



PLAN DE SALUD COMUNAL DE LAJA – 2011

**DIRECCIÓN COMUNAL SALUD
MUNICIPALIDAD DE LAJA**

**(APROBADO EN SESIÓN DE CONCEJO N° 45 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 2010,
ACUERDO N° 162/2010)**

Cada día mejor

INDICE

INDICE	2
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO LEGAL	5
VISION	6
MISION	6
DIAGNÓSTICO DE LA COMUNA	7
Antecedentes Generales	7
Vías de Acceso	9
Indicadores Socio- Económicos	10
Dimensiones	13
Salud	13
Características de Infraestructura de la Comuna.	15
Distribución de la Población en la comuna	16
Matricula Establecimientos Educativos	17
Entorno Epidemiológico en Salud	18
Primeras Causas de Mortalidad en la Comuna.....	19
Salud Bucal.....	22
Entorno Ambiental	23
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO.....	24
Problemas y Necesidades Sentidas por la Localidad de Laja Rural	24
Inscripción en Programa Per-capita.....	26
CUMPLIMIENTO META IAAPS.....	28
Resumen de las Estadísticas IAAPS	29
EVALUACIONES ACTIVIDADES PROFESIONALES	30
Atenciones médicas por edad según nivel de atención	30
Atenciones matron por programa según nivel de atención	31
Atenciones por enfermera según nivel de la atención.....	32
Atenciones por Nutricionista según nivel de la atención.....	33
Actividades Complementarias Nutricionista	34
REM-P1 Población en control programa de salud de la mujer 2010.....	35
Mujeres en control climaterio Junio 2010	35
Programa de la mujer / Paternidad responsable	35
REM-P2 Población en control programa de salud del niño 2010	36
Sección A: Población en control según estado nutricional.....	36
Sección D: Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación sobre riesgo en IRA.....	37
REM-P3 Población en control otros Programas Junio 2010	37
REM-P4 POBLACION EN CONTROL PROGRAMA CARDIOVASCULAR Junio 2010.-	38

Sección A: Programa Salud Cardiovascular	38
REM-P5 POBLACION EN CONTROL PROGRAMA ADULTO MAYOR Junio 2010	39
Sección A: Población en control por condición de funcionalidad.....	39
Sección B: Población bajo control por estado nutricional.....	39
ESPECIALIDADES DERIVADAS A NIVEL SECUNDARIO CDT.....	40
Interconsultas 2010	40
DOTACIÓN	42
COMITÉ COMUNAL VIDA CHILE – COMUNA DE LAJA.....	44
RECURSOS EN ADMINISTRACIÓN PARA PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD PARA AÑO 2010.	45
PLAN ACCIÓN 2011	46
Objetivo General	47
Objetivos Específicos	47
Recurso Humano a Considerar al 2011.	48
Infraestructura.....	50
Distancia Postas - Laja	50
Calendario Rondas	51
Calendario Estaciones.....	51
Presupuesto Salud Municipal 2011	52
Ingresos Presupuestarios	52
Programas Especiales	53
Gastos Presupuestarios	54
Cartera de Servicios	55
Programa infantil	56
Programa Adolescente	56
Programa del Adulto	57
Programa del Adulto Mayor.....	58
Programa Odontológico.....	59
AUGE de atención Primaria.....	59
Metas IAAPS 2011	60
Desempeño Colectivo 2011	61
Programa Capacitación 2011.	62
PROGRAMA DE CAPACITACION 2011.-	62
LEY N° 19.378.- de APS.	62
ANEXOS	63

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.

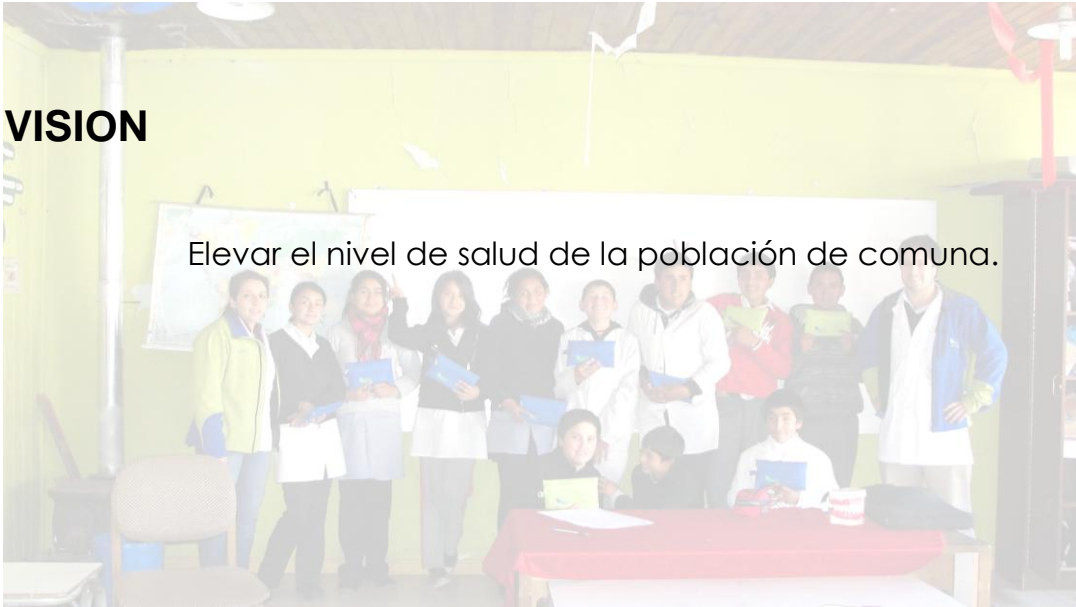
Ley N° 19.813. Que otorga beneficios a funcionarios de la salud primaria de dependencias municipal y establece la asignación de incentivos por desempeño colectivo.

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.

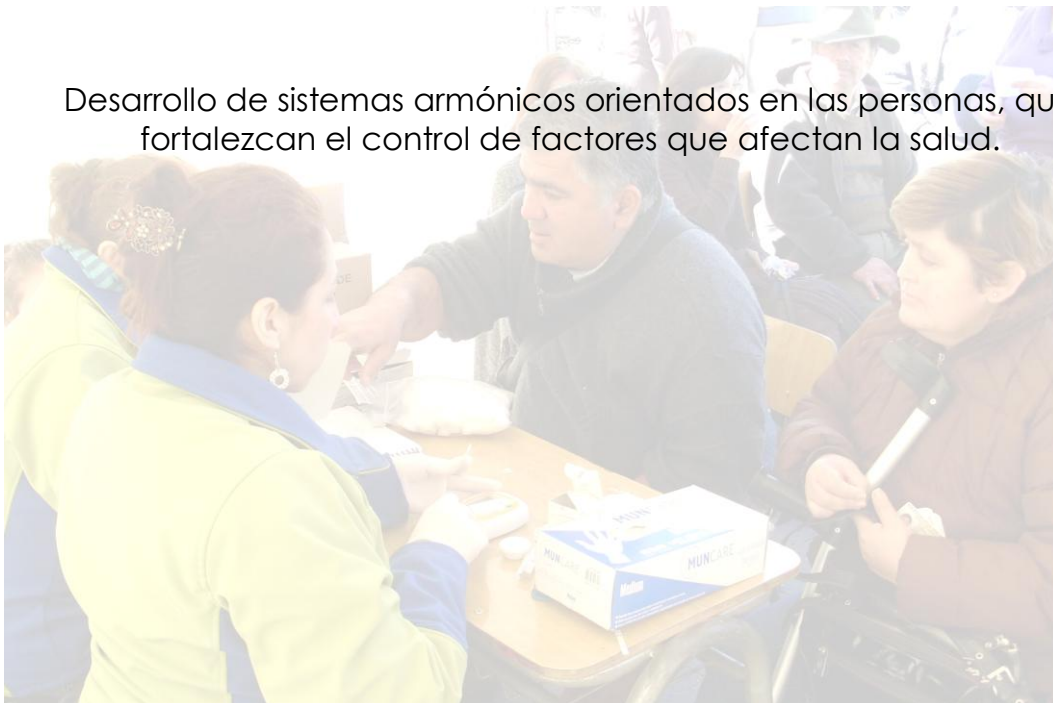
VISION

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.



DIAGNÓSTICO DE LA COMUNA

Antecedentes Generales

La comuna de Laja se encuentra ubicada en el extremo centro poniente de la provincia del Biobío, limitando hacia el Norte con las comunas vecinas de San Rosendo y Yumbel, por el Sur con la comuna de Nacimiento y con la capital de la provincia de Los Ángeles. En la actualidad, cuenta con una superficie de 339.8 km², según el censo de 1992, superficie que representa un 2.25% del área provincial y un 0.9% de la superficie regional. Laja se divide en 5 distritos censales: Laja Norte, Peña Blanca, Los Quilales, El Desague y Laja Sur.



Laja es una comuna de tamaño mediano dentro de la provincia, de acuerdo con los datos proporcionados por el censo de 1992, la comuna presentaba una densidad poblacional de 71.7 habitantes/km², densidad que disminuye a 65.3 habitantes/km², según las últimas cifras del censo aplicado el 2002.

Laja, debe su nombre a la denominación que los Españoles dieron a este territorio "Isla de Laxa", que originalmente estaba poblada por los indígenas "Coguenches" (gente de arena). Entre 1550 y 1871, la actividad

humana en este territorio se circunscribe al paso de bandas de indígenas nómades. Es a partir de 1871, cuando realmente se inicia el doblamiento de este sector, ello motivado por las faenas de prolongación de ferrocarril de San Rosendo a Angol.

El acontecimiento que marca profundamente a esta pequeña comunidad es la dictación del decreto del 22 de 1891, sobre la creación de municipalidades que estableció en la provincia del Biobío, entre otros el municipio de "Estación de la Rinconada", en el departamento de Laja. El decreto del 13 de septiembre de 1901, crea el de "Santa Fe" con parte de Estación de La Rinconada. El decreto Ley N° 808 del 22 de Diciembre de 1925 mantiene la división comunal o Estación de la Rinconada, señalándose sus límites.

Con fecha 30 de diciembre de 1927 se dicta el DFL. 8583, sobre división comunal en el cual en el Departamento de Laja, la comuna Estación de La Rinconada, pasa a denominarse Laja.

En 1952 se localiza la "Compañía Manufacturera de papeles y Cartones" CMPC, produciendo una verdadera explosión de desarrollo urbano y demográfico en la ciudad, duplicando en ocho años su área ocupada. En 1975 ya se localizaba en su emplazamiento actual.

