



# PLAN DE SALUD COMUNAL PUCHUNCAVI 2013

## INTRODUCCION

El presente documento corresponde al Plan de Salud Comunal 2013 del Departamento de Salud de la Municipalidad de Puchuncavi, constituyendo nuestra guía a seguir , como institución publica de salud, para el periodo Enero-Diciembre 2013. Para su elaboración se recogen antecedentes del contexto comunal en el que se desarrolla la acción del Departamento, diagnostico participativo realizado por sector durante el transcurso 2012 mediante la realización de encuestas a un numero representativo de beneficiarios de nuestra Institución ( tanto en edad, genero y localidad de pertenencia de nuestra Comuna), así como información recolectada de los análisis propios de estadista , realización y evaluación de cada uno de los programas de nuestros centros de salud .

Este Plan de Salud, reconoce tanto los requerimientos del entorno y el contexto extracomunal en el que se sitúa la atención de salud, como los principios y objetivos que la propia comuna ha definido para su quehacer en este ámbito.

Entre los principales desafíos derivados del entorno, se encuentran: el cumplimiento del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) que le corresponde a la APS así como además las brechas y estrategias locales para disminuirlas, llegando a tener un 100% de cumplimientos en las garantías asignadas; además del cumplimiento de metas mediante indicadores de salud como los del Índice de actividad de la atención primaria y las metas sanitarias,

Es importante enfatizar que la realización completa de esta programación en sus componentes de promoción, preventivo, curativo y rehabilitador estará determinado por la asignación de los recursos suficientes ( financieros, de infraestructura y humanos)

En este contexto tenemos que las dificultades encontradas para el cumplimiento de los objetivos autoimpuestos varía entre los distintos centros de salud que conforman nuestro DESAM.

Es así que para CESFAM Puchuncavi el principal problema radica en la infraestructura con que se cuenta para satisfacer los requerimientos de nuestra población, recordemos que CESFAM Puchuncavi fue construido en la década de los 80 para una población bastante menor de la que tenemos actualmente, con requerimientos totalmente distintos, y una epidemiología distinta y bajo un modelo de atención biomédico. Afortunadamente estaría aprobada la construcción de un nuevo establecimiento que cumpliría con los requisitos de infraestructura para la aplicación del modelo biosicosocial con énfasis en salud familiar y comunitaria. El inicio de las actividades de construcción estaría programado para 2013, luego que se aplazara el inicio en el 2012.

Para Posta Maitencillo el principal problema radica en el recurso humano destinado a la atención es este centro de salud, es imperioso contar con más recursos humanos ( TPM y profesionales) para poder responder a la justa demanda de nuestra población.

El principal problema CESFAM Las Ventanas radica en el déficit de recurso humano y la alta rotación del mismo hace que la instauración del modelo salud familiar en conjunto y la continuidad de la atención para lograr el total de las actividades convenidas en la programación 2013 sea difícil de alcanzar.

Esto sumado a las características propias de la población asignada a este centro de salud (condición socioeconómica, alto nivel de delincuencia, cultural , ambiental, problemas de salud mental relacionados con los determinantes de salud de la población , etc ).

En relación a la posta Horcon el principal obstáculo radica en las características de la población beneficiaria , lo cual impide de cierta forma consolidar un trabajo real y duradero en el tiempo con la comunidad

En relación al que hacer del Departamento, el acento ha estado puesto en identificar y diferenciar las prestaciones de salud que ofrece el conjunto del sistema comunal de atención primaria, es decir, establecer una cartera de servicios considerando lo que establece el Plan de Salud Familiar con Garantías, los derivados de convenios y aquellos que surgen del propio

interés comunal en generar un sistema integral de prestaciones para la población de La Comuna de Puchuncavi, Poniendo énfasis en el desarrollo de un sistema de protección en salud que permita a nuestros usuarios sentirse protegidos las 24 horas del día, durante los siete días de la semana, asegurando el acceso a nuestros servicios, con acciones de salud más oportunas y de mayor resolutiveidad.

En resumen, este es el marco en el cual se ha formulado el Plan de Salud que a continuación se presenta, el que tiene como rasgo distintivo la participación de todos los actores involucrados: los equipos técnicos de los centros de salud; y, principalmente la comunidad, a través de los Consejos de Desarrollo Local. De esta forma, y siguiendo la línea de trabajo del año anterior, la identificación de los problemas y necesidades de salud, así como la definición de estrategias para enfrentarlos ha sido un trabajo colectivo que ha permitido enriquecer la mirada en torno a la atención de salud en la comuna, ajustándose a las necesidades de la población, a los recursos existentes y a las alternativas técnicas disponibles e idóneas.

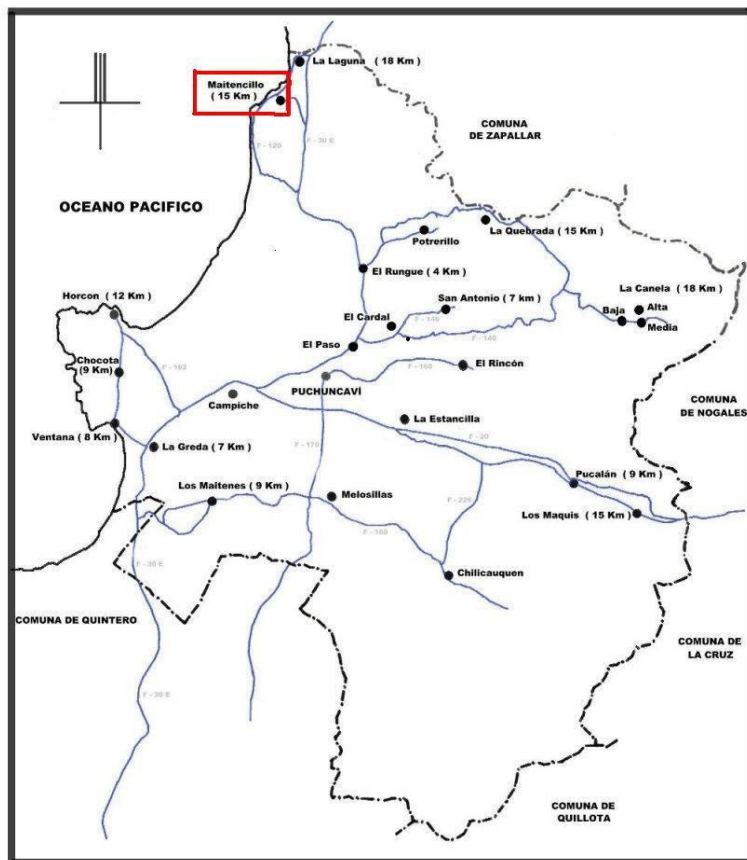
Agradecemos al Sr. Alcalde Don Agustín Valencia quien nos ha confiado esta responsabilidad privilegiándonos para llevarla a cabo, al Ilustre Concejo Municipal por el apoyo irrestricto a nuestras iniciativas, a nuestros colegas municipales que nos colaboran a diario en diferentes frentes, al Ministerio de Salud que por la vía de los Servicios de Salud han confiado recursos financieros y apoyado técnicamente nuestro quehacer.

*Dr Mauro Carvacho Vargas*  
*Director Departamento de salud Puchuncavi*

# MODULO FIJO

## **A. DESCRIPCION DE LA COMUNA**

### **A.1 . MAPA DE LA COMUNA**



## COMUNA DE PUCHUNCAVÍ

### A.1.1.- HISTORIA DE LA COMUNA

La historia de Puchuncaví y sus alrededores se remonta a más de 500 años, siendo una de las localidades más antiguas de Chile. El nombre contemporáneo de Puchuncaví deriva del araucano “Puchuncahuín” que significa donde abundan las fiestas. Del mismo modo, se han dado otros significados a este vocablo como “Restos de Fiestas” o “Fin de Fiestas”.

Según el Antropólogo e investigador Ricardo Latchman y el historiador Benjamín Vicuña Mackenna el pueblo de Puchuncaví, era uno de los terminales del famoso “Camino del Inca”, sendero de piedra de una vara y medio de ancho que unía la zona central de Chile con el Cuzco, capital del Imperio Incaico.

En esta localidad residía un “Curaca” o representante directo del inca, encargado de recolectar los tributos, cosechas, etc., e imponer la autoridad imperial sobre los aborígenes de la región.

A la llegada de los españoles, el conquistador Pedro de Valdivia entregó el valle de Puchuncaví a uno de sus soldados, el italiano natural de Milán Vicencio del Monte, que tenía la particularidad de ser sobrino del Papa Julio II. Sus descendientes subdividieron las tierras entre sus herederos a fines del Siglo XVII eran varios los principales propietarios. En esa época en 1691, un 8 de diciembre fue establecida como “Misión” la Parroquia de Puchuncaví, por el Capellán de Guerra en la independencia de Chile, Presbítero Juan Manuel Benavides y Mujica, según consta en los archivos parroquiales. En el más antiguo de esos libros es posible leer, sobre la firma del sacerdote español Juan de Arce, que se ha creado la “Doctrina de Puchuncaví” a fin de adoctrinar en la fe cristiana a los indios. Los primeros bautizados fueron los indios Manuel y Rosa, naturales de Lampa, por lo que se supone que la jurisdicción era muy extensa.

A la localidad de Puchuncaví, se le otorgó oficialmente la categoría de Villa el 6 de abril de 1875 y luego a partir de 1883 fue en varias oportunidades cabecera de provincia. (Aunque es obvio que la población existía desde tiempos inmemoriales). Decreto firmado por el presidente Federico Errázuriz Zañartu. Puchuncaví como Comuna existía desde 1891, junto con la promulgación de la Ley de Comuna Autónoma de Chile. Pero en el año 1930 fue anexada temporalmente a Quintero durante 14 años, correspondiéndole al Presidente Juan Antonio Ríos, en 1944 (13 de septiembre), dictar el decreto correspondiente que la restableció como comuna autónoma.

En el año 1894 se formó la primera comuna llamada “Quintero-Puchuncaví”, integrada por vecinos de ambas localidades. Presidieron la primera sesión preparatoria don Nicolás Antonio Hermosilla y los miembros señores: Belisario Rojas Quezada, Hilario Silva Iñiguez, José Liborio Larraín, José Brito, Lorenzo Tapia, Modesto Valencia, José Troncoso y Juanario del Carmen Torres. Puchuncaví fue cabecera de Comuna llevando sus timbres y título de Quintero.

En el año 1925 se creó la Comuna de Puchuncaví, de común acuerdo con Quintero. Este vínculo nació porque siempre el Alcalde de la Comuna de Quintero había sido de Puchuncaví, por existir mayor cantidad de electores. Este acontecimiento fue muy bien recibido, sin embargo, el interés y patriotismo, con que se desempeñó la Comuna fue más tarde frustrado.

En el año 1930 el Presidente de la República Don Carlos Ibáñez del Campo, dictó un decreto anexando las Comunas de bajo presupuesto y fue eliminada. Este mandato complica la situación, Puchuncaví subdelegación 17 deberá en adelante hacer sus trámites en Quintero, porque pasa a depender de esa Comuna. Esta situación hacia que, no sólo estuviera en juego el amor propio de una comunidad que se caracterizaba por su extensión y difícil geografía, sino también por su rica trayectoria que sentía usurpado sus derechos, sino que también obedecía a una inquietud manifestada por sus habitantes, ya que las necesidades y aspiraciones de Quintero y Puchuncaví, eran diferentes, lo que a la fecha se ha mantenido.

Fue así, como en el año 1943 la incorporación de la Comuna de Quintero, integrada por el Señor Alcalde don Juan José Mena Salinas y los regidores Ruperto Bernal Olivares, Juan Francisco Pérez Vicencio de Puchuncaví al igual que el Alcalde, además de los señores Regidores de Quintero Juan Estay Estay y Emilio Pezoa Berrios, decidieron hacer realidad la separación de ambas Comunas, no omitiendo sacrificios y en una sesión solemne en la Municipalidad de Quintero acordó la mayoría edilicia solicitar audiencia al Excelentísimo Señor Presidente de la República don Juan Antonio Ríos Morales, para presentar personalmente una solicitud que permitiera el estudio de la creación de la Comuna de Puchuncaví.

La tarea fue ardua y difícil, ya que la Municipalidad no contaba con los recursos y las distancias eran muchas, dado el poco acceso a la locomoción colectiva y caminos casi intransitables, por eso después de una serie de reuniones con vecinos y autoridades, trámites y entrevistas se logró *que el 13 de Septiembre de 1944, se dictará El Decreto Ley N° 7.866 creando la Comuna de Puchuncaví* con sus ocho distritos: Placilla de Puchuncaví, La Laguna, La Canela, San Antonio, Pucalán, Melosillas, Los Maitenes, Campiche, siendo Presidente de la República don Juan Antonio Ríos Morales.

## **A.2.- ANTECEDENTES DEL TERRITORIO.**

La Comuna de Puchuncaví, se caracteriza por tres formaciones:

- **Sector Litoral:** Comprende playas y arenales bajos, entre el límite comunal de Puchuncaví con Quintero y la desembocadura del estero de Puchuncaví; acantilados con roqueríos y playas entre la desembocadura del estero Puchuncaví y estero Catapilco (promedio 10m, 30m, 70m, 30m, y 10m ). En este borde occidental se dan las formaciones de dunas pertenecientes al Cuaternario que refleja la acción constante del viento sur – oeste que afecta a la zona.
- **Planicie Central:** Se extiende desde el litoral hasta aproximadamente la cota 200m. Es una extensión de suave colinaje recubierto por areniscas y arcillas marinas con fósiles bivalvos y gastrópodos abundantes hacia la línea costera, pertenecientes al Mioceno y Plioceno especialmente, y que constituyen lo que se denomina “Formación Horcón”, formación sedimentaria marina, una de las últimas depositaciones ocurridas en el Terciario hacia el interior del continente. El conjunto de mesetas que la integran constituye, por el norte, la cuenca del estero Puchuncaví y su tributario el estero El Cardal y, por el oriente, la cuenca del sistema de esteros: Pucalán, Los Maquis, Chilicauquén, San Pancracio y Malacara, sistema que desemboca en la Comuna de Quintero en el sector de Santa Julia donde, detenido por las dunas costeras, forma una amplia vega.
- **Cordón de Cerros:** Limitan la comuna por el oriente y el sur, cuyo punto más alto es el cerro Puntas Trepadas con 113 m. Este borde oriental es el límite de la Formación Horcón. Los cerros muestran depósitos continentales, marinos y volcánicos muy metamorfoseados pertenecientes al Jurásico Inferior y Superior. En el sector norte del cordón de cerros existe una planicie que corresponde al Valle de Canela (cota 500m.), que da origen al estero del mismo nombre, tributario del estero Catapilco.

Los mencionados esteros forman el sistema hidrológico comunal. Existe un sistema de canales de regadío de escasa significación, por cuanto son soportadores de agua sólo en época de lluvias. El estero La Canela, que empalma con el estero Catapilco en la zona de Puchuncaví, también forma una laguna en su desembocadura, la que se interna hacia el interior, generando terrenos vegosos en el sector Los Maitenes.

### **A.2.1.-TERRITORIO**

La Comuna de Puchuncaví se ubica política y geográficamente en la V Región de Valparaíso, encontrándose al lado norte de la Provincia de Valparaíso. Se emplaza a 71°25' de longitud W y a 32°45' de latitud S (Figura 1). Puchuncaví limita al norte con la comuna de Zapallar (Provincia de Petorca), al sur con las comunas de Quillota (Provincia de Quillota) y Quintero (Provincia de Valparaíso), al este con las comunas de Nogales y La Cruz (Provincia de Quillota) y al oeste con el Océano Pacífico.

Posee una superficie de 299,9 km<sup>2</sup>.

Cuenta con 22 localidades: La Laguna, Maitencillo, El Ringue, El Paso, El Leoncito, La Canela Baja, La Canela Alta, La Quebrada, Potrerillos, Puchuncaví, El Rincón, Pucalán, Los Maquis, Las Melosillas, San Antonio, La Greda, Los Maitenes, Campiche, La Chocota, Las Ventanas, Horcón, y La Estancilla

### **A.2.2.-HIDROGRAFIA.**

La hidrografía se remite a la existencia de tres esteros semi-permanentes, los que representan la principal fuente de agua para la agricultura del sector. Dichos esteros son el de la Canela, de Puchuncaví y de Pucalán.

El estero de la Canela fluye desde el Sur-Este hacia el Nor-Este, nace en la loma del Lindero, en el sector de la Canela, y se convierte en un tributario del estero Catapilco, en el límite comunal.

El estero de Puchuncaví fluye desde el Nor-Este hacia el Sur-Oeste, por un valle bajo y pantanoso conocido como la depresión del Rungue. Dicho estero apoya las labores agrícolas del sector que cruza, antes de desembocar en la bahía de Quintero.

El estero de Pucalán fluye en dirección Nor-Este a Sur-Oeste y tiene como tributarios a cuatro esteros menores: Los Maquis, Chilicauquén, San Pancrancio y Mal Cara conocido como Malacara. Esta red de esteros se concentra en el cuadrante Sur-Este de la comuna y nace en el sector de más altas cumbres. Sus aguas desembocan en la comuna de Quintero, formando una amplia vega de terrenos bajos en dicho sector.

Para el caso particular del área regulada por el instrumento territorial, se encuentran dentro del alcance del mismo Sector Catapilco, Subsector La Laguna, Sector Horcón, Estero Puchuncaví. La superficie que abarca la delimitación de cada uno de estos sectores ubicados en las Cuencas Costera Aportantes a los Acuíferos

### **A.2.3.-VEGETACION.**



En la zona costera se puede encontrar vegetación asociada a un matorral arbustivo costero formado por especies como el peumo, boldos, maitenes, junto a hierbas y gramíneas. En las áreas más húmedas como fondos de quebradas se pueden encontrar litres, quilas, pataguas.. Este bosque está formado por especies arbóreas como quillay, litre, molle, belloto, boldo y peumo. La zona intermedia se caracteriza por la estepa de arbustos espinosos donde predomina el espino. En los sectores más soleados, que miran al norte se encuentran arbustos como el guayacán, algarrobo, quillay, molle y otros asociados al espino

### A.3.- AUTORIDADES

<i>Nombre</i>	<i>Cargo</i>	<i>Teléfono de contacto</i>	<i>Email</i>
Sr. Agustín Valencia García	Alcalde	2791085	Agustin.valencia@municipuncavi.cl
Hugo Villalón	Jefe SECPLAN	2791718	Hugo.villalon@municipuncavi.cl
Juan Carlos González Romo	Secretaría Municipal	2791085	Juan.gonzalez@municipuncavi.cl
Levi Olivares	Dirección obras municipales	2791085	obras@municipuncavi.cl
Luciano Donoso	Área Operativa	2791085	mpuchuncavi@municipuncavi.cl
Judith Fernández	DIDECO	2791025	mpuchuncavi@municipuncavi.cl
Eliana Olmos	Dirección de tránsito	2791085	mpuchuncavi@municipuncavi.cl
Bárbara Bernal	Dirección de administración y finanzas	2791085	mpuchuncavi@municipuncavi.cl
Eduardo Prado Pérez	Unidad de control	2791085	eduardopradoperez@yahoo.es
Manuel Salas	Departamento de educación	2791027	mpuchuncavi@municipuncavi.cl
Mauro Carvacho Vargas	Departamento de Salud	2705000	deptosaludpuchuncavi@yahoo.es

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Email</b>
Ana Rosa Villarroel Pacheco	Concejal	09 74979451	avillarroelpacheco@yahoo.es
Fernando Vicencio Bazaez	Concejal	09 87682924	Fernandovicencio@gmail.com
Guillermo Herrera Figueroa	Concejal	2791065	gmoherreraf@yahoo.es
Mauricio Cancino Quezada	Concejal	09 94993310	concejalcancino@municipuchuncavi.cl
Ramón Barría Pino	Concejal	0992282116	concejales@municipuchuncavi.cl
Eugenio Silva Pinto	Concejal	09 92283526	<u>marvaber@hotmail.com</u>

#### **A.4.-CONCEJO MUNICIPAL**

**A.5.**  
**-**  
**DA**  
**TO**  
**S**  
**DE**  
**PA**  
**RT**  
**AM**  
**EN**  
**TO**  
**DE**  
**SA**  
**LU**  
**D**  
**CO**  
**MUNAL**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Dirección</b>	<b>Email</b>
Dr. Mauro Carvacho vargas	Director Departamento de salud	2795000(04)	Av Bernardo Ohiggins 100	deptosaludpuchuncavi@yahoo.
Sra. Yerty Castro Cisternas	Secretaria Departamento de Salud Puchuncavi	2795000(03)	Av. Bernardo O Higgins 100	yertycastro@hotmail.com
Dr. Karina Villarroel Milesi	Directora interina CESFAM Las Ventanas	2791900	Bello Horizonte 45 Las Ventanas	cesfamlasventanas@gmail.com
Dra .Mónica Lobos Bernal Subrogando Dra. Camila Schulbe	Directora CESFAM Puchuncavi	2795000	Av Bernardo Ohiggins 100	cesfampuchuncavi@gmail.com
Milton Gonzalez	TENS Residente Posta Horcon	2794629	Avenida Principal 172 Horcon	cesfampuchuncavi@gmail.com
Jazmina Orellana Lucke.	TENS Residente Posta Maitencillo	2771335	Calle Enrique del Rio s/n Maitencillo	cesfampuchuncavi@gmail.com

Rango de edad en	2006	2007	2008	2009	2010	2015	2020
------------------	------	------	------	------	------	------	------

## A.6.- POBLACION Y PROYECCIONES

### A.6.1.-Población Asignada estimada al 30 de Junio 2012.

	CESFAM Ventanas	CESFAM Puchuncavi	Posta Maitencillo	Posta Horcon	Total
0- 23 meses	182	211	33	39	465
2-5 años	311	363	57	64	781
6-9 años	328	416	64	72	880
10-14 años	538	571	88	117	1.314
15-19 años	555	696	107	121	1.479
20-24 años	486	600	92	106	1.284
25-34 años	823	1.166	179	179	2.347
45-54años	849	1.029	158	185	2.221
55-64 años	599	661	102	130	1.492
65 y mas años	881	896	138	192	2.107
<b>Total</b>	<b>5388</b>	<b>6.478</b>	<b>997</b>	<b>1.174</b>	<b>13.905</b>

Fuente: Departamento de Estadística SSVQ 2012

### A.6.2.-Población Total estimada al 30 de Junio 2012.

	CESFAM Ventanas	CESFAM Puchuncavi	Posta Maitencillo	Posta Horcon	Total
0- 23 meses	182	211	33	39	465
2-5 años	311	363	56	68	798
6-9 años	385	449	69	84	986
10-14 años	435	507	78	95	1.115
15-19 años	516	602	93	112	1.322
20-24 años	576	672	103	125	1476
25-34 años	950	1108	170	183	2435
35-44 años	839	979	151	183	2151
45-54 años	940	1097	169	205	2410
55-64 años	642	749	115	140	1646
65 y mas	681	794	122	148	1745
<b>Total</b>	<b>6454</b>	<b>7530</b>	<b>1158</b>	<b>1407</b>	<b>16549</b>

