



DECRETO N° 36271

LAJA, 30 de noviembre de 2011

**VISTOS:**

- 1) Acuerdo N°177 aprobado en Sesión de Concejo N°47 de fecha 30 de noviembre de 2011;
- 2) D.A. N° 4.065 de fecha 30/12/2010, que aprueba Presupuesto para el Departamento de Salud Municipal de Laja para el año 2011;
- 3) Ley N°19.378 "Estatuto de atención Primaria";
- 4) Las Facultades que me confiere la Ley 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus Modificaciones;

**CONSIDERANDO :**

La necesidad de Aprobar el Plan de Salud Comunal para el año 2012.-

**RESUELVO:**

- 1.- **APRUEBESE** el Plan de Salud Comunal para el año 2012, correspondiente al Departamento de Salud Municipal, incorporado a la Gestión Municipal de Laja.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**

  
  
SECRETARÍA MUNICIPAL  
L.A. SEPULVEDA MORA  
(S)

  
  
ALCALDE  
VLADIMIR FICA TOLEDO  
ALCALDE

VFT/KSM/WH/EAV/eav

DISTRIBUCION:

- Control Interno
- Departamento de Salud
- Servicio de Salud Bio Blo
- Archivo SSMM/

[www.munilaja.cl](http://www.munilaja.cl)

I. Municipalidad de Laja  
Balmaceda 292 Fonos: 524600 Fax: 534233

## PLAN DE SALUD COMUNAL DE LAJA – 2012

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD  
MUNICIPALIDAD DE LAJA

Documento entregado en Sesión de Consejo N° 46/2011  
de fecha 23.11.2011

*A. Spiludo M.*

Aprobado en Sesión de Consejo  
N° 47 del 30.11.2011

Auerdo N° 177/2011

*A. Spiludo M.*

**INDICE**

INDICE.....	2
MARCO LEGAL .....	4
VISION.....	5
MISION .....	5
Dimensiones .....	15
Salud .....	15
ENTORNO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD .....	28
Primeras Causas de Mortalidad en la Comuna .....	29
Inscripción en Programa Per-capita.....	34
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL EN LA COMUNA .....	36
DOTACIÓN .....	37
Presupuesto Salud Municipal 2012 .....	39
Ingresos Presupuestarios.....	39
Cartera de Servicios Departamento de Salud Municipal.....	42
CUMPLIMIENTO META IAAPS.....	47
Resumen de las Estadísticas IAAPS.....	48
METAS SANITARIAS 2011 .....	49
Infraestructura.....	50
Distancia Postas y Estaciones medico rurales- Laja.....	51
Calendario Rondas.....	52
• Mujeres en Control Climaterio Junio 2011 .....	58
• Programa de la mujer / Paternidad responsable.....	58
POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS JUNIO 2011.....	60
• Población bajo control por estado nutricional Adulto Mayor .....	61
• Programa de la mujer / Paternidad responsable.....	70
• Población en control otros Programas Junio 2011 .....	72
• Población bajo control por estado nutricional del adulto mayor. ....	73
• Mujeres en Control Climaterio Junio 2011 .....	84
• Programa de la mujer / Paternidad responsable.....	84
• Población en control otros Programas Junio 2011 .....	86
• Población bajo control por estado nutricional .....	87
ESPECIALIDADES DERIVADAS A NIVEL SECUNDARIO CDT .....	92

Interconsultas 2011 .....	92
RECURSOS EN ADMINISTRACIÓN PARA PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD PARA AÑO 2011.....	94
PLAN ACCIÓN 2011 .....	95
Objetivo General.....	95
Objetivos Específicos .....	95
ANEXOS .....	100

## INTRODUCCIÓN

La Salud, de acuerdo al enfoque Biopsicosocial, es 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 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 el nivel educacional, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial.

La Atención Primaria de Salud comunal de la ciudad de Laja, tiene como objetivo propender a un modelo de Atención Integral de Salud, constituyendo un elemento eje en la reforma del sector, propiciando un enfoque familiar y comunitario, orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, las condiciones para el mantenimiento y cuidados de salud dando respuestas a sus requerimientos de manera integral.

Esto debe ir obligadamente asociado a un enfoque biopsicosocial con énfasis en la familia y la comunidad, incluyendo con ello la diversidad de formas de familia, entendiendo con ello que las estas son el sistema social primario de las personas.

La continuidad de la atención y cuidados de salud se extienden a toda la red, priorizando en la Atención Primaria de Salud aquellos factores que tienden a mejorar la calidad de vida, disminuir los factores de riesgo, es decir, fortalece el

actuar mediante estrategias preventivas y promocionales adaptadas a la realidad.

Con ello entonces, se busca la prestación de servicios integrados, es decir, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar factores de promoción y prevención, fomentando el auto cuidado individual y familiar.

Lo anterior se resume en la disposición de un equipo y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar las enfermedades de acuerdo a su protocolo.

## MARCO LEGAL

El Plan de Salud Primaria, nace del contexto de modernización del sistema de salud, como un elemento estratégico para la gestión descentralizada desde el Municipio jurídicamente regulado por:

Ley N° 19.378 de Abril de 1995. Estatuto de Atención Primaria Municipal, cuerpo legal que regula la situación contractual de los funcionarios, como el financiamiento de la atención Primaria, dejando claro el rol del municipio en cuanto a su responsabilidad con la salud de la población y su relación con el Servicio de Salud, el que tiene la responsabilidad de asesorar técnicamente, supervisar y evaluar el cumplimiento de ejecución de los planes de salud municipales.

Ley N° 18.469. Modalidad de atención institucional que definen los beneficiarios del sistema.

Ley N° 19.813. Que otorga beneficios a funcionarios de la salud primaria de dependencias municipal y establece la asignación de incentivos por desempeño colectivo.

Ley N° 19.937. De autoridad sanitaria y de gestión que define la Red Asistencial y determina la inscripción de la población a cargo, como un eje fundamental de la

atención primaria.

Ley N° 19.966. AUGE régimen de garantías en salud.

## **VISION**

Elevar el nivel de salud de la población de comuna.

## **MISION**

Desarrollo de sistemas armónicos orientados en las personas, que fortalezcan el control de factores que afectan la salud.

Acuerdo N° 177/2011  
A. Spiludo M<sup>s</sup>

## HISTORIA DE LA CIUDAD

Laja debe su nombre a la denominación que le dieron los colonizadores españoles al territorio "Isla de la Laxa" por estar rodeada de ríos. Estaba poblada por indígenas coyunches, es decir, hombre de las arenas.

La actividad humana entre 1550 hasta 1871 se circunscribe al paso de bandas indígenas nómades. Sin embargo, a partir de 1871 se inició el poblamiento del sector, debido a las faenas de prolongación del ferrocarril de San Rosendo hasta Angol.

El 22 de diciembre de ese mismo año, se dictó un decreto que estableció en la provincia de BíoBío el municipio de "Estación de la Rinconada" en el departamento de La Laja.

El decreto ley N° 803 de diciembre de 1925 se mantuvo la división comunal de Estación de Rinconada, señalándose sus límites.

El 30 de diciembre de 1927 se dictó el decreto con fuerza de ley 8583 sobre división comunal, en que el Departamento de Laja y la comuna Estación de la Rinconada, pasó a denominarse La Laja.

Entre los años 1891-1895, se instalaron en Laja los primeros servicios públicos: Registro Civil y Escuela Número 6, actual Liceo Politécnico A-66.

Con más de 100 años, tenía en 1950 apenas 2000 habitantes. En ese entonces era todavía un simple paradero de trenes, con una estación por la que circulaban campesinos y que llegaban hasta allí en carretas tiradas por bueyes y/o caballos.

Era un caserío pequeño con apenas dos calles sobresalientes: Balmaceda

*Arceño N° 177/201*  
*Aspiludo M*

y los Carrera. Una pequeña industria de alcoholes que tenía unos cuantos trabajadores y un comercio de pueblo rural con escasos almacenes. Cuentan que en sus orígenes también cumplía la función de puerto. Función que en la actualidad forma parte de la historia.

Entorno al villorrio destacaban extensos viñedos, otorgándole una fisonomía absolutamente agreste al lugar.

Su gran salto cualitativo lo dio en 1953 cuando se instaló la Compañía Manufacturera de Papeles y Cartones (CMPC) para la producción de celulosa y papel, lo cual generó una intensa dinámica empresarial y poblacional.

Laja es hoy un pueblo en pleno desarrollo, con una población que ha crecido desmesuradamente, estimada en unas 21.000 personas.

Es una comuna eminentemente industrial, así lo corroboran las estadísticas de actividad ocupacional. De hecho, un 34,7 de las personas ocupadas trabajan en industrias manufactureras. En tanto, la agricultura y el comercio ocupan a un 12% de los ocupados en cada caso.

Ubicada a 86 kms al noroeste de Los Ángeles, la ciudad tiene como principal vía de acceso, la ruta Q-90 (Laja-Ruta 5 Sur), contando con otras alternativas a través de sectores rurales a través de María Dolores, La Colonia y Millantú.

## DIAGNOSTICO COMUNA DE LAJA

### 1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COMUNA.

La comuna de Laja se ubica al extremo Nororiente de la provincia del Biobío, entre los ríos Biobío y Laja.

Tiene una superficie de 338, 9 Km. Superficie que representa un 2,25 % del área



provincial y un 0,9 % de la superficie regional, el 84,5 % de la población se concentra en el sector Urbano, siendo su densidad 71,7 hab./Km. para el año 1992 y de 65,3 hab. /Km<sup>2</sup>

**En sus puntos cardinales:**

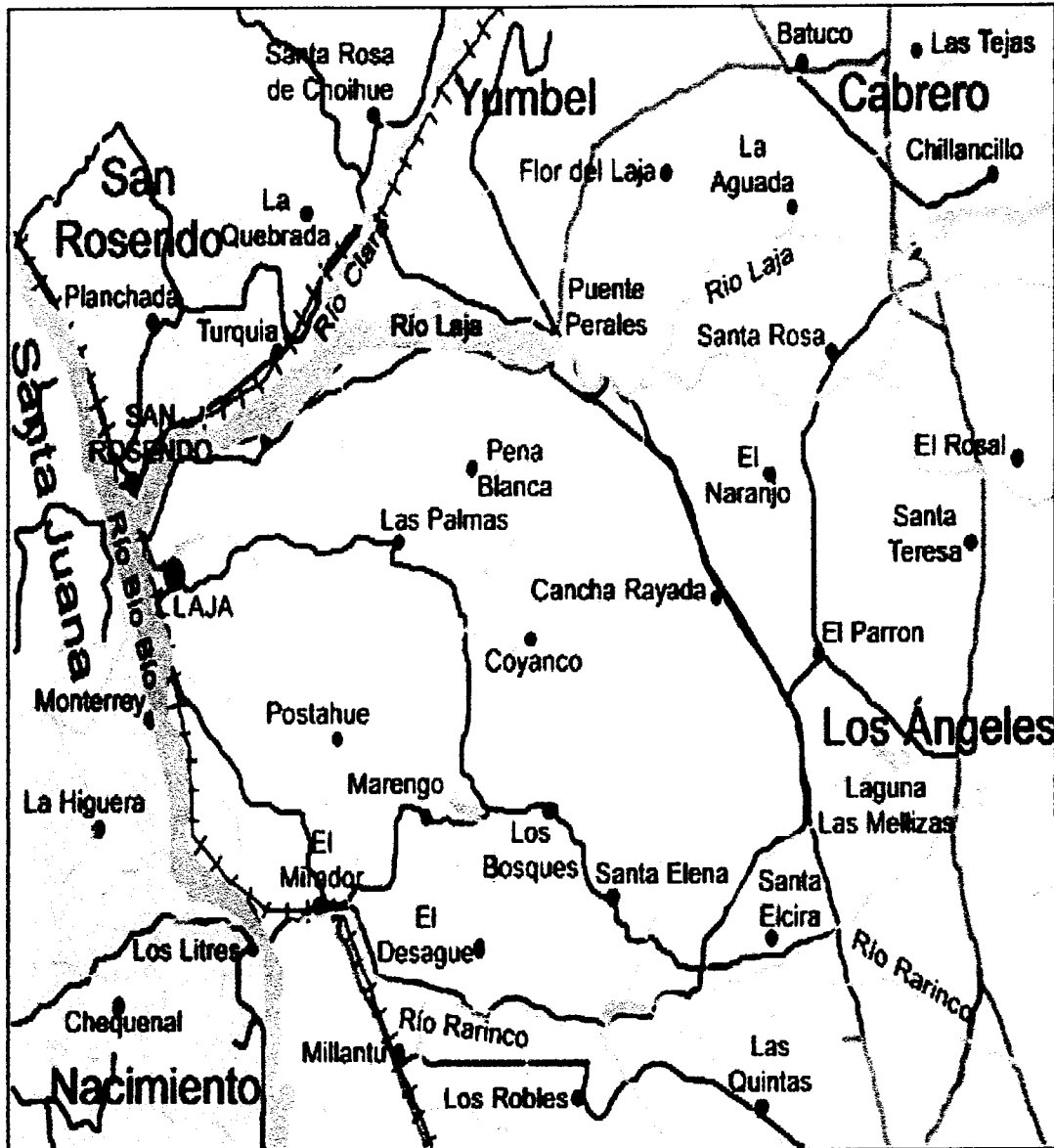
**Norte:** Río Laja, su desembocadura en el río Bío - Bío, hasta la desembocadura del brazo oriente del estero Cachapoal en el río Laja, limitando con las comunas de San Rosendo y Yumbel.

**Sur:** Estero paso cerrado, desde el camino Yumbel – Los Ángeles, hasta su desembocadura en el río Huaqui llegando este hasta río Bío - Bío, limitando con la comuna de Los Ángeles.

**Este:** Estero Cachapoal, desde la desembocadura en el río Laja de su brazo oriente hasta el camino Yumbel – Los Ángeles, y ruta Q – 20 Yumbel – Los Ángeles desde el estero Cachapoal hasta el estero Paso Cerrado, limitado con la comuna de Los Ángeles.

**Oeste:** Río Bío - Bío desde la desembocadura del río Huaqui, hasta la desembocadura del río Laja en el río Bío - Bío, limitando con la comuna de Nacimiento y la provincia de Concepción (comuna de Santa Juana).

### Mapa de la Ciudad de Laja



## 2. CARACTERISTICAS TOPOGRAFICAS DE LA COMUNA DE LAJA

### Relieve

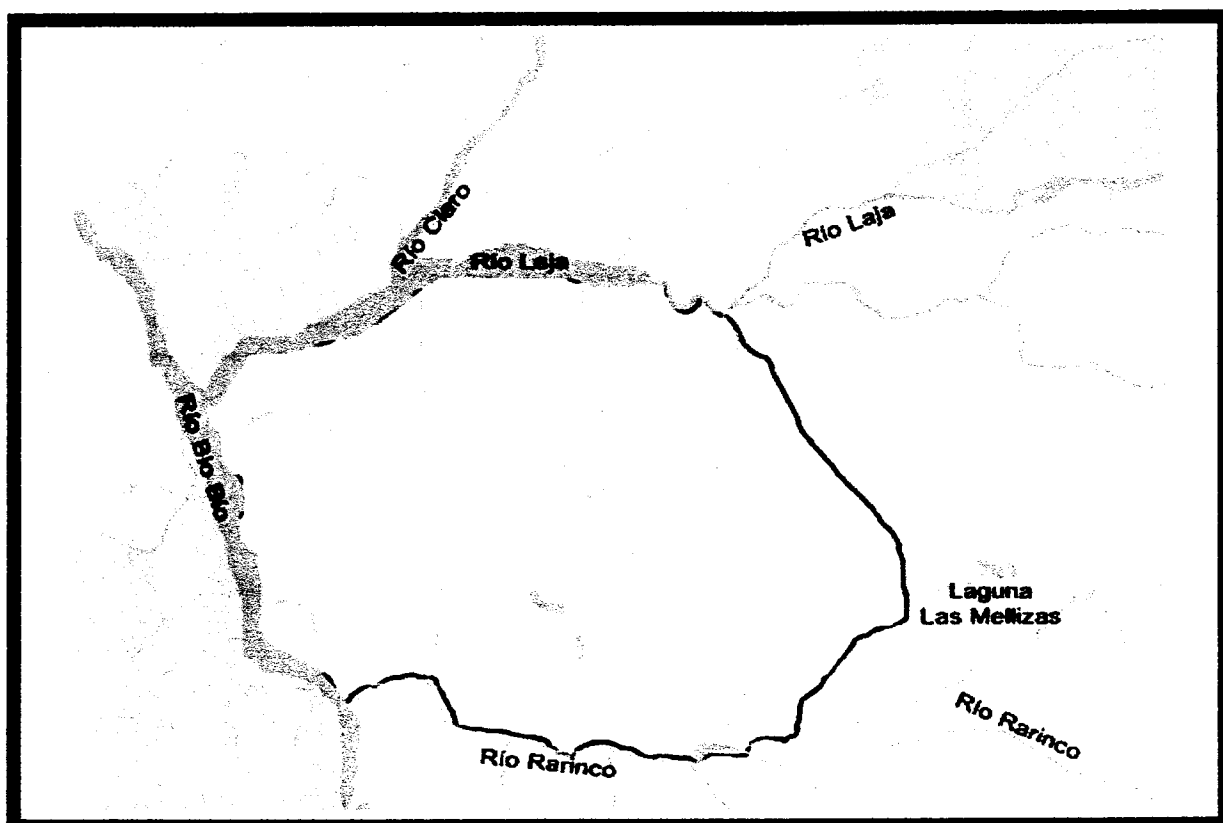
Laja se localiza en una unidad geográfica denominada depresión central. Se caracteriza por la presencia de relieves de lomajes bajos, con un paisaje característico, de planos interrumpidos por tres grandes cursos fluviales, río Bio-Bio, Laja y Huaqui.

Averro N° 177/2011  
*[Handwritten signature]*

## Suelo

Los suelos comunales se caracterizan por ser en su mayoría empobrecidos, de baja calidad y productividad, con escasa retención de humedad, bastante erosionados, con una topografía marcada por lomajes suaves, de tierras gredosas y grandes extensiones de arenales.

## Sistemas Hidrográficos



La comuna se encuentra en dos cuencas hidrográficas de importancia para la región, la del río Bio-Bio por el poniente y la del río Laja por el norte, además el río huaqui por el sur

La comuna posee cuerpos lacustres, los cuales poseen un potencial turístico recreativo, además de ser sistemas sostenedores de la flora y fauna de la comuna. Existen 12 cuerpos lacustres: La señoraza, coyanco (brazil), el desagüe (bosque), Cruz de piedra, Valdebenito, el pillo, Quelén- Quelén, Quiebrafrenos, Lavanderos, La peña, Postahue, Pozo Piedra y club de campo.

## **Clima**

El clima del territorio es clasificado dentro del predominio mediterráneo, a su vez, se ubica dentro del subclima mediterráneo con estación seca breve; representando un clima de transición entre los climas mediterráneo templado y lluvioso.

Las temperaturas a lo largo del año en promedio se mueven entre los 10° y 20 ° c ; durante los meses de diciembre enero y febrero se producen las temperaturas mas altas, y las mas bajas durante Junio y Julio. Las temperaturas medias fluctúan alrededor de los 15° c entre los meses de octubre y marzo, mientras que la mínima se produce en el mes de Julio alcanzando los 3 a 4 ° C.

## **Vegetación**

La comuna de Laja al encontrarse rodeada de sectores con plantaciones exóticas entre mezclados con disminuidos remanentes de vegetación nativa, a la que contribuye la presencia de una importante red hídrica, conformada por ríos y un complejo de lagunas, incluso con la de mayor envergadura ubicada en pleno radio urbano, no presenta déficit natural en cuanto a la oferta de areas verdes. Corresponden a un bajo porcentaje respecto al área urbana mencionada representando solo un 0,5% de esta superficie, equivalente a 19.000 mts cuadrados distribuidos en plaza cívica, plazoletas, y recinto facela perteneciente a CMPC.

## **3. VÍAS DE ACCESO A LA COMUNA DE LAJA**

La comuna de Laja cuenta con dos vías de acceso la ruta Q-34 (Laja-Millantú) ruta asfaltada recientemente y en optimas condiciones, con la complicación de que circulan muchos camiones de alto tonelaje y Q-90 (Laja – Ruta 5), tiene la dificultad de que sus vías se encuentran deterioradas, por el tráfico constante de camiones pesados, además no cumple con el ancho de la calzada, la que actualmente es de seis metros, igual sus bermas, las que no están conformadas,

manteniéndose una alta factibilidad de accidentes, para lo cual actualmente se esta trabajando en la remodelación de todo el trayecto, para ser convertida en una autopista segura y con altos estándares de seguridad en vialidad.

