

PLAN COMUNAL DE SALUD 2019



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
DE LAJA

Entregado a Jrs(a) Concejales en
Sesión Ord. N° 31 de Concejo Municipal
de fecha 07 de Noviembre de 2018.

[Handwritten signature]





Contenido

INTRODUCCIÓN	5
DIAGNOSTICO DE LA COMUNA DE LAJA.....	7
CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA COMUNA	7
HISTORIA DE LA COMUNA.....	7
GEOGRAFIA.....	7
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA COMUNA.....	8
VÍAS DE ACCESO A LA COMUNA.....	9
MEDIOS DE TRANSPORTE.....	10
CARACTERISITICAS ECONÓMICAS	10
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	11
ORGANIZACIONES SOCIALES DE LA COMUNA DE LAJA.....	12
DETERMINANTES SOCIALES.....	13
INDICE DE DESARROLLO HUMANO	15
SANEAMIENTO BÁSICO DE LAS VIVIENDAS	16
ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS	17
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	18
INDICADORES EDUCACIONALES	19
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE LAJA	21
MISIÓN	21
VISIÓN	21
INFRAESTRUCTURA	22
MESO Y MICRO RED DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LAJA	22
SECTORIZACIÓN DE LA POBLACION RURAL EN LA COMUNA DE LAJA	23
SECTORES EN QUE SE ENTREGA EL SERVICIO DE SALUD RURAL.....	23
POSTAS RURALES Y ESTACIONES MEDICO RURAL - LAJA	24
DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA	25
RECURSOS RRHH	25
RECURSOS FINANCIEROS.....	26
DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA	28
VOLUMEN DE CONSULTAS Y ATENCIONES POR CICLO VITAL	28
MOTIVOS DE REFERENCIA Y ESPECIALIDAD POR CICLO VITAL.....	29
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EDUCATIVAS Y COMUNITARIAS.....	32





FACTORES CONDICIONANTES DE LA POBLACION A CARGO.....	38
☒ RIESGO FAMILIAR	38
☒ FACTOR NATURAL	39
☒ FACTOR EDUCACIONAL	40
DESCRIPCION RED ASISTENCIAL COMUNAL	41
POSTA DE SALUD RURAL SANTA ELENA Y ESTACION MEDICA RURAL.....	41
☒ DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	42
POSTA DE SALUD RURAL LA COLONIA Y ESTACIONES MEDICO RURAL	43
☒ DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	44
POSTA DE SALUD RURAL PUENTE PERALES Y ESTACION MEDICA RURAL	45
☒ DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	46
POBLACION PER CAPITA DSM LAJA - AGOSTO 2018.....	47
BAJO CONTROL A AGOSTO 2018 Y LINEAMIENTOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD QUE CUENTA EL DSM LAJA	48
PROGRAMA SALUD INFANTIL: NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS	51
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	65
PROGRAMA IRA	67
PROGRAMA ODONTOLÓGICO	77
PROGRAMA DE SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS	78
CICLO VITAL ADOLESCENTE	80
CICLO VITAL ADULTO	82
PROGRAMA DE LA MUJER	82
PROGRAMA DE CANCER DE CUELLO UTERINO	86
PROGRAMA DE CANCER DE MAMA.....	87
PROGRAMA CLIMATERIO	88
PROGRAMA ERA (Enfermedades respiratorias del adulto)	89
REHABILITACIÓN KINÉSICA EN POSTAS DE SALUD RURAL.....	93
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	97
PROGRAMA DE SALUD MENTAL	106
CICLO VITAL ADULTO MAYOR.....	116
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM).....	116
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	117
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCION PRIMARIA	124
CONVENIOS DE REFUERZO EN ATENCION DE SALUD	129



PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	129
UAPO - UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA LAJA	132
CENTRO COMUNITARIO REHABILITACIÓN LAJA	141
PROGRAMA VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES	146
PROGRAMA DIR	150
CUMPLIMIENTO METAS	155
☑ METAS IAAPS año 2017	155
METAS IAAPS AÑO 2018	158
☑ METAS SANITARIAS	163
METAS SANITARIAS AÑO 2017	163
METAS SANITARIAS AÑO 2018	165
ESTRATEGIAS CUMPLIMIENTO META IAAPS y METAS SANITARIAS	167
POBLACIÓN INFANTIL	167
☑ POBLACION SALUD MENTAL	168
☑ PROGRAMA DE LA MUJER	169
☑ PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR	169
☑ PROGRAMA ERA- IRA	169
☑ PROGRAMA ODONTOLOGICO	170
☑ GESTIÓN DE RECLAMOS EN APS:	170
☑ LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA SEIS MESES DE VIDA	171
☑ PORCENTAJE DE FAMILIAS EVALUADAS SEGÚN RIESGO FAMILIAR - VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRAL	171
☑ PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL ELABORADO Y FUNCIONANDO PARTICPATIVAMENTE	172
CARTERA DE SERVICIOS DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL	174
DEMANDA ESTIMADA	175
ENFERMEDADES GARANTIZADAS EN EL GES	177
GARANTÍAS GES DEPARTAMENTO DE SALUD LAJA	179
DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS	183
☑ MESA TERRITORIAL UNIDAD ESTRATEGICA LAJA-SAN ROSENDO	183
☑ DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO AÑO 2017-2019	184
☑ DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO PROGRAMA VIDA SANA "VOCES DE SANTA ELENA"	189
PLAN DE ACCIÓN	192
☑ PRIORIZACIÓN PROBLEMAS DE SALUD	192





☐ PROBLEMAS PRIORIZADOS/MATRIZ DE CUIDADO POR CICLO VITAL.....	208
PLAN DE CAPACITACIÓN.....	234
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AÑO 2019.....	234
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 1: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	235
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 2: ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD	237
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 3: HÁBITOS DE VIDA	240
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 4: CURSO DE VIDA	242
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 5: EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS	245
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 6: MEDIO AMBIENTE	247
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 7: INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD	248
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 8: CALIDAD DE LA ATENCIÓN	253
☐ EJE ESTRATÉGICO N° 9: EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS.	255
OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN	257
MARCO JURÍDICO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	257
PROYECCIONES AÑO 2019.....	263

Se Aprueba por Unanimidad Plan Comunal
de Salud y Presupuesto año 2019 del Departamento
de Salud Municipal de Laja.
Sesión Ordinaria N° 33 de Concejo Municipal de
fecha 21 de noviembre de 2018.-

Auerdo N° 122.-



Silva



INTRODUCCIÓN

Uno de los principales objetivos al cual nos debemos como equipo de la Salud, es lograr concretar un servicio de calidad, equitativo y digno para cada uno de nuestros pacientes. Es el propósito por el cual hemos trabajado bajo las directrices claras, de nuestra primera autoridad comunal.

Bajo este concepto es que, el 2018 fue año en el que nos planteamos desafíos ambiciosos y acordes con las necesidades de nuestra comunidad rural. Es así que, uno de nuestros grandes desafíos tiene relación con lograr la Demostración Sanitaria, el reconocimiento de cada una de nuestras Postas rurales. Un propósito que exige determinadas acciones que exigen no solo el compromiso de nuestro equipo que integran este Departamento, sino que también la gestión de recursos que permitan la generación de estas instancias.

De esta manera, es que se lleva a cabo el fortalecimiento del trabajo en red. Es decir, como Departamento de Salud Municipal resulta relevante el contar con el apoyo de otras entidades públicas que, nos permitan la generación no solo de recursos sino también, el fortalecimiento de programas o acciones que llevamos a cabo, como es el caso de la SEREMI de Salud que a través de su supervisión, nos permitió realizar el plan de trabajo para poder empezar a trabajar en obtener nuestras Demostraciones Sanitaria de las postas rurales; además esto en conjunto con nuestro Servicio de Salud Bío Bío que es una red importante en nuestro desarrollo como establecimiento de salud.

Además del arduo trabajo que se realizó este año en cumplir con las normativas y metas establecidas por el Servicio de Salud, es que también se realizó instancias nuevas de talleres bajo el lineamiento Ministerial como es el caso del taller "Nadie es Perfecto", que nos permitió por primera vez poder contar con una profesional de nuestro equipo en poder ser certificada para poder desarrollar esta actividad.

Bajo esta misma línea de acción, y teniendo como principal foco a los niños y niñas, se ha desarrollado un taller de Rehabilitación Infantil destinado a aquellos pequeños que presentan alguna discapacidad. Es así que, este año 2018 se lleva a cabo la Equinoterapia, un taller propiciado por nuestros profesionales de la salud, y que también involucra a la comunidad de Curaco, quienes facilitan de manera gratuita los diversos equinos para su realización.

Y es que el trabajo intersectorial o en red entre instituciones resulta de gran relevancia para nuestro quehacer. Así lo demuestra la Mesa de Trabajo formada por el Departamento de Educación de Laja, con quienes se realizan acciones





vinculadas a la "Aula de Bienestar" y que tiene como principal objetivo fortalecer el trabajo de derivación de nuestros niños, usuarios y pertenecientes a nuestro Sistema de Educación Municipal.

Es así que, el mantener el contacto y el trabajo mancomunado con otras organizaciones o entidades resulta de vital importancia para la realización de nuestros objetivos, también es de vital importancia el contar con la participación de la comunidad. Es por tal razón y con la intención de seguir aumentando nuestra cobertura, se ha trabajado en la formación de monitores de salud, integrantes de la misma comunidad, así como también se ha potenciado el trabajo con las agrupaciones de adultos mayores y enfermos crónicos, destacando su participación activa y comprometida con el quehacer de nuestro Departamento.

Es de esta manera que, nuestro objetivo de mejorar el acceso al servicio de salud; aumentar su cobertura, el de potenciar el trabajo comunitario e implementar nuevas líneas de trabajo dispuestas por el Servicio de Salud Biobío, se han cumplido con el comprometido trabajo de nuestro equipo de salud, profesionales, técnicos, administrativos, conductores y auxiliares de servicios y por sobretodo la voluntad de nuestros usuarios. Y es que, nuestra premisa es que nuestro servicio de salud, sea identificado no solo por nuestra atención profesional en un box, y que esta sea ciertamente de calidad y digna, sino que además, podamos entregar un servicio cálido, empático, en donde nuestras postas también se conviertan en un espacio de compartir, de conversación y el conocerse, entre nuestros usuarios, nuestros vecinos.



DIAGNOSTICO DE LA COMUNA DE LAJA

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA COMUNA

➤ HISTORIA DE LA COMUNA

Laja debe su nombre a la denominación otorgada por 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.

El 22 de diciembre de 1871, se dictó un decreto que estableció en la Provincia de Biobío el municipio de "Estación de la Rinconada".

El 30 de diciembre de 1927, se dictó el decreto con fuerza de Ley 8.583 sobre división comunal, la comuna Estación de la Rinconada, pasó a denominarse La Laja.

Con más de 100 años, tenía en 1950 apenas 2.000 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.

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 una ciudad en pleno desarrollo, con una población que ha crecido desmesuradamente.

➤ GEOGRAFIA

Laja es una de las cincuenta y cuatro comunas que integran la Región del Biobío. La comuna de Laja se ubica al extremo Nororiente de la provincia del Bío Bío, entre los ríos Bío Bío 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.

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 éste 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).

➤ CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA COMUNA

La superficie de la comuna de Laja asciende a 340 kms². La población comunal hasta el año 2017, corresponde a un total de 22.389 habitantes, lo que representa un 1,09 % de la población regional.

Tabla 1: Cantidad de habitantes distribuidos por sexo y rango etario de la comuna de Laja.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TOTAL COMUNA	10.744	11.645	22.389
0 a 4	800	757	1.557
5 a 9	873	764	1.637
10 a 14	797	824	1.621
15 a 19	845	804	1.649
20 a 24	702	714	1.416
25 a 29	699	831	1.530
30 a 34	540	688	1.228
35 a 39	617	790	1.407
40 a 44	648	762	1.410
45 a 49	766	861	1.627
50 a 54	788	849	1.637
55 a 59	684	721	1.405
60 a 64	578	669	1.247
65 a 69	465	537	1.002
70 a 74	409	409	818



75 a 79	261	322	583
80 a 84	159	168	327
85 a 89	85	114	199
90 a 94	22	44	66
95 a 99	4	15	19
	2	2	4

Fuente: Resultados CENSO 2017

La población total de la comuna de Laja según el censo 2017 corresponde a 22.389 habitantes, siendo un 72, 7% sector urbano y el 27,3 % rural. Además la población se encuentra equitativamente distribuida según sexo, las mujeres representan la mayoría de la población comunal con el 52%. (CENSO 2017).

Según edad es importante también acotar que en la comuna de Laja el porcentaje de población menor de 15 años disminuyó de 27,7% a un 21.5% mientras que el porcentaje de personas de 65 años o más aumentó de 7,8% a un 13.4%. La población entre 15 y 65 años, ha variado en esta comuna desde 64,4% a un 65%. (CENSO 2017).

➤ VÍAS DE ACCESO A LA COMUNA

La comuna de Laja cuenta con diferentes vías de acceso entre las que se encuentran: Ruta Q-34 (Laja - Millantú) asfaltada y en regular condiciones; Ruta Q-90 (Laja - Ruta 5), mejorada hace algunos años para el tránsito expedito de camiones pesados; Puente Laja (San Rosendo - Laja); Acceso Ferroviario (Corto Laja) que une 22 estaciones desde Laja hasta Mercado de Talcahuano, lo que permite transbordo directo a Coronel transformándose en una importante vía de acceso.

En relación a los caminos rurales, existen rutas que actualmente se encuentran en estado regular durante estaciones estivales, empeorando su condición ante climas desfavorables, en especial en invierno.

Entre estas rutas 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)





➤ MEDIOS DE TRANSPORTE

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: 1 línea de taxis con ubicación en las calles O'Higgins y Prat y 4 líneas de colectivos con diversos recorridos.

Transporte Rural

Cabe destacar que la locomoción rural consta de buses con horarios limitados, lo que dificulta el acceso oportuno de la población a los diferentes servicios y establecimientos de Laja y sus alrededores.

Transporte Interurbano

La comuna de Laja cuenta con buses interprovinciales que realizan recorridos hacia la Provincia de Concepción, Biobío, Ñuble, y hacia la Región Metropolitana. Las líneas que operan en Laja son: Buses Laja, buses rurales, buses EME BUS y buses TURBUS. La Empresa de Ferrocarriles del Estado realiza salidas diarias a través del Corto Laja que une 22 estaciones desde Laja hasta el mercado de Talcahuano.

➤ CARACTERISITICAS ECONÓMICAS

Laja, comuna eminentemente industrial. La principal actividad de la comuna se desarrolla en lo referente a la producción industrial de la planta de celulosa. En la actualidad la planta CMPC contrata a profesionales de forma directa, además de un gran número de pymes que prestan servicios a la planta.

Los rubros mayoritariamente demandados para emprender iniciativas independientes, son 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, abarrotos, 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 de Electricidad, Frontel.
- Empresa de Agua Potable, ESSBIO.
- Empresa Contratista FLAMACAR.
- Empresa Contratista HYH Montajes.
- Empresa Contratista JCC.
- Empresa Contratista Constructora Laja Industrial Ltda.
- Empresa Contratista Constructora Laja Eléctrica Ltda.
- Empresa Contratista Constructora Laja Mecánica Ltda.
- Empresa Contratista Constructora Andalién.
- Empresa JOSPAL
- Empresa ELECTRICA MIQ
- Empresa PINTAMAR
- Empresa ISS
- Empresa DBA
- Empresa CAUCHOLAFT
- Empresa MFP
- Empresa ELECSA
- Empresa TRANSAP.
- Maestranza RUDEL.
- Maestranza Los Andes.
- Maestranza SICAO LTDA.
- Maestranza RG.
- Maestranza JVP Ingeniera y Servicios Industriales.
- Maestranza Maximiliano Morales y Cia Ltda.
- Maestranza SICMON.
- Maestranza Quiñelen
- Ingeniería y Construcciones IMEL.

➤ MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Respecto de los medios de comunicación con los que cuenta 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 difusión radial y televisiva que se encargan de informar a los sectores urbanos y rurales de nuestra comuna.





Los medios de comunicación y de difusión en la comuna son:

- Radios Emisoras (Radio Paula, Radio Araucanía, Radio Rinconada)
- Diario digital El Lajino, www.lajino.cl
- Página Web del municipio, www.munilaja.cl.
- Página web canal televisivo www.lajatv.cl

Es importante señalar, que los distintos medios de comunicación pertenecientes a la comuna de Laja, han incidido de manera positiva en la difusión de información para la comunidad en general, los cuales tienen como objetivo comunicar los acontecimientos ocurridos en la comuna de Laja, en torno a: Oferta programática perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Laja, los operativos de salud a efectuar en la comuna, educaciones en torno a distintas temáticas preventivas y promocionales de salud, las cuales son realizadas por los profesionales de salud rural en Programa de transmisión online www.munilaja.cl.

➤ ORGANIZACIONES SOCIALES DE LA COMUNA DE LAJA

Laja cuenta con 197 organizaciones comunitarias funcionales y territoriales legalmente constituidas y vigentes, entre las que se pueden mencionar:

- Juntas Vecinales: 43 (24 urbanas y 18 rurales)
- Uniones Comunales: 3
- Organizaciones deportivas: 24
- Club de Adulto Mayor y la tercera edad: 26 (17 urbanas y 9 rurales)
- Comité de vivienda: 13
- Comité de agua potable: 18
- Comité de Salud: 1
- Comité de Adelanto : 6
- Centro Gral. de Padre y Apoderados: 7
- Agrupación Cultural: 5
- Talleres laborales: 4
- Comité productivos: 6
- Otras organizaciones: 41

Fuente: Encargada de Organizaciones Comunitarias, Octubre 2018.

El departamento de Salud Municipal de Laja, realiza un trabajo comunitario de manera mensual con las organizaciones sociales que pertenecen al sector rural de la comuna de Laja, el cual consiste en realizar sesiones educativas con enfoque promocional y preventivo de la salud. También referir que a la vez la profesional



asistente social a cargo del trabajo comunitario perteneciente al DSM Laja realiza un acompañamiento personalizado a cada una de ellas, cumpliendo una diversidad de roles que traducidos al quehacer diario se cumplen indistintamente, por mencionar algunos de éstos roles serían el de orientadora, educadora, coordinadora, gestora, planificadora, ejecutora de programas, proyectos y/o actividades.

Entre las organizaciones sociales con las que trabaja el DSM Laja, se pueden mencionar:

- Club de la Tercera Edad "El Progreso de las Camelia", sector La Colonia
- Club de la Tercera Edad "Nuevo Renacer", sector Santa Elena
- Club de la Tercera Edad "Los Jóvenes del Ayer", Puente Perales
- Club de la Tercera Edad "Quillayal", sector Quillayal
- Club de Crónicos "Santa Elena"
- Comité de Salud "Santa Teresita", sector Santa Elena
- Club de monitoras de Salud "Amor y caridad en las Ciénagas", Sector Las Ciénagas (No constituida legalmente).
- Club de mujeres "La Esperanza de Quiebrafreno" (No constituida legalmente).

➤ DETERMINANTES SOCIALES

La información contenida en este apartado corresponde al porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos, de la Encuesta de Caracterización Social (Casen) del Ministerio de Desarrollo Social, y los indicadores de hacinamiento y saneamiento del Registro Social de hogares.

Tabla 2: Determinantes sociales a nivel País, Región y Comuna de Laja.

INDICADOR	PAÍS	REGIÓN	COMUNA
Pobreza por ingreso	8.6%	12.3%	27.7%
Pobreza multidimensional	16.8%	14.7%	24.3%
% de la población analfabeta	3.6%	5.2%	No se registran datos
% de personas en situación de indigencia	14.40%	22.30%	22.67%
Ingreso promedio	\$516.892	\$446.037	No se registran datos





Años promedio escolaridad en población de 15 años y más	11.2%	Rural: 8.9%	11%	No se registran datos
		Urbano: 11.5%		
% Población inmigrante	2.7%		1.2%	No se registran datos
Tasa de denuncia por violencia intrafamiliar	587.52		627.09	530.04

Fuente: Unidad de Epidemiología, Seremi Salud Biobío. CASEN 2015. Unidad de Epidemiología, Seremi Salud Biobío. CASEN 2017 y Ficha Protección social año 2013.

Se entenderá por Incidencia de la indigencia en la población al porcentaje de personas cuyo ingreso es insuficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias; esto es, que pertenece a hogares cuyos ingresos no son suficientes para costear una canasta básica de alimentos a sus miembros, mientras que se entenderá por Incidencia de la Pobreza en la Población al porcentaje de personas cuyo ingreso es insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas; esto es, que pertenecen a hogares cuyos ingresos no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.

Se considera en situación de pobreza multidimensional si presenta un 25% o más de carencias en los indicadores que componen la medida (educación, salud, trabajo y educación social y vivienda), lo que es equivalente a una dimensión completa.

Se entiende por población inmigrante internacional a las personas de hogares residentes en viviendas particulares ocupadas cuya madre residía en otro país al momento de nacer. Por tanto, se considera el criterio de "migración de toda la vida". Este concepto de inmigrantes incluye a personas cuya nacionalidad puede ser chilena o extranjera. En cambio, no considera a hijos/as de inmigrantes, en caso que hayan nacido en Chile.

Análisis:

Según la encuesta casen año 2017, en Chile existe un 8.6% de la población con pobreza por ingreso, la región del Biobío se encuentra con una pobreza de 12.3% en éste mismo indicador, lo que indica que como región estamos por sobre el promedio nacional. En cuanto a la pobreza multidimensional existe un 16.8%, mientras que como región del Biobío existe un 14.7% estando por debajo a nivel nacional.



La comuna de Laja se encuentra con una pobreza por ingreso de un 27.7%, encontrándose como la segunda comuna con menores ingresos de la región Biobío. En cuanto a la pobreza multidimensional la comuna de Laja presenta un 24.3% encontrándose en segundo lugar con mayor índice de pobreza multidimensional. En ambas pobreza la comuna de Laja se encuentra por sobre el promedio regional. (Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2015).

A nivel país el porcentaje de la población analfabeta de 15 años y más en la zona urbana es de un 2.9% indicador que ha ido disminuyendo desde el año 1990. Mientras que el porcentaje de la población analfabeta de 15 años y más en la zona rural es de un 8.3% el cual ha ido a la baja. Sin embargo, se aprecia una brecha 5.4% entre ambos sectores. Lo que claramente se condice con los años de escolaridad en la misma población.

En relación a los años promedio de estudio de la población de 15 años o más se aprecia que a nivel país la población presenta 11.2 años de estudio, siendo la realidad regional acorde al promedio nacional. Si se realiza el análisis por zona se aprecia que la población perteneciente al área urbana presenta más años con 11.5 años de estudio, mientras que la población rural presenta 8.9 años de estudios, es decir, 2.6 años menos. (Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2017).

Con respecto al porcentaje de personas en situación de indigencia a nivel país se obtiene un 14.4%, en la región se presenta un 22.3% y a nivel comunal se encuentra un 22.67%. Los dos últimos indicadores se encuentran por sobre la media país, lo cual se condice con el nivel de educación y pobreza. Así mismo, el nivel de ingreso promedio a nivel país es de \$516.892, mientras que \$446.037 de la región lo cual se condice con la información ya presentada.

Según la encuesta casen 2015, la población inmigrante del país es de un 2.7% a nivel país, siendo la realidad de la región de un 1.2%. Dicho porcentaje va hacia el aumento.

➤ INDICE 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, midiendo en ello Esperanza de Vida; Educación, midiendo en ello Media de años de escolaridad y Años de escolarización previstos e Ingresos, tomando el Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita como indicador y un índice resumen final IDH. Los resultados para Laja, se presentan en la siguiente tabla:





Tabla 3: Índice de Desarrollo de la Comuna de Laja.

COMUNA	IDSE	IDH	DECIL
Los Ángeles	0,580	0.535	3
Antuco	0,494	0.267	2
Cabrero	0,483	0.456	1
Laja	0,532	0.499	2
Mulchen	0,490	0.440	2
Nacimiento	0,492	0.430	2
Negrete	0,465	0.361	1
Quilaco	0,414	0.361	1
Quilleco	0,413	0.425	1
San Rosendo	0,489	0.371	1
Santa Barbara	0,472	0.461	1
Tucapel	0,448	0.423	1
Yumbel	0,461	0.407	1
Alto Biobio	0,235	0.415	1

Fuente: Comunas de Chile, según nivel socio-económico, de salud y desarrollo humano. Revisión 2013. Gattini C., Chávez C. y Albers D., OCHISAP 2014.

Análisis: De acuerdo a la tabla presentada, el nivel de desarrollo humano en Laja es bajo, comparado al Nacional del año 2013 que es de 0.822.

➤ SANEAMIENTO BÁSICO DE LAS VIVIENDAS

Tabla 4: Índice de Desarrollo de la Comuna de Laja.

Indicadores	País	Regional	Comunal
Índice de hacinamiento de hogares medio	19,88%	19,05%	19,60%
Índice de hacinamiento crítico	2,32%	2,18%	1,99%
Sanamiento de viviendas deficitario	16,98%	19,89%	No se registran datos
Acceso a energía eléctrica	99,8%	99,6%	No se registran datos
Calefacción a gas	90%	89,7%	No se registran datos

Análisis: En relación a los índices de hacinamientos de hogares, se registra según ficha de protección social año 2013, un hacinamiento medio dentro de la



comuna Laja de un 19.60%, la región del Biobío registra un 19.05% del mismo indicador, mientras que a nivel país registra un 19.88%. Se observa que en éste indicador en la comuna de Laja se encuentra en la media del país.

En cuanto al índice de hacinamiento crítico se registra en la comuna un 1.99% de hogares en dicha situación, a nivel regional se registra 2.18% y a nivel país un 2.32%. Se puede observar que a nivel comunal se registra un menor porcentaje de dicho indicador.

Los hogares a nivel país registran un saneamiento deficitario de un 16.98%, mientras que en la región del Biobío presentan un índice de saneamiento deficitario de un 19.89%. En cuanto a la realidad local de la comuna de Laja se registra un 22.59% de hogares con saneamiento básico deficitario (ficha de protección social 2013). Se puede observar que como comuna se registra mayor índice de saneamiento deficitario que a nivel país y regional.

La región de Biobío presenta un índice de acceso a energía eléctrica por red pública de un 99.6%, un 0.1% pertenece a otras fuentes de energías y un 0.3% de las viviendas no disponen de energía eléctrica. A nivel país la región del Biobío se encuentra en el promedio. (Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen, 2015).

Los hogares del área urbana se calefaccionan mayoritariamente con gas con un 35.8%, seguido por leña y sus derivados con un 23.7%, mientras que en el área rural el método de calefacción mayoritariamente es de leña con un 74.1% de un 12.3% de hogares que no presentan ningún método para calefacciones.

La región del Biobío se caracteriza por utilizar como método de combustible para cocinar el gas con un 89.7%, seguido de un 9.2 % de hogares que utilizan como método la leña para cocinar. Nuestra región se encuentra en el promedio nacional con respecto a la utilización de gas como método para cocinar, sin embargo, la utilización de leña está por sobre el promedio nacional con 1.6%.

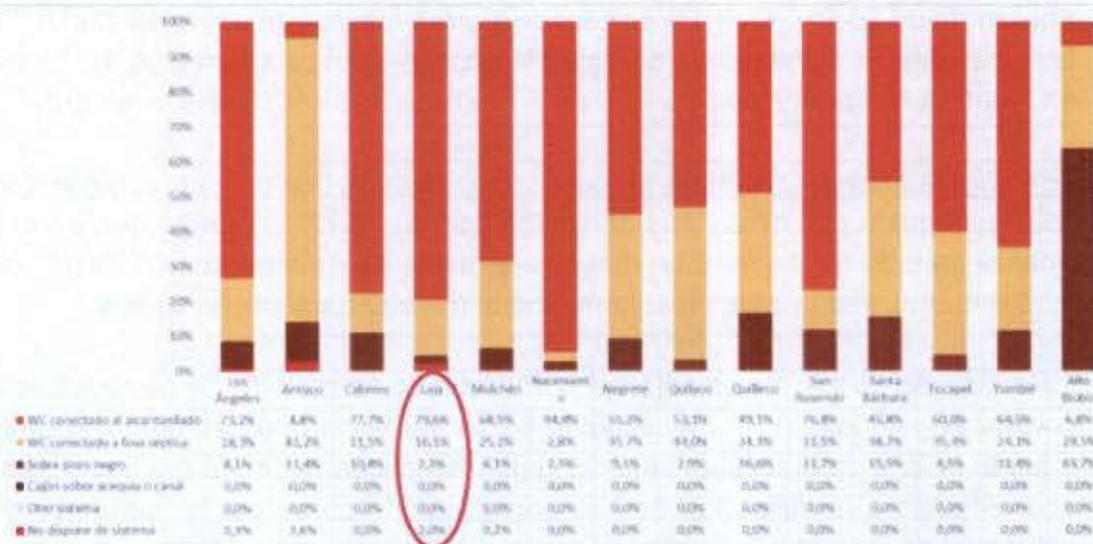
➤ ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS

Los residuos sólidos producidos en Laja se eliminan en la comuna de Los Ángeles, a través de su relleno sanitario, ubicado, en el Km 489.5 sector Laguna Verde, propiedad de DEMARCO S.A.. Una medida que se argumenta por la falta de este tipo de instalación en la comuna. De acuerdo a lo anterior, es que en los sectores rurales se disponen del servicio de recolección y transporte de basuras, a

través de un camión DEMARCO que recorre los distintos sectores, donde su destino final es el vertedero antes mencionado. En tanto, los residuos sólidos producidos por la Planta de Celulosa CMPC son eliminados de distintas maneras: los residuos peligrosos son tratados por una empresa externa especializada en su disposición final; los industriales son llevados a un área de disposición controlada de la empresa; y los no peligrosos son reciclados por la propia empresa o por empresas externas. De igual manera, los líquidos industriales producidos por la misma empresa son llevados a una planta de tratamiento de efluentes primario y secundario.

En relación a los residuos hospitalarios y de postas rurales, estos son retirados por empresas externas y es el Hospital de Laja quien solventa este gasto apoyando significativamente al Departamento de Salud Municipal en este tipo de proceso.

➤ ELIMINACIÓN DE EXCRETAS



Fuente: Unidad de Epidemiología, Seremi Salud Biobío. CASEN 2013

Dada la gran proporción de población urbana, la mayor parte de los hogares en la provincia de Biobío tiene acceso al sistema de alcantarillado público como sistema de eliminación de aguas servidas (69.95%), lo que implica que estos residuos reciban un tratamiento que les permita ser eliminados al medio ambiente sin generar impactos negativos. Sin embargo una parte importante de los hogares (30.05%) aún utiliza sistemas alternativos de disposición de aguas servidas, siendo el más común el de fosas sépticas (20.96%), que corresponde a un



sistema sencillo cuyo objetivo principal es la eliminación de los sólidos presentes en el agua. Cabe destacar que, existe un porcentaje de hogares que elimina sus excretas a través de letrinas conectadas a pozos negros (8.73%), lo que permite la infiltración de parte de la descarga biológica, pudiendo generar un riesgo de contaminación de aguas subterráneas. Aún un 0.36% de los hogares en la provincia no dispone de un sistema de eliminación. Es importante señalar que al año 2013 no se identifican hogares dentro la provincia, que eliminen sus excretas directamente sobre canales o acequias.

➤ INDICADORES EDUCACIONALES

Establecimientos de educación municipal por niveles y cantidad de estudiantes matriculados

- Educación Preescolar (jardines infantiles y sala de cuna)

ESTABLECIMIENTO	MATRÍCULA		
	H	M	Total
Sala cuna y Jardín Infantil "Arco Iris"	21	17	38
Sala cuna y Jardín Infantil "Manitos Pintadas"	11	18	29
Sala cuna y Jardín Infantil "Mis Dulces Pasos"	33	35	68
Jardín infantil "Rayito de Sol"	28	20	48
Sala cuna y Jardín Infantil " Santa Lucia"	42	25	67
Total	135	115	250

- Educación Preescolar

ESTABLECIMIENTO	MATRÍCULA		
	H	M	Total
Andrés Alcázar	51	49	100
José Abelardo Núñez	20	19	39
Nivequetén	72	74	146
Francisco Zattera	8	13	21
la Colonia	4	9	13
Las Ciénagas	7	8	15
Puente Perales	10	12	22
Total	172	184	356

- Educación Escolar

NIVEL	ESTABLECIMIENTO	MATRÍCULA			
		H	M	Total	Cursos
Enseñanza Básica	Andrés Alcázar	422	406	829	26
	José Abelardo Núñez	155	135	290	8
	Nivequetén	373	354	727	25
	Diego José Benavente	3	4	7	4 Combinados
	Francisco Záttera	61	45	106	8
	La Colonia	34	30	64	4 Combinados
	Las Ciénegas	43	29	72	4 Combinados
	Puente Perales	69	53	122	8
	Total	1160	1056	2216	
Enseñanza Media	Liceo Politécnico "Héroes de la Concepción" – Área CH	441	487	928	27
	Liceo Politécnico "Héroes de la Concepción" – Área TP	159	88	247	11
	Total	600	575	1175	

Establecimientos de educación particular subvencionada por niveles y cantidad de estudiantes matriculados

ESTABLECIMIENTO	MATRÍCULA POR NIVEL DE ENSEÑANZA						
	Pre básica		Básica		Media		Total
	H	M	H	M	H	M	
Alfa y Omega	12	12	77	56	0	0	157
San Mauricio	8	6	80	50	0	0	144
Santa Cruz	47	57	199	239	87	110	739
Total	67	75	356				

Establecimientos de educación particular por niveles y cantidad de estudiantes matriculados

ESTABLECIMIENTO	MATRÍCULA POR NIVEL DE ENSEÑANZA						
	Pre básica		Básica		Media		Total
	H	M	H	M	H	M	
Colegio San Jorge	0	0	17	11	7	2	37



Mencionar que el Departamento de Salud trabaja en conjunto con los profesionales del DAEM y a la vez con los estudiantes de los distintos establecimientos educacionales, ya que a través de los convenios de refuerzo de Promoción, Vida Sana y Espacio Amigable se realizan talleres para poder entregarles herramientas en temáticas de promoción y prevención de salud, entre las cuales se pueden mencionar:

- Estandarizar de colaciones en pre básica de establecimientos educacionales municipales.
- Taller a educadoras de párvulos, padres y/o tutores de educación prebasica de los establecimientos educacionales, sobre alimentación saludables y estilos de vida saludable.
- Construcción de huertos escolares
- Conmemoración día mundial de la alimentación.
- Diálogo ciudadano al interior de los establecimientos educacionales.
- Reuniones de aulas de Bienestar
- Intervenciones de programa Vida Sana en colegios y jardines infantiles de sector rural
- Talleres del programa Espacio Amigable a los alumnos del internado para la prevención de la salud sexual y reproductiva junto a salud mental.
- Talleres JEC (jornada extraescolar) en colegios rurales, a cargo del profesional profesor educación física del Programa Vida Sana.

DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE LAJA

➤ MISIÓN

El Departamento de Salud Municipal de Laja, establece como compromiso conformar un equipo integral con enfoque de salud familiar y comunitaria, entregando una atención en salud continua, accesible, cálida y afectiva, con énfasis promocional y preventivo, utilizando los recursos disponibles en forma eficiente y eficaz aportando una mejor calidad de vida a nuestra comunidad rural.

➤ VISIÓN

Ser un Departamento de Salud Municipal referente para la Provincia del Bío Bío, con un modelo de salud familiar consolidado, para brindar una atención de salud accesible, integral, participativa y de calidad, centrada en las personas, su familia y su entorno.



> INFRAESTRUCTURA

La distribución física del Departamento de Salud Municipal, se presenta de la siguiente forma:

- Posta Rural Puente Perales.
- Posta Rural Santa Elena.
- Posta Rural La Colonia.
- Departamento de Salud Municipal que incorpora UAPO y Unidad Administrativa.
- Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR)
- Cinco Estaciones Médico Rural (Chorrillos, Diuquin, Rucahue, Quiebra frenos y Las Ciénagas)

> MESO Y MICRO RED DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LAJA



El Departamento de Salud de Laja trabaja dentro de una Unidad Estratégica, en la que sus tres integrantes conforman una meso-red estable y permanente desde hace varios años.

Los establecimientos que conforman la Unidad Estratégica son:

- Departamento de Salud Municipal de Laja
- Hospital de la Familia y la Comunidad de Laja
- CESFAM San Rosendo
- CECOSF de Laja



➤ **SECTORIZACIÓN DE LA POBLACION RURAL EN LA COMUNA DE LAJA**

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

Cada sector cuenta con equipo multidisciplinario compuesto por: Médicos, Enfermeras, Matronas, Odontólogos, Nutricionistas, Psicólogos, Kinesiólogo, Asistente y trabajadora social, Educadora diferencial y Técnicos Paramédicos.

Cabe destacar que el énfasis de la atención en las postas rurales es entregar una atención integral, no solo al usuario como ser único, sino también su familia. De esta manera cada funcionario tendrá una visión biopsicosocial, entregando una atención integral, basada en el modelo de salud familiar.

➤ **SECTORES EN QUE SE ENTREGA EL SERVICIO DE SALUD RURAL**

INFRAESTRUCTURA	SECTOR DE COBERTURA	Nº DE INSCRITOS
POSTA PUENTE PERALES Estaciones Médico Rural: Quiebra frenos	Puente Perales, Los Ciénogos, Cancha Rayada, Quiebra frenos, La Tuna, El Manzano, Cachapoal.	1.245
POSTA SANTA ELENA Estaciones Médico Rural: Las Ciénagas	Santa Elena, San Rafael, Las Ciénagas, Los Lavanderos, El Arenal, La Aguada, Santiago Chico, Villa San Francisco, Villa Santa Amelia, Apelahue, Chillancito, El Bosque, Marengo, Picul.	1.331
POSTA LA COLONIA Estaciones Médico Rurales: Rucahue, Chorrillos, Diuquín. Departamento de Salud Municipal de Laja.	Chorrillos, Coyanco, La Colonia, Cerrillos, Pantanillos, Rucahue, Diuquín, Los Kilómetros, Las Toscas Curaco, Santa Ana, Quelén-Quelén, Otro lado del Rio, Quinquehue.	2.155
CCR	Población Comuna de Laja Rural-Urbano en bajo control.	140
UAPO	Población Comuna de Laja y San Rosendo Rural-Urbano mayores de 15 y menores de 64 años.	14.992

Fuente: Encargada de estadísticas DSM Laja, Agosto 2018.





➤ POSTAS RURALES Y ESTACIONES MEDICO RURAL - LAJA

Calendario de rondas médicas a Postas de Salud Rural.

DÍA	SECTOR
Lunes	Puente Perales- Santa Elena
Martes	Laja
Miércoles	La Colonia / EMR
Jueves	Santa Elena- Puente Perales
Viernes	Laja

Calendario de rondas a Estaciones Médico Rural

DÍA	SECTOR
Primer miércoles y tercer viernes	Las Ciénagas
Segundo miércoles	Rucahue
Tercer miércoles	Diuquin
Cuarto miércoles	Quiebra frenos
Segundo viernes	Chorrillos

Nota: La atención de salud entregada a la comunidad en las dependencias del Departamento de Consulta Municipal de Salud se realiza los días correspondientes desde las 8:15 hrs. hasta las 17:00 hrs., la cual es destinada a los sectores rurales que no cuentan con espacios e infraestructura para brindar una atención de salud adecuada, como son los sectores de Las Toscas, Curaco, Santa Ana, ruta Las Playas, Otro lado del río, Quinquehue, Quelén – Quelén. Cabe señalar que los usuarios que cuentan con rondas médicas establecidas también reciben atención en este horario.

Actualmente, la Dirección de Salud Rural junto al alcalde de la comuna de Laja, Don Vladimir Fica Toledo se encuentran en trámites con el Ministro de Salud, para que las dependencias del Departamento de Consulta Municipal de Salud sea reconocido por el código DEIS, lo que permitirá poder reconocer el servicio que entrega el Departamento de Salud a nuestros usuarios rurales que por motivos de transporte no logran tener acceso a la Posta Rural que le corresponde que es La Colonia. Esto da pie a futuro poder postular a mejorar nuestra área de Farmacia porque podríamos optar de ser Botiquín de Farmacia a Bodega, trabajar con la SEREMI de Salud para que nos pueda dar la autorización sanitaria, etc.



DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA

➤ RECURSOS RRHH

Dotación de planta y a contrata año 2019

CANTIDAD	PROFESIÓN-FUNCIÓN	CAT.	HORAS SEMANALES
1	Médico Cirujano	A	44 Horas
1	Químico Farmacéutico	A	44 Horas
1	Cirujano Dentista	A	44 Horas
1	Director/a	B	44 Horas
2	Matron/a	B	88 Horas
2	Enfermero/a	B	88 Horas
2	Asistente Social o Trabajador/a Social	B	66 Horas
1	Nutricionista	B	44 Horas
1	Psicólogo/a	B	22 Horas
1	Kinesiólogo/a	B	44 Horas
1	Jefe de Administración y Finanzas	B	44 Horas
1	Encargado/a de Adquisiciones e Inventario	B	44 Horas
1	Encargado/a de Administración y Finanzas	C	44 Horas
8	Técnicos en Enfermería Nivel Superior	C	352 Horas
5	Administrativo/a	C	220 Horas
1	Auxiliar Paramédico	D	44 Horas
3	Auxiliar de Servicio	F	132 Horas
2	Chofer	F	88 Horas

Dotación honorarios año 2019

Cantidad	Profesión-función	Horas semanales
2	Cirujano Dentista	66 Horas
1	Asistente Social o Trabajador/a Social	22 Horas
1	Matrona	66 Horas
1	Nutricionista	44 Horas
1	Psicólogo/a	66 Horas
2	Kinesiólogo/a	88 Horas
2	Tecnólogo Médico en Oftalmología	88 Horas
1	Terapeuta Ocupacional	44 Horas
1	Profesor de Educación Física	44 Horas
6	Técnicos en Enfermería Nivel Superior	242 Horas
1	Educadora Diferencial	22 Horas
1	Auxiliar Dental	44 Horas
1	Masoterapeuta	27 Horas





➤ RECURSOS FINANCIEROS

En la siguiente tabla, se presenta el presupuesto año 2019:

SUB TÍTULO	ÍTEM	ASIGNACIÓN	DENOMINACIÓN	GESTION (M\$)
05			<i>Transferencias corrientes</i>	688.388
	03		De otras entidades públicas	688.388
		006	Del servicio de salud	586.526
		101	De la Municipalidad a servicios incorporados a su gestión	101.862
08			<i>Otros ingresos corrientes</i>	10.000
	01		Recuperaciones y reembolsos por licencias médicas	10.000
		002	Recuperaciones art. 12 ley n° 18.196 y ley n° 19.117, art. Único	10.000
15			<i>Saldo inicial de caja</i>	10.000
			TOTAL INGRESOS	708.388
21			<i>Gastos en personal</i>	578.792
	01		Personal de planta	340.696
	02		Personal a contrata	223.187
	03		Otras remuneraciones	14.909
22			<i>Bienes y servicios de consumo</i>	125.945
	01		Alimentos y bebidas	500
	02		Textiles, vestuario y calzado	2.000
	03		Combustibles y lubricantes	8.200
	04		Materiales de uso o consumo	65.428
	05		Servicios básicos	23.289
	06		Mantenimiento y reparaciones	9.246
	07		Publicidad y difusión	850
	08		Servicios generales	5.892
	09		Arriendos	1.495
	10		Servicios financieros y de seguros	3.900
	11		Servicios técnicos y profesionales	1.000
	12		Otros gastos en bienes y servicios de consumo	4.145
29			<i>Adquisición de activos no financieros</i>	3.651
	05		Máquinas y equipos	1.800
	07		Programas informáticos	1.851
			TOTAL GASTOS	708.388



Mencionar que la Municipalidad de Laja para el Presupuesto 2019, el Alcalde Sr. Vladimir Fica Toledo incorporo al Departamento Municipal 70 millones de pesos, lo que nos permitirá poder aumentar en recursos humano en 22 horas de Trabajadora social para seguir y ampliar nuestro trabajo comunitario con nuestras distintas agrupaciones rurales, además nos permite este presupuesto cubrir con brechas en inmuebles y equipamiento lo que nos da la posibilidad que para fines del 2019 podamos contar con todos recursos físicos necesario para entregar una atención oportuna y de calidad nuestros usuarios del sector rural.





DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA

En la siguiente tabla se muestra el volumen de consultas y atenciones por ciclo vital de los distintos profesionales pertenecientes al departamento de salud municipal realizadas hasta Julio año 2018.

➤ VOLUMEN DE CONSULTAS Y ATENCIONES POR CICLO VITAL

PROFESIONALES	CICLO VITAL INFANCIA		CICLO VITAL ADOLESCENTE		CICLO VITAL ADULTO		CICLO VITAL ADULTO MAYOR	
Médico	1031	51	1363	22	2699	690	898	444
Odontólogo	18	480	56	880	43	190	3	1
Enfermera	1	523	0	55	4	493	1	357
Nutricionista	204	15	71	2	227	296	3	195
Matrona	29	0	318	510	235	2734	16	114
Asistente Social	25	0	17	0	327	16	110	4
Kinesiólogo	110	29	6	23	9	77	10	80
Psicólogo	10	42	110	77	62	329	3	60
Educadora Diferencial	0	121	0	0	0	0	0	0
TENS	0	0	0	0	0	0	0	0



➤ MOTIVOS DE REFERENCIA Y ESPECIALIDAD POR CICLO VITAL

Infancia

Dentro de las Derivaciones a la Red el más frecuentes es a nivel secundario del sistema de salud pública donde se entregan prestaciones de salud más especializadas; es así como durante el 2017-2018 se han derivaron a especialistas del CDT Los Ángeles, como Pediatra, Cirujano Infantil, Traumatólogo infantil, Neurólogo infantil, endocrinólogo, broncopulmonar infantil y otorrino.

Salud Mental

Para aumentar y mantener la capacidad resolutive del nivel primario y evitar la sobrecarga del nivel de secundario, se requiere que los especialistas asesoren de manera continua a los equipos del primer nivel de atención. De esta forma los equipos de salud general reciben información y adquieren habilidades para realizar en forma efectiva todas las acciones del programa para la promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y derivación. A su vez, esta es una instancia que facilita la derivación de pacientes al nivel secundario (COSAM Allemoguen). Esta asesoría se realiza a través de la siguiente prestación o actividad.

