES MENORES DE 15 AÑOS	TOTAL
CES SANTA CLARA	2	3	5
POSTA TRES ESQUINAS	1	3	4
TOTAL	3	6	9

DEPRESIÓN INGRESOS 2009

N° PERSONAS DIAGNÓSTICADAS E INGRESADAS AL PROGRAMA 2009	COBERTURA	META ANUAL	% CUMPLIMIENTO
60	289	149	193 %

Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas en Menores de 20 Años (GES)

1 INGRESO TOTAL

ETAPA	G. FEMENINO	G. MASCULINO	TOTAL
Etapa Temprana 10-13 años	0	0	0
Etapa Media 14-16 años	0	1	1
Etapa Tardía 17-19 años	0	0	0
TOTAL	0	1	1

Consumo de Alcohol y Drogas ingresados 2009 (Mayores de 20 años): 51 TOTAL

Violencia Intrafamiliar

Santa Clara	
Edad	N° de casos
0 – 9	0
10 - 19	0
20 – 64	15
65 y más	1
Total	16

Tres Esquinas	
Edad	N° de casos
0 – 9	1
10 - 19	1
20 – 64	5
65 y más	0
Total	7

TOTAL DE CONSULTAS DE SALUD MENTAL 2009

Realizadas por Médico, Asistente Social, Psicóloga.

PROFESIONAL	Centro de Salud SANTA CLARA	Posta TRES ESQUINAS	TOTAL
MÉDICO	204	302	506
ASISTENTE SOCIAL	61	41	102
PSICÓLOGA	90	56	146
TOTAL	355	399	754

TOTAL INTERVENCIONES

PROFESIONAL	Días persona	Personas mes
INTERVENCIÓN PREVENTIVA	14	10
INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	252	195
TOTAL	266	205

TOTAL DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL PROGRAMA DEPRESIÓN 2004-2005-2006-2007-2008-2009

PROFESIONAL	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Psicóloga	12	3	1	5	3	0
Asistente Social	3	---	1	5	3	0
Psicosocial (Dupla Psicóloga – Asistente Social)	0	0	0	0	0	16

SALUD MENTAL Y TRABAJO COMUNITARIO 2009

1 AGRUPACIÓN DE AUTOAYUDA APOYO TÉCNICO DESDE EL ESTABLECIMIENTO PARA CONSTITUIRSE EN RED DE APOYO PSICOSOCIAL DE MUJERES QUE EGRESAN DEL PROGRAMA

2 AGRUPACIONES DE AUTOAYUDA RECIBEN APOYO TÉCNICO DESDE EL ESTABLECIMIENTO PARA CONSTITUIRSE EN RED DE APOYO PSICOSOCIAL DE MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

4 ORGANIZACIONES COMUNITARIAS RECIBEN ACCIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN EN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1 AGRUPACIÓN DE AUTOAYUDA RECIBE APOYO TÉCNICO DESDE EL ESTABLECIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMA Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS

3 ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES RECIBEN CAPACITACIÓN PARA SUS PROFESORES, DESDE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE PARA

PROGRAMA SALUD DEL AMBIENTE

Funciones

- Difundir el conocimiento de los factores protectores de la salud y promover hábitos de vida saludables;
- Planificar de acuerdo al PLADECO (Plan de Desarrollo Comunal);
- Integrar Comité Vida Chile;
- Colaborar en la coordinación, a lo menos un operativo de Emergencias;
- Mantener un rol resolutivo y colaborativo, en el tema de las **DENUNCIAS**.
- Participar de las reuniones técnicas y de capacitación del programa.

ÁREA TEMÁTICA: Actividad de promoción en salud ambiental (actividades educativas, talleres, actividad de difusión, campañas u otras):

DIFUSIÓN en Salud Ambiental: 20

Temas : AGUA (1)
PLAGUICIDAS (1)
QUEMADURAS POR EL SOL (1)
ALIMENTACIÓN (Higiene y Consumo de Mariscos) (3)
HEPATITIS (2)
BASURAS (1)
EXCRETAS (1)
USO EFICIENTE LEÑA (1)
LEY DE TABACO (2)
ZONOSIS: Hanta (3), Listeria (1), Influenza (2)
TENENCIA RESPONSABLE DE MASCOTAS (1)

EDUCACIÓN en Salud Ambiental: 8

Temas : ALIMENTACIÓN (Higiene) (1)
EXCRETAS (1)
ZONOSIS: Hanta (3), Listeria (1), Influenza (2)

ÁREA TEMÁTICA: Actividades administrativas en Salud Ambiental

Reuniones Técnicas: 2

Taller Actualización en Salud Ambiental: 1

Reunión Evaluación Interna: 4

Informes: 2

Confección Material de Difusión y/o Difusión: 10

CARTERA DE SERVICIO BULNES 2010

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

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.