En relación a los caminos rurales, existen rutas que actualmente se encuentran en buen estado, entre estas rutas podemos destacar las siguientes:

#### **Rutas Acceso**

- (LOS ANGELES – PUENTE PERALES)
- Q-246 (LAS LOMAS – LA COLONIA)
- Q-118 (DIUQUIN – EL BOSQUE)
- Q-264 (LOS ROBLES – MARENGO)
- Q-238 (SAN RAFAEL – LAS CIÉNAGAS)

Por la ubicación de la Comuna y sus distintas vías de acceso, siendo una de ellas el río Bio- Bío, que facilitan por cercanía atenderse en la Comuna de Laja, generando problemas de seguimiento de usuarios que acceden a nuestro Establecimiento y que pertenecen a las Comunas de Nacimiento y Santa Juana.

#### **4. MEDIOS DE TRANSPORTES**

Dentro de la comuna existe una variada gama de medios de transportes. Ya sea urbano como rurales los cuales se proceden a nombrar en la siguiente clasificación.

##### **Transporte urbano**

Debido al tamaño físico de la ciudad de Laja se han creado las líneas de colectivo.

Actualmente existen 15 taxis básicos, con ubicación en las calles Ohiggins y Prat y 5 líneas de colectivos en diversos recorridos.

### **Trasporte Rural**

Bicicletas, buses, taxis, colectivos y vehículos de tracción animal, cabe destacar que la locomoción rural solo tiene un horario de salida al día, lo que dificulta el acceso a los centros de salud.

### **Transporte Interurbano**

La comuna de Laja cuenta con buses interprovinciales que realizan recorridos hacia la provincia de Concepción, Ñuble, la comuna de los Ángeles y hacia Santiago a través de 6 líneas de buses: buses Laja, buses JB, buses rurales, buses Línea Azul, buses INTERSUR y buses TURBUS. La empresa de ferrocarriles de estado realiza salidas diarias hacia otras localidades.

## **5. MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Respecto de los medios comunicacionales con los que se cuenta en la comuna, se puede destacar una red de telefonía fija, urbana y rural, más una cobertura extensa por distintas compañías de telecomunicaciones móviles que mantienen conectado a Laja con el mundo. También existen medios de difusiones orales o radio difusores, que se encargan de interconectar a los sectores rurales con los urbanos y mantener informados y desarrollar una sana forma de entretener y comunicar en la comuna, además de contar con páginas Web.

## **6. LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y DE DIFUSIÓN EN LA COMUNA SON:**

- 3 Radios Emisoras y una de ellas con un canal de TV.
- Plaza Vida Chile
- Pagina Web de la comuna, [www.lajino.cl](http://www.lajino.cl)

**Telecomunicación se cuenta con:**

Central Telefónica automática, CTC Chile con servicio urbano y telefonía rural. Mez, en la actualidad las postas rurales cuentan con radio portátil lo que facilita a un mas la comunicación interna y con la municipalidad.

## 7. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS

Los rubros mayoritariamente demandados para emprender iniciativas independientes fueron la crianza de animales (cerdos, aves, terneros, ovejas), servicios forestales (tala de árboles, transporte de leña, uso de motosierras), actividades agrícolas (producción de leche, apicultura, cultivo de hortalizas y de flores), amasandería, textil, productos lácteos, ventas (quioscos, triciclos, abarrotes, ropa usada, nueva, verduras), servicios (albañilería, peluquería, carpintería, lavandería, soldadura, jardinería), fletes y talleres.

### Empresas e industrias de la comuna.

- CMPC CELULOSA Planta Laja.
- Empresa de Ferrocarriles del Estado, estación de Laja.
- Empresa Nacional de Electricidad.
- Maestranza R de L.
- Maestranza Los Andes.
- Maestranza Maximiliano Morales y Cía Ltda.
- Constructora Laja.
- Constructora Andalién.
- Ingeniería y Construcciones IMEL.

### **Índice de Desarrollo Humano.**

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) entrega para todas las comunas de Chile cuatro indicadores que permiten ordenar el nivel de logro del desarrollo humano: tres sectoriales (salud, educación, ingresos) y un índice resumen final IDH. Los

resultados para Laja, se presentan en la siguiente tabla:

Nivel de Logro	IDH		Dimensiones					
			Salud		Educación		Ingresos	
	Índice	Ranking	Índice	Ranking	Índice	Ranking	Índice	Ranking
Bajo	0,663	221	0,656	245	0,74	174	0,594	205

Tabla Nº 5: Elaboración Propia

El nivel de desarrollo humano es bajo, situándose en el lugar 221 de entre las 333 comunas analizadas.

La dimensión salud ocupa el puesto número 245.

La dimensión educación ocupa el 174.

La dimensión ingresos se ubica en el puesto 205.

**Población 15 años y más económicamente activa por rama de actividad económica 1982-1992-2002**

Ramas de Actividad Económica	Año 1982		Año 1992		Año 2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	1.323	20,50	961	13,2	714	10,42
Explotación de minas y canteras	21	0,33	12	0,2	21	0,31
Industria manufacturera	1.674	25,93	2.491	34,1	1.543	22,54
Electricidad, gas y agua	20	0,31	34	0,5	67	0,98
Construcción	297	4,60	619	8,5	845	12,34
Comercio, restaurantes y hoteles	526	8,15	1.292	17,7	1.149	16,78



Transporte almacenamiento y comunicaciones	301	4,66	456	6,2	427	6,23
Estab. Financ. Seguros, B. inmob. Serv. A empresas	46	0,71	26	0,4	75	1,09
Servicio Comunitario y otros	1.395	21,61	1.207	16,5	1.660	24,24
Actividades no especificadas	570	8,83	14	0,2	152	2,22
Buscan trabajo por 1° vez	282	4,37	189	2,6	193	2,82
<b>Total</b>	<b>6.455</b>	<b>100,0</b>	<b>7.301</b>	<b>100,0</b>	<b>6.846</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Censo 1970-1982. Cifras comparativas. Tomo III Marzo 1993  
 XVI Censo Nacional de población y V de Vivienda, Abril 1992  
 XVII Censo Nacional de población y VI de Vivienda, 2002

## 8. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA COMUNA DE LAJA

Laja mantiene un centro poblado urbano predominante, posee un considerable grupo perteneciente al sector rural, la información acerca de la población se mantiene ya que el Censo que no rige es el 2002.

El censo 2002 indica que del total de habitantes, 72, 7% reside en el sector urbano y el 27,3 % restante reside en las localidades rurales de la comuna.

Según el censo del año 2002, indica que la población se encuentra equitativamente distribuida según sexo, las mujeres representan la mayoría de la población comunal, así, de los 22.404 habitantes, 11.291 (50,4%) son mujeres y 11.113 (49,6%) hombres.

Según edad es importante también acotar que en la comuna de Laja el porcentaje de población menor de 15 años disminuyo desde 31,4% a 27,7% mientras que el porcentaje de personas de 65 años o mas aumento desde 5,2% a 7,8%. La

población entre 15 y 65 años, a variado en esta comuna desde 63,4% hacia un 64,4%

Otro punto importante de abordar en este tipo de comunas es el movimiento migratorio y en caso de Laja a pesar de la existencia de la fábrica CMPC que ha provocado un gran crecimiento en la comuna, pero sin embargo, CMPC se esta automatizando provocando que el empleo de personas sea menor al que se necesita.

Esto conlleva a que las personas migren hacia otras ciudades y comunas de la región para conseguir un empleo que pueda satisfacer sus necesidades y se puede decir que la comuna se esta quedando con las personas más pobres y que tienen un menor grado de calificación.

TOTAL		POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL	
HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
11.244	11.293	8.316	9.063	2.928	2.230

## 9. ORGANIZACIONES SOCIALES DE LA COMUNA DE LAJA

Según los datos proporcionados por la encuesta CASEN 2000, un 36,7 % de la población comunal participa en organizaciones sociales, situando a Laja por sobre el promedio provincial que es de 33,8 %, y a la par con el índice regional de un 36,8 %.

Laja cuenta con aproximadamente 255 organizaciones comunitarias funcionales y territoriales legalmente constituidas, entre las que se pueden encontrar:

- Juntas Vecinales Urbanas : 51
- Juntas Vecinales Rurales : 20
- Uniones Comunales: 3
- Organizaciones Deportivas. 48
- Agrupaciones Culturales :3

**Organizaciones de Salud dentro de la comunidad urbana:**

- Comité de Salud: 5
- Club de Diabéticos :1
- Club de Crónicos. 3
- Agrupaciones de Discapacitados: 1
- Comité Rural de Promoción de la Salud: 1
- Clubes del Adulto Mayor Urbano: 10
- Agrupaciones Habitacionales: 15
- Comités de Mejoramiento de Vivienda
- Comité Pro Título de Dominio: 2
- Comités Puntero De Agua: 1
- Comités Pro Adelantos: 2
- Comités de Pavimentación Participativa: 20
- Agrupaciones Juveniles: 13
- Grupo Ecológico : 1

**Organizaciones de Salud dentro de la comunidad rural:**

- Comité de Salud: 3
- Club de Crónicos. 1
- Comité Rural de Promoción de la Salud: 1
- Clubes del Adulto Mayor Rurales: 4
- Agrupaciones Habitacionales: 3
- Comités de Agua Potable Rural: 8

**10. SANEAMIENTOS BÁSICOS DE LA COMUNA**

El servicio de agua potable y alcantarillado de la ciudad de Laja se encuentra bajo la responsabilidad de la Empresa de Servicios Sanitarios del Bío - Bío S.A. (ESSBIO), y su área de concesión abarca toda el área urbana. La cobertura de agua potable por medio de la red pública alcanza a un 95% de la población, es

decir, 3.807 viviendas. En cambio el abastecimiento en el sector rural es diverso, siendo el único sistema de agua potable rural (APR) con asistencia técnica ESBBIO perteneciente a la localidad de Puente Perales, el cual beneficia a 55 familias.

También existen soluciones particulares colectivas de tratamiento de agua apta para ser consumida, pero sin la existencia de ESBBIO; beneficiándose de esta manera 244 familias.

Además se cuenta con soluciones particulares de agua con sistema de cloración, que beneficia a 192 familias de los sectores de Santa Clara, Apelahue y Lavaderos.

## **11. ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS.**

Los residuos producidos se depositan en la comuna de Cabrero sector de Monte Águila, esto debido a que la localidad no cuenta con una instalación propia para el vertido de las basuras. Los residuos sólidos y líquidos industriales son producidos por la planta de Celulosa y estos son depositados en un botadero particular localizado en el camino Laja Millantú así como también tales residuos son desechados al río Laja que esta en frente de esta planta lo que sin lugar a duda causa una gran contaminación ambiental y náutica así como un riesgo para los habitantes. En cuanto a estos desechos se ignora las cantidades eliminadas al igual que la frecuencia, y si se aplica algún tratamiento de neutralización, como también si esa instalación cuenta con permisos sanitarios y ambientales para llevar a cabo tal acción. Los permisos deben de estar consignados en algún lugar así como cada cuantos días, debe de realizarse y cual es el porcentaje permitido filtro a usar, etc., esto esta normado por la corporación nacional del medio ambiente. (CONAMA).

La mayoría de los residuos son producidos en las viviendas del centro urbano de Laja, en relación a los residuos hospitalarios y de postas rurales, estos son quemados en la caldera del hospital y los restantes son retirados por el gestor municipal de los residuos.

En los sectores rurales se disponen del servicio de recolección y transporte de basuras. Los cuales son retirados por el camión municipal en donde su transporte final es en el vertedero de la comuna de Cabrero.

### **Eliminación de excretas.**

El servicio de alcantarillado de aguas servidas de Laja tiene una cobertura de sólo un 42%, mientras que un 55% de la población tiene sistema de pozo negro, equivalente a 3.094 viviendas (Casem 2003)

Según el área geográfica se puede analizar que en el sector urbano el 53% de las viviendas cuenta con alcantarillado o fosa, mientras que en el sector rural sólo un 14,13% de las viviendas tienen este sistema de evacuación.

Se puede constatar que la población con alcantarillado o fosa ha alcanzado un 64.9% del total comunal.

La red de alcantarillado cubre casi toda la zona urbana, sin embargo no toda la población cuenta con este servicio, debido a que no cuenta con los medios económicos para conectarse al sistema (Fuente ESSBIO). Dentro de los sectores donde no existe alcantarillado están: Carrera, Costanera río Laja, Quinta Cipriana y Villa Celulosa.

### **Análisis:**

En 69% de la población esta conectado a un sistema de alcantarillado, pero existe también el grupo vulnerable que aún utiliza en un porcentaje importante el pozo séptico que puede llevar a la contaminación tanto del ambiente como de las propias personas.

## **12. POBREZA EN LA COMUNA DE LAJA**

**Según encuesta CASEN 2006 – 2009:**

**Los datos de referencia de población de Laja para los cálculos son 21.070**

**según Casen 2006.**

En el contexto global país el 84.9% de la población no es pobre, el 11.4% es Pobre y el 3.7% es indigente y nuestra región del Bio –Bio es la segunda región más pobre del país con un 21.1% y la antecede la región de la Araucanía con un 27.1%.(Casen, 2009).

Laja presenta, en términos generales, una condición cercana al porcentaje de hogares con pobreza en relación con la región de Bío - Bío, de esta manera, existe un 16.3% de hogares pobres en la comuna, mientras que los índices regionales alcanzan un 17.32% (Casem, 2006).

De esta manera en Laja el número de personas en situación de pobreza según CASEN – 2006 son 4.164 que sería el 19.8%, un 7% (1.475 individuos) son indigentes. Dicho índice de población en situación de pobreza para la región es del orden de un 15.5 % y un 5.2% para la población indigente y en la Provincia los porcentajes son de un 15.3% y un 5.3% respectivamente. En el caso de la población no pobre el índice es del 80.2% en la comuna de Laja.

**Estratificación de la Pobreza a Nivel Comunal, Regional y Nacional.**

<b>POBREZA</b>		
	<b>Población</b>	<b>Hogares</b>
	<b>Indigente</b>	<b>Total Pobres</b>
<b>Laja</b>	7%	16.3%
<b>Octava Región</b>	5.2%	17.32%
<b>Total País</b>	3.2%	11,2%

**Fuente: CASEN 2006**

### Tipo de Enseñanza y Establecimientos

Tipo de Enseñanza	Establecimientos Municipales	Establecimientos Particulares	Total de Establecimientos Comuna
Prebásica	8	5	13
Básica Completa	7	4	11
Básica incompleta	5	0	5
E. Especial	1	0	1
Media Humanista Científica	1	1	2
Media Técnico Profesional	1	0	1
Media Téc. Adm. Y Comercio	1	1	2
Media Adulta	1	1	2

**Fuente: S.I.N.I.M 2010 Depto. De educación de Laja**

**Establecimientos educacionales urbanos (Los 2 Liceos acogen a la población de toda la comuna existiendo en ambos internado para los jóvenes rurales)**

Nombre establecimiento	Tipo de Enseñanza
Liceo A-66 Héroes de la Concepción	E. Media
Liceo Politecnico Hermanas Maestras de la Santa Cruz	E. Media
Escuela D-975 José Abelardo Nuñez	E. Básica
Escuela D-1229 Andrés Alcázar	E. Básica
Escuela E-980 Nivequetén	E. Básica
Escuela F-1227 Amanda Labarca	E Especial
C.E.I.A Rubén Campos	E. Adultos
Jardín Infantil Rayitos de Sol	E. Prebásica
Jardín Infantil Santa Lucia	E. Prebásica

**Fuente: S.I.N.I.M 2010 Depto. De educación de Laja**

### 6. Matricula establecimientos educacionales 2011

NOMBRE ESCUELA	MATRICULA
<b>URBANO</b>	
Jardín Santa Lucía	14
Jardín Sueños De Alberto	50
Jardín Mis Dulces Pasos	68
Jardín Rayito De Sol	38
Jardín Arcoiris	47
Andrés Alcázar	1215
José Abelardo Nuñez	454
Nivequetén	844
Amanda Labarca	50



Santa Cruz	481
Héroes De La Concepción	781
Liceo Técnico Profesional	783
Alfa y Omega	125
San Mauricio	161
<b>RURAL</b>	
Jardín Manitos Pintadas	24
La Colonia	76
Francisco Zattera Guelfi	155
Puente Perales	154
Liceo Las Ciénagas	39
Rucahue	16
Santiago Amengual Balbontin	10
Los Cerrillos	12
Diego Benavente Bustamante	13
Juan Luis Sanfuentes	10
<b>Total</b>	<b>5620</b>

***Población con discapacidad en colegio especial en la comuna de Laja.***

	<b>CEGUERA</b>	<b>SORDERA</b>	<b>MUDEZ</b>	<b>LISIADO PARALISIS</b>	<b>DEFICIENCIA MENTAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>41</b>	<b>46</b>

## SALUD EN RED PARA LA COMUNA DE LAJA

### Servicios de salud en la 8va región

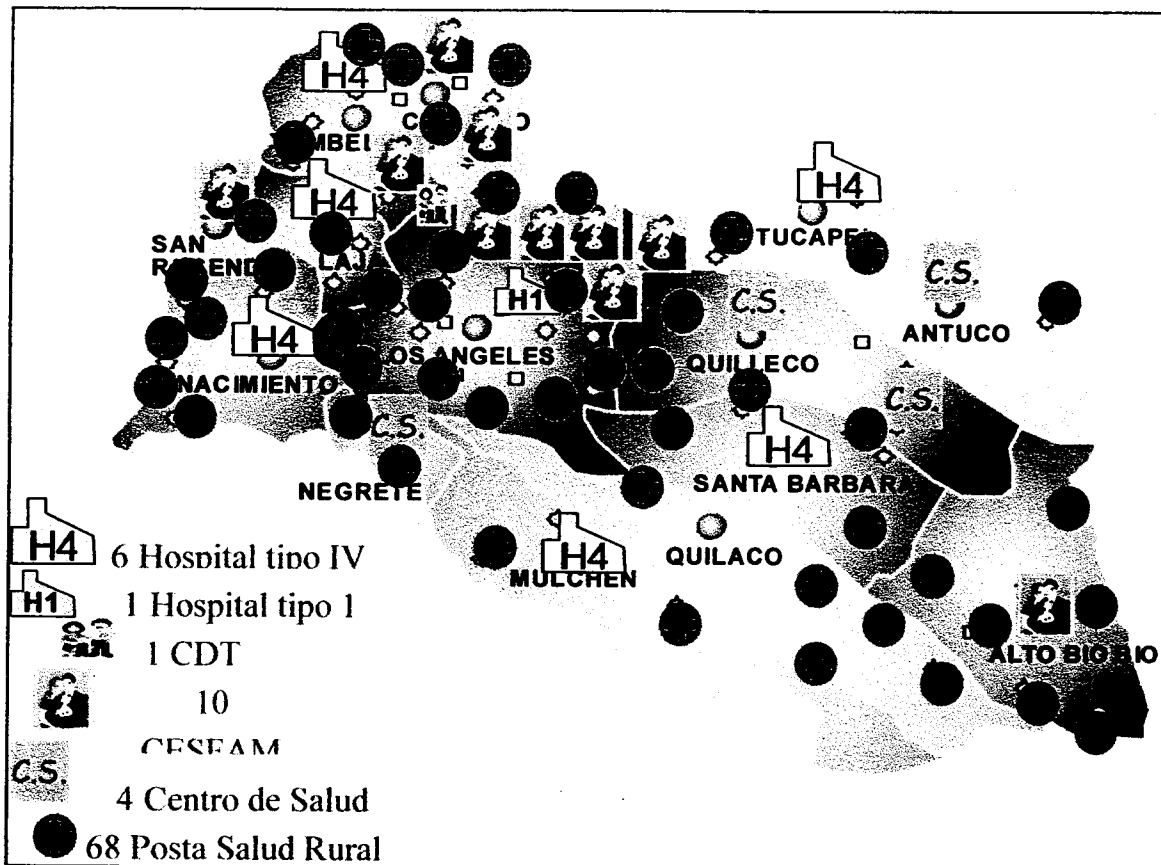
Servicios de salud			
	Hospitales	Consultorios	Postas rurales
Ñuble	7	37	55
Concepción	6	31	17
Arauco	5	11	32
Talcahuano	3	13	5
Biobío	7	27	68

Fuente: DEIS Ministerio de Salud

#### Análisis:

Esta región es, después de la Metropolitana, la segunda región con mayor número de Servicios de Salud, con un total de cinco: uno por cada provincia, más un servicio aparte ubicado en la comuna de Talcahuano, la más populosa de la región. Los Servicios de Ñuble, Arauco y Biobío cuentan con un mayor número de establecimientos de atención primaria en los sectores rurales que en los urbanos, mientras que los servicios de Concepción y Talcahuano cuentan con más consultorios que postas.