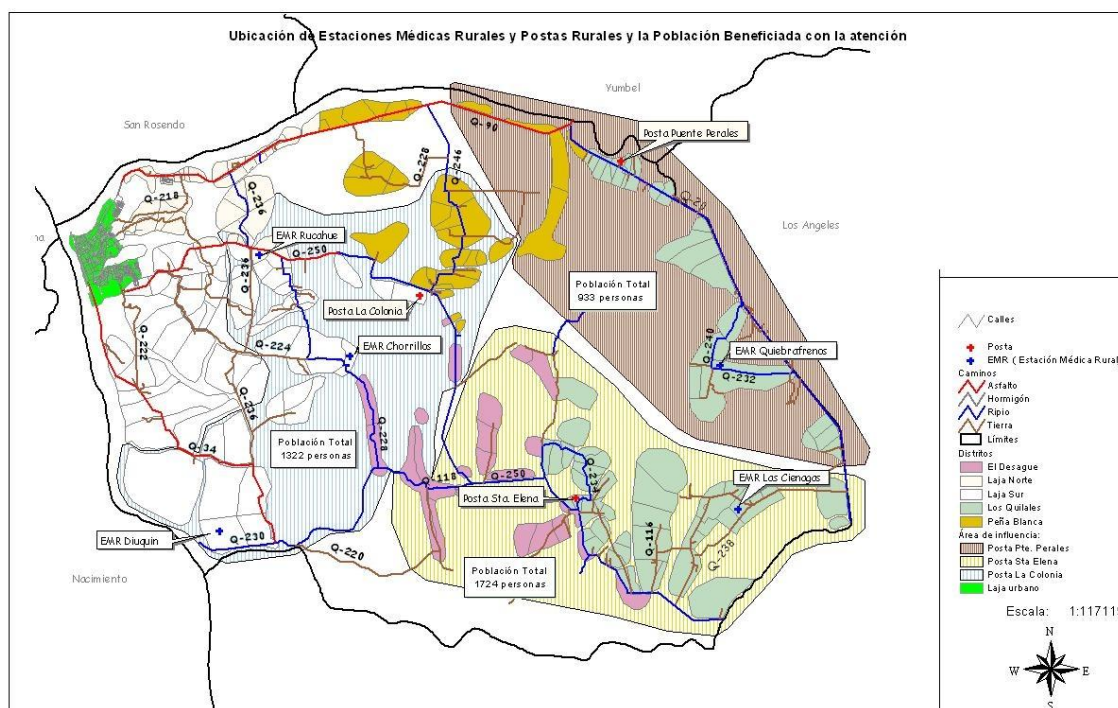
La descripción específica de los límites comunales se encuentra en el Decreto Supremo n° 1.325 del 13 de noviembre de 1980, el que fue modificado por la Ley N° 18.715 de 1988, que incluye superficies de la comuna de Los Ángeles a la comuna de Laja. El Decreto con fuerza de Ley N° 3 (18.715) de 1989.

Vías de Acceso

La comuna cuenta con dos vías principales de acceso, una es la ruta Q-90 (Laja-ruta 5), y la otra es la ruta Q-34 (Laja – Millantú), ambas rutas pavimentadas (asfalto).

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

- Q-20 Los Ángeles – Puente Perales.
- Q-246 Las Lomas – La Colonia.
- Q-118 Diuquín – El Bosque.
- Q-264 Los Robles – Marengo.
- Q-238 San Rafael – Las Ciénagas.



Indicadores Socio- Económicos

Tipo de Zona: área urbana y rural.

El 73% de la población reside en el área urbana.

Superficie: 338 km²

La comuna de Laja fue fundada el 22 de diciembre de 1891 y se encuentra aproximadamente a unos 70 Kms. al Norte de la Ciudad Capital de la provincia de Bío Bío, Los Ángeles y a unos 140 Kms. al Sur de la Capital de la VIII región Concepción. Limita al norte con el Río Laja; al Sur con el río Huaqui; al Oeste con el Río Bío Bío y al Este con el sector Puente Perales.

Entre las actividades económicas relevantes se encuentran la Industria Papelera, maestranza y en menor grado la agricultura.

Características físicas del Territorio:

La Topografía pertenece a la depresión central más propia de la llanura de Laja, en donde el carácter de llanura comienza a transformarse en suaves colinas. El clima es templado cálido con estación seca y lluviosa. La hidrografía depende principalmente de los límites geográficos naturales como lo son los ríos Bío-Bío, Laja, Huaquí los dos últimos desembocan en el Bío-Bío.

Existen otros afluentes de menor caudal e importancia como son los esteros: Paso Cerrado, Cachapoal, Curaco, Chillico, El Desague, Chivato, Pantanillos, Villuco, Maule, La Morera y alguna laguna como El Pillo, Coyanco, El Desague y la Potreada.

Condición Socioeconómica de la Población

Distribución Poblacional según Condición Socioeconómica

Condición Socioeconómica	VII Región	Provincia Bío Bío	Comuna Laja
Indigente	5.2 %	5.3 %	7.0 %
Pobre No Indigente	15.5 %	15.3 %	12.7 %
Total Pobreza	20.7 %	20.6 %	19.8 %
No Pobre	79.3 %	79.4 %	80.2 %

Tabla N° 2: Fuente: Casen 2006

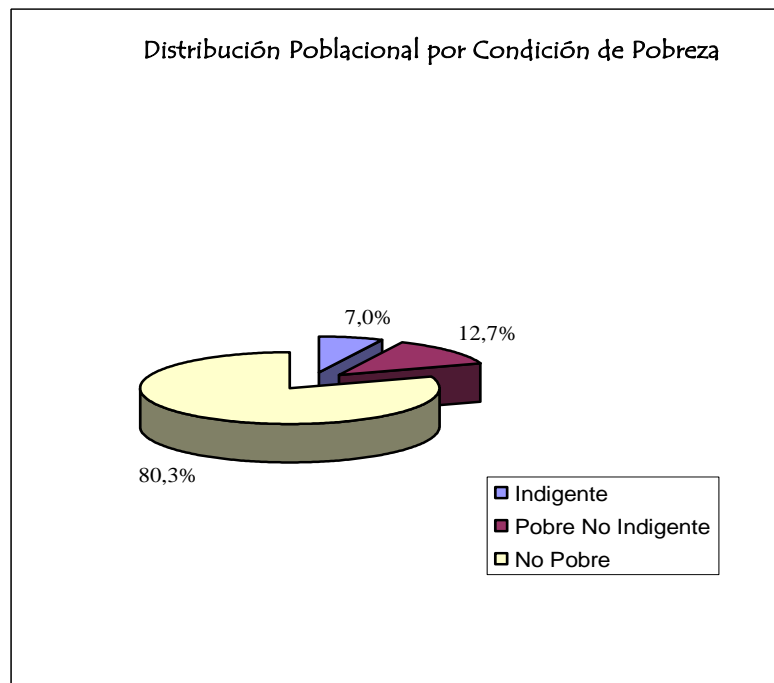


Gráfico Fuente CASEN Elaboración Propia

Condición Socioeconómica de la Población

Evolución de la pobreza.

La comuna, presenta en los últimos años la siguiente evolución de la pobreza:

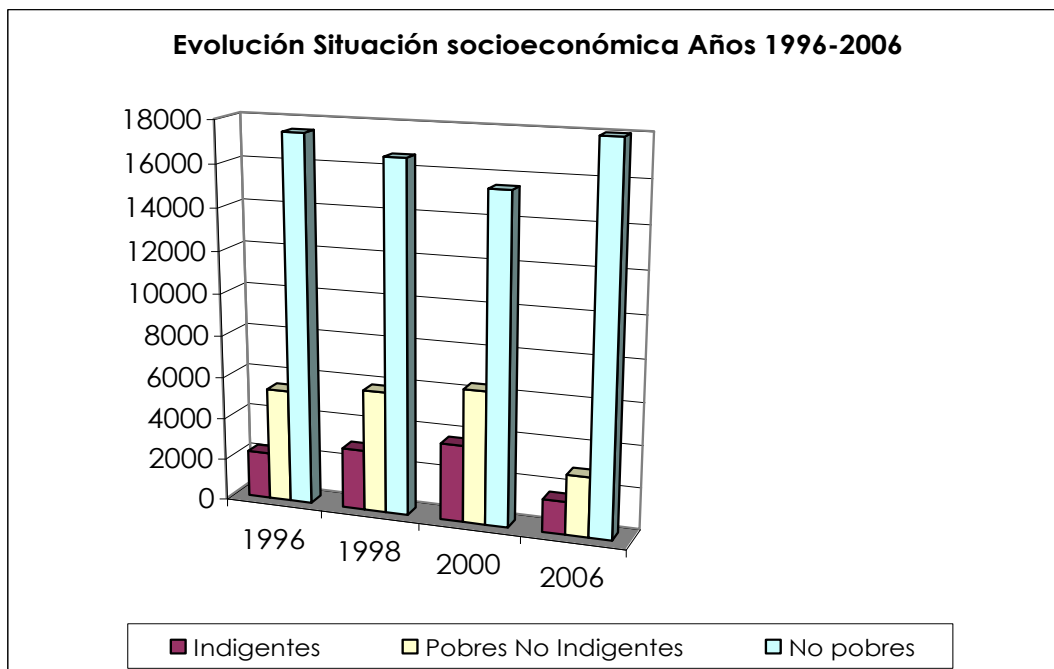


Gráfico N° 4: Fuente CASEN Elaboración Propia

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 N° 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.

Otros Datos Relevantes del Proyecto

N° de Unidades Vecinales: 13

N° de Junta de Vecinos: 70

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

Ramaz 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 1º vez	282	4,37	189	2,6	193	2,82
Total	6.455	100,0	7.301	100,0	6.846	100,0

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

Características de Infraestructura de la Comuna.

Área de Esparcimiento recreativo familiar.

Plaza Municipal.

Plazoleta Pablo Neruda.

Área Verde Municipal

3 Plazas de juegos infantiles.

Equipamiento en seguridad ciudadana.

1 Subcomisaria de carabineros.

1 Cuartel de bomberos : De alrededor de 500 m² de construcción de albañilería en dos pisos que alberga a 3 compañías con mas de 40 años de vida útil , y una brigada en el sector de la colonia y una en formación es el sector de Santa Elena con una cantidad en total de 106 voluntarios que prestan servicios.

Esparcimiento Comercial.

En la comuna y especialmente en la zona urbana de la comuna no existen grandes tiendas comerciales ni mercado Municipal y existen 2 ferias libres, una de ellas se ubica en la Población Nivequeten (días Miércoles y Sábado) y la otra en el centro Urbano de la comuna (días martes y viernes) que atienden en terreno municipal.

Distribución de la Población en la comuna¹

La población se distribuye en las siguientes localidades urbanas y rurales:

Sectores Rurales:

Santa Elena, corcolenes, Santiago Chico, El Bosque, Marengo, Picus, Chorrillos, Diuquín, Rucahue Sur, Violeta Parra, Quillayal, Curaco, Las Toscas, Lavanderos, El Arenal, San Rafael, Las Ciénagas, Quiebrafrenos, La Tuna, Quilales, Cancha Rayada, Cachapoal, Puente Perales, El Puente, San Vicente, La Colonia, La Pina, Peñablanca, Las Lomas.

TOTAL		POBLACIÓN URBANA		POBLACIÓN RURAL	
HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
11.113	11.291	7.980	8.308	3.133	2.983

Características de Terreno.

La topografía pertenece a la depresión central más propia de la llanura de Laja, en donde el carácter de la llanura comienza a transformarse en suaves colinas. El clima es templado cálido con estación seca y lluviosa. La hidrografía depende principalmente de los límites geográficos naturales como lo son los ríos Bío-bío, Laja, Huaqui, los dos últimos desembocan en el Bío-bío. El que nace en la laguna Galletue e Icalma.

¹ Información según último Censo del año 2002.

Matricula Establecimientos Educacionales

NOMBRE ESCUELA	MATRICULA		
	H	M	TOTAL
URBANO			
Andrés Alcázar	532	494	1.026
José Abelardo Núñez	224	204	428
Nivequetén	354	351	705
RURAL			
La Colonia	42	37	79
Francisco Zattera Guelfi	82	59	141
Puente Perales	74	63	137
Liceo las Ciénagas	27	32	59
Rucahue	9	14	23
Santiago Amengual Balbontin	9	10	19
Los Cerrillos	6	9	15
Diego Benavente Bustamante	5	7	12
Juan Luis Sanfuentes	8	7	15
Total	1.372	1.287	2.659

De lo anterior se deduce que en lo que a salud se refiere, debemos orientar nuestros esfuerzos a la prevención y promoción considerando el nivel educativo de la población y con ello lograr el empoderamiento del auto cuidado.

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 LAJA, AÑO 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
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
	Acumulado	73	348,27	53,28
	Resto	64	305,33	46,72
	Total	137	6,54	100,00

Tasa por causas * por 100 mil habitantes. Tasa Total ** por 1.000 habitantes

Fuente : Bioestadística SS.BB.