- **Consultoría de salud mental:** actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud del nivel primario, en forma de reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o consultorio. En nuestro caso se realiza una vez cada mes por medio, específicamente, los primeros miércoles del mes, desde las 09:00 hrs. hasta las 13:00 hrs. Otra de las instancias que se presentan para la realización de derivación al nivel secundario (COSAM Alemoguen y neurología) son las interconsultas realizadas por médicos, las cuales pueden ser por trastornos mentales GES como no GES. Las patologías GES son las que más riesgo tiene para el paciente, dentro de ellas se encuentra la depresión en personas mayores de 15 años, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años. Dentro de las interconsultas no GES se encuentra los trastornos ansiosos severos, trastorno por déficit atencional, Alzheimer, entre otras.





Otra instancia de derivación en red son las prestaciones que se realizan por urgencia en ella se encuentra:

- Consulta psiquiátrica: Realizada por médico psiquiatra con el paciente y su familia, referido por el equipo de urgencia por su mayor complejidad. En el caso del departamento de salud municipal se deriva los pacientes al hospital de Laja y ellos realizan la derivación a Los Ángeles a urgencia psiquiátrica. La mayor urgencia derivadas son los intentos suicidas de adolescentes y población adulta.

El Departamento de Salud Municipal de Laja en el área de Salud Mental cuenta con una fuerte red intersectorial asociada a hospital de Laja, San Rosendo y COSAM Alemoguen.

Programa de la Mujer

- Urgencia obstétrica se deriva a Hospital de la Familia y Comunidad de Laja.
- Urgencia ginecológica se deriva a Hospital de la Familia y Comunidad de Laja.
- Patología obstétrica se deriva a FAR CDT Los Ángeles según normas técnicas vigentes.
- Patología ginecológica se deriva a ginecología CDT Los Ángeles según normas técnicas vigentes.
- Pareja infértil se deriva a Poli fertilidad CDT Los Ángeles según normas vigentes.
- Mujer con sospecha cáncer cérvico uterino se deriva UPC CDT Los Ángeles según protocolo GES CaCu.
- Mujer con sospecha cáncer de mama se deriva a UPM CDT Los Ángeles según protocolo GES Ca Mama.

Las derivaciones más frecuentes a CDT Los Ángeles corresponden a:

- Gestantes: Diabetes gestacional, macrosomía fetal y edad gestacional dudosa.
- Ginecología: Mioma uterino, incontinencia orina al esfuerzo y algia pélvica en estudio.
- UPC: Dos mujeres con PAP atípico.
- UPM: Una mujer con mamografía birads 4 A



Programa de Salud Cardiovascular

Los usuarios son derivados al CDT Los Ángeles cuando presentan complicaciones en su tratamiento, siendo derivados a Cardiología, Nefrología, Endocrinología y Medicina.

Los diagnósticos más repetitivos corresponden a: Diabetes descompensada, hematuria recurrente, bradicardia, alteración del ritmo, insuficiencia cardiaca.

Programa ERA-IRA

Durante este año se ha trabajado en establecer una coordinación entre los servicios de urgencia de la red, principalmente con el Hospital de la Familia y la Comunidad de Laja, especialmente en la derivación de pacientes GES (IRA baja menor de 5 años), además de las derivaciones por parte del CDT Los Ángeles, logrando dar continuidad de atención a un mayor número de pacientes. De acuerdo a esto las derivaciones y los riesgos más repetitivos son las IRAS bajas, estando en primer lugar la Bronquitis aguda y en segundo lugar la Neumonía.

Programa Odontológico

Nuestra derivación más numerosa son endodoncia y rehabilitación oral, la primera producto del avance de las caries que dañan la estructura interna de la pieza dental y la segunda producto de la pérdida de los mismos y la necesidad de recuperar estética y funcionalidad.

En un grado menor esta odontopediatría que es la necesidad de atención en los niños pequeños con daño avanzado, aquí identificamos un número que no es real en relación a la población, ya que la gran mayoría de los padres solicitan atención cuando hay dolor, pero si hiciéramos un catastro de la real necesidad, sería bastante mayor.

Ortodoncia presenta el gran problema del límite de la edad, esto quiere decir que si el usuario cumple los 15 años ya no puede ser derivado al complejo, independiente a que la fecha de solicitud haya sido con mucha antelación, esos casos quedan archivados.





El resto de las especialidades tanto cirugía, periodoncia y alteraciones de la ATM tienen cobertura correcta ya que la demanda es menor a las especialidades anteriormente mencionadas.

➤ **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EDUCATIVAS Y COMUNITARIAS**

En el transcurso del año 2018, el Departamento de Salud Municipal de Laja, ha ejecutado diversas actividades comunitarias, las cuales poseen un eje promocional y preventivo de la salud, las cuales son ejecutados en distintos sectores rurales de la comuna de Laja.

Actividades de promoción:

- Ferias de la Salud Rural

Corresponden a un evento masivo, en donde los diversos estamentos y programas pertenecientes al Departamento de Salud Municipal tienen la oportunidad de difundir información sobre la diversas temáticas de salud al público local y a la vez realizar controles preventivos de salud.

Durante el transcurso del año se han realizados dos ferias de la salud masivas, las cuales se han ejecutado en la localidad de las Ciénagas y Santa Elena, en conjunto con los establecimientos educacionales de ambos sectores, donde se contó con una gran afluencia de público de todas las edades, incluyendo apoderados, alumnos(as), docentes y comunidad rural en general.

En ambas oportunidades, los visitantes tuvieron la oportunidad de realizarse diversas atenciones de salud, tales como: EFAM, EMP, evaluaciones dentales, nutricionales y estimulación temprana a menores de 5 años, entre otros.



- Educaciones Sala de Espera

En los días de ronda médica realizadas en el espacio interior del Departamento de Salud Municipal, se han desarrollado diversas sesiones educativas a cargo de los distintos profesionales del equipo multidisciplinario rural. Dichas sesiones educativas poseen un enfoque promocional y preventivo de la salud.

Dentro de las temáticas desarrolladas se pueden mencionar:

- Prevención y tratamiento de la tuberculosis
- Salud oral y cuidados odontológicos
- Derechos y deberes en el usuario de salud pública
- Prevención de VIH/ Sida
- Prevención y tratamiento de la Influenza
- Vicios de refracción
- Adaptación a las vueltas de clases.
- Garantías explícitas en salud/ Inscripción Per- Capita

- Protocolo de acogida al usuario externo
- Violencia de género
- Prevención de enfermedades cardiovasculares
- Prevención de Hanta virus
- Ornamentación de Postas Rurales alusivo a la temática de Fiestas Patrias:

A principios del mes de Septiembre se da inicio al II concurso de Ornamentación de las Postas Rurales (Santa Elena- Puente Perales- La colonia), con el objetivo de conmemorar el mes de la patria. Los agentes principales en ejecutar dicha actividad es la comunidad rural en general de cada sector. Dicha ornamentación del centro de salud fue evaluada por el jurado previamente establecido por la Dirección de Salud, el cual estaba compuesto por la Directora del Departamento de Salud Municipal, DIDECO de la comuna de Laja, Asistente Social encargada de Participación Social perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Laja y finalmente el párroco de la comuna de Laja.

El principal propósito de dicha actividad es promover la cohesión social entre los miembros de la comunidad rural, orientada a un propósito común de heroseamiento y decoración de sus Postas de Salud con motivos patrios, rescatando nuestras tradiciones Chilenas.

- Concurso de la semana de Lactancia Materna:

Una de las actividades que se ha realizado por 3 años consecutivos con el objetivo de promocionar lo importante que es la lactancia materna en las niñas y niños menores de 2 años, es el concurso fotográfico de lactancia materna que realizamos con nuestras usuarias y sus hijas e hijos en etapa de amamantamiento.



- 2° Corrida adolescente "RUNNING FOR LIFE"

A cargo de Mesa Comunal de Adolescente, se llevó a cabo una mañana recreativa en Polideportivo de Laja, donde se realizó un circuito de estaciones con ejercicios localizados, en una cancha a cargo de Alejandro Jara Inostroza, profesor de educación física del programa Vida Sana y Espacio Amigable del Depto. de Salud Municipal de Laja, y en otra se ejecutó una clínica de Taekwondo, bajo instrucción de Maestro Patricio Villalobos Inostroza, profesor de educación física del programa Cardiovascular, del hospital de Laja. El grupo de adolescentes se subdividió, pasando por las 2 actividades.

Se entregaron colaciones y a su vez se reconocieron a aquellos alumnos que se destacaron por su participación.

- Cicletada familiar:

Como inicio de año 2018 y en respuesta a parte del diagnóstico realizado con nuestros usuarios del Programa Vida Sana, se llevó a cabo la 1° Cicletada Familiar, a cargo del mismo programa, el día miércoles 28 de marzo 2018, a las 18:30 hrs., en el sector Santa Elena, con el fin de motivar a la población a realizar actividad física en los alrededores de su hogar.

El principal objetivo es fomentar la actividad física y uso de los espacios comunitarios para el encuentro deportivo y/o de recreación, para prevenir las enfermedades

crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial e insuficiencia renal, entre otras.

El recorrido fue de 4 Km (ida y vuelta) apróx., el cual fue resguardado por Carabineros de la Comisaría de Laja, para darles seguridad a nuestros usuarios.

Se contó con Stand de hidratación y colación saludable.





- Día familiar de la inclusión

Es un evento masivo que se caracteriza por un trabajo colaborativo con el intersector (Hospital de Laja, Municipalidad de Laja, Escuela Amanda Labarca, CCR y Departamento de Salud Municipal). Para dar desarrollo al evento se invitan a diversas familias Lajinas, tanto de sector urbano como rural que posean algún integrante familiar que se encuentren en situación de discapacidad, ya sea física como mental. El principal objetivo es potenciar redes de apoyos sociales e institucionales, generando una instancia de inclusión social. Para dar cumplimiento a dicho objetivo, se realizan distintas actividades, tales como: Rompe hielo, estimulación reflexivas, acompañados de un desayuno y almuerzo de camaradería. Esta actividad se destaca a otras debido que por primera vez los usuarios del CCR del sector rural pudieron participar, lo que permite a nuestros usuarios dar un espacio de esparcimiento y experiencias con los otros grupos del sector urbano.

Esta actividad se desarrolló en el Camping Los Martínez, desde las 9:00Hrs hasta las 17:00 Hrs.

Actividades de Prevención

- Taller de equinoterapia

La equinoterapia es una terapia física y mental complementaria, cuyo elemento central es la utilización del caballo. Este animal es usado para ayudar a personas en situación de discapacidad a mejorar su calidad de vida, en donde se logra realizar una estimulación multimodal en un entorno natural, no hospitalario que promueve el contacto con la naturaleza. Dicho taller se enmarca dentro del trabajo colaborativo del Centro Comunitario de Rehabilitación de Laja, respondiendo al objetivo principal de fomentar la socialización mediante la creación de grupos homogéneos y el contacto con la naturaleza.

Dicho taller se realiza los días miércoles de las 09:00hrs. a las 13:00 hrs. en la junta de vecinos sector Curaco Las Toscas. Los principales beneficiarios de dicho taller son niños, niñas y adolescentes NANEAS pertenecientes a Centro Comunitario de Rehabilitación, Departamento de Salud Municipal, Hospital de Laja, escuela Especial Amanda Labarca, Andrés Alcazar D-1229, entre otros.

- Taller "Promoviendo una buena salud mental en adulto"

Es un taller enfocado a la población de mujeres rurales adultas, donde se trabaja con un enfoque de género, comunitario, interdisciplinario y reflexivo. Tiene por objetivo la creación de un espacio de comunicación y confianza para disminuir factores de riesgo de salud mental. Dentro de las temáticas que se abordan en dicho espacio son autoestima, sentido de pertenencia, habilidades parentales, climaterio, sexualidad y reproducción, habilidades sociales, entre otras. Dicho taller es realizado por las profesionales de salud rural matrona y psicóloga.

- Taller preventivo de conductas de riesgo en los adolescentes

Es un taller que constó de seis sesiones educativas, dirigidas a los estudiantes de 7° y 8° básico de los establecimientos rurales de Puente Perales y La Colonia, con el fin de prevenir futuras conductas de riesgo en los adolescentes. Las temáticas abordadas fueron: Educación sexual y reproductiva, prevención de alcohol y drogas, bullying y deserción escolar.

- Taller cuidando al cuidador

Para el año 2018 se programaron seis capacitaciones anuales dirigidas a los cuidadores pertenecientes al programa, dentro de las cuales participan distintos profesionales rurales, tales como: kinesiólogo, nutricionista, enfermera, psicólogo, odontólogo, médico, entre otros. En cada capacitación se presenta un taller con los diferentes profesionales con el objetivo de entregar herramientas necesarias para realizar un cuidado óptimo y así mismo abordar la parte biopsicosocial del cuidador, previniendo así la sobrecarga de éste.

Estas capacitaciones son coordinadas con anterioridad para que la población pueda organizarse de tal manera de presentar la mayor asistencia posible.





FACTORES CONDICIONANTES DE LA POBLACION A CARGO

Los factores condicionantes que influyen en la situación de salud en nuestro territorio los podemos encontrar en nuestra población, ya que contamos con familias categorizadas en riesgo, que se detallan a continuación por sector.

➤ RIESGO FAMILIAR

Dentro de los principales riesgos que prevalecen en nuestra población rural, se pueden mencionar:

RIESGO PSICOSOCIAL	RIESGO AMBIENTAL
Consumo problemático de alcohol, tabaco.	Saneamiento básico inadecuado (ausencia de agua potable, alcantarillado, alumbrado eléctrico).
Adulto mayor solo	Disposición inadecuada de la basura
Familia en condición de allegados	Presencia de animales/vectores
Ingreso Percápita < 30.000	Mala calidad de la vivienda
Jefe de hogar cesante o trabajo precario	Riesgo de inundación
Hacinamiento habitacional	Extrema ruralidad
Violencia Intrafamiliar	Aislamiento Social

La clasificación de las familias según su riesgo familiar, a partir de la aplicación de la cartola familiar son:

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SECTOR SANTA ELENA (INCLUIDA EMR CIÉNAGAS).	TOTAL
N° familias inscritas	446
N° familias evaluadas con cartola/encuesta familiar	194
N° de familias en riesgo bajo	179
N° de familias en riesgo medio	14
N° de familias en riesgo alto	1

Fuente: Rem P7, Junio 2018



CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR LA COLONIA (INCLUIDA EMR DIUQUIN, RUCAHUE, CHORRILLOS).	TOTAL
N° familias inscritas	585
N° familias evaluadas con cartola/encuesta familiar	185
N° de familias en riesgo bajo	159
N° de familias en riesgo medio	23
N° de familias en riesgo alto	3

Fuente: Rem P7, Junio 2018

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR PUENTE PERALES (EMR QUIEBRAFRENO)	TOTAL
N° familias inscritas	304
N° familias evaluadas con cartola/encuesta familiar	122
N° de familias en riesgo bajo	102
N° de familias en riesgo medio	18
N° de familias en riesgo alto	2

Fuente: Rem p7, Junio 2018

En relación a las familias en riesgo medio y alto se realiza un plan de intervención familiar, esto es realizado por el equipo multidisciplinario y que se dedican ir evaluando las intervenciones programadas todos los cuartos martes de cada mes en la reunión clínica que se realiza en el Departamento Salud Municipal. Cada posta rural cuenta con su carpeta de planes de intervención de estas familias, quedando a disposición del equipo de salud para que registre sus intervenciones.

➤ FACTOR NATURAL

Con respecto al medio natural, nos desfavorece que nuestra población este inserta en sector rural, rodeado de bosques y pastizales, por ser un potencial factor de incendios forestales, plagas de animales con infecciones transmisibles, entre otras situaciones de relevancia.

De acuerdo al medio natural del Sector **La Colonia** encontramos una gran cantidad de cerros, predios forestales, plantaciones agrícolas y escasa cantidad





de agua, factores que desfavorecen la movilización por la alta dispersión geográfica. Se suma a lo anterior, otro factor importante, la sequía.

En tanto, en el sector **Santa Elena** existe una gran cantidad de lagunas no aptas para el baño, debido a que su curso de sus aguas se encuentra estancado y sin señalización correspondiente. Además, existen plantaciones de frutos de temporada lo cual facilita la obtención de trabajos esporádicos en torno al campo y la agricultura.

En **Puente Perales**, encontramos un sector de paso que inundó terrenos y modificó la geografía del sector, así como también la concurrencia de visitantes externos al balneario creado. Cabe señalar que existe un alto tránsito de camiones madereros forestales, debido a la gran plantación de pinos y o eucaliptus.

➤ FACTOR EDUCACIONAL

El nivel educacional de nuestra población es básica incompleta, Sin embargo, se da cuenta de un alto porcentaje de adolescentes que migran al sector urbano, para completar estudios de enseñanza media, ya que los establecimientos rurales sólo cuentan con enseñanza básica.

A lo anterior, cabe señalar que, las tres postas rurales cuentan con una escuela cercana, con movilización garantizada para los escolares. No obstante solo una de ellas, ubicada en el sector Santa Elena cuenta con la presencia de un jardín infantil.



DESCRIPCION RED ASISTENCIAL COMUNAL

POSTA DE SALUD RURAL SANTA ELENA Y ESTACION MEDICA RURAL



Este sector comprende una Posta Rural donde participan la mayor parte del equipo en la ronda médica, lo cual responde a la disposición de box con los que cuenta la posta, entregando atención de salud a una población de 1.331 usuarios, incluidos en el total de 446 familias.

Cabe hacer mención que esta Posta tiene una estación médico rural denominada Las Ciénagas, debido a que la población beneficiaria se encuentra dispersa en un sector geográfico con un deficitario acceso al sistema de locomoción, complicando de esta manera la solicitud de manera física de las prestaciones correspondientes de salud. Esta estación médico rural, se encuentra inserta en la sede social de la Junta de Vecinos del sector de Las Ciénagas, entidad que, adecuó los espacios físicos.

También La Dirección del Departamento de Salud Rural entrega apoyo constante en el aseo, ornato y calefacción, con el principal objetivo de entregar una mejor calidad de atención de salud para la comunidad en general y hacer más amena el tiempo de espera. Además se implementaron nuevos insumos clínicos y equipamientos que permitieron una entrega de atención de salud más expedita, evitando que el usuario deba acudir a la Posta Santa Elena.





➤ DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

Causas de mortalidad año 2017

CAUSA DEFUNCIÓN	Nº DE PERSONAS	CICLO VITAL	SECTOR
Neumonía respiratoria	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Santa Elena
Insuficiencia respiratoria	1	Adulto	Posta Salud rural Santa Elena
Insuficiencia respiratoria	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Santa Elena
Cáncer Gástrico	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Santa Elena
Traumatismo encéfalo craneano	1	Adulto	Posta Salud rural Santa Elena
Accidente laboral	1	Adulto	Posta Salud rural Santa Elena
Paro cardiorrespiratorio	2	Adulto Mayor	Posta Salud rural Santa Elena
Insuficiencia cardiaca aguda	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Santa Elena
Falla multiorgánica	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Santa Elena

Fuente: Registro local, Dirección Medio Ambiente, Aseo y Ornato Municipalidad de Laja.

Causas de mortalidad a Octubre año 2018

Causa defunción	Nº de personas	Ciclo vital	Sector
Falla multiorgánica	2	Adulto Mayor	Posta Salud rural Santa Elena
Insuficiencia respiratoria	1	Adulto mayor	Posta Salud rural Santa Elena
Cáncer Gástrico	1	Adulto	Posta Salud rural Santa Elena
Suicidio	2	Adulto	Posta Salud rural Santa Elena
Accidente laboral	1	Adulto	Posta Salud rural Santa Elena

Fuente: Registro local, Dirección Medio Ambiente, Aseo y Ornato Municipalidad de Laja.



POSTA DE SALUD RURAL LA COLONIA Y ESTACIONES MEDICO RURAL



Este sector comprende una posta que cuenta con una infraestructura insuficiente, ya que sólo cuenta con cinco box de atención, dificultando que todo el equipo de salud pueda participar en la ronda médica, debiendo programarse para otros días en la semana la atención.

Pese a lo anterior, se entrega atención de salud a una población de 2.155 usuarios, incluidos en un total de 585 familias. Una cifra de gran importancia considerando factores de incidencia, como por ejemplo que, esta Posta Rural cuenta con 3 estaciones médicos rurales, cifra que supera a las otras postas dispuestas por nuestro Departamento.

Sumando a lo anterior que, la población objetivo se encuentra dispersa en un amplio sector geográfico, es que nuestro Departamento de Salud en conjunto con el Sr. Alcalde Vladimir Fica Toledo, gestionó la postulación a través del Servicio de Salud Bio Bio una nueva infraestructura de Posta Rural que se ubicaría en el Sector de Rucahue, en el cual son más de 700 usuarios que se verían beneficiados, zona que cuenta con mayor accesibilidad para los usuarios, y lo que permitiría eliminar una estación médico rural ubicada en Rucahue.

Cabe destacar que, ante las condiciones infraestructurales de algunas estaciones médicos rurales dependientes de la Posta La Colonia no contaban con los requisitos mínimos de funcionamiento, por lo que la Dirección de Salud en conjunto con el Sr. Alcalde Vladimir Fica Toledo se han propuesto mejorar la atención de salud, por lo que han cedido nuevos equipamientos e insumos



clínicos, preocupándose constantemente de entregar un servicio de salud integral, de calidad y digno para los usuarios y comunidad en general.

En el caso de la EMR de Diuquin, se implementó la entrega de containers para ampliar el espacio físico y mejorar la calidad de la atención. También recalcar que Dirección de Salud está constantemente preocupada en relación a la calefacción, aseo y ornato.

➤ DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

Principales causas de mortalidad año 2017

CAUSA DEFUNCIÓN	Nº DE PERSONAS	CICLO VITAL	SECTOR
Falla multiorgánica	7	Adulto Mayor	Posta Salud rural La colonia
Paro cardiorespiratorio	2	Adulto Mayor	Posta Salud rural La colonia
Insuficiencia respiratoria	2	Adulto Mayor	Posta Salud rural La colonia

Fuente: Registro local, Dirección Medio Ambiente, Aseo y Ornato Municipalidad de Laja

Principales causas de mortalidad a Octubre año 2018

CAUSA DEFUNCIÓN	Nº DE PERSONAS	CICLO VITAL	SECTOR
Falla multiorgánica	1	Adulto mayor	Posta Salud rural La colonia
Cáncer de páncreas	1	Adulto mayor	Posta Salud rural La colonia
Derrame pleural izquierdo	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural La colonia
Cáncer Gástrico	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural La colonia
Hepatitis alcohólica	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural La colonia

Fuente: Registro local, Dirección Medio Ambiente, Aseo y Ornato Municipalidad de Laja.



POSTA DE SALUD RURAL PUENTE PERALES Y ESTACION MEDICA RURAL



La Posta de Salud Rural Puente Perales, se encuentra situada en la localidad del mismo nombre. Dicho servicio abarca una población de 1.245 usuarios, que se distribuye en los siguientes sectores rurales: Cachapoal, Cancha Rayada, Quilales, Los Ciénogos, Quebrafrenos y Puente Perales propiamente tal.

La posta rural no cuenta con la infraestructura necesaria para la atención en salud, ya que hay déficit de box de atención, ante lo cual los profesionales realizan sus funciones en aquellos días diferentes a la ronda médica, debido a esto es que la Dirección del Departamento en conjunto con el Sr. Alcalde Vladimir Fica Toledo, tiene como proyecto en postulación a los FNDR para la reparación de la edificación antigua que posee la Posta Rural y así ampliar el número de Box clínicos, lo que permitirá poder entregar los espacios necesarios al equipo de salud y que nuestros usuarios reciban una atención de calidad en mejores espacios. Además tenemos como desafío el próximo año poder realizar un mejoramiento de postas para así poder obtener la Demostración Sanitaria.

Además, se cuenta con una estación médico rural denominada Quebrafrenos, para la población beneficiaria que se encuentra en un sector distante a la Posta de Salud. Dicha atención se realiza una vez al mes (3° miércoles) en la Escuela





de Quiebrafrenos. En ésta EMR se entregan todas las prestaciones de salud, salvo la atención Odontológica.

Es necesario mencionar, que la Dirección de Salud Rural ha implementado avances en la entrega de la atención de salud integral, cediendo nuevos equipamientos e insumos clínicos, respondiendo a mejorar la percepción de satisfacción usuaria y a los requerimientos de la comunidad rural.

➤ DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

Principales causas de mortalidad año 2017

	Nº de personas	Ciclo vital	Sector
Senilidad	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Puente Perales
Falla multiorgánica	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Puente Perales

Fuente: Registro local, Dirección Medio Ambiente, Aseo y Ornato Municipalidad de Laja.

Principales causas de mortalidad año 2018

Causa defunción	Nº de personas	Ciclo vital	Sector
Insuficiencia respiratoria	1	Adulto mayor	Posta Salud rural Puente Perales
Cáncer Cervicouterino	1	Adulto Mayor	Posta Salud rural Puente Perales

Fuente: Registro local, Dirección Medio Ambiente, Aseo y Ornato Municipalidad de Laja.



POBLACION PER CAPITA DSM LAJA - AGOSTO 2018

n°	La Colonia			Santa Elena			Puente Perales			Total general
	LC	Total LC		SE	Total SE		PP	Total PP		
IT	F	M		F	M		F	M		
0	2	1	3	5	1	6		1	1	10
1	3	6	9	7	5	12	3	1	4	25
2	9	14	23	1	4	5	1	3	4	32
3	12	9	21	10	11	21	8	5	13	55
4	10	9	19	11	6	17	5	7	12	48
5	11	10	21	11	5	16	8	6	14	51
6	15	6	21	7	11	18	3	7	10	49
7	7	13	20	12	7	19	9	6	15	54
8	7	9	16	8	12	20	8	6	14	50
9	15	14	29	8	10	18	4	10	14	61
10	10	15	25	11	7	18	6	7	13	56
11	15	14	29	3	12	15	7	6	13	57
12	19	12	31	8	15	23	11	9	20	74
13	18	12	30	10	7	17	4	5	9	56
14	10	12	22	6	10	16	10	10	20	58
15-19	85	82	167	58	52	110	31	36	67	344
20-24	97	85	182	44	68	112	37	53	90	384
25-29	87	70	157	27	42	69	46	49	95	321
30-34	76	61	137	51	33	84	38	60	98	319
35-39	57	58	115	44	46	90	38	60	98	303
40-44	71	52	123	39	52	91	39	64	103	317
45-49	84	74	158	43	42	85	32	75	107	350
50-54	96	86	182	45	43	88	30	66	96	366
55-59	61	77	138	42	43	85	38	81	119	342
60-64	60	67	127	40	42	82	27	38	65	274
65-69	55	43	98	18	40	58	18	38	56	212
70-74	47	52	99	27	27	54	9	20	29	182
75-79	37	46	83	17	20	37	10	8	18	138
80 y mas	39	31	70	29	16	45	12	16	28	143
Total generi	1.115	1.040	2.155	642	689	1.331	492	753	1.245	4.731

Mencionar que el Departamento de Salud Municipal de Laja ha mejorado en avances tecnológicos en lo que es la inscripción de nuestros usuarios, debido que ahora contamos con cada Posta Rural habilitado el sistema de inscripción, lo que permite al usuario acudir a su posta y así evitar el viaje a Laja Urbano para la inscripción a este establecimiento de salud. Además como equipo estamos realizando rastreos permanentes en que nuestros usuarios si se encuentren inscritos con nosotros y aquellos que no están en nuestro departamento y que lo identificamos al momento de realizar carpetas familiares, nuestro equipo de salud les explica cómo funciona nuestro departamento y que quedan la opción por parte de ellos de poder atenderse con nosotros.





BAJO CONTROL A AGOSTO 2018 Y LINEAMIENTOS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD QUE CUENTA EL DSM LAJA

La atención de salud entregada como Departamento de Salud Municipal se encuentra basada en los lineamientos del modelo de atención integral de salud, el cual se define como: "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, sino a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural".

Es un modelo de atención de salud, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Dejando de lado el modelo Biomédico de atención de salud y dando paso al modelo de salud biopsicosocial y Espiritual

En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).



Principios del modelo de atención integral en salud

Existen tres principios Irrenunciables en el diseño de cualquier forma de intervención de salud basado en el modelo de salud Familiar.





De acuerdo al Modelo de Salud Familiar, el Departamento de Salud Municipal De Laja, entra en vigencia a partir del año 2017 a la primera evaluación para la certificación del Modelo de Salud Familiar; Siendo la Posta Puente Perales en realizar la autoevaluación en Abril del año 2017 con un porcentaje de 35,41%. Siguiendo con la pauta de certificación (MAIS) que mide el Servicio de Salud Bio Bio junto con los asesores territoriales correspondientes, el Departamento de Salud De Laja comienza junto con el equipo de salud, compuesto por 5 integrantes kinesiólogo, matrona, enfermera, psicóloga y trabajadora social a trabajar en los 9 ejes que comprende la pauta, siendo estos los siguientes.

- Eje de Promoción
- Eje de Prevención
- Eje de Enfoque Familiar
- Eje de Calidad
- Eje de Tecnología
- Eje de Participación
- Eje de Intersectorialidad y Territorialidad
- Eje de Desarrollo de las Personas
- Eje Centrado en Atención Abierta

Estos 9 ejes que mide la pauta de certificación del modelo (MAIS), comprende diferentes puntajes y puntos en el cual se va midiendo acorde a lo solicitado por el instrumento de validación de la pauta.

Es así, que durante el año 2017 se logra mejorar en diferentes puntos la pauta de evaluación y poder certificar la Posta Puente Perales en el mes de Diciembre del mismo año, con un porcentaje del 55,25%.

Actualmente se sigue trabajando junto al equipo de salud en esta pauta de certificación, ya que durante este año 2018 estamos en evaluación de la Posta La Colonia y siguiendo la misma modalidad que se trabajó anteriormente para poder certificar en un futuro una nueva Posta De Salud Rural.



PROGRAMA SALUD INFANTIL: NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS

El Programa de Salud Infantil de la infancia tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida, es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbilidad en los menores. Este programa se desarrolla a través de la Subsecretaría de salud Pública y Redes Asistenciales, el cual entrega una gama de prestaciones.

Los principios orientadores de los controles de salud son los siguientes:

- El niño y la niña son sujetos de derecho.
- La atención es un proceso continuo
- Cada persona y familia es única.
- El niño o niña es parte de una familia
- El niño o niña es parte de un contexto social.
- El desarrollo infantil temprano es determinante en el bienestar biopsicosocial futuro de cada persona y su familia
- La mayor responsabilidad del cuidado es de cada persona y su familia.

Dentro de las áreas de evaluación que se realizan se encuentran:

- Evaluación psicosocial de niños y niñas.
- Evaluación nutricional.
- Evaluación del desarrollo puberal.
- Toma de presión arterial.
- Evaluación oftalmológica.
- Evaluación auditiva.
- Evaluación ortopédica.
- Evaluación de genitales
- Evaluación bucal.

Dentro de los componentes del control de salud infantil se encuentra:

- Historia clínica o anamnesis
- Examen físico.
- Diagnósticos
- Plan de trabajo con las familias.



Controles de salud por edad

Recién nacido	Diada antes de los 10 días
Lactante menor	1 mes
	2 meses
	3 meses
	4 meses
	Consulta nutricional a los 5 meses
Lactante medio	6 meses
	8 meses
Lactante mayor	12 meses
	18 meses
Preescolar	2 años
	Control de salud bucal 2 años
	3 años
	Control nutricional 3 años y 6 meses
	4 años
	Control bucal 4 años
Escolar	5 años
	6 años
	Control de salud bucal 6 años GES
	7 años
	8 años
	9 años

Equipo de trabajo en infancia

En nuestras postas rurales el equipo de infancia lo lidera la Enfermera a cargo del programa, la cual se esfuerza por seguir rigurosamente las normas técnicas ministeriales y lineamientos entregados desde el Servicio de Salud Bio Bio, trabajando en red también con Seremi de salud por el área de inmunización. Las actividades son desarrolladas con las orientaciones entregadas por el Programa del Niño y la Niña, teniendo en cuenta el especial énfasis que debe ponerse en la detección temprana de las desviaciones de la normalidad y la derivación oportuna ante situaciones de riesgo clínico o social familiar, en concordancia con los



aspectos definidos como cruciales por el Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo el cual tiene un importante desarrollo en el sector salud.

Características epidemiológicas

A continuación, se describe los distintos aspectos de la situación de salud de la población infantil y que son útiles de considerar al momento de diseñar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

- Mortalidad en la infancia

El Departamento de salud con sus postas de salud rural registra durante los últimos años cero mortalidad infantil, un gran logro si lo comparamos con la provincia de Biobío que tiene una tasa de 7,42 y el país 6,99 por cada 1.000 nacidos vivos.

La mejoría de los indicadores en el área infantil ha sido producto de las estrategias implementadas desde hace casi medio siglo por el sector salud y la mejoría en condiciones y calidad de vida de la población, acceso a agua potable y educación.

Dentro de las estrategias de salud que han tenido mayor impacto destacan el desarrollo del programa nacional de inmunizaciones y sus altas coberturas alcanzadas, la amplia atención profesional del parto, la alta asistencia a control de salud del niño y la niña en el primer año de vida, las estrategias destinadas a la reducción de muertes por infecciones respiratorias agudas (salas IRA, campaña de invierno), el programa de alimentación complementaria, el mayor acceso a hospitalización ante urgencias, y los programas de planificación familiar.

- Morbilidad en la infancia

Según los registros estadísticos la primera causa de consulta en los menores de 0 a 9 años son las enfermedades respiratorias, tanto IRA altas como IRA baja, correspondiendo al 58,7% de las consultas totales infantiles.

La mayoría de los casos se presentan en época de invierno, aumentando las consultas médicas y de kinesiología respiratoria. Siendo de mayor complicaciones las IRA bajas (Neumonía, Bronquitis aguda, Coqueluche y Asma).

De un total de 435 niños de 0 a 9 años y 11 meses, tenemos bajo control con patología crónica (SBOR – ASMA) un total de 27 niños, lo que corresponde a un 6,2% del total de la población.

- Malnutrición por exceso

La malnutrición por exceso (obesidad o sobrepeso) es actualmente un problema de salud pública por las consecuencias biológicas, psicosociales y económicas que tiene en la población. Las causas principales están focalizadas en la alta ingesta calórica, sodio y escasa actividad física de la población, produciendo además inequidades importantes por nivel socioeconómico.

Las cifras nacionales no hacen más que reforzar que estamos ante una verdadera epidemia de sobrepeso y obesidad infantil que hace muy complicado el lograr impacto con acciones aisladas si no hay una verdadera propuesta integral que involucre responsablemente a todos los actores para detener esto, de lo contrario las cifras se volverán a corto plazo inmanejables, con las nefastas consecuencias para la salud que esto conlleva.

Gráfico 1: Menores bajo control según estado nutricional año 2016- año 2017-Junio 2018

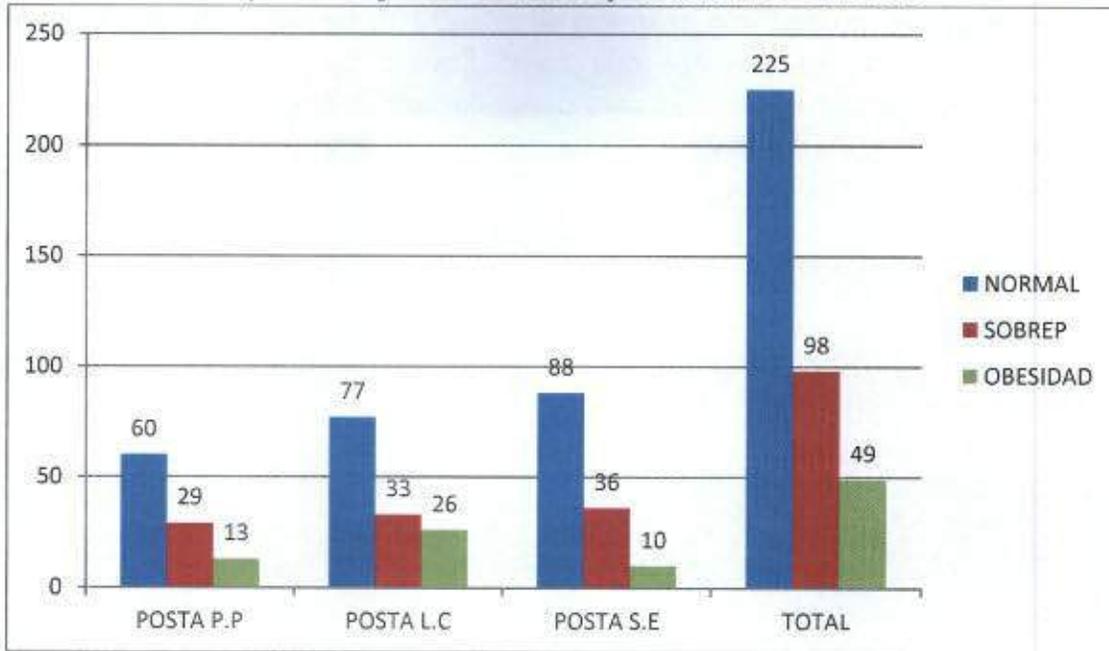


Fuente: Estadística REM DSM Laja Año 2016-Año 2017-junio 2018

Análisis: De acuerdo al gráfico podemos señalar que se encuentra una leve disminución de los menores con diagnóstico de sobrepeso y obesidad con respecto al año 2016 y 2017.



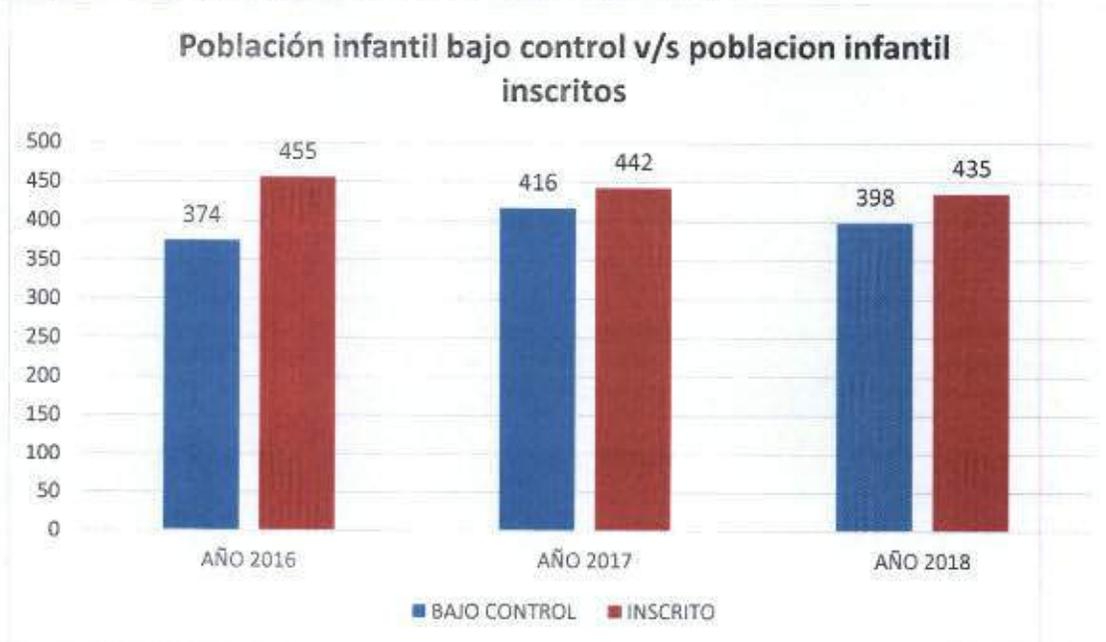
Gráfico 2: Menores bajo control según estado nutricional y Postas Rurales - Junio 2018



Fuente: Estadística REM DSM Laja junio 2018

Análisis: De acuerdo al gráfico podemos señalar que la Posta Santa Elena es la que tiene menos menores con malnutrición por exceso con diagnóstico de obesidad y con el mayor número de menores con normalidad.

Gráfico 3: Población Infantil bajo control v/s población infantil inscritos.



Fuente: Estadística REM DSM Laja Diciembre 2016-Diciembre 2017



Análisis: De acuerdo al gráfico podemos señalar que aunque hay un aumento en los menores bajo control con respecto al año 2016, no se logra el 100% de cobertura esperada. Es por eso que como Equipo de Salud del DSM Laja, queremos implementar estrategias para poder dar una cobertura a todos nuestros niños rurales, aumentar el rescate de inasistente a través de visitas domiciliarias, llamado telefónicos, entre otras.

Evaluaciones en el control de salud infantil

Evaluaciones realizadas en el año 2017, en los controles de salud de rutina del niño.

Tabla N° 1 Pauta Breve

	Aplicación Pauta breve
Normal	96
Alterada	6
Total	102

Tabla N°2 Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

	Aplicación EEDP
Normal	76
Normal con rezago	3
Riesgo	0
Retraso	0
Total	79

Tabla N°3 Test del Desarrollo Psicomotor (3años)

	Aplicación TEPSI
Normal	43
Normal con Rezago	2
Riesgo	2
Retraso	0
Total	47



Análisis: Dentro de los controles de salud se realizan una serie de evaluaciones que están dirigidas, en su mayoría, a detectar tempranamente riesgos para la salud, considerando distintas áreas, podemos señalar que el primer screening de pesquisa es la pauta breve, luego se aplican EEDP y TEPSI., en la tabla n°1 encontramos que de un total de 102 aplicaciones, resultaron alterada 6 lo que da un porcentaje de 5,8% de niños con alteración. En la tabla n°2 encontramos 79 aplicaciones resultando con rezago un 3,7%, en la tabla n°3 encontramos los niños evaluados con TEPSI, que corresponde a 47 evaluaciones, resultandos con riesgo y rezago un total de 4 niños respectivamente lo que corresponde a un 8,5 %.

Los resultados de estas evaluaciones gatillan una serie de prestaciones que permiten tratar factores de riesgo o desviaciones en el desarrollo del niño o la niña tempranamente. Para lo cual el Departamento de salud cuenta con servicio itinerante para el ingreso y tratamiento de estos niños. Unas de estas prestaciones que podemos destacar este año en nuestro DSM Laja es que contamos con una Profesora Diferencial que realizan diferentes sesiones y talleres a nuestros niños, entregando herramientas para poder tratar estos factores de riesgo. Además referir que de este año contamos que nuestra profesora diferencial cuenta con la Certificación del Taller Nadie es Perfecto, dado a través por el Servicio de Salud Bio Bio, lo que permite poder entregar esta prestación a nuestros usuarios ya por un propio profesional de nuestro DSM.

Lactancia Materna

La lactancia materna es uno de los pilares fundamentales para el crecimiento y desarrollo del niño o niña, por lo que esta instaurado como política prioritaria dentro de las actividades del equipo del Departamento de salud, existiendo un comité comprometido con la lactancia materna.

Tabla N°4 Lactancia materna (6 meses)

Lactancia Materna hasta los 6 meses de edad	
LME	15
LM + LA	1
LA	
LA + OTROS	2
Menores en control	18
PORCENTAJE	83 %



En nuestro departamento de salud la prevalencia se ha mantenido por mucho tiempo por sobre la nacional, el año 2017 tuvimos una prevalencia de lactancia materna exclusiva al 6° mes de 78%, cifra que se ha logrado gracias al compromiso de la madres y sus familias, y a los profesionales de la salud que apoyan, promueven y protegen la lactancia materna. Al mes de julio de 2018 hemos logrado aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al 6° mes a un 83%.

Nadie es Perfecto

En los últimos años ha aumentado enormemente la evidencia que sustenta la importancia que tiene la relación entre el padre, madre y cuidador (a) y el niño o niña. Específicamente, la calidad de esta relación y la forma de criar a los niños (as) influye en el desarrollo infantil.

Si la relación entre los adultos y el niño(a) está caracterizada por la sensibilidad, estabilidad y disponibilidad de los adultos, el consuelo, la expresión de afecto, el contacto físico, entre otras, van a promover en el niño o niña la sensación de seguridad y confianza que este necesita para desarrollarse hasta alcanzar su máximo potencial.

Sabemos que la crianza no es una tarea fácil, y que muchas familias necesitan de información, habilidades y apoyo para poder satisfacer mejor las necesidades efectivas, sociales, físicas y de estimulación de sus hijos e hijas.

Por esta razón, Chile Crece Contigo pone a disposición de la Ciudadanía una serie de servicios para acompañar y apoyar este proceso, entre los que se encuentra, el taller de habilidades para la crianza de niños de 0 a 5 años, Nadie es Perfecto.

Nadie es Perfecto, consiste en seis encuentros grupales de padres, madres y cuidadoras (es) dirigidos a compartir sus experiencias de crianza, aprender de otros y recibir orientaciones en problemas específicos, tales como: calmar a un niño (a) que llora mucho, responder efectivamente frente a las pataletas, ayudar a promover el comportamiento cooperativo, fomentar lenguaje, seguridad, autocuidado y muchos otros temas importantes para el mejor desarrollo de los niños y las niñas.

Este material gráfico, utilizado en el taller, ayudar a los padres, madres y cuidadoras (es) a aumentar su comprensión sobre diferentes áreas importantes del desarrollo de sus hijos e hijas a mejorar sus habilidades para manejar situaciones difíciles que se presentan frecuentemente en los primeros años de vida.



Cabe destacar el buen trabajo que ha desarrollado nuestra educadora a cargo del Programa "Nadie es perfecto", con alta cobertura y adherencia de los padres y madres que han participado en este Programa en la Comuna. Ha sido una oportunidad invaluable para que los padres, madres y/o cuidadores, aprendan a lidiar con la gran tarea de la paternidad de una manera lúdica, compartiendo experiencias, mostrando así con su participación su amor incondicional por sus hijos.

Plan Inmunizaciones

Otro aspecto relevante es aquella parte del Plan Nacional de Inmunizaciones que se aplica a nivel infantil, incorporando vacunas programáticas y de campañas, estipuladas por metas y porcentajes.

- Cumplimiento vacunación Pentavalente 3ra. Dosis, por comunas

			Coberturas Vacunas, PENTAVALENTE 3° dosis (6 meses) Programáticas 2017		
S.S.	Comuna	CUT	Realizado	Pob. Objetivo	Cobertura (%)
Biobío	Los Angeles	8301	2.368	2.783	85%
	Antuco	8302	41	46	89%
	Cabrero	8303	316	348	91%
	Laja	8304	276	262	105%
	Mulchén	8305	295	324	91%
	Nacimiento	8306	318	304	105%
	Negrete	8307	106	133	80%
	Quilaco	8308	38	37	103%
	Quilleco	8309	87	81	107%
	San Rosendo	8310	41	34	121%
	Santa Bárbara	8311	178	199	89%
	Tucapel	8312	161	142	113%
	Yumbel	8313	187	199	94%
	Alto Biobío	8314	98	153	64%

Fuente: Departamento de Inmunizaciones, datos al 22 enero 2018



- Cobertura Tres vírica 1era. Dosis, por comunas

Biobío	Los Angeles	8301	2.475	2.849	86,9%
	Antuco	8302	43	37	116,2%
	Cabrero	8303	315	341	92,4%
	Laja	8304	252	286	88,1%
	Mulchén	8305	301	336	89,6%
	Nacimiento	8306	298	349	85,4%
	Negrete	8307	104	120	86,7%
	Quillaco	8308	39	36	108,3%
	Quilleco	8309	85	84	101,2%
	San Rosendo	8310	40	39	102,6%
	Santa Bárbara	8311	184	181	101,7%
	Tucapel	8312	129	160	80,6%
	Yumbel	8313	184	198	92,9%
	Alto Biobío	8314	97	148	65,5%

- Cobertura vacunación Virus Papiloma Humano en niñas de 4° y 5° básicos de Región del Biobío y por comunas.