## RED DEL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO



### Análisis:

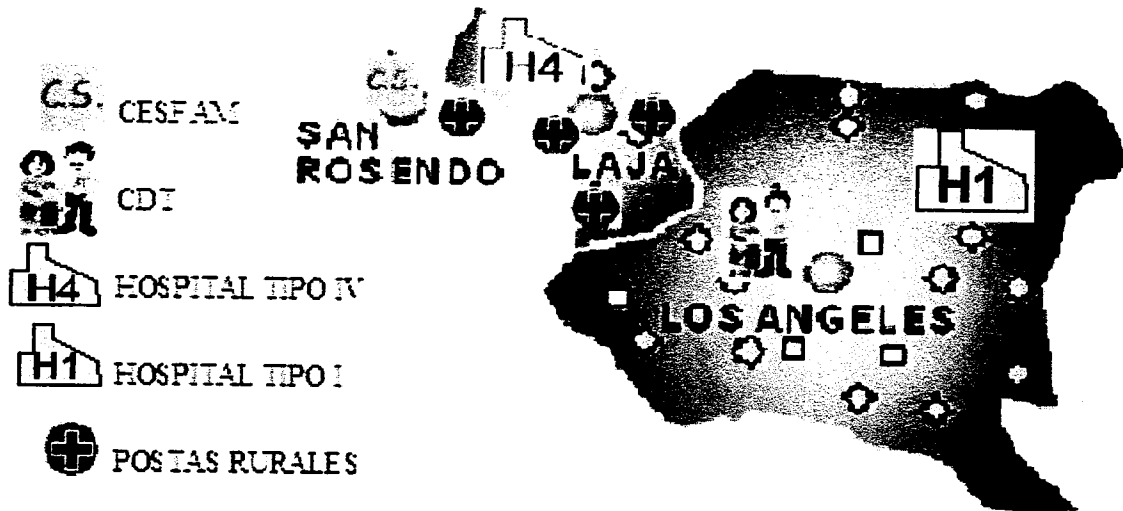
La distribución física de la red asistencial del Servicio de Salud Bio - Bio, se presenta en forma de estrella, con el hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz y el Centro de Diagnóstico Terapéutico de Los Ángeles como base, ubicados al centro y a sus alrededor los 6 hospitales nivel 4. En el entorno de los distintos hospitales, se distribuyen, consultorios urbanos, rurales, postas y estaciones médicas rurales.

Administrativamente, todos los hospitales forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mientras los consultorios y postas dependen del Municipio.

La accesibilidad de los hospitales periféricos al hospital base es buena, ya que todos disponen de caminos pavimentados, en cambio la accesibilidad desde

consultorios y postas rurales no es muy buena debido a que los caminos son de ripio o tierra y en invierno son afectados por condiciones climáticas.

## MESO Y MICRO RED DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LAJA



El departamento de salud de Laja trabaja dentro de una Unidad Estratégicas, en la que sus tres integrantes conforman una meso-red estable y permanente desde hace varios años. Los establecimientos son:

- Departamento de Salud de Laja
- Hospital de la familia y la comunidad de Laja
- CESFAM San Rosendo

Las actividades en conjunto son:

- Consultorías
- Capacitaciones
- Reuniones
- El hospital es el primer lugar de referencia para una urgencia y posterior derivación u Hospitalización.

## ENTORNO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD

Antiguamente la población enfermaba y moría joven, la mayoría de las veces a consecuencia de enfermedades infectocontagiosas.

En los últimos 50 años, fruto de los esfuerzos desarrollados por el inter sector, tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida, saneamiento ambiental, aumento del nivel educacional de la población, desarrollo de medidas preventivas, fomento del cuidado comunitario y familiar, organización de un sistema de asistencia sanitaria con especial preocupación por los niños y madres, así como, la promulgación de políticas de fomento y protección de salud. Se ha logrado disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad infantil y la mortalidad materna, reduciendo la tasa de mortalidad general y mejorar de manera considerable la esperanza de vida de la población.

## Primeras Causas de Mortalidad en la Comuna

### MORTALIDAD POR 20 PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION, COMUNA DE LAJA 2009

CIE-10	CAUSAS DE DEFUNCION	NUMERO	TASA*	%
I219	Infarto Agudo del miocardio, sin otra especificación	9	42,94	6,57
C169	TMM del estómago, parte no especificada	9	42,94	6,57
I694	Secuelas de enferm.cerebrovasc, no especific, como hemorr.u oclus	6	28,62	4,38
I64X	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado	5	23,85	3,65
I619	Hemorragia intraencefálica, no especificada	5	23,85	3,65
I678	Otras enf.cerebrovasculares especificadas	5	23,85	3,65
K703	Cirrosis hepática alcohólica	4	19,08	2,92
J189	Neumonía, no especificada	3	14,31	2,19
R99X	Otras causas mal definidas y las no especificadas	3	14,31	2,19
C349	TMM de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	3	14,31	2,19
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3	14,31	2,19
C509	Leucemia linfoblástica aguda	2	9,54	1,46
A419	Septicemia no especificada	2	9,54	1,46
C61X	TMM de la próstata	2	9,54	1,46
C259	TMM del páncreas, parte no especificada	2	9,54	1,46
I500	Insuficiencia cardiaca congestiva	2	9,54	1,46

Averroes N° 17/2011  
29  
A. P. J. L. M.

I110	Enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca	2	9,54	1,46
C23X	Tumor maligno de la vesícula biliar	2	9,54	1,46
X000	Exposición a fuego no controlado en vivienda	2	9,54	1,46
V093	Peatón lesionado en accidente no especificado	2	9,54	1,46
	<b>Acumulado</b>	<b>73</b>	<b>348,27</b>	<b>53,28</b>
	Resto	64	305,33	46,72
	<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>6,54</b>	<b>100,00</b>

Tasa por causas \* por 100 mil habitantes.

Tasa Total \*\* por 1.000 habitantes

Fuente : Bioestadística SS.BB.

Actuando N° 177/2011  
 30  
 [Firma]

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

**MORTALIDAD POR 20 PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION,  
PROVINCIA DE BIO BIO AÑO 2009**

CIE-10	CAUSAS DE DEFUNCION	NUMERO	TASA*	%
I219	Infarto Agudo del miocardio, sin otra especificación	160	41,02	7,00
C169	TMM del estómago, parte no especificada	126	32,30	5,51
J189	Neumonía, no especificada	89	22,82	3,89
I64X	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado	82	21,02	3,59
C23X	Tumor maligno de la vesícula biliar	53	13,59	2,32
I694	Secuelas de enferm, cerebrovasculares no especif. como hemorr	49	12,56	2,14
I619	Hemorragia intraencefálica, no especificada	47	12,05	2,06
K703	Cirrosis hepática alcohólica	39	10,00	1,71
V892	Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de motor no especificado	37		
J841	Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis	36	9,49	1,62
C349	TMM de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	35	9,23	1,58
K746	Otras cirrosis del hígado y las no especificadas	35	8,97	1,53
C259	Tumor maligno del páncreas, parte no especificada	35	8,97	1,53
X700	Lesión autoinfling. por ahorcam. estrang. sofoc., en vivienda	34	8,72	1,49
R99X	Otras causas mal definidas y las no especificadas	32	8,20	1,40
C61X	Tumor maligno de la próstata	30	7,69	1,31
I678	Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas	29	7,44	1,27
N189	Insuficiencia renal crónica, no especificada	27	6,92	1,18
C189	TMM del colon, parte no especificada	27	6,92	1,18

Averiguado N° 177/2011  
31/5/11  
F. J. L. U. C. B. T. M.

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

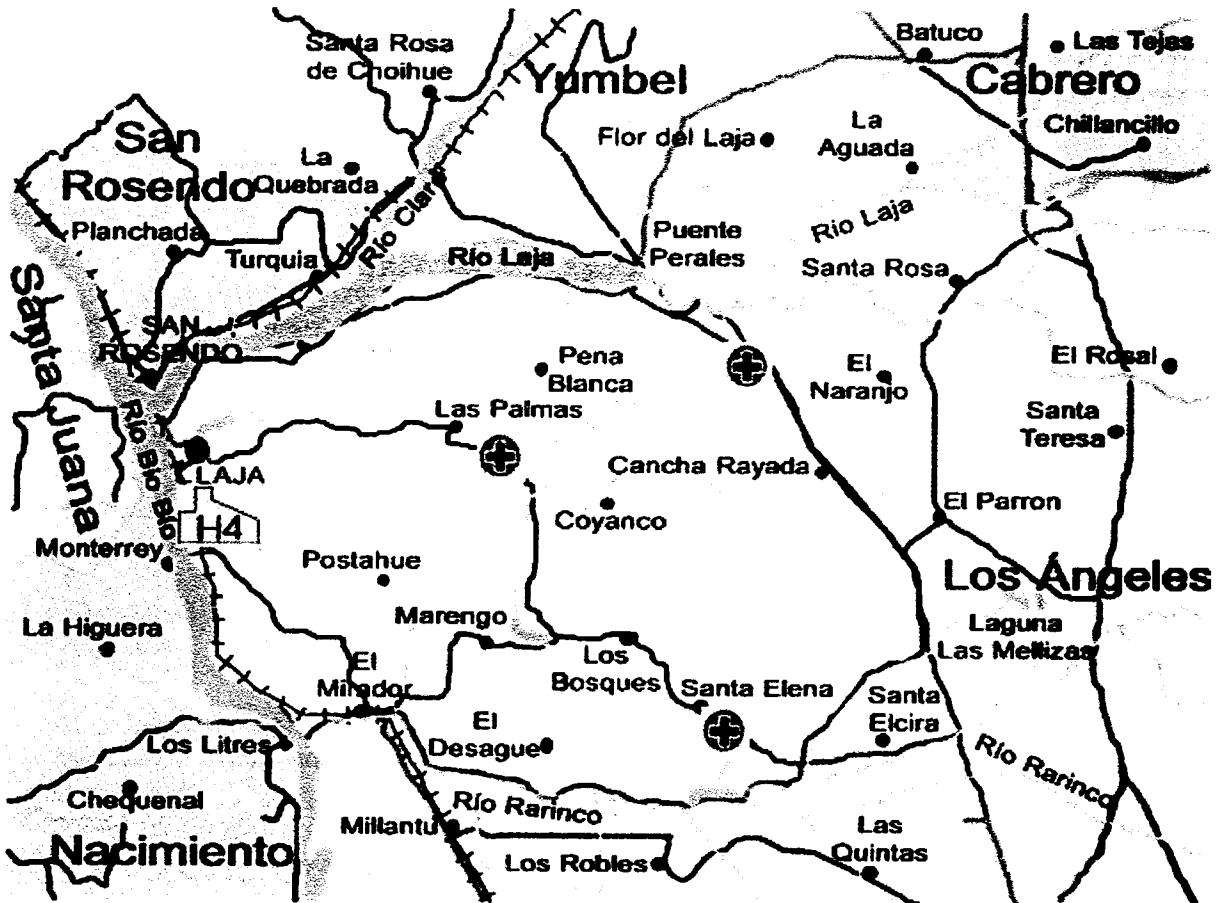


J449	Enferm. Pulmonar obstructiva crónica, no especificada	27	6,92	1,18
	Acumulado	1.029	263,81	45,03
	Resto	1.256	322,01	54,97
	<b>Total</b>	<b>2.285</b>	<b>5,86</b>	<b>100,00</b>

Al analizar las estadísticas de la comuna de Laja se aprecia que es consecuente con las de la provincia del Bío - Bío, donde el Infarto Agudo al Miocardio es la principal causa de deceso en los habitantes, y en segunda instancia las derivadas de accidentes cardiovasculares, que se asocian con la primera causa.

Sin bien la Cirrosis hepática es una causa importante no la más significativa a nivel provincial, ero si a nivel comunal, lo que se explica por los hábitos y costumbres de los habitantes de nuestra comuna.

### Descripción Departamento de Salud Municipal De Laja.



Análisis: La distribución física del Departamento de salud municipal, se presenta de la siguiente forma: Departamento de salud municipal y su parte administrativa ubicada en el sector urbano, rodeado a nivel rural de sus Postas y Estaciones Médico Rurales, cuyo centros de referencias son Hospital de la Familia y la Comunidad de Laja con baja resolutivead, Hospital tipo 1 de alta resolutivead Dr. Víctor Ríos Ruiz como base y el Centro de Diagnóstico Terapéutico de Los Ángeles

La accesibilidad desde consultorios y postas rurales no es muy buena debido a que los caminos son de ripio o tierra y en invierno son afectados por condiciones climáticas.

## Inscripción en Programa Per-capita

Esta dirigido a las familias de pertenencia rural beneficiarias del sistema de salud municipal y consiste en la inscripción del grupo familiar completo en Las Postas Rurales y Consulta Medica Municipal. (Población validada en primer corte FONASA Mayo 2010)

Grupo Etáreo	Corte A Mayo 2011						Pueblo Perales					
	Total Postas			La Colonia			Santa Elena			Pueblo Perales		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
<b>Total General</b>	<b>5.158</b>	<b>2.928</b>	<b>2.230</b>	<b>2.013</b>	<b>1.013</b>	<b>1.000</b>	<b>1.461</b>	<b>768</b>	<b>693</b>	<b>1.694</b>	<b>1.147</b>	<b>537</b>
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
000 - 011	49	23	26	10	5	5	24	11	13	15	7	8
1 - 1,11	45	23	22	18	6	12	16	11	5	11	6	5
2 - 2,11	56	33	23	20	11	9	16	11	5	20	11	9
3 - 3,11	57	28	29	27	12	15	21	9	12	9	7	2
4 - 4,11	54	35	19	21	14	7	14	10	4	19	11	8
5 - 5,11	61	30	31	25	9	16	20	11	9	16	10	6
6 - 6,11	53	25	28	18	8	10	20	9	11	15	8	7
7 - 7,11	65	30	35	30	13	17	18	11	7	17	6	11
8 - 8,11	70	31	39	30	16	14	25	7	18	15	8	7
9 - 9,11	75	43	32	33	20	13	30	16	14	12	7	5
<b>Sub-Total Infantil</b>	<b>585</b>	<b>301</b>	<b>284</b>	<b>232</b>	<b>114</b>	<b>118</b>	<b>204</b>	<b>106</b>	<b>98</b>	<b>149</b>	<b>81</b>	<b>68</b>
10 - 10,11	64	35	29	21	12	9	24	13	11	19	10	9
11 - 11,11	72	32	40	32	12	20	28	14	14	12	6	6
12 - 12,11	74	40	34	24	15	9	30	14	16	20	11	9
13 - 13,11	80	39	41	37	13	24	20	15	5	23	11	12
14 - 14,11	89	54	35	30	19	11	32	18	14	27	17	10
15 - 19,11	452	244	208	200	103	97	138	83	55	114	58	56
<b>Sub-Total Adolescente</b>	<b>831</b>	<b>444</b>	<b>387</b>	<b>344</b>	<b>174</b>	<b>170</b>	<b>272</b>	<b>157</b>	<b>115</b>	<b>215</b>	<b>113</b>	<b>102</b>

Aweendo N° 177/2011  
34  
Suplente

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

<b>Adulto</b>	20 a 24 años	413	249	164	153	86	67	108	48	60	152	115	37
	25 a 29 años	392	217	175	130	60	70	98	45	53	164	112	52
	30 a 34 años	338	199	139	96	43	53	96	54	42	146	102	44
	35 a 39 años	395	246	149	138	71	67	92	46	46	165	129	36
	40 a 44 años	407	242	165	163	77	86	91	46	45	153	119	34
	45 a 49 años	438	271	167	161	83	78	97	51	46	180	137	43
	50 a 54 años	335	202	133	119	71	48	95	49	46	121	82	39
	55 a 59 años	286	167	119	120	53	67	73	45	28	93	69	24
	60 a 64 años	217	122	95	100	47	53	62	38	24	55	37	18
	65 a 69 años	187	105	82	87	48	39	63	34	29	37	23	14
	70 a 74 años	132	66	66	76	39	37	37	18	19	19	9	10
	75 a 79 años	74	42	32	40	24	16	19	10	9	15	8	7
	80 y + años	128	55	73	54	23	31	54	21	33	20	11	9
	<b>Sub-Total Adulto</b>	<b>3.742</b>	<b>2183</b>	<b>1559</b>	<b>1.437</b>	<b>725</b>	<b>712</b>	<b>985</b>	<b>505</b>	<b>480</b>	<b>1.320</b>	<b>953</b>	<b>367</b>

Acuerdo N° 177/2011  
 35  
 Aplicado M

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL EN LA COMUNA<sup>1</sup>

La población se distribuye en las siguientes localidades rurales:

### Sectores Rurales:

Santa Elena ( Villa San Francisco y Villa Santa Amelia), Corcolenes, Santiago Chico, El Bosque, Marengo, Picul, Chorrillos, Diuquín, Rucahue Sur, Violeta Parra, Quillayal, Curaco, Las Toscas, Lavaderos, El Arenal, San Rafael, Las Ciénagas, Quiebra frenos, La Tuna, Quilales, Cancha Rayada, Cachapoal, Puente Perales, El Puente, San Vicente, La Colonia, La Pina, Peñablanca, Las Lomas.

En el sector de puente perales hubo un incremento en la población adulta joven específicamente varones, por la existencia de la construcción mini central laja. (GDF SUEZ). Lo que aumento notablemente el percápita del Departamento de Salud Municipal de Laja.

<sup>1</sup> Información según último Censo del año 2002.

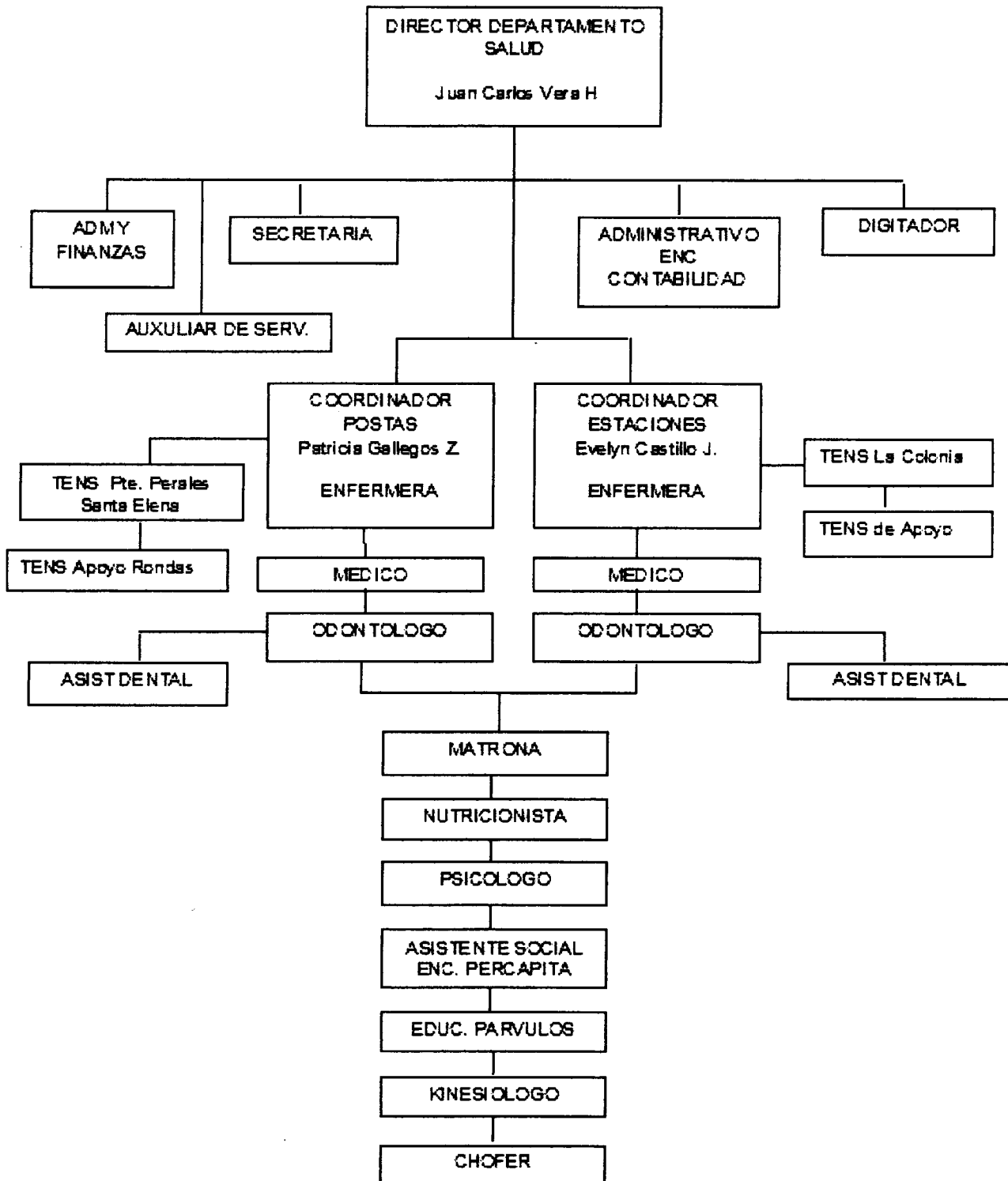
Averano N° 177/2011  
36  
Espinoza M

**DOTACIÓN**

Dotación para 5.158 habitantes inscritos a Mayo del 2011.