**MORTALIDAD POR 20 PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION,
PROVINCIA DE BIOBIO, 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	9,49	1,62
J841	Otras enfermedades pulmonares intersticiales con fibrosis	36	9,23	1,58
C349	TMM de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	35	8,97	1,53
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
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
	Total	2.285	5,86	100,00

Al analizar las estadísticas de la comuna de Laja se aprecia que es consecuente con las de la provincia del Biobío, 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.

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

Salud Bucal

Históricamente en esta comuna ha prevalecido las caries dentales, principalmente en la población escolar lo que obedece a los cambios alimentarios, puesto que se incorporan azúcares refinados a la dieta, sumándose a esto la falta de piezas dentales en la población adulta.

Actualmente se cuenta con dos profesionales para abarcar a una población de 4.735 inscritos, monto que resulta insuficiente para la necesidad existente, esto sumado a la demanda de la población adulta que requiere atención.

Las atenciones básicas tienen que ver con las Altas Odontológicas, asociadas a las metas IAAPS.

A fin de apoyar la gestión, en los últimos años se ha estado fortaleciendo las acciones, a través de diversos programas en conjunto con el Servicio de Salud Biobío, mediante convenios de Reforzamiento Odontológico. Este programa prioriza a Hombres y Mujeres de escasos recursos mayores de 60 años, Mujeres jefas de Hogar que se encuentra en condiciones más vulnerables y que pertenecen al Programa Puente y Chile Solidario, a los niños escolares de 6 y 12 años respectivamente.

Entorno Ambiental

En relación al entorno ambiental, el servicio de agua se obtiene mediante punteras, pozos o norias) aguas que generalmente no son tratadas), debido principalmente a la falta de recursos económicos de sus pobladores. Es por ello que existe un sector que asciende al 5% de la población rural que esta en esta clasificación.

Respecto de otro factor ambiental que incide en la salud de las personas, se encuentra el mal manejo de animales y aves. Además del punto anterior esta el tema de los caninos que son los responsables de transmitir enfermedades como hidiatidosis, leptospirosis, toxocariasis, rabia y dematitits, más conocida como tiña y agregando a ello la gran presencia de moscas, malos olores que pueden desencadenar en enfermedades gastrointestinales.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO



Talleres de Prevención y Educación de Estilos de Vida Saludables, para la prevención de enfermedades crónicas asociadas al corazón



Talleres libres de Drogas, entre los alumnos de nuestras escuelas, en los diferentes sectores rurales de la comuna.

Problemas y Necesidades Sentidas por la Localidad de Laja Rural

Se han estimado las siguientes actividades con el objeto de lograr una comunidad participativa, trabajando en redes, comprometida con el auto cuidado y en armonía con el medio ambiente.

Talleres sobre alimentación saludable dirigida a los colegios y comunidad.

Talleres sobre el cultivo de verduras.

Talleres sobre sana sexualidad en adolescentes.

Talleres factores protectores ambientales (tabaco, disposición de basura, otros).

Evaluación nutricional a los niños de establecimientos educacionales.

Concurso de dibujo sobre, Alimentación saludable y Medio Ambiente.

Acreditación y re acreditación de establecimientos como Promotores de Salud.

Encuentros deportivos en escuelas.

Evento comentario con muestras de alimentación saludable, juegos populares, entre otras.



Colaboración a pacientes de escasos recursos en alimentación y pañales.



Donaciones de particulares consistente en medicamentos, pañales y alimentos para pacientes de escasos recursos que fueron canalizadas a través de profesionales de nuestro departamento de Salud.



Visita domiciliaria integral dirigida a pacientes son estipendios y en condición de postrados.



Operativos de vacunación de nuestra comuna, a fin de disminuir los riesgos de contraer Influenza AH1N1.

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		TOTAL			La Colonia			Sta. Elena			Puente Perales		
		Postas Laja			Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Total General		TOTAL	M	F									
Infantil	000 - 000	4.735	2.566	2.169	1.905	952	953	1.432	755	677	1.398	859	539
	000 - 011	4	3	1	0	0	0	3	3	0	1	0	1
	1 - 1,11	14	9	5	5	2	3	3	3	0	6	4	2
	2 - 2,11	55	29	26	19	7	12	18	11	7	18	11	7
	3 - 3,11	53	26	27	22	11	11	18	6	12	13	9	4
	4 - 4,11	50	30	20	22	12	10	16	12	4	12	6	6
	5 - 5,11	65	34	31	23	9	14	21	12	9	21	13	8
	6 - 6,11	53	22	31	18	6	12	20	7	13	15	9	6
	7 - 7,11	61	30	31	28	14	14	16	10	6	17	6	11
	8 - 8,11	62	29	33	29	14	15	19	7	12	14	8	6
9 - 9,11	69	38	31	27	17	10	30	15	15	12	6	6	
Sub-Total Infantil		67	37	30	27	15	12	23	13	10	17	9	8
Adolescente	10 - 10,11	553	287	266	220	107	113	187	99	88	146	81	65
	11 - 11,11	68	31	37	28	12	16	27	11	16	13	8	5
	12 - 12,11	69	39	30	25	16	9	28	15	13	16	8	8
	13 - 13,11	82	40	42	33	10	23	23	17	6	26	13	13
	14 - 14,11	93	54	39	32	18	14	35	21	14	26	15	11
	15 - 19,11	82	39	43	31	14	17	28	11	17	23	14	9
		466	256	210	199	107	92	145	87	58	122	62	60

Sub-Total Adolescente													
Adulto	20 a 24 años	860	459	401	348	177	171	286	162	124	226	120	106
	25 a 29 años	366	203	163	135	73	62	110	50	60	121	80	41
	30 a 34 años	322	163	159	119	54	65	81	34	47	122	75	47
	35 a 39 años	307	163	144	95	44	51	100	55	45	112	64	48
	40 a 44 años	317	182	135	129	66	63	83	44	39	105	72	33
	45 a 49 años	359	188	171	154	67	87	100	49	51	105	72	33
	50 a 54 años	384	228	156	150	79	71	91	54	37	143	95	48
	55 a 59 años	304	174	130	113	66	47	92	48	44	99	60	39
	60 a 64 años	253	153	100	108	53	55	62	38	24	83	62	21
	65 a 69 años	214	114	100	95	44	51	72	41	31	47	29	18
	70 a 74 años	164	89	75	82	47	35	53	26	27	29	16	13
	75 a 79 años	131	64	67	71	31	40	37	20	17	23	13	10
80 y + años	79	43	36	39	24	15	26	12	14	14	7	7	
Sub-Total Adulto		122	56	66	47	20	27	52	23	29	23	13	10
		3.322	1820	1502	1.337	668	669	959	494	465	1.026	658	368

CUMPLIMIENTO META IAAPS

Actividades de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), cuyo cumplimiento de metas se relaciona con prevención y control de enfermedades, tiempo de espera en las Postas y disponibilidad de medicamentos y manejo de Plan AUGE, entre otros aspectos.

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.

Con el objetivo de incentivar el cumplimiento, el gobierno ha ligado la obtención de las metas con las transferencias de recursos desde el ministerio a los municipios, es decir, si el cumplimiento de las metas en una determinada comuna se ubica en el 90%, el ministerio transfiere íntegramente los fondos que el estado tiene destinado para la comuna, recursos que a su vez dependen del número de inscritos que tenga esa comuna en cada uno de los establecimientos a su cargo.

Si por el contrario el cumplimiento de las metas se ubica por debajo del 90%, el ministerio no transferirá todos los fondos, sino que en su defecto se procede a la transferencia de porcentajes parciales dependiendo del nivel de cumplimiento que se obtenga.

Es importante recalcar que son varias las áreas que se consideran para esta medición. Específicamente, en lo concerniente a las enfermedades, se incluye el control de patologías como la diabetes, la hipertensión, depresión y déficit psicomotor de los niños.

Se considera además, muy importante la prevención por lo que está incluido el examen de medicina preventiva en adultos mayores (evaluación funcional) y el control precoz del embarazo antes de las catorce semanas de gestación.

Finalmente se considera el cumplimiento de las garantías del Plan AUGE.

Resumen de las Estadísticas IAAPS

La evaluación de las metas Ley 19.378 para el año 2010.

METAS 2009	PROFESIONAL RESPONSABLE	ENERO - MARZO	ENERO - JUNIO	ENERO - AGOSTO	ENERO - OCTUBRE	ENERO - DICIEMBRE	VALOR OBTENIDO A OCTUBRE	VALOR ESPERADO
COBERTURA EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA HOMBRES 20 A 44 (*)	MÉDICO - ENFERMERA	2%	7%	12%	-	-	15.87%	15%
COBERTURA EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA MUJERES DE 45 A 64	MATRONA	4%	11%	15%	-	-	35.93%	31%
COBERTURA EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA 65 Y MÁS	ENFERMERAS - PARAMÉDICOS	8%	24%	35%	-	-	76.43%	66%
INGRESO PRECOZ CONTROL EMBARAZO A05	MATRONA	71%	80%	86%	-	-	71.43%	72%
ALTAS ODONTOLÓGICAS MENORES DE 20 A09	DENTISTA	3%	9%	13%	-	-	18.01%	19%
DIABETES MELLITUS 2 15 A MÁS AÑOS, OCHO NUEVOS INGRESOS ANUALES A 05	MÉDICO - ENFERMERAS - PARAMÉDICOS	75%	71%	71%	-	-	75.28%	75%
HIPERTENSION ARTERIAL 15 A MÁS AÑOS DIEZ NUEVOS INGRESOS ANUALES A05	MÉDICO - ENFERMERAS - PARAMÉDICOS	73%	73%	73%	-	-	87.12%	65%
DÉFICIT DESARROLLO SICOMOTOR A 03	ENFERMERAS - PARAMÉDICOS	100%	0%	100%	-	-	100%	100%
TASA VISITA INTEGRAL A 026	EQUIPO	0,03%	0,05%	0,09%	-	-	0,31%	0,10%
TASA ATENCIÓN DOMICILIOS POSTRADOS A26	ENFERMERA - PARAMÉDICO	1,09%	5.18%	7.55%	-	-	29.75%	10.00%

EVALUACIONES ACTIVIDADES PROFESIONALES

Atenciones médicas por edad según nivel de atención

Las actividades propias de los médicos están incluidas dentro de las metas IAAPS anteriormente detalladas.

Es importante mencionar que dentro de ellas destacan:

- Actividades Clínicas; Talleres de Estilo de vida y Autocuidado, Talleres de Promoción de la Salud, Mes de l Corazón y Consejerías.
- Ciclo del niño, Actividades Clínicas; Control salud individual niño, intervenciones familiares según riesgo, visita domiciliaria integral, consultas de morbilidad, control crónico, entre otras.
- Ciclo adolescente.
- Ciclo vital del adulto.
- Ciclo vital del adulto mayor.
- Actividades administrativas; priorización de interconsultas, cierre de casos AUGE, Constancia pacientes GES, Recetas médicas, entre otras.
- Actividades propias como jefe de farmacia.
- Atención de Morbilidad y Control y seguimiento de pacientes Crónicos.