Comuna	Niñas 4° básico			Niñas 5° básico		
	Administrada	Programado	Cobertura	Administrada	Programado	Cobertura
Región del Biobío	11358	13763	83%	10978	13669	80%
S.S. Concepción	3316	4380	76%	3204	4371	73%
S.S. Talcahuano	1512	2018	75%	1454	1985	73%
S.S. Arauco	1028	1214	85%	1048	1259	83%
S.S. Biobío	2599	2887	90%	2544	2887	88%
S.S. Ñuble	2903	3264	89%	2728	3167	86%

Fuente: Departamento de Inmunizaciones, datos al 22 enero 2018.

- Cobertura escolar SRP a niños y niñas de primero básico

Región / Comuna	Acumulado	Población objetivo (Matriculados 2017)	Cobertura 2017
Bio-Bio	26.517	29.577	90%
Servicio de Salud Concepción	8.550	9.869	87%
Servicio de Salud Talcahuano	3.871	4.387	88%
Servicio de Salud Arauco	2.548	2.775	92%
Servicio de Salud Biobío	5.497	5.984	92%
Servicio de Salud Ñuble	6.051	6.562	92%

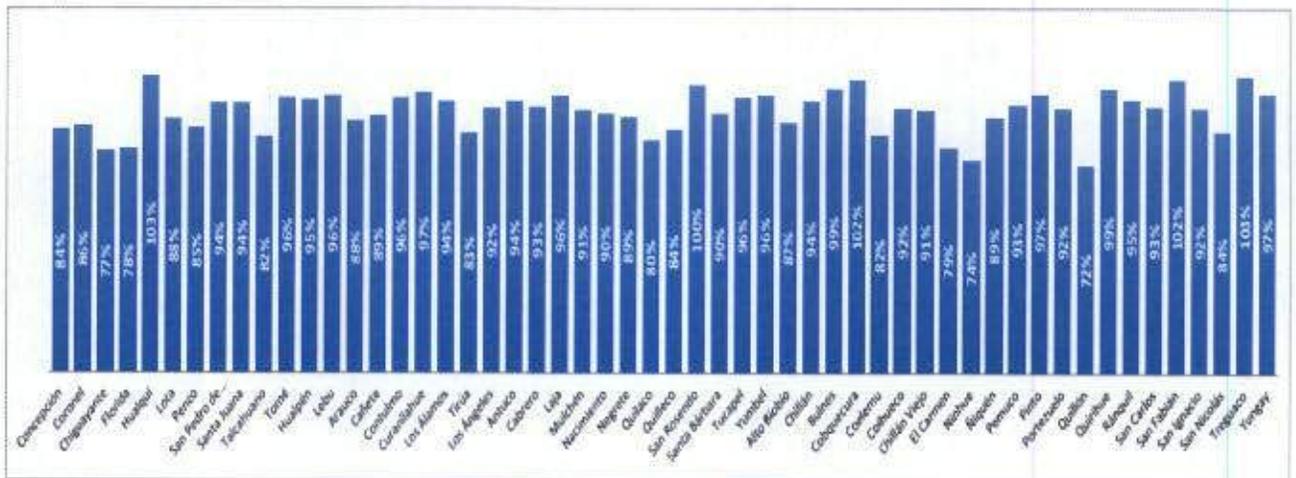


Figura 32. Cobertura Campaña Escolar SRP 2017 por comuna

6.3. Cobertura de Vacunación Escolar dTpa 2017, niños (as) de 1° y 8° básicos de la Región del Biobío

Tabla 12. Cobertura Región y Servicio de Salud

Comuna	Niños y niñas 1° básico			Niños y niñas 8° básico		
	Administrada	Programado	Cobertura	Administrada	Programado	Cobertura
Región del Biobío	26605	29577	90%	24735	28147	88%
S.S. Concepción	8614	9809	87%	7237	8825	82%
S.S. Talcahuano	3900	4387	89%	3519	4086	86%
S.S. Arauco	2553	2775	92%	2357	2572	92%
S.S. Biobío	5482	5984	92%	5515	5980	92%
S.S. Ñuble	6056	6562	92%	6107	6684	91%

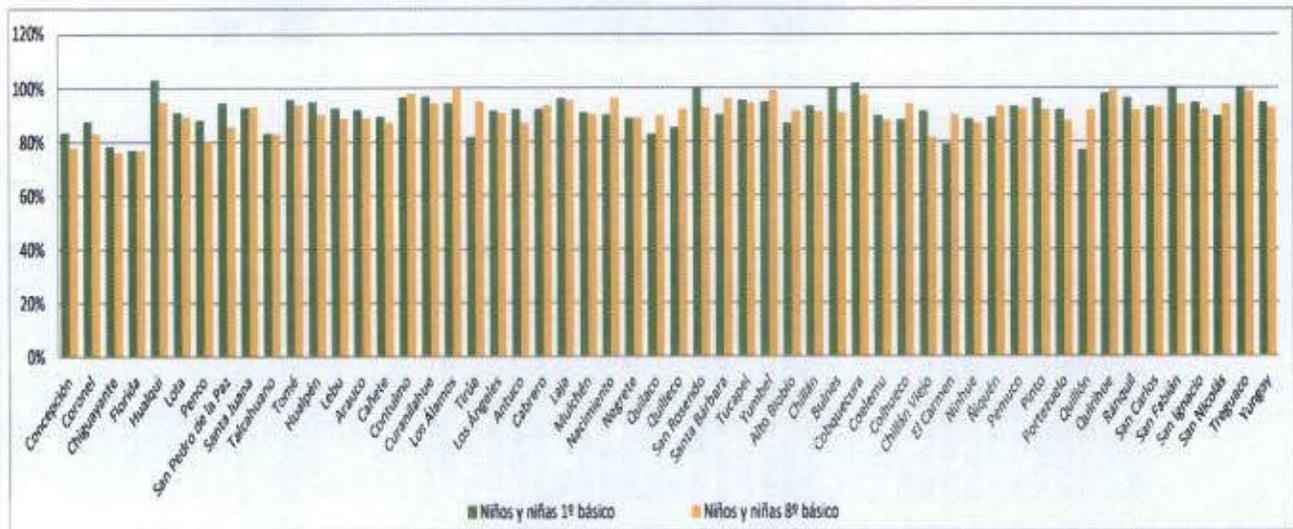


Figura 33. Cobertura Campaña Escolar dTpa 2017 por comuna

Programa Chile Crece Contigo:

La RED Comunal CHCC funciona coordinada y efectivamente en beneficio de los niños y niñas de la Comuna. El equipo RED CHCC se reúne mensualmente para analizar casos de niños con riesgo biopsicosocial, y todos sus integrantes aportan desde su sector, a la solución o manejo adecuado de los factores concomitantes. Durante este año hemos realizado actividades coordinadas en intersector que han resultado muy gratificantes por la alta asistencia de los padres y niños beneficiarios.

Podemos mencionar:

- Capacitación a todos los integrantes de la red CHCC en temas inherentes al trabajo con familias y capacitación a los padres.
- Elaboración de Mapa de Derivación dentro de la RED Comunal



- Reuniones de manejo clínico y de salud familiar de niños beneficiarios de RED CHCC que lo requieren.
- Postulación a Proyecto Implementación Servicio itinerante.
- Feria de infancia rural y urbana.
- Entrega de material de apoyo en estimulación de acuerdo a edades.

Rehabilitación infantil

Siendo la discapacidad una problemática a nivel país, durante el año 2018 el trabajo de rehabilitación infantil en Laja ha sido fuertemente potenciado por el Servicio de Salud BioBio, ya que en conjunto con ellos se ha ido avanzando en ésta problemática

Como primeros lineamientos establecidos en las 2 reuniones llevadas a cabo en ésta temáticas se pueden encontrar

- Trabajo intersectorial con Hospital de la familia y la comunidad de Laja, centro comunitario de rehabilitación y departamento de salud municipal. Dicho trabajo se enfoca en la creación de una mesa de trabajo, en la cual se puedan exponer los casos que existan en la comuna y desarrollar un plan de intervención con equipo multidisciplinario.
- Se estableció que el equipo que atiende la población NANEAS será multidisciplinario, incluyendo en él a médicos, psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, enfermeras, terapeuta ocupacionales, trabajadoras sociales y educadora diferencial.
- Se estableció que la población NANEAS será atendida en el equipo de salud primaria, realizándose un plan de intervención individualizado, si éste lo requiere será derivado a CCR con su respectivo plan de intervención para trabajar la neurorehabilitación (sala de estimulación extrasensorial y equinoterapia), ya que los demás problemas tendrán que ser abordados por el equipo de cabecera.

En el marco de la rehabilitación infantil éste año se capacitó al equipo de la comuna en el tema de los niños y niñas que requieren de cuidados especiales en salud (NANEAS), lo cual está directamente relacionado con la rehabilitación infantil. Específicamente el equipo capacitado en el DSM es de dos kinesiólogo, un terapeuta ocupacional, una psicóloga, una enfermera, una nutricionista, una educadora diferencial y una trabajadora social.

Bajo control de usuarios en rehabilitación infantil

N°	PRESTACION	Sector al cual pertenecen
1	Equinoterapia - Sala de Rehabilitación	Urbano
2	Equinoterapia - Sala de rehabilitación	Urbano
3	Sala de Rehabilitación	Urbano
4	Equinoterapia - Sala de Rehabilitación	Urbano
5	Sala de Rehabilitación	Urbano
6	Equinoterapia	Urbano
7	Equinoterapia	Urbano
8	Equinoterapia	Urbano
9	Equinoterapia	Urbano

Análisis: Durante el año 2018, CCR presenta un bajo control de 9 niños y niñas en rehabilitación infantil, recibiendo como principales prestaciones taller de equinoterapia y terapia en la sala de rehabilitación. Dentro de éste año solo tuvo usuarios del sector urbano.

En cuanto a la rehabilitación infantil de salud mental se ha realizado la primera consultoría infantil, con la finalidad de abordar diversos temas en lo que refiere al manejo de patologías de psiquiatría infantil, en los diversos niveles (primaria y secundaria) con sus respectivos mapas de derivación.



PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), es un beneficio gratuito para todos(as) los niños, niñas y embarazadas del país, independiente de su situación previsional.

El PNAC cumple con el propósito de mantener y mejorar el acceso a alimentos sanos y seguros, así como mejorar el estado nutricional de las gestantes, madres que amamantan, niños y niñas menores de 6 años y menores de 25 años con diagnóstico de errores innatos del metabolismo.

Objetivos:

- Promover la lactancia materna.
- Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.
- Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.
- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Prevenir y corregir déficit nutricional en los niños/as y gestantes

Requisitos para retirar beneficio del programa nacional de alimentación complementaria para usuarios del DSM Laja.

- Estar inscritos en nuestro departamento de salud
- Controles de Salud y Vacunas al día de acuerdo a normas establecidas por nuestro departamento y el Ministerio de Salud.
- Carnet de Control Infantil con los registros actualizados como peso, talla.
- Diagnóstico Nutricional y fecha para el próximo control.

Flujograma del Programa de Alimentación Complementaria



- PNAC BASICO (estado nutricional normal, sobrepeso y obeso niños menores de 6 años gestantes y nodrizas)
- PNAC DE REFUERZO (estado nutricional con déficit niños menores de 6 años y gestantes)





- PNAC PREMATURO (menor de 1500 gramos al nacer o 32 semanas de gestación)
- PNAC ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

El PNAC Prematuro se realiza el ingreso en CDT de Los Ángeles y se le da continuidad en nuestro centro de atención, cabe señalar que actualmente no tenemos ningún niño bajo control en este programa, también recordar que ingresan a este beneficio los menores nacidos antes de la 32 semanas de gestación o que hayan tenido un peso de nacimiento menor a 1,500 kg.

PNAC Errores Innatos del Metabolismo el diagnóstico se realiza en el INTA y es en esta institución donde se realiza evaluación, seguimiento y tratamiento, nunca hemos tenido ingresos de menores con este diagnóstico.

Bajo control y coberturas

En nuestro departamento de salud tenemos un bajo control de 205 menores de 6 años que reciben este beneficio y está directamente relacionado con el bajo control del programa infantil que corresponde a 239 niños, tenemos una cobertura de 85,7%.

Las coberturas por postas son las siguientes:

- Posta Santa Elena 90,5% al bajo control de junio 2018
- Posta Puente Perales 86,3% al bajo control de junio 2018
- Posta La Colonia 82,5% considerando el bajo control de junio 2018

Tenemos un porcentaje muy bajo de inasistentes, que corresponde al 14,2% y están concentrados en su mayoría en posta La Colonia.

Las estrategias implementadas para dicho resultado es hacer coincidir el control de salud del menor con la entrega de producto alimentario. Como segunda estrategia es la realización de degustaciones con los productos entregados en ferias de la salud para derribar el estigma que los productos alimentarios son de mal sabor.

Como última estrategia es la coordinación con enfermeras del programa infantil y Tens encargadas de distribución de alimentos, para agendar a control a los menores inasistentes con cupos reservados y llamado telefónico para recordar al paciente el control.



PROGRAMA IRA

El programa IRA de salud respiratoria tiene como población objetivo a todos los usuarios entre 0 y 19 años, teniendo como objetivo principal la disminución de la mortalidad infantil a causa de las enfermedades respiratorias agudas. Esto a través de la prevención y la atención oportuna por parte del equipo de salud. Además el programa se encarga de mantener bajo control la población con enfermedades respiratorias crónicas como el SBO-R y el Asma Bronquial.

Actualmente el programa IRA en la comuna de Laja mantiene a un total de 52 usuarios inscritos entre los 0 y 19 años de edad, de los cuales el 69% presenta diagnóstico de ASMA bronquial y el 31% SBO-R. Esta población se concentra principalmente en el sector rural cuyas condiciones geográficas y socioculturales favorecen el desarrollo de estas enfermedades debido a regulares condiciones de vivienda, poca conciencia respecto a la prevención de las enfermedades respiratorias, mal uso de la terapia inhalatoria, uso de fogón para calefacción, uso de transporte público por parte de la mayoría de los usuarios, largas distancias a pie para ir al colegio, como también para asistir al establecimiento de salud.

Además de lo anterior, el 73% de los inscritos son menores de 14 años por lo que su asistencia depende principalmente de los padres y el 27% restante mayor de 14 años se encuentra estudiando en otra comuna. Todos estos antecedentes, sumado a la baja sintomatología de sus patologías, actúan como factores que favorecen la tasa de inasistencia que a la fecha alcanza un 69%, lo que se podría relacionar con la baja consulta por enfermedades respiratorias durante este año. Debido a este último porcentaje se está implementando un plan de rescate mediante llamados y visitas domiciliarias con el fin de tener toda la población controlada en diciembre del presente año.

Prevalencia de las enfermedades respiratorias crónicas y agudas en nuestra población.

Para describir el comportamiento de las enfermedades respiratorias crónicas en nuestra población se muestra la tabla 1. En la que se puede destacar que la población con mayor porcentaje de usuarios inscritos en el programa es Santa Elena y en general la enfermedad que prevalece es el ASMA bronquial.

Tabla N° 1.

	LA COLONIA	SANTA ELENA	PUENTE PERALES
Total inscritos	11	26	15
Asma	82%	53%	73%
SBO-R	18%	47%	27%



En cuanto al nivel de control se entiende como el porcentaje de la población que se encuentra asintomática o con sus síntomas controlados además del buen uso de la terapia inhalatoria y adherencia al tratamiento. Lo que se muestra en la tabla 2.

Tabla N° 2

DSM	
Total inscritos	52
% bajo control	44%

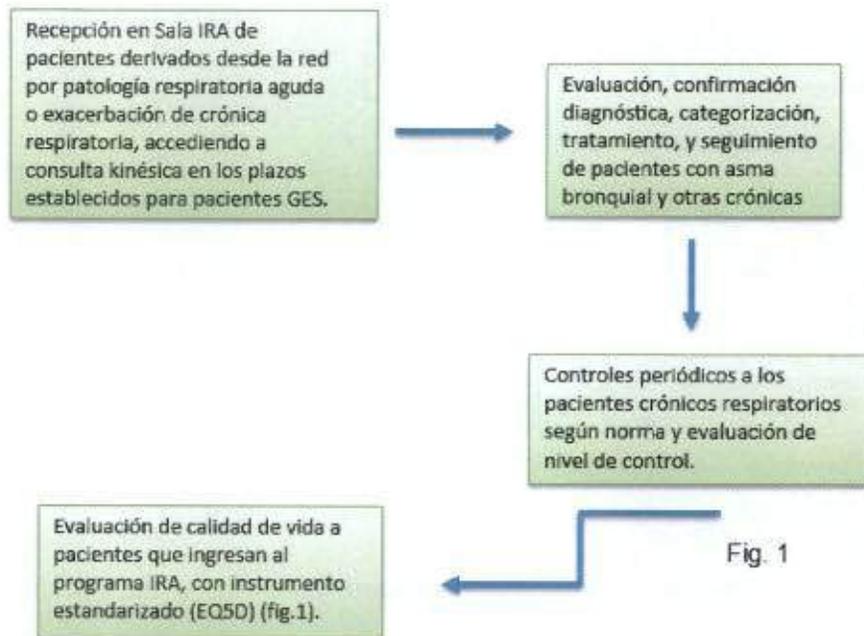
En lo que se refiere a consulta de morbilidad por enfermedad respiratoria aguda a agosto del presente año la información entregada por la encargada de estadística demuestra que en comparación a agosto del año 2017, detallado en el grafico 1, la consulta ha sido menor durante este año. Cabe destacar que la diferencia en las consultas por neumonía es considerablemente menor teniendo en cuenta que esta es una patología muy agresiva en la población general.



Actividades realizadas en el programa

- Flujogramas de atención tanto en episodio agudo como en el control crónico respiratorio.

A continuación se muestra un flujograma generalizado de la atención de los usuarios del programa IRA. Más adelante se abordara según el tipo de patología y control.



- Cuestionario de salud EUROQOL- 5D



CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Para todas las patologías el flujograma de atención se basa en lo indicado en las guías clínicas.

En caso de un episodio agudo de bronquitis o SBO el flujograma de atención es el que se muestra en la figura 2. Mientras que en un episodio de exacerbación de asma el flujograma es el que se muestra en la figura 3.

Fig. 2. Flujo de atención en enfermedad respiratoria aguda

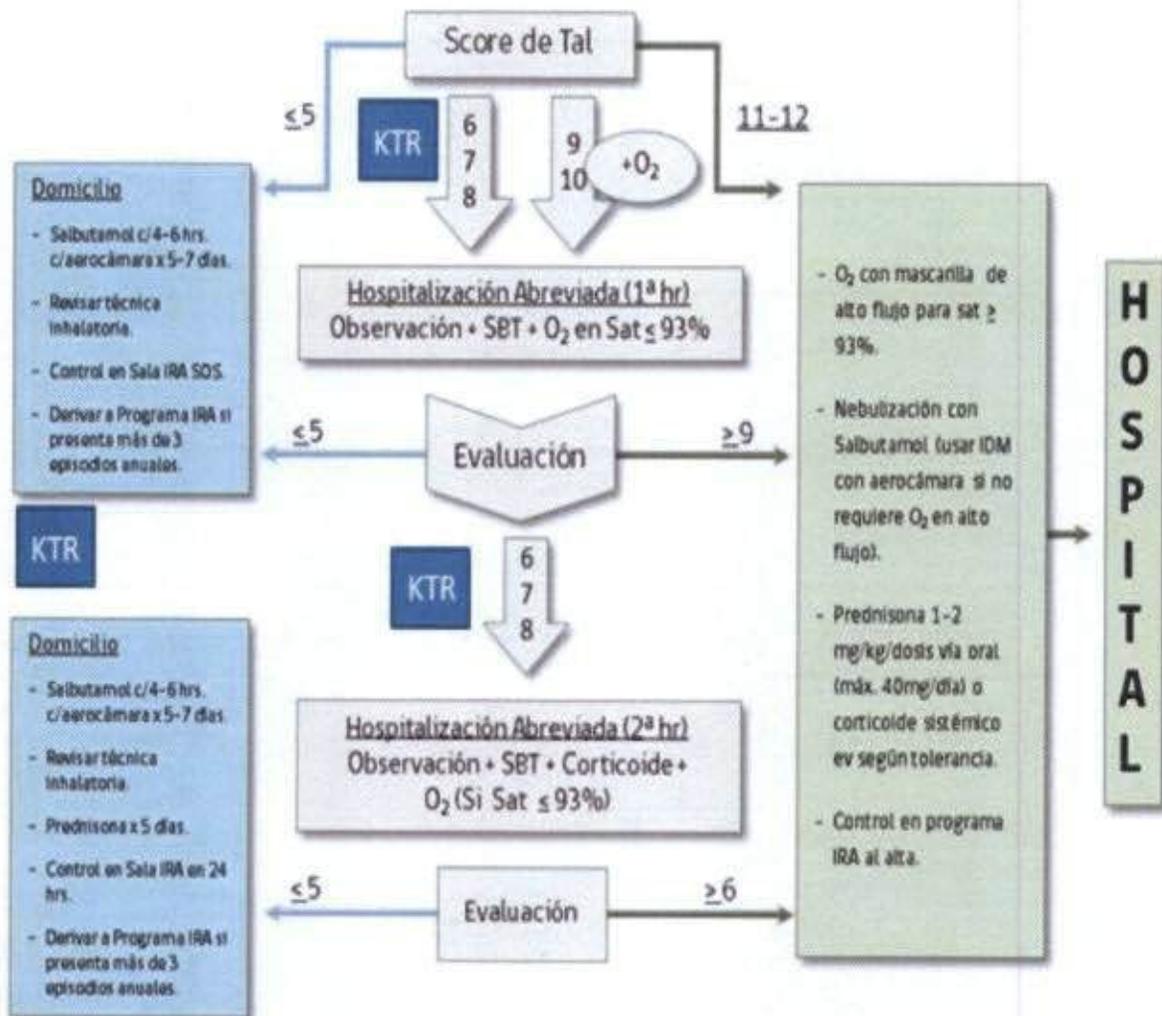
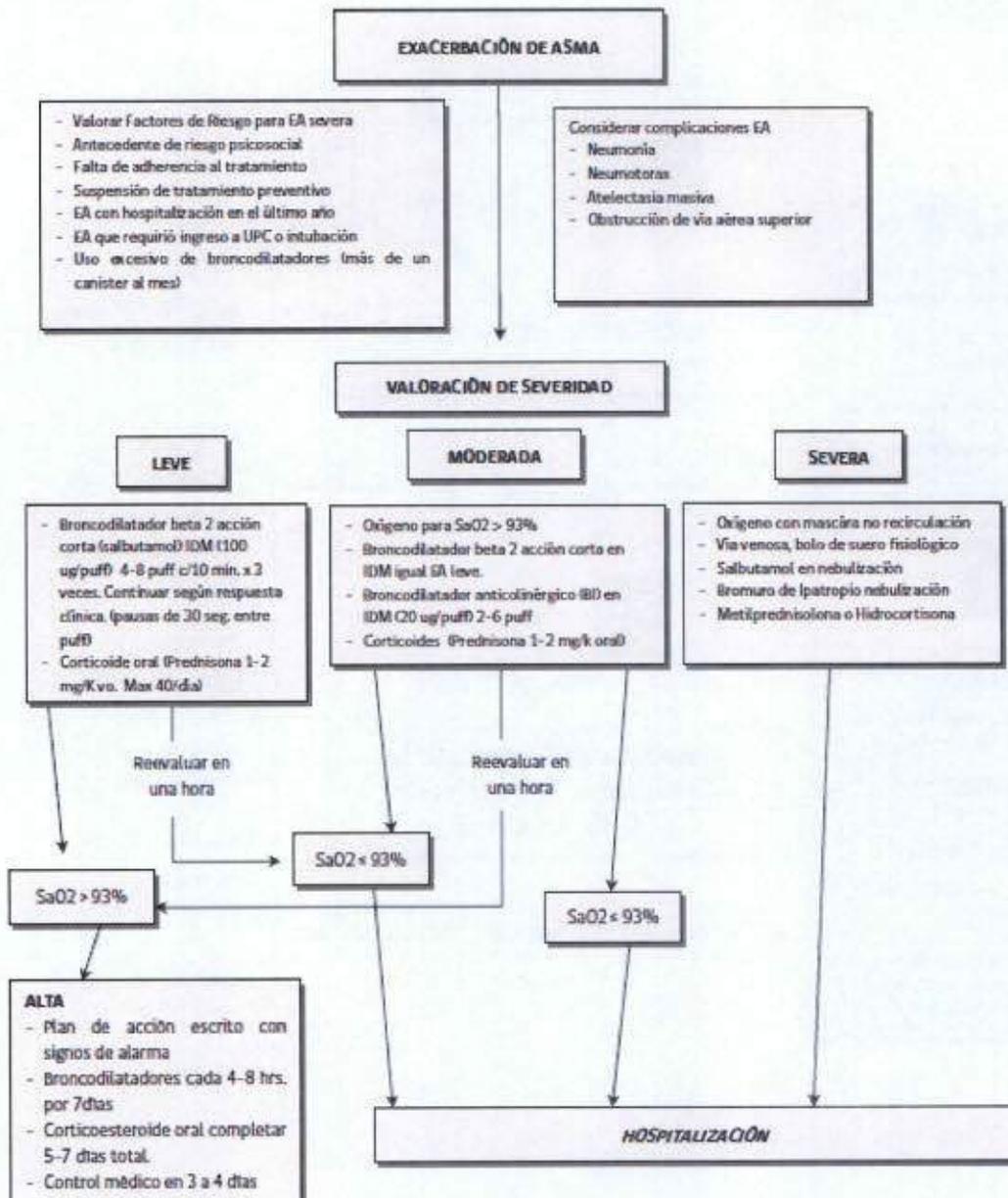


Fig. 3. Flujograma en exacerbación de asma.



En términos generales el protocolo de atención y control se realiza de la siguiente manera:

Ingreso de Crónico

El Ingreso de crónico es una actividad que realiza el médico del programa, la actividad de ingreso comprende:

- Antecedentes generales y anamnesis, informando conceptos básicos sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Examen físico y flujometría pre y post B2 cuando corresponda.
- Categorización según Severidad.
- Indicación del tratamiento farmacológico con periodicidad y duración, explicando las diferencias entre medicamento permanente y de exacerbación, junto con la entrega de un plan de acción escrito.
- Explicar en qué consiste el programa, la importancia y regularidad de sus controles, aclarar las dudas del paciente o cuidador.
- Se debe realizar una educación integral, la que incluye reforzar temas relevantes para el control y seguimiento, tales como inmunización, medidas de control ambiental, signos de consulta en urgencia, manejo de crisis respiratoria, medidas de autocuidado (nutrición y actividad física) y técnica inhalatoria. Un material impreso puede ser muy útil para mantener la vigencia en el tiempo de dichas indicaciones.
- Evaluar calidad de vida mediante instrumento sugerido.

Control Crónico

El control de crónico es una actividad que debe de realizar el equipo profesional de los programas, la cual requiere del seguimiento de las indicaciones entregadas por el equipo de salud.

Durante el control se debe realizar:

- Anamnesis reciente, consultar detalladamente por control de síntomas, seguimiento de tratamiento farmacológico, consultas de urgencia o consultas no programadas por exacerbaciones. Revisar exámenes de control o solicitar en caso de requerir.
- Examen físico y flujometría pre y post B2 cuando corresponda.
- Categorizar según Nivel de Control.
- Evaluación del tratamiento farmacológico y solicitud de exámenes de control por parte del médico.
- Se debe realizar una educación integral, la que incluye reforzar temas relevantes para el control y seguimiento, tales como medidas de control ambiental, reconocimiento de signos y síntomas, manejo de crisis respiratoria junto con su plan de acción, medidas de autocuidado (nutrición



y actividad física), reforzamiento de adherencia al tratamiento y reforzamiento de técnica inhalatoria.

- Evaluar calidad de vida al año, según instrumento sugerido
- Consultar y aclarar la existencia de dudas o consultas.

Ingreso de Agudo

El ingreso de agudo es la atención realizada al paciente diagnosticado con un cuadro respiratorio agudo o una exacerbación de un cuadro crónico.

La actividad de ingreso comprende:

- Antecedentes generales y anamnesis, orientado a la pesquisa de cuadros crónicos.
- Examen físico y flujometría pre y post B2 cuando corresponda.
- Cuadro agudo: Aplicación de score de tal según corresponda.
- Exacerbación: Clasificar severidad
- Tratamiento kinésico y/o hospitalización abreviada o intervención en crisis.
- Reforzar educación del tratamiento farmacológico según horario y días de duración, explicando las diferencias entre medicamento.
- Se debe realizar educación para el control y seguimiento del cuadro agudo, como medidas de control ambiental, signos de consulta en urgencia, técnica inhalatoria.

Control de Agudo

La Consulta de atenciones agudas se realiza con posterioridad a la primera atención por un cuadro respiratorio agudo o exacerbación de la patología respiratoria crónica, visto por kinesiólogo o enfermera (Control de patología aguda respiratoria).

La actividad de control comprende:

- Anamnesis reciente, orientada en la evolución del cuadro agudo.
- Examen físico y flujometría pre y post B2 cuando corresponda.

- Cuadro agudo: Aplicación de score de tal o según corresponda.
- Exacerbación: Clasificar severidad
- Tratamiento kinésico y/o hospitalización abreviada o intervención en crisis.
- Reforzar educación del tratamiento farmacológico según horario y días de duración, explicando las diferencias entre medicamento.
- Se debe realizar educación para el control y seguimiento del cuadro agudo, como medidas de control ambiental, signos de consulta en urgencia, técnica inhalatoria.

Inasistencia y estrategia de rescate

Como se muestra a continuación, existe un alto porcentaje de usuarios inasistentes. Esto se entiende como aquellos usuarios que se han ausentado a su último control agendado en los últimos 3 meses

Tabla N° 3.

DSM	
Total inscritos	52
% Inasistente	69%

Para revertir esta situación se está implementando un plan de rescate según flujograma (fig. 4) mediante citación por papel, llamado telefónico y visitas domiciliarias que está siendo exitosa con la mayoría de los usuarios.



Fig. 4



Evaluación del programa

Actualmente, el programa IRA cuenta con espacio físico propio, ubicado en el 1° piso del DSM, el cual se encuentra implementado de tal manera responder a las necesidades de los usuarios.

De acuerdo a lo presentado anteriormente el programa de enfermedades respiratorias infantiles IRA cuenta con todo lo necesario para realizar sus prestaciones en forma eficiente. Existe una conciencia de las debilidades presentes durante este año así como las soluciones que se están llevando a cabo para revertir por ejemplo la baja en la asistencia a controles de crónicos.

Además cabe destacar que como programa encargado de pesquisar y controlar las enfermedades crónicas, actualmente se encuentra en estado de cumplimiento de la meta IAAPS impuesta por el servicio.

Para el próximo año se espera mejorar la estrategia para la regularidad en la asistencia a los controles de crónico de nuestra población, educando más a los padres quienes son los principales responsables de la adherencia al tratamiento en esta población y destinando tiempo a la revisión periódica de los tarjetones de control para así realizar el rescate en forma oportuna.



PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Las caries dental y la enfermedad periodontal están dentro de los cuadros con mayor prevalencia dentro de la salud pública y Laja no es una excepción en este caso, en relación a los problemas que se identifican de manera más clara en relación a esto, está el inicio temprano de caries. Gracias a la implementación del programa CERO que nos permite realizar un seguimiento temprano, desde los 6 meses de vida es que proyectamos una mejora significativa con el paso de los años.

Para poder trabajar de esta manera es que se hace cada vez más necesario reforzar el trabajo con el modelo de salud familiar, enfocando nuestros mayores esfuerzos en prevenir o interceptar el daño, no en repararlo. Afortunadamente la idea de que el odontólogo pase cada vez menos tiempo realizando trabajo clínico v/s el tiempo de trabajo con familias y educación ha sido bien asimilado siendo nuestra comuna una de las destacadas en esta nueva forma de ver la salud y la que en definitiva debería traer más beneficios a futuro.

Nuestra oferta de prestaciones abarca todo el ciclo vital siendo la primera atención a los 6 meses de edad (programa CERO) y no teniendo límite en relación a la tercera edad, cada programa posee un flujograma establecido y en constante evaluación y mejoras ya que las poblaciones son dinámicas y debemos estar atentos a estos cambios

Objetivo general

Entregar educación y salud oral a nuestros usuarios a lo largo de todo el ciclo vital de manera dinámica y oportuna enfocándonos en poblaciones de riesgo y mejorando los accesos para toda nuestra población.

Población bajo control

Programa cero: población desde los 6 meses de vida hasta los 5 años 11 meses 30 días

En la población infantil se observa que a medida que aumenta la edad, disminuye cada vez más drásticamente el porcentaje de niños sanos, es decir sin caries. Es por esta razón que se incorpora al sistema Chile Crece Contigo el Programa cero que desarrolla acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal en niños desde los 6 meses hasta los 6 años.





El componente de promoción consiste en educación para la salud a niños(as) y sus familias, en temáticas inherentes a la alimentación saludable y la higiene bucal. El programa CERO consta de un seguimiento realizado a través de controles odontológicos a usuarios menores de 7 años con o sin patologías orales, con el fin de mantener la población sana o de compensar y detectar en forma temprana éstas mismas. La frecuencia de los controles depende del riesgo del niño o niña: a mayor riesgo, mayor frecuencia de controles. Los controles son realizados en las 3 postas de salud rural pertenecientes al departamento de salud municipal de Laja.

Bajo control:

Total DSM	Inscritos	Bajo control
Programa CERO	89	54

Análisis: el programa cero cuenta con una población bajo control de 54 niños y niñas. Lo que corresponde a 60,6% del total de la población infantil.

PROGRAMA DE SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS

población entre los 6 años hasta los 6 años 11 meses 30 días

La Salud Oral Integral consiste en una atención odontológica de nivel básico o primario, dirigida a educar, prevenir y tratar precozmente al niño de 6 años, para mantener una buena salud bucal. A los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y además entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal.

Programa GES 6 años	Inscritos	Bajo control
La Colonia	21	18
Santa Elena	18	15
Puente Perales	10	8

Análisis: En la tabla se puede encontrar que dicho programa tiene una cobertura de un 85,7% para la posta de Salud Rural La Colonia, en cuanto a la Posta Santa Elena se encuentra una cobertura de un 83,3%, finalmente en la Posta Puente



Perales se encuentra una cobertura de un 80% del total de población inscrita en dicho rango etario.

Prestaciones otorgadas

- Atención según programa odontológico
- Programa CERO
- Salud oral 6 años
- Salud oral 12 años
- Atención integral menores de 20 años (IAAPS)
- Atención integral de la embarazada
- Atención integral GES 60 años
- Programas de resolutivez de prótesis y endodoncias
- Programas de mejoramiento al acceso mayores de 20 años

Evaluación del programa

Como área y gracias a la llegada de un cuarto odontólogo que presta ayuda a población adulta y adulta mayor consideramos que estamos entregando un servicio que está de acuerdo a lo que el servicio de salud nos exige y lo que consideramos correcto. Como APS siempre nos vamos a enfocar en la resolución de los problemas, pero siempre nos vamos a ver limitados a nuestra preparación como odontólogos generales. La red hacia los especialistas ha mejorado con el paso de los años pero siempre va a ser inferior a lo que realmente se necesita,

teniendo nuestros usuarios que esperar tiempo prolongados en ciertos casos según especialidad para resolver su problema, esto se explica ya que cada vez nuestros usuarios exigen soluciones a un nivel superior, si tuviéramos que identificar un problema sería este, no poder ofrecer soluciones a un nivel secundario producto de la falta de preparación especialista en nuestro equipo.

Estrategias de rescate

Como estrategias de rescate cuando se detecta que alguno de nuestros usuarios no asiste es el protocolo de rescate que comienza con el primer contacto telefónico efectivo, luego de esto se solicita ayuda al resto del equipo y las encargadas de posta, es decir, si alguno de ellos controla a uno de estos pacientes inasistentes se le entrega una citación para un próximo control como último recurso se utiliza la visita domiciliaria si todo lo anterior no llega a buen término





CICLO VITAL ADOLESCENTE

Ciclo vital adolescente

PROGRAMA DENTAL

Los bancos de datos mundiales, regionales y nacionales sobre componentes de la salud bucal han puesto de relieve un cambio de tendencia de la morbilidad que se refleja principalmente en los nuevos perfiles de riesgo y la implementación de programas orientados a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. La OMS ha ideado una metodología estándar de recopilación de datos epidemiológicos sobre salud bucodental que ha sido utilizada por países de todo el mundo para vigilar estas enfermedades. En Chile, existe un Plan Nacional de Salud Buco-Dental, cuyos Lineamientos Estratégico formulados para la década 2000-2010, enuncian que la salud bucal es reconocida como una de las prioridades de Salud del país, tanto por fundamentos técnicos como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida.

Los Servicios de Salud en Chile han organizado la atención odontológica priorizando a la población menor de 20 años de edad, en quienes las medidas preventivas tienen su mayor efectividad y el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes. La modalidad de atención odontológica es integral, considerando la educación en medidas de autocuidado, aplicación de métodos de protección específica y recuperación cuando es necesaria.

Metas IAAPS: población entre los 7 años hasta los 19 años 11 meses 30 días

Programa menor de 20 años	Inscritos	Bajo control
IIAPS		
La Colonia	369	78
Santa Elena	256	54
Puente Perales	185	39

Análisis: En relación a éste programa se encuentra una cobertura de un 21,1% en la posta La Colonia, en cuanto a la posta Santa Elena se encuentra una cobertura de 21,09%, en posta Puente Perales se encuentra una cobertura de 21,08% del total de inscrito en éste rango etario.

Programa 12 años: población entre 12 años hasta los 12 años 11 meses 30 días



Los 12 años de edad constituyen la edad universal de vigilancia de caries a nivel internacional; permite realizar comparaciones internacionales y además desarrollar un sistema de vigilancia intra país para comparar las tendencias de la enfermedad.(3)

Este grupo de edad de 12 años, es especialmente importante porque en muchos países es la edad en que los niños salen de la enseñanza básica y por consiguiente, constituye la última oportunidad de obtener fácilmente una muestra confiable en el sistema escolar. Es también la edad en que la mayoría de los adolescentes tienen erupcionadas todas las piezas dentarias permanentes, exceptuando los 3eros molares, y una etapa de menor daño de caries dental y enfermedad periodontal.(3)

Programa 12 años	Inscritos	Bajo control
La Colonia	28	22
Santa Elena	21	17
Puente Perales	18	14

Análisis: Se puede encontrar en la posta La Colonia se encuentra una cobertura de 78,5%, en posta Santa Elena se encuentra una cobertura de un 80,9% y el posta Puente Perales se encuentra una cobertura de un 77,7% en el total de inscrito de éste rango etario.





CICLO VITAL ADULTO

Programa Odontológico falta prótesis y resto de programas

Programas GES 60 años: población de 60 años hasta los 60 años 11 meses 30 días

La Salud Oral Integral del Adulto de 60 años, consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años.

Total DSM	Inscritos	Bajo Control
GES 60	60	15

Análisis: Se observa que la cobertura de éste programa es de un 25% del total de inscrito de ésta población.

PROGRAMA DE LA MUJER

El programa de salud de la mujer tiene como propósito contribuir al desarrollo integral, incluyendo el área física, mental y social, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con salud de la mujer, con un enfoque de riesgo, que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

Sus objetivos principales son:

- Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, psico-afectivas y sociales de la población femenina, preparándola para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia.
- Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.



- Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de aficciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
- Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable.
- Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud. Coordinar acciones de salud con otros programas que promuevan la salud de la mujer.

Ingreso control gestante según edad y sector

EDAD	LA COLONIA	SANTA ELENA	PUENTE PERALES	TOTAL
15 a 19	0	3	0	3
20 a 24	0	0	1	1
25 a 29	1	0	1	2
30 a 34	2	3	3	8
35 a 39	2	2	2	6
40 y más	0	0	0	0
Total	5	8	7	20

Fuente: Registro ingreso de DSM Laja

Del total de 20 ingresos de gestantes a septiembre de 2018, el 15% (3 gestantes) son primigestas menores de 19 años, sin ingresos de menores de 15 años. Las 3 gestantes ingresadas menores de 19 años corresponden a embarazo no planificado lo que implica mayor riesgo psicosocial. El 30% (6 gestantes) son mayores de 35 años lo que presenta mayor riesgo biomédico. Las seis gestantes ingresan con embarazo planificado.



Ingreso gestantes según edad y estado nutricional

- Posta La Colonia

Edad	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD	TOTAL
15 a 20					
20 a 24					
25 a 29			1		1
30 a 34		1		1	2
35 a 39			1	1	2
40 y más					
Total		1	2	2	5

- Posta Santa Elena

EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD	TOTAL
15 a 19	1	2			3
20 a 24					
25 a 29					
30 a 34			1	2	3
35 a 39			1	1	2
40 y más					
Total	1	2	2	3	8

- Posta Puente Perales

EDAD	BAJO PESO	NORMAL	SOBRE PESO	OBESIDAD	TOTAL
15 a 19					
20 a 24		1			1
25 a 29				1	1
30 a 34		1		2	3
35 a 39				2	2
40 y más					
Total		2		5	7



Análisis: De los 20 ingresos prenatales el 50% (10 gestantes) presenta obesidad, lo que aumenta el riesgo biomédico. Las gestantes, según sector, presentan obesidad el 71% en Puente Perales, el 40% en La Colonia y el 38% en Santa Elena. El 25% del total de gestantes presenta un estado nutricional normal (cinco gestantes).

Es importante destacar que todas las embarazadas son derivadas al ingreso a médico, nutricionista, psicóloga, odontólogo y asistente social.

Población bajo control con método de regulación fertilidad

- Posta La Colonia

MAC	MENOR 19	20 A 44	45 Y MÁS	TOTAL
DIU	0	19	13	32
HORMONAL	27	102	18	147
PTVS	1	3	0	4
Total	28	124	31	183

- Posta Santa Elena

MAC	MENOR 19	20 A 44	45 Y MÁS	TOTAL
DIU	0	15	5	20
HORMONAL	25	71	18	114
PTVS	1	1	3	5
Total	26	87	26	139

- Posta Puente Perales

MAC	MENOR 19	20 A 44	45 Y MÁS	TOTAL
DIU	0	18	7	25
HORMONAL	11	63	12	86
PTVS	0	4	0	4
Total	11	85	19	115

Análisis: De los 437 beneficiarios usuarios de método anticonceptivo el 15% corresponden a menores de 19 años (65 adolescentes), lo que pretende disminuir el embarazo adolescente. El mayor número de usuarios bajo control corresponde



a método hormonales (347), que corresponde a un 79.4%. El mayor número de usuarios corresponde a la edad de 20 a 44 años (296). El mayor número de usuarias se encuentra en la Posta La Colonia con un 42% (183) y el menor número de usuarias se encuentra en la Posta Puente Perales con un 26% (115).

PROGRAMA DE CANCER DE CUELLO UTERINO

Población con PAP vigente

RANGO ETARIO	MUJERES CON PAP VIGENTE MENOR O IGUAL A 3 AÑOS
Menores de 25 años	90
25 a 29 años	110
30 a 34 años	104
35 a 39 años	104
40 a 44 años	110
45 a 49 años	117
50 a 54 años	118
55 a 59 años	98
60 a 64 años	92
65 años y más	75
Total	1021

Fuente: Tarjetero poblacional DSM Iaja

Análisis: El mayor número de mujeres con PAP vigente corresponde a las edades de 30 a 54 años (559), y el menor número corresponde a las mujeres mayores de 65 años, dado que este grupo no acude habitualmente a control con matrona. La cobertura de mujeres con PAP vigente de 25 a 64 años es de 70.6% (839).



PROGRAMA DE CANCER DE MAMA

Número de mujeres con examen físico de mama

RANGO ETARIO	MUJERES CON EXAMEN FÍSICO DE MAMA VIGENTE
Menores de 35 años	307
35 a 49 años	331
50 a 54 años	118
55 a 59 años	98
60 a 64 años	92
65 y más	75
Total	1021

Fuente: Tarjetero poblacional DSM Iaja

Análisis: El mayor número de mujeres con EFM vigente corresponde a las edades de 35 a 64 años, (639) y el menor número corresponde a las mujeres mayores de 65 años, dado que este grupo no acude habitualmente a control con matrona. El EFM se realiza junto con la toma de PAP, para mantener la cobertura y reforzar la importancia del auto examen de mamas y la asistencia a citación de mamografía.

Número de mujeres con mamografía vigente

RANGO ETARIO	MUJERES CON MAMOGRAFÍA VIGENTE MENOR O IGUAL A 3 AÑOS
Menores de 35 años	3
35 a 49 años	79
50 a 54 años	79
55 a 59 años	82
60 a 64 años	60
65 y más	31
Total	334

Fuente: REM-P12

Análisis: El grupo etáreo de 50 a 59 años es el que presenta mayor número de mamografías vigentes (161), dado que este es el grupo que presenta mayor riesgo de cáncer de mama.



PROGRAMA CLIMATERIO

Se pretende abordar 3 líneas de acción en nuestras usuarias:

- Evaluación periódica de la calidad de vida de nuestras usuarias.
- Aumento de la cobertura y calidad de la atención por síntomas climatéricos.
- Difusión en la comunidad de esta temática y su importancia a nivel personal y familiar.

Actualmente en nuestro equipo de salud contamos con médico y matrona con capacitación en climaterio. Se cuenta con fármacos de reposición hormonal. Tenemos 20 usuarias con MRS y formulario complementario aplicado, en espera de evaluación médica para posible inicio de TRH. El trabajo en climaterio en nuestro equipo se basa en las normas técnicas diseñadas por el MINSAL para este programa. Se ha realizado la aplicación EMP modificado a mujeres de 45-64 años.

Estrategias de rescate pacientes inasistentes

Para efecto de los programas de la mujer, cáncer de mama, cáncer cuello uterino y climaterio, se utilizan como estrategias de rescate la revisión trimestral de tarjeteros de cada programa. Como segunda estrategia se entrega un listado con usuarias inasistentes a TENS encargada de Posta con la finalidad que realiza rescate telefónico y/o envíe citaciones a usuarias inasistentes. Como tercera estrategia matrona deja aviso en ficha clínica, para que el profesional y/o TENS que tenga contacto con la usuaria la derive a matrona. Finalmente si ninguna de las estrategias mencionadas tiene buen término se realiza visita domiciliaria para citar a la usuaria inasistente.