## A 6.3.-PROYECCION DE LA POBLACION POR RANGO ETAREO

Fuente:  
INE  
2008

años							
0-4	1048	1064	1083	1095	1113	1192	1230
5-9	1095	1091	1086	1079	1075	1150	1222
10-14	1287	1245	1209	1169	1128	1098	1171
15-19	1306	1331	1355	1382	1405	1196	1165
20-24	1215	1266	1322	1374	1426	1553	1316
25-29	1010	1061	1115	1168	1220	1484	1609
30-34	1026	1021	1014	1010	1005	1269	1593
35-39	1045	1050	1058	1064	1070	1038	1301
40-44	1129	1118	1107	1094	1083	1107	1070
45-49	1107	1135	1167	1194	1227	1159	1178
50-54	852	928	1001	1075	1151	1306	1230
55-59	689	716	745	772	800	1173	1322
60-64	590	603	618	632	645	782	1137
65-69	470	491	513	630	550	621	751
70-74	425	420	419	414	410	505	573
75-79	285	804	325	344	364	354	440
80 y +	252	267	281	296	311	424	493
Total	14831	15111	15418	15692	15983	17411	18741

#### A.6.4 .- POBLACION PERTENECIENTE A ETNIAS

Fuente:  
INE  
2009

Comuna	Aimara	Alacalufe	Atacameña	Colla	Mapuche	Quechua	Rapanui	Yama
Puchuncavi	12	1	1	3	132	1	1	2

#### A.7.-CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y DEMOGRAFICAS.

**A.7.1 TABLA COMPARATIVA CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS  
COMUNA PUCHUNCAVI V/S NACIONAL**

<i>Características</i>	<i>Comunal</i>	<i>Nacional</i>
Ingresos Municipales (Ingreso Total Percibido)	3.153.124	1.987.602.769
Disponibilidad Presupuestaria Municipal por Habitante (M\$)	200,94	211,58
Ingresos por Fondo Común Municipal	751.332	598.113.282
Ingresos Propios (IPP y FCM)	2.322.663	1.442.980.937
Ingresos Propios Permanentes (IPP)	1.571.331	837.406.217
Consumo de Agua (desde 2008)	7.938	21.739.181
Consumo de Electricidad (desde 2008)	219.291	151.636.457
Servicios de Aseo, Recolección de Basura y Vertederos (desde 2008)	202.557	156.015.060
Servicios de Mantenición de Alumbrado Público (desde 2008)	28.533	13.933.982
Servicios de Mantenición de Semáforos (desde 2008)	0	4.529.531
Servicios de Mantenición de Señalización de Tránsito (desde 2008)	0	3.502.440
Dependencia del Fondo Común Municipal sobre los Ingresos Propios	32,35	63,02
Participación de Ingresos Propios Permanentes (IPP) en el Ingreso Total	49,83	27,39
Participación del FCM en el Ingreso Total (descontadas las transferencias)	28,24	56,40
Participación de Gastos Corrientes en el Gasto Total	83,54	79,66
Participación de Gastos Corrientes sobre el Ingreso Total (descontadas las transferencias)	101,67	97,00
Participación Gasto en Personal en Gastos Corrientes	26,96	35,80

Fuente  
MIDEPL  
AN 2009

Participación Gasto en Personal sobre los Ingresos Propios (Criterio Contraloría)	31,40	37,56
Umbral Legal de Gastos en Personal	905.546	527.788.279
Gastos en Personal Municipal (excluye Dieta, Consejo y Prestaciones de Servicios en Prog. Comunitarios)	651.975	401.398.767
Deuda Flotante Municipal (desde 2008)	21.804	49.171.244

Población activa según	Categoría Ocupacional	Hombres activos(%)	Mujeres activas(%)
------------------------	-----------------------	--------------------	--------------------

**A.7.2.-  
CARAC  
TERIZA  
CION  
SOCIOE  
CONOM  
ICA  
(INGRESO Y POBREZA)**

Las cifras expuestas en el Cuadro siguiente, revelan porcentajes de población bajo el límite de la pobreza, en ella se observa a la comuna de Puchuncaví con un porcentaje del 16.7% en comparación con la cifra regional de un 15.3% y una nacional del 13.7%

**TABLA CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA**

	Indigente		Pobre no indigente		No pobre total		No pobre		Total	
Indicador	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Comunal</b>	393	2.9	887	6.5	1280	9.3	12.440	90.7	<b>13.720</b>	1
<b>Provincia</b>	20.149	2.3	111.255	12.7	131.403	15	744.619	85	<b>876.022</b>	1
<b>Región</b>	47.455	2.9	205.238	12.4	252.693	15.3	1.319.582	84.7	<b>1.652.274</b>	1
<b>Total País</b>	<b>516.738</b>	<b>3.2</b>	<b>1.692.199</b>	<b>10.3</b>	<b>2.208.937</b>	<b>13.7</b>	<b>13.906.046</b>	<b>86.3</b>	<b>16.114.983</b>	1

Fuente. Mideplan, División Social, encuesta CASEN 2006

**A7.3 .-EMPLEO Y DISTRIBUCION DE LA FUERZA LABORAL.**

Respecto de la categoría ocupacional de la población activa de Puchuncaví, un poco más de la mitad (52,3%) trabaja de *empleado u obrero en el sector privado*, la otra mitad se reparte principalmente entre los *trabajadores por cuenta propia* (18,3%), los *domésticos puertas afuera* (8,6%), los *empleados u obreros del sector público* (8,3%), los *empleadores* (4,9%) y los *empleados u obreros de empresas públicas* (4,1%).

Fuente :  
Base de  
Datos  
CASEN  
2006

área(%)			
4,9	Patrón o empleador	4,1	6,5
18,3	Trabajador por cuenta propia	15,9	23,1
8,3	Empleado u obrero del sector Público (Gob. Central o Municipal)	5,9	13,0
4,1	Empleado u obrero de empresas Públicas	5,6	1,2
52,3	Empleado u obrero del sector privado	66,3	24,9
0,4	Servicio doméstico puertas adentro	0,0	1,2
8,6	Servicio Doméstico puertas afuera	0,0	25,4
2,6	Familiar no remunerado	1,5	4,7
0,5	FF.AA. y de Orden	0,8	0,0
100,0	Total	100	100

#### **A.7.4.- ACTIVIDAD ECONOMICA COMUNAL**

Según información proporcionada por SECPLAC, la oferta laboral de la Comuna de Puchuncaví se distribuye en las siguientes zonas:

##### **A.7.4.1 Zona Sur:**

Corresponde a la zona industrial, donde destacan las siguientes empresas que otorgan empleo a la fuerza laboral de Puchuncaví:

- Codelco división Ventanas, Fundición y Refinería.
- ENAP, sector energético. Instalará en consorcio una planta generadora de una potencia de 250 megawatt.
- AESGENER: Proyecto en Construcción de una tercera unidad de 250 megawatts.
- Planta Oxiquim, también involucrada en el área energética.
- Gasmar.
- Puerto Ventanas.
- GNL, la mayor planta de gas natural que proveerá con este recurso a toda la zona central del país.
- ENDESA.



#### A.7.4.2 Zona Centro:

- Con una política de fomento agrícola, a través de INDAP, otorgando préstamos al micro-empresario.

#### A.7.4.3 Zona Norte:

- Básicamente turística, está integrada por los balnearios de Maitencillo, Marbella y otros, cuya demanda general es de servicios.

#### A.7.5.-INGRESO FAMILIAR DE LA POBLACION.

La mayoría de los ingresos Familiares, se concentra en el área de 0 a \$150.000 situación que se corresponde con el cuadro de escolaridad de los jefes de familia por lo que se observa bajos niveles de escolaridad asociados a bajos niveles de renta.

			Asalariados		Independientes	
Independiente	Asalariado	Pesos/Mes	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
49,4	52,3	Inferior a 159.000	44,2	71,7	43,0	57,4
50,5	48,0	Superior a 159.000	55,8	28,3	57,0	42,0
33,0	19,8	Inferior a 100.000	13,4	35,5	22,6	46,9
56,6	76,2	Entre 100.000 y 500.000	80,6	64,5	63,4	48,1
10,3	4,3	Entre 500.000 y 1.000.000	6,0	0,0	14,1	5,6
0,0	0,0	Superior a 1.000.000	0,0	0,0	0,0	0,0

En la Comuna de Puchuncaví, aproximadamente en un 60% de los hogares los ingresos no superan el sueldo mínimo.

Fuente. Base de datos CASEN 2006.

#### A.7.6.-HACINAMIENTO.

Existe un 16 % de familias que viven en condiciones de hacinamiento. Este es otro factor que puede influir negativamente en la calidad de vida de nuestros beneficiarios.

Grupo FONASA	0-10 AÑOS		10-20 AÑOS		20-65 AÑOS		65 Y + AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
FONASA A	247	244	245	242	493	916	93	156
FONASA B	79	70	137	131	396	549	186	262
FONASA C	64	62	149	103	364	307	36	36
FONASA D	57	38	53	44	360	251	91	77
<b>TOTAL</b>	<b>447</b>	<b>414</b>	<b>584</b>	<b>1.104</b>	<b>1.613</b>	<b>2.203</b>	<b>406</b>	<b>531</b>

#### **A.7.7.- VIVIENDAS.**

La gráfica muestra una clara preponderancia de la casa como el tipo de vivienda predominante en la comuna de Puchuncaví, seguido por los departamentos en edificios.

Ambos tipos de vivienda representan el 92% del total de viviendas de la Comuna. Sin embargo, preocupa el 5% de los hogares establecidos en mejoras o mediaguas, ya que estos tipos de vivienda no entregan un espacio digno adecuado para el desarrollo social, familiar y educacional de nuestros beneficiarios.

#### **A.7.8.-GRUPOS VULNERABLES**

##### **Tabla inscritos por previsión , grupo etario y sexo CESFAM Las Ventanas**

Fuente: Sistema registro informático Saydex 2011

**Tabla inscritos por previsión , grupo etario y sexo CESFAM Puchuncavi**

Grupo FONASA	0-10 AÑOS		10-20 AÑOS		20-65 AÑOS		65 Y + AÑOS		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
FONASA A	39	33	45	26	177	223	29	36	<b>608</b>
FONASA B	6	6	19	10	72	81	38	33	<b>265</b>
FONASA C	1	4	6	8	28	26	6	6	<b>85</b>
FONASA D	0	1	10	1	36	22	11	7	<b>88</b>
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	<b>80</b>	<b>45</b>	<b>313</b>	<b>352</b>	<b>84</b>	<b>82</b>	<b>1.046</b>

Grupo FONASA	0-10 AÑOS		10-20 AÑOS		20-65 AÑOS		65 Y + AÑOS		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
FONASA A	187	192	255	229	857	900	157	159	
FONASA B	143	142	177	176	674	740	155	209	
FONASA C	101	109	125	128	443	352	38	30	
FONASA D	70	63	79	77	471	340	104	83	
<b>TOTAL</b>	<b>501</b>	<b>506</b>	<b>636</b>	<b>610</b>	<b>2.445</b>	<b>2.332</b>	<b>454</b>	<b>481</b>	

Fuente: Sistema registro informático Saydex 2011

**Tabla inscritos por previsión , grupo etario y sexo Posta Horcon**

Fuente: Sistema registro informático Saydex 2011

**Tabla inscritos por previsión , grupo etario y sexo Posta Maitencillo**

Grupo FONASA	0-10 AÑOS		10-20 AÑOS		20-65 AÑOS		65 Y + AÑOS		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
FONASA A	34	23	14	16	23	67	8	11	<b>19</b>
FONASA B	12	8	5	5	9	24	14	18	<b>95</b>
FONASA C	4	3	3	3	2	8	1	6	<b>30</b>
FONASA D	2	3			3	3	4	5	<b>20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>37</b>	<b>102</b>	<b>27</b>	<b>40</b>	<b>34</b>

Fuente: Sistema registro informático Saydex 2011

En la comuna de Puchuncaví, el total de personas que cuenta con Ficha de Protección Social alcanza a 12.070 personas, de ellos un 20,99% tiene puntaje inferior o igual a 4.213; 32,41% tiene puntajes entre 4.214 y 8.500 y un 27,33% se ubica en el tramo entre 8.501 y 11.734 puntos.

#### **A. 7.9.- INDICE DE DESARROLLO HUMANO (IDH) DENTRO DEL TERRITORIO SSVQ**

Dentro de los métodos que han contribuido a una visión multidimensional de la pobreza, encontramos el que se sitúa desde una perspectiva que considera Capacidades y Realizaciones. Bajo este enfoque acuñado por el economista A. Sen, el Programa de Naciones Unidas PNUD creó el Índice de Desarrollo Humano (IDH).

El desarrollo humano es aquí entendido como “el proceso mediante el cual se aumentan las capacidades y opciones de las personas. Ello apunta a reconocer a todos los individuos como sujetos sociales capaces de perseguir la realización del tipo de vida que les parezca favorable

Durante el año 2006, el PNUD en conjunto con MIDEPLAN, elaboraron un Índice de Desarrollo Humano con el objetivo de evaluar y describir las trayectorias a nivel comunal entre los años 1994 y 2003. Esto permitió realizar un análisis comparativo del avance obtenido en todas las comunas que componen nuestro país. A partir de estos datos, se desprende que Chile incrementó su IDH de 0,659 en 1994 a 0,783 el 2010, ubicándose en el lugar número 45 del ranking mundial y en el tercero a nivel latinoamericano.

Si se observa la distribución del IDH por comuna, se puede ver que las localidades que presentan valores más altos de IDH tienden a concentrarse en

las zonas más cercanas a la costa de la región. Como ejemplo se ven las comunas de Concón, Viña del Mar, Quilpué o Villa Alemana. La localidad de Los Andes constituye una excepción, ya que si bien se ubica en el interior, cuenta con un valor significativamente alto de IDH. En cambio para otras comunas como Catemu, Cabildo o Hijuelas se observan valores muy por debajo de los recién señalados, donde la dimensión ingresos siempre obtiene las cifras más bajas.

##### **A.7.9.1.- ÍNDICES GENERALES DE DESARROLLO Y DESIGUALDAD.**

En el Índice de Desarrollo Humano 2003 (IDH) la región de Valparaíso presenta un puntaje de 0,719, encontrándose por debajo de ese valor diecinueve comunas. El puntaje más bajo corresponde a Catemu (0,669) y el más alto a Concón (0,781).

El Índice de Inequidad Territorial de Género (ITG) arroja un puntaje regional de 0,805, con extremos de 0,721 (Nogales) y 0,821 (Viña del Mar). Treinta y tres comunas tienen puntajes más bajos que el regional.

El Índice de Territorios Aislados indica que la comuna de mayor aislamiento en la región es la de Juan Fernández (0,594) y la menos aislada es San Antonio (0,116).

En cuanto al Índice de Vulnerabilidad Social y Condiciones de Vida (IV), el puntaje total regional es de 0,7498. Once comunas se ubican sobre este puntaje y veinticinco presentan valores inferiores. El IV no fue calculado para las comunas de Isla de Pascua y Juan Fernández. El puntaje más bajo corresponde a Putaendo (0,6926) y el más alto a Los Andes (0,7950).

Al clasificar las comunas según cuartiles del IV, se observa que las comunas cercanas a la capital regional se ubican preferentemente en los cuartiles de mayor puntaje. Cinco de las nueve comunas que integran la Provincia de Valparaíso corresponden al mejor cuartil.

Al revisar las distintas dimensiones del IV, en educación, la mejor situación se registra en Villa Alemana y la peor en Panquehue. En ingreso, el mejor puntaje corresponde a Santo Domingo y el más bajo a San Antonio. San Felipe se ubica en el primer lugar en cuanto a ocupación, mientras que en la última posición está San Antonio.

El puntaje más alto en vivienda se observa en Quintero y Putaendo tiene el más bajo

**TABLA DIMENSIONES DE LA SALUD COMUNA PUCHUNCAVI EN COMPARACION CON COMUNA DE VIÑA DEL MAR.**

<b>Comuna</b>	<b>Valor IDH</b>	<b>Valor dimensión salud</b>	<b>Valor dimensión educación</b>	<b>Valor dimensión ingreso</b>	
Puchuncavi	0.734	0.791	0.737	0.673	
Viña del Mar	0.766	0.789	0.809	0.699	

Fuente:www.mideplan.cl

**A.7.10.-INGRESO Y POBREZA.**

El 15,3% de los habitantes de la región se encuentra en situación de pobreza. Dieciséis comunas registran porcentajes de pobreza mayores, con un máximo de 25,4% en la comuna de Cartagena. En el extremo opuesto, Santo Domingo sólo presenta una pobreza total de 4,1%. Estos datos reflejan una brecha de 21,3 puntos porcentuales entre los niveles de pobreza de ambas comunas.

En cuanto a los ingresos, el promedio de ingreso monetario per cápita regional es de \$158.996. Veintisiete comunas tienen medias de ingreso inferiores, constatándose el promedio más bajo en Panquehue (\$97.770) y el más alto en Santo Domingo (\$299.832).

El coeficiente de Gini presenta una variación de 0,04 puntos entre las comunas de Santo Domingo (0,47, similar al coeficiente regional) y de Petorca (0,43).

#### **A.7.11.-.-OCUPACIÓN Y EDUCACIÓN.**

Según la encuesta CASEN 2006, la participación laboral de ese año ascendía a 56,7% en la región, variando entre un 43,8% en la comuna de El Tabo y un 62,7% en Zapallar. Esta última comuna presenta también los niveles más bajos de desocupación (3,1%) y cesantía (2,8%), mientras que los porcentajes más altos en ambas tasas corresponden a San Antonio (11,8% y 11,1%, respectivamente), datos que reflejan una brecha comunal de 8,7 puntos porcentuales en desocupación.

Ocho comunas presentan una desocupación mayor a la regional. La región tiene un alfabetismo de 96,8%, con valores comunales extremos de 92,0% (Petorca) y 98,5% (Villa Alemana). La media de años de escolaridad regional es de 10,3 años, ubicándose por debajo de este valor un total de treinta comunas; el nivel más bajo se observa en Putaendo (8,5) y el más alto en Quilpué (11,7), con una brecha comunal de 3,2 años entre los promedios de ambas comunas. Respecto a la cobertura educacional total, la región registra un 74,9%, siendo San Antonio la comuna de menor cobertura (65,5%) y Villa Alemana la de mayor cobertura (83,2%).

### **B.- ESTADÍSTICAS VITALES**

#### **B.1.-ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DDS)**

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la

necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

## B.2.-MORTALIDAD

Para el análisis de la mortalidad comunal se calcularon las tasas para el decenio 1997 – 2006, las que fueron ajustadas considerando la población del año 2001 (mitad del período) de la región, con el objetivo de permitir la comparabilidad entre las distintas comunas que la integran.

La tasa regional ajustada de *mortalidad general* estimada el 2000-2010 es de 622 muertes por 100.000 habitantes. A nivel comunal, la tasa más baja se registra en El Tabo (300 muertes por 100.000) y la más alta en Isla de Pascua (746 muertes por 100.000), es decir, en esta última comuna, por cada 100.000 habitantes, se registran 446 muertes más que en la mejor comuna. Tanto en la región como en las comunas, las tasas de hombres superan a las de mujeres, siendo mayor la brecha comunal en el caso de estas últimas.

Al revisar las tasas de mortalidad por *grandes grupos de causas*, en el período analizado el mayor porcentaje cooresponde a causas circulatorias 31% , 25% a tumores, 7% trauma, 7% causas digestivas , 9% enfermedades respiratorias.

En el caso de la *mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio*, la tasa regional ajustada del decenio alcanza a 197 muertes por 100.000 habitantes. La comuna con menor mortalidad es la de El Tabo (93 muertes por 100.000) y la que presenta la mayor tasa por estas causas es Valparaíso (237 muertes por 100.000). La brecha comunal asciende a 144 muertes por 100.000 habitantes. Para el período, la tasa ajustada de *mortalidad por traumatismos y envenenamiento* se calcula en 52 muertes por 100.000 habitantes. La brecha entre la tasa comunal más baja (Juan Fernández, 32 muertes por 100.000) y la más alta (Isla de Pascua, 159 muertes por 100.000) es de 127 muertes por cada 100.000 personas. En el caso de Isla de Pascua la tasa de las mujeres supera a la de los hombres, mientras que en Juan Fernández la tasa de mortalidad femenina es cero.

## MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, 2009.

	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL
REGION Y COMUNA	DEFUNCIONES A MENORES DE 1 AÑO	TASAS	DEFUNCIONES A MENORES DE 28 DIAS	TASAS	DEFUNCIONES MENORES DE 7 DIAS	TASAS	DEFUNCIONES DIAS A 11 MES
TOTAL PAIS	1.997	7.9	1.359	5.4	1.065	4.2	638
VALPARAISO	200	8.4	138	5.8	105	4.4	62
PUCHUNCAVI	2	9.9	0	0	0	0	2

Fuente INE, 2009.

### MORTALIDAD GENERAL , SEGÚN REGION Y COMUNA, 2009

Fuente INE, 2009.

REGION Y COMUNA	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
TOTAL PAIS	91.965	5.4	49.608	5.9	42.357	5.0
VALPARAISO	10.793	6.2	5.634	6.6	5.159	5.8
<b>PUCHUNCAVI</b>	<b>95</b>	<b>6.1</b>	<b>51</b>	<b>6.5</b>	<b>44</b>	<b>5.6</b>

### INDICE DE SWAROOP, 2009

REGION Y COMUNA	AMBOS SEXOS	HOMBRE	MUJER
TOTAL PAIS	75.0	69.3	81.5
VALPARAISO	79.3	74.0	85.0
<b>PUCHUNCAVI</b>	<b>77.9</b>	<b>72.5</b>	

Fuente INE, 2009.

### MORTALIDAD EN LA NIÑEZ , SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2009

Fuente INE, 2009.

REGION Y COMUNA	TOTAL		DE 1 A 4 AÑOS		DE 5 A 9 AÑOS
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES
TOTAL PAIS	507	0.2	318	0.3	189
VALPARAISO	48	0.2	31	0.3	17
<b>PUCHUNCAVI</b>	<b>1</b>	<b>0.5</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>1</b>

### MORTALIDAD DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN SEXO,2009

Fuente INE, 2009.

REGION Y COMUNA	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES
TOTAL PAIS	1000	0.4	682	0.5	318
VALPARAISO	85	0.3	58	0.4	27
<b>PUCHUNCAVI</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>0</b>



## MORTALIDAD DE LOS ADULTOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2009

Fuente INE, 2009.

REGION Y COMUNA	20 A 44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
TOTAL PAIS	5201	1.6	1967	0.6	11996	6.6	6942	7.3
VALPARAISO	4813	1.5	205	0.6	1231	6.5	738	7.3
<b>PUCHUNCAVI</b>	<b>4</b>	<b>1.4</b>	<b>2</b>	<b>0.7</b>	<b>10</b>	<b>5.4</b>	<b>7</b>	<b>7.3</b>

### B.3.- NATALIDAD

#### POBLACION , NACIDOS VIVOS TOTALES Y CON ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO Y TASA DE NATALIDAD, 2009

	POBLACION	NACIDOS VIVOS	CON ATENCION PROFESIONAL	CORREGIDOS *	TASA DE NATALIDAD
		INSCRITOS			
		TOTAL			

REGION Y COMUNA DE RESIDENCIA DE LA MADRE					
TOTAL PAIS	16.928.873	252.240	251.744	253.584	15.0
VALPARAISO	1.739.876	23.735	23.696	23.822	13.7
<b>PUHUNCAVI</b>	<b>15.692</b>	<b>202</b>	<b>202</b>	<b>203</b>	<b>12.9</b>

Fuente INE 2009 .