*Se realiza examen ginecológico preventivo como actividad dentro del EMP y Control de regulación de fecundidad

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
40. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre**

IV. PROGRAMA DEL ADULTO

41. Consulta de morbilidad
42. Consulta y control de enfermedades crónicas
43. Consulta nutricional
44. Control de salud
45. Intervención psicosocial
46. Consulta y/o consejería de salud mental
47. Educación grupal
48. Atención a domicilio
49. Atención podología a pacientes con pie diabético
50. Curación de Pie diabético
51. Intervención Grupal de Actividad Física

V. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

52. Consulta de morbilidad
53. Consulta y control de enfermedades crónicas
54. Consulta nutricional
55. Control de salud
56. Intervención psicosocial
57. Consulta de salud mental
58. Educación grupal
59. Consulta kinésica
60. Vacunación antiinfluenza
61. Atención a domicilio
62. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
63. Atención podología a pacientes con pie diabético
64. Curación de Pie Diabético

VI. PROGRAMA DE SALUD ORAL

- 65. Examen de salud
- 66. Educación grupal
- 67. Urgencias
- 68. Exodoncias
- 69. Destartraje y pulido coronario
- 70. Obturaciones temporales y definitivas
- 71. Aplicación sellantes
- 72. Pulpotomías
- 73. Barniz de Flúor
- 74. Endodoncia***
- 75. Rayos X dental***

VII. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

- 76. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- 77. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
- 78. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- 79. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- 80. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- 81. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- 82. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico
- 83. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.

84. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.

85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.

86. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada

87. Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria

VIII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

88. Educación grupal ambiental

89. Consejería familiar

90. Visita domiciliaria integral

91. Consulta social

92. Tratamiento y curaciones

93. Extensión Horaria

94. Intervención Familiar Psicosocial

95. Diagnóstico y control de la TBC

DOTACION

CATEGORIA	DOTACION AUTORIZADA AÑO 2009		DOTACION REAL AÑO 2009		DOTACION PROPUESTA PARA AÑO 2010		DOTACION MINIMA PARA AÑO 2010 (Señalada por SSÑuble)		DOTACION AUTORIZADA TOTAL AÑO 2010 (Por SSÑuble)		TOTAL HRS. SEMANALES DESTINADAS AL AREA ASISTENCIAL	TOTAL HRS. SEMANALES DESTINADAS AL AREA ADMINISTRATIVA	FUNCIONES Y/O ACTIVIDADES DE HORAS ADMINISTRATIVAS
	N° PER S.	HRS .SE M.	N° PER S.	HRS .SE M.	N° PER S.	HRS .SE M.	N° PER S.	HRS .SE M.	N° PER S.	HRS .SE M.	HRS .SE M.	HRS .SE M.	
CATEGORIA A													
MEDICO CIRUJANO	3	114	2	93	3	114					112	2	1EDF, 2HRS JEFATURA FARMACIA, INCLUYE 4 HR EXTENSION HORARIA. / 44 HRS. MEDICO BECADA EN PEDIATRIA, REEMPLAZADAS EN POSTA TRES ESQUINAS
CIRUJANO DENTISTA	2	88	2	88	2	88					84	4	1 EDF, 4 HRS JEFATURA PROGRAMA ODONTOLOGICO
QUIMICO FARMACEUT ICO													
Sub. Total	5	202	4	181	5	202					196	6	

CATEGORIA B													
MATRONA	3	132	3	132	3	132					115	17	6 HRS PROGRAMA DE LA MUJER Y ADOLESCENTE, 11 HRS JEFATURA CECOF
ENFERMERA	3	132	3	132	3	132					126	6	6 HRS PROGRAMA DEL ADULTO
NUTRICIONISTA	3	110	2	66	3	110					88	22	22 HRS PROMOCION ENCARGADA COMUNAL
ASISTENTE SOCIAL	2	88	2	88	2	88					84	4	4 HRS ENCARGADO AMBIENTE
PSICOLOGO	2	66	2	66	2	88					84	4	4 HRS PROGRAMA SALUD MENTAL / 22 HRS MAS PARA CECOF
DIRECTOR CONSULTORIO	1	22	1	11	1	22					0	22	
JEFE DESAMU	1	44	1	33	1	44					0	44	
KINESIOLOGO	1	44	1	44	1	44					40	4	ENCARGADO DE CALIDAD / SALA MIXTA FINANCIADA POR SSÑ
JEFE SOME	1	44	1	44	1	44					0	44	22 HRS SOME, 15 HRS ENCARGADA GES, 7 HRS MONITOR GES
PROFESOR DE ESTADO	1	22	0	0	1	22					22	0	
ENCARGADO FINANZAS	1	44	1	44	1	44					0	44	
ENCARGADO PERSONAL	1	22	0	0	0	0					0	0	44 HRS EN CATEGORIA C
Sub. Total	20	770	17	660	19	770					559	211	

CATEGORIA C													
T.N.S. EN ENFERMERIA	8	352	6	264	7	308					352	0	44 HRS EN CATEGORIA D
T.N.S. EN ADMINISTRACION	2	88	3	132	3	132					0	132	44 HRS ENC. UNIDAD MEDIO AMBIENTE, 44 HRS ENC. ESTADISTICAS Y 44 HRS ENC. RRHH
Sub. Total	10	440	9	396	10	440					352	132	
CATEGORIA D													
TEC. DE SALUD	6	264	7	308	7	308					308	0	
CATEGORIA E (Adm. Salud)													
ADQUISICIONES	1	44	1	44	1	44					0	44	
ADMISION	2	88	2	88	2	88					0	88	
ARCHIVO	2	88	2	88	2	88					0	88	
DIGITADORES	2	88	0	0	2	88					0	88	
ESTADISTICO	1	44	0	0	0	0					0	0	44 HRS EN CATEGORIA C
ADM. APOYO FINANZAS	1	44	1	44	1	44					0	44	