PROGRAMA ERA (Enfermedades respiratorias del adulto)

La Encuesta Nacional de Salud del año 2010 da cuenta de un aumento en el nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo (MINSAL, 2010).

Existen factores de riesgo conductuales para enfermedades crónicas que aún presentan en Chile gradientes educacionales inversas: uno de estos es el consumo de tabaco; este se presenta en el 40,6% de la población general adulta que declara ser fumadora ocasional o diaria (ENS, 2009- 2010), dada su importancia este está dentro de las acciones en Salud de los Programas Respiratorios.

En cuanto a las enfermedades respiratorias agudas la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011- 2020 propone dos grupos de estrategias: procurar cobertura adecuadas de inmunizaciones y mejorar la prevención y tratamiento de las neumonías. Para ello se debe aumentar la pesquisa en personas que consulten en Servicios de Urgencia por neumonía y derivar al equipo IRA- ERA de los centros de salud primario, mediante estrategias locales de trabajo conjunto entre nivel primario y secundario. Con respecto a las enfermedades respiratorias crónicas, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 las considera en tres ámbitos a realizar: (1) aumentar la detección precoz y cobertura de la atención; (2) mejorar la calidad de la atención; y (3) fortalecer la prevención secundaria.

Objetivo general

Reducir la mortalidad y la letalidad de las Enfermedades Respiratorias del adulto y mejorar su calidad de vida.

Objetivo específicos

Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

Como DSM Laja el programa cuenta con un total de 122 usuarios con patologías crónicas respiratorias, en el cual se dividen en nuestras 3 postas de la siguiente forma.

- Posta puente Perales

PATOLOGÍA	F	M	TOTAL
Asma leve	1	4	5
Asma Moderada	3	2	5
Asma Grave	0	0	0
EPOC etapa A	8	6	14
EPOC etapa B	0	1	1
EPOC etapa B 02	0	0	0
LCFA	0	0	0
LCGA TBC	2	1	3
Total general	14	14	28
Total percápita	374	628	1002

Análisis: Con respecto a la tabla de Enfermedades Respiratorias Crónicas de la Posta Puente Perales, se puede deducir que el mayor porcentaje está relacionado con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva ***Crónica), con un 1,49% de un total de 1002 usuarios percápita de dicha Posta.

- Posta la Colonia

PATOLOGÍA	F	M	TOTAL
Asma leve	4	1	5
Asma Moderada	6	2	8
Asma Grave	0	1	1
EPOC etapa A	14	12	26
EPOC etapa B	1	2	3
EPOC etapa B 02	1	0	1
LCFA	1	0	1
LCGA TBC	1	0	1
Total general	28	18	46
Total percapita	867	802	1669

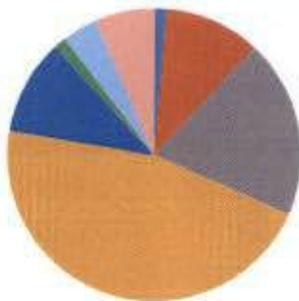
Análisis: Con respecto a la tabla de Enfermedades Respiratorias Crónicas de la Posta La Colonia, se puede deducir que el mayor porcentaje está relacionado con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), con un 1,79% de un total de 1669 usuarios percapita de dicha Posta.

- Posta Santa Elena

PATOLOGÍA	F	M	TOTAL
Asma leve	3	3	6
Asma Moderada	6	3	9
Asma Grave	1	7	1
EPOC etapa A	13	7	20
EPOC etapa B	7	0	7
EPOC etapa B 02	0	0	0
LCFA	2	0	2
LCGA TBC	2	1	3
Total general	34	14	48
Total percapita	466	514	980

Análisis: Con respecto a la tabla de Enfermedades Respiratorias Crónicas de la Posta Santa Elena, se puede deducir que el mayor porcentaje está relacionado con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), con un 2,75% de un total de 980 usuarios percapita de dicha Posta.

Proporciones por tipo de Patología





Análisis: Con respecto a las patologías del Adulto en nuestras Postas de salud rural, se puede deducir que la patología crónica con mayor población bajo control es el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), ya que esta patología a nivel nacional va en aumento, principalmente por el tabaquismo; Sin embargo, en nuestra realidad como atención primaria rural, esta patología está relacionada más al uso de biomasas (fogón) que nuestros adultos estaban expuestos hace un par de años en nuestros sectores rurales.

Actividades del programa

- Visitas domiciliarias con fines de tratamiento:
- Auditoria de fallecidos por NAC: aplicación de instrumento MINSAL9.
- Pacientes Oxígeno dependiente: Evaluar seguimiento de indicaciones de médico tratante y reforzar educación en medidas de preventivas, en el caso de los adultos, aplicación de formulario N°4.
- Beneficiarios de programas de asistencia ventilatoria invasiva y no invasiva: Evaluar las condiciones generales del paciente y su entorno, velando por la continuidad de atención por parte del equipo (controles según ciclo vital, evaluación clínica del paciente, vacunas, entrega de alimentación, etc.), informando los hallazgos al respectivo equipo de sector y equipo tratante de nivel secundario en casos que lo ameriten.
- Paciente post hospitalización: en pacientes en los cuales se requiera ir a domicilio para dar continuidad de tratamiento y seguimiento.
- Pacientes crónicos severos o no controlados: evaluar las condiciones generales del hogar y su entorno, red de apoyo, adherencia al tratamiento e indicaciones médicas. Educar a la familia en el control de la patología respiratoria y aclarar dudas.
- Educaciones divididas en 3 grupos
 - o Consejería Breve antitabaco: Es una intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración que se realiza durante las prestaciones del establecimiento, independiente del motivo y tipo de éstas.
 - o Educaciones y Talleres: Deben ser programadas y coordinadas con otros programas según grupo objetivo.
 - o Taller de enfermedades respiratorias



Estrategias de rescate a pacientes inasistentes

Destacando que el programa en general comienza a tener un control y un orden a partir del año 2015–2016, con el fin de mejorar las prestaciones para nuestros usuarios. Desde aquella fecha se ha realizado la evaluación del programa junto con sus debilidades.

Dentro de las principales debilidades del programa se aprecia la población inasistente a los controles al programa, fluctúa en sus 3 postas con un porcentaje para Posta Puente Perales de un 33,3%, Santa Elena un 34,7% y La Colonia un 37,5%.

Una de las estrategias para el rescate de aquellos, son el llamado telefónico, citaciones por el DSM y visitas domiciliarias cuando se amerite; también la educación cuando se realiza en la sala de espera para mejorar la adherencia a su tratamiento farmacológico, como la importancia de mantener controlada su patología, y así evitar complicaciones posteriores.

REHABILITACIÓN KINÉSICA EN POSTAS DE SALUD RURAL

Rehabilitación kinésica: "Proceso continuo y continuado, tendiente a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, físicos, psíquicos, educacional, social, profesional y ocupacional, con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como promover las medidas que busquen prevenir la discapacidad".

Como Departamento de Salud Municipal de la Comuna de Laja, otorgamos prestaciones a nuestros usuarios de las 3 Postas Rurales y las estaciones médico rurales. Atendiendo a diferentes grupos etarios, desde la infancia hasta Adultos Mayores. Así dando una prestación a patologías osteomusculares y evaluaciones para su derivación oportuna y según corresponda de nuestros usuarios al Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) como son las patologías neuromusculares, AVE, Parkinson y Artrosis.

También dentro de las prestaciones de rehabilitación se otorga evaluaciones de ayudas técnicas para nuestros Adultos Mayores y un Programa Piloto que comienza el año 2015 para usuarios de 45 a 64 años de edad con ciertas características para estos beneficios.





Dentro de las patologías con mayor frecuencia se derivan a rehabilitación son:

- Hombros dolorosos (Tendinitis, Tendinosis, Bursitis, Pinzamientos, SD Manguito Rotador, etc.)
- Parálisis Facial
- Cervicalgias
- Cervicobraquialgias
- Contracturas
- Dorsalgias
- Fibromialgias
- Escoliosis
- Contusiones
- Esguinces y luxaciones
- Fracturas
- Epicondilitis, epitrocleitis
- Sd Túnel Carpiano
- Lumbago mecánico y no mecánico
- Lumbociática
- Artrosis en general (Coordinación con CCR para su derivación)
- Evaluación de AVE post alta (Coordinación con CCR para su derivación)

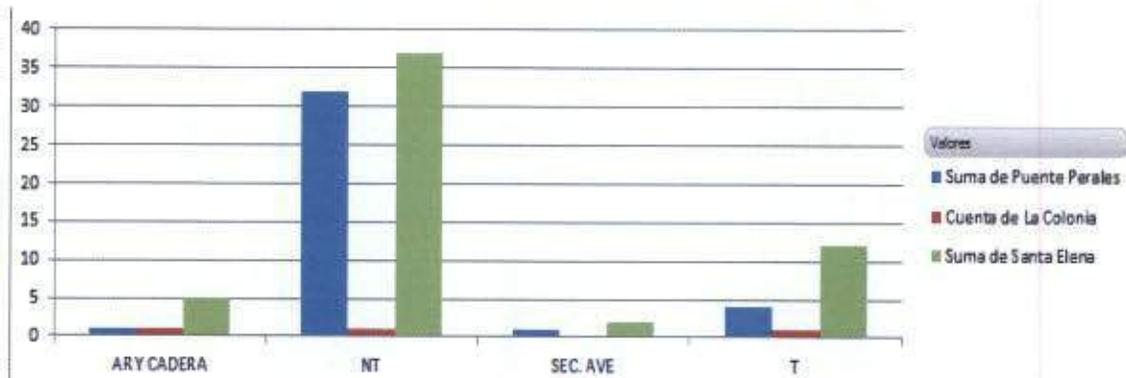
Las herramientas kinésicas empleadas en el tratamiento de las patologías incluyen, la aplicación de medios físicos como electroterapia, termoterapia superficial y profunda, ejercicio terapéutico y técnicas manuales. Estas herramientas pueden ser utilizadas en forma individual o conjunta de acuerdo al tipo de alteración y al criterio aplicado por el clínico.

Al conjunto de herramientas kinésicas se les denomina técnicas kinésicas, las cuales aplicadas de forma correcta y bien indicada otorgarán importantes beneficios al usuario, sin embargo no están exentas de riesgos y efectos adversos si son aplicadas de forma errónea.

- Fisioterapia: Ciencia y técnica que se sirve de agentes físicos y naturales para curar, prevenir y tratar enfermedades.
- Modalidades termoterapéuticas: Utilización del calor superficial, o frío como medio terapéutico.
- Termoterapia superficial: Corresponde a un subgrupo de agentes de termoterapia que utiliza el principio físico de conducción, convección o radiación para la transmisión de calor o frío, alcanzando de esta forma sólo a los tejidos superficiales.

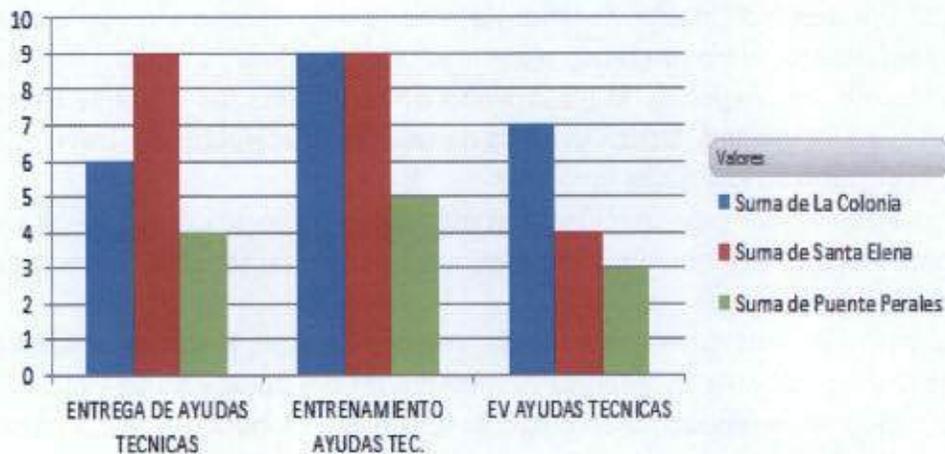
- **Termoterapia profunda:** Corresponde a un subgrupo de agentes de termoterapia que utiliza el principio físico de convección para la transmisión del calor, ya sea por medio de energía electromagnética o vibratoria que penetra en el organismo, llegando a los tejidos profundos.
- **Electroterapia:** corresponde al tratamiento de determinadas enfermedades mediante la electricidad. Utiliza el paso de la corriente eléctrica a través de parte del organismo con fines curativos.
- **Ejercicio terapéutico:** prescripción de movimiento corporal para corregir un deterioro, mejorar la función músculo-esquelética o mantener un estado de bienestar.
- **Terapia manual:** constituye una especialidad dentro de la kinesiología que proporciona un tratamiento integral y conservador del dolor y otros síntomas de disfunción neuro-músculo-articular, tanto de la columna vertebral como en las extremidades. Incluye movilización de tejidos blandos y articulares.
- **Fisioterapia:** Ciencia y técnica que se sirve de agentes físicos y naturales para curar, prevenir y tratar enfermedades.

Ingresos al Programa (Enero- Agosto 2018)



Análisis: Este gráfico interpreta los ingresos de usuarios al programa de rehabilitación kinésica por cada posta, abarcando patologías osteomusculares diversas, principalmente de origen no traumático (tendinitis, esguinces, epicondilitis, lumbago, etc.) y ciertas patologías en el cual se realiza su derivación al centro comunitario de rehabilitación respectivamente.

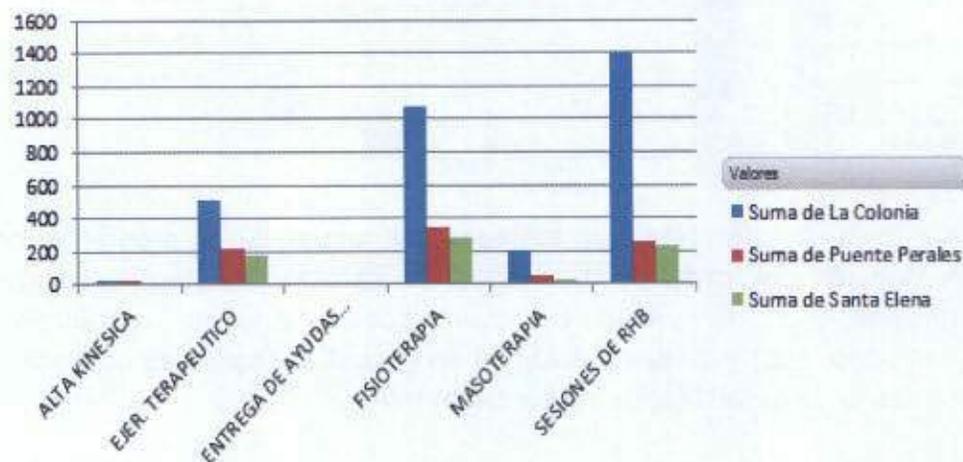
Ayudas Técnicas (AT)



Análisis: Este grafico representamos las ayudas técnicas realizadas por cada posta, con su respectiva evaluación y entrenamiento ortesico, entregando a la población mayor de 65 años alguna ortesis dependiendo de la discapacidad y algunas ortesis piloto (45 a 64 años).

Prestaciones Realizadas

Prestaciones Ejecutadas



Análisis: Estas prestaciones corresponden a las sesiones y/o controles que se realizan a cada usuario que ingresa al programa. Las prestaciones se realizan por cada sesión kinésica para tratar las patologías osteomusculares que alteran la calidad de vida de nuestros usuarios, entregando ciertas técnicas o procedimientos para lograr mejorar la funcionalidad del usuario.



PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Este programa que se crea el año 2002, tenía en diciembre del año 2016 (954) personas bajo control, el año 2017(1029) personas bajo control, y actualmente a junio del 2018 (1042) lo que significa un aumento de un 9,2% respecto al año 2016; datos que reflejan que la gestión de pesquisa ha tenido resultados positivos.

Ingresa a este programa personas del sistema público de salud que tienen una o más de las siguientes patologías o factores: Antecedente de una enfermedad cardiovascular aterosclerótica documentada, Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y Dislipidemia. El hito que se considera el ingreso al PSCV es al momento de la primera consulta médica con todos los exámenes de ingreso (glicemia, hematocrito, perfil lipídico, creatinina plasmática, orina completa, electrocardiograma, RAC (en personas con DM o HTA) y HbA1c y fondo de ojo en personas con DM).

Objetivos

Reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas. Dentro los objetivos más importantes están:

- Reducir el RCV de las personas bajo control.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Lograr el control de los factores de riesgo.
- Alcanzar niveles de presión arterial óptimos.
- Mejorar el control metabólico de las personas con diabetes.
- Mejorar los niveles de colesterol de las personas con Dislipidemia.
- Prevención secundaria en personas con antecedentes de enfermedades cardiovasculares.
- Pesquisar precozmente la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo.
- Abordar a la familia como unidad de apoyo que potencie los cambios de conducta de sus integrantes.
- Generar espacios de diálogo comunitario para el abordaje de los factores de riesgo en la población.





Ingreso programa de salud cardiovascular

Cualquier contacto con el sistema de salud debe ser utilizado como una oportunidad para detectar factores de riesgo cardiovascular y tomar exámenes de salud preventivos.

- Examen de medicina preventiva del adulto y adulto mayor (EMPA/EMPAM)
El examen de medicina preventiva es un plan periódico de monitoreo y evaluación de salud, que tiene como objetivo detectar precozmente enfermedades prevenibles o controlables y, de este modo, reducir la morbi-mortalidad asociadas a ellas. Este "paquete" de salud preventiva se aplica según la edad y el sexo.
- Factores de riesgo pesquisados en Programa Vida Sana Derivación de pacientes pesquisados en el Programa Vida Sana con diagnóstico de DM, HTA, Dislipidemia y Tabaquismo en personas de 55 años o más.
- Salud de la mujer La mujer tiene encuentros periódicos y frecuentes con el sistema de salud desde temprana edad a través de controles ginecológico, embarazo, puerperio, climaterio, entre otros. Todos éstos presentan una oportunidad para realizar un examen de medicina preventiva que incluya el conjunto de prestaciones según edad.
- Consulta de morbilidad La consulta de morbilidad en atención primaria, es una instancia que ofrece una gran oportunidad al médico para sospechar y detectar factores de riesgo cardiovascular. Asimismo, es una ocasión para rescatar pacientes del PSCV sin controles o descompensados.
- Otros controles o consultas de salud Los controles o consultas de APS donde otros profesionales de salud sospechan FR cardiovasculares. Asimismo, es una ocasión para rescatar pacientes del PSCV sin controles o descompensados.

Flujograma de atención



Controles PSCV

Una vez ingresados al PSCV los pacientes serán atendidos periódicamente por los siguientes profesionales:

- Médico.
- Enfermera.
- Nutricionista.

Frecuencia de controles

La frecuencia de los controles estará determinada por 2 criterios:

- Riesgo cardiovascular
- Compensación de patologías (cumplimiento de metas terapéuticas)

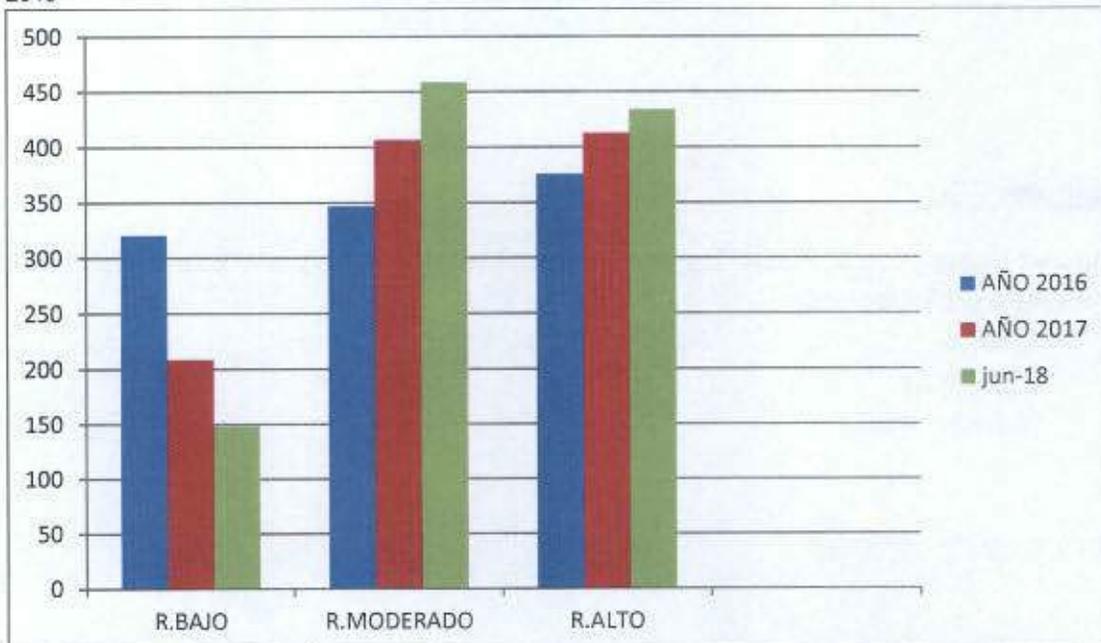


En cada control por profesional se deberá reevaluar el riesgo cardiovascular y el cumplimiento de metas con lo cual se determinará la frecuencia de controles.

En el caso de que se requiera una evaluación por profesional más cercana a la fecha de control, por ejemplo, en control con enfermera se detecta alteración de exámenes que requiera ajuste terapéutico, se citará a médico y nutricionista para seguir con el flujo grama sugerido.

Representación de datos

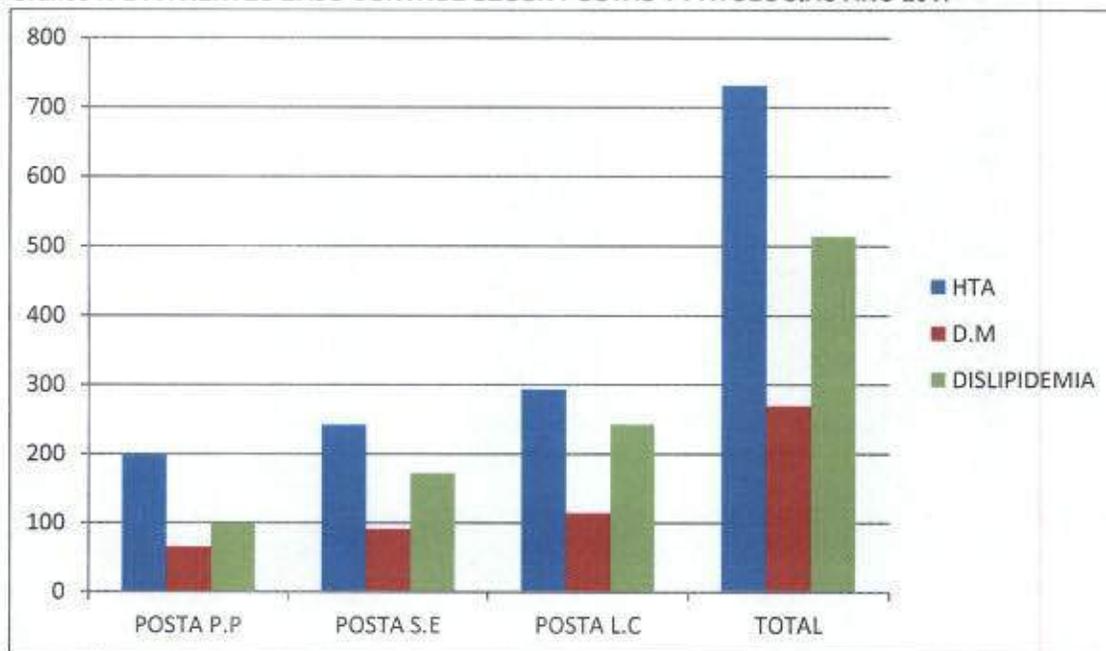
Gráfico N°1 PACIENTES BAJO CONTROL SEGÚN RIESGO CARIOVASCULAR AÑOS 2016- 2017-JUNIO 2018



Fuente: Estadísticas REM DSM Laja, Diciembre 2016-Diciembre 2017-JUNIO 2018

Análisis: De acuerdo al gráfico podemos señalar que se encuentran en aumento el número de personas bajo control desde el año 2016 al 2018, observándose un aumento en los pacientes con riesgo moderado y alto.

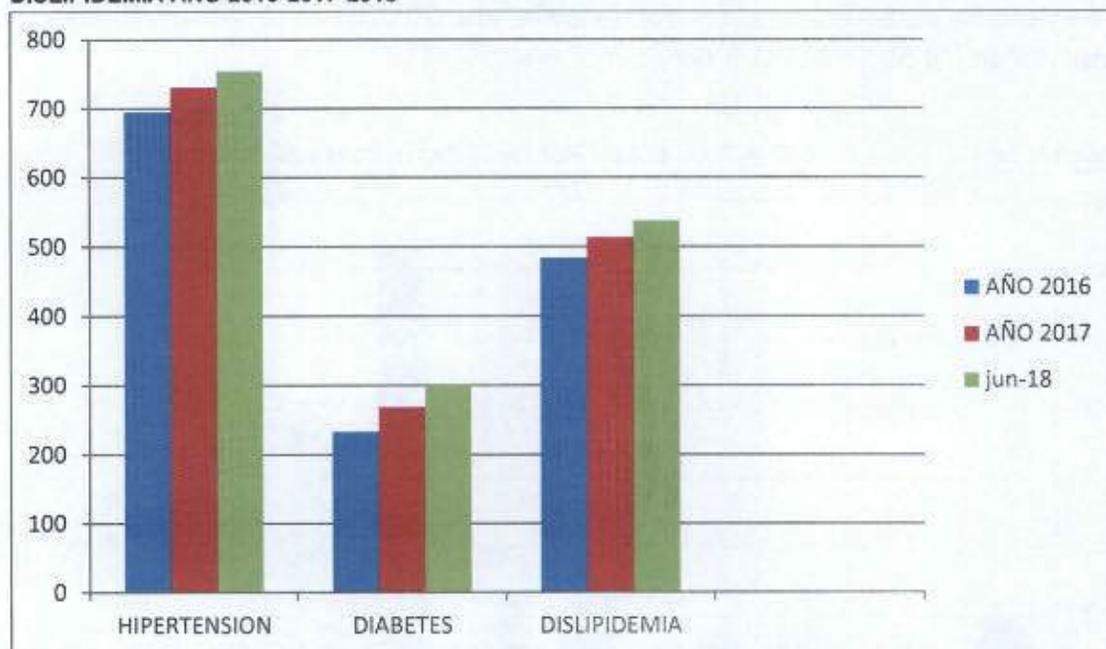
Grafico N°2 PACIENTES BAJO CONTROL SEGÚN POSTAS Y PATOLOGIAS AÑO 2017



Fuente: Estadísticas REM DSM Laja, -Diciembre 2017

Análisis: De acuerdo a la información representada podemos concluir que el mayor número de pacientes bajo control corresponde a pacientes con diagnóstico de HTA, en las 3 postas de salud en cuanto a la dislipidemia se puede observar que es la segunda enfermedad con mayor frecuencia, la DIABETES es la enfermedad con menor frecuencia, siendo la Posta La Colonia la que tiene el mayor número de pacientes bajo control.

Gráfico N°3 PACIENTES BAJO CONTROL HIPERTENSION ARTERIAL-DIABETES MELLITUS – DISLIPIDEMIA AÑO 2016-2017-2018



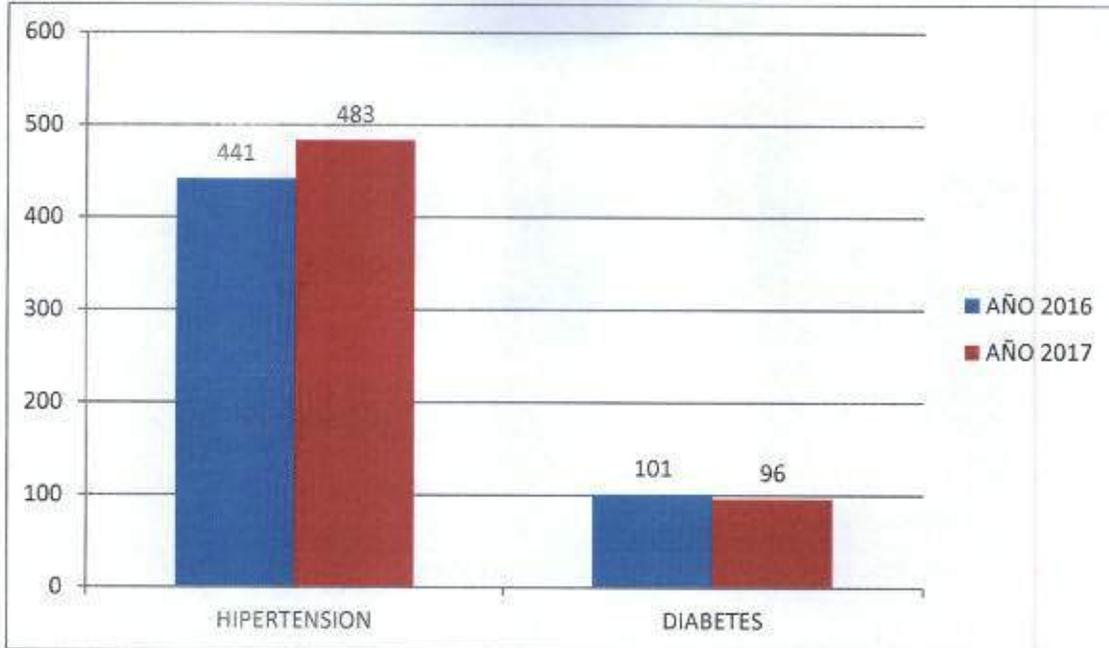
Fuente: Estadísticas REM DSM Laja, Diciembre 2016-Diciembre 2017-Junio 2018

Análisis: De acuerdo a la información representada podemos concluir que el mayor número de pacientes bajo control corresponde a pacientes con diagnóstico de HTA, registrándose un leve aumento respecto al año 2016. Encuanto a la dislipidemia se puede observar que es la segunda enfermedad con mayor frecuencia, la DIABETES es la enfermedad con menor frecuencia, y también se puede observar un aumento desde el año 2016.



Gráfico N° 4 COMPENSACION HTA (P.A menor a 140/90) en menores de 80 años y (P.A menor a 150/90) en mayores de 80 años.

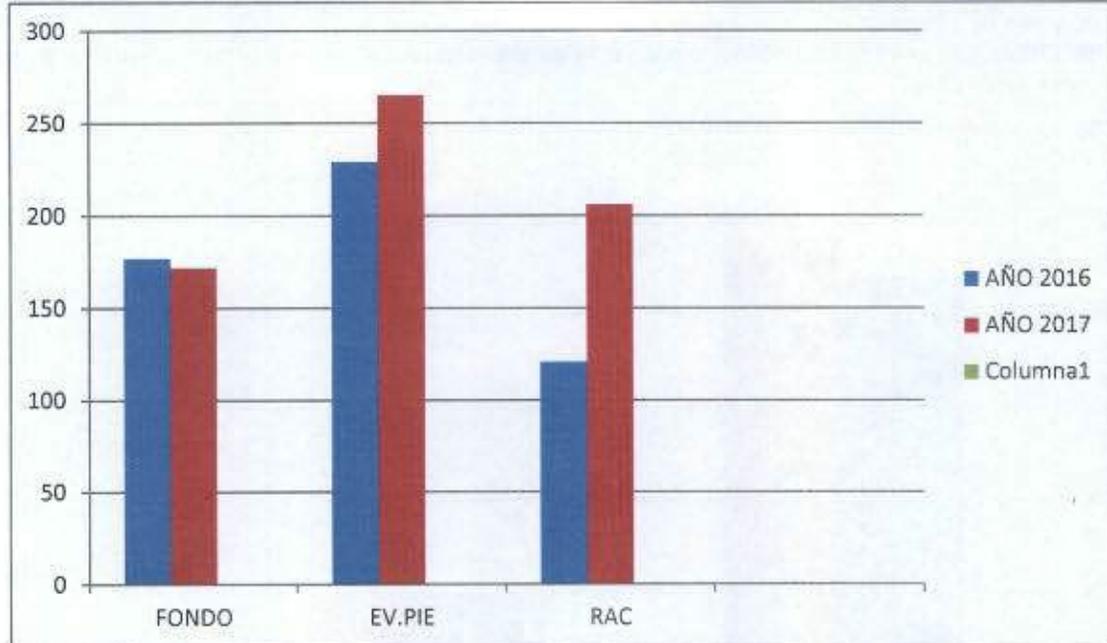
COMPENSACION DIABETES (HBA1C menor a 7) en menores de 80 años y (HBA1C menor a 8) en mayores de 80 años.



Fuente: Estadísticas REM DSM Laja, Diciembre 2016-Diciembre 2017.

Análisis: De acuerdo al gráfico podemos señalar que el año 2017 se produce un aumento en la compensación de los pacientes con diagnóstico de HTA y disminución en compensación de diabetes.

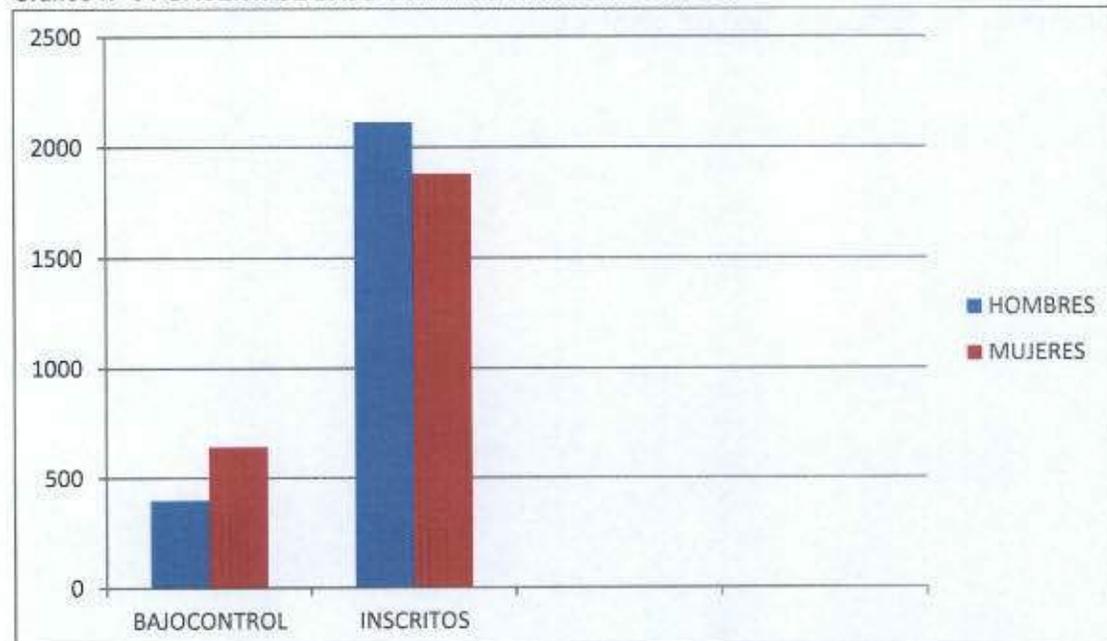
Gráfico N°5 EVALUACION FONDO DE OJO-PIE DIABETICO.-RELACION ALBUMINACREATININ



Fuente: Estadísticas REM DSM Laja, Diciembre 2016-Diciembre 2017.

Análisis: Del grafico se puede señalar que se mantiene el número de fondo de ojos realizados, además se observa un aumento en la evaluación del pie diabético y RAC. +

Gráfico N° 5 PORCENTAJE BAJO CONTROL VERSUS INSCRITOS.



Fuente: Estadísticas REM DSM Laja junio 2018—Población Fonasa agosto 2018.



Análisis: Población de 15 y más años bajo control: 1042 personas (400 hombres y 642 mujeres). Población de 15 y más años inscritos.: 3995 personas
Del total de inscritos corresponde al 26% que se encuentra con patología cardiovascular. Siendo el sexo femenino el porcentaje mayor con un 61.6% del bajo control.

Estrategia de rescate

Se registra un 15,5% de pacientes bajo control inasistentes principalmente con diagnóstico de Dislipidemia. Para mejorar la adherencia de los pacientes a sus controles es importante recalcar, la educación de acuerdo a sus patologías explicar el flujo grama de sus atenciones, registrando en carnet de control fecha de controles próximos y profesional con el que corresponde dicha atención. Además cada vez que el paciente concurra a retiro de fármacos revisar asistencia de controles y citación de horas.

Dentro de las nuevas estrategias incorporadas el año 2018 se incorporó:

- El tratamiento del paciente una consulta con quimicofarmacéutico, preferentemente a los pacientes con polifarmacia, descompensados y con malos resultados en su tratamiento.
- También se realizó talleres de cardiovascular en sectores como EMR Las Ciénagas y Quiebrafrenos, con pacientes asistentes a retiro de fármacos.
- También se realizan clases de actividades físicas a cargo del profesor de educación física, destinada a los adultos y adultos mayores, con el fin de prevenir y paliar los efectos de las enfermedades no transmisibles y mejorar la calidad de vida de los usuarios en relación a su estado de salud
- Este año contamos con un aumento en número de atenciones podológicas realizando en total 225, permitiendo dar esta prestación a nuestros usuarios diabéticos, adultos mayores y con dependencia severa.
- Se celebró una actividad con adolescentes, niños y comunidad del sector urbano en prevención de enfermedades cardiovasculares.
- En el mes del corazón se celebraron actividades en cada posta de salud.
- Dentro del arsenal farmacológico se incorporó cambio de tratamiento con amlodipino a los pacientes, que no lograban compensación.





PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El programa está orientado al conjunto de actividades para realizar en los distintos establecimientos para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Sus objetivos son los siguientes:

- Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.
- Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.

El programa de salud mental está compuesto por un médico general, dos psicólogo/a y una asistente social, los cuales durante el año atienden a una población bajo control de 171 personas, que comprenden edades desde los 5 años en adelante.

Población SENAME

En el transcurso del año 2018, en el contexto de trabajo intersectorial se ha realizado un trabajo con los diversos programas de la red colaboradora de SENAME y poder judicial. Dicho logro fue facilitado por el servicio de Salud Biobío, por la convocatoria de la jornada de complementariedad SENAME, Salud y Tribunal de Familia, con el objetivo de establecer canales de comunicación y coordinación efectivas, en post de una relación óptima para la mejor resolución en el ámbito de salud de los NNA en situación de vulnerabilidad.

A partir de lo anterior, se realizó una catástrofe de los que integran dicha red. Como segundo logro se obtuvo el bajo control de los usuarios NNA que se encuentran inserto en algún programa y/o residencia de la red colaboradora de SENAME.



Bajo control población SENAME

N° de NNA	Sector	Tipo programa
5	Santa Elena	Programa de Prevención Focalizada (PPF)
1	Santa Elena	Programa de intervención Especializada (PIE)
3	Santa Elena	Programa Reparación de Maltrato (PRM)
1	Puente Perales	Programa de Prevención Focalizada (PPF)
5	La colonia	Programa de Prevención Focalizada (PPF)
3	La colonia	Residencia de Protección para mayores

Análisis: Actualmente, en el Departamento de Salud Municipal se encuentran presente 11 Niños, Niñas y Adolescentes en programa de prevención focalizada, 1 NNA en programa de intervención especializada, 3 NNA en programa de reparación de maltrato y 3 NNA en residencia de protección para mayores.

Durante el año 2018, como nueva estrategia en éste ámbito, se han realizado reuniones con la corporación "El Conquistador", ya que la mayoría de los NNA con vulneración de derecho pertenecen a este Centro Colaborador SENAME.

Como segunda estrategia, durante el segundo semestre, se incorporó la reunión de casos sociales prioritarios. Los actores presentes en dicha reunión son: la Residencia de Protección para mayores "Sor Vicenta", Departamento de Salud Municipal y los Establecimientos Educativos que poseen alguna estudiante de dichos casos abordados. Estas reuniones presentan una periodicidad de una vez al mes, siendo su principal objetivo el trabajo multidisciplinario en conjunto para abordar diversas estrategias y acciones de intervención frente a casos complejos que se comparten como instituciones, con el fin de no realizar una sobre intervención.

En relación al trabajo colaborativo con Tribunales de Familia, se puede apreciar un aumento de casos de solicitud de medidas de protección a favor de los niños, niñas, adolescentes (5 casos) y adultos mayores (3 casos). Así como también, diversas denuncia por consumo problemático de alcohol y drogas (3 casos). Por lo anterior, la dupla psicosocial del Programa de Salud Mental, han asistido a





diversas audiencias con la finalidad de aportar mayor información a tribunales sobre las distintas causas.

Por el aumento de casos vulneración de derechos en los NNA, en temáticas como maltrato infantil, negligencia parental-marental, la dupla psicosocial del DSM creó un instrumento de evaluación "Predictor de ocurrencia de maltrato en gestantes", el cual tiene como principal objetivo identificar patrones maltratadores en mujeres embarazadas a partir de sus historias de vida, y a partir de los resultados de la aplicación de éste, realizar un acompañamiento psicosocial durante el periodo de embarazo, entregando las herramientas y competencias necesarias para mejorar en posibles áreas críticas, con el fin de predecir y prevenir futuro maltrato en niños(as).

Prevalencia local de los Trastornos Mentales

El Departamento de Salud Municipal de Laja tiene por población per cápita a 4731 personas, de las cuales el programa de Salud Mental en el año 2018 atiende a 171 personas lo que equivale al 3,6% de la población percápita total.

En cuanto a la Posta La Colonia tiene por población percápita a 2155 personas, de ellas son atendidas por el programa de salud mental 68 personas, lo que equivale al 3,1% de la población de Posta La Colonia.

En relación a Posta Puente Perales tiene por población percápita a 1245 personas, de ellas son atendidas por el programa de salud mental 38 personas, lo que equivale al 3% de la población de la Posta Puente Perales.

Finalmente Santa Elena tiene por población percápita 1331 personas de ellas son atendidas 68 personas, lo que equivale al 5.1% de la población total de Posta Santa Elena.

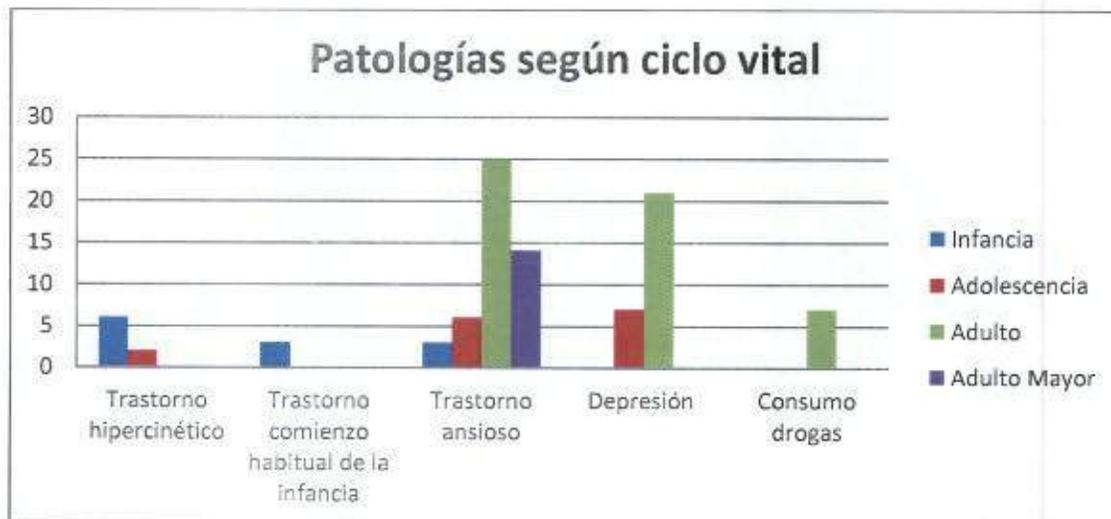
En cuanto a la demanda estimada al año de la prevalencia poblacional de un determinado trastorno, sólo un porcentaje llega a demandar efectivamente atención de salud. Estudios internacionales señalan que esta demanda varía entre un 40%, para casos de depresiones menores o dependencia a sustancias, hasta un 80% para aquellas patologías más severas, como esquizofrenia y trastornos afectivos mayores. A pesar de no existir mediciones específicas en nuestro país, se presume que estos porcentajes son menores debido a la baja oferta de servicios de salud mental existente en el país y el insuficiente conocimiento de

nuestra población respecto a las enfermedades mentales. Se calcula aplicando el porcentaje de demanda que se estima para ella a la tasa de prevalencia de la población definida en cada prioridad (niños menores de 10 años, adultos mayores de 65 años, etc.). Por tanto, la prevalencia que se atiende en el departamento de salud municipal es del 17% de la población que sufre algún trastorno de salud mental.

Las patologías más prevalentes por el cual se ingresan a las personas al programa de salud mental son:

- Depresión (leve, modera y severa)
- Trastorno ansioso, incluyendo en ellos el trastorno adaptativo
- Trastorno hipercinético
- Trastorno de personalidad
- Trastorno consumo de alcohol y drogas
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Discapacidad intelectual, entre otros.

Principales patologías según ciclo vital



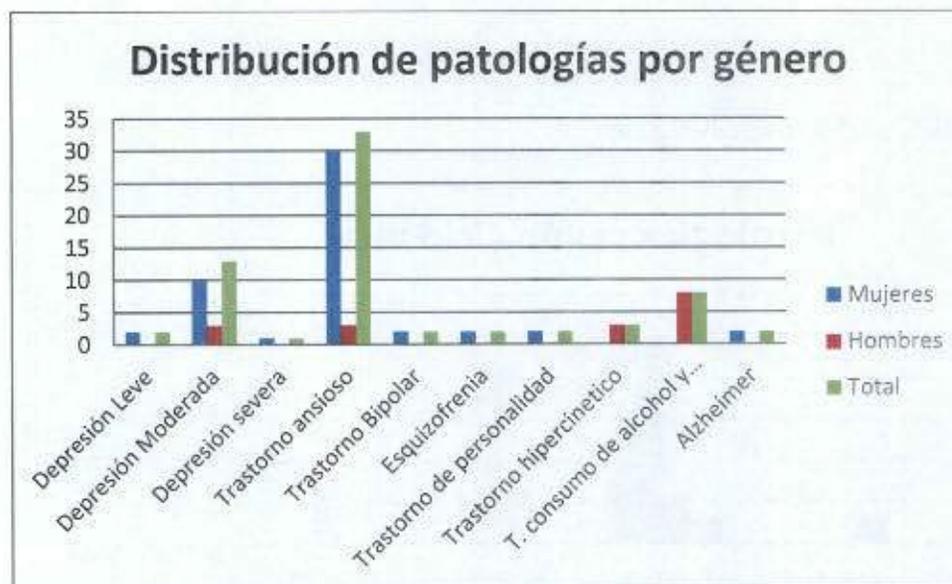
Análisis: Según ciclo vital, se presentan como trastornos más prevalentes en la población infantil los trastornos hipercinético, siendo los más destacados el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, como segundo trastorno se encuentra el trastorno habitual del comienzo de la infancia. En la población adolescente se encuentra la depresión moderada con ideación suicida y trastorno adaptativo. En la población adulta se encuentra en primer lugar los trastornos ansiosos/adaptativos, seguidos por las diversas depresiones. Finalmente, en el grupo etario adulto mayor, la patología con mayor incidencia son los trastornos ansioso/adaptativos.