#### NACIDOS VIVOS INSCRITOS SEGÚN EDAD DE LA MADRE, 2009

		EDAD DE LA MADRE EN AÑOS				
	TOTAL	MENOR DE 15	DE 15 A 19	20 A 34	35 Y MAS	IGNORADO
REGION Y COMUNA						
TOTAL PAIS	252.240	1.075	39.627	171.073	40.400	65
VALPARAISO	23.735	89	3.635	16.362	3.643	6
<b>PUHUNCAVI</b>	<b>202</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>127</b>	<b>40</b>	<b>0</b>

Fuente INE, 2009.

#### NACIDOS VIVOS INSCRITOS VIVOS SEGUN PESO AL NACER, 2009.

Fuente INE, 2009.

		<b>PESO AL NACER</b>				
	<b>TOTAL</b>	<b>BAJO PESO</b>	<b>PESO INSUFICIENTE</b>	<b>PESO NORMAL</b>	<b>PESO IGNORADO</b>	
<b>REGION Y COMUNA</b>	<b>AREA</b>		<b>INDICADOR</b>			<b>REGIONAL</b>
<b>TOTAL PAIS</b>	252.240	14.946	40.215	196.574	505	
<b>VALPARAISO</b>	23.735	1.458	3.945	18.289	43	
<b>PUHUNCAVI</b>	<b>202</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>158</b>	<b>0</b>	

**B.4.-DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIARIOS E INDICADORES DE DAÑO Y BIENESTAR ASOCIADO A SALUD.**

DETERMINANTES ESTRUCTURALES	% DE PERSONAS INDIGENTES	2.9
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	% DE PERSONAS POBRES NO INDIGENTES	12.4
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	% DE PERSONAS POBRES	15.3
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	COEFICIENTE DE GINI	0.47
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	% PERSONAS DESOCUPADAS	8.3
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	% PERSONAS CESANTES	7.6
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	%PERSONAS QUE SABEN LEER Y ESCRIBIR	96.8
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	PROMEDIO AÑOS DE ESCOLARIDAD PERS. 25 Y MAS	9.9
DETERMINANTES ESTRUCTURALES	% COBERTURA EDUCACIONAL TOTAL	74.9
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	%HOGARES CON SANEAMIENTO DEFICITARIO	5.4
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	% DE HOGARES CON HACINAMIENTO CRITICO	0.4
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	% VIVIENDAS CON MATERIAL IRREPARABLE	0.8
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	% HOGARES POSEE REFRIGERADOR	90.9
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	%HOGARES POSEE COMPUTADOR	31.5
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	METROS DE AREAS VERDES POR HABITANTE	s/i
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	%ASALARIADOS SIN CONTRATO	22.4
CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO	%PERSONAS DE 15 A 64 ACTIVAS SIN COTIZAR	36.6
ESTILO DE VIDA Y PSICOSOCIALES	% MENOR DE 6 AÑOS CON SOBREPESO	22.2
ESTILO DE VIDA Y PSICOSOCIALES	%EMBARAZADAS EN CONTROL MENORES DE 15 AÑOS	0.78
ESTILO DE VIDA Y PSICOSOCIALES	%EMBARAZADAS EN CONTROL DE 15 A 19 AÑOS	19.68
ESTILO DE VIDA Y PSICOSOCIALES	TASA DE DENUNCIAS VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	694.3
ESTILO DE VIDA Y PSICOSOCIALES	TASA DE DENUNCIAS MAYOR CONNOTACION SOCIAL	2.894.3
SISTEMA DE SALUD	DISTANCIA AL HOSPITAL DE REFERENCIA (KMS)	N/C
SISTEMA DE SALUD	% S QUE TUVO PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ULTMOS 30 DIAS	15.8
SISTEMA DE SALUD	% DE PERSONAS QUE TUVO PROBLEMAS DE SALUD Y NO TUVO ATENCION%	15.5
SISTEMA DE SALUD	% BENEFICIARIOS FONASA	65.9
SISTEMA DE SALUD	%BENEFICIARIOS FONASA A	11.3
SISTEMA DE SALUD	% MENORES DE 6 AÑOS EN CONTROL SISTEMA PUBLICO	78.4
SISTEMA DE SALUD	% DE PERSONS DE 65 Y MAS EN CONTROL SISTEMA PUBLICO	41.1
SISTEMA DE SALUD	% MUJERES 25 A 64 AÑOS CON PAP ULTIMOS 3 AÑOS	64.1
BIENESTAR Y DAÑO EN SALUD	% PERCEPCION DE SALUD MALA Y MUY MALA 2003	6.3

BIENESTAR Y DAÑO EN SALUD	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	8.96
BIENESTAR Y DAÑO EN SALUD	TASA DE MORTALIDAD TODAS LAS CAUSAS	610
BIENESTAR Y DAÑO EN SALUD	TASA DE MORTALIDAD . SISTEMA CIRCULATORIO	193
BIENESTAR Y DAÑO EN SALUD	TASA DE MORTALIDAD POR TUMORES	148
BIENESTAR Y DAÑO EN SALUD	TASA DE NOTIFICACION POR VIH Y SIDA	171.0
BIENESTAR Y DAÑO EN SALUD	ESPERANZA DE VIDA AL NACER 1997-2006	77.04

Fuente MIDEPLAN 2009.

## C.- ESTADISTICAS DE SALUD DE LA COMUNA

### C.1.- MORBILIDAD Y MORTALIDAD

#### MORTALIDAD DE LOS ADULTOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2009

REGION Y COMUNA	20 A 44 AÑOS		MUJERES		45 A 64 AÑOS		MUJERES	
	HOMBRES				HOMBRES			
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
TOTAL PAIS	5201	1.6	1967	0.6	11996	6.6	6942	3.7
VALPARAISO	4813	1.5	205	0.6	1231	6.5	738	3.6
<b>PUCHUNCAVI</b>	<b>4</b>	<b>1.4</b>	<b>2</b>	<b>0.7</b>	<b>10</b>	<b>5.4</b>	<b>7</b>	<b>3.8</b>

Fuente INE 2009.

## **C2.- ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

### **C.3.-- PORCENTAJE DE OBESIDAD INFANTIL**

#### **TABLA INFORMATIVA PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS BAJO CONTROL CON OBESIDAD**

<i>Centro de salud</i>	<i>Porcentaje de obesidad</i>
CESFAM Puchuncavi	8.5%
Posta Maitencillo	10%
CESFAM Ventanas	10.84%
Posta Horcon	10.0%
Total	7.16%

Fuente: Registros estadísticos DESAM Puchuncavi 2010.

### **C.4.- PORCENTAJE DE OBESIDAD EN ADULTOS**

En el período 2005-2010 la comuna presenta un aumento en el porcentaje de adultos mayores con obesidad y sobrepeso, de 52,8% a 58,2%, mayor que el regional.

En el periodo Enero-Septiembre 2011 , según registros propios observamos un porcentaje de obesidad infantil en menores de 6 años bajo control de un 5.2% comunal.

### **C.5.- ACCIDENTABILIDAD**

#### **Descripción**

Los distintos centros poblados se encuentran interconectados por el sistema vial de carreteras, algunas de las cuales son de carácter regional. Las principales son:

- Ruta F-30-E. Camino interprovincial que constituye el principal eje norte-sur de la comuna en el transporte de carga y pasajeros. Forma parte del denominado camino costero que se extiende desde Viña del Mar hasta Papudo y sirve de alimentador a todos los balnearios situados de Quintero al norte, hasta Papudo. Por este motivo, en época veraniega recibe alta solicitud.
- Ruta F -20. Camino interprovincial eje oriente - poniente, que pasando por la cuesta de Pucalán, lo une al poblado de Nogales en la Ruta 5 Norte. Es usado en la actualidad principalmente para el transporte de minerales hacia la fundición y refinería de cobre de Ventanas y para el flujo turístico del litoral situado al norte de la referida vía.

Estas dos vías revisten especial importancia, no sólo para la comuna sino para todo el área norte de la región. Rutas de segunda categoría, de carácter estructurante, a nivel de centros urbanos, lo constituyen el camino Ventanas - La Chocota - Horcón, que estructura el eje urbano Ventanas – Horcón por

lo alto, la Ruta F -150 y el camino litoral de Maitencillo, Ruta F -120

El nivel de accidentabilidad de nuestra comuna es alto, esto se debe principalmente a tres factores:

1.- Ruta F-30 se encuentra en buenas condiciones , el asfalto y/o cemento se encuentra en buen estado, recientemente fue repavimentado, ruta de una sola vía, sin berma en prácticamente el 75% de su trayecto, camino lleno de curvas peligrosas y difíciles de abordar.

2.- Alto tránsito de camiones con carga altamente peligrosa y/o tóxica las que circulan en dirección a polo industrial inmerso dentro de la comuna.

3.- Aumento del tránsito en nuestra comuna principalmente los fines de semana y vacaciones, personas que manejan a exceso de velocidad, sin conocer el camino mayormente , jóvenes que eventualmente manejan bajo los efectos del alcohol sumado a un manejo despreocupado hacen que los índices de accidentabilidad en nuestra comuna aumenten

Actualmente no contamos con estadística actualizada de accidentes para esta ruta, sin embargo contamos con la estadística brindada por la empresa concesionaria del camino Nogales-Puchuncavi, la que lamentablemente, al igual que la ruta F-30 muestra un alto nivel de accidentabilidad.

**Tabla accidentes acumulados anuales (últimos 5 años) Concesión Camino Nogales - Puchuncavi**

<b>Años</b>	<b>Accidentes</b>		<b>Victimas</b>				<b>Total lesionados</b>
	<b>Total</b>	<b>Con lesionados</b>	<b>Muertos</b>	<b>Graves</b>	<b>Menos Graves</b>	<b>Leves</b>	
2007	24	12	0	3	1	15	19
2008	28	14	3	7	13	48	68
2009	33	12	0	3	1	26	30
2010	26	10	1	2	0	18	20

2011	18	9	1	6	1	9	15
------	----	---	---	---	---	---	----

Fuente. [www. concesiones.cl](http://www.concesiones.cl)

## **C.6.-TRABAJO PRECARIO Y CESANTIA**

La actividad laboral se encuentra concentrada en la industria, pesca artesanal, servicios turísticos, agricultura, servicios domésticos y trabajos menores en casas particulares y/o complejos turísticos o empresas contratistas dedicadas especialmente al área de la construcción, trabajadores con nexo contractual de tipo indefinido.

Las principales actividades económicas en la zona se vinculan a lo industrial y a lo marítimo; siendo éstas en general:

- Actividad pesquera: Operan los pescadores artesanales de las caletas Ventanas, Horcón y Maitencillo. En el extremo norte de la bahía los pescadores de Ventanas realizan cultivo de algas. En las inmediaciones de la caleta de Horcón, se desarrollan cultivos marinos.

- Actividad turística: Apoyada principalmente en el recurso playa y paisaje, se concentra principalmente en los balnearios de Maitencillo, Horcón, y Ventanas.

- Actividad industrial: Las principales industrias, que estando fuera de los radios urbanos, influyen fuertemente en algunos de éstos (Puchuncaví y Ventanas), son CODELCO (Fundición y Refinería de cobre), CHILGENER (Generación termoeléctrica), ENAP (Hidrocarburos), SALFA , CATAMUTU ( energía en base a carbon), COMSA, Plantas de asfalto MELON y GASMAR ( Terminal de Gas).

La actividad turística se expresa con fuerza en las localidades costeras, donde se emplazan la mayoría de las viviendas de veraneo de la comuna. En efecto, del total de viviendas de la comuna, que alcanza a la cifra de 10.116 unidades, sólo el 38,7% corresponde a viviendas ocupadas a la fecha del censo (fuera de temporada veraniega). De este modo, en la comuna hay 3.825 viviendas permanentemente ocupadas y 6.291 viviendas de veraneo.

## **POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA**



Fuente censo 2002

Comuna	Actividad silvoagropecuaria	Industria manufactura	comercio	construcción	Exportación minera	Administración pública	Pesca
puchuncavi	5.6	9.25	21.4	16	4.55	3.76	3.78

Con respecto a la Tasa de envío de empleo que nos permite medir la capacidad municipal de enviar a algún empleo a personas inscritas en el municipio, se observa que en cuanto a la Tasa de Logro de egreso de capacitación, que mide la capacidad municipal de capacitar a personas inscritas en el municipio para esos fines

#### **TASA DE ENVIO Y LOGRO DE EMPLEABILIDAD**

Comuna	Envío empleos	Logros egreso de capacitación
Puchuncavi	67.4	89.2

Fuente INE 2009

#### **C.7.- ACTIVIDADES DE TEMPORADA ( TURISMO, TRABAJO DE TEMPORADA).**

La comuna de Puchuncavi es una comuna con una gran actividad turística enfocada principalmente a la zona costera que conforma esta localidad al igual que el sector rural de nuestra zona.

- **Maitencillo:**

Maitencillo era, en el siglo pasado, una lejana localidad de difícil ubicación, ya que dentro del país existen otros poblados con la misma denominación. El nombre Maitencillo, proviene al

parecer, del rancharío de Los Maitenes, unas pequeñas hijuelas de tierra a la vera de una laguna que vivía de la corta del "tomé" o totora.

La entonces vida apacible, pastoril y pescadora de Maitencillo se transformó en 1913 con el loteo de terrenos. La mayoría eran sitios con 20 mts. de frente, que se extendían desde el mar hasta el cerro. Otros se ubicaban en la parte superior, lo que actualmente corresponde al resort de Marbella

Maitencillo se encuentra a 15 kms distante de Puchuncaví y a casi 70 kms de Viña del Mar, posee el borde costero más angosto y amplio de la comuna de Puchuncaví, mezcla de un ambiente campestre dado por sus bosques de pinos y eucaliptus, con un lugar paradisíaco a la hora de escoger un destino para vacacionar gracias a las 7 playas que bañan su costa. Además posee una costanera ideal para desarrollar actividades deportivas como el ciclismo, el trote o simplemente para disfrutar de una caminata que al terminar el día puede combinar con la contemplación de hermosos atardeceres.

Son siete playas las que conforman su borde costero entre las que se destacan la playa Chica y playa Los Pocitos, ideales para que el baño de menores de edad disfrute por su fisonomía, no poseen olas. Al contrario, las playas El Abanico y Aguas Blancas poseen robustas olas ideales para desarrollar actividades deportivas como el body board y el surf. Además de las playas nombradas existen otras tres y no menos importantes que son playa Grande, La Caleta y Los Pinos

Los accesos a Maitencillo están dados por la carretera 5 norte (Vía Catapilco - Maitencillo) y por la carretera F 30 E (Viña del Mar, Concón, Puchuncaví, Maitencillo). La locomoción es variada, desde Viña del Mar se puede viajar a ésta localidad con la empresa Sol del Pacífico o en colectivos que llegan a Quintero, en este caso, en el cruce de éste se hace transbordo a otro colectivo o bus. Las personas que viajan desde Santiago, sobre todo en la época de verano, pueden viajar en buses que van directo hacia el balneario o hasta Quintero y Ventana donde deben hacer el transbordo

Maitencillo ofrece al turista una exquisita y variada gastronomía. La especialidad, todo tipo de mariscos, los que son extraídos desde las costas del balneario.

Para alojar, Maitencillo cuenta también con una variada oferta, puede utilizar uno de los más modernos resort del país, hospedarse en cabañas equipadas, hoteles o residenciales.

En este extenso balneario podrás encontrar además espacios para la diversión, entre ellos discoteque y pubs y lugares para hacer deportes.

- **Horcon**

La localidad de Horcón se ubica a 12 kms de Puchuncaví a 40 km. al norte de Viña del Mar y 184 al noroeste de Santiago, capital nacional, tiene una población estable cercana a las 2000 personas, población que se incrementa en época estival a cerca de 25 mil personas

En las décadas del 40 y 50 Horcón fue cuna de artistas , artesanos y poetas quienes tuvieron su auge durante la década del 60. Se dice que el nombre de esta pintoresca localidad deriva de la horqueta de palo que se forma desde la capilla hacia la isla ubicada frente a la playa, semejando un par de brazos abiertos

Horcón cuenta con una pintoresca caleta donde los hombres de mar cuentan con un sindicato a orillas de la costa y es allí donde trabajan los materiales para hacerse a la mar y donde comercializan también los productos que extraen de Horcón y las costas cercanas.

Horcón posee las siguientes playas: Cau-Cau, Playa Larga, El Clarón, Las Agatas, Luna, Los Tebos y El Tebo. Los fines de semana, esta localidad se ve invadida por turistas que buscan un lugar de relajó y tranquilidad mezclado con la magia que entrega este pueblo lleno de historia. Además son muchos lo que acuden a la caleta para comprar mariscos y pescados frescos, visitan sus restaurantes, y disfrutan de un paseo por la costanera de la localidad hasta llegar a la tradicional feria artesanal

Dentro de los atractivos turísticos de esta localidad se destacan sus celebraciones religiosas en honor al Santo Patrono de los Pescadores, San Pedro, festividad realizada la primera o segunda semana de Julio. Dicha festividad congrega a gran cantidad de grupos y cofradías danzantes que llaman la atención al visitante por sus bailes y coloridos atuendos.

Además otro punto de actividad turística es la visita a la Capilla Santa Ana ubicada en calle La Iglesia

En esta pintoresca localidad, la Municipalidad implementa cada año una caseta en plena costanera para la entrega de información turística a los visitantes. En ella podrá encontrar mapas de ubicación, folletería turística, adhesivos para automóviles como recuerdo y volantes donde se dan a conocer las actividades veraniegas que el Municipio realiza para la época estival.

Horcón ofrece al turista una variada gastronomía en base a mariscos principalmente. En ella usted podrá encontrar desde empanadas de queso - camarón, queso - ostión, pasando por jardines de mariscos y pailas marinas hasta llegar al tradicional pescado frito con ensaladas. Cabe destacar que los

restaurantes se encuentran ubicados en plena costanera lo que entrega al turista una envidiable vista al mar.

- **Ventanas**

Balneario de Ventanas está ubicado a 8 kms. de Puchuncaví a 35 kms. de Viña del Mar y a 180 kms de Santiago.

Posee una extensa playa y bahía con una pequeña caleta. Dentro de esta caleta se desarrolla un activo sindicato de pescadores quienes trabajan todo el año si el mar se los permite, extrayendo productos marinos para el deleite de los visitantes.

El nombre de esta localidad, "Ventanas", se debe al orificio dejado por el mar y el viento en los roqueríos de la puntilla norte del balneario. Hace años atrás eran dos las formaciones rocosas pero debido a la erosión del viento y a los sucesivos terremotos sólo queda una visible.

Su extensa playa de tranquilas olas es ideal para el baño, los juegos de playa como paletas y voleyball, la pesca, el buceo y los baños de sol.

Este tranquilo balneario posee alrededor de 3000 habitantes, sin embargo su población aumenta considerablemente en época estival donde se reciben más de 60.000 turistas en lo que respecta a enero y febrero.

Ventanas cuenta con las siguientes playas: Playa Ventanas, Los Lunes y parte de la playa El Bato.

Recomendamos al visitante hacer una hermosa caminata hacia los roqueríos de la puntilla pasando, eso sí, por la imagen de San Pedro Patrono de los Pescadores ubicado a la altura de la caleta y por la Virgen de la Gruta de piedra hasta llegar a la imponente Ventana.

Durante los meses de enero y febrero el visitante podrá disfrutar de actividades recreativas organizadas por los vecinos de la localidad como la tradicional semana Ventanina en el mes de febrero, los paseos en lancha durante todo el verano a cargo del sindicato de pescadores, la feria artesanal a la entrada del pueblo y los juegos de entretenimiento apostados en la costanera.

También podrá disfrutar de las alternativas artístico culturales que la Municipalidad de Puchuncaví contempla para esta temporada y las cuales son dadas a conocer con anticipación en la caseta de turismo ubicada en la calle Pedro Aldunate. Además en este lugar usted podrá encontrar información acerca de la comuna y la localidad en particular, folletos turísticos, listado de alojamientos, adhesivos, pósters, entre otras.

- **Puchuncaví**

La localidad de Puchuncaví es el centro cívico - administrativo de la Comuna. Cuenta con una población de casi 1.300 habitantes.

Esta localidad se encuentra a 42 kms de Viña del Mar y a 188 kms de Santiago, a ella se puede acceder por la carretera 5 norte a través de la Vía Catapilco y a través del Camino Nogales - Puchuncaví, también se puede acceder a ella por la ruta F 30 E.

Desde 1691 existía en Puchuncaví una doctrina de Indios, llamada así por el adoctrinamiento a la fe católica a la que se sometía a los naturales, la que con los años se elevó a la categoría de Parroquia.

La Parroquia, Nuestra Señora del Rosario, cuenta con más de 300 años de antigüedad. El Templo fue construido con posterioridad al terremoto de 1906 e inaugurado el 12 de Marzo 1912, siendo cura Párroco el Pbro. Alejandro Rollán García. El nuevo templo prestó servicio a la feligresía de Puchuncaví hasta Marzo de 1965, los elementos materiales que la construyeron fueron el pino oregón, heredado del templo destruido con el terremoto del 16 de Agosto de 1906, además de la tabiquería de adobe.

Uno de los principales patrimonios de Puchuncaví está constituido por el valioso archivo parroquial, que se inició el 8 de Diciembre de 1691, que en forma continuada se mantiene hasta nuestros días, pudiendo encontrarse en los archivos parroquiales, actas de bautismo de indígenas inscritos en aquella época.

## **Localidades rurales**

- **Los Maquis-Pucalán**

Ambas son localidades de corte rural, cuyo principal fuente de ingreso proviene de la actividad agrícola.

Años atrás fue posible conocer en estas localidades, cada etapa del proceso del tabaco, donde el campesino cosechaba las hojas de la tierra para secar en los tendedores próximos a cada hogar. También en estos sectores se desarrollaba la elaboración de carbón de pila.

Hoy en día estas dos localidades han desarrollado importantes proyectos agrícolas de forma particular y en convenio con la oficina Prodesal del Municipio, gracias a estos proyectos se han convertido en atractivos puntos turísticos.

Por lo anterior la Municipalidad a través de la Oficina de Turismo ha integrado a estas dos localidades en un circuito turístico denominado "Valles de Puchuncaví" el cual se da a conocer a clubes de adultos mayores, agrupaciones y a las distintas agencias de turismo del país.

En Los Maquis usted podrá encontrar una cómoda granja agroturística, comité Apícola, Plantaciones de paltos y limones, mientras que Pucalán se ha transformado en la localidad de las Flores dentro de la comuna con grandes invernaderos que ofrecen gerberas, gladiolos, claveles y alstroemerias durante todo el año.

- **El Rincón - La Canela-La Quebrada.**

Tres localidades netamente campesinas enclavadas en grandes cerros, se encuentran totalmente accesibles y en ellas se puede degustar productos típicos como queso de cabra, asados de cordero al palo, empanadas y pan amasado, tortillas de rescoldo, cabalgatas.