OIRS	1	44	1	44	1	44					44	0	
SECRETARIA CONSULTORIO	2	88	2	88	2	88					11	77	11 HRS CALIFICADOR DE DERECHO, 44 HRS DESAMU
ADMINISTRADOR INTERNO	2	88	1	44	1	44					0	44	44 HRS VENTA BONO FONASA/ CONTROL DE INVENTARIO Y CENTRO DE COSTOS FUNCIONES REDISTRIBUIDAS
Sub. Total	14	616	10	440	12	528					55	473	
CATEGORIA F													
GUARDIA Y NOCHERO													
AUX. DE SERVICIO	4	154	3	132	4	154					154	0	INCLUYE 22 HRS ENCARGADO MANTENIMIENTO
CHOFER	4	176	4	176	4	176					176	0	INCLUYE FUNCION ESTAFETA
Sub. Total	8	330	7	308	8	330					330	0	
TOTAL DOTACION	63	2622	54	2293	61	2578					1800	822	

PLAN DE TRABAJO EQUIPO DE CABECERA CESFAM SANTA CLARA 2010

OBJETIVO GENERAL: Atender en forma integral a las familias y usuarios del CESFAM Santa Clara en APS considerando el modelo de Salud Familiar

Área Estratégica	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Salud Familiar	Avanzar en la aplicación del Modelo Salud Familiar	Encarpetaje de fichas Clínicas por grupo familiar Implementación Agenda Electrónica	Abril 2010 Enero a Diciembre 2010	Jefa SOME	Informes diarios Fotos del proceso Citación impresa	Fichas Encarpetadas Agenda Implementada
Información y difusión al usuario.	Conocer las necesidades de salud detectadas por los usuarios.	1 Diagnostico participativo. 100 Encuestas semestrales de satisfacción usuaria.	1er Semestre 2010. 1 encuesta semestral.	Equipo de Gestor CESFAM. OIRS.	Lista de asistentes, actas y fotografías. Tabulación de encuestas.	Diagnostico participativo realizado y analizado por equipo. Porcentajes de encuestas realizadas.
	Establecer compromisos de los usuarios hacia la solución de los problemas de salud detectados.	Dialogo ciudadano.	2do Semestre 2010	Equipo de Gestor CESFAM.	Lista de asistentes, actas y fotografías.	Dialogo ciudadano realizado y analizado por equipo.
	Informar y promover el adecuado uso de la sala de procedimiento del CESFAM, aclarando que no es una sala de URGENCIA.	30 Difusiones en sala de espera, organizaciones comunitarias y sociales. Entrega de material impreso en cada difusión	Durante todo el año 2010.	Dirección del CESFAM.	Material entregado en difusión, tanto impreso como audiovisual.	

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Vida Chile (VCH)	Fortalecer y mantener en funcionamiento o Comité Vida Chile	Jornada de Introducción al trabajo del Comité VCH	Marzo 2010	Coordinadora VCH	Listado participantes	Carta compromiso de funcionamiento del comité VCH firmada por sus integrantes
Promoción de la salud	Fomentar y promover la actividad física en niños y adolescentes de la comuna	Corrida Vida Chile Muestra Artística Deportiva Olimpiada de Párvulos	Marzo a abril 2010 Octubre a Diciembre 2010	Comité Vida Chile	Inscripciones de participantes Fotografías Informe Institucional	Establecimientos educativos participantes % de participantes en cada actividad
	Promover ambientes libres del humo de tabaco (ALHT) en 1 sector poblacional de Santa Clara	-Acreditación hogares libres humo tabaco	Abril a Mayo 2010	Kinesiólogo y Jefe Prog. Salud Ambiente	Encuestas y logos de acreditación ALHT	% hogares acreditados del sector intervenido
	Promocionar día sin fumar en la localidad Santa Clara	- Conmemoración día sin fumar	Mayo 2010	Enc. USAM Jefe Prog. Salud Ambiente	Test cotinina	Nº de participantes en concurso dejar de fumar por el día 31 de mayo
	Promoción de EVS en Unidades educativas	-Talleres de alimentación -Talleres de formación de líderes -Policlínico de sexualidad sana, en escuela -Formación de 1 brigada ecológica	Mayo a Diciembre 2010	A. Social, Nutricionista, Matrón(a) Enc. Usam	Lista de asistentes, Fotos, Acta de constitución Brig Ecológica	Nº de participantes