<b>N °</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>PROFESIÓN</b>	<b>HORAS SEMANALES</b>
1	A	Medico	44
2	A	Odontólogo	44
3	B	Director	44
4	B	Enfermera	44
5	B	Enfermera	44
6	B	Matrona	44
7	B	Asistente social	44
8	B	Nutricionista	44
9	B	Kinesiólogo	22
10	C	Enc. Adm. y Finanzas	44
11	C	Adm. Enc en Contabilidad	22
12	C	Paramédico ronda	44
13	C	Paramédico posta Pte. Perales	44
14	C	Paramédico posta La Colonia	44
15	C	Paramédico posta Sta. Elena	44
16	C	Paramédico Consulta	44
17	C	Asistente Dental	44
18	E	Secretaria	44
19	E	Digitadora	44
20	F	Chofer	44
21	F	Auxiliar de servicio	44

# ORGANIGRAMA 2012



*Acuerdo N° 177/2011*  
*38*  
*Alpiledes M*

## Presupuesto Salud Municipal 2012

### Ingresos Presupuestarios

Con el fin de cumplir las estrategias antes mencionadas, la municipalidad de Laja, ha decidido traspasar \$12.122.000 (doce millones ciento veintidós mil pesos) del presupuesto municipal.

PRESUPUESTO 2012		284.848	
215	21 01	Gasto en Personal de Planta	118.345.000
215	21 02	Gasto en Personal a Contrata	104.038.000
215	22	CxP Bienes y Servicios de Consumo	
215	22 01	Alimentos y Bebidas	250.000
215	22 02	Textiles Vestuario y Calzado	1.920.000
215	22 03	Combustibles y Lubricantes	2.820.000
215	22 04	Materiales de Uso o Consumo	36.276.000
215	22 05	Servicios Básicos	6.029.000
215	22 06	Mantenimiento y Reparaciones	1.924.000
215	22 07	Publicidad y Difusión	800.000
215	22 08	servicios Generales	520.000
215	22 09	Arriendos	8.360.000
215	22 10	Servicios Financieros y de Seguro	768.000
215	22 11	Servicios Técnicos y Profesionales	2.072.000
215	22 12	Otros Gastos en Bienes de Servicio de Consumo	726.000

Si bien el traspaso es menor que los años anteriores es importante destacar que el financiamiento vía per cápita ha ido en constante aumento, ello principalmente por el aumento en aproximadamente 1.500 usuarios en año y medio.



## DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Durante el año 2011 hubo dificultades en el acceso para coordinar reuniones dirigidas hacia una comunidad masiva, sin embargo se logró trabajar activamente con grupos insertos en la comunidad, tales como Grupos de Adulto Mayor, Comités de Salud, Juntas de Vecinos, Grupos de Crónicos, etc., a través de los cuales pudimos conocer las inquietudes de nuestros usuarios, tales como: problemas con el manejo de perros vagos, existencia de basurales clandestinos, necesidad de mayor acceso a horas médicas, falta de medicamentos, solicitud de apoyo para retomar actividades comunitarias en algunos sectores.

Para el año 2012 el Equipo de Salud tiene planificado abordar las temáticas planteadas, generando instancias para mejorar la participación comunitaria en Salud, orientadas a estructurar un plan de trabajo más participativo, realizando un calendario de reuniones mensuales en cada Posta con los diversos actores sociales de cada sector.

Se proyecta el siguiente plan de trabajo:

	Reuniones comunidad	Diagnóstico Participativo	Planificación plan de trabajo	Lactancia Materna	Actividad Física	Día Sin Fumar	Alimentación Saludable	Día Mundial del Sida	Día de la Diabetes	Mes del Corazón	Día Mundial de la Salud Mental	Día Mundial de la Salud	Día mundial tráfico y Abuso
Enero:	■		■										
Febrero:	■												
Marzo:	■												
Abril:	■				■							■	
Mayo:	■					■							
Junio:	■												■
Julio:	■	■											
Agosto:	■			■						■			
Septiembre:	■												
Octubre:	■						■						
Noviembre:	■							■		■			
Diciembre:	■						■						

## DIAGNÓSTICO SALUD BUCAL

A pesar de los grandes avances y mejoras en salud bucal de la población chilena, aún persiste una alta prevalencia de patologías orales, sobretodo en grupos más vulnerables que presentan un importante daño en salud. Las caries dentales, las enfermedades gingivales y periodontales constituyen un importante problema de Salud Pública, debido a su alta prevalencia, impacto en los individuos en la sociedad y el costo de su tratamiento.

En la comuna de Laja, al igual que a nivel país, la prevalencia de caries dental aumenta sostenidamente con la edad, llegando casi al 100% en la población adulta. La severidad, medida a través del número de dientes afectados por caries también aumenta con la edad, en donde la mayoría de la población tiene 4 o más piezas afectadas por caries (DEIS, Ministerio de Salud).

Actualmente, se cuenta con dos odontólogos para abarcar una población de 5.158 inscritos, distribuidos en 3 Postas Rurales y Estaciones Médico-Rurales. Debido a la dispersión geográfica y a que los recursos odontológicos con que se cuentan son insuficientes para satisfacer las necesidades de salud oral de toda la población, se ha hecho necesario orientar las estrategias promocionales y preventivas a los Programas de Salud Bucal, mayoritariamente a los grupos de alto riesgo y vulnerables como son los grupos infantil, adolescentes y embarazadas. Esto se sustenta en la evidencia científica de que intervenciones eficientes y oportunas permiten mejorar los indicadores de Salud Bucal de estos grupos específicos.

Con el fin fortalecer la atención Odontológica y abarcar a la población no beneficiada con estos programas, en los últimos años se han desarrollado convenios en conjunto con el Servicio de Salud Bío - Bío en los cuales se otorga tratamiento integral a los adultos de 60 años, Hombres y Mujeres de Escasos Recursos y Mujeres Jefas de Hogar. Estos tratamientos incluyen actividades restauradoras, rehabilitadoras, promocionales y preventivas.

Junto a lo anterior, las Postas Rurales, durante algunas semanas, cuentan con el apoyo de la clínica móvil del Servicio de Salud para atender a la población mayor de 20 años, no favorecida con todo lo anterior mencionado.

## **Cartera de Servicios Departamento de Salud Municipal**

En términos generales los servicios son los siguientes:

<b>PROGRAMA INFANTIL</b>	<b>PROGRAMA ADOLESCENTE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Control de Salud</li><li>• Consulta por déficit Nutricional</li><li>• Control Lactancia Materna</li><li>• Atención Grupal</li><li>• Consulta de Morbilidad</li><li>• Control de Crónicos</li><li>• Consulta Social</li><li>• Consulta por Déficit DSM</li><li>• Visita Domiciliaria</li><li>• Vacunación</li><li>• Consulta Salud Mental Infantil</li><li>• Actividades de PNAC</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de Morbilidad</li><li>• Control Prenatal</li><li>• Control Puerperio</li><li>• Control de regulación de fecundidad</li><li>• Consejería sexual y reproductiva</li><li>• Control ginecológico</li><li>• Educación Grupal</li><li>• EMPA</li><li>• Consulta nutricional</li><li>• Consulta Social</li><li>• Consulta de Salud Mental</li><li>• Visita Domiciliaria</li><li>• PNAC y Consulta Odontológica</li></ul>

<b>PROGRAMA ADULTO</b>	<b>PROGRAMA ADULTO MAYOR</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de morbilidad</li><li>• Control prenatal</li><li>• Control de regulación de fecundidad</li><li>• Control de puerperio.</li><li>• Consulta de Morbilidad Ginecológica</li><li>• Control de Climaterio.</li><li>• Consejería salud sexual y reproductiva.</li><li>• EMPA.</li><li>• Consulta Odontológica.</li><li>• Control de crónicos</li><li>• Consulta Nutricional</li><li>• Consulta Social</li><li>• Consulta Salud Mental</li><li>• Visita Domiciliaria Integral</li><li>• Vacunación Influenza</li><li>• Control TBC</li><li>• Consejerías</li><li>• PNAC</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de morbilidad</li><li>• Control de crónicos</li><li>• Consulta Nutricional</li><li>• Consulta Social</li><li>• Consulta Salud Mental</li><li>• Visita Domiciliaria Integral</li><li>• Vacunación Influenza</li><li>• Control TBC</li><li>• Consejerías</li></ul>

## **Enfermedades Garantizadas en el GES:**

- Desde el 1 de Julio 2010 entraron en vigencia 10 nuevos problemas de salud al Plan Auge, además de mejoras en las 56 enfermedades ya cubiertas. Con esto, la cobertura aumenta a 66 enfermedades con garantías AUGE.

Son las siguientes:

- Insuficiencia renal crónica terminal
- Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
- Cáncer cervicouterino
- Alivio al dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
- Infarto agudo del miocardio
- Diabetes mellitus tipo I
- Diabetes mellitus tipo II
- Cáncer de mama en personas de 15 años y más
- Disrafias espinales
- Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años
- Tratamiento quirúrgico de cataratas
- Endoprotesis total de caderas en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
- Fisura labio palatina
- Cáncer en menores de 15 años
- Esquizofrenia
- Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
- Linfomas en personas de 15 años y más
- Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/sida
- Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más

*Avenido N° 177 / 2011*  
*A. S. L. C. M.*

- Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
- Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
- Salud oral integral para niños de 6 años
- Prematurez, prevención del parto prematuro, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar del prematuro.
- Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y mas, que requieren marcapaso
- Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos
- Cáncer gástrico
- Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
- Vicios de refracción en personas de 65 años y más
- Estrabismo en menores de 9 años
- Retinopatía diabética
- Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
- Hemofilia
- Depresión en personas de 15 años y más
- Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
- Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
- Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
- Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
- Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
- Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
- Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
- Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más
- Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar

*Aumento N° 177/2018*  
*Aspiluchay*

- Leucemia en personas de 15 años y mas
- Urgencia odontológica ambulatoria
- Salud oral integral del adulto de 60 años
- Politraumatizado grave
- Atención de urgencia del traumatismo craneo encefálico moderado o grave
- Trauma ocular grave
- Fibrosis quística
- Artritis reumatoide
- Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
- Analgesia del parto
- Gran quemado
- Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
- Epilepsia no refractaria en pacientes mayores de 15 años.
- Asma bronquial en pacientes mayores de 15 años.
- Parkinson.
- Artritis idiopática juvenil.
- Displasia luxante de cadera.
- Salud oral integral de la embarazada.
- Esclerosis múltiple recurrente remitente.
- Hepatitis b.
- Hepatitis c.
- Prevención de la enfermedad renal crónica

## Patologías Resueltas en Atención Primaria

- Hipertensión arterial primaria o esencial
- Depresión
- Neumonía adquirida en la comunidad, de manejo ambulatorio.
- Diabetes mellitas tipo 1
- Diabetes mellitas tipo 2
- Esquizofrenia en primer episodio
- Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
- Virus del SIDA
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
- Retinopatía diabética- pacientes diabéticos
- Consumo perjudicial y dependencia de Alcohol y drogas en menores de 20 años
- Salud Oral Integral para Adultos de 60 años
- Urgencia Odontológica Ambulatoria
- Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera o rodilla, leve o moderada

## CUMPLIMIENTO META IAAPS

Actividades de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), cuyo cumplimiento de metas se relaciona con prevención y control de enfermedades.

Estos parámetros son establecidos por el Ministerio de Salud, con el objetivo de unificar las líneas de acción de todos los consultorios. Por lo tanto, todas las atenciones primarias de todas las comunas de Chile, estamos dispuestas a enfrentar este desafío



**Resumen de las Estadísticas IAAPS**

La evaluación de las metas Ley 19.378 para el año 2011.

<b>METAS 2009</b>	<b>PROFESIONAL RESPONSABLE</b>	<b>ENERO – AGOSTO</b>	<b>VALOR ESPERADO</b>
<b>COBERTURA EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA HOMBRES 20 A 44 (*)</b>	<b>MÉDICO - ENFERMERA</b>	<b>10,8%</b>	<b>16,13%</b>
<b>COBERTURA EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA MUJERES DE 45 A 64</b>	<b>MATRONA</b>	<b>22,3%</b>	<b>31,4%</b>
<b>COBERTURA EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA 65 Y MÁS</b>	<b>ENFERMERAS - PARAMÉDICOS</b>	<b>38,1%</b>	<b>62,94%</b>
<b>INGRESO PRECOZ CONTROL EMBARAZO A05</b>	<b>MATRONA</b>	<b>88,8%</b>	<b>81,4%</b>
<b>ALTAS ODONTOLÓGICAS MENORES DE 20 AÑOS</b>	<b>DENTISTA</b>	<b>14.3%</b>	<b>19,7%</b>
<b>DIABETES MELLITUS 2 15 A MÁS AÑOS,</b>	<b>MÉDICO - ENFERMERAS- PARAMÉDICOS</b>	<b>27,9%</b>	<b>29,8%</b>
<b>HIPERTENSION ARTERIAL 15 A MÁS AÑOS</b>	<b>MÉDICO - ENFERMERAS PARAMÉDICOS</b>	<b>66%</b>	<b>69,04%</b>
<b>DÉFICIT DESARROLLO SICOMOTOR A 03</b>	<b>ENFERMERAS - PARAMÉDICOS</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>
<b>TASA VISITA INTEGRAL A 026</b>	<b>EQUIPO</b>	<b>0,19</b>	<b>0,3</b>
<b>FIJHA CLAPS</b>	<b>MATRON/A</b>	<b>3,1</b>	<b>5,24</b>
<b>TASA ATENCIÓN DOMICILIOS POSTRADOS A26</b>	<b>ENFERMERA - PARAMÉDICO</b>	<b>7,1%</b>	<b>10.00%</b>

**METAS SANITARIAS 2011**

<b>META</b>	<b>PORCENTAJE A CUMPLIR</b>	<b>Cumplimiento Junio 2011</b>
Cobertura EDSM a 18 meses	95 %	45.9%
Cobertura PAP	80%	72%
Cobertura Alta Odontológica en Adolescente de 12 años	70%	35.8%
Cobertura Alta Odontológica en niños de 6 años	70%	32.2%
Cobertura Alta Odontológica en mujeres embarazadas primigestas	60%	66.7%
Compensación de personas con diabetes bajo control 20 y más	48%	40.3%
Compensación de personas con hipertensión bajo control de 20 y más	78%	60.9%
Niños < 6 años con mal nutrición por exceso	7.8%	6.5%
Consejo de desarrollo	100%	100%
Gestión de reclamos	100%	100%
Vacuna Pentavalente	95%	100%

## Sectorización

La sectorización del departamento de salud municipal de Laja se divide en 3 Postas de Salud Rural correspondiendo cada una de ellas a un sector. Es necesario destacar que a cada Posta también pertenecen Estaciones Médico Rurales.

Cada sector cuenta con equipo multidisciplinario compuesto por: Médico, Matrona, Enfermera, Odontólogos, técnicos Paramédicos, Kinesiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Asistente Social, y Ed. Párvulos. (Algunos de estos profesionales por ser únicos deben cubrir las demandas de los 3 sectores)

El énfasis de la atención en posta es entregar una atención integral no solo al paciente como ser único, el cual posee una enfermedad, si no también a la familia de este, así cada funcionario del equipo de salud conocerá de una forma integral la situación de salud que rodea al paciente y así guiara un modelo adecuado en la atención que se le brindara.

## Infraestructura

La infraestructura existente en Atención Primaria Municipal para Laja es:

- Posta Puente Perales.
- Posta Santa Elena.
- Posta La Colonia.
- Consulta Urbana de Salud.

Se tiene en proyecto para el 2012 la Remodelación de casa habilitada para la Consulta Médico Municipal, que viene a acondicionar un establecimiento que actualmente cumple labores administrativas y actividades clínicas, cuya función primordial será la atención de los usuarios.

Las áreas de influencia están contempladas en la siguiente tabla:

INFRAESTRUCTURA	SECTOR DE COBERTURA	Nº DE INSCRITOS
POSTA PUENTE PERALES	Los Ciénagos, Iglesia Cancha Rayada, Quebra Frenos, La Tuna, Quilales, El Manzano, Cachapoal	1.684
POSTA SANTA ELENA	San Rafael, Las Ciénagas, Los Lavaderos, El Arenal, La Aguada, Santiago Chico.	1.461
POSTA LA COLONIA	Chorrillos, Marengo, Picus, El Bosque, Coyanco, La Colonia.	750
Estaciones Médico Rurales	<b>Chorrillos, Rucahue, Diuquín.</b> Quebrafrenos, Las Cienagas	1.155
Consulta Urbana	<b>Los Kilometros, Las toscas curaco, Santa Ana, Quelen-Quelen, otro lado del rio, Quenquehue</b>	1263

### Distancia Postas y Estaciones medico rurales- Laja

ESTABLECIMIENTOS	KM ASFALTO	KM TIERRA - RIPIO	TOTAL KM
P. PUENTE PERALES - CIENAGAS - SANTA ELENA	0	34	34
P. PUENTE PERALES - KM 13 - P. SANTA ELENA	5	20	25
LAJA - P. LA COLONIA	0	18	18
P. SANTA ELENA - DIUQUÍN - LAJA	10	15	25
P. LA COLONIA - CHORRILLOS - LAJA	0	27	27

## Calendario Rondas

### Equipo Estaciones

DÍA	SECTOR
LUNES	Chorrillos
MARTES	Diuquín
MIERCOLES	La Colonia
JUEVES	Rucahue
VIERNES	Consulta urbana

### Equipo Postas

DÍA	SECTOR
LUNES	Puente Perales
MARTES	Puente Perales/ Quiebra frenos
MIERCOLES	Santa Elena/ Las Ciénagas
JUEVES	Santa Elena
VIERNES	Santa Elena

Atención en consulta médica todos los días a partir de las 14:30 hrs. por el equipo de salud de estaciones a los sectores que no están habilitados para brindar una atención de salud. Como lo son Toscas Curaco, Santa Ana, Km. ruta Las Playas, Otro lado del río, Quenquehue, Quelen – Quelen (situación que está sujeta a cambios posterior a remodelación de la Consulta Médica Municipal).