Además, en La Quebrada usted puede disfrutar de caminatas por medio de bosques y pequeños senderos, ideales para los amantes del deporte extremo.

- **El Rungue**

La localidad de El Rungue ubicada a 4 kms de Puchuncaví y a 11 Kms de Maitencillo es un pueblo mal llamado de paso, puesto que posee grandes atractivos y deleites para los turistas durante todo el año.

En El Rungue se encuentra una exquisita gastronomía a base de carnes y comidas típicas campesinas como asados, cazuelas, arrollados, pebre, además encuentra un entretenida tienda denominada rincón vaquero al costado de la carretera

#### **C.8.- POBLACION FLOTANTE**

Se estima, según los datos proporcionados durante el año 2008 por SERNATUR y la Unión Comunal de Juntas de Vecinos , que en temporada alta la población aumenta en un 1.600%, llegando a ser más de 50.000 personas

Fuente [www.sernatur.cl](http://www.sernatur.cl)

# **MODULO SEMIVARIABLE**

## **A.- DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD.**

Cuando nos proponemos a realizar mejoras en nuestra Gestión de Salud, nuestro énfasis radica en satisfacer las necesidades de la sociedad, es decir, solventar las carencias a las que día a día se enfrenta nuestra comunidad.

El Diagnostico Comunitario es un proceso permanente, continuo y dinámico de reflexión y análisis sobre la realidad de nuestro territorio y su población, partiendo de la colecta, integración, sistematización y análisis de información que nos entrega la comunidad.

Es un trabajo que busca recrear la imagen que tienen los sujetos de desarrollo sobre sí mismos y su entorno, con lo cual se logra un mayor grado de acuerdo y compromiso colectivo con los proyectos e iniciativas emanadas de este proyecto de planeación (Plan de Salud Comunal 2013), siendo este Diagnóstico un instrumento que tiene como propósito generar y ofrecer la información suficiente y necesaria para apoyar la toma de decisiones de este Municipio.

Este Diagnostico Comunitario de Salud busca recolectar, ordenar y analizar los datos e información que nos permite conocer la realidad de la comunidad o de una parte significativa de ella. Es indispensable realizar este trabajo comunitario, puesto que mientras la comunidad analiza y produce su propio diagnostico comprende de mejor manera su situación. Identificando sus obstáculos que impiden su desarrollo, y le proporciona los elementos para establecer sus prioridades. Además sirve como base para que estos miembros de la comunidad planifiquen colectivamente sus actividades, las que les permitan mejorar su situación actual

## **A.1.- METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

La metodología utilizada para la realización del presente diagnóstico es la del “*Diagnóstico Situacional Participativo*”, el cual es una herramienta metodológica que, a partir de determinadas técnicas y contando con la participación de la comunidad, nos ayuda a conocer e interpretar los problemas y dificultades más relevantes de un grupo o sector social.

El trabajo se realizó en etapas las cuales marcaron el camino a seguir en el desarrollo del mismo, estas etapas fueron:

### **A.1.1.- Etapa Previa:**

Donde se realizaron las siguientes acciones:

- 1.- Exposición al Consejo Consultivo, el objetivo del diagnostico Participativo y la metodología del mismo.
- 2.- Elaboración del Instrumento de Recolección de datos en conjunto con los miembros del Consejo Consultivo.
- 3.- Se Entrego a cada uno de los dirigente sociales encuestas
- 4- Se definió la metodología a seguir, los objetivos a cumplir y la selección de la muestra que sería estudiada. Esta muestra fue de un universo de 239 encuestas de percepción en materia de Salud aplicadas por personas voluntarias del Consejo Consultivo que colaboró para la recolección de la información.



### **A.1.2.- Fase Trabajo de Campo**

Se procedió a la aplicación de las encuestas a la población objeto del estudio de los distintos centros de salud familiar de nuestra comuna (entendiendo que ambos CESFAM se encuentran a su vez sectorizados)

### **1.3 Fase Taller de Diagnostico situacional participativo**

Se realizará un taller diagnóstico situacional participativo, con el fin de formar mesas de trabajo para recoger la percepción que se tiene con respecto a:

- La Percepción del Cesfam de Puchuncaví
- Calidad de Atención
- Estilos de vida
- Medio Ambiente
- Otros.

### **1.4 Fase de Análisis de resultados.**

Una vez realizadas todas las tomas de muestras del Diagnostico Situacional Participativo, se procedió al análisis de los datos, configurando así los resultados, los cuales serán presentados en tablas y gráficas.

### **1.5 Fase Elaboración del Informe**

Habiendo terminado con el análisis de los resultados obtenidos y habiendo elaborado las conclusiones del estudio se elaborara un Informe final sobre el trabajo realizado. Obteniendo los siguientes resultados:

- **Población beneficiaria sector CESFAM Ventanas:**

- 1.-Presencia de perros vagos.
- 2.-Presencia de Microbasurales.
- 3.-Altos índices de Contaminación Industrial.
- 4.-Altos índices de Alcoholismo y Drogadicción en la comunidad.
- 5.-Obesidad Infantil, Enfermedades infantiles, Problemas de comunicación entre la comunidad, Presencia de vectores, Falta de cuidadores a pacientes postrados en situación de abandono, Desconocimiento de alimentación saludable y cuidados básicos en situación de enfermedad.

- **Población beneficiaria CESFAM Puchuncavi:**

- 1.- Escasa participacion de niños adolescentes en actividades de promocion
- 2.- insufiente educacion sobre prevencion de embrazo en adolecentes
- 3.- Presencia de microbasurales.

4.- falta de espacio amigable para niños en el CESFAM

5.- Tenencia irresponsable de mascotas

## **A.2.- PARTICIPANTES**

Beneficiarios de la población sector Puchuncavi y localidades rurales cercanas:

- La Laguna
- Pucalan
- Los Maquis
- La Quebrada
- Maitencillo
- Campiche

Beneficiarios de la población sector Ventanas y localidades rurales:

- Horcon
- La Greda
- Los Maitenes
- La Chocota

## **A.3.- ANALISIS FODA U OTRO QUE DE CUENTA DE LA REALIDAD COMUNAL DE RECURSOS, PRESTACIONES DE SALUD, BRECHAS.**

### **Análisis FODA de recursos.**

<b>Fortaleza</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infraestructura CESFAM Ventanas de acuerdo con el nuevo modelo de Salud Familiar con enfoque comunitario</li><li>• Postas rurales reacondicionadas</li><li>• Reposición CESFAM Puchuncavi aprobada</li><li>• Tres móviles ambulancia activos</li><li>• Dos servicios de urgencia funcionando, uno de ellos</li></ul>
------------------	--

	<p>calificado como SUR Alta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Municipio y sus autoridades comprometidos con la salud comunal</li> <li>• Recurso humano capacitado en salud familiar</li> <li>• Retorno de medico APS con especialidad en salud familiar</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seremi y SSVQ comprometidos con el desarrollo de proyectos locales.</li> </ul>
<b>Debilidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta rotativa de profesionales</li> <li>• Médicos recién egresados con falta de experiencia en atención en APS.</li> <li>• Condiciones geográficas locales</li> </ul>
<b>Amenazas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contaminación ambiental</li> <li>• Nivel socioeconomico de nuestros beneficiarios.</li> <li>• Altos índices de Alcoholismo y drogadicción</li> </ul>

#### **Análisis FODA de prestaciones de salud**

<b>Fortaleza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo multidisciplinario</li> <li>• Infraestructura adecuada o en proceso de adecuación.</li> <li>• Gran interés por parte del equipo de salud para capacitarse</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a capacitaciones constante</li> </ul>
<b>Debilidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta rotación de profesionales.</li> <li>• Características locales de la población beneficiaria</li> </ul>
<b>Amenazas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema administrativo que dificulta la realización de convenios de forma expedita.</li> <li>• Lento traspaso de fondos desde SSVQ a DESAM con el fin de llevar a cabo ciertas prestaciones realizadas mediante convenios</li> </ul>

## **Analisis de brechas:**

### **Brechas RRHH:**

En la actualidad tenemos brechas en cuanto a horas profesionales, de enfermera, como de medicos.

Es un proyecto de este DESAM el contar con 2 enfermeras (os) con 44 hrs cada una en cada CESFAM de nuestra comuna. Ademas se ha publicado por distintos medios la oferta de trabajo laboral para medicos.

### **Brechas Infraestructura:**

Las dependencias de CESFAM Puchuncavi fueron construidas en la década de los 80, ideado para una atención basada en el modelo biomédico y con una cantidad de beneficiarios bastante menor a la que actualmente tenemos, si a esto le sumamos además la incorporación de nuevas prestaciones de salud con los respectivos profesionales y técnicos involucrados en las mismas tenemos un edificio que no cumple con los requerimientos que actualmente demandan nuestros usuarios.

Afortunadamente durante el año 2010 se aprobó un proyecto de reposición de CESFAM Puchuncavi el cual debería empezar a ejecutarse durante 2013.

## **B.- OFERTA DE SALUD COMUNAL**

### **B.1.-ESTABLECIMIENTOS, CLASIFICACION.**

<b>Establecimiento</b>	<b>Ubicación</b>	<b>Clasificación</b>
Puchuncavi	Puchuncavi	CESFAM Nivel Medio – Superior
Las Ventanas	Las Ventanas	CESFAM Nivel Intermedio
Horcon	Horcon	Posta de Salud Rural
Maitencillo	Maitencillo	Posta de Salud Rural
La Quebrada	La Quebrada	Estación Medico Rural

La Laguna	La Laguna	Estación medica Rural
La Canela	La Canela	Estación Medica Rural
Pucalan	Pucalan	Estación Medica Rural
Los Maquis	Los Maquis	Estación Medica Rural
Los Maitenes	Los Maitenes	Estación Medica Rural

## B.2.- CARACTERISTICAS DE CENTROS DE SALUD FAMILIAR COMUNALES

Centro de Salud	Características
CESFAM Puchuncavi	<p>Cuenta con 463,80 MT2 de extensión divididos en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 box de atención usuarios</li> <li>• 1 SOME</li> <li>• Una sala de espera subdividida</li> <li>• 1 farmacia</li> <li>• 1 sala de esterilización</li> <li>• 1 comedor funcionarios</li> <li>• 2 bodega</li> <li>• 2 baños uso funcionarios</li> <li>• 2 baños uso usuarios</li> </ul>
CESFAM Las Ventanas	<p>Cuenta con 804.60 MT2 de extensión divididos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 box de atención usuarios</li> <li>• 1 SOME</li> <li>• 1 sala de espera subdividida</li> <li>• 1 farmacia</li> <li>• 1 sala de esterilización.</li> <li>• 1 comedor diario</li> <li>• 1 sala multiuso</li> <li>• 1 bodega</li> <li>• 2 baños uso personal</li> <li>• 2 baños uso publico</li> <li>• 1 oficina dirección</li> </ul>

### B.3.-CARTERA DE SERVICIO

<b>Programa de salud del niño</b>
Control de salud del niño sano
Evaluación del desarrollo psicomotor
Control de malnutrición
Control de lactancia materna
Educación grupos de riesgo
Consulta nutricional
Consulta de morbilidad
Control de enfermedades crónicas
Consulta por déficit de desarrollo psicomotor
Consulta kinésica
Consulta de salud mental
PNI
Programa nacional de alimentación complementaria
Consulta programa IRA
Sala de estimulación
<b>Programa de salud del adolescente</b>
Control de salud
Consulta morbilidad
Control crónico
Control prenatal
Control del puerperio
Control de la regulación de la fecundidad
Consejería en salud sexual y reproductiva
Educación grupal
Consulta morbilidad obstétrica
Consulta morbilidad ginecológica
Intervención psicosocial
Consulta programa IRA
Consulta y/o consejería en salud mental
PNAC

<b>Programa de la mujer</b>
Control prenatal
Control puerperio
Control de regulación de la fecundidad
Consejería en salud sexual y reproductiva
Educación grupal

Consulta morbilidad obstétrica
Consulta nutricional
Control preconcepcional
Consulta Ginecologica
Control ginecologico
Consejería ITS y VIH
Consejería regulacion de fecundidad
Control climaterio
Consulta Lactancia Materna
PNAC

<b>Programa del adulto</b>
Consulta de morbilidad
Consulta de control de enfermedades crónicas
Consulta nutricional
Control de salud
Intervención psicosocial
Consulta y/o consejería de salud mental
Educación grupal
Atención a domicilio
Atención podología a pacientes con pie diabético
Curación pie diabético
Intervención grupal de actividad física
Visita domiciliaria paciente postrado
Consejería estilos de vida saludable

<b>Programa del adulto mayor</b>
Consulta de morbilidad
Consulta y control de enfermedades crónicas
Consulta nutricional

Control de salud
Intervención psicosocial
Consulta de salud mental
Educación grupal
Consulta kinésica
Vacunación antiinfluenza
PACAM
Atención podología a pacientes con pie diabético
Curación del pie diabético

<b>Programa salud oral</b>
Examen de salud
Educación grupal
Urgencias
Exodoncias
Destartraje y pulido coronario
Obturaciones temporales y definitivas
Aplicación sellantes
Pulpotomías
Barniz de flúor

**Actividades con garantías explícitas en salud asociadas a programa**



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.
Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitas tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños(as) de 6 años y gestantes dentro de las prestaciones del programa odontológico.
Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño
Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa el adulto mayor
Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico
Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos, atención kinésica en programa de adulto mayor
Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderad 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.
Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor
Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más , con artrosis de cadera y/o rodilla , leve o moderada.
Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
<b>Ortesis (o ayudas técnicas) para Personas de 65 años y más</b>

<b>Actividades generales asociadas a todos los programas</b>
Educación grupal ambiental
Consejería familiar
Visita domiciliaria integral
Consulta social
Tratamiento y curaciones
Extensión horaria
Intervención familiar psicosocial
Diagnóstico y control de la TBC

Fuente : DESAM Puchuncavi 2011

#### **B.4.-RRHH.**

##### **DOTACION 2013**

<b>Personal</b>	<b>CESFAM Puchuncavi</b>	<b>CESFAM Ventanas</b>
Médicos	3 (44hrs) 1 ( 33 hrs)	3 (44hrs)
Odontólogos	2 (44hrs)	1 (44hrs)
Enfermera(o)	2 (44hrs)	2 (44hrs)
Matrona	1 (44hrs) 1 ( 11 hrs)	1 (44hrs) 1 ( 11 hrs)
Asistente social	1 (44hrs)	1 (44hrs)
Kinesiólogo	1 (22hrs)	1 (44hrs)
Psicólogo	1 (44 hrs)	1 (44hrs)
Nutricionista	1 (44hrs)	1 (44hrs)
Químico farmacéutico	1 (33hrs)	
Aux. de enfermería.	1 (44hrs)	1 (44hrs)
Técnico paramédico	11 (44hrs)	10 (44hrs)
Técnico en podología	1 (22hrs)	1 (22hrs)
Administrador publico Jefe de centro de costos y RRHH	1 (44hrs)	
Administrativos	5 (44hrs)	2(44hrs)
Aux. de servicio	2 (44hrs)	2(44hrs)
Conductores	4 (44hr)	1(44hrs)

Fuente: DESAM Puchuncavi 2012

#### **C.- EVALUACION GENERAL PROGRAMACION AÑO 2012**

Dentro de las actividades programadas para el año en curso tenemos que más de un 90% de ellas ha sido realizado con éxito.

Destacan las actividades enmarcadas dentro de PROMOS las cuales tuvieron una gran impacto ,aceptación y participación por parte de nuestros usuarios y un gran apoyo por parte de los integrantes de nuestro equipo de salud.

<b>Meta</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento</b>	<b>Porcentaje a cumplir</b>
-------------	-----------------------------------	-----------------------------

Dentro de las actividades que tuvieron un gran éxito durante el año 2012 destacan la feria de la salud , las caminatas saludables, la educación grupal a adolescentes , jornada de capacitación estilos de vida saludable, el funcionamiento periódico y regular de los consejos consultivos de salud pertenecientes a ambos CESFAM de la comuna, los estudios de casos clínicos y de familia.

Destaca también el ascenso de categoría a CESFAM nivel medio superior del CESFAM de Puchuncaví.

Dentro de las actividades enmarcadas en el programa cardiovascular tenemos un aumento en la cobertura y compensación de pacientes crónicos en comparación con los resultados obtenidos en el año anterior , realización de actividades comunitarias desarrolladas en conjunto con el equipo cardiovascular y de PROMOS con el fin de promocionar estilos de vida saludable , el funcionamiento regular de los talleres grupales de pacientes crónicos destinado a la educación de las enfermedades en estilos de vida saludable.

Además destaca el incremento de ayudas técnicas entregadas en relación a las garantías auge , y el apoyo kinesico por parte de Agradis.

Otras actividades que destacó el año 2012 fue el aumento de asistentes a los talleres de mujeres embarazadas , el incremento de la asistencia de los padres en los controles infantiles, los operativos de exámenes de medicina preventiva en las empresas de la comuna y el buen funcionamiento del grupo multifamiliar de autoayuda y la instauración de horas en horario vespertino destinadas a la población laboral activa, destinadas a controles cardiovasculares, controles ginecológicos obstétricos, salud mental y del adulto mayor.

**EVALUACION METAS SANITARIAS 3º CORTE ENERO-SEPTIEMBRE 2012.**

Fuente:  
registros SSVQ  
2012.

Evaluación Desarrollo Psicomotor	60%	70%
Cobertura PAP	67.9%	71.5%
Cobertura altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años	34.3%	77%
Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años	55.2%	62.6%
Cobertura altas odontológicas total en gestantes	51.4%	79.9%
Compensación de personas diabéticas bajo control de 20 y mas años	19.1%	18.3%
Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y mas años	38.8%	42.6%
Obesidad en niños menores de 6 años	11.2%	9.4%
Consejo de desarrollo de salud funcionando regularmente	100%	100%

**EVALUACION METAS IAAPS 3° CORTE ENERO-AGOSTO 2012**

Fuente. SSVQ 2012

<b>Meta</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento</b>	<b>Porcentaje a cumplir</b>
Cobertura examen de medicina preventiva (EMP) , hombres de 20 a 44 horas	15.4%	27%
Cobertura examen de medicina preventiva (EMP) en mujeres de 45 a 64 años	20.9%	25.0%
Cobertura de EMPAM en personas de 65 años y mas	33.2%	52.4%
Ingreso control embarazo antes de las 14 semanas	91.2%	92.7%
Cobertura de examen de salud del adolescente entre 10 y 14 años	6.9%	5.7%
Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	11.7%	22.8%
Gestión de reclamos en atención primaria	100.%	100%
Cobertura de atención diabetes mellitas tipo 2 en personas de 15 y mas años	48.6%	38%
Cobertura de atención de hipertensión arterial en personas de 15 y mas años	69.1%	65.0%
Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados	64.1%	91%
Tasa de visita domiciliaria integral	0.14%	0.33%

# **MODULO VARIABLE**

**A.-PROGRAMACION SECTORIZADA**

**1.-PROGRAMACION CESFAM PUCHUNCAVI -POSTA DE SALUD RURAL  
MAITENCILLO**

**MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA.**

## SALUD MATERNO - PERINATAL

La mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por lo cual el énfasis en las acciones de salud debe centrarse en la promoción, la prevención y la integralidad, para dar debida respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital. La atención integral de la salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

La salud de las madres y los recién nacidos están intrínsecamente relacionadas, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares. Entre estas, está el control preconcepcional (cobertura de 1,7% en mujeres del sistema público), la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado (99,8%), el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención postnatal, la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud. (DEIS 2009)

También requiere la aplicación de enfoque del curso de vida basado en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida . Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud.

La APS se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo. (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008)

Objetivo	Actividad	META	INDICADOR	Estrategias
Reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y la crianza, mediante la participación activa de la mujer y su familia.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	50% gestantes en control participan en taller para gestantes	n° de gestantes que ingresan a talleres grupales/n° total de gestantes que ingresan a control prenatal x 100	Se realizará mayor promoción de la importancia de los talleres prenatales en paneles y radio local Se motivará la participación del padre en SOME, controles prenatales y con otros profesionales Se mejorarán los talleres con diversos profesionales para incentivar de mejor manera la participación de más embarazadas Se Educará sobre la importancia de los talleres para la entrega del PARN
Reducir el apego a la medicina tradicional facilitando que los servicios sean accesibles.	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de	Aumentar el 5% porcentaje de mujeres acompañadas a	N° total de controles prenatales acompañadas/ n° total de controles prenatales X 100	Realización de paneles informativos y la radio local para informar sobre los derechos de las mujeres y la importancia de acudir al control prenatal acompañada.