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Identificación del Sector	Elaborar el Mapa Epidemiológico del Sector (con sus 2 subsectores)	Reuniones, Elaboración Mapa Epidemiológico del Sector	Abril 2010	Encargado Equipo Gestor, Encargada de Epidemiología	Fotos Informe Diario Mapa Elaborado e instalado en sala de reuniones	Mapa Epidemiológico Elaborado y Difundido
Atención del niño 1 mes – 5 años 11 meses 29 días	Valorar y potenciar el crecimiento y desarrollo del niño y la niña. Conocer la situación familiar de niñ@s con Factores de riesgo	*Control Salud Enfermera *Control Salud Medico *Consulta Nutricional *Consulta Lactancia Materna. *Control Salud Prematuro *Consulta Social. *Visita Domiciliaria * Vacunación *Talleres Normas de Crianza. *PNAC	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Cabecera	Ficha Clínica Tarjeta Control Informe Diario Estadísticas (REM)	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Salud Escolar	Evaluar el estado de salud de la población escolar de 1º básico	Coordinación Control de Salud Escolar Derivación a Equipo	Marzo a Diciembre 2010	Enfermera	Ficha de control salud 1º básico Informe diario	Actividades realizadas / actividades programadas.
Desarrollo Psicomotor	Fortalecer el normal desarrollo psicomotor de la población infantil	Evaluar DSM a los 8 m – 18m-36 m Pauta Abreviada Consulta Medica Consulta	Enero a Diciembre 2010.	Enfermera Medico Equipo CHCC	Ficha clínica Tarjeta de control Ficha de riesgo Estudio de casos Informe	Indicadores CHCC Actividades realizadas/ actividades programadas.

		Déficit Talleres de normas de crianza Coordinación con CHCC VDI			diario	
Salud Preventiva Población Menor de 65 años	Conocer situación de riesgo de la población, para evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas.	EMP por Enfermera, Nutricionista, Matrón(a) Consulta Medica Consulta Nutricional Consulta Social Consejerías Breves en estilos de vida saludables	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Cabecera	Ficha clínica Estadística (REM)	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Salud Preventiva Población Mayor 65 años	Conocer el estado de funcionalidad del AM y potenciar sus capacidades funcionales para mejorar su calidad de vida.	EMPAM por Enfermera Derivación a equipo. PACAM	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Cabecera	Ficha Clínica Estadísticas (REM)	Actividades realizadas/ actividades programadas.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Población Postrada	Brindar atención integral al paciente postrado y apoyar al cuidador en la aplicación correcta de los cuidados	Visita Domiciliaria Integral Visita domiciliaria de procedimiento. Visita domiciliaria Medico. Talleres de participación de autocuidado, para cuidadores de postrados. Coordinación con el equipo.	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Cabecera	Ficha Clinica Registros seguimiento Informe Diario Asistencia a Talleres.	Actividad realizadas/ actividad programada
Atención usuarios Programa CP Y AD	Brindar atención integral al usuario y apoyar a la familia en el proceso terminal de la enfermedad.	Visita Medica a domicilio Visita domiciliaria de enfermera. Visita domiciliaria A. Social Visita domiciliaria TPM Aplicación domiciliaria de inmunización Terapia Farmacológica Intervención en crisis	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Cabecera	Ficha clinica Registros de Seguimiento Estadística (REM)	Actividades Realizadas/ actividades programadas.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Actividades Preventivas recuperativas: Atención de Salud población con FRCV	Fortalecer el autocuidado de los usuarios, para evitar las complicaciones de las ECNTS	Control Médico Control Enfermera Consulta Nutricional Consulta Social Atención Oftalmológica a usuarios DM A. Podológica a usuarios DM Inmunización Talleres educativos	Enero a Diciembre 2010.	Equipo Cabecera	Ficha clínica Informe diario Estadísticas (REM)	Actividades realizadas/ actividades programadas.
Atención odontológica	Lograr cambios de conductas inadecuadas en relación a la salud bucal. Realizar acciones de prevención de enfermedades dentales. Recuperar piezas dentales posibles de recuperar	Educación sobre conductas adecuadas al usuario y familiares Atención odontológica	Enero a Diciembre 2010	Odontólogo Asistente Dental Internos Odontología	Hoja Diaria Consolidado mensual	% altas integrales
Atención Médica Morbilidad	Otorgar una atención médica de calidad según modelo de Salud Familiar	Control médico Exámenes Derivación en caso necesario Receta	Enero a Diciembre	Médico	Ficha clínica Estadística (REM)	Nº de usuarios atendidos.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Programa de la Mujer Control Prenatal	Entregar una atención de calidad y de acuerdo al modelo a mujeres antes de las 14 semanas de gestación	Consejerías de salud sexual y reproductiva Planificación Familiar Control médico	Enero a Diciembre	Médico Matrona	Ficha Clínica Estadística (REM)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervén. realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de embaraz. en control}}$
	Motivar a las embarazadas con sobrepeso u obesas y aquellas con déficit nutricional a lograr los niveles esperados	Control nutricional Consejerías nutricionales		Nutricionista	Ficha Clínica Informe diario	
	Incorporar a la familia en el proceso de control del embarazo al 100% de las mujeres embarazadas	Talleres educativos Visita domiciliaria a embarazadas y R.N. en riesgo Consejerías Coordinación		Matrona Asistente Soc. CHCC Psicóloga	Crónica Educativa Ficha Clínica	Nº de embarazadas asistentes a talleres.
Regulación de la Fecundidad	Incorporar al programa al 100% de las primigestas ingresadas a Planificación familiar a los 30 días post parto	Control matrona	Enero a Diciembre	Matrona	Ficha Informe Diario	Nº de adolescentes incorporado al Programa.
Prevención del Embarazo Adolescente	Ingresar al 100% de los adolescentes con vida sexual activa al Programa	Coordinación con la comunidad escolar del sector. Talleres	Septiembre a Diciembre	Asistente Social Matrona Profesores Escuela del sector	Crónicas Educativas Lista de Asistencia Fotos	Nº de asistentes a talleres.