*Acta No 177 / 2011*  
*Arpiludo M*

## DESCRIPCION Y LINEAMIENTOS DE LOS 3 SECTORES DEL Departamento de salud LAJA

### ■ Posta Puente Perales

<u>Profesión</u>	<u>Funcionario</u>
<b>Médico</b>	Sr. José Abarzúa Godoy
<b>Enfermera</b>	Sra. Patricia Gallegos Zapata.
<b>Odontólogo</b>	Srta. Soledad Rebolledo Araya.
<b>Psicólogo</b>	Sr. Sergio Paredes Espinoza.
<b>Matrona</b>	Sra. Susy Camus Vega
<b>Asistente Social</b>	Srta. Ruth Barra Valdebenito.
<b>Nutricionista</b>	Srta. Natalia Núñez Toledo.
<b>Técnico paramédico</b>	Sra. Nancy Amuleff Sanhueza
<b>Asistente Dental</b>	Sra. Edith Abarzúa Anabalón
<b>Técnico Paramédico</b>	Srta. Ruth Pereira Reyes
<b>Educadora Párvulos</b>	Srta. Carola Gutiérrez Sepúlveda
<b>Kinesiólogo</b>	Sr. Pablo Roa

Auerdo Nº 177/2011  
*Aspilud M*

## • POBLACIÓN PERCAPITA JUNIO 2010

Grupos de edad	Sector 1
<b>Total</b>	<b>1684</b>
<b>SubTotal 0-9 Años</b>	<b>149</b>
0- 27 días	0
28 días a 5 meses	5
6 a 11 meses	10
12 a 17 meses	5
18 a 23 meses	6
2 años	20
3 años	9
4 años	19
5 años	16
6 -9 años	59
<b>SubTotal 10-19 Años</b>	<b>215</b>
10-14a	101
15-19a	114
<b>SubTotal 20 y más a.</b>	<b>1320</b>
20-24	152
25-29	164
30-34	146
35-39	165
40-44	153
45-49	180
50-54	121
55-59	93
60-64	55
65-69	37
70-74	19
75-79	15
80 y +	20

**EPIDEMIOLOGIA POR SECTOR****TABLA DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2010**

<b>Patología</b>	
Insuficiencia respiratoria	2
Falla multiorgánica	1

**Fuente: Registro local****POBLACIÓN BAJO CONTROL****Población cardiovascular bajo control Junio 2011**

CONCEPTO	TOTAL	10-14		15-19		20-34		35-44		45-54		55-64		65-69		70 AÑOS Y MÁS	
		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº PACIENTES EN CONTROL	176					1	1	3	8	10	35	21	31	12	11	21	22
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA						1	1	3	7	10	29	18	25	11	10	19	22
HIPERTENSOS	156																
DIABÉTICOS	31							1			5	2	7	1	5	3	7
DISLIPIDEMIA	51							3	2	11	6	9	4	6	5	5	
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN FACTOR DE RIESGO								1		3	1	2		1	1	2	
TABAQUISMO	11																
OBESIDAD	56							4	2	21	5	12	1	5	2	4	
CLASIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR										1	4	2	5	1	1	2	0
BAJO	16																
MODERADO	145					1	1	3	7	10	31	19	26	5	7	16	19
ALTO	15													6	3	3	3
MUY ALTO																	



# Población infantil bajo control junio 2011

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARAMETROS DE MEDICION	TOTAL	GRUPO DE EDAD Y SEXO														
		0-2 MESE		3-5 MESES		6-11 MESES		12-17 MESES		18-23 MESES		24-47 MESES		48-71 MESES		
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
<b>TOTAL NIÑOS EN CONTROL</b>	<b>85</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	
INDICADOR PESO/EDAD	-1 D.S.	5						0	1	1	0	2	0	0	1	
	-2 D.S.															
	<b>TOTAL</b>	<b>5</b>							<b>1</b>	<b>1</b>		<b>2</b>			<b>1</b>	
INDICADOR PESO/TALLA	+2 D.S.															
	+1 D.S.															
	<b>TOTAL</b>															
	-1 D.S.	1										1	0			
	-2 D.S.															
	<b>TOTAL</b>															
INDICADOR TALLA/EDAD	-1 D.S.	13						1	1	2	0	5	1	1	2	
	-2 D.S.															
	<b>TOTAL</b>	<b>13</b>						<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	Riesgo	1										1	0			
	Desnutrido															
	Sobrepeso	6	0	1						0	1	2	0	1	1	
	Obeso	3										0	1	0	2	
	Normal	75	0	1	1	3	5	2	2	4	5	1	17	9	15	10
	<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>13</b>

**Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación sobre riesgo en IRA**

		1 MESES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	12 MESES
SCORE DE RIESGO	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
LEVE	8		2	4			2	
MODERADO								
GRAVE								
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>		<b>2</b>	<b>4</b>			<b>2</b>	

**Embarazadas y puérperas bajo control**

		PUENTE PERALES
Nº MUJERES EMBARAZADAS BAJO CONTROL		2
Nº DE PUERPERAS BAJO CONTROL AL 6 MES		6

## Mujeres en Control Climaterio Junio 2011

	PUENTE PERALES
Nº MUJERES BAJO CONTROL	40

Estas mujeres están viviendo la adaptación de su cuerpo al término de la vida fértil y nuestro objetivo es ayudarlas a vivirlo de la mejor forma posible con educación, apoyo emocional y fármacos si es necesario. Esperamos cada año ir aumentando este número de personas.

## Programa de la mujer / Paternidad responsable

Población bajo control según método regulación fertilidad por sector residencia a Junio 2011.

MÉTODO RF	PUENTE PERALES
DIU	61
ORAL COMBINADO	44
ORAL PROGESTÁGENO	13
INYECTABLE	23
IMPLANTE	13
PRESERVATIVO	23
TOTAL	178

Acuerdo N° 177 / 2011  
Asistido M

### ■ Cobertura PAP y EFM a Junio 2011

PUENTE PERALES	POBLACION	PAP	%	EFM
META: 70%	293	226	77,13%	265

### ■ Ingreso precoz embarazo Junio 2011

PUENTE PERALES	TOTAL INGRESO	INGRESOS < 14 SEM
	2	2

### ■ Bajo control de Salud Mental a Junio 2011

PUENTE PERALES						
Edad		0-14	15-19	20-64	65 y mas	TOTAL
sexo	H	4	0	5	2	11
	M	1	3	14	0	18
TOTAL		5	3	19	2	29

### ■ Bajo Control Odontológico a Octubre 2011

EDAD	INGRESO	EGRESO
2 A	11	11
4 A	8	5
6 A	16	12
12 A	22	20
< 15 A	48	36
15 - 19 A	23	19
20 - 64 A	6	3
65 y +	2	2
EMBARAZADA	5	3
60 AÑOS	0	0
TOTAL	141	111

## POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS JUNIO 2011

PROGRAMAS	TOTAL	Menos de 10 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más	
		H	M	H	M	H	M	H	M
ASMA BRONQUIAL	2	1	1						
EPOC	0								
EPILEPSIA									
POSTRADOS SEVEROS	2					1		1	

■ Condición de funcionalidad en el adulto mayor. EFAM.

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL			65-69 AÑOS		70-79 AÑOS		80 AÑOS Y MÁS	
	AMBOS SEXO	HOMBRES	MUJERES	H	M	H	M	H	H
AUTOVALENTE	23	12	11	6	7	6	4		
AUTOVALENTE CON RIESGO	12	5	7	1	1	4	3		3
RIESGO DE DEPENDENCIA	12	5	7	1	4	2	1	2	2
TOTAL CON EFAM	47	22	25	8	12	12	8	2	5
DEPENDIENTE LEVE	2	1	1					1	1
DEPENDIENTE MODERADO									
DEPENDIENTE SEVERO	2	2				1		1	
POSTRADO CON ESCARAS									

## ■ Población bajo control por estado nutricional Adulto Mayor

ESTADO NUTRICIONAL	TOTAL	POR SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
BAJO PESO	1	1	
NORMAL	27	16	11
SOBREPESO	17	8	9
OBESOS	6		6
TOTAL	51	25	26

### ■ Ciclo vital infantil:

Esta es nuestra puerta de entrada, se acogerá a la familia realizando todas las derivaciones pertinentes, a EMPA, control de la Natalidad, Odontólogo, Nutricionista, Asistente Social, etc.

Se otorgara toda la cartera servicio, priorizando con énfasis la visita domiciliaria integral y los talleres, ya que es un sector con mucha VIF, baja escolaridad, madres adolescentes y mujeres jefas de hogar.

Se utilizará todo el apoyo de Chile Crece Contigo.

De acuerdo a las características de nuestro sector las actividades básicas serán:

- Talleres de Normas de crianza, autocuidado, DSM. a los padres.
- Talleres educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es perfecto" a madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años.
- Atención kinésica al 100% de los niños con patología IRA.
- Visita domiciliaria integral a familias de ChCC, con 2 o más factores de riesgo.

- Cobertura de consulta nutricional del 85% al 5º mes, con refuerzo de lactancia materna exclusiva y alimentación mixta al 6º mes, para detener el aumento de la prevalencia de obesidad en niños y niñas menores de 6 años.
- Cobertura del 100 % en niños y niñas con mal nutrición por déficit.
- Cobertura de consulta nutricional del 85% a los 3 años 6 meses con refuerzo de estilos de vida saludables y componente de salud bucal.
- Seguimiento alimentario nutricional en niños sobre 6 años con apoyo de educación y actividad física para mejora de condiciones cardiovasculares
- Atención odontológica integral a niños y niñas en edad preescolar y escolar, logrando un 30 % de cobertura en altas odontológicas totales en niños de 2 años, 35% de cobertura de alta odontológica en niños de 4 años y 70% de cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años.

#### ■ **Ciclo vital adolescente hombre y mujer**

Se ofrece toda la cartera de servicio, con especial atención en el EMP, talleres de sexualidad sana, talleres de preparación para el parto y aplicación de Ficha Clap.

Entre las actividades están:

- Disminuir el número de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, a través del ingreso al Programa de Regulación de Fecundidad y talleres de sexualidad sana en escolares de 7º y 8º básico en escuelas del sector rural.
- Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco a través de consejerías breve detectadas en ficha Clap y EMP.
- Consejerías en salud sexual y reproductiva.
- Aplicación ficha CLAP.
- Cobertura del 100% de las adolescentes embarazadas cuya evaluación nutricional indique malnutrición por déficit o exceso.
- Derivación del 100% de adolescentes con obesidad a nutricionista y actividad física detectado en EMP o consulta nutricional.

- Consulta odontológica integral a adolescentes de 12 años.
- Consulta psicológica y médica para diagnóstico de depresión.
- Atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.

### ■ Ciclo vital Adulto hombre y mujer:

En este ciclo se programara para el 10% de la población el EMP, ya que es de vital importancia la prevención de las enfermedades cardiovasculares como también la mortalidad por cáncer de útero y mama.

Se utilizarán herramientas como: consejería, visita domiciliaria para realizar una intervención con fines de fomentar el autocuidado, anticipación al daño y prevenir las secuelas y muertes anticipadas de nuestra población.

El enfoque de género es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial.

Entre las actividades están:

- Difundir a la comunidad alimentación saludable, ejercicio físico y promoción de hogares libres de humo de tabaco.
- Incrementar en 10% la cobertura de EMP, respecto a lo realizado el 2011.
- Reducir en al menos un 3% el peso inicial de personas obesas que ingresan al PSCV.
- Atención integral y oportuna a pacientes con problemas y trastornos mentales.
- Control de salud sexual y reproductiva.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Consulta odontológica integral y salud oral integral del hombre y mujer de 60 años.



- Consulta nutricional al 100% de embarazadas cuya evaluación nutricional indique malnutrición por déficit o exceso.
- Mantener el PAP por sobre un 70%.
- Realizar mamografías a mujeres que cumplen 50 años en el 2012.
- Tratamiento y visita domiciliaria a persona con diagnóstico de depresión severa.

### ■ Ciclo vital Adulto Mayor hombre y mujer:

En porcentajes es el ciclo que menos población tiene.

La funcionalidad es el mejor indicador de salud de este grupo etéreo y todos los esfuerzos que se realicen como equipo de sector se traducirán de manera directa en calidad de vida para la población mayor.

Ésta se medirá a través de la aplicación del EFAM al 50% de los AM.

Por ser un grupo vulnerable se promoverán estilos de vida saludables como factor protector para enfermedades como:

- Enfermedades respiratorias, CV, accidentes.

Como actividades innovadoras se realizarán talleres de prevención de caídas a AM con riesgo de dependencia.

### **También se fortalecerá:**

- La promoción para participación en organismos sociales y comunitarios.
- Capacitación y apoyo para cuidadores de AM dependientes.
- Visita domiciliaria al 100% de los postrados, por Médico, Odontólogo, Enfermera, Nutricionista, Asistente Social y Técnico Paramédico.

**Trabajo con familias del sector:**

El equipo del sector trabajara con las familias más vulnerables como:

- Estudios de familia
- 

■ **Posta La Colonia y Estaciones medico rurales.**

<u>Profesión</u>	<u>Funcionario</u>
<b>Médico</b>	Sr. José Abarzúa Godoy
<b>Enfermera</b>	Sra. Evelyn Castillo Jara.
<b>Odontólogo</b>	Sr. Heraldo Garcés Pinto.
<b>Psicólogo</b>	Sr. Sergio Paredes Espinoza.
<b>Matrona</b>	Sra. Susy Camus Vega.
<b>Asistente Social</b>	Srta. Rut Barra Valdebenito.
<b>Nutricionista</b>	Srta. Natalia Núñez Toledo.
<b>Técnico paramédico</b>	Srta. Nolbia Muñoz Mellado
<b>Asistente Dental</b>	Sra. Alicia Mundaca Quiñones
<b>Técnico Paramédico</b>	Sra. Karina Placencia Obreque.
<b>Educadora de Párvulos</b>	Srta. Carola Gutiérrez Sepúlveda
<b>Kinesiólogo</b>	Sr. Pablo Roa

## • POBLACIÓN PERCAPITA JUNIO 2010

Grupos de edad	Sector 1
<b>Total</b>	<b>2013</b>
<b>SubTotal 0-9 Años</b>	<b>232</b>
0- 27 días	0
28 días a 5 meses	4
6 a 11 meses	6
12 a 17 meses	8
18 a 23 meses	10
2 años	20
3 años	27
4 años	21
5 años	25
6 -9 años	81
<b>SubTotal 10-19 Años</b>	<b>344</b>
10-14a	144
15-19a	200
<b>SubTotal 20 y más a.</b>	<b>1437</b>
20-24	153
25-29	130
30-34	96
35-39	138
40-44	163
45-49	161
50-54	119
55-59	120
60-64	100
65-69	87
70-74	76
75-79	40
80 y +	54

**EPIDEMIOLOGIA POR SECTOR****TABLA DE MORTALIDAD GENERAL AÑO 2010**

<b>Patología</b>	
Insuficiencia respiratoria	02
Cáncer	02

**Fuente: Registro local****POBLACIÓN BAJO CONTROL****■ Población crónica bajo control Junio 2011**

CONCEPTO	TOTAL	10-14		15-19		20-34		35-44		45-54		55-64		65-69		70 AÑOS Y MÁS	
		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº PACIENTES EN CONTROL	344			0	0	1	0	1	19	11	44	34	79	19	46	40	51
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA																	
HIPERTENSOS	232							1	9	7	20	23	58	16	30	28	40
DIABÉTICOS	48							0	4	3	8	5	12	2	7	3	4
DISLIPIDEMIA	51								4		7	6	8	1	9	9	7
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN FACTOR DE RIESGO																	
TABAQUISMO																	
OBESIDAD	13					1			2	1	8	0	1				
CLASIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR																	
BAJO	0																
MODERADO	287							1	14	10	28	28	69	17	42	33	45
ALTO	40					1			5	1	12	4	8	2		5	2
MUY ALTO	17											3	2	2		4	2

## ■ Población infantil bajo control junio 2011

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARAMETROS DE MEDICION	TOTAL	GRUPO DE EDAD Y SEXO														
		0-2 MESE		3-5 MESES		6-11 MESES		12-17 MESES		18-23 MESES		24-47 MESES		48-71 MESES		
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
<b>TOTAL NIÑOS EN CONTROL</b>	<b>96</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	
INDICADOR PESO/EDAD	-1 D.S.															
	-2 D.S.															
	<b>TOTAL</b>															
INDICADOR PESO/TALLA	+2 D.S.	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	+1 D.S.	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	
	<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
	-1 D.S.															
	-2 D.S.															
	<b>TOTAL</b>															
INDICADOR TALLA/EDAD	-1 D.S.															
	-2 D.S.															
	<b>TOTAL</b>															
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	Riesgo	<b>1</b>										<b>0</b>	<b>1</b>			
	Desnutrido	<b>0</b>														
	Sobrepeso	<b>22</b>					<b>0</b>	<b>2</b>			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
	Obeso	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	Normal	<b>62</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>18</b>

■ **Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación sobre riesgo en IRA**

		1 MESES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	12 MESES
SCORE DE RIESGO	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
LEVE								
MODERADO								
GRAVE								
TOTAL								

■ **Embarazadas y puérperas bajo control**

	La colonia
Nº MUJERES EMBARAZADAS BAJO CONTROL	9
Nº DE PUERPERAS BAJO CONTROL AL 6 MES	11

### ■ Mujeres en Control Climaterio Junio 2011 <sup>2</sup>

	La colonia
Nº MUJERES BAJO CONTROL	16

Estas mujeres están viviendo la adaptación de su cuerpo al término de la vida fértil y nuestro objetivo es ayudarlas a vivirlo de la mejor forma posible con educación, apoyo emocional y fármacos si es necesario. Esperamos cada año ir aumentando este número de personas.

### ■ Programa de la mujer / Paternidad responsable

Población bajo control según método regulación fertilidad por sector residencia a Junio 2011.

MÉTODO RF	La colonia
DIU	48
ORAL COMBINADO	45
ORAL PROGESTÁGENO	9
INYECTABLE	12
IMPLANTE	7
PRESERVATIVO	4
TOTAL	125

<sup>2</sup> Esta evaluación se realiza en Junio y Diciembre de cada año.

■ Cobertura PAP y EFM a Junio 2011

LA COLONIA	POBLACION	PAP	%	EFM	%
	518	348	67,20%	71	13.7%

■ Ingreso precoz embarazo Junio 2011

LA COLONIA	TOTAL INGRESO	INGRESOS < 14 SEM
	9	9

■ Bajo control de Salud Mental a Junio 2011

LA COLONIA						
Edad		0-14	15-19	20-64	65 y mas	TOTAL
sexo	H	6	1	11	3	21
	M	4	3	47	3	57
TOTAL		10	4	58	6	78

■ Bajo Control Odontológico a Junio 2011

EDAD	INGRESO	EGRESO
2 A	13	9
4 A	4	4
6 A	10	5
12 A	13	11
< 15 A	25	19
15 - 19 A	21	20
20 - 64 A	60	53
65 Y +	0	0
EMBARAZADA	14	8
60 AÑOS	17	6
TOTAL	177	135



## ■ Población en control otros Programas Junio 2011

PROGRAMAS	TOTAL	Menos de 10 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más	
		H	M	H	M	H	M	H	M
ASMA BRONQUIAL	2						2		
EPOC	6							3	3
EPILEPSIA	10			1		4	4		1
POSTRADOS SEVEROS	4			1	1				2

## ■ Condición de funcionalidad en el adulto mayor EFAM.

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL			65-69 AÑOS		70-79 AÑOS		80 AÑOS Y MÁS	
	AMBOS SEXO	HOMBRES	MUJERES	H	M	H	M	H	M
AUTOVALENTE	23	9	14	7	8	2	6		
AUTOVALENTE CON RIESGO	8	4	4			2	1	2	3
RIESGO DE DEPENDENCIA									
TOTAL CON EFAM	31	13	18	7	8	4	7	2	3
DEPENDIENTE LEVE									
DEPENDIENTE MODERADO									
DEPENDIENTE SEVERO	2						2		
POSTRADO CON ESCARAS									

■ **Población bajo control por estado nutricional del adulto mayor.**

ESTADO NUTRICIONA L	TOTAL	POR SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
BAJO PESO	0		
NORMAL	18	7	11
SOBREPESO	13	6	7
OBESOS	0		
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>18</b>

■ **Población ingresada a programas de refuerzo odontológico**

Programa	Altas comprometidas
Mujeres y hombres de escasos recursos	55
Mujeres jefas de hogar	46
60 años	17
Resolutividad de endodoncia	10
Resolutividad de prótesis	20

## **POSTA LA COLONIA**

### **Límites territoriales:**

Territorialmente es el sector que comprende las siguientes ubicaciones: Diuquín, Santa Ana, Las Toscas-Curaco, Quenquehue, Quelén Quelén, Rucahue, Los Chorrillos, localidades que se extienden al otro lado del Río Bio-Bio, Las Playas y población de Posta La Colonia.

### **Características del Sector:**

Este sector comprende de una posta que cuenta con la infraestructura adecuada para la atención en salud. Existiendo estaciones medico rurales que como su nombre lo indica no posee un centro de salud para entregar la atención, sino que se realiza en sedes vecinales ya que por acceso le dificulta la llegada a la posta.

En el futuro se está gestionando infraestructura que corresponderá a toda la población de estaciones medico rurales, con el objetivo de entregar una atención más digna a todos nuestros usuarios y usuarias.

### **Diagnóstico Participativo 2011**

- Perros callejeros
- Irresponsabilidad en eliminación de basuras.
- Existencia de basurales.

### ■ **Ciclo vital infantil:**

Esta es nuestra puerta de entrada, se acogerá a la familia realizando todas las derivaciones pertinentes, a EMP , control de la Natalidad, Odontólogo, Nutricionista, Asistente Social, etc.

Se otorgara toda la cartera servicio, priorizando con énfasis la visita domiciliaria integral y los talleres, ya que es una población con baja escolaridad, madres adolescentes y mujeres jefas de hogar.

Se utilizará todo el apoyo de Chile Crece Contigo.