...adas por su otra al control según su	Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	los controles prenatales		Entregar información por SOME en un díptico sobre los derechos de las mujeres niños. Seguir fomentando en los distintos control la importancia de acudir en familia.
...r el lazo ...jo.	Talleres grupales de expresión de emociones.	50% de mujeres gestantes en control prenatal participan en talleres grupales de expresión de emociones.	Nº de gestantes en control prenatal que participan en taller expresión de emociones/ Nº gestantes en control X100	1 taller de 1 sesión cada uno, cada 2 meses para promover la expresión emocional de 50% de las gestantes en control prenatal.
...la salud de ...y de su	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	25% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	Nº de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ Nº total de altas de altas odontológicas de embarazadas X100	A la usuarias embarazadas que ingresen p atención en el programa odontológico y q presentaban hábitos tabáquicos previos se efectuara CBT y se les entregaran folletos informativos para apoyar los cambios de conductas.
...r la ...a a ...vo.de ...que ...l	Control de Salud Sexual.	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	Nº de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/Nº total de personas solicitan control de salud sexual en el período X 100	No tenemos bajo control de salud sexual

## PREVENCION

Actividad	META	INDICADOR	Estrategias
-----------	------	-----------	-------------



del maturo (2010).	Control Preconcepcional.	2 % de las mujeres en edad fértil.	Nº controles preconcepcionales/Nº total de mujeres en edad fértil inscritas X100	Insistir en los controles de regulación de fecundidad la importancia del control preconcepcional Mejorar los registros por parte de los profesionales
te riesgo	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	Nº de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario/Nº total de gestantes con riesgo biomédico X100	Derivación 100% de embarazadas con riesgo biomédico según guía perinatal
te riesgo parto	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario	Nº de gestantes con riesgo parto prematuro derivadas al nivel secundario/Nº total de gestantes con riesgo parto prematuro X100	Continuar derivando al 100% de embarazadas con riesgo de parto prematuro Taller a médicos en Ges de Parto prematuro
de embarazo (protocolo)	Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal.	El 95% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal	Nº de gestante al ingreso o segundo control con aplicación pauta Edimburgo/ Nº total de gestantes ingresadas a control X100	Se continuará aplicando pauta en primer o segundo control
	En gestantes que presenten puntajes superiores al punto <i>de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después</i>	El 90% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	Nº de gestante que se le repite EPDS, 2 a 4 sem después/Total gestante con puntaje superior al punto de corte 11/12X 100	Se implementará aplicar pauta en caso de 11 o mas puntos a las 3 o 4 semanas posteriores y se pesquisará si han seguido control en programa de Chcc
a la cciones s sde el de	Taller a madres desde el período gestación	Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación	Nº gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA ERA/ Nº nde gestantes bajo control x 100	2 talleres anuales

mujeres que han	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	50% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral	Nº de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/Nº total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo social x100	Se confeccionará con el equipo de Chcc pauta para evaluar riesgo social en el puerperio Se implementará la visita de matrona a puérpera de riesgo social. Nota: Problemas de movilización para terreno
umento sivo y durante a.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y déficit	60% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso y déficit	Nº de gestante con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/Nº total de gestantes con malnutrición por exceso x 100 Nº de gestante con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/Nº total de gestantes con malnutrición por déficit x 100	Derivación en el primer control de embarazo a embarazadas con bajo peso, sobrepeso y obesas Enviar mensualmente lista de embarazadas inasistentes a box de matronas para reactivar la asistencia a controles y dejar lista en bodega PNAC, para condicionar la entrega del producto P. Mama a insistentes Realizar seguimiento de asistencia en controles posteriores a embarazadas que se mantiene en control con nutricionista
oportuna recién madres ión por	Tamizaje y confirmación diagnóstica de infección por T. cruzi en gestantes que ingresan a control prenatal y presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. cruzi.	Establecer línea de base de detección de gestantes que ingresan a control prenatal y presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. cruzi.	100% de realización de técnica de confirmación diagnóstica a las gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. cruzi.	La comuna no presenta casos de Enf chagas
	Tamizaje y confirmación diagnóstica de E. Chagas congénita n recién nacidos, hijos de madres con infección por T. cruzi.			
el adultas con les	Ingreso y control, según criterios de elegibilidad.	Ingreso de mujeres y hombres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad	Nº de mujeres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio /Nº total de mujeres en edad fértil x 100	En control de post parto se deriva a ingreso de regulación de fecundidad. Pesquisa oportuna en control médico de enf crónicas y morbilidad, a usuarias en edad fértil sin MAC para atención por matrona.

que y su de			Nº de hombres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio /Nº total de hombres en edad fértil x 100	Atención inmediata por consulta espontánea en MAC
			Nº de mujeres en edad fértil bajo control/Nº total de mujeres inscritas x 100	
la el VIH	Orientación y educación sobre VIH pre test y consejería post test a gestantes.	100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pre test y consejería post test de detección de VIH/SIDA	Nº de actividades de orientación y educación pre test VIH en gestantes/Nº total de gestantes que acceden a test de detección de VIH x 100	A toda embarazada al ingreso se le realiza consejería VIH al ingreso (pre test) y con la entrega (post test) de su resultado. A toda embarazada se le insiste en realizarse examen de VIH (Cuesta regular esto ya que solo se toman examen de VIH los martes)
	Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH	Nº de gestantes que reciben consejería pre u post test VIH/ Nº total de gestantes que acceden a test de detección VIH x 100	
la VIH	Citación – Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas -citadas	Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistente, citada a control/Nº de gestante en proceso de confirmación diagnosticada para VIH inasistente a control x100	Se realizará al 100% de embarazadas sin entrega de resultado, por inasistencia, visita o llamada telefónica para asistir en busca de su resultado, resguardando su confidencialidad Derivación a equipo de cabecera para estudio de familia
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas	Nº de gestantes VIH + inasistente a control de embarazo citada/Nº de gestante VIH + inasistente a control de embarazo x100	Al 100% de las embarazadas VIH positivo inasistente se realizara visita y seguimiento de control en infectología y alto riesgo obstétrico Derivación a equipo de cabecera para estudio de familia
	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son ingresadas al programa VIH.	Nº de gestantes VIH + ingresada al programa VIH/Nº total de gestante VIH + derivadas al programa VIHx100	Toda persona especialmente embarazada con VIH positivo se deriva a infectología con hora tomada desde el cesfam para confidencialidad Derivación a erquipo de cabecera para estudio

	Atención de VIH.			de familia
Integral a el ciclo	Control preventivo de salud integral ginecológica	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica	Nº de mujer en control preventivo ginecológico/Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita x100	A toda usuaria nueva o inasistente se le da prioridad de atención para fomentar la adherencia. Cualquier caso pesquisado por otros profesionales de mujerer sin control ginecológico es derivado inmediatamente a matrona en el día. En cada actividad de promoción y/o educativa se informa sobre la importancia del control ginecológico.
idad de a mujer a de	Aplicar instrumento MRS 52 en mujer climatérica en control de salud al ingreso.	90% de las mujeres que ingresan a control en etapa de climaterio con instrumento MRS aplicado	Nº de mujeres que ingresan a control de salud integral en etapa de climaterio con MRS aplicado/Nº total de población inscrita de mujeres de 45-64 años que ingresan a control de salud en etapa del climaterio	Se implementará realizar al 100% de las mujeres entre 45 y 64 años que ingresan a control en el año 2013 la pauta de MRS
	Aplicar terapia hormonal de reemplazo a mujeres de 45 a 64 años que lo requieran, según MRS.	Establecer línea de base	Nº mujeres en control con MRS aplicado que reciben THR según protocolo/Nº total de mujeres en control con MRS aplicado, que requieren THR x 100	Derivación a medico con exámenes al día medico
na forma en stantes	Aplicar Golberg Q12 al ingreso a control prenatal y a las 32 semanas de gestación.	Establecer línea de base de aplicación cuestionario Golberg Q12 en la gestante	Nº de gestantes ingresadas a control prenatal con puntaje en cuestionario golberg Q12/ Nº total de gestantes ingresadas a control prenatal x100	<b>Aplicación a las embarazadas de test de Goldberg por matrona y derivar a asistente social en caso de puntaje &gt; 6 puntos.</b>
la mo de alcohol s	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado	Nº de gestantes bajo control con puntaje AUDIT/ Nº total de gestantes bajo control x 100	<b>Aplicación a las embarazadas de test de AUDIT por matrona y derivar a programa salud mental</b>
		80 % de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más)	Nº gestante bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de OH (AUDIT 16 puntos)/Nº total de mujeres gestantes bajo control prenatal x 100	<b>Aplicación a las embarazadas que presenten posible consumo, de test de AUDIT por matrona y derivar a programa salud mental cuando corresponda.</b>

mo de	la	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) a las gestantes en control prenatal	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	Nº gestante en control prenatal con puntaje EPSA/Nº total de gestante en control prenatal x 100	Aplicación a todas las embarazadas el EPSa y derivar a equipo de salud mental en caso de consume de sustancias y vigilar asistencia a controles y seguimiento por visitas domiciliarias Derivación a equipo CHcc para estudio de familia
e	la	Aplicar Pauta de Edimburgo en el primer control madre/hijo	100% de las madres se les aplica EDPE en el primer control madre/hijo post parto	Nº de madres con primer control madre_hijo con puntaje en EDPE/ Nº total de madre con primer control madre-hijo x 100	Continuar aplicando al ingreso prenatal pauta de Edimburgo En caso de puntaje mayor o igual a 11 derivar a equipo de salud mental y derivar equipo Chcc
el apego		Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	Aumento del 5% de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas	Nº de controles prenatales con acompañamiento/Nº total de controles prenatales realizados x 100	Se realizará mayor difusión por la radio local, en consejo consultivo, en actividades de promoción como playa saludable y plaza vida sana la importancia de acudir en familia y especialmente en pareja a los controles de salud Al ingreso del control se incentivará la participación de la pareja o persona significativa

## TRATAMIENTO

	Actividad	META	INDICADOR	Estrategias	R
ento de o ial	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	90% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	nº gestante en riesgo psicosocial con vd realizada/nº gestante con riesgo psicosocial evaluadas por el equipo cabecera x 100	Al 90% de las embarazadas que ingresan con riesgo social se realiza visita domiciliaria Coordinar fecha por via telefónica con la embarazada	M
el de o a la control	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	70% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para	Nº de puérperas y RN con control integral de salud anetes de los 10 días de vida/Nº total de partos x 100	En el último control de embarazo se potencia la importancia de control diada antes de los 10 días. Se les pega en el carnet informativo	M M S

nacido.	Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	apego seguro y lactancia materna exclusiva.		y difusión en último taller prenatal. Se potencia la existencia de hora vía telefónica para el primer control diada  Existe agenda todos los días en las últimas horas de la mañana para control de recién nacidos y cualquier duda de las puérperas se atienden sin hora hasta el primer mes
	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 11 y 28 días de vida.	70% puérperas y recién nacidos entre 11 y 28 días de vida que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	Nº de puérperas y RN con control integral de salud antes de los 10 días de vida/ Nº total de partos x 100	Si no fue controlado antes de los 10 días, se potencia la atención lo antes posible con sobrecupo si es necesario, todo coordinado con SOME y paramédico de preparación Existe agenda todos los días en las últimas horas de la mañana para control de recién nacidos y cualquier duda de las puérperas se atienden sin hora hasta el primer mes
on y ción de ouco las (GES l de la ada)	Atención odontológica integral a la embarazada	≥65% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	Nº de altas odontológicas total en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal x 100	Se efectuara derivación directa desde programa de salud sexual a todas las mujeres ingresadas por embarazo, para que reciban atención odontológica integral. Se revisaran los ingresos mensualmente y se insistirá con aquellas inasistentes.
	Diagnóstico periodontal con “examen periodontal	≥70% de las embarazadas con riesgo de parto prematuro tiene	Nº de gestante con riesgo de parto prematuro que tiene diagnostico periodontal con	La atención odontológica integral incluirá examen periodontal a todas las gestantes ingresadas, de acuerdo

	básico” a embarazadas con riesgo de parto prematuro	diagnóstico periodontal con “examen periodontal básico”	“examen periodontal básico”/ nª de total gestantes con riesgo de parto prematuro en control prenatal x 100	a este se determinara la posibilidad de tratamiento en el Cesfam o la necesidad de derivación a nivel secundario con la finalidad de reducir el riesgo de parto prematura. Cada gestante ingresada a tratamiento odontológico recibirá un kit de higiene bucal (cepillo, pasta, seda dental) y la correspondiente instrucción para su adecuado uso.	
ar la n al pre al al ost (NCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 8º mes post parto	Mantener o disminuir el 40% de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8º mes post parto.	Nº de mujeres con obesidad y sobrepeso en control 8 mes post parto/ Nº total de mujeres controladas de 8 meses post parto	Derivar a control nutricional a puérperas con malnutrición por exceso al tercer mes post parto. Las puérperas que ingresen a control nutricional al 3º mes serán citadas al 6º y 8º mes a control nutricional.	M M
ir la ón de la	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis	Nº total de VDRL o RPR procesados, en el primer trimestre del embarazo/Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación x 100	Se solicita en el primer control el RPR. Se realizará revisión de toma de RPR en control siguiente SOME priorizará dación de horas para éste examen	M
	Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+)	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis	Nº de gestantes con serología positiva que reciben tratamiento inicial para sífilis/Nº de gestante con serología positiva para sífilis x 100	Con RPR positivo se citará al paciente con matrona y medico para confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno	M M
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas - citadas	Nº de gestante con VDRL o RPR + inasistente citada/Nº de gestante con VDRL o RPR + inasistente x 100	Se realizará VD a embarazada inasistente a busca de resultado de examen.	M
	Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	Nº de gestante con VDRL o RPR + ingresadas alo control ITS/Nº total de gestantes VDRL o RPR + derivadas a programa ITS x 100	Derivación inmediata con RPR reactivo a poli de ARO para seguimiento Mantener coordinación para seguimiento de asistencia a controles	M



	control prenatal.			y seguimiento con matrona de ARO
Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio	Aumentar el 5% de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio	Nº de mujeres en controles de salud integral en etapa del climaterio/Nº de pob inscrita de 45- 64 años x 100	Se realizara 1 taller de climaterio en el año motivando el autocuidado y control con matrona Rescate inasistentes por vía telefónica
Intervención terapéutica según Guía Clínica	100% de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más y confirmación diagnóstica) reciben intervención terapéutica	100% de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más y confirmación diagnóstica) reciben intervención terapéutica	Nº de gestante en control prenatal con consumo perjudicial o con dependencia de OH que reciben intervención terapéutica /Nº total de mujeres gestantes en control prenatal x 100	Derivación a equipo de salud mental a toda embarazada con consumo perjudicial y derivación a equipo CHCC, sumado a seguimiento de sus controles y tratamiento Derivación con hora oportuna o sino citación domiciliaria
Intervención terapéutica según Guía Clínica	100% de gestantes en control prenatal con consumo de drogas reciben intervención terapéutica	100% de gestantes en control prenatal con consumo de drogas reciben intervención terapéutica	Nº de gestante en control prenatal con consumo de drogas que reciben intervención terapéutica /Nº total de mujeres gestantes en control prenatal x 100	Derivación inmediata con pesquisa de consumo de drogas a equipo salud mental y CHCC Realizar seguimiento de asistencia a controles y tratamiento

## SALUD INFANTIL

El Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la díada y continúa con las atenciones proporcionadas al niño o niña para evaluar el estado de salud, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados y las intervenciones psicoeducativas que fomentan las habilidades parentales en la crianza. Por lo cual la atención de salud proporcionada a los niños y niñas pone los énfasis en contribuir a una acogida segura y afectuosa a las nuevas personas, en el fomento de la adquisición de hábitos saludables, en alimentación y actividad física, en facilitar el acceso a tratamiento de aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia en la crianza, en ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, adicciones, accidentes domésticos y maltrato, en detectar tempranamente las enfermedades más frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y apoyo del desarrollo integral de los niños y niñas, etc.

### Promoción



Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Estrategias
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la “Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local”	Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos	N° de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Factores protectores psicosociales Factores protectores ambientales Derechos Humanos Chile Crece Contigo	Coordinación y programación en los jardines infantiles de la comuna para la realización de talleres de: - Derechos Humanos del niño. - Factores protectores psicosociales
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Realizar actividades con apoyo de la “Guía para una vida saludable I y II”, priorizando los entornos comunal y educacional	Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en la guía en los entornos comunal y educacional	N° de actividades anuales de promoción que fomenten la vida saludable en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Actividad física Alimentación	Coordinación y programación en los jardines infantiles de la comuna para realizar talleres de: - Actividad física - Alimentación saludable
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niños y niñas menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niños y niñas bajo control que reciben consejería individual de actividad física	(N° de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 / N° de niños/as menores de 10 bajo control)* 100	- Implementar el sistema de registro de actividad física - Mejorar los controles de control de actividad física sano con la incorporación de ítem de actividad física - Implementar en los controles de actividad física en niños preescolares consejerías de actividad física, a los padres, asistentes

				cuidador asisten al control n sano
	Consulta nutricional al 5° mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6° mes, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	70 % de cobertura de consulta nutricional al 5° mes de vida	(N° de niños/as con consulta nutricional del 5° mes 29 días de vida/ N° Total de niños/as bajo control de 5 meses) * 100	<b>Derivación des control sano al cuarto mes de v para consulta nutricional.</b>  <b>Coordinación c SOME para co con horas disponibles par consulta del 5° m</b>  <b>Organización c vacunatorio pa verificar en car derivación a co nutricional.</b>  <b>Condicionar en de PNAC a niño inasistentes.</b>  <b>Rescate oportu domicilio de niñ inasistentes a control y consul</b>  <b>Citación vía telefónica para consulta nutrici</b>  <b>Verificación po tarjetero infant población asiste inasistente a co sano precozmer</b>
	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de	40 % de cobertura de consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	<b>(N° de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en</b>	<b>Derivación des control sano a l años de vida pa consulta nutrici</b>  <b>Coordinación c</b>

	<p>alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.</p>		<p>el control de 3 años y 6 meses/ (N° Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control/2) * 100</p>	<p>SOME para control con horas disponibles para consulta de los niños de 3 años a 6 meses.</p> <p>Organización de un consultorio vacunatorio para verificar en caso de derivación a control nutricional.</p> <p>Condicionar el ingreso de PNAC a niños inasistentes.</p> <p>Rescate oportuno al domicilio de niños inasistentes a control.</p> <p>Citación vía telefónica para consulta nutricional.</p> <p>Verificación por el personal sanitario de la población asistente a control nutricional sano.</p>
<p>Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar</p>	<p>Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental<sup>55</sup></p>	<p><b>10% de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud, reciben intervención comunitaria para abordar la Salud Mental</b></p>	<p>(N° de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /N° de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos</p>	<p>2 talleres psicoeducativos en cada sesión cada uno a realizarse en 1 establecimiento</p> <p>en la localidad de Puchuncaví y 1 de Ventanas, para abordar temáticas de salud mental con los apoderados.</p>

			<b>educacionales promotores de salud de la comuna)*100</b>	
			(N° de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios. /N° de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud de la comuna)*100	<b>2 talleres psicoeducativos sesión cada uno realizarse en 1 establecimiento localidad de Puchuncaví y 1 de Ventanas, para abordar temáticas de salud mental con agentes educativos</b>
Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niños y niñas (Establecimientos Educacionales y hogares)	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales , etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educacionales y Comunidad	Línea base	N° Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educacionales y Comunidad	Impulsar en conjunto con las autoridades locales políticas ambientes libres de humo de tabaco en establecimientos públicos y dependientes de municipalidad.  Entrega de folletos con información sobre ambientes libre de tabaco.  Actividades de promoción enfocadas a los ambientes libres de tabaco.  Difusión radial por medio de consejería breve en ambiente libre de humo de tabaco

<p>Promover la calidad de los controles de salud de niños y niñas</p>	<p>Verificar la entrega de consejos breves en alimentación saludable, salud bucal y actividad física, a través de auditorías de los controles los 12 meses y 4 años, basados en las Guías para una Vida Saludable y Ficha Odontológica</p>	<p>Línea Base</p>	<p>(Número de establecimientos de la comuna con auditoría de los controles de salud de los 12 meses y 4 años efectuada / N° total de Establecimientos por comuna)*100</p>	<p>Implementar reg en ficha clínica o consejería breve temas indicados 12 meses y cuatro años.</p> <p>Entrega Folleto educativo en los controles solicitados</p> <p>Consejería breve</p> <p>Implementar reg estadístico de consejerías aplicadas</p>
<p>Lograr lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida.</p>	<p>Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña</p>	<p>Alcanzar un 40% con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida</p>	<p>(N° de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/N° de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100</p>	<p>Fomento de la lactancia materna en los talleres gestacionales.</p> <p>Entrega folleto lactancia materna durante control de salud</p> <p>Consulta lactancia materna precoz menores con riesgo abandono LME.</p> <p>Difusión audiovisual en los centros de salud y radios locales sobre beneficios de lactancia materna.</p> <p>Gestionar y Organizar con el equipo de salud la acreditación como centro de amigos de la lactancia materna</p>

## Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Estrategias
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 4 talleres de “Nadie es Perfecto” iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100	<p>Difusión y promoción de los talleres NEP en los medios audiovisuales existentes en la comuna.</p> <p>Invitación de los padres, madres y cuidadores para participar en los talleres NEP de los centros de salud.</p> <p>Coordinación con jardines infantiles de la comuna.</p> <p>Consejería breve en el control neonatal sano sobre habilidades parentales que estimulen la participación en los talleres NEP.</p>
		5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) * 100	Registro oportuno de la participación de talleres NEP en el sistema de registro Monitoreo CCC

Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores respetando la cultura indígena de niños y niñas menores de 10 años inscritos en el establecimiento Realizar talleres de auto cuidado:	Mantener el % de la comuna de niñas/os inscritos cuyos padres o cuidadores ingresan a Taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza	(Nº de padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ Nº total de niños o niñas menores de 10 años bajo control) * 100	Implementación talleres para madres/padres y cuidadores de menores entre 1 y 1 año 6 meses  Implementación talleres para madres/padres y cuidadores de menores entre 2 y tres años.
		Línea Base	(Nº de padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza que incorporan pertinencia cultural/ Nº total de niños o niñas indígenas menores de 10 años bajo control) * 100	Coordinación con Jardines infantiles  Derivación de niños a talleres de crianza desde control niño sano enfocado en grupos vulnerables
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller a madres, padres y/o cuidadores de 0 a 3 meses, para prevención de IRA.	Aumentar la cobertura de talleres en 30% hasta los 3 meses de edad del niño para prevención de IRA.	(Nº de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 3 meses (0-2 ) bajo control) * 100	Derivación de niños con escore de riesgo moderado y grave taller prevención  Implementar registro estadístico y parámetros ficha clínica para taller
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa,	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ Nº Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Derivación oportuna al mes de vida con médico para aplicación pauta  Concientizar al personal de preparación de médico en adjunción formulario de protocolo

<p>pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>				<p>neurosensorial y registro de contabilidad y ficha clínica.</p> <p>Implementar registro de resultado en tarjeta de control niño sano.</p> <p>Verificación y aplicación de protocolo neurosensorial en control de los dos meses de niños inasistente o a aquellos que no aplico al mes de</p>
		<p>100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado</p>	<p>(Nº niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo/ Nº total de niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial anormal) * 100</p>	<p>Derivación oportuna a especialidad a través de generación interconsulta.</p> <p>Seguimiento en control sano de niños derivados.</p>
	<p>Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses</p>	<p>100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.</p>	<p>(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Nº total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100</p>	<p>Generación de solicitud de radiografía en control de tres meses. Asegurar hora con prestador de servicios en convenio.</p> <p>Verificar resultado radiografía de cadera para derivación oportuna a especialidad.</p>
<p>Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.</p>	<p>Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en</p>	<p>(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 4 meses bajo control)* 100</p>	<p>Aplicar pauta M. Campbell a todos los niños en control de los 4 y 12 meses.</p> <p>Rescate oportuno de inasistentes.</p> <p>Registro en tarjeta</p>	



		relación a lo obtenido en el año 2011		control de resultados pauta aplicada
	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	90% niños y niñas que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° Total de niños y niñas de 12 a 17 meses bajo control) *100	Aplicar pauta breve a todos los niños en control sano de 12 a 17 meses.  Rescate oportuno de inasistentes.  Registro en tarjeta de control de resultados de pauta aplicada
		Disminución del porcentaje de niños y niñas con pauta breve alterada	(N° de niños/as con pauta breve alterada a los 12 a 17 meses de edad/ N° aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses) *100	Derivación a sala de estimulación de niños con pauta breve alterada.  Aplicación de EDP a todo niño con pauta breve alterada
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud	(N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / N° total de niños y niñas de 18 a 23 meses bajo control)* 100	Aplicación de EDP a todos los niños en control asistido a control de niño sano a los 18 meses.  Concientizar con el personal SOME, la importancia y necesidad de dar seguimiento de hora a hora a los 18 meses de edad del niño.  Verificar que todos los niños entre 18 a 23 meses de edad tengan aplicado el EDP en alguno de sus controles.  Rescate de inasistentes a control de niño sano.