	de Planificación Familiar Educar a la Comunidad escolar del sector en sexualidad sana	educativos integrales, adolescentes, familia y profesores				
Control Ginecológico	Lograr que 77% de las mujeres del sector se encuentren con su examen de PAP y de Mamas al día y su control ginecológico	Campañas de PAP Derivaciones del equipo Difusión	Enero a Diciembre	Equipo Cabecera Matrona	Tarjetas de control Fichas Clínicas Dípticos	Nº de PAP y EFM vigentes <hr/> Total de mujeres mas 25 años del sector
Control del Climaterio	Lograr que el 100% de las mujeres en edad de climaterio reciban atención por matrona y médico	Control médico Terapia Hormonal Educación por matrona y médico	Enero a Diciembre	Médico Matrona	Ficha Clínica Tarjetas de control	Nº climatéricas con control Nº total de climatéricas del sector

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Prevención y detección del Consumo de Drogas y Alcohol en Jóvenes (PAB)	<ul style="list-style-type: none"> -Educar a los jóvenes acerca del consumo responsable -Fortalecer factores protectores en los jóvenes como medio de prevención del consumo 	<ul style="list-style-type: none"> -Coordinación con líderes de grupos juveniles - Consulta médica de salud mental - Consulta Salud mental (T. Social, psicólogo) -Talleres Educativos 	Enero a diciembre 2010	-Equipo de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> -Ficha Clínica Estadística (REM) -Lista de Asistencia -Fotos 	Nº de jóvenes educados
Medicina Complementaria	Complementar la medicina tradicional en usuarios PSCV, Salud Mental y actividades promocionales	<ul style="list-style-type: none"> -Talleres grupales -Consultas individuales - Indicación de hierbas medicinales 	Enero a diciembre 2010	Hierbatero	<ul style="list-style-type: none"> -Fichas Clínicas -Crónicas educativas 	Nº usuarios atendidos

PLAN DE TRABAJO EQUIPO DE SALUD CECOF TRES ESQUINAS 2010

OBJETIVO GENERAL: Atender en forma integral a las familias y usuarios de Tres Esquinas en APS basándose en el modelo de Salud Familiar

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Equipo del CECOF Tres Esquinas	-Mantener y promover conductas del equipo para lograr un trabajo en conjunto que responda a las necesidades del modelo	-Reuniones Semanales - Coordinaciones Internas -Convivencias -Evaluaciones	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de salud	-Actas de reuniones -Fotos	-Nº de reuniones
Información y Difusión sobre las actividades del equipo en el CECOF Tres Esquinas	-Difundir en la comunidad las acciones que se realizan por el equipo	-Difusión Radial -Difusión TV. -Difusión Internet -Diario Mural -Reuniones con organizaciones de la comunidad	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de salud	-Difusión radial, TV. E Internet -Diario Mural	-Nº Difusiones realizadas -Nº de diarios murales
Creación de la mesa de trabajo en salud intersectorial comunitario	-Coordinar actividades de prevención y promoción en salud con las diferentes organizaciones de la comunidad -Difundir en la comunidad las acciones que se realizan por la mesa de trabajo en salud	-Reuniones mensuales -Difusión Radial -Diario Mural	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de salud	-Difusión radial -Diario Mural	-Nº Difusiones realizadas -Nº de diarios murales

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Continuación de Encuestaje de Salud Familiar	-Coordinar con equipo de salud el trabajo en terreno	-Realizar encuestas a las familias de los distintos sectores de Tres Esquinas	Marzo a Abril 2010	-Equipo de Salud	-Encuestas realizadas	-Nº de familias encuestadas
Realización de encarpetaamiento de fichas clínicas por grupo familiar	-Ordenar fichas clínicas por grupo familiar	-Asignar número de carpeta por grupo familiar	Abril a Junio 2010	-Equipo de salud	-Carpetas de familias realizadas	-Nº de carpetas de familias archivadas
Identificación del sector Tres Esquinas	-Elaborar el ecomapa del sector Tres Esquinas con participación de la Comunidad - - Confeccionar Mapa Epidemiológico	-Entrevistas con dirigentes -Visitas a terreno -Reuniones con organizaciones comunitarias -Elaboración Ecomapa -Confección Mapa Epidemiológico	Marzo a Agosto 2010	-Equipo de salud	-Fotos -Informe diario	-Ecomapa y Mapa Epidemiológico Elaborado y Difundido
Promoción de la Salud (1)	-Iniciar proceso de capacitación del funcionamiento del CECOF con líderes de organizaciones Territoriales y Funcionales del sector	-Reuniones -Visitas en Terreno -Taller Implementación	Marzo a Agosto 2010	-Equipo de salud	-Fotos -Programa del Taller -Listas de asistencia	-Nº de sesiones realizadas -Nº de líderes capacitados