De acuerdo a las características de nuestro sector las actividades básicas serán:

- Talleres de Normas de crianza, autocuidado, DSM. a los padres.
- Talleres educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es perfecto" a madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años.
- Atención kinésica al 100% de los niños con patología IRA.
- Visita domiciliaria integral a familias de CHCC, con 2 o mas factores de riesgo.
- Cobertura de consulta nutricional del 85% al 5º mes con refuerzo de lactancia materna exclusiva y alimentación mixta al 6º mes para detener el aumento de la prevalencia de obesidad en niños y niñas menores de 6 años.
- Cobertura del 100 % en niños y niñas con malnutrición por déficit.
- Cobertura de consulta nutricional del 85% a los 3 años 6 meses con refuerzo de estilos de vida saludables y componente de salud bucal.
- Seguimiento alimentario nutricional en niños sobre 6 años con apoyo de educación y actividad física para mejora de condiciones cardiovasculares
- Atención odontológica integral a niños y niñas en edad preescolar y escolar logrando un 50 % de cobertura en altas odontológicas totales en niños de 2 años, 50% de cobertura de alta odontológica en niños de 4 años y 70% de cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años.

## ■ Ciclo vital adolescente hombre y mujer

Se ofrece toda la cartera de servicio, con especial atención en el EMP , talleres de sexualidad sana, talleres de preparación para el parto y aplicación de Ficha CLAP.

Entre las actividades están:

- Disminuir el número de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, a través del ingreso al Programa de Regulación de Fecundidad y talleres de sexualidad sana en escolares de 7° y 8° básico de escuelas del sector rural.
- Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco a través de consejerías breve detectadas en ficha CLAP y EMP .
- Consejerías en salud sexual y reproductiva.
- Aplicación ficha CLAP.
- Cobertura del 100% de las adolescentes embarazadas cuya evaluación nutricional indique malnutrición por déficit o exceso.
- Derivación del 100% de adolescentes con obesidad a nutricionista y actividad física detectado en EMP o consulta nutricional.
- Consulta odontológica integral a adolescentes de 12 años.
- Consulta psicológica y médica para diagnóstico de depresión.
- Atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.

## ■ Ciclo vital Adulto hombre y mujer:

En este ciclo se programara para el 10% de la población el EMP , ya que es de vital importancia la prevención de las enfermedades cardiovasculares como también la mortalidad por cáncer de útero y mama.

Se utilizaran herramientas como: consejería, visita domiciliaria para realizar una intervención con fines de fomentar el autocuidado, anticipación al daño y prevenir las secuelas y muertes anticipadas de nuestra población.

El enfoque de género es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial.

Entre las actividades están:

- Difundir a la comunidad alimentación saludable, ejercicio físico y promoción de hogares libres de humo de tabaco.
- Incrementar en 10% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2011.
- Reducir en al menos un 3% el peso inicial de personas obesas que ingresan al PSCV.
- Atención integral y oportuna a pacientes con problemas y trastornos mentales.
- Control de salud sexual y reproductiva.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Consulta odontológica integral y salud oral integral del hombre y mujer de 60 años.
- Consulta nutricional al 100% de embarazadas cuya evaluación nutricional indique malnutrición por déficit o exceso.
- Mantener el PAP por sobre un 70%.
- Realizar mamografías a mujeres que cumplen 50 años en el 2012.
- Tratamiento y visita domiciliaria a toda persona con diagnostico de depresión severa.

■ **Ciclo vital Adulto Mayor hombre y mujer:**

En porcentajes es el ciclo que menos población tiene.

La funcionalidad es el mejor indicador de salud de este grupo etáreo y todos los esfuerzos que se realicen como equipo de sector se traducirán de manera directa en calidad de vida para la población mayor.

Ésta se medirá a través de la aplicación del EFAM al 50% de los AM.

Por ser un grupo vulnerable se promoverán estilos de vida saludables como factor protector para enfermedades como:

- Enfermedades respiratorias, CV, accidentes.

Como actividades innovadoras se realizarán talleres de prevención de caídas a AM con riesgo de dependencia.

**También se fortalecerá:**

- La promoción para participación en organismos sociales y comunitarios.
- Capacitación y apoyo para cuidadores de AM dependientes.
- Visita domiciliaria al 100% de los postrados, por Médico, Odontólogo, Enfermera, Nutricionista, Asistente Social y Técnico Paramédico

**Trabajo con familias del sector:**

El equipo del sector trabajara con las familias más vulnerables como:

- Estudios de familia

■ **Posta Santa Elena.**

<b>Profesión</b>	<b>Funcionario</b>
<b>Médico</b>	Sr. José Abarzúa Godoy
<b>Enfermera</b>	Sra. Patricia Gallegos Zapata.
<b>Odontólogo</b>	Srta. Soledad Rebolledo Araya.
<b>Psicólogo</b>	Sr. Sergio Paredes Espinoza.
<b>Matrona</b>	Sra. Susy Camus Vega
<b>Asistente Social</b>	Srta. Rut Barra Valdebenito.
<b>Nutricionista</b>	Srta. Natalia Núñez Toledo.
<b>Técnico paramédico</b>	Sra. Betsabeth Toledo
<b>Asistente Dental</b>	Sra. Edith Abarzúa Anabalón
<b>Técnico Paramédico</b>	Srta. Ruth Pereira Reyes
<b>Educadora de Párvulos</b>	Srta. Carola Gutiérrez Sepúlveda
<b>Kinesiólogo</b>	Sr. Pablo Roa



## • POBLACIÓN PERCAPITA JUNIO 2011

Grupos de edad	Sector 1
<b>Total</b>	<b>1461</b>
<b>SubTotal 0-9 Años</b>	<b>204</b>
0- 27 días	0
28 días a 5 meses	12
6 a 11 meses	12
12 a 17 meses	8
18 a 23 meses	8
2 años	16
3 años	21
4 años	14
5 años	20
6 -9 años	93
<b>SubTotal 10-19 Años</b>	<b>272</b>
10-14a	134
15-19a	138
<b>SubTotal 20 y más a.</b>	<b>985</b>
20-24	108
25-29	98
30-34	96
35-39	92
40-44	91
45-49	97
50-54	95
55-59	73
60-64	62
65-69	63
70-74	37
75-79	19
80 y +	54

**EPIDEMIOLOGIA POR SECTOR****TABLA DE MORTALIDAD GENERAL Enero – Noviembre 2011**

<b>Patología</b>	
Insuficiencia respiratoria	03
Accidente vascular	02

**Fuente: Registro local****POBLACIÓN BAJO CONTROL****■ Población crónica bajo control Junio 2011**

CONCEPTO	TOTAL	10-14		15-19		20-34		35-44		45-54		55-64		65-69		70 AÑOS Y MÁS	
		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS		AÑOS	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº PACIENTES EN CONTROL	229					3	1	13	9	35	25	35	17	23	27	41	
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA																	
HIPERTENSOS	195					1	1	11	7	30	18	28	16	21	23	39	
DIABÉTICOS	54					1		3	2	10	6	8		6	8	10	
DISLIPIDEMIA	111					2		6	3	18	13	20	7	14	9	19	
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN FACTOR DE RIESGO																	
TABAQUISMO	6								1		2	2			1		
OBESIDAD	51					1		6	1	12	4	11	2	5	5	4	
CLASIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR																	
BAJO	16					1		1	1	1	4	5	1	1		1	
MODERADO	191					2	1	12	8	33	21	28	14	18	21	33	
ALTO	15									1		1	2	2	5	4	
MUY ALTO	7											1		2	1	3	

## ■ Población infantil bajo control junio 2011

INDICADOR NUTRICIONAL Y PARAMETROS DE MEDICION	TOTAL	GRUPO DE EDAD Y SEXO														
		0-2 MESE		3-5 MESES		6-11 MESES		12-17 MESES		18-23 MESES		24-47 MESES		48-71 MESES		
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
<b>TOTAL NIÑOS EN CONTROL</b>	<b>111</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	
INDICADOR PESO/EDAD	-1 D.S.	5					1		1			1		2		
	-2 D.S.	1											1			
	<b>TOTAL</b>	<b>6</b>											<b>1</b>			
INDICADOR PESO/TALLA	+2 D.S.	8			1			1				1	1	2	2	
	+1 D.S.	28			1	2	2	3		1	1	3	4	7	4	
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>			<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	
	-1 D.S.	1					1									
	-2 D.S.															
	<b>TOTAL</b>															
INDICADOR TALLA/EDAD	-1 D.S.	12					1	1	1			4	3	2		
	-2 D.S.	3			1			1	1							
	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>			<b>1</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>			<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>		
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	Riesgo	1					1									
	Desnutrido	0														
	Sobrepeso	28			1	2	2	3		1	1	3	4	7	4	
	Obeso	8			1			1				1	1	2	2	
	Normal	74	3	2	1	3	3	4	4	3	1	1	16	13	14	6
	<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>12</b>

### ■ Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación sobre riesgo en IRA

		1 MESES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	12 MESES
SCORE DE RIESGO	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
LEVE	14	3	2	2		3	2	2
MODERADO	1					1		
GRAVE								
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

### ■ Embarazadas y puérperas bajo control

	Santa Elena
Nº MUJERES EMBARAZADAS BAJO CONTROL	13
Nº DE PUERPERAS BAJO CONTROL AL 6 MES	27

## ■ Mujeres en Control Climaterio Junio 2011

	Santa Elena
Nº MUJERES BAJO CONTROL	42

Estas mujeres están viviendo la adaptación de su cuerpo al término de la vida fértil y nuestro objetivo es ayudarlas a vivirlo de la mejor forma posible con educación, apoyo emocional y fármacos si es necesario. Esperamos cada año ir aumentando este número de personas.

## ■ Programa de la mujer / Paternidad responsable

Población bajo control según método regulación fertilidad por sector residencia a Junio 2011.

MÉTODO RF	Santa Elena
DIU	62
ORAL COMBINADO	69
ORAL PROGESTÁGENO	15
INYECCABLE	23
IMPLANTE	17
PRESERVATIVO	11
TOTAL	197

### ■ Cobertura PAP y EFM a Junio 2011

SANTA ELENA	POBLACION	PAP	%	EFM	%
	318	256	80,5%	307	96.5%

### ■ Ingreso precoz embarazo Junio 2011

SANTA ELENA	TOTAL INGRESO	INGRESOS < 14 SEM
	13	11

### ■ Bajo control de Salud Mental a Junio 2011

SANTA ELENA						
Edad		0-14	15-19	20-64	65 y mas	TOTAL
sexo	H	10	1	9	1	21
	M	3	3	26	2	34
TOTAL		13	4	35	3	55

### ■ Bajo Control Odontológico a Junio 2011

EDAD	INGRESO	EGRESO
2 A	8	8
4 A	3	3
6 A	16	11
12 A	26	14
< 15 A	63	41
15 - 19 A	22	10
20 - 64 A	6	2
65 Y +	1	0
EMBARAZADA	13	10
60 AÑOS	0	0
TOTAL	158	99

### ■ Población en control otros Programas Junio 2011

PROGRAMAS	TOTAL	Menos de 10 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más	
		H	M	H	M	H	M	H	M
ASMA BRONQUIAL	2	1	1						
EPOC	0								
EPILEPSIA									
POSTRADOS SEVEROS	2					1		1	

### ■ Condición de funcionalidad en el adulto mayor EFAM.

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL			65-69 AÑOS		70-79 AÑOS		80 AÑOS Y MÁS	
	AMBOS SEXO	HOMBRES	MUJERES	H	M	H	M	H	M
AUTOVALENTE	21	11	10	7	5	3	2	1	3
AUTOVALENTE CON RIESGO	16	5	11	2	5	1	3	2	3
RIESGO DE DEPENDENCIA	17	5	12	1	3	3	3	1	6
<b>TOTAL CON EFAM</b>	<b>54</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
DEPENDIENTE LEVE	4	1	3			1	1		2
DEPENDIENTE MODERADO	2	1	1	1					1
DEPENDIENTE SEVERO	4	2	2				1	2	1
POSTRADO CON ESCARAS									

## ■ Población bajo control por estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	TOTAL	POR SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
BAJO PESO	9	4	5
NORMAL	20	8	12
SOBREPESO	20	9	11
OBESOS	15	4	11
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>	<b>25</b>	<b>39</b>

## ■ Ciclo vital infantil:

Esta es nuestra puerta de entrada, se acogerá a la familia realizando todas las derivaciones pertinentes, a EMP, control de la Natalidad, Odontólogo, Nutricionista, Asistente Social, etc.

Se otorgara toda la cartera servicio, priorizando con énfasis la visita domiciliaria integral y los talleres, ya que es un sector con mucha VIF, baja escolaridad, madres adolescentes y mujeres jefas de hogar.

Se utilizara todo el apoyo de Chile Crece Contigo.



De acuerdo a las características de nuestro sector las actividades básicas serán:

- Talleres de Normas de crianza, autocuidado, DSM. a los padres.
- Talleres educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es perfecto" a madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años.
- Atención kinésica al 100% de los niños con patología IRA.
- Visita domiciliaria integral a familias de CHCC, con 2 o más factores de riesgo.
- Cobertura de consulta nutricional del 85% al 5º mes con refuerzo de lactancia materna exclusiva y alimentación mixta al 6º mes para detener el aumento de la prevalencia de obesidad en niños y niñas menores de 6 años.
- Cobertura del 100 % en niños y niñas con malnutrición por déficit.
- Cobertura de consulta nutricional del 85% a los 3 años 6 meses con refuerzo de estilos de vida saludables y componente de salud bucal.
- Seguimiento alimentario nutricional en niños sobre 6 años con apoyo de educación y actividad física para mejora de condiciones cardiovasculares
- Atención odontológica integral a niños y niñas en edad preescolar y escolar logrando un 50 % de cobertura en altas odontológicas totales en niños de 2 años, 50% de cobertura de alta odontológica en niños de 4 años y 70% de cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años.

#### ■ Ciclo vital adolescente hombre y mujer

Se ofrece toda la cartera de servicio, con especial atención en el EMP , talleres de sexualidad sana, talleres de preparación para el parto y aplicación de Ficha CLAP.

Entre las actividades están:

- Disminuir el número de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, a través del ingreso al Programa de Regulación de Fecundidad y talleres de sexualidad sana en escolares de 7° y 8° básico de escuelas del sector rural.
- Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco a través de consejerías breve detectadas en ficha clap y EMPAD.
- Consejerías en salud sexual y reproductiva.
- Aplicación ficha CLAP.
- Cobertura del 100% de las adolescentes embarazadas cuya evaluación nutricional indique malnutrición por déficit o exceso.
- Derivación del 100% de adolescentes con obesidad a nutricionista y actividad física detectado en EMP o consulta nutricional.
- Consulta odontológica integral a adolescentes de 12 años.
- Consulta psicológica y médica para diagnóstico de depresión.
- Atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.

#### ■ Ciclo vital Adulto hombre y mujer:

En este ciclo se programara para el 10% de la población el EMP, ya que es de vital importancia la prevención de las enfermedades cardiovasculares como también la mortalidad por cáncer de útero y mama.

Se utilizaran herramientas como: consejería, visita domiciliaria para realizar una intervención con fines de fomentar el autocuidado, anticipación al daño y prevenir las secuelas y muertes anticipadas de nuestra población.

El enfoque de género es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial.

Entre las actividades están:

- Difundir a la comunidad alimentación saludable, ejercicio físico y promoción de hogares libres de humo de tabaco.
- Incrementar en 10% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2011.
- Reducir en al menos un 3% el peso inicial de personas obesas que ingresan al PSCV.
- Atención integral y oportuna a pacientes con problemas y trastornos mentales.
- Control de salud sexual y reproductiva.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Consulta odontológica integral y salud oral integral del hombre y mujer de 60 años.
- Consulta nutricional al 100% de embarazadas cuya evaluación nutricional indique malnutrición por déficit o exceso.
- Mantener el PAP por sobre un 70%.
- Realizar mamografías a mujeres que cumplen 50 años en el 2012.
- Tratamiento y visita domiciliaria a toda persona con diagnóstico de depresión severa.

■ **Ciclo vital Adulto Mayor hombre y mujer:**

En porcentajes es el ciclo que menos población tiene.

La funcionalidad es el mejor indicador de salud de este grupo etáreo y todos los esfuerzos que se realicen como equipo de sector se traducirán de manera directa en calidad de vida para la población mayor.

Ésta se medirá a través de la aplicación del EFAM al 50% de los AM.

Por ser un grupo vulnerable se promoverán estilos de vida saludables como factor protector para enfermedades como:

- Enfermedades respiratorias, CV, accidentes.

Como actividades innovadoras se realizarán talleres de prevención de caídas a AM con riesgo de dependencia.

**También se fortalecerá:**

- La promoción para participación en organismos sociales y comunitarios.
- Capacitación y apoyo para cuidadores de AM dependientes.
- Visita domiciliaria al 100% de los postrados, por Medico, Odontólogo, Enfermera, Nutricionista, Asistente Social y Técnico Paramédico.

**Trabajo con familias del sector:**

El equipo del sector trabajara con las familias más vulnerables especialmente las familias chile crece contigo.

## ESPECIALIDADES DERIVADAS A NIVEL SECUNDARIO CDT

### Interconsultas 2011

ESPECIALIDAD	Nº INTERCONSULTAS GENERADAS 2009-2010 - 2011	Nº INTERCONSULTAS RESUELTAS	Nº DE INTERCONSULTAS EN LISTA DE ESPERA	TOTAL INTERCONSULTA ESTIMADA PARA 2012 12% DEL PERCÁPITA <sup>3</sup>
Cardiología Adulto	47	10	37	8
Cardiología Infantil	-	-	-	-
Cirugía General Adulto	79	18	61	36
Cirugía Infantil	27	20	7	17
Cirugía Vascular	-	-	-	-
Dermatología	31	4	27	22
Endocrinología Infantil	-	-	-	-
Endocrinología Adulto	2	2	0	6
Endodoncia Un – Mu - Bi	51	10	41	29
Endoscopia	69	10	69	11
Gastroenterología Adulto	19	12	7	14
Ginecología General	46	39	7	39
Maxilo Facial	12	7	5	3
Medicina Física	-	-	-	-
Medicina Interna	-	-	-	-
Nefrología Adulto	15	8	7	10
Nefrología Infantil	-	-	-	-

<sup>3</sup>La demanda aproximada para el año 2011 se saco en base al aumento del Per Cápita (12%), esto quiere decir que el próximo año a la fecha tendremos 590 IC generadas.-

Neurocirugía	24	15	9	7
Neurología Infantil	17	5	12	4
Neurología Adulto	24	15	9	18
Oftalmología	146	81	65	91
Ortodoncia	5	1	4	2
Odontopediatría	9	6	3	2
Otorrinolaringología	63	53	10	48
Pediatría General	15	4	11	9
Periodoncia	9	5	4	6
Prótesis Removible	33	12	21	9
Psiquiatría	10	1	9	3
Respiratorio Adulto	4	3	1	4
Respiratorio Infantil	10	1	9	2
Reumatología	10	10	0	10
Traumatología Adulto	119	49	70	42
Traumatología Infantil	10	9	1	2
Urología	30	17	13	31
Colonoproctología	4	3	1	2
Colonoscopia	-	-	-	-
U. P. M.	5	5	0	2
U. P. C.	1	1	0	2
F. A. R.	7	7	0	7
Mamografías	120	40	80	60
Ecotomografía Mama	16	10	6	16
Ecotomografía Abdominal	15	0	15	15
<b>TOTAL INTERCONSULTA</b>	<b>1104</b>	<b>493</b>	<b>621</b>	<b>590</b>

## RECURSOS EN ADMINISTRACIÓN PARA PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD PARA AÑO 2011.

Estos son fondos son transferidos por el Servicio de Salud Bío - Bío para complementar las gestiones correspondientes al desarrollo de Atención Primaria Municipal.

PROGRAMA 2011	
Especialidades Ambulatorias	\$ 2.896.080
Imágenes Diagnósticas	\$ 2.230.625
CHILE CRECE CONTIGO	\$ 1.938.103
Odontológico Integral	\$ 14.931.449
Odontológico Familiar	\$ 1.821.709
RESOLUTIVIDAD Estipendios	\$ 7.751.520
VACUNACIÓN INFLUENZA	\$ 166.152
Odontológico Adulto	\$ 3.522.009
CAPACITACIÓN FUNCIONARIA PARA APS	\$ 415.076
SALUD MENTAL	\$ 3.906.239
APOYO A LA GESTIÓN	\$ 2.646.000
PROGRAMA IRA – ERA	\$ 1.400.000
DESARROLLO RECURSO HUMANO	\$ 13.278.774
LABORATORIO COMPLEMENTARIO GES	\$ 2.965.907
MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD	\$ 9.984.000
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 66.721.964</b>

## PLAN ACCIÓN 2011

### **Objetivo General**

Ejecutar un Plan de Acción que dé respuesta a las necesidades planteadas tanto por nuestros actuales pacientes como de aquellos, que siendo de pertinencia municipal aún no lo son.