Principales patologías según sector

- Posta de Salud Rural La Colonia

Posta La Colonia tiene la mayor población bajo control contando con 68 personas, siendo 49 mujeres y 19 hombres, lo que equivale a un 72% de mujeres y 28% de hombres. Lo que se condice con la prevalencia a nivel nacional.

A continuación se presenta gráfico de Distribución de patologías según género y número de personas afectadas por ellas.



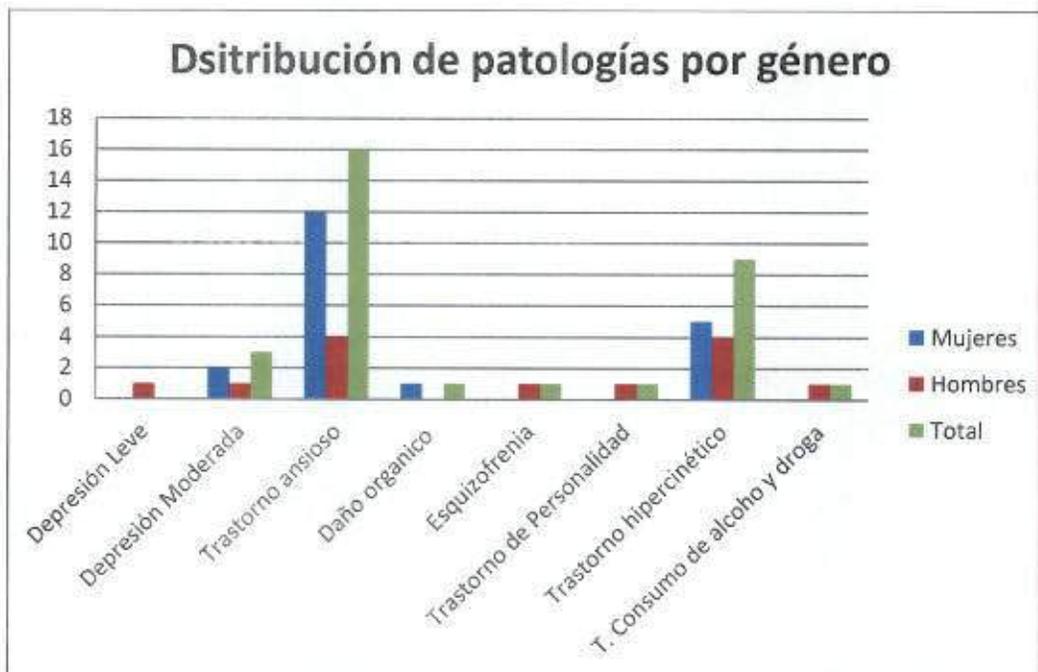
Análisis: En dicho gráfico se observa que la mayoría de la personas padecen trastorno ansioso con un 48.5% seguido por depresión moderada con un 19,1%. Siendo las mujeres con mayor prevalencia en padecer estos trastornos.



- Posta de Salud Rural Puente Perales

En relación a Posta Puente Perales tiene la menor población bajo control con 32 personas, distribuyéndose en 20 mujeres y 12 hombres, lo que equivale al 62.5% de mujeres y 37.5% de hombres.

A continuación se presenta gráfico de Distribución de patologías según género y número de personas afectadas por ellas.



Análisis: En dicho gráfico se observa que gran parte de la población bajo control padecen el trastorno ansioso con un 50% seguido por los trastorno hipercinético con un 28,1%. En Posta Puente Perales se observa el fenómeno de tener mayor bajo control de niños/as y adolescentes en relación a posta La Colonia y Santa Elena.

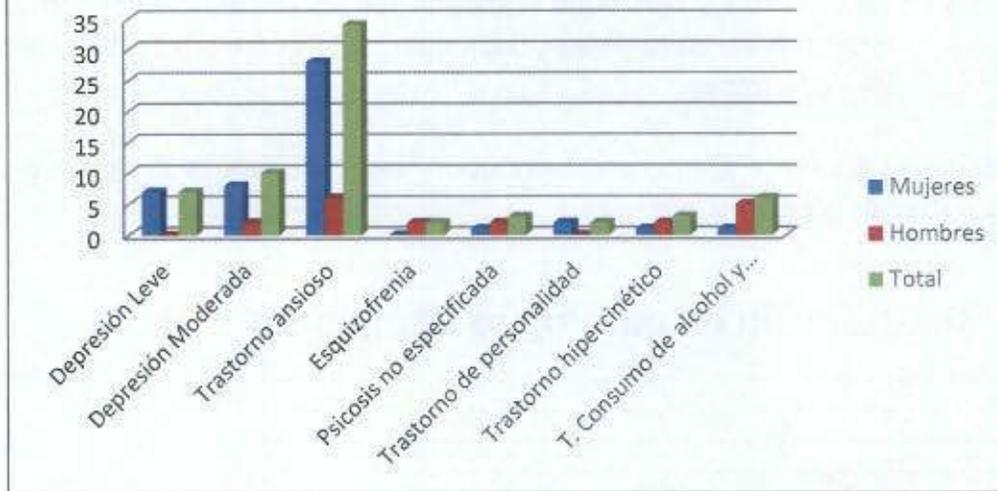
- Posta de Salud Rural Santa Elena

En cuanto a Posta Santa Elena tiene por población bajo control 68 personas, distribuyéndose en 49 mujeres y 19 hombres, lo que equivale al 72% de mujeres y 28% de hombres.

A continuación se presenta gráfico de Distribución de patologías según género y número de personas afectadas por ellas.



Distribución de patologías por género



Análisis: En dicho gráfico se observa que la mayoría de la personas padecen el trastorno ansioso con un 50% seguido por depresión moderada con un 14.7%. En Posta Santa Elena se repite el patrón de mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres.

Dentro de las actividades realizadas durante el año 2018 para dar respuestas a los diagnósticos mencionados, promover la salud mental, reducir estigmatización y prevenir la aparición de mayores enfermedades de salud mental son:

- Actividades de promoción:
 - o Conversatorio con mujeres para abordar la violencia de género
 - o Ferias de la salud
 - o Celebración día mundial de la salud mental
- Actividades de prevención:
 - o Talleres a mujeres en colaboración con matrona sobre diversas problemáticas: autoestima, VIF, climaterio, desarrollo personal, salud sexual y reproductiva, sentido de pertenencia, apoyo social, entre otras.
 - o Talleres a cursos de 7° y 8° de colegios rurales, se abordan diversos factores de riesgos tales como: consumo de alcohol y drogas, prevención

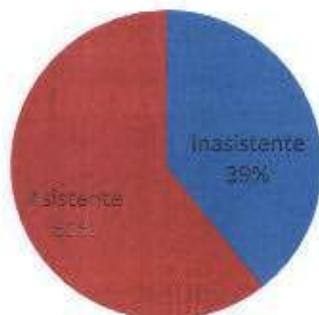
del suicidio, bullying, salud sexual y reproductiva, violencia de género, construcción de identidad, entre otras.

- Actividades de tratamiento:
 - o Consulta de salud mental
 - o Controles de salud mental
 - o Psicoterapia individual
 - o Psicodiagnóstico
 - o Consultorías con unidad estrategias Laja- San Rosendo
 - o Aplicación de tamizaje
 - o Visitas domiciliarias integrales

Estrategias de rescate

En el Departamento de Salud Municipal, al día se realizan 9 atenciones clínica en salud mental, con una duración de 45 minutos para cada una/o de nuestros/as usuarios/as. Durante el año 2018 se han registrado 1286 atenciones incluyendo en ellas la consulta de salud mental, psicoterapia, control de salud mental y psicodiagnóstico. Dentro de ellas 506 son atenciones sin realizar por la inasistencia de personas. Si esto se traduce a porcentaje un 39.3% de personas faltan alguna vez a sus controles.

Porcentaje de personas asistentes v/s inasistentes





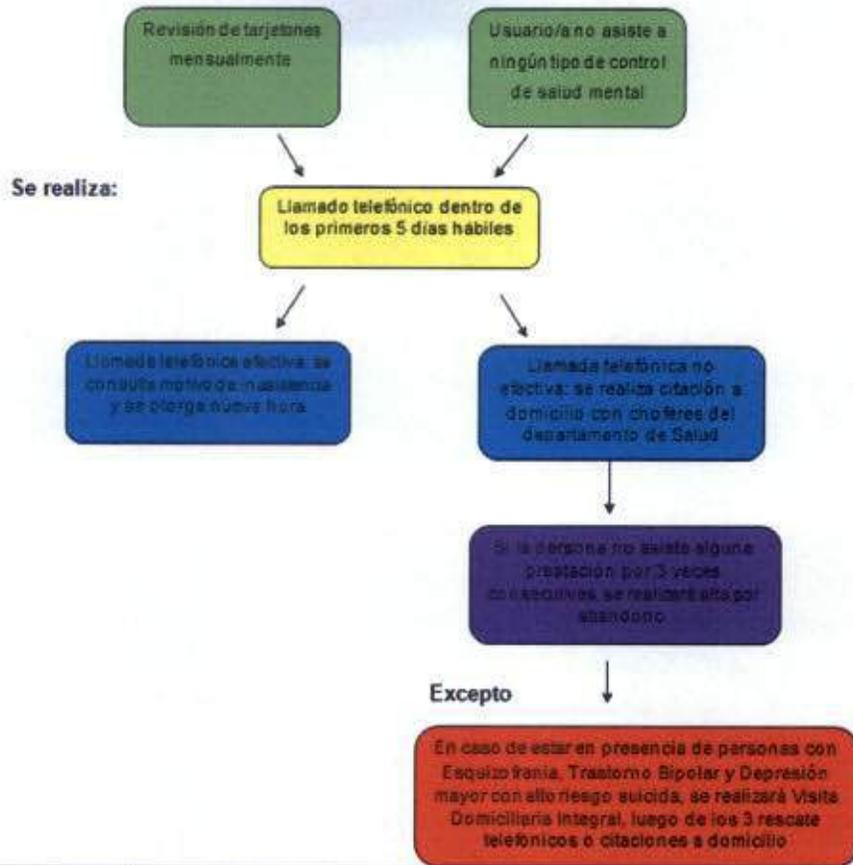
Análisis: En el gráfico presentado se puede apreciar un 39% de pacientes inasistentes a consulta de salud mental, controles de salud mental, psicoterapias y psicometrías, lo cual es un porcentaje bastante alto, sin embargo, se puede apreciar que hubo una disminución en relación al año anterior.

Dentro de las razones de inasistencia se encuentran la accesibilidad que tienen nuestros/as usuarios/as para llegar a la posta, ya que muchos/as de ellos/as viven en extrema ruralidad. Sumándose a esto, se encuentran las condiciones climáticas adversa en temporada de invierno y en verano se encuentra el trabajo de recolección de frutas, lo que disminuye de manera considerable la población asistente.

Dentro de las estrategias de rescate que se realizan actualmente es el llamado telefónico luego de cada inasistencia, si el llamado telefónico no es efectivo se deja citación con tens encargada de Posta de Salud, si ninguna de las estrategias anteriores es efectiva se realiza visita domiciliaria.

A continuación se presenta flujograma a seguir frente a usuarios/as con inasistencia a las prestaciones entregadas por el programa de Salud Mental.

Rescate de pacientes inasistentes





CICLO VITAL ADULTO MAYOR

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

Es un programa alimentario destinado al adulto mayor de alto riesgo, cuyo objetivo es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor con el fin de mejorar su calidad de vida. El propósito es contribuir a mantener o mejorar el estado de salud nutricional y la funcionalidad del adulto mayor, aminorando brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar su calidad de vida.

Objetivos

- Entregar un complemento alimentario especialmente diseñado para el adulto mayor acorde a sus necesidades.
- Contribuir a prevenir y tratar carencias nutricionales del adulto mayor.
- Contribuir a mejorar la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor.
- Incentivar una mayor adherencia a las actividades del Programa de Salud del Adulto mayor en nuestro departamento de salud.

Requisitos para retirar beneficio del programa nacional de alimentación para el adulto mayor (PACAM) para usuarios del DSM Laja.

- Estar inscrito en nuestro Departamento de salud.
- Controles de Salud al día de acuerdo a normas establecidas por Dsm Laja y el Ministerio de Salud.
- Carnet de Control de Adulto Mayor con registros actualizados y fecha para el próximo control.

Bajo control y coberturas

En nuestro departamento de salud existe un bajo control en el programa de 355 adultos mayores, que reciben este beneficio, tenemos una cobertura de 81 %, esto en relación a la población de adulto mayor bajo control a junio 2018.

AÑO	ADULTOS MAYORES BAJO CONTROL	PORCENTAJE
2017	306	69,4%
2018	355	81%



Análisis: Según la tabla nos podemos dar cuenta que ha aumentado considerablemente el bajo control con respecto al año 2017.

Cabe señalar además que en este programa beneficia a población mayor de 65 años, con resultado de EFAM con riesgo, con riesgo de dependencia y a los adultos mayores de 65 años que participan del programa Vínculos.

Las coberturas por postas son las siguientes según población inscrita:

POSTA	COBERTURA
Santa Elena	99%
Puente Perales	96%
Posta La Colonia	44%

Análisis: Resaltar que tenemos muchos adultos mayores que no desean retirar productos alimentarios y estos corresponden principalmente a los usuarios inscritos en el sector La Colonia.

En relación a la estrategias a implementar 1 vez al mes revisar los adultos mayores que cumplen la edad, y llamarlos para ingresarlos si lo desean.

También en coordinación con las enfermeras, cuando aplican el EFAM deben ingresar a PACAM, hacerle tarjeta de ingreso.

Se construyó un recetario para hacer entrega a los adultos mayores que son beneficiarios de los productos y además degustaciones de estos productos.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel (Evaluación de actividades básicas de la vida diaria); y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y



promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha, tanto en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud.

A nivel local el Programa de Atención domiciliaria de Pacientes con dependencia severa, existe desde el año 2016.

En la actualidad el programa atiende a 21 usuarios en situación de cama.



Análisis: La población con dependencia severa se encuentra distribuida en las 3 postas del departamento de salud municipal, en la posta de salud rural Santa Elena se encuentran 6 usuarios inscritos en el programa de dependencia severa, presentando igual número posta Puente Perales. En relación a posta La Colonia se encuentra un total de 9 usuarios.



Objetivos del programa

Objetivo general

Otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico emocional y social mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación.

Objetivos específicos

- Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa.
- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado.
- Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa en página web.
- Características del programa
- Atención domiciliaria Integral con el fin de crear lazos entre la familia y el equipo de salud:
- Visita domiciliaria Integral: Conocer características del entorno, lugar, familia, paciente, cuidador, problemas de salud, ingreso al programa, etc.
- Visita domiciliaria de tratamiento: Destinada a brindar apoyo diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación con un plan de atención previo.
- Visita de seguimiento: Constatar que el plan de atención y los cuidados que brinda el cuidador sean efectivos.

Canasta de servicios:

Procedimientos: Toma de exámenes sanguíneos, instalación de sonda folley, sonda nasogástrica, administración de medicamentos por vía subcutánea, intramuscular y endovenosos en bolo o por fleboclisis, instalación de catéter subcutáneo de morfina, curaciones avanzadas, controles de signos vitales como Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría depulso, hemoglucotest, temperatura, Vacunación en domicilio.





Atención en domicilio: Se realizan controles cardiovasculares, Adulto mayor, Epoc, atención personas en etapa de alivio del dolor, fichas familiares con plan de intervención.

Educaciones: Se realizan dos capacitaciones anuales programadas y educaciones en domicilio con plan de cuidados individual y procedimientos invasivos.

Solicitud de Ayudas Técnicas: Se realiza valoración de necesidad de ayuda técnica en visita domiciliaria como lo es colchón anti escara, silla ruedas, cojín de silla de ruedas, andador, bastón, y se gestiona con asistente social.

Traslados en ambulancia: Se realizan traslados programados con el HFC de LAJA con previo aviso del cuidador, al encargado del programa para gestión del móvil.

Ingreso al programa

Criterios ingreso:

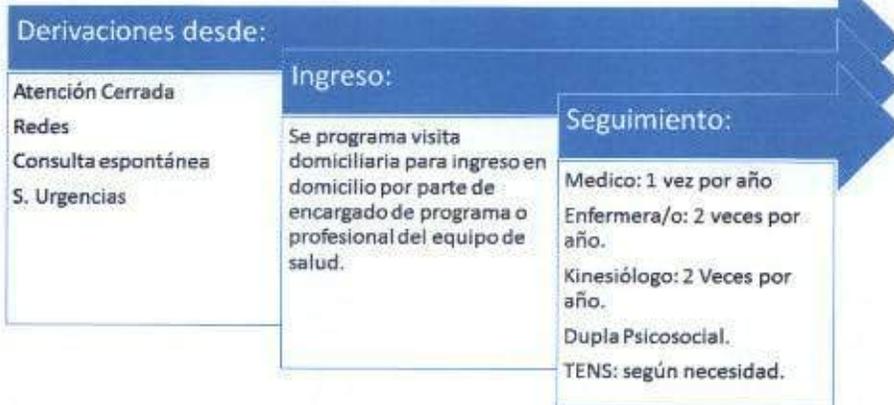
Barthel con resultado de dependencia moderada, grave, total
Barthel con resultado de leve en conjunto de patología maligna o dismovilidad evidenciada.

Que presente persona responsable de los cuidados en el domicilio
Paciente perteneciente a DSM Laja.

Para el ingreso al programa se utilizan las siguientes pautas:

Ficha familiar- Ficha de ingreso Programa atención domiciliaria-Plan de Cuidado individual- Índice de Barthel- Ecomapa-Carta de compromiso del cuidador.

Para que una persona sea clasificada con dependencia severa debe ser evaluada con un instrumento llamado Índice de Barthel el cual evalúa la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria como comer, trasladarse, aseo personal, bañarse, desplazarse etc. Si obtiene un puntaje menor o igual a 35 puntos es clasificado como dependiente severo y puede ser ingresado al programa.



Paciente PADI con consulta espontánea o de urgencia:

Frente a cualquier llamado por algún tipo de descompensación del paciente o alguna atención de urgencias la enfermera PAD acude a domicilio inmediatamente para evaluar situación, en donde se controlan signos vitales los cuales incluyen: Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso, hemoglucotest, temperatura + Examen físico completo+ evaluación de sintomatología.

Si paciente requiere atención de urgencia se solicita la ambulancia.

Si paciente no requiere atención de urgencia se orienta a familiar en las medidas que debe realizar, y se coordina con medico DSM una pronta visita domiciliaria.

Funciones del Cuidador

- Las personas que realicen la función de "Cuidador" deben suscribir mediante un documento los "Compromisos" que adquieren.
- El Cuidador debe ser capacitado por el Equipo de Salud respectivo, con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al Cuidador y Familia para la modificación de ésta, ofreciendo alternativas de enfrentamiento en cuanto a los cuidados que debe brindar.
- El Cuidador deberá tener salud compatible para ejecutar su labor comprometida y frente a faltas en su labor, el equipo re evaluará su continuidad en el Programa.
- Se sugiere que cada Cuidador tenga a su cargo no más de tres personas si es familiar. En caso que el cuidado lo realice una persona ajena al grupo



familiar, se sugiere tener como máximo dos personas a su cargo. Si se presenta una situación distinta a la descrita anteriormente, el Equipo de Salud deberá evaluar la situación e informar a la Subsecretaría de Redes.

- El Cuidador deberá estar presente en las visitas domiciliarias integrales y/o en la visitas con fines de seguimiento y tratamiento que realice el Equipo de Salud; de lo contrario, se informará a encargado de Programa del establecimiento de Atención Primaria -quién evaluará la continuidad de condición de Cuidador- y al Servicio de Salud respectivo. Esta situación se deberá informar mensualmente al nivel central –en caso que sea necesario.
- El Cuidador debe ser incluido en las actividades que el Equipo de Salud realice, tanto en actividades de capacitación como de auto-cuidado y realizar el registro asociado a esta actividad, ya que se solicitará en cada corte de evaluación.
- Ante cualquier cambio de domicilio, el Cuidador debe informar oportunamente al Equipo de Salud y Establecimiento, para los efectos que estime pertinente.

Pago a cuidadores

Retribuir monetaria mente a la persona que realiza la labor de "Cuidador" de personas con Dependencia Severa a través de todo el ciclo vital y que cumpla con criterios de inclusión y compromisos adquiridos.

Estipendio:

Este beneficio se entregará a usuarios que presente una dependencia severa o total tras la evaluación de la enfermera, ayuda que se entregará a un porcentaje de usuarios que cumplan con los criterios definidos por el Ministerio de Desarrollo Social, el ingreso de los antecedentes a la plataforma destinada para tal efecto estará a cargo de la enfermera.

Este beneficio es de carácter mensual.

Requisitos para el pago:

Personas que presenten dependencia severa para realizar actividades de la vida cotidiana según Índice de Barthel (menor o igual a 35 puntos según escala).

- El usuario debe estar inscrito en su Centro de Salud.



- Ser beneficiario de FONASA A o B o clasificados en una de las siguientes alternativas:
 - o Ficha de protección Social con un puntaje menor o igual a 8.500 puntos
 - o Chile Solidarios
 - o Como beneficiario de pensiones asistenciales (PASIS)

Aquellos que cuenten con las siguientes condiciones no pueden acceder al pago:

- No pueden acceder al pago del cuidador los usuarios que se encuentren institucionalizados.
- Usuarios que no cuenten con cuidadores.
- Cuidador remunerado por parte de la familia.
- Constatación del equipo de salud de cuidados deficientes del usuario con dependencia severa proporcionados por el cuidador.
- Cambio en la condición de dependencia (ejemplo, pasar de dependencia severa a moderada).
- Fallecimiento del usuario con dependencia severa

Equipo de Salud

El PAD se encuentra liderado por enfermera, la cual es la encargada de coordinar las visitas domiciliarias necesarias para los usuarios por distintos profesionales, dependiendo de la necesidad de estos. También cuenta con la colaboración de kinesiólogo y técnico de enfermería.





PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCION PRIMARIA

La política para la participación ciudadana en el marco de la corresponsabilidad, se presenta bajo el contexto de la promulgación de la Ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, en la cual consagra y reconoce el derecho de las personas a participar en las políticas, planes programas y acciones del estado, esto significa que todos los órganos de la administración del estado, deben garantizar espacios y mecanismos institucionalizados, por medio de los cuales las personas puedan participar en el diseño, formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas.

La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que "recoge" y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Dimensiones de la participación ciudadana que se han desarrollado en el departamento de salud municipal de Laja con y para la comunidad rural- año 2018.

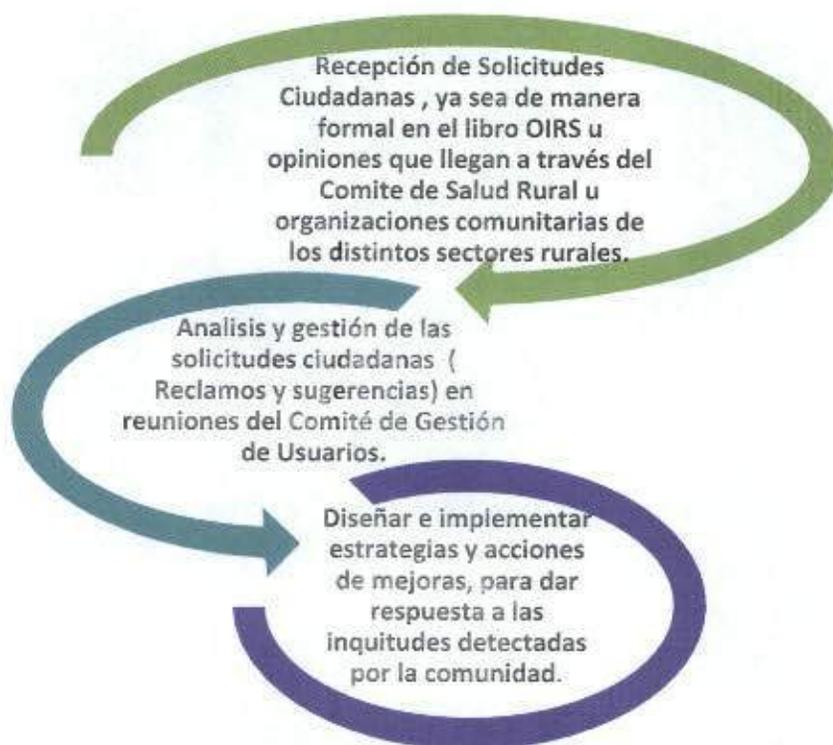
- OIRS- Satisfacción Usuaría

La calidad de la atención y el grado de satisfacción percibidos por los usuarios/as, son elementos esenciales en la evaluación de la gestión de los establecimientos de salud. Al respecto, los equipos perciben la satisfacción/insatisfacción usuaria a través de las solicitudes ciudadanas, los resultados de las encuestas de medición de la satisfacción usuaria, entre otras. En este contexto y como una acción dirigida a promover y mejorar la percepción de satisfacción usuaria, la Dirección de Salud Rural junto a la profesional referente OIRS proponen la conformación del Comité de Gestión de Usuarios, con el objetivo de crear una instancia orientada a desarrollar e implementar estrategias y acciones de mejoramiento en aquellos focos críticos detectados por la comunidad en relación a la atención, trato, satisfacción usuaria.

Es necesario mencionar, que si bien la creación del Comité de Gestión de Usuarios (COMGES 9) para el Departamento de Salud Municipal no es requerida por el Servicio de Salud Biobío como meta, se instaura en el establecimiento para

dar respuesta a la vez al eje de calidad del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual requiere la existencia de planes de mejoras continuas que aborde problemáticas/necesidades pesquisados por los usuarios, a través de las solicitudes ciudadanas OIRS y resultados de encuestas de satisfacción usuaria.

Los planes de mejora a realizar para las solicitudes ciudadanas se estructuran a partir de las siguientes etapas:



Los planes de mejora a realizar en relación a la aplicación de encuestas de satisfacción usuarias y buen de trato se estructura de la siguiente manera:



- Meta Sanitaria N° 7- Plan de Participación Social

Para dar respuesta a la elaboración del Plan de Participación Social a ejecutar con el Comité de Salud Rural "Santa Teresita", perteneciente al sector Santa Elena, se desarrolló en primera instancia un trabajo práctico con todos los referentes de participación ciudadana, mediante la técnica lluvia de ideas, con el objetivo de definir los temas a trabajar durante el año, entre los cuales se pueden mencionar: Salud ambiental, grupos etarios no representados, modelo de salud familiar, funcionamiento de Fonasa y pasantías locales.

De los temas definidos, la comunidad rural junto al referente de Participación Social debían elegir mínimo tres para incluirlos en el Plan de Participación. Los otros temas que debía contener el plan tenían que ser concordantes a las problemáticas detectadas en el último diagnóstico participativo realizado en el



DSM Laja y finalmente las temáticas que la comunidad rural eligiera, a partir de sus prioridades.

Las actividades a desarrollar durante el año son:

ACTIVIDADES
Formulación, Elaboración Propuesta del Plan de Participación Social 2018, en conjunto con Dirigentes Sociales y profesionales del equipo de salud.
Presentación de la propuesta del Plan de Participación Social a la comunidad en general en primera reunión anual de Comité de Salud Rural Santa Teresita"
Sesión Educativa: "Implementación del Modelo de Salud Familiar MAIS".
Sesión educativa: "Funcionamiento de FONASA".
Sesión Educativa: "Prevención de Riesgos en el Medio Ambiente".
Pasantía Local: Visita del Consejo de Desarrollo del Hospital de Laja.
Sesión Educativa: "Promoviendo un estilo de vida saludable en el adulto y adulto mayor".
Sesión Teórico – práctico: "Mejorar los síntomas de Artrosis"
Sesión Educativa: "Derechos y Deberes del usuario". "Protocolos de Acogida"
Sesión educativa: "Fortaleciendo habilidades Sociales".
Evaluación del Plan de trabajo 2018

- Proyecto comunitario - Programa de Equidad en Salud Rural

Nombre del proyecto: Monitoras de Salud Rural al servicio de la comunidad.-
Sector Santa Elena

Justificación del proyecto:

Nuestra comunidad beneficiaria del proyecto comunitario, se encuentra en extrema ruralidad, provocando casos de aislamiento social.

En muchas ocasiones, acceder a un establecimiento de salud, para solicitar una atención en situaciones de urgencias y/o accidentes es muy difícil, debido a la gran dispersión geográfica, en donde muchas veces las intervenciones de socorro





que realiza el usuario o familia, lo único que provocan es aumentar el daño, debido a no poseer conocimientos básicos en el manejo de primeros auxilios.

Es por ello, que se hace necesario, entregar herramientas teóricas y prácticas en primeros auxilios y control de signos vitales a la agrupación de Monitoras de Salud Rural "Santa Teresita", pertenecientes al Sector Santa Elena, para que se encuentren preparadas en atender casos de manera oportuna en el sector, ya que, ellas serán las encargadas de replicar el conocimiento adquirido durante el transcurso de los talleres.

Otro punto en el que se enfoca el proyecto comunitario, es que la agrupación de monitoras adquiera conocimiento sobre el uso y beneficios de hierbas/plantas medicinales, con el objetivo de elaborar productos medicinales y de cosmética, que permitan prevenir o paliar los síntomas de enfermedades crónicas en el adulto y adulto mayor, logrando mantener condiciones estables de salud en la comunidad, a través del autocuidado.

Si bien, el año pasado en el mismo sector se capacitó a la agrupación de monitoras en elaboración de aceites medicinales y guateros medicinales, hoy se sigue haciendo necesario reforzar y entregar nuevos conocimientos, ya sean teóricos y/o prácticos en la temática de medicina complementaria, con el fin de ir perfeccionando lo aprendido e incorporando la elaboración de otros insumos medicinales, así, finalmente logrando el reconocimiento y la validación por parte de la comunidad hacia las monitoras en la entrega de apoyo y servicio.

Las actividades a desarrollar durante el año son:

ACTIVIDADES
Reunión extraordinaria: Elección de temáticas a trabajar durante el año, en conjunto con la organización de monitoras de salud rural.
Elaboración de aceites medicinales, guateros medicinales.
Sesión educativa-práctica: Aprendiendo y reforzando la realización de masajes terapéuticos y relajantes.
Sesión educativa-práctica: Primeros auxilios
Sesión educativa-práctica: Técnica y control de signos vitales
Sesión educativa-práctica: Elaboración de Cremas medicinales
Sesión educativa-práctica: Elaboración de Jabones medicinales
Realización de masajes terapéuticos y relajantes a usuarios que se encuentren en situación de dependencia moderada, y que padezcan enfermedades crónicas.
Certificación



CONVENIOS DE REFUERZO EN ATENCION DE SALUD

PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES

Programa "Espacios Amigables para Adolescentes", en Centros de Salud de Atención Primaria Municipal tiene el objetivo de mejorar la situación de salud de las personas beneficiarias adolescentes, especialmente en comunas con altas tasas de embarazo adolescente y mortalidad por suicidio, a través de estrategias que mejoren la oportunidad, el acceso, la continuidad y la calidad en la gestión de las atenciones a la población de mujeres y hombres entre 10 y 19 años.

Estrategias del Programa:

- Unidad Espacios Amigables

Contratación de 8 horas semanales como mínimo de profesional del área de salud sexual y reproductiva: matrn/a; 8 horas semanales como mínimo de profesional del área psicosocial: psicólogo/a, 10 hrs. semanales Profesor Educación Física, con formación certificada para trabajar con adolescentes y jóvenes, todo profesional deben estar motivados y capacitados para trabajar con adolescentes y jóvenes.

De esta manera lograr llevar a cabo Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva, basadas de acuerdo a la etapa evolutiva del adolescente, con enfoque de derechos y género, entre otros. Como también Consultas e intervenciones motivacionales para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y manejo inicial de problemas de salud mental (incluye pesquisa y derivación a niveles de mayor complejidad); y Actividades promocionales que incluyen eventos masivos, reuniones de planificación participativa, jornadas, seminarios y educación grupal orientadas a instalar y reforzar estilos de vida saludable abordándose temáticas de Salud Sexual Reproductiva, Salud Mental, Salud Nutricional, Actividad Física, entre otras, en coordinación con Equipo de Salud y Establecimientos Educativos.

- Control Joven Sano

Consiste en Realizar "Controles de Salud Integral Joven Sano" en establecimiento educacional, en adolescentes del grupo etáreo de 15 a 19 años, beneficiarios





legales del sector público de salud, refiriendo oportunamente aquellas situaciones o condiciones que lo ameriten.

Bajo control del programa

En cuanto a la población bajo control no existe un número exacto, ya que se atiende como consulta espontánea a todos los adolescentes que requieran los servicios y que acuden al box espacio amigable, no discriminando la ciudad de origen, previsión social, servicio de salud y programas anexos.

Es un programa comunal, la cual abarca tanto población rural como urbana de 10 a 19 años de la comuna de Laja y alrededores que se encuentren en los distintos establecimientos educacionales y/o del intersector.

La atención está orientada en la promoción, prevención según el marco a los productos asociados a los objetivos del programa:

- Productos asociados al Objetivo Específico Número 1

Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, pesquizando y otorgando manejo inicial, asegurando la continuidad de la atención y derivando oportunamente según corresponda, en los EA, establecimientos educativos u otros espacios comunitarios.

- Productos Asociados al Objetivo Específico N°2

Desarrollar actividades orientadas a la prevención de conductas de riesgo en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva. Dichas actividades son: Consejerías en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, consulta por anticoncepción de emergencia en establecimiento de salud, ingreso Regulación de la Fertilidad y adolescentes atendidas por riesgo de embarazo.

- Productos Asociados al Objetivo Específico N°3

Desarrollar actividades orientadas a la prevención de consumo de sustancias en adolescentes con técnicas motivacionales, Consulta Salud Mental primera atención y en coordinación con el equipo de salud mental.

- Producto asociado al Objetivo Específico Número 4:

Desarrollar actividades de promoción orientadas a instalar estilos de vida saludable y fortalecer el autocuidado en los y las adolescentes.

Actividades promocionales de salud asociadas a los siguientes hitos:

- Día Internacional de la Juventud (12 de Agosto)
- Día Mundial de Prevención del Suicidio. (10 de Septiembre)
- Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes. (26 de Septiembre)

Flujograma de atención de acuerdo al diagnóstico de la población



Uno de los principales avances que ha tenido el Programa, en relación a su infraestructura, es que hoy día cuentan con un box propio ubicado en el 1° piso de las dependencias del Departamento de Salud Municipal, contando con los insumos y mobiliarios necesarios para poder ejecutar sus actividades y atención al público.



UAPO - UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA LAJA.

Las unidades de atención primaria oftalmológica (UAPO), fueron creadas con el objetivo de disminuir las listas de espera en oftalmología, potenciando la accesibilidad, oportunidad y pertinencia diagnóstica en la derivación en atenciones de especialidad.

La población que se atiende en establecimientos de atención primaria de salud, accede con mayor facilidad a la atención de especialidad, donde se realiza una atención integral y de calidad, con la finalidad de resolver una necesidad y mejorar la calidad de vida del paciente.

La UAPO cuenta con equipo profesional especialista, junto con el equipamiento necesario para dar una resolución integral a los problemas de salud oftalmológicos.

Entre los objetivos principales de una UAPO se encuentran los siguientes:

- Disminuir los tiempos de espera de consulta de especialidad.
- Mejorar la oportunidad de acceso a la especialidad de Oftalmología.
- Aumentar la resolutivez local a través de una atención especializada en la APS.
- Mejorar la pertinencia en la derivación de pacientes al nivel secundario.

La cartera de servicios de la UAPO comprende la atención de personas desde los 15 años en las siguientes patologías y procedimientos:

- Vicios de Refracción (hasta los 64 años).
- Fondos de Ojo en pacientes diabéticos.
- Calificación de urgencia oftalmológica.
- Detección y tratamiento de patologías, y derivación oportuna según corresponda.
- Tratamiento y seguimiento de Glaucoma.

Eventualmente, se derivan a la UAPO personas menores de 15 años y mayores de 64 años de acuerdo a la patología sospechada y a la disponibilidad horaria.

Pueden acceder a atención en la UAPO las personas pertenecientes a FONASA, e inscritas en cualquiera de los Centros de Salud de las comunas de Laja y San Rosendo, ya sea CESFAM, CECOSF, hospital o postas rurales.

La población bajo control de la UAPO se consideró como el número total de pacientes atendidos desde el inicio del funcionamiento de la UAPO en agosto de



2014, y comprende pacientes que presentan todas las necesidades oftalmológicas que pueden ser resueltas o evaluadas en una atención en la UAPO.

Cabe destacar que desde este año 2018, se implementó en la UAPO el Registro Clínico Electrónico en la plataforma SAC, de este modo se disminuye el uso de papel y se cuenta con un respaldo de las atenciones realizadas, además de que otros profesionales pueden consultar el historial del paciente.

Debido a la dispersión geográfica y que la comunidad pueda acceder al servicio que entrega la UAPO, la Dirección de Salud Rural decide otorgar un espacio físico estable en las dependencias del DSM, en donde ésta Dirección lo ha implementado con los insumos clínicos y mobiliario correspondiente necesarios para responder a las necesidades de la comunidad.

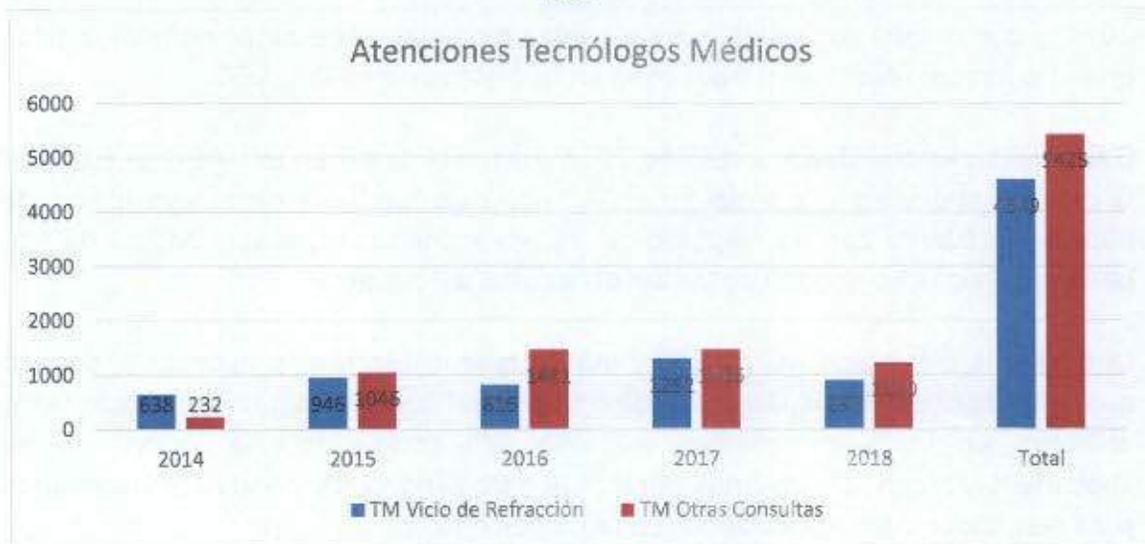
Otra de las actualizaciones en la UAPO es la implementación de la nueva plataforma de Teleoftalmología llamada DART (Diagnóstico Automatizado de Retinopatías Telemáticas), la cual trabaja con inteligencia artificial, que deriva para análisis con oftalmólogo sólo a aquellos pacientes con diabetes que tengan posibilidades de ceguera por Retinopatía Diabética.

El número de pacientes bajo control en la UAPO es de 14.992 hasta septiembre de 2018, lo que contempla 13.036 pacientes atendidos y 1.956 pacientes que no se presentaron, se trabaja en coordinación con cada centro de salud para la recitación de pacientes que no se han presentado.

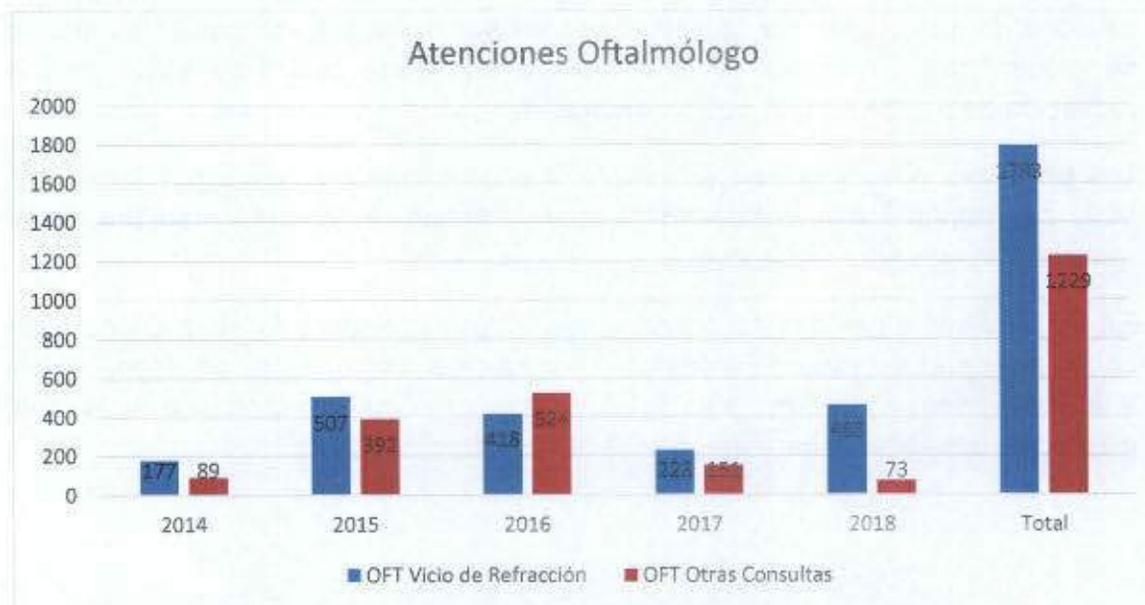
Los pacientes que consultan en la UAPO acuden principalmente por 2 motivos, Vicio de Refracción (necesidad de lentes) y Fondo de Ojo (examen preventivo realizado a pacientes diabéticos).

En los siguientes gráficos se observa que incluso prevalece la atención de otras consultas, porque dentro de este ítem se considera las consultas por fondo de ojo y las derivaciones por otras patologías varias, como pterigion, orzuelo, chalazion, glaucoma, estrabismo, catarata, conjuntivitis, etc.





Análisis: Se ha presentado un aumento gradual en el número de atenciones por tecnólogo médico, tanto en Vicio de Refracción como en Otras consultas, debido al aumento de interconsultas emitidas por médicos en atención primaria, conocimiento de la existencia de la UAPO y confianza de los usuarios de la atención brindada.



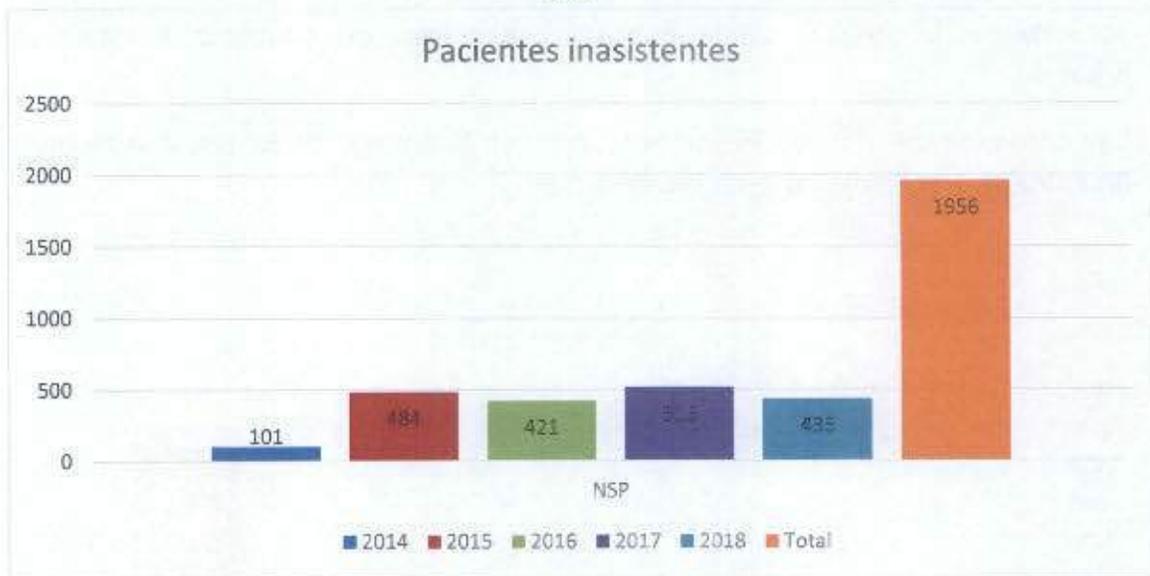
Análisis: El número de atenciones por oftalmólogo ha sido variable y disminuyó el año 2017 y 2018, debido a la dificultad para encontrar un oftalmólogo disponible,

actualmente la UAPO cuenta con un oftalmólogo en convenio a través de licitación.

Las consultas de Vicio de Refracción, incluyen la entrega de lentes, a la fecha se ha entregado la siguiente cantidad de lentes.



Análisis: La cantidad de lentes entregada ha sido bastante estable, pues los usuarios que consultan por Vicio de Refracción necesitan seguir controlándose cada 1 o 2 años según el compromiso visual que presenten.



Análisis: El aumento de la inasistencia en el tiempo se ha dado por la citación de adultos mayores al examen de Fondo de Ojo, pues presentan mayores dificultades de traslado y enfermedades crónicas o invalidantes, que llevan a tener un aumento significativo en el número de inasistencias.