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud Prevención (2)	-Mantener a los cuidadores de postrados con apoyo permanente	-Visitas domiciliarias -Llamadas telefónicas -Reuniones mensuales -Taller de Autocuidado	Marzo a Noviembre 2010	-Enfermera del sector -Equipo de Salud Mental	-Listas de asistencia a reuniones	-Nº de cuidadores de postrados -asistentes a reuniones y talleres
Promoción de la Salud Prevención (3)	-Educar y compensar a pacientes crónicos o con factores de riesgo cardiovascular	-seleccionar a pacientes crónicos o con factores de riesgo cardiovasculares -Consulta de salud integral - Talleres educativos teóricos-prácticos -Programación de ejercicios personalizados	Abril a Julio 2010	-Nutricionista -Equipo de salud	-Lista de asistencia a taller -Fotos	-Nº de pacientes cardiovasculares capacitados
Promoción de la Salud (4)	-Capacitar al Adulto Mayor en conductas y hábitos de alimentación saludable para el cuidado de la salud integral	-Coordinación con el grupo del Adulto Mayor -Talleres educativos teóricos – práctico - Entrega de material educativo	Abril a Mayo 2010	-Nutricionista -Equipo de salud	-Lista de asistencia a taller -Fotos	-Nº de Adultos Mayores capacitados

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud, Ambientes Libres Humo Tabaco (5)	-Educar a jóvenes y niños sobre afectos adversos del cigarrillo en los establecimientos educacionales	-Coordinación con las escuelas -Taller Educativo	Agosto a Noviembre 2010	-Equipo de salud	-Lista de Asistencia -Fotos	Nº de jóvenes y niños educados
Promoción de la Salud Medio Ambiente (6)	-Educar a las familias del sector acerca de la tenencia responsable de mascotas e higiene del entorno del hogar.	-Elaboración de dípticos sobre el Medio Ambiente -Difusión masiva y entrega de material educativo -Diario Mural	Septiembre 2010	-Equipo de salud	-Dípticos -Listado de asistencia -Fotos	-Nº de dípticos entregados -Nº de familias que reciban difusión
Promoción de la Salud Medio Ambiente (7)	-Convocar a voluntarios responsables del hermooseamiento del establecimiento de salud	-Recolectar con los miembros de la comunidad plantas -Realizar los jardines -Concurso de mural en temática medio ambiente	Marzo a Abril 2010	-Equipo de salud	-Fotos	-Realización del jardín -Ejecución del mural

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atención del niño 1 mes – 5 años 11 meses 29 días	-Valorar y potenciar el crecimiento y desarrollo del niño -Conocer la situación familiar de niñ@s con riesgo IRA, prematuros, VIF.	-Control Salud por Enfermera y Técnico paramédico, según corresponda -Control Salud Médico -Visita Domiciliaria -Vacunación -Talleres Normas de Crianza -PNAC -Consulta Lactancia Materna -Control Salud Prematuro -Consulta Nutricional -Consulta Social	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de Salud	-Ficha Clínica -Tarjeta Control -Informe Diario -Censo	-Actividades realizadas/ actividades programadas
Salud Escolar	-Evaluar el estado de salud de la población escolar de 1° y 7° básico	-Coordinación -Control de Salud Escolar -Derivación a Equipo	Marzo a Diciembre 2010	-Enfermera -Nutricionista	-Ficha de control salud 1° básico -Ficha CLAP -Informe diario	-Actividades realizadas/ actividades programadas
Desarrollo Psicomotor	-Fortalecer el normal desarrollo psicomotor en la población infantil	-Evaluar desarrollo psicomotor a los 8, 18 y 36 meses -Consulta médica -Talleres de norma de crianzas -Coordinación con el programa CHCC. -VD. integral	Marzo a Diciembre 2010	-Enfermera -Médico -Equipo CHCC.	-Ficha clínica -Tarjeta de control -Ficha de riesgo	-CHCC

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atenciones de Salud Recuperativa a menores con Malnutrición por déficit y exceso 0 – 14 años	-Brindar atención a menores con mal nutrición por déficit o exceso	-Control Nutricionista -Talleres educativos -Visita Domiciliaria	Marzo a Diciembre 2010	-Nutricionista -A. social	-Ficha Clínica -Tarjeta de Control -Informe diario -REM	-Actividades realizadas/ actividades programadas
Salud Preventiva Población Menor de 65 años	-Conocer situación de riesgo de la población, para evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas	-EMP por enfermera -Consulta Medica -Consulta Nutricional -Consulta Social -Consejerías breves en estilos de vida sano	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de salud	-Ficha clínica -REM AO2 -Informe diario	Actividades realizadas/ actividades programadas
Población Postrada	-Brindar atención integral al paciente postrado y apoyar al cuidador en la aplicación correcta de los cuidados	-Visita Domiciliaria Integral -Visita domiciliaria de procedimiento -Visita domiciliaria Medico	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de cabecera	-Ficha Clínica -Registros seguimiento Informe Diario	-Actividad realizadas/ actividades programadas
Atención usuarios Programa CP Y AD	-Brindar atención integral al usuario y apoyar a la familia en el proceso terminal de enfermedad	-Visita Medica a domicilio -Visita domiciliaria de enfermera -Visita domiciliaria TPM	Enero a Diciembre 2010	-Equipo de cabecera	-Ficha clinica -Registros de Seguimiento -Informe diario -REM	-Actividades Realizadas/ actividades programadas