Atenciones matron por programa según nivel de atención

Control preconcepcional
Control prenatal
Sin pareja
Con pareja
Control puerperio
Control paternidad responsable
Control ginecológico
Consulta morbilidad obstétrica
Consulta ginecológica
Consulta ETS/Sida
EMPA
Consulta lactancia materna
Consulta salud mental
Control salud recién nacido



Atenciones por enfermera según nivel de la atención



NIVEL DE LA ATENCIÓN
PROGRAMA INFANTIL
Control de salud
Aplicación escala EDP
Consulta déficit des. psicomotor
Educación grupal
V. D. postrado severo
Otras visitas domiciliarias
PROG. ADOLESCENTE
Examen medicina preventiva
Control de salud
Consejería
Educación grupal
PROG. DEL ADULTO
Examen medicina preventiva
Control programa Cardiovascular
Otros controles enfermera
Consulta de enfermería
Educación grupal
V. D. postrado severo
PROG. ADULTO MAYOR
Control anual EFAM nuevo
Control anual EFAM antiguo
Control programa cardiovascular
Otros controles por enfermera
Educación grupal
V. D. postrado severo

Atenciones por Nutricionista según nivel de la atención

PROGRAMA DE LA MUJER
Consulta nutricional
Consulta nutricional a embarazada con déficit o exceso nutricional
Consulta nutricional post gestante al 3º y 6º mes
Consejería nutricional
Total

PROGRAMA INFANTIL
Consulta lactancia materna
Consulta por déficit nutricional
Consulta por exceso nutricional
Otras consultas nutricionales
Consulta de intervención 3 años 6 meses
Consulta de intervención 5º mes
Total

PROGRAMA ADOLESCENTE
Consulta por déficit nutricional
Consulta por exceso nutricional
Otras consultas nutricionales (anorexia / bulimia)
Consejería nutricional
Total



PROGRAMA ADULTO
Examen medicina preventiva
Control enfermedades crónica no transmisible
Consulta por exceso nutricional o déficit
Otras consultas nutricionales
Consejería nutricional
Total

PROGRAMA ADULTO MAYOR
Control enfermedades crónicas no transmisibles
Consulta por exceso nutricional o déficit
Otras consultas nutricionales
Consejería nutricional
Visita domiciliaria a postrado
Total

Actividades Complementarias Nutricionista

PNAC Y PACAM (básico y de refuerzo al 100% de los niños inscritos y adultos mayores).

PROMOCION DE SALUD (Evaluaciones nutricionales en escuelas del sector rural y talleres de alimentación saludable y actividad física a alumnos de los diferentes establecimientos educacionales)



REM-P1 Población en control programa de salud de la mujer 2010**Mujeres en control climaterio Junio 2010 ²**

	PUENTE PERALES	LA COLONIA	SANTA ELENA	TOTAL COMUNAL
Nº MUJERES BAJO CONTROL	68	73	2	143

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 2010.

MÉTODO RF	PUENTE PERALES	LA COLONIA	SANTA ELENA	TOTAL
DIU	68	18	2	88
ORAL COMBINADO	79	39	17	135
ORAL PROGESTÁGENO	6	1	3	10
INYECTABLE	15	9	13	37
IMPLANTE	0	0	0	0
PRESERVATIVO	2	2	1	5
TOTAL	170	69	36	275

El método regulación fertilidad más usado por las mujeres del sector rural corresponde a anticonceptivos hormonales, ya sea combinado o inyectable.

² Esta evaluación se realiza en Junio y Diciembre de cada año.

El Implanon tiene posibilidades de aumentar en la medida que las usuarias lo soliciten ya que es un método caro para el sistema, dura tres años y es de instalación subdérmica.

REM-P2 Población en control programa de salud del niño 2010

Sección A: Población en control según estado nutricional

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
TOTAL NIÑOS EN CONTROL		299	3	2	6	5	14	5	13	16	21	13	51	40	56	54
INDICADOR PESO/EDAD	-1 D.S.	9					1						2		2	4
	-2 D.S.															
	TOTAL	9					1						2		2	4
INDICADOR PESO/TALLA	+2 D.S.	29			2		2	1	2	1	1		7	5	3	5
	+1D.S.	50	1		1	2	4	2	3	2	2	2	10	8	7	6
	TOTAL	79	1		3	2	6	3	5	3	3	2	17	13	10	11
	-1 D.S.	5								1			1		1	2
	-2 D.S.															
	TOTAL	5								1			1		1	2
INDICADOR TALLA/EDAD	-1 D.S.	20					1	1	1		1	1	7	3	3	2
	-2 D.S.	1														1
	TOTAL	21					1	1	1		1	1	7	3	3	3
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	Riesgo	6					1			1			1		1	2
	Desnutrido															
	Sobrepeso	50	1		1	2	4	2	3	2	2	2	10	8	7	6
	Obeso	29			2		2	1	2	1	1		7	5	3	5
	Normal	214	2	2	3	3	7	2	8	12	18	11	33	27	45	41
	TOTAL	299	3	2	6	5	14	5	13	16	21	13	51	40	56	54

Sección D: 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	30	2	2	4	4	3	5	10
MODERADO	0	0	0	0	0	0	0	0
GRAVE	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	30	2	2	4	4	3	5	0

REM-P3 Población en control otros Programas Junio 2010

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	20	3	1	2	3	4	5	1	1
EPOC	10					2	2	3	3
APILEPSIA	31			1	1	16	11		2
POSTRADOS SEVEROS	11			1	1		2	3	4

REM-P4 POBLACION EN CONTROL PROGRAMA CARDIOVASCULAR Junio 2010.-

Sección A: Programa Salud Cardiovascular

CONCEPTO		TOTAL	10-14 AÑOS		15-19 AÑOS		20-34 AÑOS		35-44 AÑOS		45-54 AÑOS		55-64 AÑOS		65-69 AÑOS		70 AÑOS Y MÁS	
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Nº PACIENTES EN CONTROL		686	0	0	0	0	3	12	13	35	35	103	82	129	40	56	75	103
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA	HIPERTENSOS	568	0	0	0	0	1	3	11	26	28	82	70	102	38	49	67	91
	DIABÉTICOS	124	0	0	0	0	2	6	2	8	4	16	13	26	3	13	10	21
	DISLIPIDEMIA	225	0	0	0	0	0	6	1	15	12	38	22	44	9	20	20	38
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN FACTOR DE RIESGO	TABAQUISMO	30	0	0	0	0	0	0	0	2	3	3	6	8	0	4	2	2
	OBESIDAD	184	0	0	0	0	2	3	1	14	9	59	17	37	5	12	10	15
CLASIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	222	0	0	0	0	2	7	9	15	18	26	25	52	14	22	8	24
	MODERADO	435	0	0	0	0	1	5	4	20	17	77	56	14	22	33	56	70
	ALTO	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	1	9	5
	MUY ALTO	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4

REM-P5 POBLACION EN CONTROL PROGRAMA ADULTO MAYOR Junio 2010

Sección A: Población en control por condición de funcionalidad

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	45	21	24	11	11	9	12	1	1
AUTOVALENTE CON RIESGO	28	13	15	7	2	5	10	1	3
RIESGO DE DEPENDENCIA	42	16	26	6	8	4	12	6	6
TOTAL CON EFAM	115	50	65	24	21	18	34	8	10
DEPENDIENTE LEVE	7	6	1	0	0	4	0	2	1
DEPENDIENTE MODERADO	3	1	2	0	0	1	0	0	2
DEPENDIENTE SEVERO	7	3	4	0	0	0	2	3	2
POSTRADO CON ESCARAS	1	0	0	0	0	0	0	1	0

Sección B: Población bajo control por estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	TOTAL	POR SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
BAJO PESO	16	9	7
NORMAL	54	28	26
SOBREPESO	42	16	26
OBESOS	20	7	13
TOTAL	132	60	72

ESPECIALIDADES DERIVADAS A NIVEL SECUNDARIO CDT

Interconsultas 2010

ESPECIALIDAD	Nº INTERCONSULTAS GENERADAS	Nº INTERCONSULTAS RESUELTAS	Nº DE INTERCONSULTAS EN LISTA DE ESPERA	TOTAL INTERCONSULTA ESTIMADA PARA 2010 12% DEL PERCÁPITA ³
Cardiología Adulto	23	3	20	25
Cardiología Infantil	1	1	0	2
Cirugía General Adulto	33	8	25	35
Cirugía Infantil	14	3	11	17
Cirugía Vascular	6	0	6	8
Dermatología	14	10	4	16
Endocrinología Infantil	1	1	0	2
Endocrinología Adulto	6	6	0	8
Endodoncia Un - Mu - Bi	48	21	27	50
Endoscopia	20	4	16	25
Gastroenterología Infantil	2	2	0	2
Gastroenterología Adulto	3	3	0	5
Ginecología General	23	23	0	25
Maxilo Facial	16	5	11	20
Medicina Física				
Medicina Interna				
Nefrología Adulto	6	3	3	7
Nefrología Infantil				
Neurocirugía	6	0	6	8
Neurología Infantil	9	2	7	12
Neurología Adulto	13	13	0	16
Oftalmología	73	24	49	80
Ortodoncia	7	3	4	9
Odontopediatría	9	4	5	12
Otorrinolaringología	67	65	2	70
Pediatría General	6	4	2	8
Periodoncia	2	2	0	3
Prótesis Removible	37	2	35	40
Psiquiatría	7	2	5	8
Respiratorio Adulto	4	3	1	6
Respiratorio Infantil	6	3	3	8
Reumatología	12	10	2	15
Traumatología Adulto	41	5	36	50

³La demanda aproximada para el año 2011 se sacó en base al aumento del Per Cápita (12%), esto quiere decir que el próximo año a la fecha tendremos 1130 IC generadas.-

Traumatología Infantil	8	7	1	10
Urología	19	15	4	25
Colonoproctología	1	1	0	2
Colonoscopia	1	0	1	2
U. P. M.	5	3	2	8
U. P. C.	1	1	0	2
F. A. R.	7	7	0	10
Mamografías	45	35	10	50
Ecotomografía Mama	17	8	9	28
Ecotomografía Abdominal	28	18	10	30
TOTAL INTERCONSULTA	647	330	317	759

DOTACIÓN

Dotación para 4.735 habitantes inscritos a Mayo del 2010.

Nº	CATEGORÍA	PROFESION	LA COLONIA	PUENTE PERALES	SANTA ELENA	ESTACIONES	DEPTO	HONORARIO	CICLO DESTINACIÓN	HORAS SEMANAL TOTALES
1	A	MEDICO	14	16	14	0	0	0	44	44
2	A	MEDICO	0	0	0	44	0	0	0	44
3	A	DENTISTA	14	16	14	0	0	0	0	44
4	B	DENTISTA	0	0	0	0	0	35	0	35
5	B	INGENIERO COMERCIAL	0	0	0		44	0	0	44
6	B	ENFERMERA	14	16	14	0	0	0	0	44
7	B	ENFERMERA	0	0	0	44	0	0	0	44
8	B	MATRON	14	16	14	0	0	0	0	44
9	B	MATRONA	6	9	9	20	0	0	0	44
10	B	MATRON	0	0	0	44	0	0	0	44
11	B	ASISTENTE SOCIAL	9	9	9	8	9	0	0	44
12	B	NUTRICIONISTA	14	16	14	0	0	0	0	44
13	B	NUTRICIONISTA	0	0	0	35	0	0	0	35
14	B	SICÓLOGO	11	12	12	0	0	0	0	35
15	B	SICÓLOGO	0	0	0	44	0	0	0	44
16	B	EDUCADORA PARVULO	6	20	9	9	0	0	0	44
17	B	KINESIÓLOGO	0	0	0	0	22	0	0	22
18	C	ENCARGADO ADMINISTRACION Y FINANZAS	0	0	0	0	44	0	0	44

19	C	PARAMÉDICO RONDA	14	16	14	0	0	0	0	44
20	C	PARAMÉDICO POSTA PUENTE PERALES	0	44	0	0	0	0	0	44
21	C	PARAMÉDICO POSTA LA COLONIA	44	0	0	0	0	0	0	44
22	C	PARAMÉDICO POSTA SANTA ELENA	0	0	44	0	0	0	0	44
23	C	PARAMÉDICO ESTACIONES	0	0	0	44	0	0	0	44
24	C	PARAMÉDICO APOYO ESTACIONES	0	0	0	0	0	44	0	44
25	C	ASISTENTE DENTAL	11	12	12	0	9	0	0	44
26	E	SECRETARIA DSM	0	0	0	0	44	0	0	44
27	E	ENCARGADA PERCÁPITA / SECRETARIA	0	0	0	44	0	0	0	44
28	E	DIGITADORA	0	0	0	0	44	0	0	44
29	F	CHOFER	14	16	14	0	0	0	0	44
30	F	AUXILIAR DE SERVICIO DSM	0	0	0	0	44	0	0	44
31	F	ASISTENTE DENTAL	0	0	0	9	0	35	0	44
32	F	AUXILIAR DE SERVICIO POSTAS	0	0	0	44	0	0	0	44

COMITÉ COMUNAL VIDA CHILE – COMUNA DE LAJA

Tiene la función de coordinar las acciones de prevención y promoción de la Salud, entre instituciones de gobierno central, regional, comunal y organizaciones existentes en sociedad, pretendiendo desarrollar un plan de promoción en salud de carácter inter sectorial y participativo, impulsando cambios en el estilo de vida que propicien ambientes saludables que involucren activamente a la comunidad.