### **Objetivos Específicos**

Mantener una sala de estimulación en la Posta de Puente Perales, además de la implementación de Salas de Estimulación Itinerantes en sectores como Santa Elena, Chorrillos y Santa Ana.

Mantención de la atención kinesiológica para los habitantes de las zonas rurales de nuestra comuna, tanto en lo que se refiere a enfermedades respiratorias, como aquellas derivadas de politraumatismos o golpes asociados.

Gestión y coordinación de recursos que durante el año emerjan como posibles vías de financiamiento tendientes a disminuir las brechas entre la calidad del servicio esperado y exigido por la autoridad sanitaria y el que realmente perciben nuestros pacientes.

Los objetivos específicos buscarían garantizar el cumplimiento de las funciones básicas y programadas de atención primaria en los establecimientos municipales de salud de la comuna. Así como, al mejoramiento de la accesibilidad, resolutivez y calidad de la atención de la población usuaria



## **PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD LAJA DEPARTAMENTO DE SALUD AÑO 2012**

Para el año 2012, el Departamento de Salud Municipal de Laja, se compromete a formar el comité de capacitación y realizar el reglamento de capacitaciones.

El presente programa de Capacitación funcionaria, tiene por objeto completar la adecuada formación de los funcionarios de Salud en la Comuna de Laja.

Para esto el Departamento de Salud Municipal de Laja, ha programado para el año 2012.- talleres de interés específico por área de desempeño.

Nuestros funcionarios tienen el derecho de ser capacitados a lo menos cinco días al año, dictado por el ministerio de salud en la Ley N° 19.378.- APS. Cuyo presupuesto se basa en el 1% del ingreso mensual per cápita y a una suma enviada por el Servicio de Salud Bío Bío.

### *Temas:*

1.-Capacitaciones impartidas por Ministerio de Salud, el Servicio de Salud Bio Bio, la Ilustre Municipalidad de Laja, el Departamento de Salud Municipal, entre otras, que sean para el desarrollo laboral de los funcionarios regidos por la Ley de APS.

2.-Diplomados, Cursos, Capacitaciones, Talleres, cursos vía e-learning y Jornadas, todas estas con autorización del empleador del Departamento de Salud Municipal de Laja.

3.-Los funcionarios regidos por la Ley de atención primaria en salud, que sean capacitados por las entidades anteriormente mencionadas, deberán coordinar con el comité bipartito de capacitación del Departamento de Salud Municipal de Laja, los temas más relevantes para ser replicados a los demás funcionarios que no hayan tenido la posibilidad de ser seleccionados para realizarlas.

La capacitación permanente del equipo, es fundamental para el adecuado desarrollo del mismo, para el crecimiento personal y para lograr una mejor atención a nuestros usuarios.

*Participantes en las capacitaciones para el año 2012.-*

*Categorías*

*A-B-C-D-E y F*

*Duración*

*Talleres de autocuidado 40 horas*

*Educación permanente en salud 32 horas*

*Costo*

*Presupuestario y Complementario*

**Programa de capacitación LEY N° 19.378.- Estatuto Atención Primaria.  
con fondos del Servicio de Salud Bío Bío y Municipales**

Actividades de capacitación	Objetivos educativos	Número de participantes por categoría						N° de horas	Realización del curso.	ITEM capacitación	Fondos municipales	Otros fondos	Total presupuesto estimado
		A	B	C	D	E	F						
1	Taller de desarrollo de habilidades para el manejo del estrés laboral.	2	7	6	1	2	2	40	Persona natural o jurídica.		428.000.-		428.000.-
2	Educación Permanente en Salud. Que el mayor porcentaje de los funcionarios, tengan conocimiento en temas relacionados con la salud.	2	7	6	1	2	2	32	Persona natural o jurídica.	1.680.000	0.-		1.680.000

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

*Auerdo N° 177/2012*  
*Spilude*

**CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN AÑO 2012.-**

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1 Taller de desarrollo de habilidades para el adecuado manejo del estrés laboral.									X			X
2 Capacitaciones permanentes, organizadas por el DSM Laja.			X			X			X			X

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

99  
Avergado N° 177 / 2011  
A. S. S. L. S. M.

## ANEXOS

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD  
MUNICIPALIDAD DE LAJA

Acuerdo N° 177/2011  
100  
Alfredo M

## **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 salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida mas 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.

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

101  
Acuerdo N.º 177 / 2014  
Aspiluch M

Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro	Control Preconcepcional	5 % de las mujeres en edad fértil con control preconcepcional	Nº de controles preconcepcionales /Nº total de mujeres en edad fértil*100	REM
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en tabaquismo Consejería Breve en Alimentación y nutrientes críticos	El 25% de las gestantes con alta odontológico reciben consejería Breve en Tabaquismo 100% de gestantes en control	Nº de gestantes con Alta odontológica total que reciben CBT/ Nº total de embarazadas con alta odontológica) x 100	REM 09 (ODONTOLOGA) Registro local

<p>Detección de depresión en el Embarazo y postparto</p>	<p>Aplicar Pauta de Edimburgo al ingreso a control prenatal, a las 32 semanas de gestación y en el primer control madre/hijo en APS</p>	<p>El 50% de las gestantes al ingreso, a las 32 semanas de gestación y en el primer control madre/hijo en APS</p>	<p>1) N° de gestantes al ingreso, con puntaje según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal*100                  2) N° de gestantes 32 semanas en control con pauta aplicada/Total bajo control*100                  3) N° de controles madre/hijo en APS antes de los 10 días con pauta aplicada/N° total de partos de su localidad*100</p>	<p>Se incorporará REM 2012</p>
	<p>Visita domiciliaria integral a las madres en tratamiento por depresión postparto para evaluar las condiciones familiares.</p>	<p>100% de las madres inscritas que presentan depresión posparto reciben visita domiciliaria integral y elaborar plan de atención según corresponda.</p>	<p>(N° de madres inscritas con depresión posparto que reciben VDI/ N° Total de madres inscritas con depresión postparto)*100</p>	<p>SIGGES REM P6</p>



<p>Pesquisar, dar respuesta y seguimiento a mujeres gestantes con drogadicción y alcoholismo</p>	<p>Detección en ingreso a control prenatal, dar respuesta.</p>	<p>Plan de seguimiento 100% de gestantes al ingreso a control prenatal</p>	<p>Nº de gestantes detectadas con respuesta y seguimiento por drogadicción y alcoholismo/Nº total de ingresos*100</p>	<p>REM 2012 Salud Mujer y Salud Mental</p>
<p>Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas</p>	<p>Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en Regulación de la Fecundidad. Prevención Aborto</p>	<p>100% de las mujeres, según referencia del Servicio de Obstetricia y Ginecología</p>	<p>Nº de controles de mujeres postaborto y otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres postaborto y otras pérdidas reproductivas*100</p>	<p>REM 2012</p>

<p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis</p>	<p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo.</p>	<p>100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para sífilis</p>	<p>(N° de gestantes que ingresan a control las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato con VDRL o RPR tomado durante el control prenatal/ N° de gestantes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato) x100</p>	<p>REM - A05 REM - A11 REM - A24</p>
<p>Detección de VDRL (+) en el control prenatal.</p>	<p>Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL (+) en el control prenatal.</p>	<p>100% de mujeres con VDRL (+) en el control prenatal ingresadas al programa ITS en CDT Los Angeles.</p>	<p>(N° de gestantes con VDRL (+) ingresadas al programa ITS/ N° Total de gestantes con VDRL (+) derivadas al programa ITS) x 100</p>	<p>REM A 10</p>

<p>Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante</p>	<p>Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes Realizar un taller Bimensual en cada Posta de salud Rural (Santa Elena, La Colonia y Puente Perales) y consulta Urbana de salud</p>	<p>80% gestantes en control participan en taller para gestantes</p>	<p>Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100</p>	<p>REM 27 REM P01 Informe de Evaluación</p>
---	---	---	--	---

<p>Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.</p>	<p>Difusión en control prenatal 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.</p>	<p>Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.</p>	<p>(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100</p>	<p>REM 01</p>
--	---	---	--	---------------

<p>Aumentar el número de mujeres gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de VIF</p>	<p>Derivación efectiva de mujeres en quienes se ha detectado sospecha de Violencia Intrafamiliar (VIF) al "Programa de Atención Integral para Mujeres que viven VIF En Establecimientos de Atención Primaria" del establecimiento.</p>	<p>Al 20% de gestantes derivadas por sospecha de VIF se le realiza entrevista diagnóstica en el programa VIF de APS del establecimiento.</p>	<p>REM 27 Registro local</p>
<p>Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial</p>	<p>Visita Domiciliaria Integral por matrona a gestantes y familia en riesgo psicosocial, según evaluación matrona y/o del equipo de cabecera</p>	<p>90% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.</p>	<p>Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera X 100</p>

<p>Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes.</p>	<p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo. Confirmación, diagnóstica tratamiento y seguimiento hasta el parto en casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente.</p>	<p>100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para VIH y las ITS. 100% de las gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas.</p>	<p>(N° de gestantes que acceden a tamizaje para VIH y las ITS/ N° total de gestantes bajo control) (N° gestantes con VDRL (+) tratadas y seguidas/ N° total de gestantes con VDRL (+)) x100</p>	<p>REM A 05 REM A 11 REM A 24 Vigilancia epidemiológica ENO, Vigilancia de sífilis congénita en embarazada y recién nacido.</p>
--	---	---	---	---

Quempe N° 177/204  
D. G. J. L. C. S. M.

	<p>Consejería para VIH a gestantes Oferta de Test VIH</p> <p>Citación visita domiciliaria a gestante VIH (+) inasistente a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la Respectiva confidencialidad.</p>	<p>100% de las gestantes que aceptan realizarse el test reciben consejería pre y post test para detección de VIH/SIDA corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS</p>	<p>(N° de consejerías pre test para VIH En gestantes/ N° total de embarazadas en control) x 100</p>	<p>ENO</p>
--	--	--	---	------------

<p>Vigilar el aumento de peso excesivo y por déficit, durante la gestación.</p>	<p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y por déficit. Sesiones educativas a gestantes en relación a alimentación e incrementos de peso</p>	<p>100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso. *100% de las embarazadas</p>	<p>(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100  (Número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100  * N° de embarazadas asistentes a talleres / N° de embarazadas bajo control</p>	<p>REM P01 Incluir en REM calculo Numerador y Denominador</p>
---	--	--	---	---



<p>Recuperar la condición nutricional pre gestacional (peso) al 6° mes post parto (EINCV).</p>	<p>Evaluación nutricional de mujeres al 6° mes post parto Consejería alimentaria nutricional. Derivación a consulta nutricional de las mujeres sin curva de descenso Sesión educativa Régimen de Nodrizas</p>	<p>Mantener o disminuir el 55% de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 6° mes post parto. Recuperar el peso de las mujeres con déficit en control de 6° mes. 100% de las posgestantes sin descenso de la curva de peso.</p>	<p>(N° de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 6° mes posparto/ N° total de mujeres controladas de 6° meses post parto) x 100 N° de posgestantes con malnutrición por exceso bajo control /N° posgestantes bajo control</p>	<p>REM 03</p>
<p>Apoyar a mujeres puérperas que presentan condiciones de riesgo Psicosocial.</p>	<p>Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.</p>	<p>90% de las gestantes con riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.</p>	<p>(N° de puérperas y familia con riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de puérperas y familia con riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100</p>	<p>REM 27 Registro local CHCC</p>

<p>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.</p>	<p>Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido por matrona. VDI a puérperas y RN para evaluar técnica de amamantamiento Realizar Clínica De Lactancia a los 15 días a RN</p>	<p>100% puérperas y recién nacidos son atendidos por matronas antes de los 10 días de vida, que reciben apoyo para apego seguro y lactancia materna. 100% de puérperas y RN</p>	<p>(N° de puérperas y recién nacido con control de salud antes de los diez días de vida / N° total de partos) x 100 (N° de puérperas que dan lactancia exclusiva en control/ N° Total de puérperas en control) x 10</p>	<p>REM A 01 REM 05 Registro local</p>
--	--	---	---	---

113  
Avenida N° 177 / 2011  
A. Siludon



<p>Detectar a través de pauta de Edimburgo la depresión en mujeres con mortinato, mortineonato y post aborto.</p>	<p>Aplicar Pauta Edimburgo en mujeres con mortinatos, mortineonatos, dar respuesta y seguimiento si corresponde. Aplicar Pauta Edimburgo en mujeres en control post aborto, dar respuesta y seguimiento si corresponde.</p>	<p>100% de mujeres con mortinato, Mortineonato y post aborto atendidas, se aplica Pauta Edimburgo, dar respuesta y seguimiento si corresponde.</p>	<p>(N° de mujeres con pauta aplicada en mujeres con mortinato, mortineonato / N° de mujeres con mortinatos, mortineonato) *100 (N° de pautas aplicadas a mujeres post aborto/ N° total de mujeres con control post aborto)*100</p>	<p>Registro local</p>
---	---	--	--	-----------------------



<p>Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad</p>	<p>Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) Ingreso y control en regulación de la fertilidad.</p>	<p>100% de mujeres que soliciten servicios de atención de salud sexual y reproductiva, especialmente con criterio predictivo de aborto inseguro, reciben consejería e ingresan a control de regulación de la fertilidad.</p>	<p>(N° de mujeres en edad fértil sanas inscritas que reciben consejería en SSR / N° Total de mujeres en edad fértil inscritas) X 100</p> <p>(N° de mujeres en edad fértil enfermas crónicas inscritas que ingresan a control de regulación de la fertilidad/ N° Total de mujeres en edad fértil con enfermedades crónicas inscritas) X 100</p> <p>(N° mujeres en edad fértil bajo control/ N° mujeres en edad fértil inscritas) x 100</p>	<p>REM P</p>
--	--	--	---	--------------

Averado N° 177 / 2011  
Apiluch M

Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio(45 a 64 años)	Control de salud de la mujer en etapa de climaterio	2% aumento de cobertura	N° de mujeres en control de salud en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años*100	REM
---	---	-------------------------	---	-----

o

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

116  
Anexo N° 177/2011  
Asplucb M



## SALUD INFANTIL

### ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION.

<p>Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas</p>	<p>Realizar actividades de promoción con apoyo de la guía para la promoción del desarrollo infantil en la gestión local</p>	<p>- Realizar a lo menos tres actividades de promoción sugeridas en la guía en las tres postas de salud rural.</p>	<p>- Nº de actividades comunitarias en promoción del desarrollo infantil realizadas/ Nº de actividades comunitarias en promoción del desarrollo infantil programadas * 100</p>	<p>Rem A 19 Sección B</p>
--	---	--	--	---------------------------

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

117  
 Acuerdo N° 177 / 2011  
 Aspilacta M

<p>Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física tempranamente como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital</p> <p>Contribuir a la promoción de hogares libres</p>	<p>Incorporar consejos breves de Alimentación saludable y actividad física en cada control de salud del niño-niña.</p>	<p>- 100% de los controles de niños sano se entregan consejos breves</p>	<p>Nº de controles de niño sano con consejos breves en alimentación saludables y actividad física/ Nº total de controles de niño sano * 100</p>	<p>Registro local</p>
	<p>actividades de sensibilización para impulsar hogares libres del humo del tabaco</p>	<p>- Línea base</p>	<p>- Nº de actividades de sensibilización para impulsar hogares libres del humo del tabaco</p>	<p>REM A 19 Sección B</p>

de la contaminación por humo de tabaco	Realizar sesiones educativas en conjunto con profesores de Ed. Física de establecimientos rurales, con énfasis en los riesgos de fumar a temprana edad.	-100% de los establecimientos rurales.	Nº total de talleres realizados/Nº total de talleres programados	Registro local
	Realizar caminata con énfasis en el día internacional sin fumar	Establecimiento educacional rural y posta de salud rural	Nº total de asistente/Nº total de invitados	Registro local

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

119  
 Acuerdo N° 177/2011  
 25/12/11



**ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN.**

<p>Fortalecer el control de salud niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral</p>	<p>- Talleres educativos de actividades parentales a madres padres y o cuidadores de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.</p>	<p>- Realizar 3 talleres uno por posta - 90% niños/as de 12 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. T=33 niños</p>	<p>Nº de talleres con metodología nadie es perfecto a padres madres y o cuidadores de niños y niñas menores de 72 meses bajo control/ total de establecimiento de la comuna * 100  - Nº de niños/as con aplicación de pauta breve en el control de salud de los 12 meses de edad / Nº Total de niños y niñas bajo control de 12 meses de edad x 100</p>	<p>REM A 27</p>
<p>Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y</p>	<p>Incorporar consejos breves en alimentación saludable y actividad física en</p>	<p>100% de los controles se entregan consejos breves</p>	<p>Nº de controles de niño sano con consejos breves en alimentación saludables y actividad física/ Nº total de controles de niño sano * 100</p>	<p>Registro local</p>

actividad física tempranamente como factores protectores de ECNTS	todos los controles de salud del niño-niña			
	Sesiones educativas con apoderados de prekindergarten de establecimientos rurales	100% de establecimientos educacionales rurales	Nº apoderados asistentes a sesiones educativas/Nº apoderados de prekindergarten de establecimiento rural	Registro local
	Sesiones educativas con alumnos de prekindergarten de establecimientos educacionales rurales	100% de establecimientos educacionales rurales	Nº alumnos asistentes a sesiones educativas/Nº alumnos de prekindergarten de establecimiento rural	Registro local

**ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO**

<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales</p>	<p>Consulta Médica para Diagnóstico de niñas y niños con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual.</p>	<p>100% de niñas y niños menores de 6 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica.</p>	<p>(N° de niñas/os menores de 6 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil que reciben consulta médica para diagnóstico / N° total de niñas/os menores de 6 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil) x 100</p> <p>(N° de niñas/os menores de 6 años bajo control, con sospecha abuso sexual infantil que reciben consulta médica para diagnóstico / N° total de niñas/os menores de 6 años bajo control, con sospecha de abuso sexual infantil) x 100</p>	<p>Registro Local</p> <p>Registro Local</p>
---	--	--	--	---

122  
 Anexo N° 77 / 2010  
 Asilados 74

	<p>Visita Domiciliaria Integral a Familias de niños/as con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual</p>	<p>100% de familias de niños/as menores de 9 años bajo control con Diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben visita domiciliaria integral (VDI)</p>	<p>(N° de familias de niños/as menores de 9 años bajo control con diagnóstico de maltrato infantil que reciben VDI / N° Total de familias de niños/as menores de 9 años bajo control por maltrato infantil) x 100</p> <p>(N° de familias de niños/as Menores de 9 años bajo control con diagnóstico de abuso sexual reciben VDI No Total de familias de niños/as menores de 9 años bajo control por abuso sexual) x 100</p>	<p>Registro Local REM P6</p>
<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con Problemas y trastornos mentales</p>	<p>Intervención psicosocial familiar</p>	<p>90% de familias de niños/as menores de 9 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben al menos una Intervención psicosocial familiar.</p>	<p>(N° de familias de niños/as menores de 9 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual que reciben al menos una intervención psicosocial familiar/N° Total de familias de niños/as menores de 6 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual) x 100</p>	<p>Registro local</p>

<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales</p>	<p>Consulta médica para diagnóstico de niñas/os con sospecha de Trastornos Hipercinetico y de la Atención.</p>	<p>100% de niños/as con sospecha de trastorno Hipercinetico y de la atención reciben consulta medica para diagnostico</p>	<p>N° de niñas/s con sospecha de Trastorno Hipercinetico y de la Atención que reciben consulta medica para diagnostico/ N° Total de niñas/s derivados por sospecha de Trastorno Hipercinetico y de la Atención) x 100</p>	<p>Registro local</p>
	<p>Tratamiento Integral de niños/as con confirmación diagnostica de un Trastorno Hipercinetico y de la Atención según Guía Clínica</p>	<p>El 90% de los niños/as con confirmación diagnostica de Trastorno Hipercinetico y de la Atención reciben Tratamiento Integral según Guía Clínica</p>	<p>N° de niños/as con confirmación diagnostica de Trastorno Hipercinetico y de la Atención que recibe Tratamiento Integral según Guía Clínica / N° total de niñas/os con confirmación diagnostica de Trastorno Hipercinetico y de la Atención) x 100</p>	<p>Registro local REM P6</p>

124  
Averroes N° 177/2011  
Agosto 2011



## SALUD DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES

### ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

<p>Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.</p>	<p>Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales.</p> <p>Examen de salud anual con aplicación de AUDIT.</p>	<p>Establecer línea base: % de adolescentes con sospecha a los que se le realiza examen de salud anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o trastornos mentales.</p> <p>100% de los adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual se les aplica el AUDIT.</p>	<p>(N° de adolescentes con sospecha de trastornos mentales con examen realizado/N° total de adolescentes con sospecha de trastornos mentales) x 100</p> <p>(N° de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación del AUDIT/ N° total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100</p>	<p>REM A5 Sec. J/ingreso PSM.</p> <p>Incorporar registro de adolescentes a los que se les realiza examen.</p>
---	---	---	--	---