		-Terapia Farmacológica -Visita domiciliaria Asistente Social -Intervención en crisis				
Actividades Preventivas recuperativas: Atención de Salud población con FRCV	-Fortalecer el autocuidado de los usuarios, para evitar las complicaciones de las ECNTS	-Control Médico -Control Enfermera -Consulta Nutricional -Atención Oftalmológica a usuarios DM -A. Podológica a usuarios DM -Inmunización influenza y neumococo -Consulta Social -Talleres educativos	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de Sector	-Ficha clínica -Informe diario -Censos -Listado de Asistencia	Actividades realizadas/ actividades programadas

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Atención odontológica	<ul style="list-style-type: none"> -Lograr cambios de conductas inadecuadas en relación a la salud bucal -Realizar acciones de prevención de enfermedades dentales 	<ul style="list-style-type: none"> -Educación sobre conductas adecuadas al usuario y familiares -Atención odontológica 	Marzo a Diciembre 2010	<ul style="list-style-type: none"> -Odontólogo del sector -Asistente Dental 	<ul style="list-style-type: none"> -Hoja Diaria - Consolidado mensual 	-% altas integrales
Atención Médica Morbilidad	-Otorgar una atención médica de calidad según modelo de Salud Familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Control médico -Exámenes -Derivación en caso necesario -Educación estilos de Vida 	Agosto a Diciembre 2010	-Médico	<ul style="list-style-type: none"> -Ficha clínica -Informe Diario 	-Nº de usuarios atendidos
Programa de la Mujer Control Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> -Entregar una atención de calidad y de acuerdo al modelo a mujeres antes de las 14 semanas de gestación -Motivar a las embarazadas con sobrepeso u obesas y aquellas con déficit nutricional a lograr los niveles esperados 	<ul style="list-style-type: none"> -Consejerías de salud sexual y reproductiva -Planificación Familiar -Control médico -Control nutricional -Consejerías nutricionales 	Marzo a Diciembre 2010	<ul style="list-style-type: none"> -Médico -Matrón(a) -Nutricionista 	<ul style="list-style-type: none"> -Ficha Clínica -Informe Diario -Ficha Clínica -Informe diario 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de intervención realizadas <hr/> Nº de embarazadas en control

	<ul style="list-style-type: none"> -Incorporar a la familia en el proceso de control del embarazo -Motivar a las gestantes y sus familias a la participación de los talleres prenatales 	<ul style="list-style-type: none"> -Talleres educativos -Visita domiciliaria a embarazadas y R.N. en riesgo -Consejerías -Invitación formal -Visita domiciliaria -Llamado telefónico 		<ul style="list-style-type: none"> -Matrona -Asistente Social -Psicóloga -Matrona -Técnico Paramédico 	<ul style="list-style-type: none"> -Crónica Educativa -Ficha Clínica -Ficha Clínica -Informe diario 	<ul style="list-style-type: none"> -Nº de embarazadas asistentes a talleres -Nº de embarazadas invitadas a talleres
Regulación de la Fecundidad	-Incorporar al programa al 100% de las primigestas ingresadas a Planificación familiar a los 30 días post parto	-Coordinación con Some Control matrona	Marzo a Diciembre 2010	-Matrón (a)	-Ficha -Informe Diario	-Nº de adolescentes incorporado al Programa
Prevención del Embarazo Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar consejería de salud sexual reproductiva al 100% de los adolescentes que consulta con matron(a) -Educar a la Comunidad escolar del sector en sexualidad Sana 	<ul style="list-style-type: none"> -Coordinación con la comunidad escolar del sector. -Talleres educativos integrales, adolescentes, familia y profesores 		<ul style="list-style-type: none"> -Asistente Social -Matrón (a) -Profesores de escuelas del sector 	<ul style="list-style-type: none"> -Crónicas Educativas -Lista de Asistencia -Fotos 	-Nº de asistentes a talleres.

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Control Ginecológico	-Lograr mantener la meta de 77% de las mujeres del sector que se encuentren con su examen de PAP y de Mamas al día y su control ginecológico	-Campañas de PAP -Derivaciones del equipo -Educación grupal -Difusión	Marzo a Diciembre 2010	-Equipo de salud -Matrón (a)	-Tarjetas de control -Fichas Clínicas -Crónicas Educativas -Dípticos	-Nº de PAP y EFM vigentes <hr/> -Total de mujeres mas 25 años del sector
Control del Climaterio	-Lograr que el 100% de las mujeres en edad de climaterio reciban atención por matrona	-Control ginecológico -Educación por matrona -Derivación a naturista o poli climaterio si corresponde	Agosto a Diciembre 2010	-Matrón (a)	-Ficha Clínica -Tarjetas de control	-Nº climatéricas en control <hr/> - -Nº total de climatéricas del sector
Promoción de la Salud Mental, Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol en Jóvenes	-Educar a los jóvenes acerca del consumo responsable -Fortalecer factores protectores en los jóvenes como medio de prevención del consumo	-Coordinación con líderes de grupos juveniles -Taller Educativo	Julio a Agosto 2010	-Equipo de Salud Mental	-Lista de Asistencia -Fotos	Nº de jóvenes educados