La promoción de la salud se define como el proceso mediante el cual, los individuos y las comunidades, ejercen un mayor control sobre los determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida.

Para la gestión y la acción en promoción de la salud son indispensables la intersectorialidad y la participación social, así como también la reorientación de los servicios de salud, recordando que el objetivo en cuestión es lograr un impacto en el componente biológico de nuestro capital humano.

Determinantes de la Salud

Aquellos dados por los estilos de vida y el ambiente que son los que tienen que ver con las condicionantes de la salud: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y ambientales.

Sin embargo, la capacidad de promocionar los estilos de vida saludables y un ecosistema que interactúa saludablemente con las personas, también depende en gran parte de otros determinantes de la salud como la cultura, el empleo, la educación y los ingresos.

Además, también son determinantes de la salud el estatus socioeconómico y la presencia de otros factores socioeconómicos en una sociedad, como la desigualdad y la inequidad en salud.

Por ello, la promoción de la salud aumenta las habilidades y capacidades para la salud y la calidad de vida.

Acciones que promueven la salud también evitan la enfermedad, ocupando estrategias de intervención tales como: Escuelas promotoras de la salud, lugares de trabajo saludable, plazas vida chile y comunidades saludables.

RECURSOS EN ADMINISTRACIÓN PARA PROGRAMAS ESPECIALES DE SALUD PARA AÑO 2010.

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

PROGRAMA 2010	
A.G. SS BÁSICOS	\$ 10.140.000
A.G. EXAM COLESTEROL	\$ 227.000
CHILE CRECE CONTIGO	\$ 1.859.984
RESOLUTIVIDAD Laboratorios Básicos	\$ 3.057.182
RESOLUTIVIDAD Especialidades en APS	\$ 2.982.910
RESOLUTIVIDAD Estipendios	\$ 6.658.400
VACUNACIÓN INFLUENZA	\$ 106.152
CANASTA EXÁMENES DE LABORATORIO	\$ 873.166
CAPACITACIÓN FUNCIONARIA PARA APS	\$ 415.076
REFORZAMIENTO ODONTOLÓGICO	\$ 18.152.225
SALUD MENTAL	\$ 4.033.119
RADIOGRAFÍAS IRA - ERA	\$ 390.000
APOYO A LA GESTIÓN / TERREMOTO	\$ 2.540.000
PROGRAMA IRA - ERA	\$ 390.000
AG MANTENIMIENTO POSTA LA COLONIA	\$ 1.000.000
DESARROLLO RECURSO HUMANO	\$ 4.296.750
MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD	\$ 9.600.000
TOTALES	\$ 66.721.964



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

Logar disminuir la brecha de 1.381 habitantes que siendo rurales no están inscritos en nuestros registros. Para ello se piensa dar continuidad para el año 2011 del transporte de acercamiento de las zonas rurales. Mediante el traslado de los profesionales a las Postas Puente Perales, La Colonia y Santa Elena. Además del acercamiento hacia las estaciones médico Rurales de los sectores tales como; Chorrillos, Kilómetros, Las Ciénagas, Quenquehue, Rucahue, Las Toscas, Diuquín, Santa Ana.

Incorporación de 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.

Mantenimiento 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.

Recurso Humano a Considerar al 2011.

Nº	CATEGORÍA	PROFESION	LA COLONIA	PUENTE PERALES	SANTA ELENA	ESTACIONES	DEPTO	HONORARIO	CICLO DESTINACIÓN	HORAS SEMANAL TOTALES
1	A	MEDICO	14	16	14	0	0	0	44	44
2	A	MEDICO	0	0	0	44	0	0	0	44
3	A	DENTISTA	14	16	14	0	0	0	0	44
4	B	DENTISTA	0	0	0	0	0	35	0	35
5	B	INGENIERO COMERCIAL	0	0	0		44	0	0	44
6	B	ENFERMERA	14	16	14	0	0	0	0	44
7	B	ENFERMERA	0	0	0	44	0	0	0	44
8	B	MATRON	14	16	14	0	0	0	0	44
9	B	MATRONA	6	9	9	20	0	0	0	44
10	B	MATRON	0	0	0	44	0	0	0	44
11	B	ASISTENTE SOCIAL	9	9	9	8	9	0	0	44
12	B	NUTRICIONISTA	14	16	14	0	0	0	0	44
13	B	NUTRICIONISTA	0	0	0	35	0	0	0	35
14	B	SICÓLOGO	11	12	12	0	0	0	0	35
15	B	SICÓLOGO	0	0	0	44	0	0	0	44
16	B	EDUCADORA PARVULO	6	20	9	9	0	0	0	44
17	B	KINESIÓLOGO	0	0	0	0	22	0	0	22
18	C	ENCARGADO ADMINISTRACION Y FINANZAS	0	0	0	0	44	0	0	44
19	C	PARAMÉDICO RONDA	14	16	14	0	0	0	0	44

20	C	PARAMÉDICO POSTA PUENTE PERALES	0	44	0	0	0	0	0	44
21	C	PARAMÉDICO POSTA LA COLONIA	44	0	0	0	0	0	0	44
22	C	PARAMÉDICO POSTA SANTA ELENA	0	0	44	0	0	0	0	44
23	C	PARAMÉDICO ESTACIONES	0	0	0	44	0	0	0	44
24	C	PARAMÉDICO APOYO ESTACIONES	0	0	0	0	0	44	0	44
25	C	ASISTENTE DENTAL	11	12	12	0	9	0	0	44
26	E	SECRETARIA DSM	0	0	0	0	44	0	0	44
27	E	ENCARGADA PERCÁPITA / SECRETARIA	0	0	0	44	0	0	0	44
28	E	DIGITADORA	0	0	0	0	44	0	0	44
29	F	CHOFER	14	16	14	0	0	0	0	44
30	F	AUXILIAR DE SERVICIO DSM	0	0	0	0	44	0	0	44
31	F	ASISTENTE DENTAL	0	0	0	9	0	35	0	44
32	F	AUXILIAR DE SERVICIO POSTAS	0	0	0	44	0	0	0	44

Infraestructura

La infraestructura existente en Atención Primaria Municipal para Laja es:

Posta Puente Perales.
Posta Santa Elena.
Posta La Colonia.

Se tiene en proyecto para el 2011 la Consulta Médico Municipal, que viene a reponer un establecimiento que fuera arrendado y que producto del terremoto hubo que desocupar por seguridad tanto de profesionales como pacientes inscritos.

Junto con lo anterior se encuentra en desarrollo el Proyecto de Ampliación de Posta Santa Elena.

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, Quiebra Frenos, La Tuna, Quilales, El Manzano, Cachapoal	1.398
POSTA SANTA ELENA	San Rafael, Las Ciénagas, Los Lavanderos, El Arenal, La Aguada, Santiago Chico.	1.432
POSTA LA COLONIA	Chorrillos, Marengo, Picus, El Bosque, Coyanco, La Colonia.	750
Estaciones Médico Rurales	Chorrillos, Kilómetros, Las Ciénagas, Rucahue, Las Toscas, Diuquín, Santa Ana.	1.155

Distancia Postas - Laja

ESTABLECIMIENTOS	KM ASFALDO	KM TIERRA – RIPIO	TOTAL KM
P. PUENTE PERALES	19	3	22
P. SANTA ELENA	5	20	25
P. LA COLONIA	5	8	13
CONSULTA MÉDICO MUNICIPAL	0	0	0

Calendario Rondas

DÍA	SECTOR
LUNES	Puente Perales
MARTES	Puente Perales
MIERCOLES	La Colonia
JUEVES	Santa Elena
VIERNES	Santa Elena

Producto del aumento establecido en la población, se ha optado por asistir dos veces por semana a los sectores de Santa Elena y Puente Perales

Los días miércoles el equipo asiste a la Posta La Colonia.

Calendario Estaciones

Si bien las Estaciones médico rurales no brindan las condiciones óptimas de atención, fue necesario retomarlas producto del terremoto, pues la Consulta Médico Municipal que se había implementado, quedó inhabilitada para el uso.

Con el fin de que los pacientes siguieran la continuidad de atención se retomaron las Estaciones Médico Rurales en los diferentes sectores.

DÍA	SECTOR
LUNES	Chorrillos - Kilómetros
MARTES	Las Ciénagas - Quenquehue
MIERCOLES	Rucahue – Las Toscas
JUEVES	Diuquín – Santa Ana
VIERNES	Laja – Otro lado del Río

En el caso de las estaciones, y teniendo en cuenta los tiempos de desplazamientos necesarios por el quipo, a os diferentes lugares, se prioriza la atención de las estaciones médico rurales más numerosas durante la mañana.

Presupuesto Salud Municipal 2011

Ingresos Presupuestarios

Con el fin de cumplir las estrategias antes mencionadas, la municipalidad de Laja, ha decidido traspasar \$10.000.000 (diez millones) del presupuesto municipal.