Equipo de trabajo

El equipo de trabajo está compuesto por 2 Tecnólogo Médico en Oftalmología 88 hrs., técnico en Enfermería de Nivel Superior 44 hrs. y un Médico Oftalmólogo 18 hrs/ al mes.

El Instrumental con que cuenta la UAPO es el siguiente:

- Tonómetro aplanático.
- Tonómetro de aire.
- Paquímetero ultrasónico.
- Campímetro computarizado.
- Oftalmoscopio directo.
- Autoqueratorefractómetro.
- Lámpara de hendidura.
- Foróptero computarizado.
- Caja de lentes.
- Oftalmoscopio indirecto.
- Proyector de optotipos.
- Pantalla de optotipos.



- Equipamiento para estudio sensoriomotor: test de estereopsis, filtro rojo, cajas de prismas (en barra y sueltos).
- Montura de prueba universal.
- Lensómetro digital.
- Retinoscopio.
- Cámara retinal no midriática.

Las prestaciones realizadas en la UAPO son las siguientes:

- Examen optométrico con o sin prescripción de lentes.
- Autorrefractometría.
- Agudeza visual.
- Lensometría digital.
- Tonometría aplanática.
- Tonometría de aire.
- Curva de tensión aplanática.
- Campimetría computarizada.
- Paquimetría ultrasónica.
- Retinografía.
- Vía Lagrimal.
- Test de Schirmer o cuantificación lagrimal.
- Exploración sensoriomotora.
- Tratamiento ortóptico y/o pleóptico.
- Diploscopia cuantitativa.
- Biomicroscopia.
- Oftalmoscopia directa.
- Oftalmoscopia indirecta.
- Retinoscopia.
- Gonioscopia.



Evaluación

La evaluación de las metas de la UAPO el año 2018 se presenta de la siguiente manera:

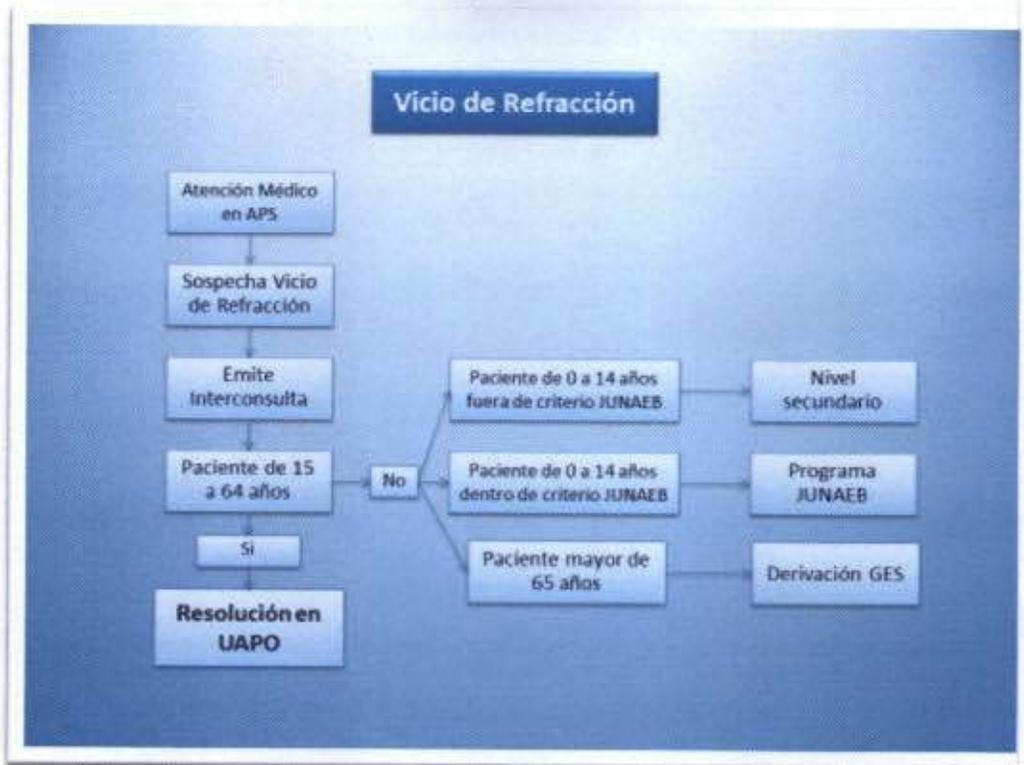
	META AÑO 2018	CORTE 2018	AGOSTO	PORCENTAJE
Vicio de Refracción TM	2000	954		47.7%
Fondo de Ojo TM	2500	970		38.8%
Atenciones Oftalmólogo	1050	463		44%
Atenciones Glaucoma Oftalmólogo	110	73		66%

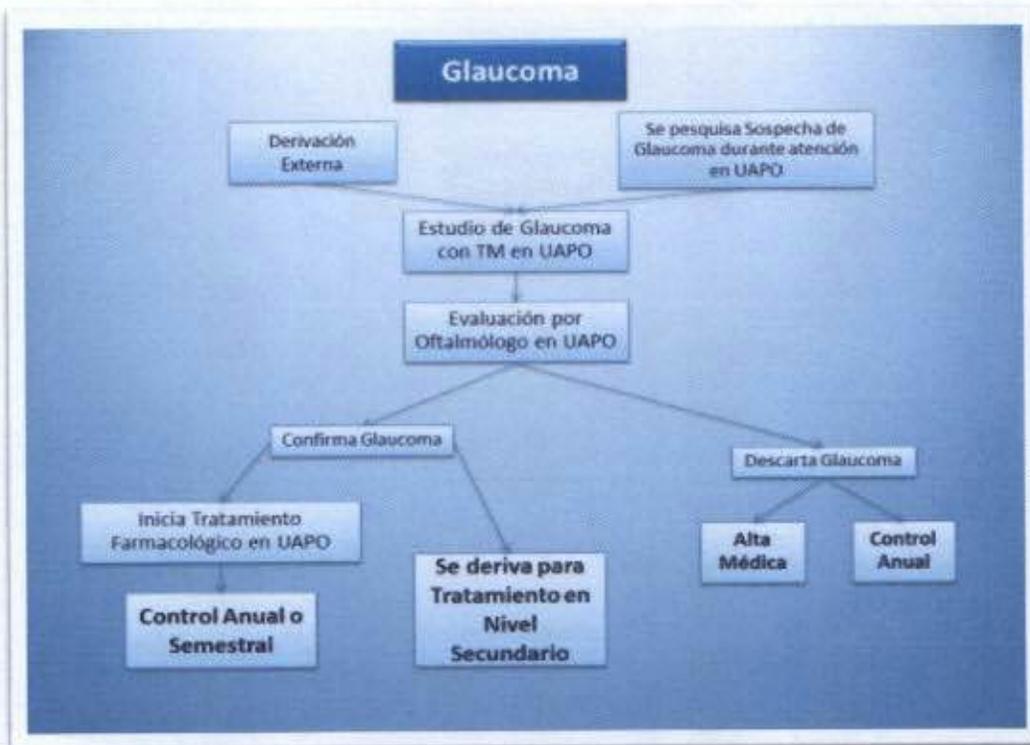
Análisis: Se puede apreciar que el cumplimiento se presenta por debajo del 60%, lo que se explica por el gran aumento que hubo en las metas del convenio año 2018, en el que hubo un incremento con respecto al convenio del año 2017, de 1500 a 2000 Vicios de Refracción y de 600 a 2500 Fondos de Ojo. Otro factor que afectó al cumplimiento de este año 2018, fue la remodelación del box de atención de la UAPO, se realizó la apertura de una puerta para mejorar la fluidez de la atención, producto de esta remodelación, la atención debió suspenderse durante un mes aproximadamente.

La siguiente tabla muestra un análisis del cumplimiento de este año, pero con respecto a las metas del convenio del año 2017.

	META AÑO 2017	CORTE 2018	AGOSTO	PORCENTAJE
Vicio de Refracción TM	1500	954		63.6%
Fondo de Ojo TM	650	970		149.2%
Atenciones Oftalmólogo	850	463		54.4%
Atenciones Glaucoma Oftalmólogo	70	73		104.2%

Flujogramas de atención.







Dentro de las estrategias implementadas este año 2018 en nuestra UAPO, se realizó mejoramiento de infraestructura para formar un circuito de atención y mejorar las condiciones de atención a nuestros usuarios, además este año avanzamos tecnológicamente ya que contamos con registro electrónico a través del SAC, lo que implicó capacitación a todo el equipo de la UAPO a través del Servicio de Salud lo permite tener el registro de la atención dada a esta plataforma y poder ser vista en otras instituciones de salud.

CENTRO COMUNITARIO REHABILITACIÓN LAJA

El bajo control al cual está orientado el Programa de Rehabilitación Integral Comunitaria es poder atender a personas en situación de discapacidad, transitoria o permanente, apoyando el manejo terapéutico de sus familias en el contexto comunitario. Se desarrollan programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.

Se trabaja de manera coordinada con los Centros de salud de la comuna (Departamento de Salud Municipal, Municipalidad de Laja, Hospital de la Familia y la Comunidad de Laja y CECOSF), como también con organizaciones comunitarias.

Las personas que pueden acceder a las prestaciones son usuarios adultos inscritos en Hospital de Laja y Departamento de salud Municipal que pertenezcan a FONASA y que presenten los siguientes diagnósticos:

- Artrosis de Cadera y Rodilla GES pacientes >55 años
- Artritis Reumatoide
- Enfermedad de Parkinson
- Pacientes secueledos Ataque Cerebro Vascular
- Enfermedades neuromusculares pacientes mayores de 20 años
- Usuarios NANEAS (niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales) según criterios y flujograma de derivación establecidos por unidad estratégica de la comuna de Laja.

Las funciones del Centro de Rehabilitación son:

- Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.





- Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.
- Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
- Desarrollar trabajo colaborativo con los equipos de salud, en particular profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomuscular, neuromuscular y neurodegenerativo y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

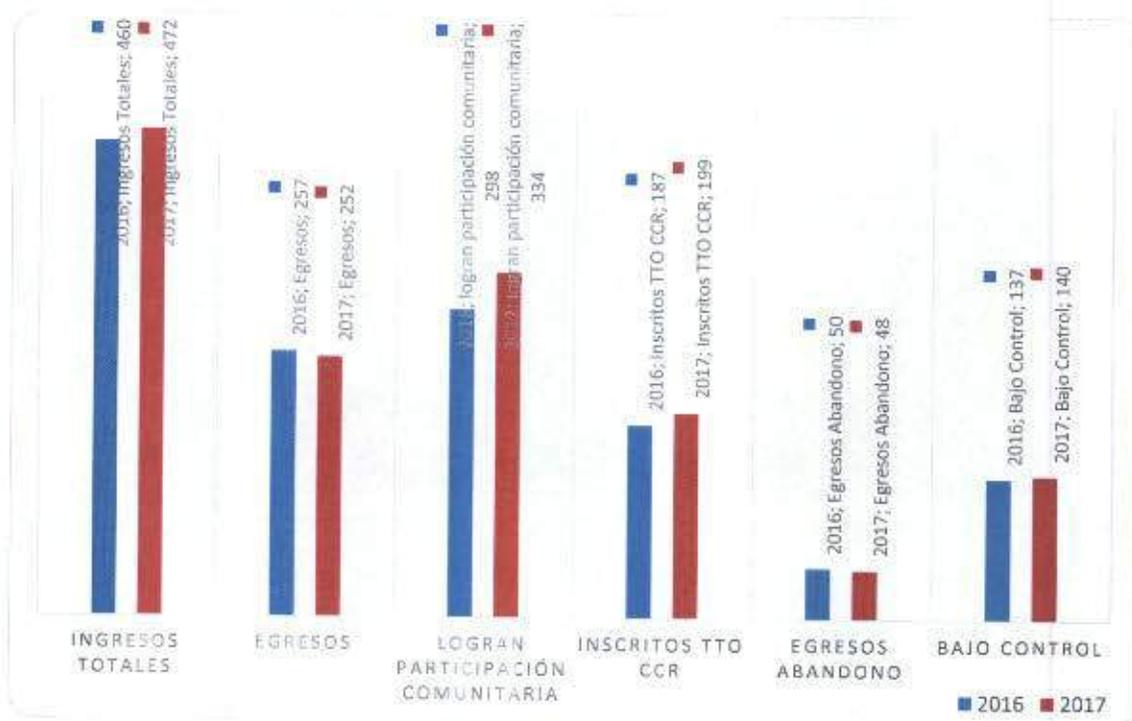
El equipo del centro comunitario de rehabilitación está compuesto por Kinesiólogo 44 hrs., Terapeuta Ocupacional 44 hrs., masoterapeuta 27 hrs. Y Técnico en enfermería 44 hrs.

Las estrategias para lograr metas correspondientes al programa de rehabilitación son las siguientes enfocadas en las prestaciones que se realizan

- Ingresos de personas por origen de discapacidad
- Consultas de rehabilitación (klgo-T.O)
- Controles de rehabilitación (klgo-T.O)
- Sesiones de rehabilitación (klgo-T.O)
- Evaluación de ayudas técnicas
- Fisioterapia
- Masoterapia
- Ejercicios terapéuticos
- Habilitación y/o rehabilitación laboral
- Habilitación y/o rehabilitación educacional
- Confección de órtesis y/o adaptaciones
- Habilitación y rehabilitación de AVD
- Adaptación del hogar
- Actividades recreativas
- Actividades terapéuticas
- Consejería individual a usuarios
- Consejería familiar agendada
- Visitas domiciliarias integrales
- Talleres de educación grupal actividades de promoción de salud
- Diagnóstico y planificación participativa
- Actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales

- Asesorías a grupos comunitarios
- Taller actividad física
- Taller salud mental
- Taller huerta y jardinería
- Taller comunitario Equinoterapia
- Talleres comunitarios enfocados en rehabilitación y discapacidad
- Diagnóstico participativo rehabilitación y discapacidad
- Jornadas comunitarias rehabilitación y discapacidad
- IVADEC, informe necesario para obtención credencial de discapacidad
- Orientación y movilidad
- Entrenamiento ayudas técnicas
- Orientación socio laboral
- Orientación familiar y a la red de apoyo para el trabajo
- Gestión de la red local para el trabajo

Comparativa bajo control v/s inscritos

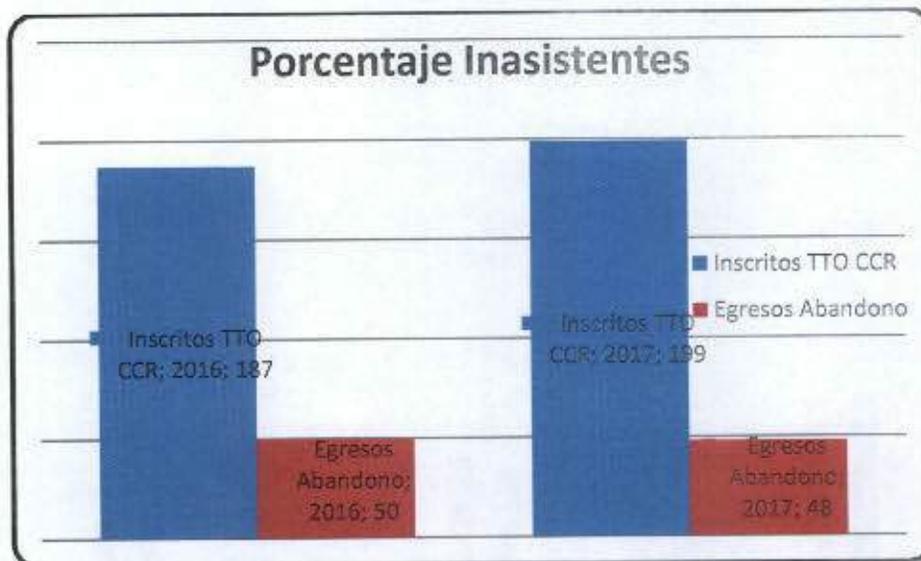


Pacientes inscritos en tratamiento CCR Laja se obtiene de la diferencia entre los ingresos totales y los ingresos por actividades comunitarias, siendo estos los

pacientes que tienen tratamiento en programa de rehabilitación integral dentro del centro.



Número de usuarios inscritos v/s los bajo control durante los años 2016 y 2017



Estrategia de rescate

Estrategia de rescate sector urbano se refiere a contacto telefónico con límite de 3 llamadas en un período de 2 semanas, seguido a esto se realiza visita domiciliaria si no hubiese respuesta por parte de usuario o familiar, sector rural se utiliza



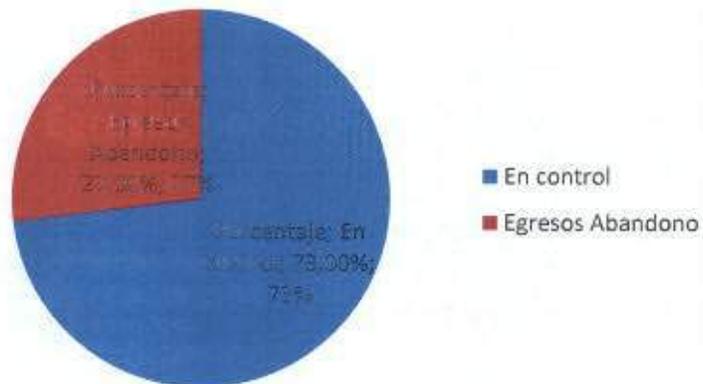
similar metodología de llamado y visita domiciliaria queda sujeta a disponibilidad de movilización por parte de DSM.

Porcentaje inasistencia año 2016 27%

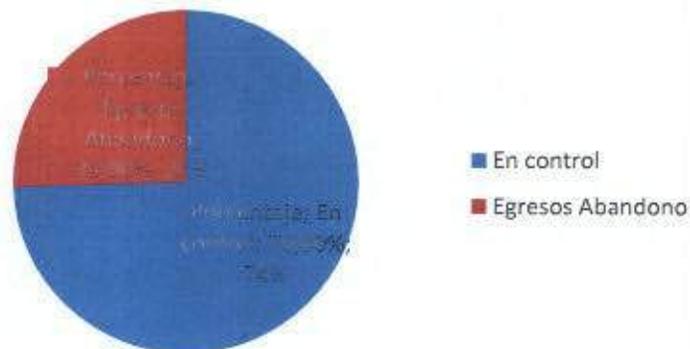
Porcentaje inasistencia año 2017 24%

Principal causa de inasistencia año 2016 y primer semestre 2017, sobre todo en usuarios de sector rural, es la dificultad en la movilización y traslado teniendo en cuenta la complejidad de la enfermedad que poseen la cual los mantiene con movilidad reducida y el uso permanente de diferentes ayudas técnicas para su desplazamiento, lo que mejoró significativamente a contar del segundo semestre del 2017 y presente año 2018 ya que actualmente se cuenta con movilización entregada por parte de DSM.

Porcentaje Egresos por abandono 2016



Porcentaje Egresos por abandono 2017





PROGRAMA VIDA SANA: INTERVENCIÓN EN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

Propósito: Contribuir a reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares en la población.

Objetivo General:

Disminuir tres de los factores de riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no trasmisibles, en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post-parto de 2 a 64 años, beneficiarios FONASA.

- Dieta inadecuada
- Sedentarismo
- Sobrepeso/Obesidad

Objetivos Específicos:

- Disminuir la malnutrición por exceso.
- Mejorar perímetro de cintura.
- Mejorar la condición física.

Población Objetivo:

Niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post-parto, de 2 a 64 años de edad, inscritos en FONASA y en el Departamento de Salud Municipal de Laja, que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de Ingreso:

GRUPO ETARIO	CRITERIOS DE INGRESO
Niños y niñas de 2 a 5 años	Diagnóstico nutricional integrado de sobrepeso u obesidad según edad y sexo.
Niños, niñas y adolescentes de 6 a 18 años	-Diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad según edad y sexo. -Perímetro de cintura aumentado para la edad y sexo ($Pc \geq 90$)
Adolescentes de 19 años	-Diagnóstico nutricional sobrepeso u obesidad. -Perímetro de cintura aumentado (mujeres > 88 cm y



	hombres > 102 cm) -Diagnóstico de pre-diabetes o pre-hipertensión según Guía Clínica MINSAL.
Adolescentes postparto	Adolescentes que en último control de embarazo fueron diagnosticadas como obesas.
Adultos de 20 a 64 años	-Diagnóstico nutricional sobrepeso u obesidad. -Perímetro de cintura aumentado (Mujeres > 88 cm y hombres > 102 cm) -Diagnóstico de pre-diabetes o pre-hipertensión según Guía Clínica MINSAL. -Mujeres que en el último control de embarazo fueron diagnosticadas como obesas.

Población Bajo Control

Actualmente contamos con 150 cupos para usuarios de Santa Elena y DSM Laja.

Porcentaje de Distribución

RANGO DE EDAD DE LOS BENEFICIARIOS	Nº DE PERSONAS DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO	% DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO
Niños y niñas de 2 hasta 5 años.	20%	30
Niños, niñas y adolescentes de 6 hasta 19 años, incluyendo mujeres post-parto.	35%	53
Adultos de 20 hasta 64 años, incluyendo mujeres post-parto.	45%	68
Total	100%	151



El equipo Vida Sana se compone de:

- Nutricionista
- Médico general
- Psicólogo
- Profesor de Educación Física

Intervenciones:

Canasta Básica según convenio

Prestación
Consulta médica (una)
Consulta nutricionales de ingreso y de seguimiento Dentro de establecimiento educacional un mínimo de tres: ingreso, 6° y 8° mes de intervención. En la comunidad y establecimientos de salud un mínimo de dos: ingreso y 6° mes de intervención).
Consultas psicológicas (mínimo dos).
Evaluaciones realizadas por profesional de la actividad física. - Dentro de establecimiento educacional un mínimo de tres: ingreso, 6° y 8° mes de intervención. - En la comunidad y establecimientos de salud un mínimo de dos: ingreso y 6° mes de intervención).
Exámenes de laboratorio (según requerimiento médico).
Estrategias locales individuales y Comunitarias para el cambio de hábito. (Huertos, Visitas Domiciliarias)

Las intervenciones están basadas en la evaluación de cada usuario, cada uno tiene una realidad diferente, pero estilos de vida que se vuelven comunes en ciertos aspectos, los cuales son de importancia tratar en grupos e individualmente.

- Controles con profesionales, tanto al ingreso como de seguimiento, para el control del peso, cambios de hábitos alimentarios y estilos de vida.
- Sesiones educativas, en dupla Nutricionista – Psicólogo, con el fin de educar y acompañar los cambios de estilos de vida saludable.
- Toma de exámenes (Glicemia basal y Perfil lipídico)
- Sesiones de actividad física, para mejorar la capacidad física de los usuarios.



- Actividades recreativas, para dar el espacio de participación tanto a los usuarios como a la comunidad.

Evaluación del programa

- Población Ingresada (Agosto 2018)

RANGO DE EDAD DE LOS BENEFICIARIOS	Nº DE PERSONAS DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO	MÍNIMO % DISTRIBUCIÓN DE LOS CUPOS POR RANGO DE EDAD*	% DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO
Niños, niñas y adolescentes de 2 hasta 19 años, incluyendo mujeres post-parto.	71	85,5%	47,3%
Adultos de 20 hasta 64 años, incluyendo mujeres post-parto.	42	61,7%	28%
Total	100%		75,3%

Análisis: Actualmente el Programa Vida Sana cuenta con box propio, ubicado en las Dependencias del DSM, el cual contiene los insumos y mobiliarios necesarios para poder entregar el servicio de salud, como también cuentan con las máquinas de ejercicios destinados a los usuarios.

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	PESO RELATIVO INDICADOR	PESO RELATIVO POR INDICADOR CUMPLIDO	PESO RELATIVO COMPONENTE	PESO RELATIVO POR COMPONENTE CUMPLIDO	TOTAL
Usuarios bajo control mejoran condición nutricional al 6to mes	13	42	30.95%	61.9%	25%	15.48%	80%	41.48%	61.32%
Usuarios bajo control mejoran condición física al 6to mes	25	42	59.52%	100%	25%	25%			
Porcentaje de usuarios 2 a 20 años ingresados	83	30.12%	70%	25%	10.76%				
Porcentaje de usuarios 20 a 64 años ingresados	58	1.47%	60%	25%	0.61%				
Convenio firmado antes del 31 de marzo	1	1	100%	100%	50%	50%	15%	14.84%	
Horas Gestión	8	6	100%	100%	10%	10%			
Horas Nutricionista	26	15	100%	100%	10%	10%			
Horas Psicólogo	15	15	100%	100%	10%	10%			
Horas Profesional Actividad Física	34	38	89.47%	89.47%	10%	8.95%			
Prestaciones Médico	26	26	100%	100%	10%	10%			
Buenas Prácticas	2	2	100%	100%	100%	100%	5%	5%	





PROGRAMA DIR

Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida para el consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Atención Primaria.

Propósito

Contribuir a elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/los adolescentes, jóvenes y adultos, es decir de 10 años en adelante.

Objetivo general

Elevar el nivel de salud de las personas, mejorando la capacidad individual para reducir el consumo riesgoso de alcohol, tabaco y otras drogas a través de la implementación de intervenciones de carácter preventivo, ayudando oportuna y eficazmente a las/los adolescentes, jóvenes y adultos (de 10 años en adelante).

Objetivos específicos

- Aplicación de tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes y adultos.
- Realizar intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, conforme resultados de la evaluación previa de nivel de riesgo. Esto es, intervenciones breves en adultos e intervenciones motivacionales en adolescentes.
- Referencia asistida de personas detectadas con patrón de consumo de alto riesgo de alcohol y/o drogas (consumo perjudicial o dependencia).

Componentes del programa

- Componente 1: Aplicación de tamizaje para evaluar el nivel de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas.



- CRAFFT para población adolescente (14 a 18 años, y hasta 19 años, no obstante, se puede utilizar en población de 10 a 14 años de forma referencial).
- AUDIT (C) para población joven y adulta mayor. Desde los 20 años.
- AUDIT (Tamizaje completo) a población evaluada con patrón de consumo de riesgo, según tamizaje realizado con AUDIT-C.
- ASSIST para población joven y adulta mayor. Desde los 20 años.

- Componente 2: Intervenciones de carácter preventivo para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, conforme a resultados de evaluación de nivel de riesgo.

Para la población adulta se realizan Intervenciones breves y en los adolescentes Intervenciones Motivacionales, buscando la conducta de abstinencia y/o reducción del riesgo del daño en el consumo de sustancias perjudiciales para la salud.

METAS: Las metas a evaluar son: tamizaje para evaluar consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, realizar intervención breve y/o motivacional y realizar derivación asistida.

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVO ESPECÍFICO N°1						
DESCRIPCION	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ME TA	NUMERADOR	DENOMINADOR	IMPORTANCI A RELATIVA
Tamizaje para evaluar el patrón de consumo de alcohol y otras drogas.	Aplicación de instrumento de tamizaje a población desde los 10 años en adelante.	Personas evaluadas a través de tamizaje por uso de sustancias	8%	Aplicación de instrumentos de tamizaje	Población de 10 años y más	40%
Población per cápita 10 años y más		4.237				
Meta		339				

Cumplimiento de Objetivo Específico N°2						
DESCRIPCION	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ME TA	NUMERADOR	DENOMINADOR	IMPORTANCI A RELATIVA
Realizar intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en	Intervención de carácter preventivo. Esto es intervenciones breves en adultos e intervenciones	Personas que reciben intervención breve para reducir consumo de alcohol y/o tabaco y/u	90 %	Personas con intervención breve realizadas	Total de personas con consumo de riesgo de alcohol y/o tabaco y/u otras drogas.	40%



personas con consumo de riesgo.	motivacionales en adolescentes.	otras drogas				
Meta	Intervención Preventiva al 90% de la población en riesgo					

Cumplimiento de Objetivo Específico N°3						
DESCRIPCION	ESTRATEGIAS	INDICADOR	ME TA	NUMERADOR	DENOMINADOR	IMPORTANCI A RELATIVA
Realizar referencia asistida	Referencia asistida a personas con consumo de alto riesgo (perjudicial o dependencia) de alcohol y/o tabaco y/u otras drogas	Personas con consumo del ato riesgo (perjudicial o dependencia) de alcohol y/o tabaco y/u otras drogas, con referencia asistida	80 %	Personas con referencia asistida realizada	Personas con consumo perjudicial o dependencia, por consumo de alcohol y/o tabaco y/u otras drogas, evaluadas con instrumentos de tamizaje	20%
Meta	Derivación Asistida al 80% de las personas con consumo perjudicial o dependiente de alcohol y/o tabaco y/o otras drogas					



Evaluación de metas (agosto 2018)

	REALIZADO	META TAMIZAJE	% CUMPLIMIENTO
AUDIT EMP	255		
AUDIT DIR	7		
ASSIST	6		
CRAFFT	39		
TOTAL TAMIZAJE	307	339	90,6%
	REALIZADO		
CONSUMO RIESGO	21		
CONSUMO PERJUDICIAL	4		
	REALIZADO	META INTERVENCIONES	% CUMPLIMIENTO
INTERVENCION PREVENTIVA	21	18,9	111,11%
DERIVACION ASISTIDA	5	3,2	156,25%

Análisis: La aplicación del programa se lleva a cabo dentro de los programas de Salud Cardiovascular, a través del EMP o EFAM, programa Vida Sana, como tamizaje al ingreso, programa de adolescentes, Espacio Amigable dentro de sus evaluaciones.

Este año se dio énfasis en la aplicación de AUDIT dentro del EMP y EFAM, para mejorar la brecha que había el año anterior, logrando un aumento porcentual, monitoreado por asesor del Servicio de Salud.

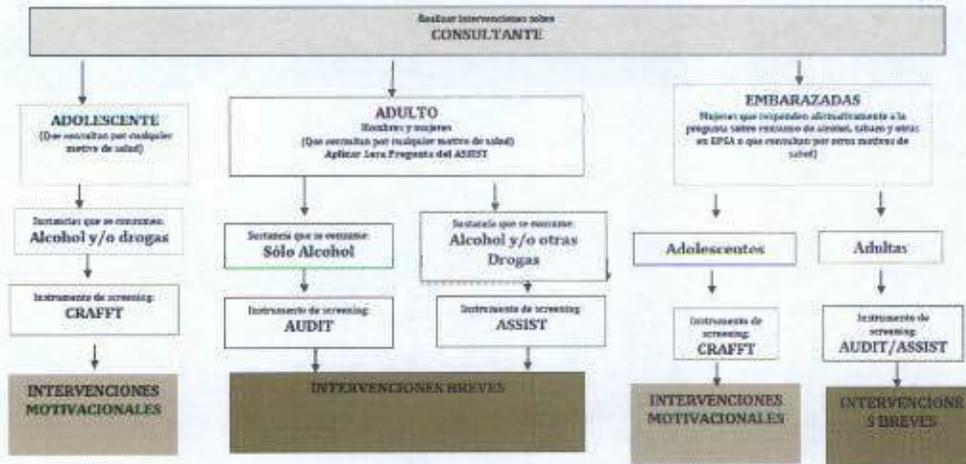
EMP REALIZADOS	% CONSISTENCIA AUDIT EMP / EMP
412	61,9%

Participación

- Reuniones Técnicas en SSBB
- Capacitación en aplicación de tamizaje e Intervenciones Breves.
- Réplica de Capacitación a equipo del Depto. de Salud Municipal de Laja.
- Educaciones inmersas en programa Vida Sana.

Flujograma

5 FLUJOS PARA LA TOMA DE DECISIONES





CUMPLIMIENTO METAS

➤ METAS IAAPS año 2017

Actividades de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), cuyo cumplimiento de metas Ley 19.378 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 centros de salud.

- Metas IAAPS año 2017

META	PROFESIONAL RESPONSABLE	META LOCAL AÑO 2017	CUMPLIMIENTO DIC. 2017
ÁMBITO RISS MODELO ASISTENCIAL: PORCENTAJE DE CENTRO DE SALUD AUTOEVALUADOS MEDIANTE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS) VIGENTE	Kinesiólogo	33,33%	100%
ÁMBITO RISS MODELO ASISTENCIAL: PORCENTAJE DE FAMILIAS EVALUADAS SEGÚN RIESGO FAMILIAR	Trabajadora Social	15,03%	38,87%
GESTIÓN DE RECLAMOS EN APS: -Nº TOTAL DE RECLAMOS RESPONDIDOS CON SOLUCIÓN DENTRO DE LOS PLAZOS LEGALES ESTABLECIDOS. -ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA COMUNA INCLUYEN EN LA TABLA TEMÁTICA DE REUNIONES DE CONSEJO DE SALUD, LA MESA TERRITORIAL U OTRA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA CONJUNTA AL EQUIPO DE SALUD, EL ANÁLISIS DE RECLAMOS.	Trabajadora Social	100%	100%



	Trabajadora Social	100%	100%
ÁMBITO RISS ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.	Médico	100%	N/A
	Químico Farmacéutico	100%	N/A
TASA DE CONSULTAS DE MORBILIDAD Y DE CONTROLES MÉDICOS, POR HABITANTE AÑO.	Médicos	1,45%	1,39%
PORCENTAJE DE CONSULTAS RESUELTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	Médicos	10,00%	2,56%
TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	Equipo multidisciplinario	0,23%	0,27%
COBERTURA EMP HOMBRES DE 20 A 64 AÑOS	Equipo multidisciplinario	15,54%	15,78%
COBERTURA EMP MUJERES DE 45 A 64 AÑOS.	Equipo Multidisciplinario	27,84%	32%
COBERTURA EMP ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS.	Equipo Multidisciplinario	54,83%	61,26%
COBERTURA EV. DESARROLLO PSICOMOTOR NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL.	Enfermeras Técnico en Enfermería	100%	120%
COBERTURA DE CONTROL DE SALUD INTEGRAL EN ADOLESCENTES DE 10 14 AÑOS	Matronas	18,27%	31,09%



PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 7 A MENOS DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	Odontólogos	24,06%	24,85%
COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS DE 5 Y MÁS AÑOS.	Psicólogos	17,09%	17,29%
COBERTURA DE ATENCIÓN DE ASMA EN POBLACIÓN GENERAL Y EPOC EN PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS.	Kinesiólogos	22,10%	22,26%
COBERTURA DE CAPACITACIÓN A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA.	Enfermeras	90%	100%
CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD CUYAS ACCIONES SON DE EJECUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	Equipo Multidisciplinario	100%	
COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTI INFLUENZA EN POBLACIÓN OBJETIVO DEFINIDA PARA EL AÑO EN CURSO	Enfermeras	82%	108,13%
INGRESO PRECOZ A CONTROL DE EMBARAZO	Matronas	88,89%	91,89%
COBERTURA DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS INSCRITOS QUE USAN MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD	Matronas	19,15%	44,95%
COBERTURA DE ATENCIÓN DE DM II EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	Médicos Enfermeras Técnicos en enfermería	24,15%	33,97%
COBERTURA DE ATENCIÓN DE HTA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS.	Médicos Enfermeras Técnicos en enfermería	54,03%	54,82%
PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS LIBRE DE CARIES EN POBLACIÓN INSCRITA.	Odontólogos		16,04%

Como análisis al cumplimiento de las metas podemos mencionar que nuestro equipo de salud del DSM Laja, realiza varias estrategias para el cumplimiento de estas, además destacar que varios de los indicadores son metas más alta de las establecida a nivel nacional, lo que nos da una mejor cobertura hacia nuestros usuarios y trabajar con ellos en un estilo de vida saludable a nivel biopsicosocial.



Las metas IAAPS solicitadas para el año 2018 a nuestro Departamento de Salud Municipal son las siguientes:

METAS IAAPS AÑO 2018

META	INDICADOR	PROFESIONAL RESPONSABLE	INDICADOR	META LOCAL AÑO 2018	CUMPLIMIENTO JULIO
ÁMBITO RISS MODELO ASISTENCIAL: PORCENTAJE DE CENTRO DE SALUD AUTOEVALUADOS MEDIANTE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DESARROLLO EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO (MAIS) VIGENTE	N° de Centros de Salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente / Total de Establecimientos de Salud de la comuna	Kinesiólogo	2 3	66,67%	60%
ÁMBITO RISS MODELO ASISTENCIAL: PORCENTAJE DE FAMILIAS EVALUADAS SEGÚN RIESGO FAMILIAR	N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas (población inscrita/3,3)	Trabajadora Social	610 1418	43,02%	35,33%
GESTIÓN DE RECLAMOS EN APS	(N° total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos. Establecimientos de salud de la comuna incluyen en la tabla temática de reuniones de Consejo de Salud, la mesa territorial u otra organización comunitaria conjunta al equipo de salud, el análisis de reclamos.	Trabajadora Social	4 4	100%	100%
		Trabajadora Social	1 1	100%	100%

ÁMBITO RISS ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.	(Nº establecimientos funcionando de 8:00 am a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas / Nº total de establecimientos visitados)*100	Médico			N/A	N/A
	(Nº de Fármacos trazadores disponibles/ Nº total de fármacos trazadores) * 100	Químico Farmacéutico			N/A	N/A
TASA DE CONSULTAS DE MORBILIDAD Y DE CONTROLES MÉDICOS, POR HABITANTE AÑO.	Nº de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos/ Población inscrita	Médicos	6.504	4.679	1,39%	0,85%
PORCENTAJE DE CONSULTAS RESUELTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	(Nº SIC de Control y Consulta Médica en APS /Nº Total de Controles y Consulta Médica en APS)*100	Médicos	510	6336	8.05%	4,25%
TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 4)	Equipo multidisciplinario	326	1418	0,23%	0,12%
COBERTURA EMP HOMBRES DE 20 A 64 AÑOS	(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 64 años / Población masculina de 20 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	Equipo multidisciplinario	240	1378	18%	8,35%
COBERTURA EMP MUJERES DE 45 A 64 AÑOS.	(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población femenina de 45 a 64 años bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	Equipo Multidisciplinario	82	251	32,67%	21,54%

COBERTURA EMP ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS.	(N° de adultos de 65 y más años con Examen de Medicina Preventiva / Población inscrita de 65 años) * 100	Equipo Multidisciplinario	386	628	61,46%	29,46%
COBERTURA EV. DESARROLLO PSICOMOTOR NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL.	(N° de Niños (as) de 12 a 23 meses con Evaluación del Desarrollo Psicomotor / N° de Niños (as) de 12 a 23 meses bajo control)*100	Enfermeras Técnico en Enfermería	33	35	94,29%	61,11%
COBERTURA DE CONTROL DE SALUD INTEGRAL EN ADOLESCENTES DE 10 14 AÑOS	(N° de controles de salud integral, realizados a adolescentes de 10 a 14 años / Población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud) *100	Matronas	78	311	25,08%	19,94%
PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 7 A MENOS DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	(N° de altas odontológicas totales en población menor de 20 años) / Población inscrita menor de 20 años) *100	Odontólogos	177	839	21,10%	10,01%
COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS DE 5 Y MÁS AÑOS.	(N° de personas con trastornos mentales bajo control de 5 y más años / N° de personas con trastornos mentales de 5 y más años esperados según prevalencia) *100	Psicólogos	169	989	17,09%	17,29%
COBERTURA DE ATENCIÓN DE ASMA EN POBLACIÓN GENERAL Y EPOC EN PERSONAS DE 40 Y MÁS AÑOS.	(N° de personas con diagnóstico de Asma bajo control y N° de personas de 40 y más años con diagnóstico de EPOC bajo control / N° de personas esperadas según prevalencia en Asma y EPOC) *100	Kinesiólogos	143	640	22,33%	22,19%

COBERTURA DE CAPACITACIÓN A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA.	(N° de cuidadores de personas con dependencia severa capacitados / N° total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	Enfermeras	67	89	75,28%	100%
CUMPLIMIENTO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD CUYAS ACCIONES SON DE EJECUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	N° de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida / N° total de casos GES atendidos en APS)*100	Equipo Multidisciplinario			100%	100%
COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTI INFLUENZA EN POBLACIÓN OBJETIVO DEFINIDA PARA EL AÑO EN CURSO	(N° de personas inscritas de los grupos objetivos vacunados con anti influenza / Total de población inscrita de los grupos objetivos) *100	Enfermeras	1543	1543	100%	52,43%
INGRESO PRECOZ A CONTROL DE EMBARAZO	(N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100	Matronas	34	37	91,89%	100%
COBERTURA DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS INSCRITOS QUE USAN MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD	(N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad / Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos)*100	Matronas	80	363	22,04%	15,7
COBERTURA DE ATENCIÓN DE DM II EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS	(N° de personas con Diabetes Mellitus bajo control de 15 y más años / N° de personas con Diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia)*100	Médicos Enfermeras Técnicos en enfermería	166	487	34,11%	29,77%

<p>COBERTURA DE ATENCIÓN DE HTA EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS.</p>	<p>N° de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años / N° de personas hipertensas de 15 y más años, esperados según prevalencia)* 100</p>	<p>Médicos: Enfermeras: Técnicos en enfermería</p>	<p>507 921</p>	<p>55,03%</p>	<p>50,81%</p>
<p>PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS LIBRE DE CARIES EN POBLACIÓN INSCRITA</p>	<p>N ° de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0 / N° de niñas y niños menores de 3 años inscritos)*100</p>	<p>Odontólogos</p>	<p>54 89</p>	<p>55,03%</p>	<p>50,81%</p>

Observación: Mencionar que este corte corresponde al mes de Julio 2018, por lo cual hay metas que no cumplen al porcentaje que es solicitado, sino que sólo considera los meses ejecutados, pero pese a eso, ya tenemos fechas que en su totalidad ya están cumplidas.



➤ METAS SANITARIAS

METAS SANITARIAS AÑO 2017

META	INDICADOR	META LOCAL AÑO 2017	CUMPLIMIENTO AÑO 2017
1) RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	N° de niños y Niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2017. N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de desarrollo psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2017.	100%	100%
2) PAPANICOLAU (PAP) VIGENTE EN MUJERES DE ENTRE 25 A 64 AÑOS DE EDAD	N° logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP Vigente a diciembre 2017. N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2017.	66,36%	72%
3A) COBERTURAS DE ALTAS ODONTOLÓGICAS EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	N° de Adolescente de 12 años con alta odontológica total enero a diciembre 2017. Total de Adolescente de 12 años inscritos validados para el año 2017.	78,20%	80%
3B) COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA EN EMBARZADAS	N° de Embarazadas con alta odontológica total de enero a dic. 2017 / N° total de embarazadas ingresadas a programa prenatal de enero a diciembre 2017.	78%	86,49%
3C) COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN NIÑOS DE 6 AÑOS.	N° de niños de 6 años inscritos con alta Odontológica total de enero a dic. 2017. Total niños de 6 años inscritos validados para el años 2017.	84,8%	89,13%
4A) COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO DE DM2 EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.	N° personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 8% según último control vigente en los últimos 12 meses. Total de personas con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia.	23,29%	33,97%
4B) EVALUACION ANUAL DEL PIE DIABETICO EN PERSONAS CON DM2 BAJO CONTROL DE 15 AÑOS Y MÁS.	N° de personas con Diabetes bajo control de 15 o más años con una evaluación vigente. N° total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control al corte	96,41%	98,51%
5) COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS	N° de personas hipertensas de 15 y más años con PA<140/90mmHg, Según tipo de	49,72%	54,82





DE 15 AÑOS Y MÁS.	control vigente. Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia		
6) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA.	Nº de niños y niñas que al control de salud del 6to. Mes reciben lactancia materna exclusiva en el periodo de Enero a Diciembre 2017. Nº de niños y niñas con control de salud del 6to. Mes realizado en el periodo Enero a Diciembre 2017	78%	92%
7) PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL ELABORADO Y FUNCIONANDO PARTICIPATIVAMENTE.	Plan de Participación social elaborado, ejecutado y evaluado participativamente.	100%	100%

Hacer referencia que la Comuna de Laja fue una de las pocas a nivel provincial que cumplieron con su totalidad de sus metas, eso destaca el compromiso y trabajo arduo que realiza el equipo de salud. Esto permite que nuestros usuarios reciban las prestaciones requeridas en forma oportuna.



METAS SANITARIAS AÑO 2018

META	INDICADOR	META LOCAL AÑO 2018	CUMPLIMIENTO JUNIO 2018
1) RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	N° de niños y Niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, periodo enero a diciembre 2018. N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de desarrollo psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2018.	100%	100%
2) PAPANICOLAU (PAP) VIGENTE EN MUJERES DE ENTRE 25 A 64 AÑOS DE EDAD	N° logrado de Mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP Vigente a diciembre 2018. N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2018.	842	594 (70,62%)
3A) COBERTURAS DE ALTAS ODONTOLÓGICAS EN ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	N° de Adolescente de 12 años con alta odontológica total enero a diciembre 2018. Total de Adolescente de 12 años inscritos validados para el año 2018.	78,57%	28,57%
3B) COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA EN EMBARZADAS	N° de Embarazadas con alta odontológica total de enero a dic. 2018. N° total de embarazadas ingresadas a programa prenatal de enero a diciembre 2018.	69,44%	54,55%
3C) COBERTURA DE ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL EN NIÑOS DE 6 AÑOS.	N° de niños de 6 años inscritos con alta Odontológica total de enero a dic. 2018. Total niños de 6 años inscritos validados para el año 2018.	86,54%	26,92%
4A) COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO DE DM2 EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.	N° personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 8% según último control vigente en los últimos 12 meses. Total de personas con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia.	25,46%	29,76%
4B) EVALUACION ANUAL DEL PIE DIABETICO EN PERSONAS CON DM2 BAJO CONTROL DE 15 AÑOS Y MÁS.	N° de personas con Diabetes bajo control de 15 o más años con una evaluación vigente. N° total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control al corte	98,41%	94,68%
5) COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.	N° de personas hipertensas de 15 y más años con PA < 140/90 mmHg, Según tipo de control vigente. Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia	55,04%	50,72
6) LACTANCIA	N° de niños y niñas que al control de salud del	75%	80%





MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA.	6to. Mes reciben lactancia materna exclusiva en el periodo de Enero a Diciembre 2018. Nº de niños y niñas con control de salud del 6to. Mes realizado en el periodo Enero a Diciembre 2018.		
7)PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL ELABORADO Y FUNCIONANDO PARTICPATIVAMENTE.	Plan de Participación social elaborado, ejecutado y evaluado participativamente.	100%	42%

Observación: Mencionar que el corte evaluado corresponde al mes de Julio 2018, por lo cual hay metas que no cumplen el porcentaje solicitado, considerando que no contabiliza los meses faltantes por ejecutar. Pese a ese factor el equipo de salud del DSM Laja está comprometido y a la vez realizando estrategias para el cumplimiento de éstas.