	Disminución del porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(N° de aplicaciones con resultado de “rezago” realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ N° total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)* 100	<p>Derivación a sala de estimulación a todos los niños con resultado de rezago o déficit en DSM.</p> <p>Visita domiciliar a todos los niños con resultado de rezago o déficit en DSM.</p> <p>Seguimiento de niños con rezago o déficit en DSM.</p> <p>Reevaluación según protocolo de DSM.</p> <p>Derivación a especialidad de neurología según corresponda.</p>
Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños y niñas de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / N° total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control)* 100	<p>Aplicar pauta breve a todos los niños en control sano de 18 a 24 meses.</p> <p>Rescate oportuno de niños inasistentes.</p> <p>Registro en tarjeta de control de resultados de pauta aplicada</p>
Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	60 % niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses. / N° Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) * 100	<p>Aplicar batería TEPSI a los niños de 36 meses de edad en control sano.</p> <p>Rescate oportuno de niños inasistente</p> <p>Concientizar al personal de SOM sobre la importancia de la asignación de hora adecuada a tiempo necesario para aplicación de batería TEPSI.</p>

	Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niños y niñas portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual	50% de los controles realizados a niños y niñas de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA	(N° de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/N° total de controles entregados a niños y niñas de 48 a 59 meses) *100	Capacitación de personal de enfermería en aplicación de cartilla LEA.  Adquisición de cartilla.
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida /N° Total de niños menores de un año de vida) * 100	Vacunar a todo los niños de 6 meses que asistan a control sano.  Coordinar con el encargado PNAO la verificación en el calendario de vacunación al día.  Concientizar por medio de SOME derivación de la vacuna de los niños de 6 meses independientemente de disponibilidad de horas.  Rescate niños inasistentes a vacunar.  Educación a todo el personal de salud de la PNI.  Difusión en los medios audiovisuales disponibles en la comuna de PNI.
	Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida /N° de niños con un año de vida) * 100	Vacunar a todo los niños durante el primer año de vida que asistan a control sano.  Coordinar con el encargado PNAO la verificación en el calendario de vacunación al día.

				<p>Concientizar per SOME derivació vacuna de los ni durante el prime de vida independ de disponibilidad horas.</p> <p>Rescate niños inasistentes a va</p> <p>Educación a todo personal de salud PNI.</p> <p>Difusión en los medios audiovis disponibles en la comuna de PNI.</p>
	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida/ N° de niños con un año de vida) * 100	<p>Vacunar a todo l niños de 12 mese asistan a control sano.</p> <p>Coordinar con encargado PNAO verificación en c de calendario de vacunación al dí</p> <p>Concientizar per SOME derivació vacuna de los ni 12 meses independiente de disponibilidad de horas.</p> <p>Rescate niños inasistentes a va</p> <p>Educación a todo personal de salud PNI.</p> <p>Difusión en los medios audiovis disponibles en la comuna de PNI.</p>

<p>Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niños y niñas de 6 a 10 años</p>	<p>Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.</p>	<p>40% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS</p>	<p>(Nº de niños/as entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ Nº total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.</p>	<p><b>Coordinación con el equipo de salud para la derivación de niños/as con malnutrición por exceso a programas de vida sana.</b></p> <p><b>Difusión en establecimientos educativos comunales sobre el programa para el ingreso de niños/as con malnutrición por exceso a talleres de vida sana.</b></p> <p><b>Ingreso a programas de vida sana con vigilancia nutricional durante 4 meses consecutivos.</b></p> <p><b>Ingreso a talleres grupales sobre alimentación saludable.</b></p>
		<p>30% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su condición física</p>	<p>(Nº de niños/as mayores de 6 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al término de la intervención/ Nº total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.</p>	<p><b>Garantizar la aplicación de 10 minutos al inicio y al término del programa.</b></p> <p><b>Fomentar la asistencia a talleres con actividades lúdicas adecuadas para la edad.</b></p> <p><b>Aplicación de ejercicios físicos con guía de vida sana de forma gradual con asistentes a talleres.</b></p>
<p><b>Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.</b></p>	<p><b>Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes</b></p>	<p><b>100% de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en</b></p>	<p><b>(Nº de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita</b></p>	<p><b>Hasta el momento no hay casos de sífilis en embarazadas</b></p>

	<b>en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente<sup>56</sup> al establecimiento definido en cada red de atención</b>	<b>seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.</b>	<b>inasistentes a control citados - derivados/ N° total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control) * 100</b>	
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Bucodentarias	80% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ N° de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses) * 100	Capacitación aplicación pauta bucodentaria.  Aplicación pauta bucodentaria a niño que asiste a control a los 18 meses.  Implementación registro estadístico local.
	<b>Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años</b>	<b>100% de altas odontológicas de niños de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología</b>	<b>(N° de niños /as de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica total) * 100</b>	
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control)	Realizar control sano a todos los niños entre 24 a 47 meses que soliciten atención.  Rescate de inasistentes a control del grupo mencionado.
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 48 a 71 meses según estándar (2 controles	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Total de niños de 48 a 71 meses bajo control)	Realizar control sano a todos los niños entre 48 a 71 meses que soliciten atención.  Rescate de inasistentes

		en el periodo)		a control del grupo mencionado.
	Control de salud a niños y niñas de 6 a 9 años	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niños y niñas de 6 a 9 años bajo control)	<p>Coordinación con los encargados de salud de los establecimientos educacionales de la comuna.</p> <p>Realizar control de salud en los establecimientos educacionales.</p> <p>Establecer línea de acción para esta actividad.</p>
	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	<p>Coordinación y monitoreo con los jardines infantiles para niños inasistentes al control.</p> <p>Rescate de inasistentes al control.</p> <p>Evaluar atención y extensión horaria en este grupo de edad que asiste a jardines infantiles.</p>

## Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Estrategia
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	≥ 30% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 2 años inscritos y validados) * 100	
		≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	(N° de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 4 años inscritos y validados) * 100	

bucales de mayor prevalencia	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(Nº de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO / total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico)* 100	Implementar C en carnet y fich dental
Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años)	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	mantener cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	(Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100	
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(Nº de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100	Implementar C en carnet y fich dental
Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	70 % de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso)*100.	<p><b>Derivación med control con nutricionista .</b></p> <p><b>Ingreso a educa grupal a padres madres y/o cuidadores de s malnutrición po exceso.</b></p> <p><b>Condicionar en de PNAC a niño inasistentes a controles, consu educación grup</b></p> <p><b>Rescate de inasistentes a control.</b></p> <p><b>Visita domicilia en casos de malnutrición po exceso severa.</b></p>
Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad.	100% de niños y niñas que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo	(Nº de niños/as menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna	Derivar a sala d estimulación a t niño que present rezago en su desarrollo psicom



psicomotor.		psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.	modalidad de estimulación/ N° Total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100.	Seguimiento de asistencia de los derivados a sala estimulación.
	Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor.	90 % de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(N° de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100	Derivación a sala estimulación de niños y niñas con déficit riesgo DSM.  Seguimiento de niños y niñas con déficit riesgo DSM en consulta de riesgo  Reevaluación a los tres meses según protocolo de DSM  Derivación a especialidad si fuere necesario.  Rescate de los inasistentes a sala estimulación, consultas y control
Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor	90 % de los niños y niñas detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os	(N° de niños y niñas diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100.	Derivación a sala estimulación de niños y niñas con déficit retraso DSM.  Seguimiento de niños y niñas con déficit retraso DSM en consulta de riesgo  Reevaluación a los tres meses según protocolo de DSM  Derivación a especialidad si fuere necesario.  Rescate de los inasistentes a sala

				estimulación, consultas y control
	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	90 % de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	(Nº de niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Derivar a sala de estimulación a todo niño que presente rezago en su desarrollo psicomotor  Seguimiento de asistencia de los derivados a sala de estimulación.
	Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	procurar tener el consentimiento informado de la familia para la visita  Realizar visita domiciliaria a todos los niños con déficit de su desarrollo psicomotor.
Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Taller y actividades para el establecer el apego seguro	El 100% de diadas con apego inseguro (evitante o ambivalente) participan del taller de Auto cuidado: estimulación y normas de crianza, Taller Nadie es Perfecto y/o de actividades en sala de estimulación.	(Nº de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan del taller de Auto cuidado: estimulación y normas de crianza, Taller Nadie es Perfecto y/o de actividades en sala de estimulación/ Nº Total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro)* 100	No aplica el objetivo de la actividad .
Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA	Visitas Domiciliarias realizadas a familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y leve)	Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y leve) / Nº total niños y niñas	procurar tener el consentimiento informado de la familia para la visita  Realizar visita domiciliaria a todos los niños con escore de riesgo moderado

			menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave)*100	grave
Completar proceso diagnóstico del VIH en niños.	Citación y referencia de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control	100% de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(Nº niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control citados - derivados/ Nº total niños en proceso diagnóstico por VIH, inasistentes a control) x 100	

## Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Estrategias
Aumentar la cobertura de atención de Niños, niñas y adolescentes portadores de enfermedades respiratorias crónicas	Visita domiciliaria Integral realizada por kinesiólogo, familia con niño, niña o adolescente portador de enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar en 15% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades crónicas(síndrome bronquial obstructiva recurrente, asma bronquial u oxígeno dependiente)	(Nº de visitas domiciliarias a familias con niños, niñas y adolescentes menores de 15 años con enfermedades crónicas respiratorias / Nº total de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años)* 100	

# SALUD DEL ADOLESCENTE

El objetivo de la atención es apoyar el proceso de autonomía progresiva, de modo que las y los adolescentes cuenten con información y servicios adecuados para que puedan tomar decisiones en favor de su salud y calidad de vida, en el marco de relaciones inter generacionales positivas y cercanas, de una integración social activa y con equidad de género.. Desde el punto de vista sanitario, la salud adolescente debe ser abordada con enfoque de determinantes sociales de la salud de participación social, enfatizando el desarrollo de iniciativas intersectoriales que permitan incorporar a los y las adolescentes y su entorno social, canalizando la enorme energía disponible para nuevos aprendizajes y el interés por explorar el mundo que caracterizan la adolescencia, permitiendo a las personas con el apoyo de su comunidad, culminar su proceso de desarrollo y de construcción para sí mismos de una identidad que se proyectará en la vida adulta, reconociendo en este período, enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, equitativas y solidarias.

## Promoción

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	ESTRATEGIA	RE
eleger las s familiares munitarias o factor ctor de las uctas de o de los escentes de 4 años	Educación grupala de habilidades parentales a familias y/o cuidadores con adolescentes de 10- 14 años	100% de planificados son realizados	Nº de ingresos a educación grupala con adolescentes de 10 a 14/ Nº total de adolescentes de 10-14 x 100	No existe atención de espacios amigables No e	
	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo	10% adolescentes controlados participan en talleres de espacios de atención amigables	Nº de adolescentes controlados que participa en consejería en espacios de atención a,migables/ Nº total de adolescentes bajo control x 100		
		100% de los establecimientos			

	Talleres grupales para hombres adolescentes construcción de masculinidad	municipalizados realizan talleres	Nº de talleres realizados en establecimientos educacionales que realizan actividad física, alimentación saludable y antitabaco/ Nº total de establecimientos de la comuna planificados x 100		
Mejorar la promoción por	Realizar actividades de promoción del examen del VIH en la comunidad	Realización de 2 actividades en el año	Nº actividades de consejería intervención VIH	Commemoración del día mundial del SIDA. Campaña de difusión.	Es Pr M
Minimizar el consumo de tabaco	Detección y consejería adolescente consumidores de tabaco detectadas en el control anual de salud	100% actividades planificadas realizadas	Nº actividades realizadas/ Nº total actividades planificadas x 100		Es pr de ki
	Implementar actividades de promoción de tabaquismo en escuelas	100% actividades planificadas realizadas	Nº actividad realizada/ Nº total de actividades planificadas x 100		Es pr de ki
Minimizar el consumo de tabaco	Implementar actividad en consejería breve en tabaco en adolescentes en atención odontológica	Mayor o igual del 10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben consejería breve de tabaco	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total x 100	Aplicar consejería breve en adolescentes con 12 años	D

## PREVENCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	ESTRATEGIA	RES
----------	-----------	------	-----------	------------	-----

Contribuir a mejorar la salud de la población adolescente de 10-19 años	Control de salud joven sano a adolescentes de 10-14 años	Aumentar cobertura de atención de salud a adolescentes de 10-14 años en un 10% en relación a 2012	Nº adolescentes entre 10-14 años en control de salud según sexo/Nº total de adolescentes 10-14 años inscritos x 100	Coordinación intersectorial con educación para atención de salud adolescente	Equ
Aumentar cobertura de atención de salud en control de salud	Control de salud joven sano bianual a adolescentes de 15-19 años	Aumentar cobertura de atención de salud a adolescentes de 15-19 años en un 10% en relación a 2012	Nº adolescentes entre 15-19 años en control de salud según sexo/Nº total de adolescentes 10-14 años inscritos x 100	Coordinación intersectorial con educación para atención de salud adolescente	Eq sal
Mantener y mejorar la salud oral de la población adolescente a los 12 años, a través de la campaña internacional de prevención de caries dental, a través de medidas educativas y operativas	Educación individual con instrucción en las técnicas de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de las altas odontológicas a los 12 años han recibido educación en técnica de cepillado, realizado ya sea por odontólogo o TENS odontología	Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado/ total de adolescente de 12 años con alta odontológica x 100	Educación individual	Od y T der
Reducir el consumo de tabaco, OH	Consejería antitabaco a adolescentes de 10-14 años consumidores de tabaco	100% adolescentes planificados reciben consejería antitabaco	Nº adolescente que reciben consejería antitabaco/ Nº total de adolescentes planificados x 100	Consejería	Eq sal
Aumentar el número de adolescentes que acceden a consejería de salud sexual y reproductiva con enfoque de género	Consejería en SSR	Aumentar en un 10% línea base del 2012 de adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en SSR	Adolescentes con consejería en SSR 2013- adolescentes con consejería 2012/ línea base 2012 x 100	Trabajo intersectorial con educación Aumentar los controles de SSR de adolescentes	Ma
	Consejería para la regulación de la fecundidad en adolescente hombres y mujeres que lo solicitan	Consejería para la regulación de fertilidad al 100% de adolescentes hombres y mujeres en demanda espontánea	Nº adolescentes, según sexo, que reciben consejería en la regulación de la fertilidad/Nº total de adolescentes según sexo que solicitan consejería en demanda espontánea x 100	Trabajo intersectorial con educación Aumentar los controles de SSR de adolescentes	Ma
Aumentar el	Control de	Control de	Nº adolescente entre 10-	Trabajo intersectorial con	Ma

Control de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual en regulación de la fecundidad	Regulación de la fertilidad	regulación de la fertilidad al 100% de los adolescentes hombres y mujeres que solicitan MAC	19 años bajo control con MAC, según sexo/Nº total de adolescentes entre 10-19 años bajo control x 100	educación Aumentar los controles de SSR de adolescentes Pesquisa en SOME de adolescentes y derivación inmediata a matrona. Atención inmediata por consulta espontánea	SC
Disminuir el número de embarazos de adolescente de 14 años y adolescentes de 15-19 años	Consejería en regulación de la fecundidad	100% de adolescentes según sexo planificados reciben consejería en regulación de fecundidad	Nº adolescente según sexo que recibe consejería en regulación de la fecundidad/Nº total de adolescentes planificados que reciben consejería x 100	Continuar realizando al 100% de adolescentes que lo solicitan MAC	Ma
		Aumentar línea base 2012 en un 10% de pob adolescente bajo control en regulación de fertilidad	Nº de adolescentes bajo control por MAC 2013- Nº adolescentes bajo control por MAC 2012/línea base 2012 x 100	Coordinación con educación Actividad de promoción de sexualidad responsable	
	Consejería en SSR	100% adolescentes, según sexo planificado reciben consejería en SSR	Nº adolescentes según sexo que recibe consejería en SSR/ Nº total de adolescentes planificados que reciben consejería x 100	Coordinación con educación Actividad de promoción de sexualidad responsable	
		Disminución porcentual de adolescente embarazadas de 10-14	Nº adolescentes embarazadas de 10-14/ pob inscrita de 10-14 x 100	Coordinación con educación Actividad de promoción de sexualidad responsable	
		Disminución porcentual de adolescente embarazadas de 15-19	Nº adolescentes embarazadas de 15-19/ pob inscrita de 15-19 x 100	Coordinación con educación Actividad de promoción de sexualidad responsable	
Aumentar el número de adolescentes libres en control de salud para prevenir un parto embriológico adolescente	VDI de adolescentes gestantes, madres puérperas y madres adolescentes de niños y niñas menores de 1 año en riesgo psicosocial	Establecer línea base	Nº adolescente gestante en riesgo y/o adolescentes puérperas y /O madre adolescente de un niño o niña menor de 1 año con VDI realizada/ Nº total adolescente gestante en riesgo y/o adolescentes puérperas y /O madre adolescente de un niño o niña menor de 1 año bajo control x 100	Al 100% de las embarazadas adolescentes se le realiza VDI	Eq sal

<p>alecer ilidades a res y res escente en ilidades entales y yo para la anza</p>	<p>Taller Nadie es perfecto</p>	<p>100% de padres y madres adolescentes de 10-14 años asisten a 4 sesiones del taller NES</p>	<p>Nº de padres y madres adolescentes que asisten a 4 sesiones de talleres NES/ Nº total de madres adolescentes bajo control x 100</p>		<p>En</p>
<p>minuir las escentes antes con nutrición</p>	<p>Consulta nutricional de gestantes con mal nutrición</p>	<p>Línea base de cobertura de consulta nutricional de las adolescentes gestantes con mal nutrición</p>	<p>Nº de gestantes bajo control con consulta nutricional por mal nutrición / Nº total de gestante con diagnóstico de malnutrición x 100</p>	<p>Derivación oportuna a nutricionista en control prenatal de gestantes adolescentes con malnutrición por exceso. Derivar a control nutricional a puérperas con malnutrición por exceso al tercer mes post parto. Las puérperas que ingresen a control nutricional al 3º mes serán citadas al 6º y 8º mes a control nutricional.</p>	<p>Nu Ma</p>
<p>divar a sejería ricional a  escentes a uación ricional que mal ición en cit o por eso</p>	<p>Seguimiento alimentario-nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y Asesoramiento en ESVISA</p>	<p>Mejorar condiciones cardiovasculares al termino de la intervención</p>	<p>Nº de adolescentes que participan en el Programa Vida Sana y que mejoran el Z score al termino de la intervención/Nº total de adolescentes que egresan del Programa Vida Sana X 100</p>	<p>Derivación de consulta de morbilidad, matrona o psicóloga a adolescentes con malnutrición por exceso para evaluar ingreso a Programa Vida Sana (según recursos de convenio disponible 2013)</p> <p>Si ingresan a vida sana se mantendrán en vigilancia durante 4 meses consecutivos.</p>	<p>Nu de Vis 20</p>
	<p>Consulta Morbilidad Consulta Nutricional</p>	<p>50% de los y las adolescentes con obesidad son derivados/as a consulta nutricional</p>	<p>Nº de adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional/Nº total de adolescentes con obesidad x 100</p>	<p>Si ingresan a vida sana recibirán consejería en estilos de vida saludable y se mantendrán en vigilancia durante 4 meses consecutivos.</p>	



		60% de los adolescentes con sobrepeso y obesidad con indicación de actividad física	N° adolescentes con obesidad y sobrepeso en consejería alimentaria y de actividad física/N° total de adolescentes obesos y sobrepeso x 100	Adolescentes que ingresan a Vida Sana tendrán indicación de actividad física dirigida 3 horas a la semana.	
detectar e intervenir oportunamente	Aplicación del GOLBERG Q12 para detección de depresión en pob inscrita	Contar con lines base de GOLBERG Q 12	N° adolescentes según sexo con aplicación de GOLBERG Q12 / N° total adolescentes inscrito x 100		Eq me
Adolescente con problemas de trastorno de salud mental	Aplicación del AUDIT para detección de consumo de OH en pob inscrita	Contar con línea base aplicación AUDIT	N° de adolescentes según sexo con aplicación de AUDIT/ N° total adolescentes inscrito x 100		
	Aplicación del escrinig de ideación suicida adolescente con dg problemas y trastornos de salud mental	90% de los adolescentes según sexo con puntaje AUDIT entre 8-15 reciben intervención preventiva	N° adolescente según sexo con puntaje AUDIT entre 8-15 que reciben intervención preventiva/N° total de adolescente con puntaje AUDIT 8 y 15 x 100		
	Intervención preventiva para adolescentes según sexo con consumo riesgoso de OH	100% adolescentes diagnosticado con problemas y trastorno de salud mental con escrinig aplicado	N° adolescentes dg con problemas y trastorno de salud mental con escrinig aplicado/ N° total de adolescentes dg con problemas y trastornos de salud mental x 100		
	Plan ambulatorio básico según guía clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de OH y drogas	100% de los adolescentes con dg de consumo perjudicial leve a moderado de OH y/o droga reciben tto en GES plan ambulatorio	N° adolescentes con dg de consumo perjudicial leve a moderado de OH/droga que reciben tto GES plan ambulatorio/ N° total de adolescentes con dg consumo perjudicial leve a moderado de OH/droga x 100		
	Tratamiento integral en APS e inicio de tratamiento	100% adolescente de 10-15 años y mas con dg de depresión leve-moderada o	N° adolescente de 10-15 años y mas con dg de depresión leve-moderada o grave reciben tto Ges		

	y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayores de 10 años y más con dg de depresión	grave reciben tto Ges depresión	depresión/ N° total adolescentes de 10-15 años y más inscritos x 100		
<p>dar ción gral a pob escente mbres y eres de 10- años con torno o olemas d mental</p>	<p>Tratamiento integral en atención primaria de adolescentes hombres y mujeres de 15-19 años con dg de depresión</p>	<p>100% adolescentes hombres y mujeres de 10-19 años con dg de depresión leve-moderada o grave reciben tto integral GES depresión</p>	<p>N° de adolescentes hombres y mujeres de 10-19 años con dg de depresión leve-moderada o grave reciben tto integral GES depresión/Total de adolescentes de 10-15 años y más inscritos x 100</p>	<p>Aplicación de guías clínicas</p>	<p>Eq sal</p>
		<p>100% adolescentes hombres y mujeres 10-14 años con dg de depresión psicótica bipolar refractaria inician tto y son derivados a especialidad</p>	<p>N° de adolescentes hombres y mujeres 10-14 años con dg de depresión psicótica bipolar refractaria inician tto y son derivados a especialidad/ N° adolescentes de 10-14 inscritos x 100</p>		
		<p>100% adolescentes hombres y mujeres de 15-19 años con dg de depresión psicótica bipolar refractaria inician tto y son derivados a especialidad</p>	<p>N° de adolescentes hombres y mujeres de 15-19 años con dg de depresión psicótica bipolar refractaria inician tto y son derivados a especialidad/ N° adolescentes de 15-19 años inscritos x 100</p>		
	<p>Derivación efectiva de adolescentes hombres y mujeres de 10-19 años con síntomas presuntivos de un primer episodio de esquizofrenia</p>	<p>100% adolescentes hombres y mujeres con sospecha de esquizofrenia son derivadas a psiquiatra</p>	<p>N° de adolescentes hombres y mujeres con sospecha de esquizofrenia son derivadas a psiquiatra/ N° total de adolescentes inscritos x 100</p>		
<p>mentar el</p>	<p>Consejería</p>	<p>100% de los</p>	<p>N° de consejería de</p>	<p>Coordinación con educación</p>	<p>Ma</p>

<p>mero de escente rmados en na cipatoria re el cicio de sexualidad ra con oque de go</p>	<p>preventiva del VIH/SIDA/ITS</p>	<p>adolescentes reciben consejería en prevención del VIH/SIDA/ITS</p>	<p>prevención del VIH/SIDA/ITS realizadas a adolescentes/Nº total e adolescentes en control x 100</p>	<p>Atención inmediata y derivación del equipo para consejería en VIH/SIDA/ITS</p>	
---	--	---	---	---	--

## TRATAMIENTO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	ESTRATEGIA	RE
----------	-----------	------	-----------	------------	----

<p>dar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales</p>	<p>Atención integral y oportuna a adolescentes con problemas Y/O trastornos de salud mental</p>	<p>100% de los adolescentes con problemas y trastornos mentales con atención integral y oportuna</p>	<p>Nº de los adolescentes con problemas y trastornos mentales / Nº total de adolescentes inscritos x 100</p>		Salud
<p>Reducir la prevalencia de hipertensión arterial en el grupo control)</p>	<p>Control de actividad cardiovascular y tto</p>	<p>Al menos 3% de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15-19 años HTA con presión arterial de 140/90 respecto al año anterior</p>	<p>Nº de hombres y mujeres de 15-19 años HTA con presión arterial de 140/90 respecto al año anterior/ Nº total de hombres y mujeres de 15_19 años HTA esperado según prevalencia x 100</p>		Prevalencia
<p>Reducir la prevalencia de hipertensión arterial en el grupo control</p>	<p>Control de actividad cardiovascular y tto</p>	<p>Al menos 2% de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15-19 años diabéticos con Hb1Ac menor al 7% respecto al año anterior</p>	<p>Nº de hombres y mujeres de 15-19 años diabéticos con Hb1Ac menor al 7% respecto al año anterior/ Nº total de hombres y mujeres de 10-19 años diabetes esperado según prevalencia x 100</p>		Prevalencia
<p>Mantener y mejorar la salud bucal de los adolescentes de 12 años, de acuerdo a la política nacional de caries, a través de actividades preventivas y operativas</p>	<p>Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años</p>	<p>Mayor o igual al 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años inscritos validados</p>	<p>Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº total de adolescentes de 12 años inscritos y validados x 100</p>		De
	<p>Evaluación del estado de salud bucal de pob de 12 años</p>	<p>Igual o mayor al 95% de los ingresos a tto odontológico tiene registro COP a los 12 años de edad</p>	<p>Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP/Nº total de adolescentes de 12 años con ingreso a tto x 100</p>		

# SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

Los principales problemas de salud en nuestro país son las enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, respiratorias crónicas, osteomusculares, dentales y mentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital.