PRESUPUESTO 2011	249.824.578
-------------------------	--------------------

Traspaso por concepto Percápita	\$ 237.321.578
Traspaso por concepto de Bonos y Aguinaldos	\$ 2.503.000
Traspaso Municipal	\$ 10.000.000
TOTAL INGRESOS	\$ 249.824.578

GASTOS				
215	21	01	Sueldos y Sobresueldos	\$ 99.275.500
215	21	02	Sueldos y Sobresueldos	\$ 93.015.500
215	22		CxP Bienes y Servicios de Consumo	
215	22	01	Alimentos y Bebidas	\$ 525.000
215	22	02	Textiles Vestuario y Calzado	\$ 2.500.000
215	22	03	Combustibles y Lubricantes	\$ 2.940.000
215	22	04	Materiales de Uso o Consumo	\$ 30.188.578
215	22	05	Servicios Básicos	\$ 5.480.000
215	22	06	Mantenimiento y Reparaciones	\$ 1.841.000
215	22	07	Publicidad y Difusión	\$ 1.000.000
215	22	08	servicios Generales	\$ 830.000
215	22	09	Arriendos	\$ 8.000.000
215	22	10	Servicios Financieros y de Seguro	\$ 735.000
215	22	11	Servicios Técnicos y Profesionales	\$ 1.983.000
215	22	12	Otros Gastos en Bienes de Servicio de Consumo	\$ 695.000
215	29		CxP Adquisición de Activos no Financieros	
215	29	05	Máquinas y Equipos	\$ 763.000
215	29	06	Equipos Informáticos	\$ 53.000
TOTAL GASTOS				\$ 249.824.578

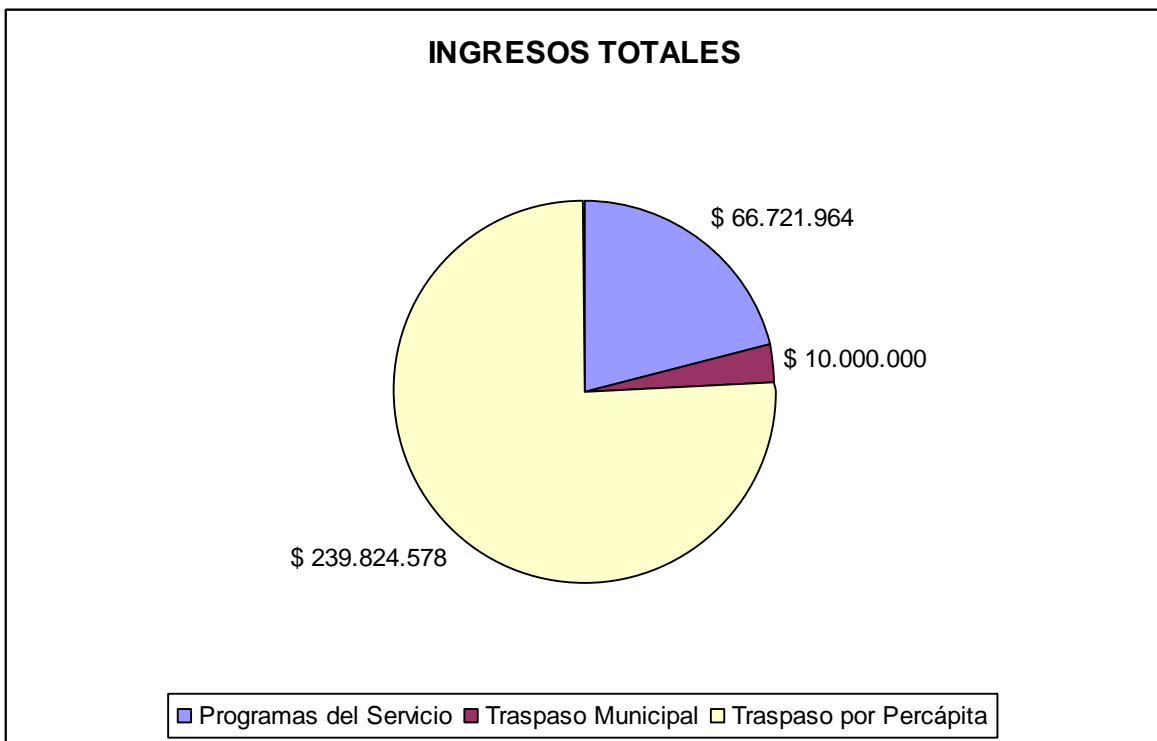
Si bien el traspaso es menor que los años anteriores es importante destacar que el financiamiento vía per cápita ha ido en constante aumento, ello principalmente por el aumento en aproximadamente 1.500 usuarios en año y medio.

Programas Especiales

Estos programas son financiados por el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Biobío, dichos recursos pretenden apoyar la gestión en atención primaria, reforzando y en algunos casos aumentando el nivel de cumplimiento de metas.

Basándonos en el año 2010 en que se traspasaron un poco más de \$66.721.964 podemos esperar una cifra similar para el 2011.

El porcentaje de participación es el que refleja el siguiente gráfico, donde el presupuesto finalmente asciende a 249.824.578 anuales para la gestión de atención primaria municipal.



Gastos Presupuestarios

En este punto se considera el pago de remuneraciones de la dotación de personal contemplada para el año 2011, que incluye tanto el personal de planta y el de contrata.

Otro aspecto importante del presupuesto son los Bienes y Servicios de Consumo, puesto que en este ítem recae la adquisición de medicamentos para los pacientes de atención primaria municipal.

Considerablemente los medicamentos adquiridos corresponden a la planilla requerida, pero también se realizan algunas excepciones ha nuestros pacientes rurales, que son respaldados por informes de asistentes sociales y profesionales asociados, puesto que de no recibir el medicamento de manera oportuna el paciente pone en riesgo su vida.

Los servicios básicos son aquellos gastos en que se incurre para la operación, es decir, energía eléctrica. Agua potable, gas, telefonía fija. Este valor es anual y se debe considerar el consumo de las tres postas, más la consulta medico municipal y la dirección comunal de salud (oficinas administrativas).

Cartera de Servicios

En términos generales los servicios son los siguientes:

<p style="text-align: center;">PROGRAMA INFANTIL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de Salud • Consulta por déficit Nutricional • Control Lactancia Materna • Atención Grupal • Consulta de Morbilidad • Control de Crónicos • Consulta Social • Consulta por Déficit DSM • Visita Domiciliaria • Vacunación • Consulta Salud Mental Infantil • Actividades de PNAC 	<p style="text-align: center;">PROGRAMA ADOLESCENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Morbilidad • Control Prenatal • Control Puerperio • Control de regulación de fecundidad • Consejería sexual y reproductiva • Control ginecológico • Educación Grupal • EMPA • Consulta nutricional • Consulta Social • Consulta de Salud Mental • Visita Domiciliaria • PNAC y Consulta Odontológica
<p style="text-align: center;">PROGRAMA ADULTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de morbilidad • Control de crónicos • Consulta Nutricional • Consulta Social • Consulta Salud Mental • Visita Domiciliaria Integral • Vacunación Influenza • Control TBC • Consejerías 	<p style="text-align: center;">PROGRAMA ADULTO MAYOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de morbilidad • Control de crónicos • Consulta Nutricional • Consulta Social • Consulta Salud Mental • Visita Domiciliaria Integral • Vacunación Influenza • Control TBC • Consejerías

Específicamente se abordarán los siguientes aspectos:

Programa infantil

- Mantener porcentaje de obesidad menor a 8% en el menor de 6 años.
- Dar seguimiento y recuperación a los niños pesquisados con diagnóstico de rezago, riesgo o retraso.
- Mantener cobertura de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Continuar con incorporación de kinesiólogo para tratamiento de los niños diagnosticados con IRA.
- Priorizar en la consulta de morbilidad a todo niño menor de 6 años.
- Gestionar implementación de sala de estimulación e incorporación de educadora de párvulos.
- Mantener cobertura en P.N.I.
- Incorporar a todo recién nacido al programa CHILE CRECE CONTIGO, y dar seguimiento a los niños diagnosticados con algún riesgo psico social.
- Brindar seguimiento, .tratamiento y recuperación a todas las patologías auge del menor.
- Gestionar a nivel interno reunión semanal del equipo de CHILE CRECE CONTIGO.
- Mejorar la coordinación a nivel comunal del equipo CHILE CRECE CONTIGO.

Programa Adolescente

- Con la incorporación de otra matrona a formar parte de la dotación, se pretende estrechar la brecha existente entre los resultados esperados y los realmente obtenidos.

Programa del Adulto

- Incrementar en un 10% la cobertura de EMPA con respecto al año 2010.
- Aumentar cobertura de hombres en PSCV.
- Establecer tasa de abandono en el PSCV,
- Lograr que el 60% de los pacientes hipertensos después de 6 meses en programa logra mantener presión arterial menor a 140/90 mmHg.
- Aplicar QUALIDIB al 100% de los pacientes recién diagnosticados con Diabetes Mellitus.
- Aplicar al 100% de los pacientes recién ingresados evaluación del pie diabético..
- Lograr que el 20% de los pacientes dislipidemicos bajo control logre la meta terapéutica de colesterol LDL.
- Mejorar compensación de pacientes hipertensos de 47% que corresponde línea base actual a 60% de compensación.(presión arterial menor a 130/85)
- Mejorar compensación de pacientes diabéticos de 45% que corresponde línea base local a 50% de compensación con hemoglobina menor a 7.
- Continuar con el diagnostico., tratamiento y recuperación de todas las patologías auge correspondiente a este grupo etáreo..
- Continuar con incorporación de kinesiólogo para el tratamiento del programa ERA .
- Gestionar horas kinesiólogo para el tratamiento de patologías como artrosis, parkinson ,accidente cerebro vascular ,y lesiones músculo esqueléticas
- Implementación de cuaderno de citas para control con enfermera de pacientes del PSCV y garantizar atención oportuna y cumplir con programación.
- Coordinar con equipo VIDA CHILE actividad para difundir e incentivar EMPA.
- Aplicar al 100% de las personas diabéticas Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica.

Programa del Adulto Mayor

- Gestionar campaña comunicacional de promoción de actividad física para adultos mayores centradas en caminar, subir escaleras, bailar ,bicicleta estática y otros.
- Coordinar la implementación de talleres prácticos de uso del PACAM en clubes de adultos mayores.
- Detectar en EMPA , consulta de morbilidad ,control de crónicos a aquellos A.M que no participan en OSC y motivar e incentivar su incorporación en ellas.
- Aumentar en un 5% la cobertura de EMPA con respecto al año 2009.
- Incorporar plan de seguimiento para aquellos A.M diagnosticados con sospecha de maltrato o carentes de redes comunitarias.
- Visita domiciliaria para aquellos adultos mayores detectados con riesgo de dependencia, carentes de redes o sospecha de maltrato.
- Continuar con el diagnostico., tratamiento y recuperación de todas las patologías auge correspondiente a este grupo etáreo.
- Gestionar horas kinesiólogo para el tratamiento de patologías artrosis como, parkinson, accidente cerebro vascular ,y lesiones músculo esqueléticas.
- Implementación de cuaderno de citas para control con enfermera de pacientes del PSCV y garantizar atención oportuna y cumplir con programación.
- Aplicar al 100% de las personas diabéticas Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica.
- Aplicar QUALIDIB al 100% de los pacientes recién diagnosticados con Diabetes Mellitus.
- Aplicar al 100% de los pacientes recién ingresados evaluación del pie diabético.
- Gestionar ayudas técnicas que le permitan al A.M una mejor calidad de vida.

Programa Odontológico

- Tasa de cobertura de urgencia de 30%
- Mantención de rechazo de urgencia dental a un 0%
- Mantención de 70% de cobertura niños GES de 6 años de edad
- Mantención de 65% de cobertura en niños de 12 años
- Logar un 75% de cobertura en población GES de 60 años en atención dental integral
- Lograr un 75% de cobertura en prótesis removible en GES de 60 años
- Logar un 70% de cobertura en evaluación de la embarazada primigesta
- Lograr 70% cobertura evaluación de Embarazada Multípara

AUGE de atención Primaria

Contempla las siguientes patologías.

- Diabetes Mellitas Tipo 2
- Infección Respiratoria Aguda
- Neumonía
- Hipertensión Arterial
- Salud Oral Adulto
- Colectomía Preventiva
- Vicio Refracción, Otros vicio refracción
- Vicio Refracción presbicia pura
- Vicio Refracción, sospecha vicio refracción
- Retinopatía Diabética
- Depresión
- Ortesis
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Asma Bronquial
- Artrosis de Cadera y/o Rodilla leve o moderada
- Salud Oral Infantil
- Dependencia de Alcohol y Drogas.

Metas IAAPS 2011

Las metas IAAPS son aquellas negociadas de acuerdo a la Ley N° 19.813 de Desempeño Colectivo A.P.S.

Las negociaciones se realizan en Enero del 2010, pero no debería bajar el porcentaje de cumplimiento, teniendo en cuenta un aumento potenciado de 14% del per cápita.