125  
Avenida N° 177 / 2010  
A. Salgado M.

	<p>Intervención Preventiva para adolescentes con consumo riesgoso de alcohol.</p>	<p>90% de los adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 reciben intervención preventiva</p>	<p>(N° de adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 que reciben intervención preventiva/ N° total de adolescentes a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100</p>	<p>REM A 06 Incorporar este registro en REM</p>
	<p>Examen de salud anual con aplicación de GHQ12 para detección de depresión Consulta médica para diagnóstico de depresión</p>	<p>% de adolescente inscritos de 15 años y más a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación de CHQ12.  100% de adolescentes con sospecha de depresión detectada en el examen de salud anual, reciben consulta médica para diagnóstico.</p>	<p>(N° de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación de GHQ12/ N° total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100  (N° de adolescentes inscritos con sospecha de depresión detectada en el examen de salud anual, que reciben consulta médica para diagnóstico/ Total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100</p>	<p>REM A5  REM A6</p>

	<p>Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas</p>	<p>100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio</p>	<p>(N° de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ N° total de adolescentes a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100</p>	<p>SIGGES REM A6</p>
	<p>Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión</p>	<p>100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.</p>	<p>(N° de adolescentes de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más inscritas) x 100</p>	<p>SIGGES REM 6 REM P6</p>



127  
Aureado N° 177/2011  
A. S. Lucio M.

DIRECCIÓN COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA



Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes de 15 años y mas con diagnostico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES depresión	(N° de adolescentes de 15 años y mas inscritos con diagnostico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES depresión/ Total de adolescentes de 15 años y mas inscritas) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
		100% de adolescentes de 15 años y mas con diagnostico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad	(N° de adolescentes de 15 años y mas inscritos con diagnostico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/N° de adolescentes de 15 años y mas inscritos) X 100	SIGGES REM 6 REM P6
		50% de adolescentes de 10 a 14 años con diagnostico de depresión reciben tratamiento y derivación según corresponda	(N° de adolescentes de 10 a 14 años inscritos con diagnostico de depresión que reciben tratamiento integral/ Total adolescentes de 10 a 14 años inscritos con diagnostico de depresión) x 100	REM 6 REM P6

<p>Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con Problemas y trastornos mentales.</p>	<p>Visita Domiciliaria Integral y/o Consejería Familiar para completar evaluación diagnóstica y realizar intervención psicossocial familiar/ambiental cuando corresponda según guía clínica GES</p>	<p>50% de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por depresión, reciben VDI y/o Consejería familiar</p>	<p>(N° de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por depresión que reciben VDI y/o Consejería familiar/Total familias de adolescentes de 15 años en tratamiento por depresión) x 100</p>	<p>SIGGES REM P6 REM A 19 Registros propios</p>
<p>Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ</p>	<p>100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra</p>	<p>(N° adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/N° Total de adolescentes inscritos) x 100</p>	<p>SIGGES REM 6 REMP6</p>	

## SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

### ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular	Reuniones con la comunidad o intersector.	Al menos tres actividades con la comunidad	N° de actividades realizadas con la comunidad	Informe municipio
---	---	--	---	-------------------

	Realizar caminata con la población de pacientes crónicos bajo control	Población bajo control de al menos 1 sector rural.	Nº de pacientes crónicos asistentes/Nº pacientes crónicos bajo control	Registro local
	Taller de recetas saludables para pacientes crónicos (HTA-DM)	Población bajo control de al menos 1 sector rural.	Nº de pacientes crónicos asistentes/Nº pacientes crónicos bajo control	Registro local
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo del tabaco	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.	Alcanzar al 30% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco / Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de base de datos propios.

**ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN**

<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del examen de Medicina Preventiva del adulto (EMP) en personas de 20 a</p>	<p>Realizar examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.  Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres de edad productiva aplicando pauta de protocolo.</p>	<p>Mantener 10% de la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2011.</p>	<p>(N° de EMP realizados a población adulta beneficiaria FONASA / población total adulta beneficiaria FONASA) x 100  (N° de EMPA realizado a población adulta masculina beneficiaria FONASA/ población total adulta masculina beneficiaria FONASA) x 100</p>	<p>REM REM A02 Sección B  REM A 02 Sección B</p>
--	--	---	--	--

64 años					
Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular	Control de salud cardiovascular	Mantener el 10% respecto al año anterior la cobertura en hombres bajo control en el PSCV.	(N° de hombres controlados en el PSCV / N° total de hombres bajo control en PSCV) x 100	REM P04 Sección A  Población total masculina beneficiaria FONASA	
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 15 y mas años bajo control, está	(N° de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses) / (N° total de 15 y mas años bajo control con	REM P4	

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

133

Aguilero N° 177/2011  
Dg Salud 7/9



<p>personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.</p>		<p>en tratamiento con AAS y estatinas</p>	<p>el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100</p>	<p>Sección B REM P4 Sección A</p>
<p>Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto</p>	<p>Control de salud cardiovascular.</p>	<p>Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control</p>	<p>(N° de personas con riesgo CV alto y muy alto compensadas) / (N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100</p>	<p>REM P 04</p>
<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</p>	<p>Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.</p>	<p>100 % de las personas en PSCV con ficha de prevención de enfermedad renal crónica.</p>	<p>Informe con la clasificación Según etapas del ERC</p>	<p>REM PO 4 Sección B</p>

134  
AUMENTO N° 177/2011  
Asilade m

<p>Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión</p>	<p>Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.</p>	<p>De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión.</p>	<p>(N° de personas adultas con hipertensión, bajo control / N° total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100</p>	<p>REM PO 4 Sección A</p>
<p>Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.</p>	<p>Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad</p>	<p>De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.</p>	<p>(N° de personas adultas con diabetes tipo 2, bajo control / N° total de personas adultas según prevalencia local de con diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100</p>	<p>REM PO 4 Sección A</p>
<p>Mejorar la compensación de personas de 20 a 54 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto</p>	<p>Control de salud</p>	<p>% de personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial &lt;140 /90 mm Hg colesterol LDL&lt;100 mg/dl</p>	<p>N° de personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticos de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial &lt;140 /90 mmHg colesterol LDL&lt;100 mg/dl (N° de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte) *100</p>	<p>REM P4 Sección A</p>

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

135  
Aguilón N° 177/2011  
Aguilón 79



<p>Disminuir la incidencia de imputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes</p>	<p>Control de salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009</p>	<p>El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresados se les realiza una evaluación de los pies.  100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p>	<p>(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de 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 diabetes son amputación de extremidades inferiores / N° total de personas diabéticas bajo control) x 100</p>	<p>REM PO4 Sección A REM PO4 Sección A  Alternativa QUALIDIAB – Chile  REM PO4 Sección C  Registro local</p>
<p>Disminuir la prevalencia de descompensaciones</p>	<p>Educación en reconocimiento de signos y síntomas de riesgo a pacientes con patologías respiratorias crónicas</p>	<p>Aumentar en un 30% la cobertura de las actividades educativas a población de riesgo.</p>	<p>(N° de personas consultantes por descompensaciones respiratorias que asisten a talleres educativos de prevención IRA – ERA / N° total de personas consultantes por descompensaciones respiratorias) x 100</p>	<p>Registro local</p>

DIRECCION COMUNAL SALUD

**ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO**

<p>Aumentar la cobertura efectiva de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control)</p>	<p>Control de salud cardiovascular</p>	<p>Al menos 2.5% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos bajo control 140/90 mm Hg respecto al año anterior.</p>	<p>N° de personas hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg N° total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100</p>	<p>REM P04 Sección B Población estimada ENS 2009 – 2010 (64.3%)</p>
<p>Brindar atención Integral y oportuna a personas adultas con problemas de trastornos</p>	<p>Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales.</p>	<p>100% de personas adultas con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna</p>	<p>(N° de personas adultas con problema y trastornos mental con atención integral /N° total de personas adultas con Examen de Salud Anual) x 100</p>	<p>REM 06 REM A02</p>

137  
Anejo N° 177/2011  
Aspilado M

mentales.					
Aumentar la cobertura de personas de 20 a 64 años, bajo control con DM II	Control de salud examen de hemoglobina glicosilada (Hb A1c <7)	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM II (Hb A1c <7) respecto de lo logrado el año anterior.	(N° de personas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control / N° total de personas con diabetes tipo 2 según prevalencia ENS 2009 --- 2010 en PSCV) x 100.	REM PO4 Sección B Alternativas Qualidiab.	
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 "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90 mm Hg y colesterol LDL <100mg/ dl.	(N° 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) / (N° total de 20 a 64 años bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

138  
Avenida N° 177/2011  
Aspiloberry

	Control de salud	Definir línea base en 15 a 64 años bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac < 7%, y PA < 130/80 mm Hg	(N° 15 a 64 años diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
Control de salud	Definir línea base en 20 A 64 años bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac < 7%, y PA < 130/80 mm Hg y Col LDL < 100 mg/dl	(N° 20 a 64 años diabéticos 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) / (N° total de 15 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	
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.	(N° de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH / N° total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	REM A 10 REM 11
Vigilancia de tuberculosis en adultos con	Examen de bacilo copia	100% de en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.	(N° de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / N° total de consultas médicas por patologías respiratorias 100	REM A10, Sección A REM A04,

DIRECCION COMUNAL SALUD

139  
Acuerdo N° 177/2011  
A. J. J. J.

sintomatología respiratoria y/o VIH				Sección A
Contribuir a la disminución de la morbilidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.	<p>Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p> <p>Control de urgencia a pacientes en crisis.</p>	<p>Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA</p> <p>Controlar al 100% de los pacientes en crisis respiratorias.</p>	<p>(N° de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo control ) x 100</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias / N° total de consultas de urgencia respiratorias en sala ERA) x 100</p>	<p>REM A23</p> <p>REMP03</p> <p>Registro local</p>
Brindar atención Integral y oportuna a personas adultas con problemas de trastornos	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	(N° de personas adultas con problema y trastornos mental con atención integral /N° total de personas adultas con Examen de Salud Anual) x 100	<p>REM 06</p> <p>REM A02</p>

mentales.				
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Tratamiento integral a toda persona con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave, según Guía Clínica (GES)	100% Tratamiento integral a toda persona con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave.	(N° de personas con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave atendidas con tratamiento integral/ N° total de ingresos por depresión leve, moderada o grave x 100	SIGGES Registro local REM A06
	Derivación a especialidad a toda persona con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida.	100% de personas de 20 años y mas, inscritas y diagnosticados con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida derivadas	(N° de personas de 20 años y mas con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida derivados/ Total de personas de 20 años y mas con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida) x 100	

	<p>Visita Domiciliaria Integral para completar evaluación diagnostica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda.</p>	<p>50% de familias con miembro con depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o consejería familiar.</p>	<p>(N° de visitas domiciliarias realizadas a familias con miembro con diagnostico de Depresión/Total de pacientes con diagnostico de depresión bajo control) x100 y/o Consejería familiar</p>	<p>SIGGES REM P6 Registros propios Registros propios REMP6</p>
	<p>Sesiones de psicoeducación para comprensión de la enfermedad y fomento del apoyo terapéutico.</p>	<p>50% de familias con miembro con diagnostico de depresión bajo control participan en sesiones de psicoeducación</p>	<p>(N° de familias con miembro con diagnostico de depresión bajo control que participan en sesiones de psicoeducación / Total de pacientes con diagnostico de depresión bajo control) x 100</p>	<p>SIGGES REM P6 Registros propios</p>
<p>Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años</p>	<p>Visita domiciliaria integral a las madres en tratamiento por depresión postparto para evaluar las</p>	<p>100% de las madres inscritas que presentan depresión posparto reciben visita domiciliaria integral.</p>	<p>(N° de madres con diagnostico de depresión postparto que reciben VDI/ N° ingresos al programa de salud mental por depresión postparto) x 100</p>	<p>Registro local SIGGES</p>

DIRECCION COMUNAL SALUD

142  
Avergado N° 177/2011  
Agosto 2011

<p>con problemas y trastornos de salud mental y sus familias</p>	<p>condiciones familiares, sociales y del entorno, la existencia y uso de soporte social y redes de apoyo, la dinámica familiar, sus recursos y capacidades y apoyar la organización de ayuda práctica doméstica</p>			<p>REMP6</p>
	<p>Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y mas que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos por equipo especialidad</p>	<p>100 % de las personas de 20 años y más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda.</p>	<p>(N° de personas de 20 años y mas detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención preventiva intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 20 años y mas detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas) x 100.</p>	<p>Registros locales</p>



	<p>Derivación a consulta médica a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico. Consulta médica para confirmación de sospecha de primer episodio esquizofrenia a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico Derivación a especialidad a toda persona con sospecha de primer episodio de esquizofrenia</p>	<p>100% a consulta médica derivación persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico. 100% de personas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia son derivadas a especialidad.</p>	<p>(N° personas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados/ Total personas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ detectadas) x 100</p>	<p>Registro local</p>
--	---	---	--	-----------------------

**ÁREA DE ESTRATEGIA: REHABILITACIÓN**

<p>Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, Epoc)</p>	<p>Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.</p>	<p>Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.</p>	<p>(N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / No total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100</p>	<p>Registro local REM P3</p>
---	--	---	--	----------------------------------

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

145  
 Augusto N° 177/2011  
 Aguilado M

## SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

### ÁREA ESTRATEGICA: PROMOCIÓN

Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de adultos/as mayores que al momento de del censo se encuentran en actividad física / N° total de AM inscritos) x 100	REM PO5, Sección D / Población inscrita validada FONASA
			(N° de consejerías individuales en actividades físicas realizadas a personas de 65 años y mas años / N° total de AM inscritos) x 100	REM A19 Sección I22 a I31
			(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 años y mas años / N° total de inscritos de AM inscritos) x 100	REM A19 Sección I12 a I21

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

146

Aguero N° 177/2011  
Asilo de M

	<p>Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.</p>	<p>Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.</p>	<p>(N° de Adultos/as mayores autovalentes bajo control / N° total de AM bajo control) x 100</p>	<p>REM P05, Sección A</p>
	<p>Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.</p>	<p>Establecer línea base e incrementar en un 5% los AM que participan en OSC.</p>	<p>(N° de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias / N° Total de AM bajo control) x 100.</p>	<p>Registro local</p>

<p>Contribuir a la promoción de hogares libres de humo del tabaco.</p>	<p>Consejería de AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).</p>	<p>Incrementar a lo menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.</p>	<p>(N° de actividades de promoción en consejería antitabaco / N° total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100</p>	<p>REM 09 Sección A / REM PO3 Sumatoria Celdas T12 a W12 + T13 a W13</p>
<p>Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial</p>	<p>Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local</p>	<p>100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.</p>	<p>(N° de AM bajo control con sospecha de maltrato./N° de población AM inscrita x 100</p>	<p>REM P05 Sección C  Población de 65 años y mas inscrita validada FONASA</p>

148  
*Abilado M*  
 Agosto 11-17-2011

	<p>Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas</p>	<p>100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.</p>	<p>100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.</p>	<p>REM P06 Sección A, celdas P18, 19 y 20 y Q18, 19 y 20</p>
--	---	---	---	--

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

149  
Aguero N = 177/2014  
Aspilado 74

**AREA ESTRATEGICA: PREVENCIÓN**

Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo en el EMP del adulto mayor	Realización examen de medicina preventiva.	Implementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior	(N° de adultos de 65 y mas años con examen de medicina preventiva vigente/ población inscrita de 65 y mas años) * 100	REM A02 Sección B / Población inscrita de 65 años validada por FONASA
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.	REM P05 Sección C Población de 65 años y mas inscrita validada FONASA
Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que	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	REM P06 Sección A, celdas P18, 19 20 y Q18, 19 y 20

150  
Anejo N° 177 / 2011  
Ago/2011

	presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas			
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y mas 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 clasificadas 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	REM P4 Sección A* / REM P4 Sección A
Prevenir la progresión de a enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas diabética de 65 y mas 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	REM P4 Sección B* / REM P4

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

151  
 Aprobado N° 177 / 2011  
 28 de octubre 2011



<p>mas años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 g/grs.)</p>				<p>Sección B*</p>
<p>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.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular</p>	<p>100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y mas años bajo control en PSCV, y está en tratamiento con AAS y estatinas.</p>	<p>(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</p>	<p>REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*</p>
<p>Pesquisa de tuberculosis en adultos mayores que presentan</p>	<p>Examen de baciloscopia en adultos mayores son síntomas</p>	<p>Baciloscopia en el 100% de los adultos mayores con síntomas respiratorios</p>	<p>(N° de baciloscopias de diagnostico realizadas en adultos mayores / No total de consultas de morbilidad)*100.</p>	<p>REM A10 Sección A, / REM A04 Sección A, celda B10</p>

152  
Anejo N° 177/2011  
Aspilucb M

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

síntomas respiratorias.	respiratorios.		(N° de bacilos copias de diagnostico realizadas en adultos mayores / N° total de controles de salud)*100.	REM A10 Sección A,/ REM A01 Sección B, celda T29 a T33
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 50% la Cobertura comunal e vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas/ N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada FONASA.
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 nos que reciben PACAM.	(N° de personas mayores de 70 años que reciben PACAM / N° total de personas mayores de 70 años bajo control) x100	REM 16, Sección B REM P05, Sección A

<p>Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas años</p>	<p>Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.</p>	<p>Incremento de a lo menos un 10% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control.</p>	<p>(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100.</p>	<p>REM P04; Sección A, F y G  Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)</p>
<p>Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y mas años.</p>	<p>Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.</p>	<p>Incremento de a lo menos un 5% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control.</p>	<p>(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV / N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100.</p>	<p>REM P04; Sección A, F y G  Población estimada según prevalencia ENS 2009 - 2010 (25%).</p>

**ÁREA ESTRATEGICA: TRATAMIENTO**

<p>Aumentar la cobertura efectiva de personas con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular</p>	<p>A lo menos un 2,5% de incremento de cobertura efectiva de hipertensos con PA &lt;140/90 respecto al año anterior.</p>	<p>(N° de personas hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009---2010) x 100</p>	<p>REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)</p>
<p>Aumentar la cobertura efectiva de personas con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular</p>	<p>A lo menos un 1,0% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1ac &lt;7% respecto al año anterior.</p>	<p>(N° de personas diabéticas con Hb1ac &lt;7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS 2009 - 2010) x 100.</p>	<p>REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009 - 2010 (25%)</p>

<p>Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*.</p> <p>*Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento</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/ No total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio) x 100</p>	<p>Registro PRAPS</p>
---	---	--	--	-----------------------

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

156  
 Anexo N° 177/2011  
 F. Gilvelo M

<p>o domicilio.</p>				
<p>Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan</p>	<p>Detección de personas diabéticas 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 amputación del pie en los últimos 12 meses.</p>	<p>(N° de AM diabéticas bajo control con riesgo alto y máximo de ulceración de los pies (puntaje &gt; 25 puntos) 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>	<p>REM P04; Sección C. REM P04, Sección A</p>
<p>ulceras activas, retinopatía diabética</p>	<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)</p>	<p>100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p>	<p>(N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / N° total de AM diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100.</p>	<p>QUALIDIAB Chile REM P04; Sección C Celda E44</p>

	horas de recursos humanos)			
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en AM	Control de salud CV.	Definir línea base en AM bajo control "no diabéticos" 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) / (No total de AM bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
Examen de Fondo de ojo a los 12 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 100% de las personas diabéticas a los 12 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo en el nivel primario cuando disponga de UAPO u otra estrategia y secundario de atención	(N° de AM diabéticas ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 12 meses/ N° total de AM bajo control en el PSCV por diabetes) x 100	REM P4 Sección C* / (REM P4 Sección A) - (REM A 05 Sección F) QUALIDIAB - Chile	

158  
1102/177/2011  
F. Silva

	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg	(N° AM diabéticos 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 mas años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
Control de salud CV	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl	(N° AM diabéticas 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) / (N° total de AM diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
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	REM A28 Sección A Celdas G12 a G16 REM P05, sección A

DIRECCION COMUNAL SALUD

MUNICIPALIDAD DE LAJA

159  
Anejo N° 177/2011  
Asilud, M



<p>Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.</p>	<p>Control de salud:                  Diagnostico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión.</p>	<p>100%</p>	<p>(N° de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas/ N° total de personas de 65 años y mas bajo control) x 100</p>	<p>REMP06                  REMP05                  SIGES</p>
---	---	-------------	--	--