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

## Promoción

<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular	-Reuniones con la comunidad o intersector -caminata saludable -actividad física con profesor municipal	Al menos 3 actividades con la comunidad	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	-talleres o jornadas de capacitación en estilos de vida saludable -fomentar la participación en las clases de gimnasia municipales realizar al menos una caminata municipal	Equipo de salud

Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas	Alcanzar al 30% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(N° de actividades de promoción en consejería antitabaco/ N° total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Dos actividades anuales de prevención de tabaquismo y consejería	kinesiologo
--	--	--	--	--	-------------

## PREVENCION

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	ESTRATEGIA
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo. Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo	Manttener la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2012	(N° de EMP realizados a población adulta beneficiaria FONASA/ Población Total adulta beneficiaria FONASA) x 100 (N° de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria FONASA/ Población Total adulta masculina beneficiaria FONASA) x 100	Aumentar captacion de personas adultas en La sala de espera -aumentar operativos EMPA en empresas de La comuna - Realizacion de EMPA por profesionales en consultas espontaneas
Aumentar el número de	Control de Salud	Aumentar 3% respecto al año anterior la	(N° de hombres controlados en	Rescate de inasistentes

usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular	cardiovascular	cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	el PSCV / N° total de hombres bajo control en el PSCV) x 100	
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas.	(N° de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/ (N° total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100	Manejo de guías clínicas
Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 1% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	Aumentar 1% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	Mayor educación al paciente Manejo de guías clínicas Citación de pacientes con exámenes alterados
Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados dentro de los 3 primeros meses post alta	Control de Salud cardiovascular.	Establecer línea de base en pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados que reciben evaluación en AP dentro de los 3 primeros meses post alta	( N de egresos hospitalarios de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados dentro de los 3 primeros meses post alta/ N total de pacientes hospitalizados con ACV o IAM)	
Contribuir a la disminución de factores de riesgo cardiovasculares asociados a síndrome metabólico, aportando a la prevención de	-programa de vida sana destinado a adultos de 20 a 45	40% de los adultos baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención  -15% de adultos entre 20 y 45 años mejore su condición física	( N total de adultos que disminuye el 5% de su peso al término de la intervención/total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS)*100 -( n de adultos que	Aumentar adherencia al programa  - Aumentar adherencia al programa

adultos de 20 a 45 años			egresa del PVS y que mejora su consicion fisica al termino de la intervencion/n total de adultos que egresan del PVS)*100	
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.	90% de las personas en PSCV con ficha de prevención de enfermedad renal crónica aplicada y clasificada según etapa de la enfermedad renal crónica.	Informe con la clasificación Según etapa del ERC.	Aplicación anual de la ficha de prevencion de enfermedad renal cronica
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión	(Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control/ Nº total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100	Aumentar captacion de personas adultas en La sala de espera -aumentar operativos EMPA en empresas de La comuna - Realizacion de EMPA por profesionales en consultas espontaneas
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.	Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / Nº total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100	Aumentar captacion de personas adultas en La sala de espera -aumentar operativos EMPA en empresas de La comuna - Realizacion de EMPA por profesionales en consultas espontaneas
Mejorar la compensación de personas de 20 a	Control de Salud	Mantener % de personas de 20 a 64 años en el PSCV no	Nº personas de 20 a 64 años en el PSCV no	



64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto		diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial<140/90mmHg colesterolLDL<100mg/dl.	diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial<140/90mmH g colesterolLDL<100m g/dl/(N° total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100	
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009.	90% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies.  100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 (N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100 (N° de personas diabéticas con amputación de extremidades inferiores/ N° total de personas diabéticas bajo control) x 100	Verificar en cada control y en auditorias La aplicacion de La ficha de evaluacion de pie diabético y qualidiab
Promover la asistencia a	Control de Salud	70% de las personas ingresadas a control de	(N° de personas en control	

control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual	Sexual35	salud sexual se mantienen en control.  <b>NO HAY MUJERES BAJO CONTROL DE COMERCIO SEXUAL</b>	activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ N° total de personas solicitan control de salud sexual en el período) x 100	
Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa exigente	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.  <b>CESFAM PUCHUNCAVI 100% POSTA MATENCILLO 100%</b>	(N° de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100  (N° de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo	Consejería en prevención de VIH/ Sida e ITS en control de salud  -	Aumentar en un 20% la Consejería en prevención de VIH/ Sida e ITS en control de salud en relación a línea base 2012  Entrega de preservativos al 100% que lo solicite	( N de Consejería en prevención de VIH/ Sida e ITS personas adultas año 2013/ N total de Consejería en prevención de VIH/ Sida e ITS adultos año 2012)*100	El profesional que deriva a entre preservativo
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 20 años o más	Tamizaje para VIH a personas adultas que lo requieran por demanda espontánea o por indicación médica	Construir línea base para el diagnóstico de VIH en personas adultas mayores, sexualmente activas	Aumentar en un 10% el examen del VIH con respecto a línea base del año 2012	( N total de exámenes en personas de 20 años año 2013)/ ( N total exámenes de VIH a de 20 años o más, año 2012)*100
Promover sexo	Entrega de	Entrega de preservativos al	(N de personas que	No hay personas que

seguro	preservativos	100% personas que ejercen comercio sexual que acuden a control en prevencion de VIH/ Sida e ITS	ejercen comercio sexual que reciben preservativos en el marco de la prevencion de VIH/ Sida e ITS / ( N total de personas que ejercen comercio sexual en el marco de la prevencion de VIH/ Sida e ITS)*100	comercio sexual bajo
--------	---------------	---	--	----------------------

## Tratamiento

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	Estrategia
Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2.5 % de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas en control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	Rescate de inasistentes Paneles de autocuidado difusion
Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas de trastornos mentales	Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales	100% de personas adultas con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna.	(Nº de personas adultas con problema y trastornos mental con atención integral / Nº total de personas adultas con Examen de Salud Anual) x 100	Derivacion oportuna por to los profesonales
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM II.	Control de salud con examen de HBA menor a 7	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control conDM II con examen de HBA menor a 7	(Nº de personas de 20 A 64 años con DM2 HbA menor a 7 según ultimo control/ (Nº total personas de 20 A 64 años con DM2 según	Verificar HbA al dia Citacion de pacientes con exámenes alterados

			prevalencia)* 100	
Evaluar la calidad de atención que reciben las personas diabéticas e 20 a 64 años en al menos un centro centinella del servicio de salud	Medición periódica de la actividad en adultos diabéticos en el centro centinella	100% de los adultos de 20 a 64 años bajo control en el centro centinella del servicio de salud están ingresados a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada	( N de personas de 20 a 64 años bajo control en el centro centinella del servicio de salud están ingresados a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada en los últimos 12 meses/N total de AM diabéticos bajo control el centro centinella) *100	No corresponde
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en personas 20 A 64 años	Control de salud	Definir línea base en personas de 20 A 64 años bajo control “ <b>no diabéticos</b> ” de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	Nº AM no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años años bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100	Implementar nueva cartola para control de pacientes crónicos que especifique LL
	Control de salud	Definir línea base en 15 a 64 años bajo control “ <b>diabéticos</b> ” de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg	(Nº 15 a 64 años <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 10	Registrar datos en cartola
	Control de salud	Definir línea base en 20 A 64 años bajo	(Nº 20 A 64 años diabéticas	Implementar nueva cartola para control de pacientes

		control “ <b>diabéticos</b> ” de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl	bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de 15 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	crónicos que especifique L
Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	Soicitar VDRL a pacientes TBC
Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de bacilo copia	100% de en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.	(Nº de BK de diagnóstico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas por patologías respiratorias 100	100% de apcientes VIH con baciloscopia solicitada
Detectar co - infección VIH/ TBC	Consejería para VIH a las personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años40 Solicitud de Rx de Tórax, BK y PPD a personas VIH (+) en control.41	100 % de los casos nuevos de personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años reciben consejería para el test de detección de VIH.  <b>CESFAM PUCHUNCAVI 100% POSTA MAITENCILLO 100%</b>  100% de personas VIH (+) se realizan Rx. de Tórax, BK PPD	(Nº Consejerías para VIH a casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar42/ Nº total casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años) x 100. (Nº de casos nuevos de TBC pulmonar o extra	

		<b>NO APLICA</b>	pulmonar en personas >15 años y < de 49 años que se realizan Test de Elisa para VIH/ N° total de casos nuevos de TBC pulmonar o extra pulmonar en personas >15 años y < de 49 años en control) x 100 (N° de personas VIH (+) con Rx Tórax, BK y PPD/ N° total de Personas VIH (+) en control) x 100	
Disminuir muertes de mujeres por cancer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años auge	Incrementar 5% con respecto al año anterior la cobertura de mamografía a mujeres de 50 a 54 años	( N mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente)/( N total de mujeres de 50 a 54 años inscritas)*100	Derivacion a matrona a pacientes dentro de rango etario
Disminuir muertes de mujeres por cancer cervicouterino	PAP cada 3 años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA	Alcanzar un 70% de cobertura de PAP cada 3 años a mujeres de 25 a 64 años	( N mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente)/( N total de mujeres de 20 a 64 años inscritas)*100	Derivacion a matrona a pacientes dentro de rango etario
Contribuir a la disminucion de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a traves de atencion a pacientes cronicos respiratorios	Controles kinesicos a pacientes cronicos respiratorios en sala ERA	Aumentar en un 15% la cobertura a pacientes cronicos respiratorios en atencion kinesica en sala ERA	( N controles kinesicos en sala ERA a pacientes cronicos de 20 años y mas) /total de pacientes cronicos respiratorios de 20 años y mas bajo control)*100	
GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	30% de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el Sistema	(N° de Altas odontológicas totales de adultos de 60 años total/Total de adultos de	Derivacion desde los distintos programas

		Público.	60 años beneficiarios o inscritos en SNSS) x100	
--	--	----------	--	--

### Área Estratégica: Rehabilitación

<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, Epoc)	Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 10% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / N° total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 10	Aumentar numero de visitas por kinesiologo o profesional a paciente con riesgo de descompensacion	kinesiologo

# SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

El abordaje del proceso de envejecimiento, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención del adulto mayor una mirada que incorpore e integre los elementos y principios del Modelo de Atención.

En este entendido, la implementación de un Modelo de Atención basado en el concepto de envejecimiento activo y saludable, sustentado en un enfoque epidemiológico, en la estrategia de atención primaria, la promoción de la salud y el reconocimiento de los derechos de las personas de la tercera edad, podría superar las actuales barreras de acceso a los servicios de salud, mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables

El modelo de abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, nos obliga hoy día a consolidar la atención del adulto mayor con una mirada de Integralidad, de mayor resolutivez y de satisfacción usuaria, en donde el eje que ordena la atención son las personas, al respecto se recomienda por ejemplo que uno de los controles de salud cardiovascular se destine a realizar el examen de medicina preventiva a todos aquellos adultos mayores que no cuentan con dicho examen vigente. Asimismo, dado que la mayoría de la población bajo control en salud cardiovascular son adultos mayores, se recomienda que sea la misma persona la responsable de la coordinación de ambos. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito de los adultos mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etáreo, en otras palabras, que las personas mayores de 60 años realicen actividades que les permita retrasar las limitaciones del envejecimiento y puedan mantenerse autovalente.

## Promoción

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Estrategias
Promover el envejecimiento activo y	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales	(Nº de Adultos/as mayores que al momento del censo	- Coordinación con centros del adulto mayor



autocuidado en el adulto mayor.	alimentación saludable y de actividad física.	respecto a la línea base del año anterior.	se encuentran en actividad física/ N° Total de AM inscritos)x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Talleres sobre autocuidado al 10 % de adultos mayores en control</li> <li>- Consejerías a todo adulto mayor que asistan a EMPAM</li> <li>- Creación de registro adecuados en tarjeta de control del adulto mayor.</li> <li>- Difusión a través de los consejos consultivos y medios audiovisuales locales.</li> </ul>
			(N° de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x100	Implementar registro estadístico de consejerías a nivel local.
			(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / N° total de AM inscritos) x100	Implementar registro estadístico de consejerías a nivel local.
	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ N° total de AM bajo control)x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difundir a través de radio local la importancia del EMPAM</li> <li>- Coordinación con personal de</li> </ul>

				<p>SOME para facilitar dación de horas al adulto mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detectar en morbilidad, farmacia y PACAM a inasistentes a EMPAM y detectar nuevos ingresos.</li> <li>- Coordinación con clubes adulto mayor.</li> </ul>
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	Establecer línea base e incrementar en un 5% los AM que participan en OSC	(N° de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ N° Total de AM bajo control) x 100.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar catastro de todo centro de adulto mayor existente en la comuna</li> <li>- Coordinación con directivas de centros de adulto mayor</li> <li>- Estimular en todas las atenciones realizadas en el centro de salud, a participar de las actividades de las OSC.</li> <li>- Crear registros</li> </ul>
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de actividades de promoción en consejería antitabaco/ N° total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejerías a todo adulto mayor que asista a EMPAM y consultas de morbilidad, sala ERA u otros</li> <li>- Difusión de cuidados de prevención de enfermedades respiratorias en los medios audiovisuales locales.-</li> <li>- Crear registros</li> </ul>

## Prevención

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Estrategias
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 5% el EMP del AM respecto al año anterior	(N° de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar EMP a todo adulto mayor que solicite</li> <li>-Coordinación con otros profesionales del establecimiento o para la derivación a EMPAM</li> <li>-Coordinación con PACAM para la derivación de todo adulto mayor inasistente al control.</li> <li>-Coordinación con FARMACIA para pesaje derivación de adulto mayor a EMPAM</li> <li>-Coordinación con clubes de adulto mayor de la comuna.</li> <li>-Difusión de beneficios de EMPAM a los médicos y audiovisuales de la comuna.</li> </ul>
Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(N° de AM bajo control con sospecha de maltrato./ N° de población AM inscrita x 100	-Realizar plan de intervención a todo adulto mayor detectado en riesgo y seguimiento.

				<p>dicho plan</p> <p>Trabajar con familia en educación de tareas para trabajar el de interve</p> <p>Derivación a otros profesionales según correspon</p>
	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(N° de AM bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas./ N° de población AM inscrita x 100	<p>- Derivación a los AM detectados a Asistente Social para evaluación de riesgo y derivación al programa de salud mental CESFAM/ unidad salud mental Qui</p>
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	(N° de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	Aplicación de screening 100 % de adultos mayores diabéticos ingresan al programa cardiovascular
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC $\geq$ 30 mg/grs.)	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.	(N° de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses) / (N° de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria al corte) * 100	<p>Realizar examen de microalbuminuria a todo paciente a mayor diabético control, una al año</p> <p>Realizar seguimiento de los exámenes solicitados</p> <p>Reservar ho</p>

				médico to adulto ma con exam alterado
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	(N° de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(N° total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auditar por del jefe de programa adulto las fichas con de superv. cumplimie la norma.</li> <li>- Asegurar sto permanen medicame para la población existente</li> <li>- Indicar por del médico aspirinas, estatinas a adulto ma que cump los requis de la norm</li> <li>- Crear registr nivel loca mejorar c</li> </ul>
Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de baciloscopía en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Baciloscopía en el 100% de los adultos mayores con síntomas respiratorios.	(N° de baciloscopias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de consultas de morbilidad)*100.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concientizar todo el eq de salud e importancia toma de E sintomático respirator</li> <li>- Solicitar BK todo adult mayor sintomático respirator</li> <li>- Realizar seguimien la muestra</li> <li>- Mejorar regi</li> </ul>
			(N° de bacilos copias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de controles de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar indi de bacilos tomadas e relación a consultas.</li> </ul>

			salud)*100.	
Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 10% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años vacunadas} / N^{\circ} \text{ Total de personas de 65 años de la comuna}) \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunar a todo adulto mayor que asista al establecimiento, ya sea morbilidad, EMPAM, PACAM o otra atención profesional.</li> <li>- Repetir capacitación a todo personal del establecimiento respecto al calendario de vacunas.</li> </ul>
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	<p>Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM.</p> <p>Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.</p>	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores de 70 años que reciben PACAM} / N^{\circ} \text{ total de personas mayores de 70 años bajo control}) \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar al personal de salud sobre beneficios PACAM.</li> <li>- Difundir en el local sobre beneficios PACAM.</li> <li>- Informar a la población adulta mayor sobre requisitos para recibir PACAM.</li> <li>- Detectar en el tipo de atención que solicita el adulto mayor si está con retiro del PACAM día a día.</li> <li>- Derivar a EMPAM al adulto mayor inasistente al control.</li> <li>- Realización de degustación de alimentos.</li> </ul>

				del adulto mayor
Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y más años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 15% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	<p>Capacitar a el equipo técnica de presión arterial según norma de MINSAL.</p> <p>Solicitar seguimiento a todo adulto mayor con presión arterial alta al asistido de todo tipo de consulta o control de presión arterial a TODO adulto mayor que solicite atención en establecimiento de salud</p> <p>Contar con medicamentos disponibles para ingreso paciente cardiovascular</p>
Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 15% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	<p>Tomar glicemia a todo adulto mayor que asista a EMPAM programa cardiovascular</p> <p>Derivar a médico a todo adulto mayor con glicemias lo normal</p> <p>Aumentar los recursos económicos para toma</p>

				exámenes
Evaluar en PSCV a pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer línea de base de pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta	(N° de egresos hospitalarios AM con ACV o IAM reciban evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ N° total de egresos hospitalarios AM con ACV o IAM.	Coordinación hospital base pacientes con ACV o IAM otorgar hora control.  Evaluar ingreso programa en atención domiciliaria
Aumentar el número de personas adultas mayores informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud, con entrega de preservativos.	20% de personas adultas mayores sexualmente activos, reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(N° de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en el contexto del control de salud a personas adultas mayores sexualmente activos / N° total personas adultas mayores sexualmente activas, bajo control) x 100.	Realización catastro de población se activa en EMPAM para crear línea b comunal.  Crear registros consejerías realizadas.
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores, sexualmente activas.	Tamizaje para VIH a personas adultas mayores, sexualmente activas	Construir línea base de examen para diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores sexualmente activas.	N° total de exámenes para VIH realizados en personas adultas mayores sexualmente activas año 2013.	

## Tratamiento

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Estrategias
Aumentar el número de personas que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de AM para realizar actividades de rehabilitación.	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior	(N° de AM integrados a grupos de rehabilitación/ N° total de AM bajo control) x 100	Se estudiará factibilidad implementación de sala rehabilitación nivel de director de departamento de salud
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 3% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas	Realizar control de presión arterial se técnica



<p>mm Hg en el último control.</p>		<p>PA &lt;140/90 respecto al año anterior</p>	<p>AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100</p>	<p>ministerial supervisar ejecución Priorizar hor SOME pa pacientes ingresan a programa son rescat de inasiste Aumentar la cobertura EMPAM Talleres en c de adultos mayores s autocuida Paneles informativ sobre pres arterial y cobertura dentro del Implementar controles grupales e ambos cer</p>
<p>Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac &lt; 7% en el último control.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular</p>	<p>A lo menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac &lt;7% respecto al año anterior</p>	<p>Nº de personas AM diabéticos con Hb1Ac &lt;7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100</p>	<p>Realizar con de hemog glicosilad todo adult mayor diabético, menos un al año. Priorizar hor SOME pa pacientes ingresan a programa son rescat de inasiste Aumentar la cobertura EMPAM Talleres en c de adultos mayores s autocuida Paneles</p>

				<p>informativ sobre prevenció cuidados D Mellitu cobertura dentro del</p> <p>· Visitas domiciliar pacientes mellitus descompe inasistent control y/ exámenes alterados</p> <p>· Implementar controles grupales e ambos cer de salud.</p> <p>· Aumentar lo recursos económic para toma exámenes</p>
<p>Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*. <i>*Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o domicilio.</i></p>	<p>Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.</p>	<p>Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio</p>	<p>(N° de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ N° total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio)*100</p>	<p>Talleres anuales cuidadores pacientes dependientes severos y pérdida de autonomía (nuevos y antiguos)</p> <p>· Talleres de capacitación personas comunidad interés en cuidados domicilio</p>
<p>Mejorar la calidad de atención de las personas AM diabéticos bajo control en el PSCV.</p>	<p>Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie</p>	<p>100% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o</p>	<p>(N° de AM diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/</p>	<p>· Evaluación de diabético paciente c ingresa al programa diabetes Curaciones</p>

		amputación del pie en los últimos 12 meses.	Nº Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte ) x 100.	<p>diabético realizada enfermera seguimiento</p> <p>Utilizar la p de evaluac de úlceras de pie diabético según nor del MINS</p> <p>Talleres a diabéticos adultos mayores s cuidados de pie diabético</p> <p>Coordinación podología detección derivación adultos mayores c riesgo de úlceras</p>
	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	80% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de AM diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.	<p>Curaciones avanzadas heridas por profesional enfermería</p> <p>Registro de curación avanzada realizada envío informaci forma me al SSVQ</p> <p>Implementar registro</p> <p>Contar con l recursos necesarios la adquisi de apósito para curac avanzada.</p>
	Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 60 % de las personas AM diabéticos a los 6 meses desde su	(Nº de AM diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6	Realizar fon ojo en for anual e implemen

		ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	meses/ N° total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	registro en ficha y tar de control Seguimiento todo adult mayor diabético asegurar examen fo de ojo. Optimizar re oftalmoló en el cent salud.
Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad con AM diabéticos en el centro centinela	100% de los AM bajo control en PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(N° de AM diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (N° total de AM diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) * 100.	NO APLIC
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en AM	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control “ <b>no diabéticos</b> ” de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl	(N° AM no diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (N° total de AM bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100.	Calcular ries CV y cor a todo adu mayor en control cardiovas y EMPAM Solicitar LD todo adult mayor que asista a co CV y/o morbilida Registrar resultado lipídico en ficha y tar de control calcular ri coronario Implementa tablas de Framigha todo box

				atención c adulto/AM
	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control “ <b>diabéticos</b> ” de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg	(N° AM <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas de 65 y más años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.	Solicitar Hb a todo pac adulto ma diabético, menos un al año Calcular ries coronario todo pacie adulto ma diabético Registrar resultados tarjeta de control Auditar fich tarjeta de control al de los pac AM diabé
Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión.	100%	(N° de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas/ N° total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	Aplicar test Yessavag adulto ma que asista EMPAM protocolo Derivar a m a todo a. n con Yesav alterado

## Rehabilitación

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Estrategia
Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas dependientes	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores, a objeto de prevenir discapacidad en ellos y entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia.	20 % de las actividades de Promoción destinadas a Capacitación, Jornadas o Seminarios , corresponden al Cuidado de los Cuidadores	Nº Total de Cuidadores capacitados/ Total de personas que participaron en Capacitaciones, Jornadas, Seminarios *100	Talleres anuales para cuidadores de pacientes dependientes severos y pérdida de autonomía (nuevos y antiguos) Talleres de capacitación para personas de la comunidad con interés en cuidados domiciliarios

## 3.-PRESUPUESTO AÑO 2012

Es importante destacar que el presente es el proyecto presupuestario enviado por el Director Departamento de Salud Puchuncavi a las autoridades comunales. Este es el presupuesto ideal con el que deberíamos contar para poder realizar las actividades programadas para 2013, sin embargo no significa que efectivamente sea el presupuesto otorgado por las autoridades, el cual será determinada con fecha posterior al tope legal del envío de Plan de Salud Comuna de Puchuncavi 2013.