META	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
Cobertura examen medicina preventiva hombres 20 a 44	15 %
Cobertura examen medicina preventiva mujeres de 45 64 años	31 %
Cobertura examen medicina preventiva 65 y mas	66 %
Ingreso precoz control embarazo	72 %
Altas Odontológicas menores de 20	19 %
Diabetes Mellitas 2 – 15 a más años	75 %
Hipertensión arterial – 15 a más a años	73 %
Déficit desarrollo spicomotor	100 %
Tasa Visita Integral	0.31 %
Tasa Atención Domicilios Postrados	10.00 %

Desempeño Colectivo 2011

META	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
Cobertura EDSM a 18 meses	95 %
Cobertura PAP	80%
Cobertura Alta Odontológica en Adolescente de 12 años	7 0%
Cobertura Alta Odontológica en niños de 6 años	70%
Cobertura Alta Odontológica en mujeres embarazadas primigestas	60%
Compensación de personas con diabetes bajo control 20 y más	48%
Compensación de personas con hipertensión bajo control de 20 y más	78%
Niños < 6 años con mal nutrición por exceso	7.8%
Consejo de desarrollo	100%
Gestión de reclamos	100%
Vacuna Pentavalente	95%

Programa Capacitación 2011.

PROGRAMA DE CAPACITACION 2011.- LEY N° 19.378.- de APS.

Taller de desarrollo de habilidades para el adecuado manejo del estrés laboral. Con baile entretenido
Desarrollo de las competencias para mejorar el trato al usuario
Salud Física y mental, con talleres para el fortalecimiento del clima laboral
Técnicas de Medicina complementaria.

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 Bio Bio

ANEXOS

"ORIENTACIONES GENERALES PARA EL CUIDADO DE LA FAMILIA Y LAS DISTINTAS ETAPAS DEL CICLO VITAL INDIVIDUAL"

EXISTE UNA GAMA DE PROBLEMAS DE SALUD QUE ESTÁN MÁS FUERTEMENTE RELACIONADOS CON LA FAMILIA, YA SEA EN SU GÉNESIS Y SU RELACIÓN CON VALORES, HÁBITOS O COSTUMBRES FAMILIARES, O EN SU MODIFICACIÓN, A TRAVÉS DE INTERVENCIONES EN QUE LA FAMILIA ES RELEVANTE. EN EL CASO DE TODOS LOS PROBLEMAS DEL ÁMBITO PSICOSOCIAL Y DE LOS PROBLEMAS CRÓNICOS, ASOCIADOS A LOS ESTILOS DE VIDA EL ENFOQUE FAMILIAR ES CRUCIAL. BAJO EL ACÁPITE "CUIDADOS DESDE LA FAMILIA COMO SISTEMA" SE EXPLICITAN LOS PROBLEMAS EN QUE EL ENFOQUE FAMILIAR Y LA MIRADA MULTIDISCIPLINARIA ES INSOSLAYABLE Y PARA CADA ETAPA DEL CICLO VITAL SE INCORPORAN LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES, DESTACANDO AQUELLOS QUE CON MÁS FUERZA REQUIEREN DEL ENFOQUE FAMILIAR. NATURALMENTE EN SALUD BUCAL, NUTRICIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, SI SE TRABAJARA CON LA FAMILIA COMO SISTEMA, SUS RESULTADOS SERÍAN OTROS.

Área estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Promoción de la salud infantil, con énfasis en salud mental	- Aumentar el número de niños y niñas menores de tres años inscritos cuyos padres y/o cuidadores, asisten a Taller ¡Nadie es perfecto! o ¡Taller de auto cuidado! estimulación Y normas de crianza.	- Aumentar en un 10% el N° de niños y niñas inscritos cuyos padres o cuidadores asisten al menos a 3 sesiones del taller Nadie es Perfecto o del taller de autocuidado: estimulación y normas de crianzas. T=7 niños	- N° de padres y/o cuidadores de niños y niñas bajo control de 0 a 3 años que asisten a lo menos a tres sesiones de Taller / N° total de padres y/o cuidadores de niños o niñas inscritos De 0 a 3 años de EDAD X 100.	Registro local
Control de salud de niños y niñas para el logro del	- Aumentar la cobertura de niños/as que	- 100% de los niños/as tienen su control de salud a los 2 años y seis	- N° de niños de 2 años y seis meses de edad controlados / N° Total de niños de 2 años	

Área estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
desarrollo integral con énfasis en Estimulación Temprana	acceden a control de salud en las edades establecidas (Meta Cobertura DSM???: 90%)	Meses de edad. T= 40 niños	a 2 años y 11 meses bajo Control x 100	
		- 100% de los niños/as tienen su control de salud a los 4 años y seis Meses de edad. T=40 NIÑOS	- N° de niños de 4 años y seis meses de edad controlados / N° Total de niños 4 años a 4 años y 11 meses bajo controlx100	
	-Aumentar el número de madres que recibe apoyo por presentar problema de salud mental que afecta la creación o manutención de un vínculo seguro con su hijo o hija.	- Al 90% de niños y niñas de 4 y 12 meses que asisten a control de salud se les aplica pauta de observación de calidad de apego con su Madre y Padre o figura Significativa. T= 37 NIÑOS DE 4 Y 12 meses	- N° de niños/as con control de salud a los 4 meses a quienes se aplica la pauta de observación de la calidad de apego / N° Total de niños/as de 4 meses bajo control x 100.	REM 02 REM P2
			- N° de niños/as con control de salud a los 12 meses a quienes se aplica la pauta de observación de la calidad de apego/N° Total de niños/as de 12 meses bajo control x 100.	
		- Al 90% de las madres de niños y niñas que asisten al control de salud a los 2 y a los 6 meses de edad se les	- N° de niños/as con control de salud a los 2 meses a cuyas madres se les aplica Escala de Edimburgo//Total de niños/as de 2 meses bajo control x 100.	REM 02 REM P2

Área estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
		Aplica escala de Edimburgo. T= 37 NIÑOS	- N° de niños/as con control de salud a los 6 meses a cuyas madres se les aplica Escala de Edimburgo//Total de niños/as de 6 meses bajo control x 100.	
	- Aumentar la detección de niños y niñas con rezago y déficit en su Desarrollo integral.	- 100% niños/as de 1 un mes con control de salud con protocolo Neurosensorial aplicado. T=37 niños	- N° de niños/as con controles de 1 mes con protocolo aplicado / N° Total de niños y niñas de 1 mes bajo control x 100.	
		- 90% niños/as de 12 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. T=33 NIÑOS	- N° de niños/as con aplicación de pauta breve en el control de salud de los 12 meses de edad / N° Total de niños y niñas bajo control de 12 meses de edad x 100.	

Tema/ Prioridad	Objetivos	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
		- 90% de niños y niñas de 18 meses de edad con aplicación EEDP en el Control de salud. T =33 niños	- N° de niños y niñas evaluados con EEDP de 18 meses de edad / N° Total de niños y niñas bajo control de 18 Meses de edad x 100.	REM 02
			- N° de niñas y niños evaluados con EEPD a los 18 meses con rezago / N° total de niñas y niños evaluados con EEDP a los 18 meses X 100 =.	REM 26
		- 90% de niños y niñas de 3 años de edad con aplicación TEPSI en el Control de salud. T=30 NIÑOS	- N° de niños y niñas evaluados con TEPSI a los 3 años / N° Total de niños bajo control de 3 años de edad x 100. - N° de niñas y niños evaluados con TEPSI a los 3 años con rezago / N° total de niñas y niños evaluados con TEPSI a los 3 años x 100	- Información de manejo local
	- Aumentar el número de niños y niñas que reciben apoyo para superar el déficit o rezago de su desarrollo.	- 100% de los niños o niñas con déficit en su desarrollo psicomotor con derivación efectiva a consulta por déficit de desarrollo psicomotor.	- N° de niños/as con déficit en su desarrollo psicomotor detectado derivado a consulta por déficit de desarrollo psicomotor / N° Total de niños/as con déficit en su desarrollo Psicomotor detectado x 100 =.	

		- 100% de los niños y niñas con rezago con padres o cuidadores derivados Efectivamente a taller.	- N° de niños y niñas con rezago cuyos padres o cuidadores son derivados efectivamente a taller / N° Total de niños y niñas con rezago x 100.	
		- 100% de niños y niñas con déficit son derivados efectivamente a alguna modalidad de Estimulación temprana.	- N° de niños/as con déficit en su desarrollo derivados a alguna modalidad de estimulación / N° Total de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo x 100.	
		- 100% de niñas y niños menores de 6 años con déficit en su desarrollo recibe a lo menos una visita domiciliaria integral.	- N° de niños/as menores de 6 años con déficit en su desarrollo que recibieron visita domiciliaria integral / N° Total de niños/as menores de 6 años con déficit en su desarrollo x 100.	
		- El 100% de madres padres o cuidador/a y niños o niñas con apego inseguro son invitados e incentivados a asistir Taller de apego seguro.	- N° de niños/as menores de un año de edad que asisten con su madre, padre o cuidadora significativa a taller de apego seguro / N° total de niños/as menores de un año con apego inseguro x 100	
		- El 90% de las madres con sospecha de depresión post parto son ingresadas efectivamente a GES.	- N° de madres con sospecha de depresión post parto ingresadas a GES / N° Total madres con sospecha de depresión Post parto x 100.	

	<p>- Aumentar el número de niños de 6 meses que son alimentados Con lactancia materna exclusivo.</p>	<p>Mantener el porcentaje de niños y niñas con Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses, respecto al año 2009. (100%)</p>	<p>- N° niños de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva / N° Total de niños de 6 meses Bajo control x 100.</p>	<p>REM P 02</p>
	<p>- Apoyar las técnicas de LM a todas las madres en riesgo de suspensión de LM.</p>	<p>- 80% de las madres en riesgo de suspensión de LM son derivadas a consulta de LM.</p>	<p>- N° de madres en consulta de LM / Total de madres en riesgo de suspensión de LM.</p>	
	<p>-Aumentar las competencias o capacidades de la familia para prevenir Accidentes infantiles.</p>	<p>- Aplicación de guía anticipatoria de accidentes infantiles al 100% de madres, padres y cuidadores de niños/as en controles de salud Durante el primer año de edad. A los 4 meses y 8 meses. T=37 niños T=37 niños</p>	<p>- N° de niños/asas menores de 12 meses a cuyas madres, padre o cuidadoras se les aplica la guía anticipatoria de accidentes infantiles en los controles de salud /N° Total de niños de 12 meses de edad bajo control x 100.</p>	

Inmunizaciones	- Aumentar el número de niños/as que reciben su tercera dosis de vacuna Pentavalente+Polio oral a los seis meses de edad Meta Sanitaria: 90%.	- Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%.	- N° de niños vacunados con Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad /N° Total de niños de 6 meses de edad de la comuna correspondiente x 100.	REM 13 REM 13
	- Aumentar el número de niños/as que reciben su primera dosis de vacuna SRP al año de edad.	- Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%.	- N° de niños vacunados con SPR a los 12 meses de edad con /N° Total de niños de 12 meses de edad de la comuna Correspondiente x 100.	REM 13 REM 14

Área Estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Examen Medicina Preventiva del Adulto (EMPA)	- Aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años con el fin de detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que	- Al menos una actividad, en conjunto con Vida Chile para difusión e incentivo del EMPA.	- Actividad realizada.	Informe

Área Estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
	causan morbi mortalidad, Para su tratamiento.	- Incrementar en un 10% la cobertura de EMPA respecto al 2009.	- N° de EMPA realizados a población beneficiaria FONASA / Población beneficiaria FONASA x 100.	REM 04, Sección A
Enfermedades Cardiovasculares	- Aumentar el numero de usuarios particularmente, de hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular Aumentar el numero de personas con riesgo CV alto y muy alto que están compensadas	- Aumentar cobertura de hombres bajo control en el PSCV (establecer línea de base). - Establecer línea base Bajo control 85 hombres	- N° de hombres bajo control en el PSCV / N° total de usuarios bajo control en el PSCV x 100. - N° de personas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto.	Registro local
	- Mejorar la adherencia al PSCV.	- Establecer línea de base y caracterizar a la población que abandona, de acuerdo a protocolo.	- N° de personas ingresadas al PSCV con más de 1 año de antigüedad en el Programa, con al menos 1 control o consulta en los últimos 12 meses / N° total de personas ingresadas al PSCV con más de 1 año de antigüedad en Programa x 100.	- Estudio de la cohorte de pacientes ingresados al PSCV.