Área Estrategia	Objetivos	Actividades	Cronograma	Ejecución responsable	Fuente de Verificación	Indicadores
Promoción de la Salud Mental, Roles Parentales	-Educar y fortalecer aspectos en Roles Parentales a los apoderados de los establecimientos educaciones de 5° a 8° básico	-Coordinación con las escuelas -Taller Educativo	Septiembre a Octubre 2010	-Equipo de Salud Mental	-Lista de Asistencia -Fotos	Nº de niños y jóvenes educados

PROGRAMA CAPACITACIÓN 2010

PROGRAMA CAPACITACION 2010 OFRECIDO A PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) POR EL SERVICIO DE SALUD ÑUBLE: Departamento de Salud Municipal Bulnes

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO			
			A (Médicos)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios, conductores Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO
1.- Avanzar en la instalación del modelo de atención con enfoque familiar.	Consejería en Salud Familiar e intervención en crisis	Utilizar técnicas de Consejería para mediación familiar y de crisis, según el modelo, en forma efectiva.	1	4		4			9	36		0		Fondos Minsal
	Taller para Proceso de Transformación en el Modelo de Salud Familiar.	Avanzar en la instalación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.	1	15	8	8	10	7	49	18		0	98.000	Fondos MINSAL y aporte funcionarios
	Programación, VDI e investigación en salud familiar	Utilizar técnicas de programación en red, intervención e investigación con fines terapéuticos.		4	4	2			10	36		0		Fondos Minsal
	Curso Básico Salud Familiar	Formación con contenidos salud familiar e intercambio de experiencia	1	2	2		6	2	11	36		0		Fondos Minsal

2.- Desarrollar el modelo de gestión en red, local, regional y supra regional (macro y micro redes)	Técnicas en Reanimación Básica y Manejo de Pacientes Politraumatizados	Aplicar técnicas en reanimación básica y manejo de plitraumatizados.		3	6	4		2	15	22		210000		
	Infecciones Respiratorias Agudas	Aplicar técnicas actualizadas en tratamiento y cuidado de pacientes de programa IRA.	1	2					3	18		21000		
	Actualización en Atención Farmacéutica	Aplicar los conocimientos para la atención a público en area farmacia.			2	2			4	12		56000		
	Curso Esterilización	Manejo de técnicas básicas de esterilización y operación de equipos			2				2	12		28000		
	Curación Avanzada	Aplicar técnicas de Curación Avanzada en pacientes de Procedimiento.		1	4				5	18		70000		
3.- Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario	Satisfacción Usuaría y Participación Ciudadana	Avanzar en el mejoramiento de la satisfacción usuaria y participación social en salud.		2	2	4	3	2	13	12		50000		
	Promoción de la salud y enfoque de género	Avanzar en la instalación de la promoción de la salud en el ciclo vital y continuar con el plan de socialización del enfoque de género.		4	2	2			8	12		84000		

	Actualización funcionamiento y gestión de las OIRS	Fortalecer el funcionamiento y gestión de las OIRS en el Establecimiento y el sistema de gestión de solicitudes ciudadanas.						2			2		14000		
4.- Generar estrategias de desarrollo organizacional para el Mejoramiento de la Calidad de la Vida Funcionaria	Taller de mejoramiento del clima laboral y trabajo en equipo	Utilizar técnicas de trabajo en equipo, que permitan la integración, contribuyendo al mejoramiento de las relaciones humanas al interior del establecimiento, permitiendo un espacio de reflexión, análisis y práctica para el trabajo en equipo y facilitar la resolución de conflictos.	2	15	9	7	10	7	46	12		125000	46000	CON APORTE S DE FUNCIONARIOS	
	Herramientas Para el Funcionamiento de Comité Paritario, Higiene y Seguridad	Inducir cambios conductuales favorables a la prevención de riesgos.	1	4	2	2	2	2	12	18		53000		ACHS	
	Taller autocuidado	Aplicar técnicas de autocuidado, para así mantener una salud mental estable	1	3		3	2	2	11	12		77000			
	Curso Manejo a la Defensiva	Aplicar criterios definidos para el manejo defensivo							4	4		0		ACHS	

6.- Incorporar Tecnologías de información y comunicaciones (TIC)	Capacitación en computación, manejo de Word, excel, power point, internet básico	Emplear técnicas computacionales y programas adecuadas que faciliten las labores técnicas y administrativas.	1	4	2	4	6		17	18		120000		
8.- Gestión y desarrollo de las personas	Jornadas, Pasantías, Congresos, Seminarios y otros eventos.	Desarrollar modelos de atención, según la reforma, desarrollar competencias para la atención, actualización de temas GES o emergentes.	1	8	3	3	4	4	4	15		192000		APORTE S MINSAL
												1.100.000		