ESTRATEGIAS CUMPLIMIENTO META IAAPS y METAS SANITARIAS

POBLACIÓN INFANTIL

Para el desarrollo del cumplimiento de metas, se encuentra fortalecer el equipo de trabajo y así poder direccionar las acciones que involucran dichas actividades como:

- Todo niño pesquisado con déficit en su desarrollo psicomotor debe ser derivado a educadora de párvulos, para ingreso a servicio itinerante, con sus respectivas visitas domiciliarias y plan de trabajo con equipo de cabecera.
- Derivación en control de salud a odontólogo para ingreso GES dental de 6 años e ingreso a partir de los 6 meses para su seguimiento.
- En cada control de salud del menor de 6 meses educar en lactancia materna exclusiva.
- Apoyar a la madre que presenta problemas en LME, (comité de lactancia).
- Mantener funcionando comité de lactancia materna.
- Derivación en control de salud a padres a taller NADIE ES PERFECTO.
- Incluir dentro de programación talleres promocionales en estimulación en el menor de 4 años.
- Rescatar menores inasistentes a control de salud infantil.
- Revisión mensual de tarjetero infantil.
- Monitorear mensualmente asistencia de niños enviados a servicio itinerante.
- Participación de todo el equipo de salud en campaña antinfluenza .
- Rescatar menores inasistentes a programa de inmunizaciones.
- Derivación a asistente social a todo recién nacido para su calificación previsional.
- Derivación a kinesiólogos a todos los menores que se encuentran clasificados como riesgo IRA moderado y alto, para seguimiento y visita domiciliaria.
- Coordinación con escuelas rurales, específicamente aquellas donde donde no existe posta de salud aledaña para realizar controles de salud en establecimiento educacional.
- Capacitación a todo el equipo de salud en lactancia materna.
- Consejería de LME a todas las púerperas en su primer control.





➤ POBLACION SALUD MENTAL

El programa de Salud mental debe cumplir con la meta IAAPS de Cobertura de atención Integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales. Dentro de las metas sanitarias proyectadas al año 2020 se encuentra disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes, disminución de femicidios y disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.

Dentro de las estrategias planteadas en el programa de salud mental se puede destacar la realización de pesquisas de personas que sufren de algún trastorno mental. Dichas pesquisas se realizan en diversos niveles, primero se encuentra las derivaciones de los diversos profesionales del Departamento de Salud Municipal hacia el programa de Salud Mental, dichas derivaciones se realizan por algún test alterado, por demanda espontánea en consulta de profesionales no psicólogos/as y/o si los profesionales notan factores de riesgo asociados al inicio de algún trastorno mental.

Otro de los niveles de derivación son aquellos casos judiciales que llegan de Juzgado de Laja, por alguna problemática existente en relación a temáticas como alcohol, drogas y violencia intrafamiliar. A su vez, los Establecimientos Educativos del sector, derivan aquellos niños/as y adolescentes que presentan desvíos en el desarrollo normal del ciclo vital. Finalmente, otra de las maneras de pesquisa son las derivaciones del Hospital de Laja, cuando las personas llegan a éste centro de salud por urgencia de salud mental.

Por otro lado, para el cumplimiento de las metas se realizan los rescates de pacientes inasistentes. Estos rescates se realizan con la finalidad de mantener la población bajo control en constante controles y consultas de salud mental, psicoterapia, monitoreando así los avances de dicha población.

Finalmente, dentro de las últimas estrategias que existe para el cumplimiento de las metas propuestas, se encuentra el monitoreo de las personas que realizan intentos suicidas. Ésta consiste en realizar un control de salud mental en los primeros 15 días en que la persona intenta acto suicida, en caso de no efectuarse se realizará una visita domiciliaria integral con plazo máximo de una semana.



➤ PROGRAMA DE LA MUJER

- Citación de mujeres de 25 a 64 años a EMP.
- Priorizar atención de mujeres a ingreso de control prenatal, para mantener cumplimiento de ingreso antes de las 14 semanas de gestación.
- Citación de mujeres de 25 a 64 años inasistentes a PAP priorizando su atención. Entrega de un diploma en reconocimiento a su autocuidado a las mujeres que se tomen el PAP en octubre 2018.

➤ PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

- Incorporar el EMPA –EMPAM como examen obligatorio a todo ingreso nuevo.
- Informar a través de un video los beneficios del control de salud.
- Monitoreo mensual de indicadores.
- Priorizar en cada control de paciente diabético el examen del pie.
- Registro mensual de inasistentes.
- Incorporar taller de ingreso a todo paciente con patología como HTA o DIABETES.
- Seguimiento a todo paciente descompensado.
- Incorporar actividad física como estrategia de tratamiento.
- Trabajar aliadamente con programa VIDA SANA.
- Fortalecer la red con juntas de vecinos, club de adultos mayores, club de crónicos y monitoras de salud.
- Derivación por profesional médico y odontólogo para solicitud de EMPA.

➤ PROGRAMA ERA- IRA

- Recepción en Sala ERA de pacientes derivados desde la red por patología respiratoria aguda o exacerbación de crónica respiratoria, accediendo a consulta kinésica en los plazos establecidos para pacientes GES.
- Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y categorización de patología respiratoria crónica.
- Controles periódicos de pacientes crónicos respiratorios según norma y evaluación nivel de control.
- Evaluación funcional con espirometría para Asma, EPOC y otras crónicas respiratorias tanto para diagnóstico y seguimiento.





- Realización de Test de marcha para evaluación y seguimiento en pacientes EPOC.
- Evaluación de calidad de vida a pacientes que ingresan al programa ERA, con instrumento estandarizado (CAT, EQ5D).

➤ PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Tanto las metas sanitarias y las IAAPS necesitan un trabajo en equipo, aquí podemos mencionar que los flujogramas están claros dentro de los distintos profesionales y si identificamos dudas realizamos los refuerzos correspondientes. Los profesionales están en conocimiento que si atienden niños de 6 y 12 años deben derivar de inmediato a odontólogo, las matronas de igual manera derivan de inmediato luego del ingreso a las embarazadas y las TENS de cada establecimiento están en conocimiento de esto, así que tienen la misión de reforzar las estrategias anteriormente mencionadas. Al inicio del año escolar se solicitan las nóminas a los colegios con las fechas de nacimiento, así identificamos claramente quienes deben ingresar a cada programa, lógicamente que si algún usuario no está dentro de los rangos de edad de algún programa se atenderá de igual manera, nadie queda sin atención.

➤ GESTIÓN DE RECLAMOS EN APS:

- N° total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos

El proceso para dar respuesta a los reclamos recepcionados es el siguiente: En primer lugar la solicitud ciudadana se registra en el libro foliado de cada Posta Rural de Salud. La profesional Trabajadora Social referente de OIRS realiza carta de solicitud de descargo al profesional a cargo del estamento de salud reclamado y a la vez al profesional que recibió el reclamo, con el fin de conocer la versión de los hechos ocurridos. Una vez recibida la devolución, la profesional junto a la Directora del DSM realizan la respuesta para el usuario. Mencionar que el proceso de respuesta para el usuario debe ser de 15 días hábiles.

- Establecimientos de salud de la comuna incluyen en la tabla temática de reuniones de consejo de salud el análisis de reclamos

La profesional Trabajadora Social referente de OIRS en cada corte (Abril- Julio- Septiembre- Diciembre) realiza la sociabilización de solicitudes ciudadanas



recepcionadas en los meses correspondientes al corte a la comunidad rural perteneciente al Comité de Salud Rural "Santa Teresita", donde se analiza principalmente cada reclamo y/o sugerencia y a la vez se presenta las estrategias de mejora que ha implementado la Dirección de Salud Rural con el fin de dar respuesta a los puntos críticos detectados por la comunidad. También se dan a conocer los profesionales que han obtenido reconocimiento por parte de los usuarios de salud.

➤ **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA SEIS MESES DE VIDA**

- Capacitación continua al personal de salud en lactancia materna
- Consulta nutricional 15 días del RN, exclusiva de Lactancia materna
- Clínica de Lactancia materna
- Celebración de la semana de la lactancia materna
- Concurso fotográfico de lactancia materna
- Trabajo continuo del comité de lactancia materna DSM

➤ **PORCENTAJE DE FAMILIAS EVALUADAS SEGÚN RIESGO FAMILIAR - VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRAL**

Para dar cumplimiento con la meta solicitada, se contratan profesionales técnicos en enfermería, donde dentro de sus funciones laborales está la realización de cartolas familiares. A éstas profesionales se les capacita para aplicar la cartola y así evaluar el riesgo familiar. Es necesario mencionar, que las cartolas familiares también son aplicadas por el resto del equipo profesional, pero que la principal responsabilidad recae en las funcionarias contratadas para ésta meta. Una vez aplicadas las cartolas familiares con el riesgo familiar correspondiente, son entregadas a la profesional Trabajadora Social, la cual está encargada de la recepción de éstas.

Al visualizar el riesgo que entrega la cartola familiar, el que puede ser bajo, moderado y alto, la Trabajadora Social junto a la Psicóloga realizan una visita domiciliaria integral a la familia de primer contacto que se encuentren en riesgo moderado y alto, con el fin constatar en terreno las principales situaciones de riesgo de un individuo y/o su familia que meriten ser abordados para prevenir o intervenir situaciones no deseadas o impactos negativos en salud, a través de un plan de intervención familiar. La visita domiciliaria de primer contacto es aquella visita a la familia que se realiza por primera vez en el domicilio, considerando la situación particular de riesgo que la motivó. Surge de un Plan de Intervención





inicial y se realiza fundamentalmente para establecer el primer contacto, fortalecer el vínculo con la familia, complementar el diagnóstico idealmente comenzado en el establecimiento y planificar las siguientes intervenciones junto con la Familia.

Se entenderá por Intervención Familiar a una serie de acciones planificadas y coordinadas por el equipo de salud de forma colaborativa con las personas y sus familias en situación de riesgo, con el objeto de promover estilos de vida saludable y prevenir situaciones de daño de algún miembro de la familia o de la totalidad de ella. El Plan de Intervención (o plan de Acción) es un proceso que nos permite elaborar y formular los objetivos estableciendo un orden de prioridad, luego de haber identificado todos los problemas en todas las dimensiones posibles. Este Plan orienta la intervención a realizar a la familia para conseguir estos objetivos definidos. Dentro de las estrategias para dar cumplimiento al plan de intervención se encuentra la visita domiciliaria de seguimiento, la cual es aquella visita posterior a la primera de primer contacto, donde a través de ésta se podrán hacer intervenciones específicas según situaciones de riesgo o problemas detectados con anterioridad.

Es necesario indicar, que la planificación y ejecución de los planes de intervención familiar es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario de salud, en relación al área correspondiente a intervenir, pero quien guía el proceso en sí es la dupla psicosocial a cargo de las reuniones clínicas.

También mencionar, que por primera vez a principios del año 2018, en el Departamento de Salud Municipal se implementa un trabajo sistemático y planificado en torno a los planes de intervención familiar y por ende a las visitas domiciliarias integrales, ya que se crea un formato de plan de intervención, el cual es sociabilizado con el resto del equipo de salud.

➤ PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL ELABORADO Y FUNCIONANDO PARTICPATIVAMENTE

Como se describió anteriormente, para dar respuesta a la elaboración del Plan de Participación Social a ejecutar con el Comité de Salud Rural "Santa Teresita", perteneciente al sector Santa Elena, se desarrolló en primera instancia un trabajo práctico con todos los referentes de participación ciudadana, con el objetivo de definir los temas a trabajar durante el año y a la vez los otros temas que debía contener el plan tenían que ser concordantes a las problemáticas detectadas en el



último diagnóstico participativo realizado en el DSM Laja y finalmente las temáticas que la comunidad rural eligiera, a partir de sus prioridades.

La profesional Asistente Social a cargo de Participación Ciudadana, es la que se encuentra a cargo de dar cumplimiento a ésta meta. Para abordar cada temática a desarrollar, se tiene que realizar una coordinación con el profesional a cargo de impartir la sesión educativa, el cual puede pertenecer al mismo Departamento de Salud Municipal de Laja o al intersector.

[Handwritten signature]





CARTERA DE SERVICIOS DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

<p>PROGRAMA INFANTIL</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de Salud• Consulta Nutricional por Mal Nutrición• Consulta Nutricional• Control Odontológico• Control IRA• Espirometría• Consulta Kinesiológica• 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>PROGRAMA ADOLESCENTE</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta de Morbilidad• Control Prenatal• Control Puerperio• Control de regulación de fecundidad• Control IRA / ERA• Espirometría• Consulta Kinesiológica• Consejería sexual y reproductiva• Control ginecológico• Educación Grupal• EMPA• Consulta nutricional• Consulta Social• Consulta de Salud Mental• Visita Domiciliaria• Consulta Odontológica• Control Joven Sano.
<p>PROGRAMA ADULTO</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta de morbilidad• Control prenatal• Control de regulación de fecundidad• Control de puerperio.• Consulta de Morbilidad Ginecológica• Control de Climaterio.• Consejería salud sexual y reproductiva.• EMPA.• Consulta Odontológica.• Control de crónicos• Consulta Nutricional• Consulta Social• Consulta Salud Mental• Visita Domiciliaria Integral• Vacunación Influenza• Control TBC• Consejerías• Control ERA• Espirometría• Consulta Kinesiológica	<p>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• Control ERA• Espirometría• Consulta Kinesiológica• PACAM



DEMANDA ESTIMADA

Los estudios de oferta y demanda en salud son relativamente nuevos en el país. Como concepto de salud oferta puede ser interpretado como el conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población ya sea en forma gratuita o mediante pago de una determinada cantidad de dinero. Por otra parte la demanda ha sido definida como el número de unidades de un determinado bien o servicio que los consumidores están dispuestos a adquirir en un periodo determinado tiempo.

A continuación se detalla la distribución de cupos interconsultas del periodo enero a Agosto 2018 desde el establecimiento ofertante Complejo asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz de la ciudad de los Ángeles; cabe señalar que existen en alguna ocasión devolución de cupos cuando nos encontramos con especialidades sin listas de espera.

ESPECIALIDAD	LISTA ESPERA A SEPTIEMBRE	DEMANDA ESTIMADO
BRONCOPULMONAR ADULTO	7	1
BRONCOPULMONAR INFANTIL	0	1
CARDIOLOGIA ADULTO	17	2
CARDIOLOGIA INFANTIL	2	1
CIRUGIA ADULTO	49	5
CIRUGIA MAMARIA	1	1
CIRUGIA INFANTIL	3	1
CIRUGIA PROCTOLOGICA	14	2
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	7	1
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA MAXILO FACIAL	3	1
DERMATOLOGIA	33	4
DISFUNCION TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULAR	5	1
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	6	1
ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	0	1
ENDOSCOPIA	62	7
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	14	2
GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	0	1
GINECOLOGIA	33	4
HEMATOLOGIA ADULTO	8	1
HEMATOLOGIA INFANTIL	0	1
INMUNOLOGIA	2	1
MEDICINA INTERNA	2	1



MULTIRRADICULAR ENDODONCIA	15	2
NEFROLOGIA ADULTO	3	1
NEFROLOGIA INFANTIL	0	1
NEUROCIRUGIA	17	2
NEUROLOGIA ADULTO	8	1
NEUROLOGIA INFANTIL	7	1
ODONTOPEDIATRIA	8	1
OFTALMOLOGIA	22	3
ORTODONCIA	9	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	15	2
PEDIATRIA	4	1
PERIODONCIA	3	1
PSIQUIATRIA ADULTO	2	1
PSIQUIATRIA INFANTIL	0	1
REHABILITACION ORAL	77	9
REUMATOLOGIA	2	1
TRAUMATOLOGIA ADULTO	49	5
TRAUMATOLOGIA INFANTIL	15	2
UNIRRADICULAR ENDODONCIA	7	1
UROLOGIA ADULTO	16	2
UROLOGIA INFANTIL	2	1
UAPO	62	7
ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL	42	5
MAMOGRAFIAS	146	17
ECOTOMOGRAFIA MAMARIA	31	4

Análisis: De la tabla presentada se puede apreciar que la mayor demanda de interconsultas es de mamografías donde hay 146 realizadas que aún no están resueltas por el complejo asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, como segunda demanda con mayor índice de no resolución se encuentra la rehabilitación oral con 77 interconsultas, finalmente como tercera causa se encuentra las endoscopia y las interconsultas oftalmológicas con 62 interconsultas realizadas sin resolución.

ENFERMEDADES GARANTIZADAS EN EL GES

Como parte de las prestaciones otorgadas en salud a nivel nacional, destaca la presencia de un grupo de enfermedades incluidas en GES. Las patologías aquí incorporadas por la Ley 19.966 tienen garantías relativas a la oportunidad, acceso y calidad de la atención además de protección financiera. Son un total de 80 patologías, de las cuales 23 son de resolución en Atención Primaria, y en las demás con resolución con atención secundaria o terciaria, pero en donde la atención primaria cumple con el importante rol de sospechar y derivar.



ICGES

JULIO 2018

GARANTÍAS DE OPORTUNIDAD EXPLÍCITAS EN SALUD



Estado de la Prestación garantizada	Definición
CUMPLIDA	La prestación se otorgó dentro del plazo legal garantizado
INCUMPLIDA ATENDIDA	La prestación se otorgó fuera del plazo legal garantizado
EXCEPTUADA	Son aquellas prestaciones a cuyo plazo garantizado de otorgamiento se le ha exceptuado su cumplimiento, por alguna razón (normada).
RETRASADAS	Garantía Vencida. La prestación no se ha otorgado y se ha superado el plazo legal garantizado. / Garantía otorgada posterior al mes de corte
VIGENTE	La prestación se encuentra dentro del plazo legal garantizado para su otorgamiento
INCUMPLIDA NO ATENDIDA	Son aquellas prestaciones cuyo plazo garantizado de otorgamiento ha vencido, y se le ha exceptuado su regularización debido a la imposibilidad de otorgar dicha prestación.





GARANTÍAS GES DEPARTAMENTO DE SALUD LAJA.

El Departamento de Salud Municipal de Laja, a 31 de julio de 2018, presenta 465 (cuatrocientos sesenta y cinco) Garantías Explícitas en Salud, 0 (cero) Incumplimientos, 21 (veintiún) Garantías Exceptuadas, lo que significa, que por algún problema del paciente, no se ha podido confirmar o descartar alguna patología, 0 (cero) Retrasadas y 0 (cero) Incumplida NO Atendida, lo que al corte del 31.07.2018 es un 100% de Cumplimiento.

APS Municipal

De 22 establecimientos de salud municipal, 6 poseen un indicador de Cumplimiento GES de un 100%. Sin embargo el cumplimiento global corresponde a un 99,71%.

Porcentaje de Registros GES digitados < o = 5 días hábiles

Establecimiento	<=5	Entre 06 y 30 días	Entre 31 y 60 días	Entre 61 y 90 días	Entre 91 y 120 días	121 días y más	Total general	% <= 5 DIAS
DSM LAJA	418	67	1	0	0	0	486	86,01%

Garantías Cumplidas 465

Cáncer Cervicouterino	74
Diabetes Mellitus tipo II	117
Infección Respiratoria aguda	11
Hipertensión Arterial	141
Salud oral 6 años	5
Depresión	1
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	13
Asma bronquial	7
Tratamiento Médico Artrosis de Cadera y/o Rodilla	4
Urgencias Odontológicas	9
Salud Oral Adulto	17
Epilepsia no Refractaria 15 Años y Más	1
Asma Bronquial 15 Años y Más	7
Prevención Secundaria IRCT	3
Salud Oral Integral de la embarazada	36 (13 ingresos)
Hipotiroidismo en Personas de 15 Años y Más	10
Tratamiento Erradicación HELICOBACTER PYLOR	9

Garantías Exceptuadas 21





PATOLOGÍAS GES VIGENTES (80)

- 1) Enfermedad Renal Cronica Etapa 4 y 5
- 2) Cardiopatías Congénitas Operables
- 3) Cáncer Cérvicouterino
- 4) Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado
- 5) Infarto Agudo al Miocardio
- 6) Diabetes Mellitus Tipo 1
- 7) Diabetes Mellitus Tipo 2
- 8) Cáncer de Mama v
- 9) Disrafias Espinales
- 10) Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis
- 11) Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
- 12) Endoprótesis Total de Cadera con Artrosis de Cadera Severa
- 13) Fisura Labiopalatina
- 14) Cáncer en menores de 15 años
- 15) Esquizofrenia
- 16) Cáncer de Testículo
- 17) Linfomas
- 18) VIH
- 19) Infección Respiratoria Aguda Baja
- 20) Neumonía
- 21) Hipertensión Arterial Primaria o Esencial
- 22) Epilepsia no Refractaria
- 23) Salud Oral de niños de 6 años
- 24) Prematurez, Prev. Parto Prematuro
- 25) Marcapaso
- 26) Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula
- 27) Cáncer Gástrico
- 28) Cáncer de Próstata en Personas de 15 años y Más
- 29) Vicios de Refracción en Personas de 65 años y Más
- 30) Estrabismo en Menores de 9 años
- 31) Retinopatía Diabética
- 32) Desprendimiento de Retina
- 33) Hemofilia
- 34) Depresión en Personas de 15 años y Más
- 35) TTo Qco de la Hiperplasia Benigna de Próstata Sintomática
- 36) Órtesis
- 37) Accidente Cerebrovascular Isquémico en Personas de 15 años y Más
- 38) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- 39) Asma Bronquial Moderada y Severa en Menores de 15 años
- 40) Síndrome de Dificultad Respiratoria en el RN
- 41) Artrosis de Cadera y Rodilla Leve Moderada
- 42) Hemorragia Subaracnoidea
- 43) Tumores Primarios del SNC



- 44) Hernia del Núcleo Pulposo
- 45) Leucemia en Personas de 15 años y más
- 46) Urgencia Odontológica Ambulatoria
- 47) Salud Oral Integral 60 Años
- 48) Politraumatismo Grave
- 49) Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo Encefálico
- 50) Trauma Ocular Grave
- 51) Fibrosis Quística
- 52) Artritis Reumatoide
- 53) Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y Drogas
- 54) Analgesia del Parto
- 55) Gran Quemado
- 56) Hipoacusia Bilateral Uso de Audifono
- 57) Retinopatía del Prematuro
- 58) Displasia Broncopulmonar del Prematuro
- 59) Hipoacusia bilateral del Prematuro
- 60) Epilepsia no Refractaria mayores de 15
- 61) Asma Bronquial Moderada y Severa en Mayores de 15 años
- 62) Enfermedad de Parkinson
- 63) Artritis Idiopática Juvenil
- 64) Prevención secundaria IRC
- 65) Displasia caderas
- 66) Salud Oral de la embarazada
- 67) EMRR
- 68) Hepatitis B
- 69) Hepatitis C
- 70) Cáncer Colorectal
- 71) Cáncer de Ovario Epitelial, en Personas de 15 años y más
- 72) Cáncer Vesical en Personas de 15 años y más
- 73) Osteosarcoma en Personas de 15 años y más
- 74) Tto Quirúrgico Válvula Aórtica
- 75) Enfermedad Bipolar en Personas de 15 años y Más
- 76) Hipotiroidismo en Personas de 15 años y más
- 77) Tto. de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años
- 78) Lupus Eritematoso Sistémico
- 79) Tto Quirúrgico Válvula Mitral y Tricuspid
- 80) Erradicación Helicobacter Pylori





PROBLEMA DE SALUD G.E.S EN A.P.S

- 1) SCREENING CANCER CERVICOUTERINO
- 2) DIABETES MELLITUS TIPO 2
- 3) INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS
- 4) NEUMONIA COMUNITARIA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS
- 5) HIPERTENCION ARTERIAL, EN ATENCION PRIMARIA
- 6) EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN MENORES DE 15 AÑOS
- 7) SALUD ORAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS
- 8) VICIO DE REFRACCION EN EL ADULTO MAYOR 65 Y MÁS
- 9) DEPRESION EN BENEFICIARIOS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 10) ORTESIS O AYUDAS TECNICAS (MAYORES DE 65 AÑOS)
- 11) EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA)
- 12) ASMA BRONQUIAL EN MENORES DE 15 AÑOS
- 13) ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y +
- 14) URGENCIA ODONTOLOGICA AMBULATORIA
- 15) SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
- 16) CONSUMO ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS
- 17) EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN MAYORES DE 15 AÑOS
- 18) ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 19) PREVENCION SECUNDARIA DE IRC TERMINAL
- 20) DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS (SCREENING)
- 21) SALUD ORAL INTEGRAL PARA LA EMBARAZADA
- 22) HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
- 23) TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI



DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS

➤ MESA TERRITORIAL UNIDAD ESTRATEGICA LAJA-SAN ROSENDO

La conformación de mesas territoriales como unidad estratégica tiene por objetivo principal fortalecer de forma permanente y sistemática la relación con la sociedad civil, creando instancias de participación que permitan potenciar la autonomía, representatividad territorial y funcional de los Consejos de Desarrollo en la gestión pública y la corresponsabilidad en salud.

Antecedentes de la actividad

Fecha : 02 de noviembre 2017
Horario : 9:00 a 14:00 hrs
Lugar : Auditorio HFC Laja

Metodología de trabajo

La metodología utilizada fue a través de tres mesas de trabajo, conformadas por los establecimientos que conforman las unidades estratégicas, cada mesa estuvo a cargo de un moderador, con el cual se trabajó una matriz, identificando los problemas de salud de cada sector y como han sido abordados estos temas en cada establecimiento, para finalmente presentar propuestas de intervención.

El cierre de la mencionada actividad, se encontró a cargo de la Directora del Servicio de Salud Biobío, la Sra. Marta Caro Andia y el director del Hospital de Laja, quien enfatizó la importancia de continuar con la significativa labor realizada por los Consejos de Desarrollo Local - Comités de Salud Rural y la generación de espacios participativos para su pertinencia, procediendo además a firmar los compromisos con la comunidad, a desarrollar durante el año 2018.

Participantes

- Representantes Consejos de Desarrollo de la Unidad Estratégica
- Directores de establecimientos de salud (HFC, DSM, CESFAM)
- Dirección del Servicio Salud Biobío





- o Equipo Unidad Participación Ciudadana
- o Referente de Comunicaciones SSBB
- o Jefa Departamento Desarrollo y Gestión Clínica
- o Referentes de Participación Ciudadana HFC.DSM.CEFAM

- Resultados DSM Laja

COMITÉ DE SALUD RURAL, DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

PROBLEMA	ACCIONES REALIZADAS 2017	PROPUESTAS 2018
1.- Escasez de Horas de Podóloga por alta demanda de usuarios /as	Contratación por 75 atenciones desde Octubre a diciembre 2017	Contratación de podólogo 44 horas.
2.- Problema con automático de bajo voltaje en posta Santa Elena	No se ha abordado el problema	Enviar carta formal al alcalde desde el DSM solicitando solución a la problemática
3.- Falta de espacio para desarrollar e implementar medicina complementaria.	Se han otorgado espacios, pero no es estable, se ocupa el box de la enfermera, dependiendo de la agenda de ésta.	Implementación de un espacio físico propio para desarrollar la medicina complementaria.

➤ **DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO AÑO 2017-2019**

El Departamento de Salud Municipal junto al Hospital de la Familia y Comunidad de Laja, planificaron y ejecutaron el Diagnóstico Participativo Comunitario en Salud, con el objetivo de detectar problemáticas, inquietudes y/o necesidades de cada sector de la comuna de Laja, en relación a salud por parte de las organizaciones sociales o por las instituciones, las cuales necesitan resolverse mediante acciones prácticas.

El Diagnóstico participativo comunitario en salud, es un espacio de trabajo que permite la interacción entre funcionarios del equipo de salud y miembros de la comunidad, con el propósito de estimular la participación comunitaria en la identificación y comprensión de los problemas, de tal manera planificar acciones y soluciones viables.



- Antecedentes de la actividad

Fecha : 23 de agosto de 2017
Horario : 9:00 a 14:00 hrs
Lugar : club de empleados CMPC, Laja.

- Metodología de trabajo

Se trabajó en forma sectorizada (9 sectores en total, tanto rurales como urbanos), asignándoles una mesa de trabajo correspondiente a su territorio para poder ser identificados. Una vez asignadas las mesas de trabajo y el moderador a cargo, se realiza la bienvenida y el saludo a la comunidad por parte de la Directora del Hospital de Laja y la Directora del Departamento de Salud.

Luego, a cada moderador se le entregaba una pauta de priorización de problemas, la cual debían trabajar con su grupo, puntuando máximo cuatro problemáticas, analizándolas según su grado de prioridad. La necesidad con más alto nivel de prioridad, se trabajaba en el árbol de problemas.

Cada sector presentó a la comunidad lo realizado en la jornada de trabajo, donde a cada problemática principal debían proponer diferentes soluciones, identificando la factibilidad de lograr lo propuesto y a los actores sociales responsables de cada acción.

Finalmente, se realiza una reflexión y cierre de la actividad por parte de la directora del Hospital de Laja, mencionando la factibilidad de las soluciones propuestas.

- Participantes

Los principales actores sociales invitados a la ejecución del Diagnóstico Participativo Comunal en salud fueron:

- o Directora Departamento de Salud
- o Directora Hospital de Laja
- o Dirigentes vecinales de las distintas Juntas de Vecinos de la Comuna de Laja.





- o Dirigentes Club de la tercera edad rural y urbana.
- o Consejo de Desarrollo Hospitalario
- o Comité de Salud Rural "Santa Teresita"

- Principales Resultados
- Sector Rural La Colonia

Las soluciones viables a la problemática principal mencionada:

- Disponer de vehículo institucional adecuado a las necesidades y características de los caminos rurales, con el fin de poder realizar las prestaciones adecuadas de salud en el domicilio del usuario según corresponda.
- Postular a proyecto de reubicación de la posta en sector geográfico con mayor asentamiento humano.

PROBLEMA PRINCIPAL	CAUSA	CONSECUENCIAS	PROPUESTAS	PLAZOS
DIFICULTAD EN EL ACCESO A LA SALUD RURAL, DEBIDO A LA DISPERSIÓN GEOGRÁFICA ENTRE USUARIO Y POSTA DE SALUD.	- Grandes distancias entre los usuarios y la ubicación de la posta salud rural.	- Aumento de los niveles de atención de morbilidad.	- Aumento de la dotación del personal.	- Mediano plazo.
	- Caminos en mal estado.	- Disminución de la calidad de vida de los usuarios.	- Mejorar caminos en mal estado.	-Largo plazo.
	- Locomoción escasa.	-Disminución de la adherencia a las prestaciones de salud.	-Aumentar locomoción.	-Largo plazo.
	- Población distribuida de manera dispersa dentro del territorio.		- Realizar posta	-Largo plazo.
				-Largo plazo.



La otra problemática detectada en Sector La Colonia corresponde a: Mejorar las condiciones de Salud en sector Diuquín.

- Sector Santa Elena

PROBLEMA PRINCIPAL	CAUSA	CONSECUENCIAS	PROPUESTAS	PLAZOS
EMPODERAMIENTO DE LA LEY DE DERECHOS Y DEBERES EN SALUD ENTRE LOS USUARIOS Y FUNCIONARIOS DE SALUD RURAL	- Poco interés y compromiso en trabajo comunitario por parte de los dirigentes sociales de algunos sectores. (Las ciénagas)	- Comunidad descontenta.	- Mantener y mejorar participación de la comunidad rural.	Corto plazo.
	- Bajos niveles de participación de la comunidad en algunos sectores rurales. (las ciénagas)	- Aumento de reclamos.	- Educar y empoderar al usuario en su autocuidado y el de su familia.	Mediano plazo
	- Atención centrada sólo en Box de atención de la posta rural.	- Mala adherencia a tratamientos por parte de los usuarios.	- Educar y empoderar continuamente a la comunidad en sus derechos y deberes como usuarios del sistema de salud rural.	
	- Falta de compromiso con la salud individual a lo colectivo.		- Programar actividades comunitarias en los sectores.	
	- Falta trabajo comunitario por parte de los funcionarios de salud (área biomédica).			

Las soluciones viables a las problemáticas mencionadas

- Sociabilizar protocolos de acogida a usuarios externos en los funcionarios.
- Sensibilizar protocolos de acogida a usuarios externos en la comunidad.
- Aplicación encuesta de satisfacción usuaria.





- Sector Rural Puente Perales

PROBLEMA PRINCIPAL	CAUSA	CONSECUENCIAS	PROPUESTAS	PLAZOS
FALTA DE MOTIVACIÓN DE LA COMUNIDAD Y DEL EQUIPO DE SALUD EN TRABAJO COMUNITARIO.	<ul style="list-style-type: none"> - Poco interés y compromiso en trabajo comunitario por parte de los funcionarios. - Priorización de atención al usuario en box. - Bajos niveles de motivación de las nuevas generaciones de la comunidad. 	-Alejamiento de la comunidad a la Posta Rural Puente Perales y viceversa.	<ul style="list-style-type: none"> -Más trabajo en la comunidad por parte de los profesionales. -Capacitación a dirigentes sociales. - Educación y participación de salud en reuniones de agrupaciones sociales. 	Corto Plazo.

Las soluciones viables a las problemática mencionada

- Sensibilización a los funcionarios de salud del trabajo comunitario y los beneficios de éste en la población.
- Sensibilización a la comunidad rural del sector en trabajo comunitario y los beneficios de éste en la población.

Las otras problemáticas detectada en Sector Puente perales, corresponde a:

- Falta de recursos destinados a Salud, ya que existe dificultad en el acceso de atención en Servicio de Urgencias.(coordinación con extra sector)
- Falta recurso humano de podólogo (a), en las postas.



➤ **DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO PROGRAMA VIDA SANA “VOCES DE SANTA ELENA”**

- Antecedentes de la actividad

Responsables : Equipo Vida Sana
Fecha : 14 de febrero 2018
Lugar : Sector Santa Elena
Total asistentes : 17 personas

- Objetivo general

Identificar aquellas áreas de mayor interés, beneficios percibidos, barreras y costos asociados al funcionamiento e intervenciones del Programa Vida Sana por nuestros usuarios, con el fin de generar un plan de trabajo, con estrategias acordes a las necesidades, recursos y oportunidades, que produzcan los cambios de conductas necesarios para mantener y/o mejorar el estado nutricional y condición física de los usuarios, familias y comunidad.

- Objetivos específicos

- Identificar las áreas de interés y beneficios percibidos de nuestros usuarios, con el fin de instaurar estrategias que motiven a nuestra población a continuar en el programa.
- Determinar el grado de prioridad de las barreras y costos asociados señalados por nuestros usuarios, para establecer en conjunto las estrategias que pudiesen disminuir la brecha entre barreras/costos y adherencia al programa.

- Descripción de la actividad

Bienvenida: Se realizará la recepción de los usuarios e inscripción y se les dará la bienvenida y explicará en qué consiste la actividad y los objetivos de ésta.

Para comenzar se les entregará una encuesta de valoración que deberán responder de forma anónima o indicar su nombre si así lo quieren.

Luego, los participantes se dispondrán en 3 grupos y elegir un representante, para analizar y responder 1 pregunta, las cuales deberán presentar en papelógrafos en la plenaria.





- Resultados

A) ¿Qué beneficios conocen ustedes que puedan obtener ingresando al programa?

Respuestas:

- La atención de profesionales tales como lo son el Profesor de educación física, Psicólogo y Nutricionista y Médico.

B) Destacar los beneficios que hayan visto en sí mismos, en hijos(as), familiares, vecinos(as).

Respuestas:

- El beneficio de tener nutricionista que nos de pautas alimentarias gratis.
- Exámenes preventivos.
- Actividad Física tanto para adultos como para los niños del programa.

C) Señalar qué controles, o actividades que se hayan realizado les han gustado, o de la disponibilidad de atención.

Respuestas:

Nos gusta mucho la actividad física entregada por el profesor de Ed. Física.

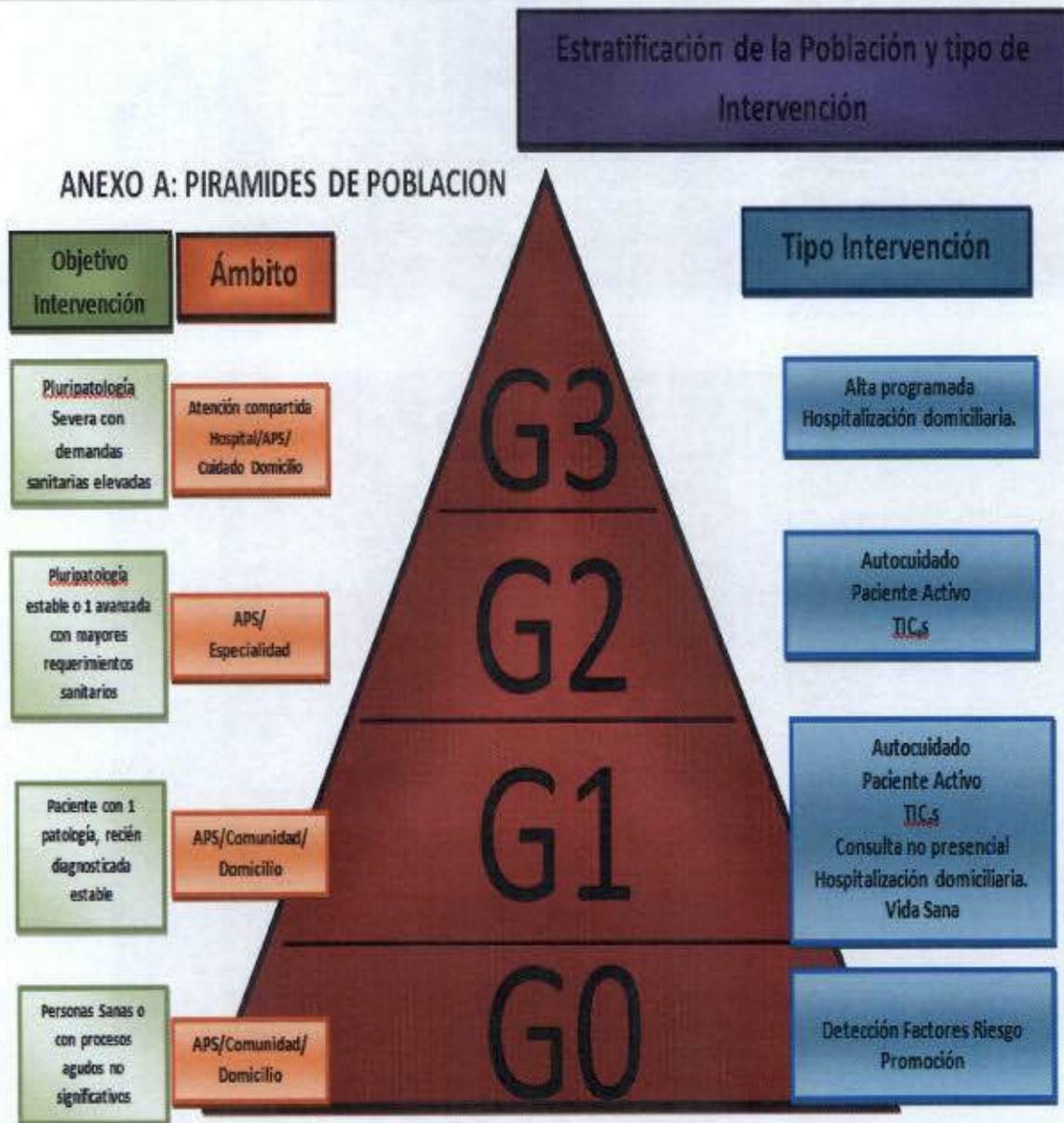
Observaciones:

- En época escolar horarios de preferencia en la mañana.
- Tener talleres de cocina Saludable.
- Conseguir establecimiento educacional para tener actividad física en el invierno.
- Pautas alimentarias personalizadas (planificación alimentaria), realizadas por la nutricionista.



PLAN DE ACCIÓN

> PRIORIZACIÓN PROBLEMAS DE SALUD



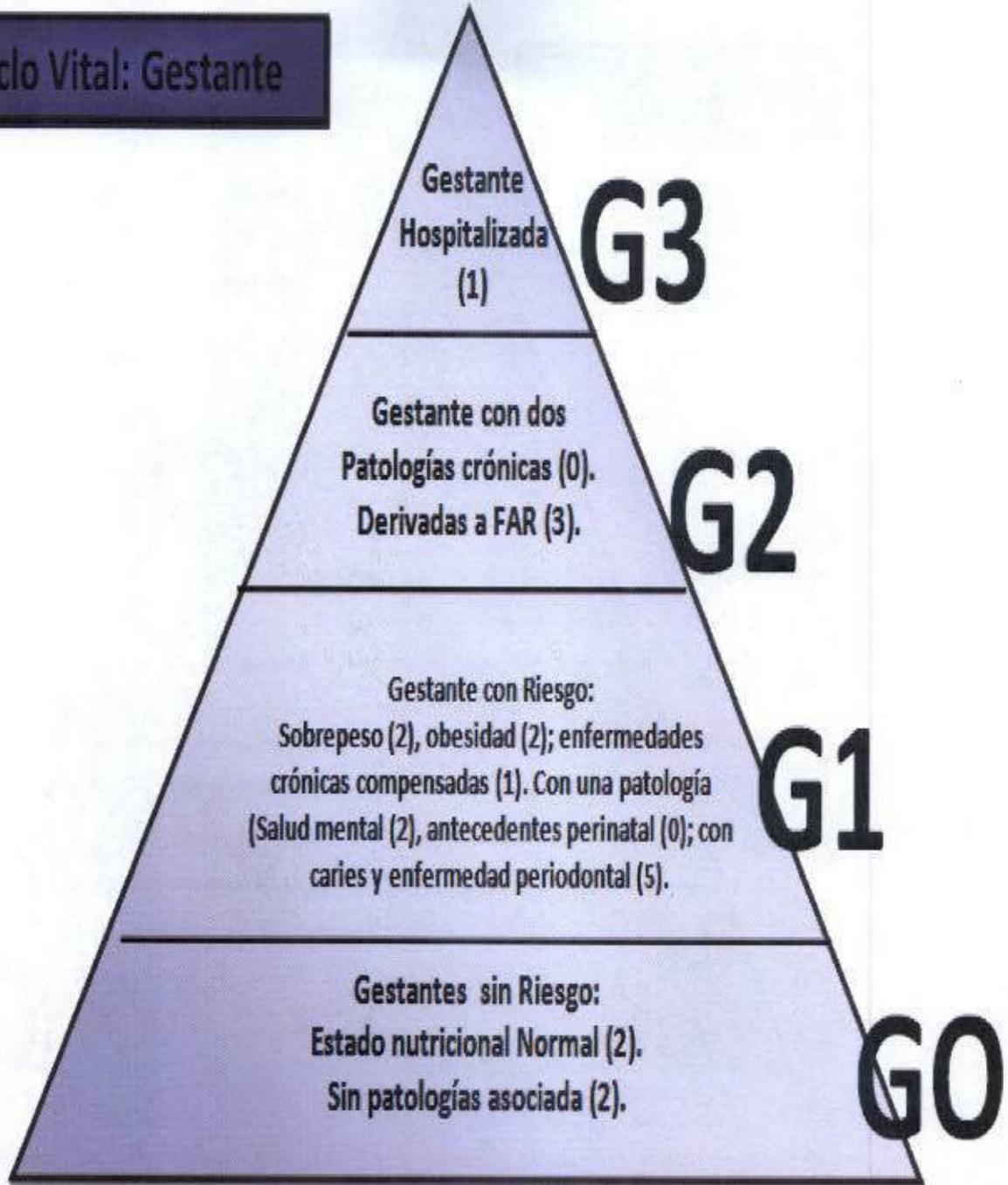
Anexo A: Estratificación de la población según el grado de daño y el tipo de intervención requerida.

Ejemplo G0 Población sana, bajo nivel de intervención. (Prevención y Promoción).



Población posta salud rural la colonia

Ciclo Vital: Gestante

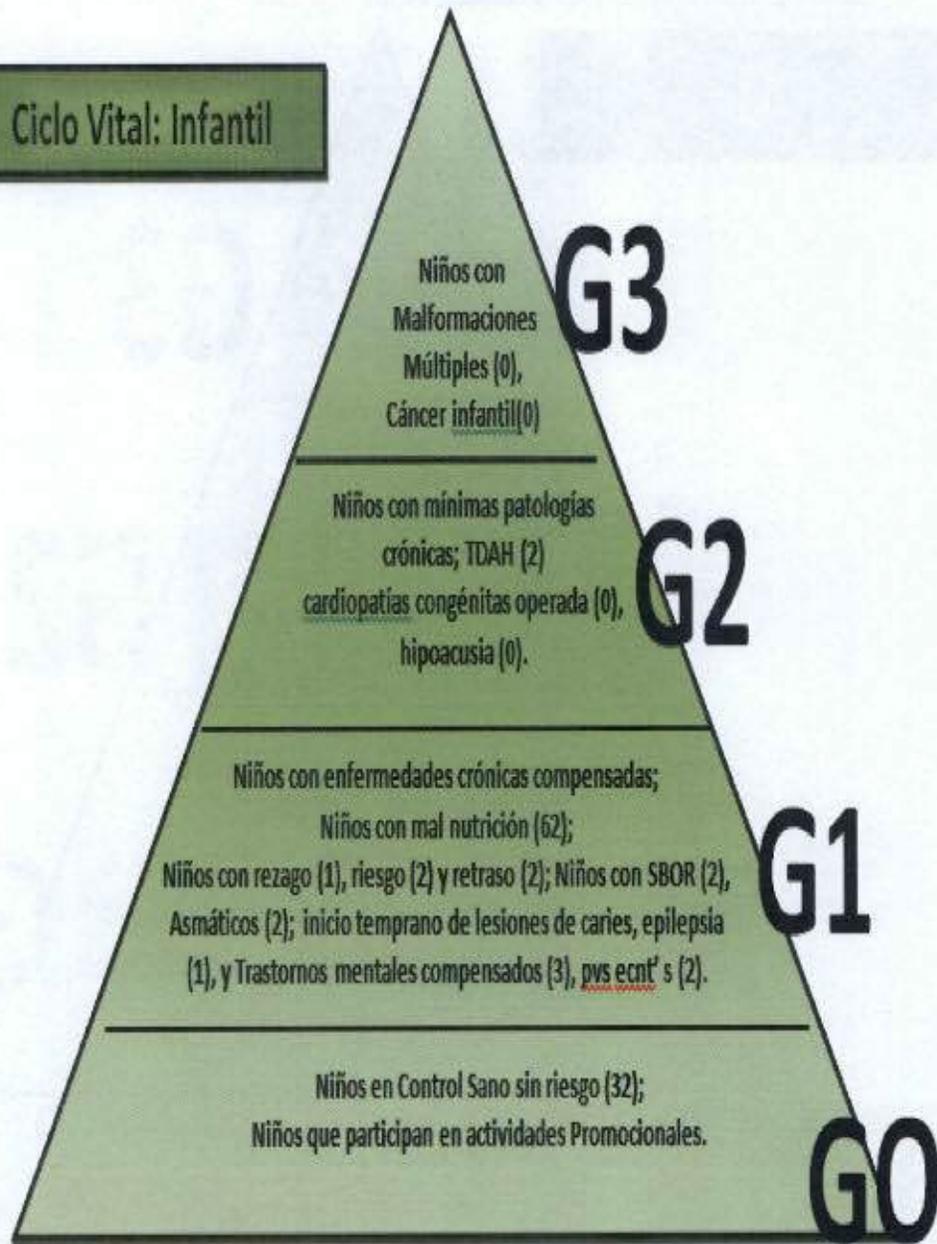


Ciclo Vital Gestante: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G 2: El Departamento de Salud no tuvo antecedentes de usuarias gestantes que hayan tenido dos patologías crónicas.