El Proyecto Presupuestario de Salud Municipal para el año 2013, mantiene el modelo de atención de Salud Familiar y se basa en la presentación del Presupuesto año 2012. Este año esperamos se concrete la construcción e inicio de actividades de nuevo CESFAM para Puchuncaví, adelantándonos con ello a los cambios que enfrentará el Departamento de Salud, en lo que significa la puesta en marcha de este mega proyecto.

## **JUSTIFICACION**

### **• INGRESOS PRESUPUESTARIOS**

Corresponde a los ingresos que se perciben del sector, público emanados de dos grandes corrientes las que dan forma y sustentabilidad al presupuesto del Departamento de Salud de la Comuna. Estas corrientes son el Aporte Municipal de la Municipalidad de Puchuncaví, más los Recursos percibidos de parte del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, los que se describen a continuación:

#### **A. Financiamiento Municipal**

La Municipalidad de Puchuncaví hace su aporte regular de su propio Presupuesto, Recursos que son de fundamental importancia para el logro de los objetivos y planes que se han trazado en el Departamento de Salud en pos de una Salud digna y de calidad para los vecinos de nuestra comuna de Puchuncaví.

#### **B. Del Servicio de Salud**

Esta cuenta refleja los aportes recibidos por parte del Servicio de Salud Viña Del Mar Quillota y que para el presente proyecto contempla los fondos denominados Per cápita y Aportes Afectos:

##### **• PER CAPITA:**

Por este concepto se contempla recibir fondos de acuerdo al Per cápita basal, población mayor de 65 años y los programas percapitados de continuidad. Éste se conforma para la Comuna de Puchuncaví según criterios como población beneficiaria en la comuna, nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atención de salud.

Además del aporte anteriormente señalado, el Estado concurre al financiamiento de la atención primaria de salud municipal, a través del propio Presupuesto Sectorial de Salud, mediante los siguientes programas incorporados al per cápita 2012, lo que permitirá flexibilizar la gestión municipal en el área salud:

- Programa de Salud Cardiovascular
- Programas de Resolutividad
- Examen de Medicina Preventiva y GES
- Incentivos para la Gestión APS
- Rehabilitación: Artrosis
- Reforzamiento Odontológico
- Depresión
- Servicio Urgencia Rural Alta
- Sala ERA Ventanas
- Equipamiento
- Salas IRA-ERA
- Desarrollo de recurso humano
- Capacitación Funcionaria
- Chile Crece Contigo
- Sapu de Verano
- Junaeb

- **APORTES AFECTOS:**

Por este concepto se perciben Recursos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota destinados a la cancelación del Desempeño Difícil y del Desempeño Colectivo del personal que cumple funciones en el Departamento de Salud.

**Ingresos de Otras Entidades Públicas:**

Esta cuenta contempla el beneficio otorgado por el Gobierno Central, en cuanto a entregar un Aguinaldo de Fiestas Patrias y Navidad a los funcionarios del sector público.

**Ingresos de Operación:**

Comprende los ingresos provenientes de la venta de bienes y/o servicios que son consecuencia de la actividad propia de cada organismo del sector público.

**VENTA DE SERVICIOS:**

Se abren estas cuentas en la eventualidad de poder por esta vía percibir fondos derivados de la atención a las personas y del cobro a los usuarios de salud no beneficiarios del sistema de salud público. El caso de esta cuenta dentro del Presupuesto, obedece a condiciones técnicas para incorporar estos ingresos, los que son marginales y tienen su mayor expresión en la época de verano cuando son atendidos en los balnearios personas que cotizan a través de las ISAPRES.

**Otros Ingresos Corrientes**

Corresponde a todos los otros ingresos corrientes que se perciban y que no puedan registrarse en las clasificaciones anteriores. Se incluye:

**Recuperación y Reembolso de Licencias Médicas**

Se contempla en esta cuenta el ingreso por concepto de devolución de Licencias Médicas de los funcionarios por incapacidad laboral de estos que le impidan cumplir con sus obligaciones y son canceladas por entidades pagadoras tales como Isapres, Caja Compensación y Mutual de Seguridad.

**Saldo Inicial de Caja**

Los ingresos por este concepto se proyectan considerando la ejecución del presupuesto del año 2011.-



## TOTAL INGRESOS PROYECTADOS AÑO 2013

### GASTOS PRESUPUESTARIOS

- **Gastos en Personal**

Comprende todos los gastos en personal, por conceptos de remuneraciones, aportes del empleador y otros gastos relativos al personal.

Por concepto de Gastos en Personal, el el Departamento de Salud debe considerar la Asignación Municipal a los Profesionales tanto del *Área Médica* como del *Área de la Administración y Gestión*, es por ello que se detalla a continuación la proyección por este concepto, el que es de real importancia para el funcionamiento de las actividades de parte de estos Profesionales en el logro de sus funciones:

- Asignación Municipal Categorías A (Médicos, Dentistas y Químico-Farmacéutico); \$ 490,000 mensual x 10 profesionales = \$ 58.800.000 anuales.
- Asignación Municipal para Jefe de Centro de Costos del Departamento de Salud; \$ 200,000 mensual x 1 profesional = \$ 2.400.000

### **Personal de Planta**

Conforme a la clasificación presupuestaria corresponde imputar en esta cuenta todos los haberes tales como sueldos base, aportes del empleador al servicio de bienestar y mutualidad, asignaciones por desempeño, remuneraciones variables, aguinaldos y bonos, horas extras, viáticos, asignaciones, correspondiente al personal de planta afecto a la Ley N° 19.378.

### **Personal a Contrata**

De igual manera que la cuenta anterior, contempla los mismos conceptos de haberes, solo que esta corresponde al personal que esta afecto a la Ley N° 19.378, pero que no tiene la calidad de titular o de planta, en esta cuenta se encuentra el personal que prestará servicios en la futura implementación del CESFAM.

### **Otros Gastos en Personal**

En esta cuenta se contempla el gasto derivado de la implementación de las estrategias de rondas adicionales en días sábados y las extensiones horarias que surgen propios del desarrollo de las actividades de Salud del Departamento.

### **Bienes y Servicios de Consumo**

Comprende los gastos por adquisiciones de bienes de consumo y servicios no personales, necesarios para el cumplimiento de las funciones y actividades del Departamento de de Salud de la Municipalidad de Puchuncaví

### **Alimentos y Bebidas**

Cuenta en la que cargarán los gastos derivados de actividades de capacitación, reuniones técnicas, aporte en alimentación a alumnos en practica profesional, según convenios suscritos.

### **Textil, Vestuario y Calzado**

Se abre esta cuenta con un peso, en la eventualidad que se produzcan mayores ingresos en el transcurso del año y se pueda acceder a uniformes para todo el personal.

#### **Mantenimiento, Arreglos y Lubricantes**

Cuenta en la que se cargarán los gastos derivados de la mantención y reparación de las tres ambulancias del Departamento de Salud. Se han contemplado los respectivos arreglos mecánicos y de comunicación que se originan producto del permanente uso al que se ven sometidos estos vehículos de emergencia y que por la naturaleza de su conformación de implementos de urgencia, hacen de estos móviles costos de mantención más altos que lo normal de cualquier vehículo.

#### **Materiales de Uso o Consumo**

En esta cuenta están los gastos por concepto de adquisiciones de materiales de uso o consumo corriente, tales como materiales de oficina, materiales y útiles quirúrgicos, medicamentos, materiales de aseo, insumos computacionales, materiales para reparaciones menores de inmuebles y vehículo, materiales dentales.

#### **Servicios Básicos**

Se contempla el gasto correspondiente al consumo de electricidad, agua potable, teléfono y telefonía celular, así también el consumo de gas para las dependencias de los diferentes establecimientos tales como Consultorio Puchuncaví, Consultorio Ventanas, Postas Rurales de Maitencillo y Horcón y dependencias del Departamento de Salud en general.

#### **Mantenimiento y Reparaciones**

Son los gastos por servicios que sean necesarios efectuar por concepto de reparaciones y mantenimiento de bienes muebles e inmuebles, en este caso corresponde a la mantención y reparación de los Consultorios de Puchuncaví y Ventanas, así como también se consideran las Postas Rurales de localidades de Maitencillo y Horcón.

#### **Publicidad y Difusión**

Se considera un gasto probable por concepto de publicidad de eventuales concursos públicos u otro que necesariamente tenga que ser publicado en algún medio escrito de difusión nacional o regional.

#### **Servicios Técnicos y Profesionales**

Se considera en esta cuenta los gastos por concepto de capacitación del personal del Departamento de Salud.

#### **Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo**

En esta cuenta se contempla el gasto correspondiente a gastos menores del Departamento es decir Caja Chica.

#### **Adquisición de Activos no Financieros**

Comprende los gastos por compra de activos físicos necesarios para el funcionamiento y ejecución de las funciones propias de salud.

#### **Mobiliarios y Otros**

Esta cuenta se abre en la eventualidad de requerir mobiliarios de oficinas, destinados al funcionamiento de estas y a la renovación de algunos muebles según necesidad.

**Equipos Informáticos**

Comprende los gastos que se realicen por concepto de de adquisición de equipos computacionales como así también las unidades complementarios de estos y que sean necesarios en el cumplimiento de las tareas propias del Departamento.

**Saldo Final de Caja**

Conforme a la propuesta presupuestaria presentada estimada al término del ejercicio presupuestario 2011.

**TOTAL GASTOS PROYECTADOS AÑO 2012 POR APORTE MUNICIPAL**

<b>DENOMINACION</b>	<b>PRESUPUESTO VIGENTE 2011</b>	<b>REQUERIMIENTO PRESUPUESTARIO 2012</b>
<b>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</b>	<b>128.000.000</b>	<b>138.240.000</b>
<b>MATERIALES DE USO O CONSUMO</b>	<b>71.000.000</b>	<b>76.680.000</b>
MATERIALES DE OFICINA	5.000.000	6.000.000
<b>PRODUCTOS FARMACEUTICOS</b>	<b>56.000.000</b>	<b>90.000.000</b>
MATERIALES Y UTILES QUIRURGICOS	2.000.000	2.160.000
MATERIALES Y UTILES DE ASEO	6.000.000	7.000.000
INSUMOS REPUESTOS Y ACCESORIOS COMPUTACIONALES	2.000.000	3.000.000
<b>SERVICIOS BASICOS</b>	<b>20.000.000</b>	<b>22.000.000</b>
ELECTRICIDAD	11.000.000	12.000.000
AGUA	3.000.000	3.500.000
GAS	2.000.000	2.500.000
TELEFONIA FIJA	3.000.000	3.500.000
TELEFONIA CELULAR	2.400.000	2.600.000
<b>MANTENIMIENTO Y REPARACION</b>	<b>10.000.000</b>	<b>15.000.000</b>
MANTENCIÓN Y REPARACIÓN DE EDIFICACIONES	10.000.000	11.000.000
<b>SERVICIOS GENERALES</b>	<b>2.000.000</b>	<b>2.500.000</b>
PASAJES FLETES Y BODEGAJES	2.000.000	3.000.000
<b>ARRIENDOS</b>	<b>12.000.000</b>	<b>13.000.000</b>
ARRIENDOS DE VEHÍCULOS	12.000.000	13.000.000
<b>SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES</b>	<b>2.000.000</b>	<b>10.800.000</b>
CURSOS DE CAPACITACION	2.000.000	2.200.000
<b>OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</b>	<b>11.000.000</b>	<b>25.000.000</b>
GASTOS MENORES	6.000.000	20.000.000
MANTENCION AMBULANCIAS y EQUIPOS COMUNICACIONALES	3.000.000	12.000.000
<b>PRESTACIONES PREVISIONALES</b>	<b>27.010.000</b>	<b>27.000.000</b>
DESAHUCIOS E INDEMNIZACIONES	27.010.000	27.000.000
<b>ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS</b>	<b>3.000.000</b>	<b>3.240.000</b>
MOBILIARIO Y OTROS	1.000.000	1.080.000
<b>MAQUINAS Y EQUIPOS</b>	<b>1.000.000</b>	<b>1.000.000</b>
MAQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	1.000.000	1.000.000
EQUIPOS COMPUTACIONALES PERIFERICOS	1.000.000	1.000.000
<b>SERVICIO DE LA DEUDA</b>	<b>14.000.000</b>	<b>14.000.000</b>
DEUDA FLOTANTE	14.000.000	14.000.000

## **6.- DESAFIOS**

Los desafíos para nuestro DESAM Puchuncavi 2013 se centran principalmente en los siguientes pilares:

- Seguir avanzando en el modelo de Salud Familiar con enfoque comunitario. En este contexto convertirnos en CESFAM Nivel superior
- Mejorar aun mas la percepción que tienen nuestros usuarios respecto al trato recibido por parte de nuestro personal y al nivel de acceso y oportunidad de atención.
- Potenciar la atención integral del adulto mayor en los distintos CESFAM de nuestra Comuna.
- Aumentar la cobertura del programa del adolescente en la Comuna de Puchuncavi.
- Potenciar el servicio de urgencia Rural CESFAM Puchuncavi y la red de urgencia CESFAM Las Ventanas

**FODA CESFAM  
CONSEJO CONSULTIVO  
2012**

**Jueves 21 de Noviembre**

Dentro de las actividades a realizar durante el presente año con el Consejo consultivo, es la realización de un FODA que determine las competencias del Cesfam durante el periodo 2012, habiendo existido dentro del año un trabajo consensuado enfocado a potenciar habilidades que permitan un mayor y mejor servicio.

Para esto se convoca a los participantes a una reunión con fecha Jueves 21 de noviembre, a la asisten 3 integrantes de la Organización, entre ellos su Presidente, que a través de una mirada amplia se revisa en conjunto, los obstaculizadores y facilitadores del trabajo.

En esta, mediante la técnica: Focus Group, se pretende conocer su opinión en relación al cumplimiento de los objetivos propuestos durante el año en curso.

Con un total de 3 participantes, se da inicio a la actividad cuyo objetivo es conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que como organización, y a través de una mirada externa entregan su opinión acerca del trabajo realizado por el Cesfam.

El propósito es también es reestructurar aquellas competencias que resultasen negativas en pos de mejoras constantes que permitan mayores logros y aprendizajes a favor de los usuarios del servicio de salud

El ejercicio se dividió en 3 actividades, la primera dio a conocer a los participantes acerca de que es un FODA y las propuestas que se esperan conseguir, luego se explica en que consistirá el Focus Group, y como ejercicio final se realiza un plenario en donde se potencia la participación de los asistentes.

1.- Factores internos

## **Fortalezas**

Corresponden las actividades que realiza y ha realizado dentro de este año Cesfam Puchuncaví, con un alto grado de eficiencia.

*“Hay estructura orgánica”*

*“Existe un organigrama físico cuando entramos al consultorio y eso se nota”*

*“Los Médicos son buenos, sobre todo el Dr. Romero que se extraña”*

*“Ha habido un mejoramiento sustantivo”*

*“La atención ha sido mejorada”*

*“Atienden mejor cuando vamos, lo cual es también por el curso que se le dio al some”*

*“Todo esta mas limpio”*

El Consejo consultivo considera como fortaleza que el Cesfam a través de la gestión, ha tenido un alto crecimiento fortaleciendo la estructura orgánica de los departamentos, es posible identificar los sectores en donde se puede dirigir el usuario, de manera fácil, y que permite a la vez un mayor desplazamiento y ubicación dentro del recinto.

Consideran a través de la función, un mejoramiento sustantivo en la calidad y cantidad de prestaciones, un adecuado acceso a la información cuando se requiere, y un buen manejo logístico, pero que aún este se puede mejorar.

Su opinión es positiva en la atención que entregan los Profesionales de la salud, reconocen un trato amable y afectuoso, lo cual dignifica al paciente, existe un alto grado de satisfacción en el mejoramiento constante de la atención, considerando además la limpieza del lugar como un punto positivo y óptimo.

Existe una buena y directa comunicación entre ambas partes, lo que permite un constante logro de objetivos comunes, de manera de aumentar la satisfacción de los usuarios.

Se cumplen los acuerdos adquiridos, y se potencia el trabajo en conjunto.

## **Debilidades**

Corresponden a todas aquellas actividades que realiza y ha realizado dentro de este año Cesfam Puchuncaví, con bajo grado de eficiencia.

*“Existe mucho cambio de Médicos”*

*“Poca difusión de ciertas informaciones”*

*“Nunca está el Director de Salud”*

*“Los programas de salud no son para todos”*

*“Muchos pacientes sienten descontinuada la atención por faltar tanto los Médicos”*

*“En invierno deberían colocar calefacción, sobre todo en las mañanas cuando se sacan los números”*

El Consejo Consultivo considera como debilidad que la rotación existente de Médicos provoca en los usuarios, un continuo descontento lo cual implica que se desfavorezca el trabajo previo que se ha realizado, además la ausencia de los Profesionales de la salud por licencias medicas, merma la cantidad de atenciones diarias y perjudica a los usuarios.

Consideran la presencia del Director del Cesfam como un punto de apoyo a los usuarios importante, por lo tanto objetan su continua ausencia del Centro de salud.

Si bien, existe un mejoramiento en la cantidad de prestaciones, algunos programas de salud solo benefician a algunos grupos de personas conocidas por los funcionarios administrativos, indican su descontento en la segmentación de grupos a los que se favorecen.

La poca difusión de la información dentro del Cesfam, desde micro a macro, es otro punto que consideran como debilidad. Puntualizan que a mayor información, menor descontento.

La calefacción del lugar en periodo de invierno, es también un punto que se consideró importante mencionar en este ítem, si bien, se encuentra en proyecto la construcción de un nuevo establecimiento, que posiblemente contará con calefacción, el Consejo Consultivo opina que en tiempos de invierno, con un clima húmedo, además de la contaminación habitual, llegar a un lugar frío, provoca el incremento de las afecciones comunes, la toma de conciencia de este punto mejorará a la vez, la calidad en la atención.

## 2.- Factores Externos

### **Oportunidades**

Corresponden a todos aquellos eventos del medio ambiente externo que de presentarse, facilitarían el logro de los objetivos del Cesfam

*“Creo que les regalaron uno teléfonos, deberían ser ocupados para la atención de horas”*

*“Hacer espacios para los niños”*

*“En vez de ver en la tele el buenos días a todos, mejor es colocar información en salud”*

*“Hay un canal de cable de la región, colocar ahí un espacio de información del Cesfam”*

El consejo consultivo considera como oportunidad habilitar un call center que permita la facilidad en la solicitud de horas médicas, de manera que no se necesite la presencia del usuario



en el Cesfam, ya que muchas veces al llamar por teléfono para realizar esta solicitud, de igual manera se solicita asistir.

Por otro lado la difusión, punto visto anteriormente como debilidad, se puede mejorar a través de la contemplación, en el ítem monetario anual, de incluir en el canal de cable regional las actividades a realizar y las prestaciones de atención.

Además, y en la continuación del mismo punto, se indica la posibilidad de implementar en el medio de difusión interno, segmentos, (infomerciales) que permitan mayor conocimiento de artículos relativos a la promoción y difusión del mejoramiento en salud.

A través de la autogestión se pretende financiar espacios amigables para Niños y Niñas de manera de potenciar la asistencia de adultos en la atención, que hoy no asisten por el cuidado de este grupo etéreo..

### **Amenazas**

Corresponde a todas aquellas actividades del medio ambiente externo que de llegar a ser ciertas, complicarían o evitarían el logro de los objetivos del Cesfam

*“Debieran existir difusiones de los funcionarios para que se inscriban mas personas en el consultorio”*

*“En las elecciones existió politización del Cesfam por parte de los candidatos”*

El Consejo Consultivo conoce que existe un incremento económico a la inscripción de más usuarios al Cesfam, es por esta razón que consideran relevante que los Funcionarios potencien la captación de nuevos usuarios, pues el poco compromiso es visto como una amenaza a la gestión.

Además han visto como amenaza la politización, asociada al último periodo electoral, de candidatos que realizaban promesas no accesibles a realizar, en mejoramiento del servicio de salud.

### Conclusiones

En el plenario se concluye en la necesidad de que exista mayor difusión, tanto en las prestaciones, políticas de salud y mejoramiento del servicio, de manera de hacer partícipe a una mayor cantidad de usuarios.

Si bien las amenazas al servicio, en relación a las elecciones disminuyeron, es de esperar que el futuro no se manipule el servicio con promesas no factibles de realizar.

Las fortalezas resultaron ser mayores a las debilidades, a lo cual el Consejo Consultivo espera se potencie aún más en el próximo periodo de trabajo.

Se entregará en la próxima reunión con el Consejo Consultivo, siendo esta el 11 de Diciembre de 2012 , una copia del presente documento.

**Lorena Sáez B**  
**Asistente Social**  
**CESFAM Puchuncaví**