Área Estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Hipertensión Arterial	- Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión, bajo control en el Programa Salud Cardiovascular.	- Establecimientos con cobertura de personas con hipertensión bajo control PSCV menor a 55%; aumentar en 3 puntos porcentuales esta cobertura.	- N° de personas adultas con hipertensión, bajo control, en PSCV / N° total de personas adultas con hipertensión en población inscrita o beneficiaria estimada según prevalencia.	REM P04; Sección A
	-Aumentar la proporción de personas hipertensas bajo control compensadas (presión arterial inferior a 140/90 mmHg en el último Control).	Al menos 60% de los hipertensos bajo control con más de 6 meses en Programa logra mantener su presión arterial bajo 140/90 mmHg.	- N° de personas hipertensas en control con presión arterial bajo 140/90mmHg/ N° total de personas hipertensas en control x 100.	REM P04; Sección B

Área Estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
Diabetes tipo 2	-Aumentar el cobertura de personas de 20-64 años con diabetes tipo 2 bajo Control en PSCV.	-En establecimientos con coberturas menores de 35%, de personas diabéticas tipo 2 bajo control en el PSCV, aumentar en 3 puntos porcentuales la cobertura En establecimientos con coberturas mayores de 35%, alcanzar o Mantener cobertura sobre 40%, según corresponda.	- N° de personas diabéticas tipo 2 bajo control en PSCV / N° total de personas diabéticas tipo 2 en la población inscrita, estimada según prevalencia x 100 =.	REM 04; Sección A
	- Aumentar el número de personas con diabetes tipo 2 con Buen control.	- 50% de las personas con diabetes bajo control logra niveles de HbA1c <7%. 60% de la personas con diabetes bajo control logra niveles de presión Arterial bajo 130/80 mmHg.	- N° de personas diabéticas bajo control en PSCV con niveles de HbA1c <7% / N° de personas diabéticas bajo control en PSCV x 100. - N° de personas diabéticas bajo control en PSCV con niveles de presión arterial bajo 140/90 mmHg/ N° de personas Diabéticas bajo control x 100.	REM P04; Sección B
	- Aumentar la calidad de la atención de las personas con diabetes tipo 2 bajo Control.	- QUALIDIAB-Chile aplicado al 100% de las personas diabéticas recién diagnosticadas y cada 3 años a los pacientes con más de 1 año de tratamiento.	- Informe de análisis de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos bajo Control.	REM P04; Sección C. QUALIDIABChile

Área Estratégica	Objetivo	Meta	Indicador	Fuentes del Indicador
	- Prevenir o postergar las complicaciones invalidantes de la diabetes a través de una detección y tratamiento Oportuno.	- El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les realiza una evaluación de los pies. 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	- N° de personas con diabetes bajo control en el PSCV a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses / N° de personas con diabetes bajo control en el PSCV x 100. - N° de personas con diabetes bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie x 100.	REM P04; Sección C. QUALIDIABChile
		- Fondo de ojo por oftalmólogo.	- N° de personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso / N° total de ingresos a PSCV por diabetes tipo 2 x 100.	REM P04; Sección B SIGGES

Área Estratégica	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Dislipidemias	- Aumentar el número de personas con Dislipidemia compensadas.	20% de los dislipidémicos bajo control alcanzan la meta terapéutica de colesterol LDL según Corresponda al nivel de riesgo CV. T=40 Dislipidemicos	- N° de personas con dislipidemia bajo control en PSCV con el colesterol LDL en la meta terapéutica según el nivel de riesgo CV / N° total de personas dislipidémicas bajo control en PSCV x 100.	REM P04; Sección A

Área Estratégica	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Obesidad y Actividad Física	- Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV que realiza actividad física de moderada intensidad, al menos 30 minutos diarios, la mayoría de los Días de la semana.	- Lograr que al menos un 25% de las personas obesas en PSCV realice actividad física moderada, durante 30 minutos al día, la mayoría de los días de la Semana. T=52 PERSONAS	- N° de personas obesas en PSCV que realiza actividad física moderada, durante 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana / N° total de personas obesas en control en PSCV.	REM P04 Registro de actividad física en la ficha y/o Tarjetero.

Área Estratégica	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
	- Aumentar el número de personas obesas bajo control en el PSCV, que logra bajar de peso.	- Porcentaje de personas obesas en PSCV que logran reducir, al menos un 5% de su peso al ingreso. T=10 personas	- N° de personas obesas bajo control en PSCV que bajan al menos 5% de su peso inicial al ingreso / N° total de personas obesas bajo control en PSCV x 100.	REM P04; Sección C
Enfermedad Renal Crónica (ERC)	- Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas en riesgo.	- 100% de las personas en PSCV con ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica aplicada y clasificadas según etapa de la ERC.	- Informe con la clasificación según etapa de la ERC de las personas Diabéticas en PSCV.	REM
Apoyo a la mantención de la Funcionalidad	- Aumentar el número de personas adultas mayores (AM) que realiza actividad física en forma habitual.	- 10% de los adultos mayores realiza algún tipo de actividad física.	- N° de Adultos/as mayores que realiza actividad física / N° Total de AM inscritos x 100 =.	REM

Área Estratégica	Objetivo	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
	- Aumentar el número de personas que tienen conocimientos y habilidades para mantener una alimentación saludable.	- 10% de los adultos mayores participa en actividad educativa de alimentación saludable.	- N° de AM que realiza actividades para una alimentación saludable / N° Total de AM inscritos x 100 =.	REM
	- Aumentar el número de personas que participan en organizaciones sociales y comunitarias (OSC).	- 10% de los AM participan en (OSC).	- N° de AM que participa en organizaciones sociales y comunitarias / N° Total de AM inscritos x 100 =.	REM

Tema/ Prioridad	Objetivos	Metas	Indicador	Fuentes del Indicador
Apoyar a las personas adultas mayores que los presentan factores de riesgo que pueden alterar su funcionalidad	- Aumentar el número de personas a los que se ha realizado el EMPAM en el año precedente	- > 5% respecto al año 2009	- N° de AM con EMP al día / N° de AM inscritos x 100	REM
	- Realizar actividades de apoyo a AM identificados con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato.	- 100% de AM detectados con riesgo de dependencia (según EFAM), carentes de redes o sospecha de maltrato con tratamiento y plan de seguimiento.	- N° total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato con tratamiento y plan de seguimiento/N° total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato x 100.	REM
		- 100% de AM detectados con riesgo de dependencia (según EFAM), carentes de redes o sospecha de maltrato tienen visita domiciliaria.	- N° total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato y Visita Domiciliaria / N° de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato x 100.	
	-Detectar tempranamente a las personas en riesgo o que presentan una insuficiencia renal crónica (ERC).	- 100% de las personas en PSCV con ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica aplicada.	- N° de personas en control en PSCV con ficha Prevención ERC aplicada / N° de personas en control en PSCV x 100.	Registro PSCV

	<p>- Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan úlceras activas, retinopatía Diabética.</p>	<p>- Al 100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV se les evalúa los pies a los 3 meses.</p> <p>- 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p> <p>- Al 100% de las personas diabéticas ingresadas a PSCV se les ha realizado fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso en el nivel primario y secundario de atención.</p>	<p>- N° de personas diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie x 100 =.</p> <p>- N° de personas diabéticas ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso / N° total de ingresos a PSCV por diabetes x 100 =.</p>	<p>REM P04; Sección C. QUALIDIABChile.</p> <p>- REM P04; Sección B QUALIDIABChile</p>
	<p>- Aumentar el número de AM con artrosis leve y moderada de rodilla y cadera que reciben tratamiento en Atención Primaria.</p>	<p>- 100%.</p>	<p>- N° de AM con artrosis en tratamiento del dolor / N° de AM inscritos con diagnóstico de artrosis x 100 =.</p>	<p>REM</p>

	- Aumentar el número de AM con Depresión que reciben tratamiento.	- 100%	- Nº de AM con exploración diagnóstica por sospecha de depresión / Nº de AM inscritos con sospecha de depresión x 100 =.	SIGES REM
		- 100%	Nº de AM en tratamiento por depresión con visita domiciliaria / Nº de AM en tratamiento por depresión x 100 =.	
	- Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más (AM) con problemas y trastornos de salud Mental y sus familias.	- 100 % de AM inscritos con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según Corresponda.	- Nº de AM detectados con consumo en riesgo de alcohol que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados / Nº total de adultos mayores inscritos x 100.	REM 06 REM P6
Rehabilitación de adultos mayores con pérdida de funcionalidad	- Aumentar el número de personas con dependencia que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	10%	- Nº de AM con dependencia integrados a grupos de rehabilitación / Nº de AM inscritos con dependencia x 100 =.	REM

<p>Apoyo al adulto mayor con dependencia severa y demencia y a sus cuidadores</p>	<p>- Aumentar el número de personas cuidadoras de AM que están capacitadas y reciben apoyo.</p>	<p>- 60%</p>	<p>- N° de de personas cuidadoras capacitadas en grupos en la comunidad / N° de personas cuidadoras x 100 =.</p>	<p>REM</p>
<p>Pesquisa y Tratamiento de la Tuberculosis</p>	<p>- Aumentar el número de personas mayores con bacilos copia si son sintomáticos respiratorios según norma.</p>	<p>- 100% de los SR. identificados</p>	<p>- N° de BK solicitadas y realizadas.</p>	<p>- Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios.</p>
		<p>- Visita al 100% de los clubes de AM identificados Bacilos copia al 100% de los Adultos mayores S.R. de más de 15 días identificados en la visita.</p>	<p>- N° de clubes de AM identificados en el área De las postas visitados / N° de clubes de AM identificados en el área rural x 100 = - N° de bacilos copias realizadas a S.R. de más de 15 días en los Clubes de AM / N° de S.R. de más de 15 días en los Clubes de AM X 100.</p>	<p>-Libro de seguimiento de Sintomáticos Respiratorios.</p>
		<p>- 100% de los contactos estudiados censados.</p>	<p>- N° de contactos estudiados / N° de contactos censados.</p>	<p>- Evaluación del programa</p>
	<p>- Aumentar el número de altas inactivas</p>	<p>- 100% de los pacientes con identificación del Store de Riesgo</p>	<p>- N° de pacientes con store de riesgo identificados/ N° de pacientes ingresados a tratamiento</p>	<p>- Ficha clínica Tarjeta de tratamiento</p>

	en las cohortes de Tratamiento (85 %)	- Control mensual por medico al 100% de los pacientes.	- N° de controles médicos registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente	- Ficha clínica Tarjeta de tratamiento
		- 3 consulta por enfermera al 100% de los pacientes	- N° de consulta de enfermera registrada en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente.	- Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
		- El 100% de los pacientes inasistente tengan una consulta de enfermera	- N° de consultas de enfermera registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente.	- Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
	- Lograr Tasa de abandono menor del 5%	- 100% de los pacientes que abandonan tratamiento con visita domiciliaria	- N° de visitas de rescate / n° de abandonos.	- Tarjeta de Tratamiento
		- 100% de los abandonos con auditoria realizada	- N° de auditorias realizadas / N° de abandonos.	- Auditorias de AB. enviadas al PCTB MINSAL.
	- Lograr una tasa de mortalidad menor de 3% en la cohorte	- Auditoria al 100% de los casos fallecidos.	- N° de auditorias de muertes realizadas/N° de casos fallecidos durante el tratamiento.	REM 09