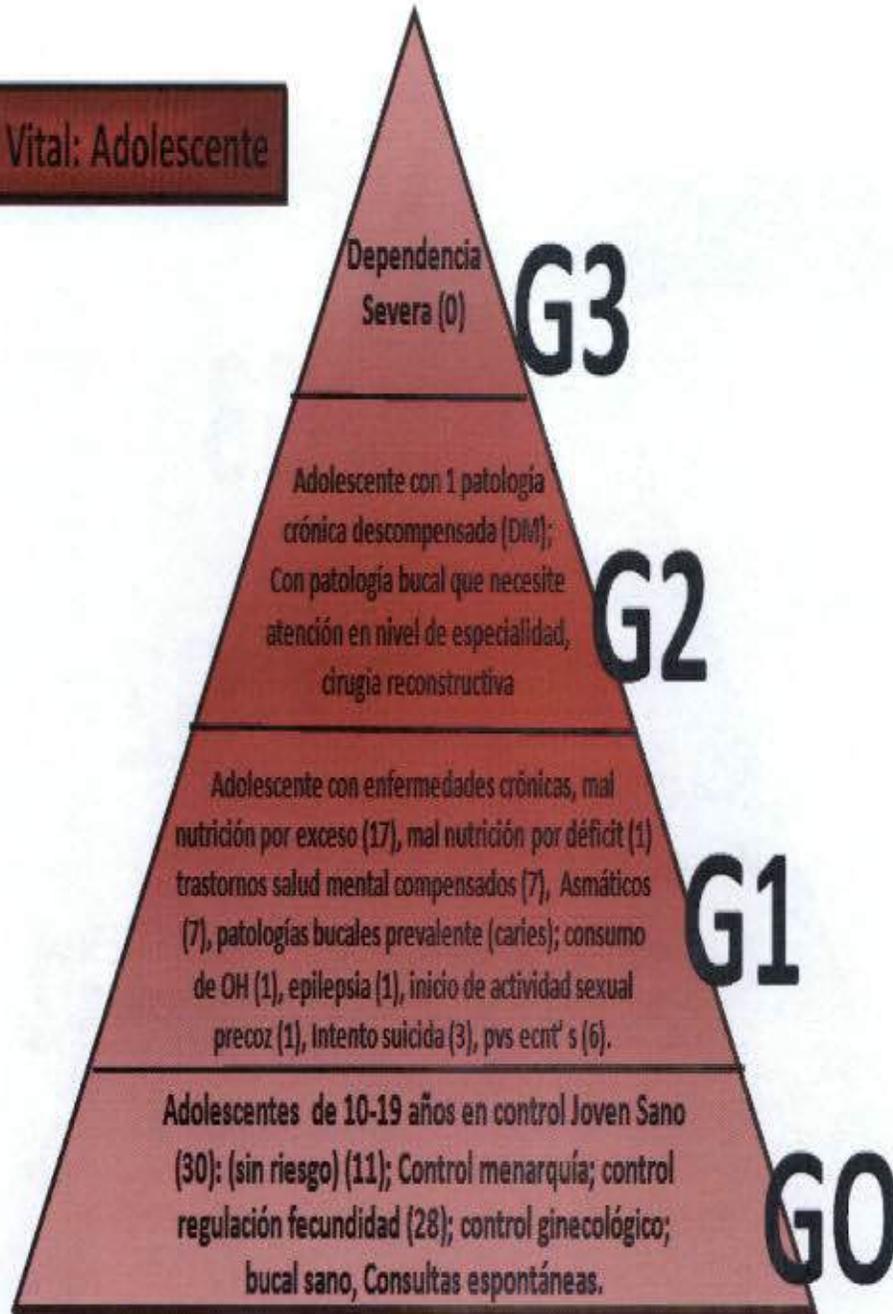
Ciclo Vital: Infantil



Ciclo Vital Infantil: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

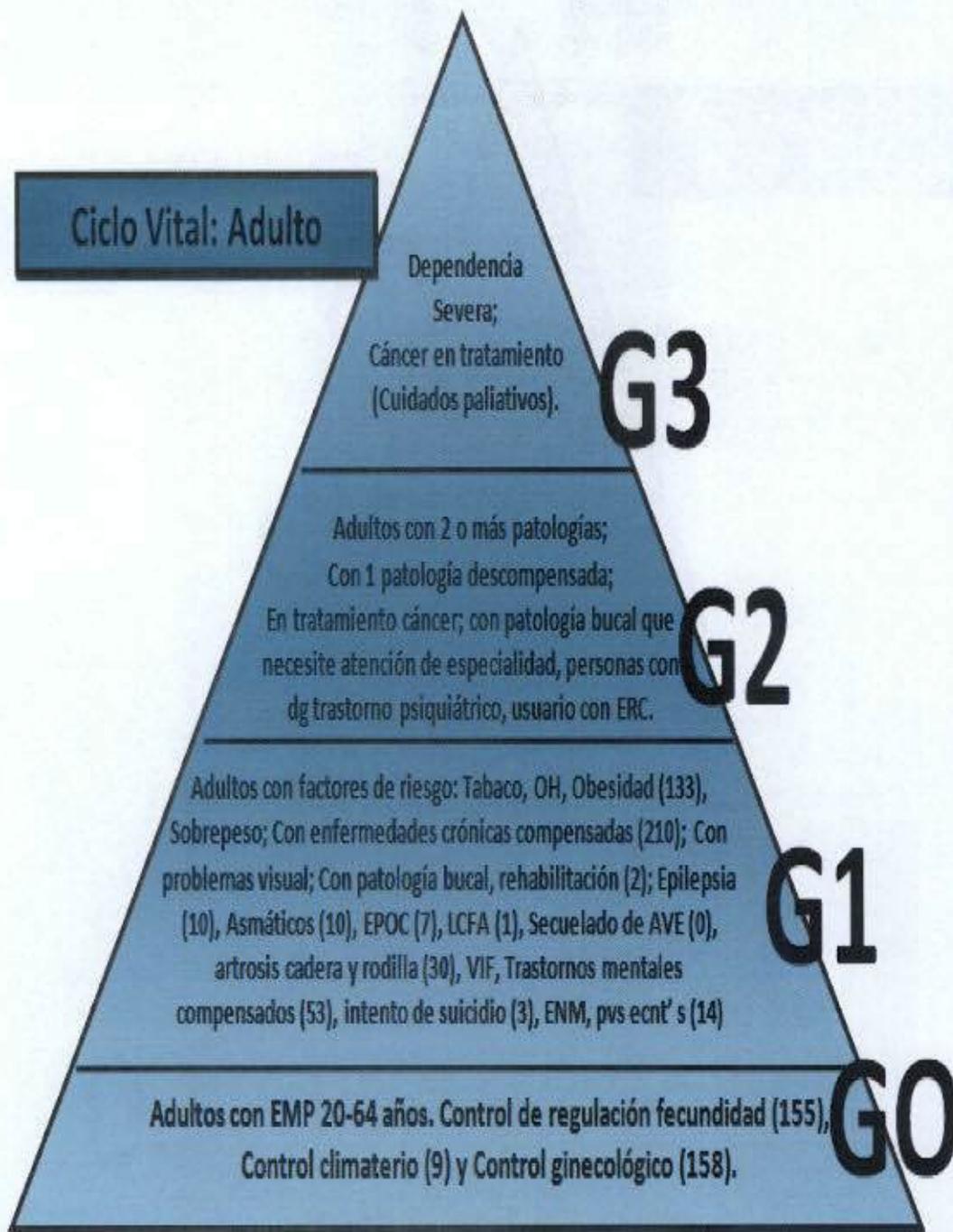
Ejemplo G 0: Gran parte de la población infantil no presenta patologías asociadas y se encuentra en bajo control.

Ciclo Vital: Adolescente



Ciclo Vital Adolescente: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario.

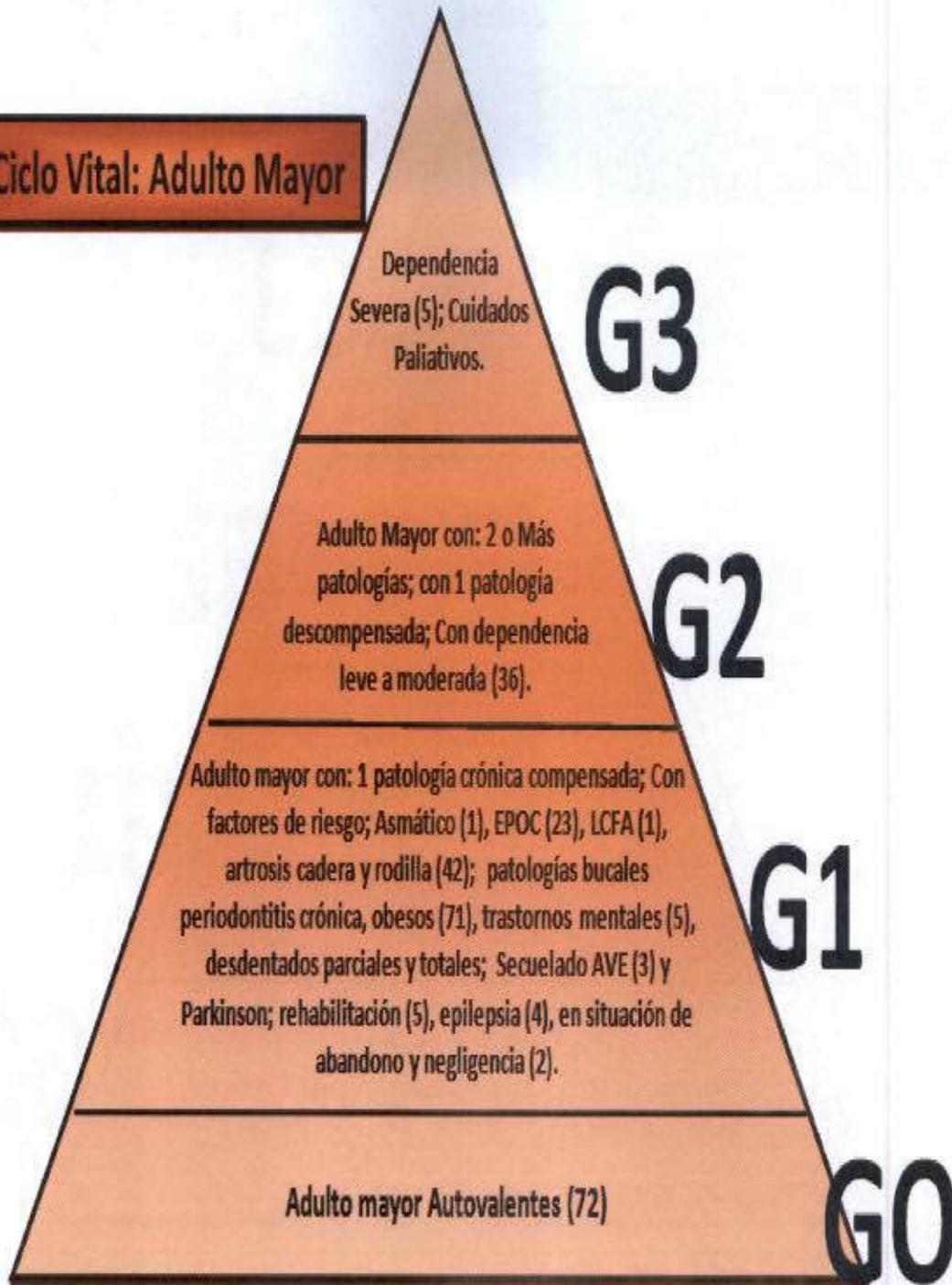


Ciclo Vital Adulto: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario.



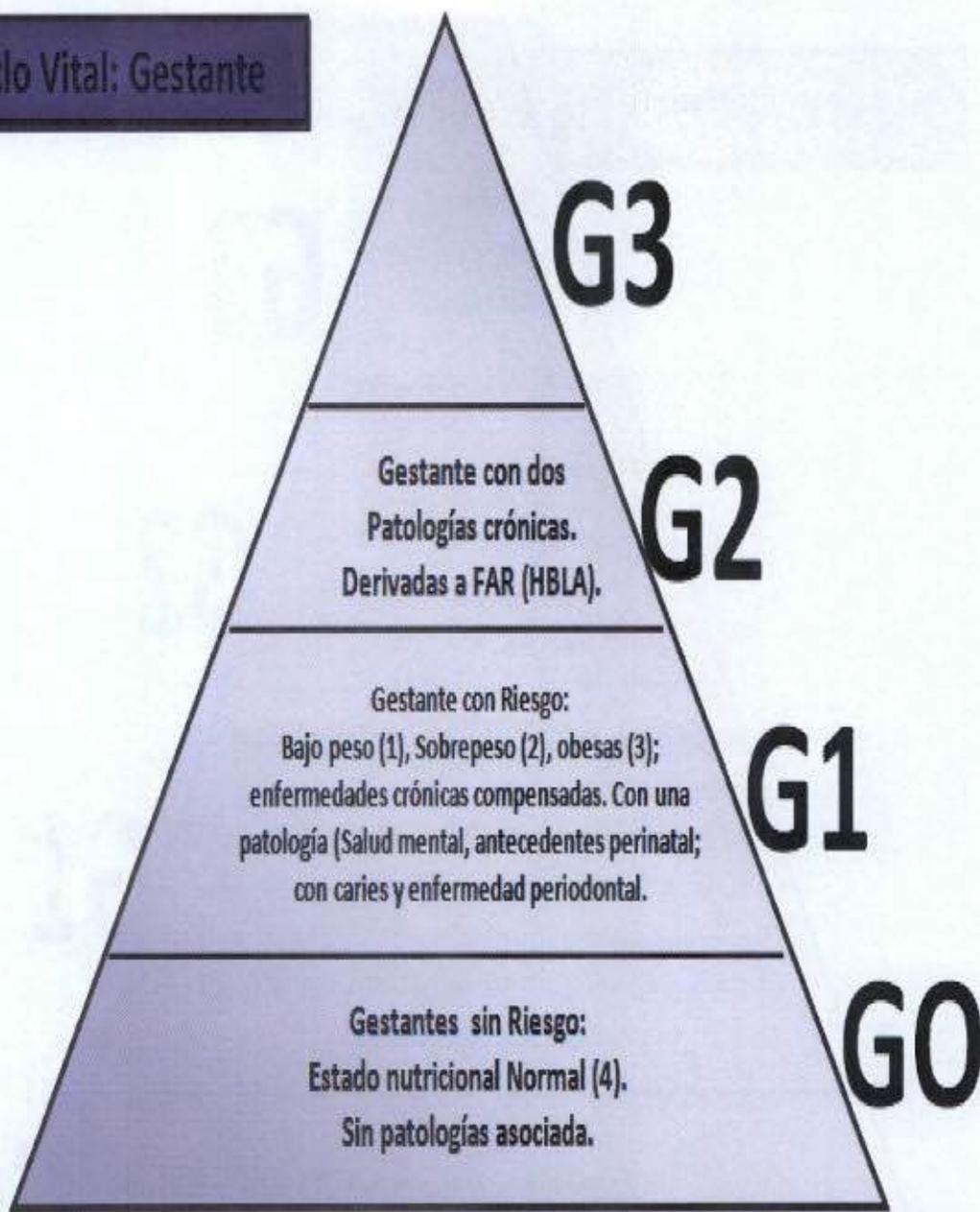
Ciclo Vital: Adulto Mayor



Ciclo Vital Adulto Mayor: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario que es coordinado a través de la encargada del programa de atención domiciliaria.

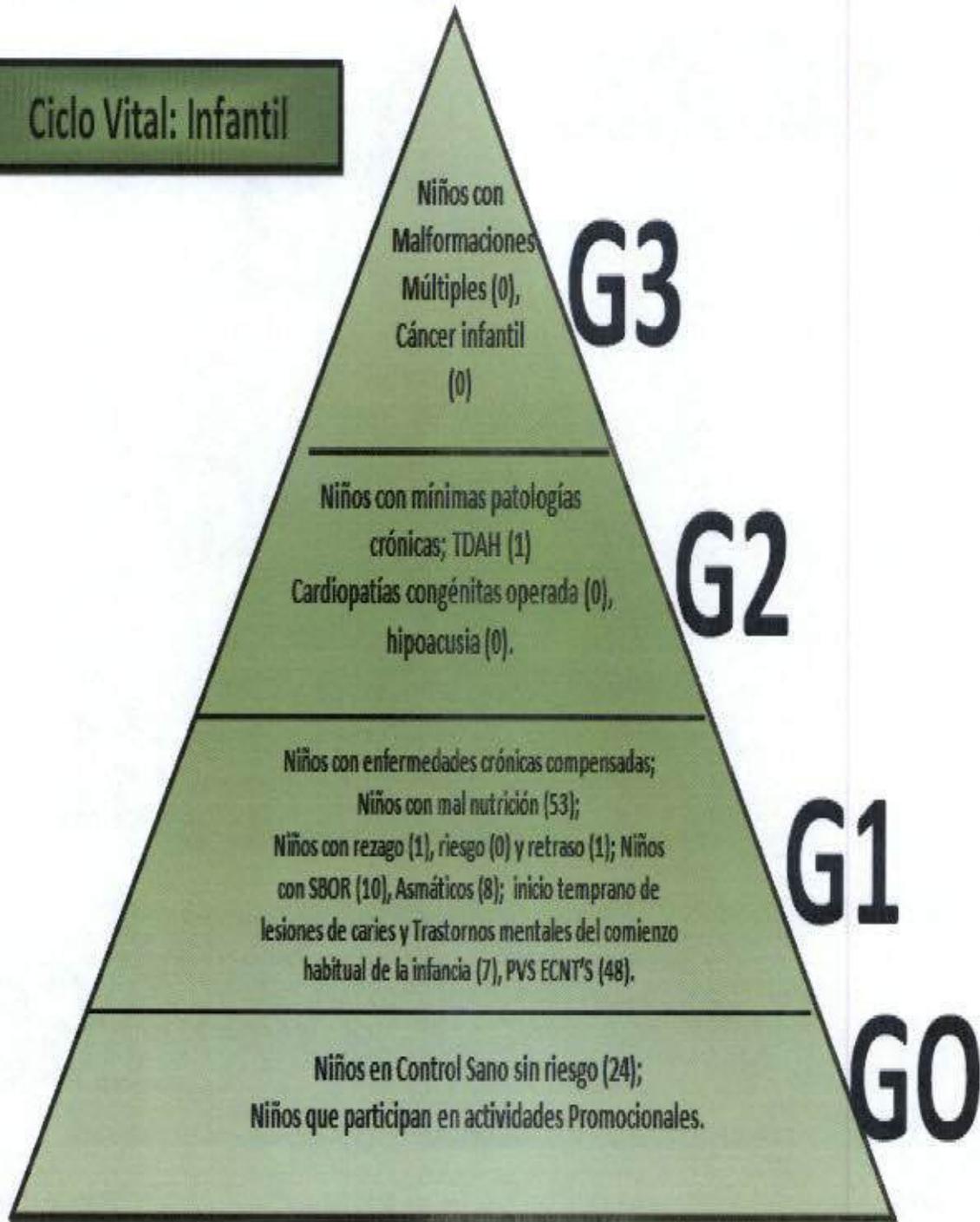
Ciclo Vital: Gestante



Ciclo Vital Gestante: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G 3: El Departamento de Salud no tuvo antecedentes de usuarias gestantes que hayan requerido hospitalización.

Ciclo Vital: Infantil

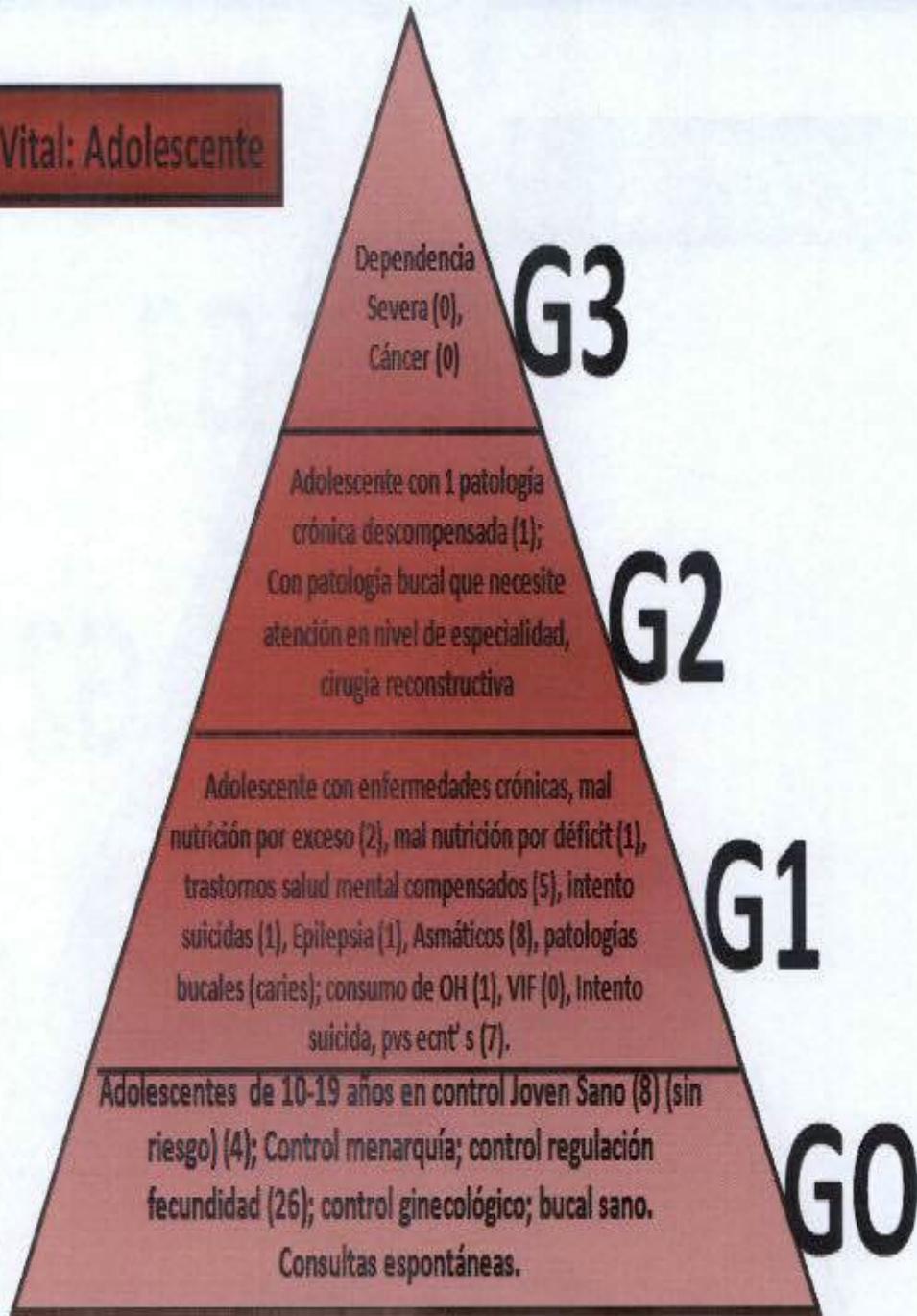


Ciclo Vital Infantil: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G0: Gran parte de la población infantil no presenta patologías asociadas y se encuentra en bajo control.

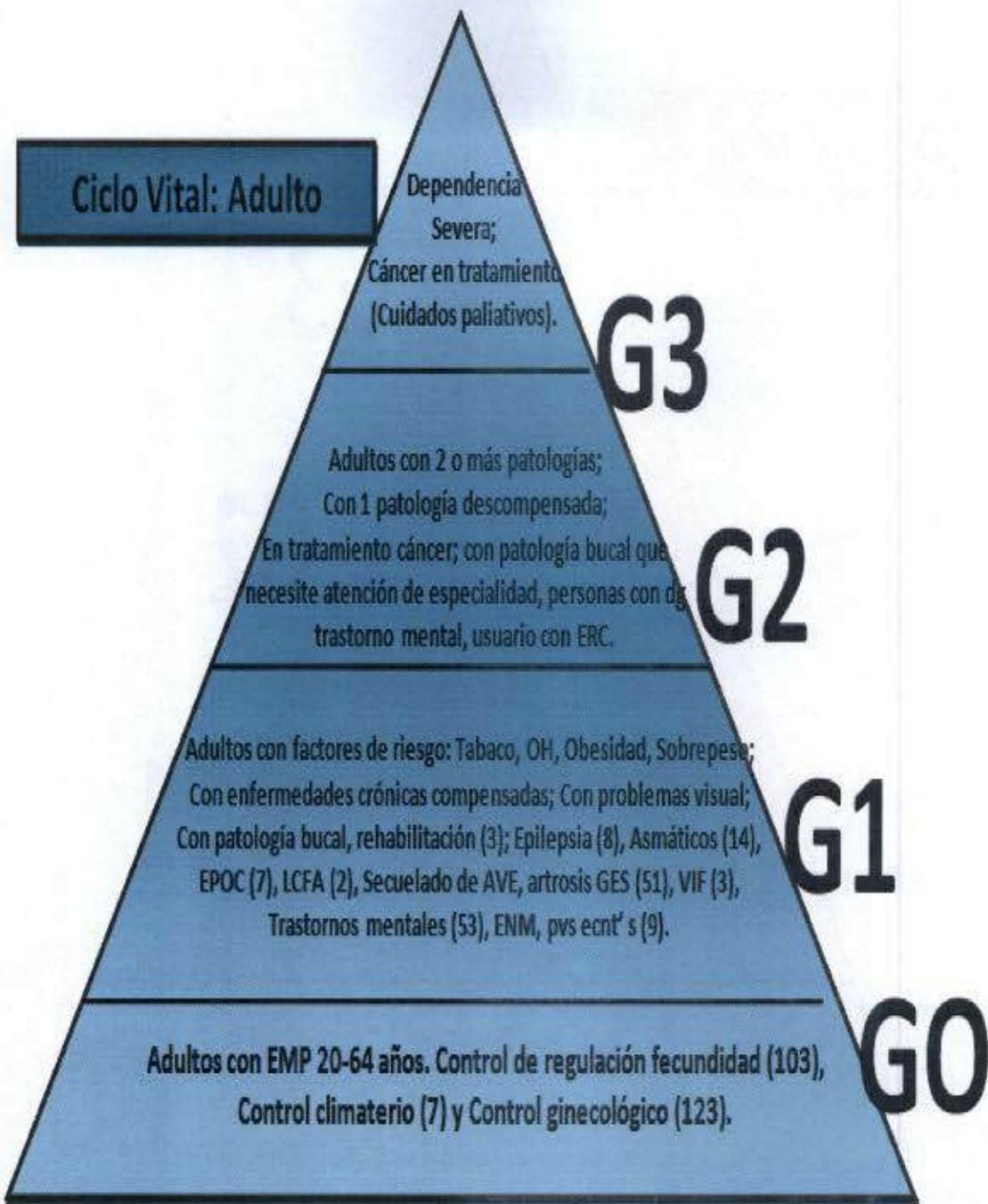


Ciclo Vital: Adolescente



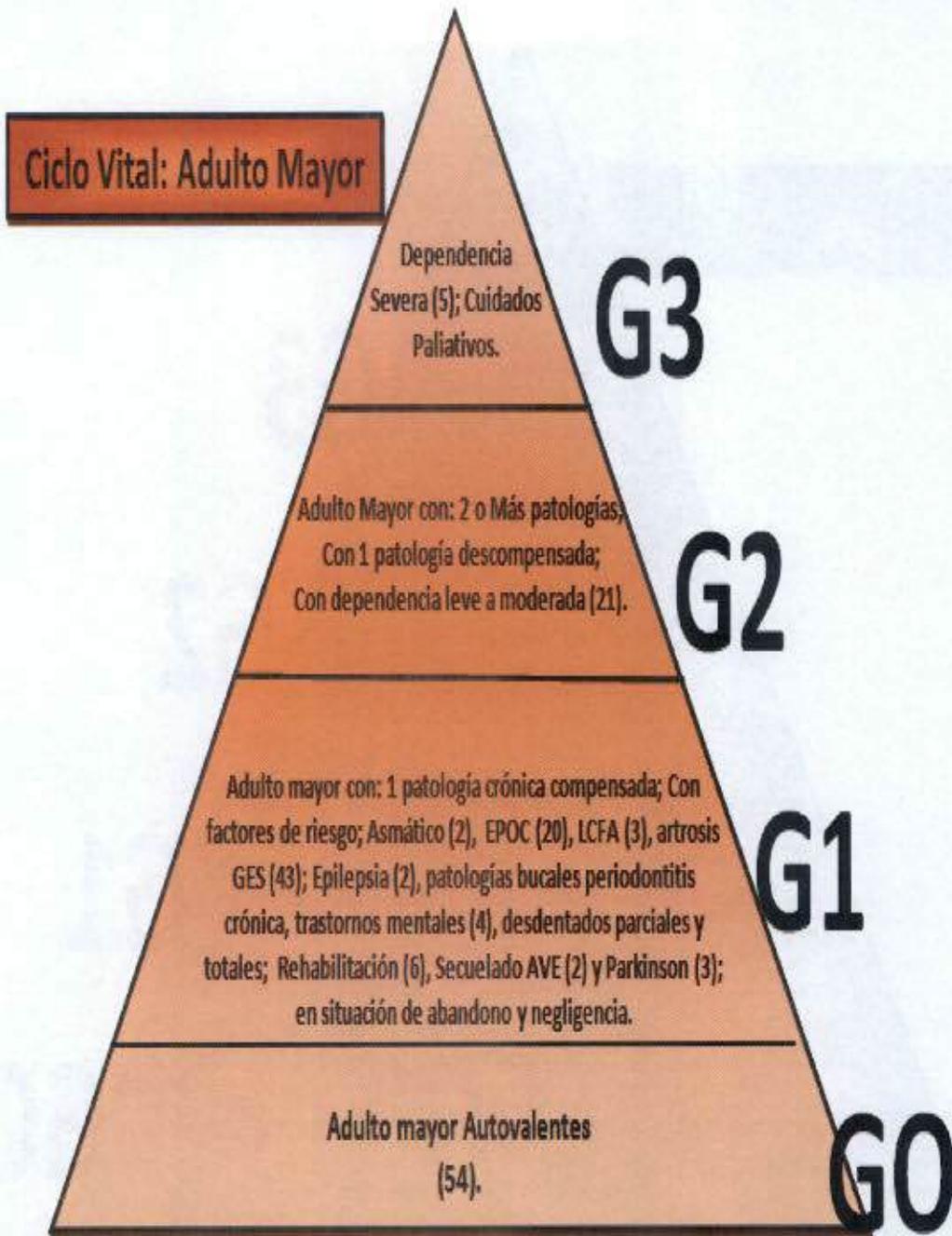
Ciclo Vital Adolescente: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario.



Ciclo Vital Adulto: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario.

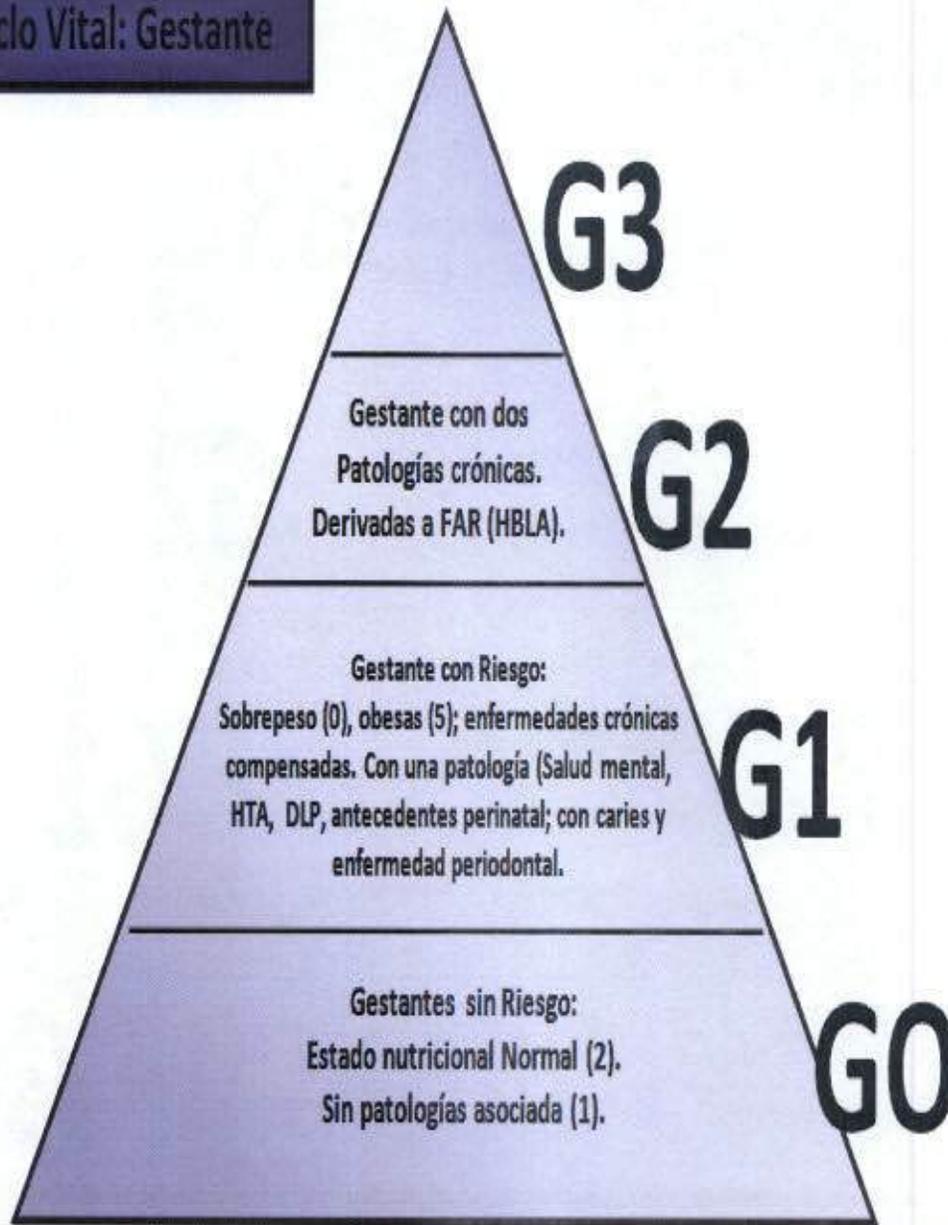


Ciclo Vital Adulto Mayor: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario que es coordinado a través de la encargada del programa de atención domiciliaria.

- Población Posta salud rural Puente Perales

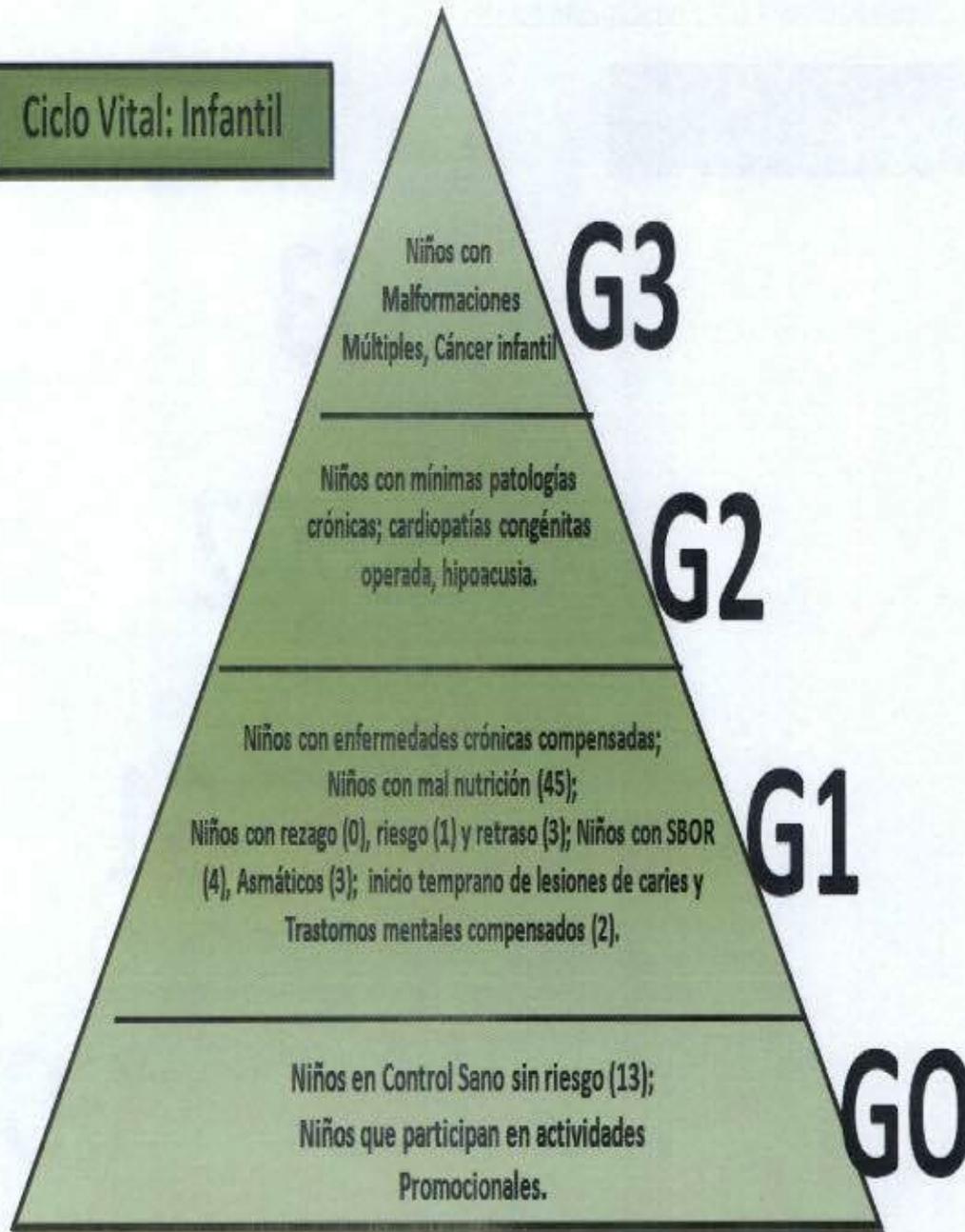
Ciclo Vital: Gestante



Ciclo Vital Gestante: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G 3: El Departamento de Salud no tuvo antecedentes de usuarias gestantes que hayan requerido hospitalización.

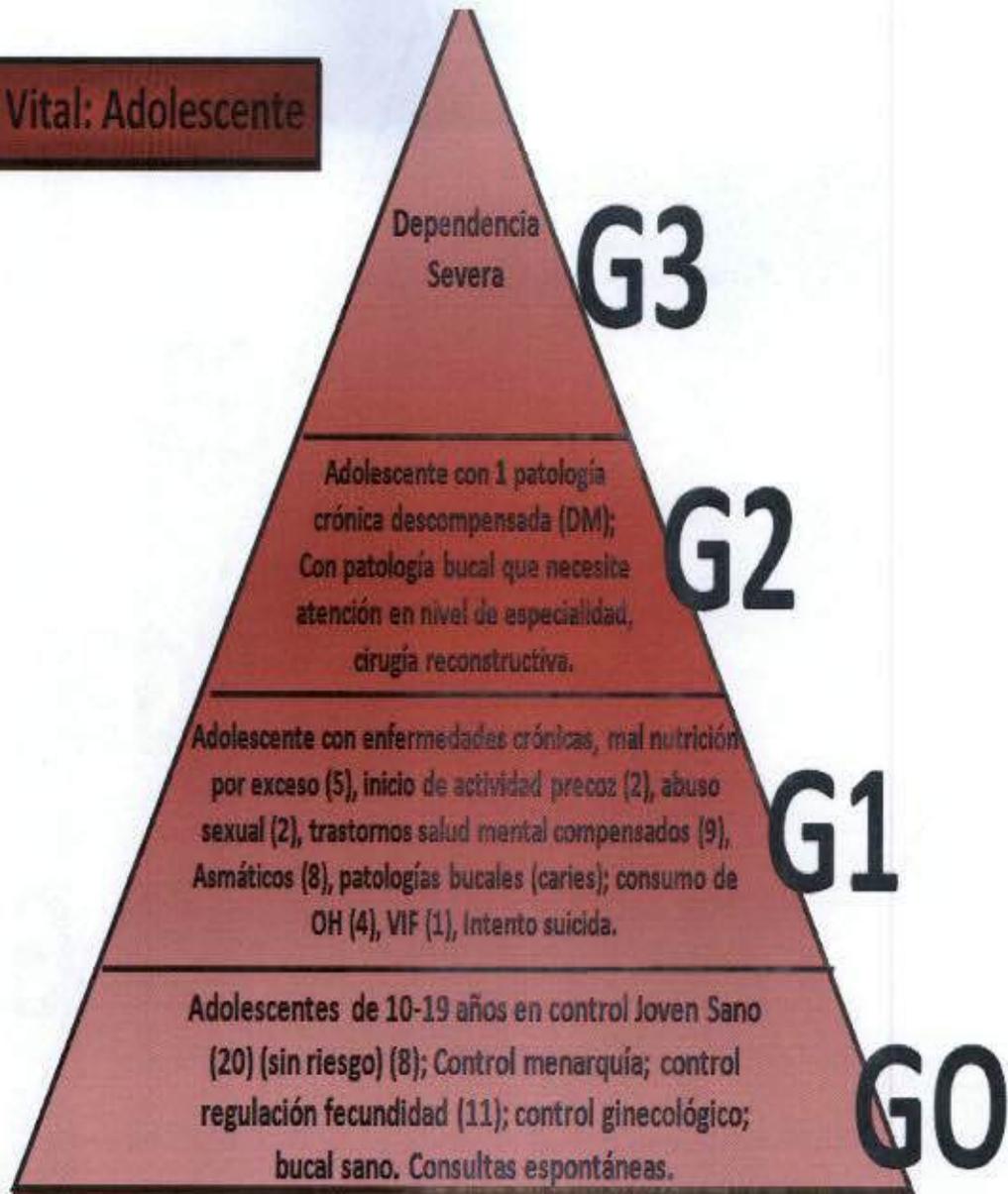
Ciclo Vital: Infantil



Ciclo Vital Infantil: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

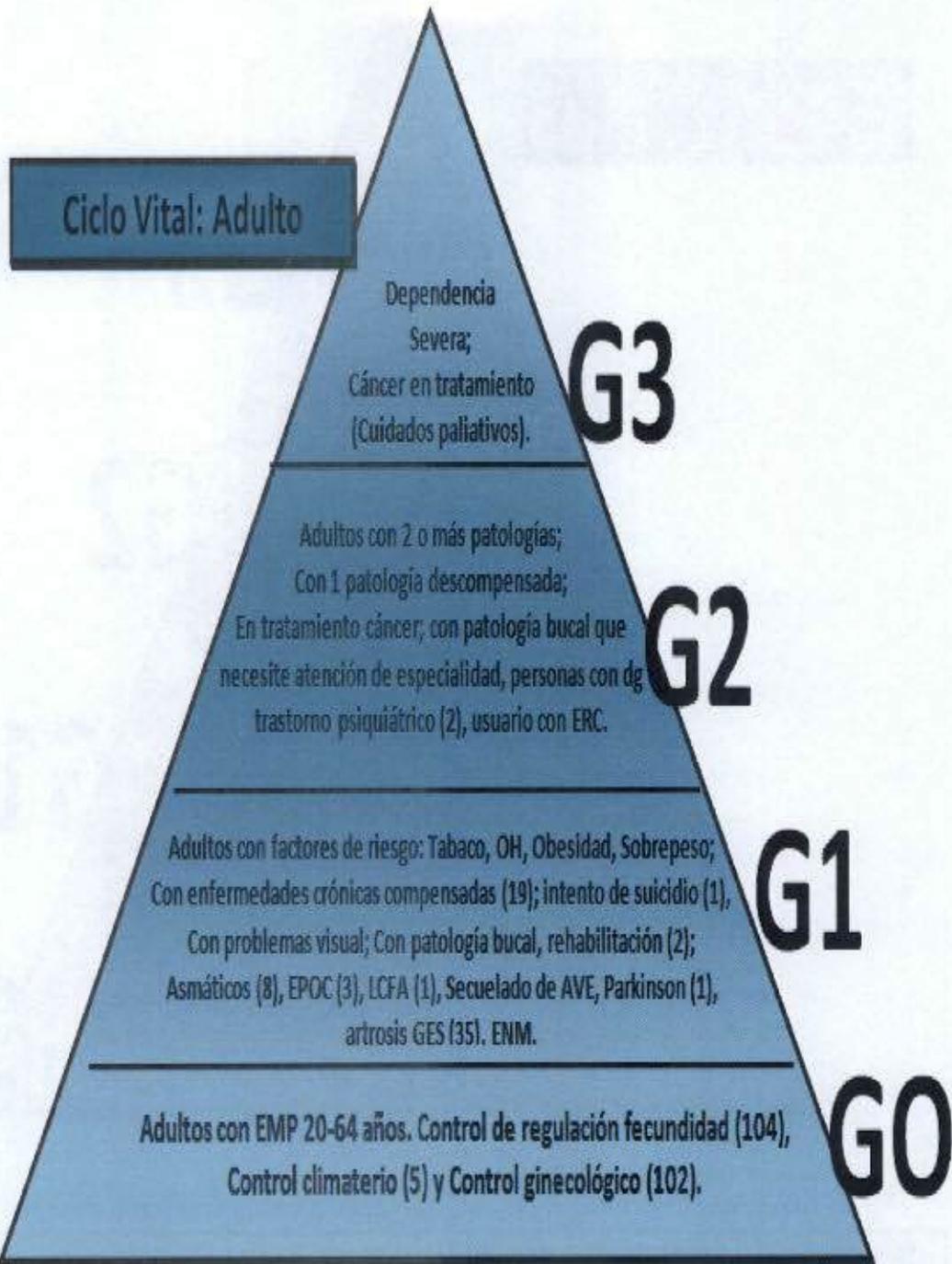
Ejemplo G0: Gran parte de la población infantil no presenta patologías asociadas y se encuentra en bajo control.

Ciclo Vital: Adolescente



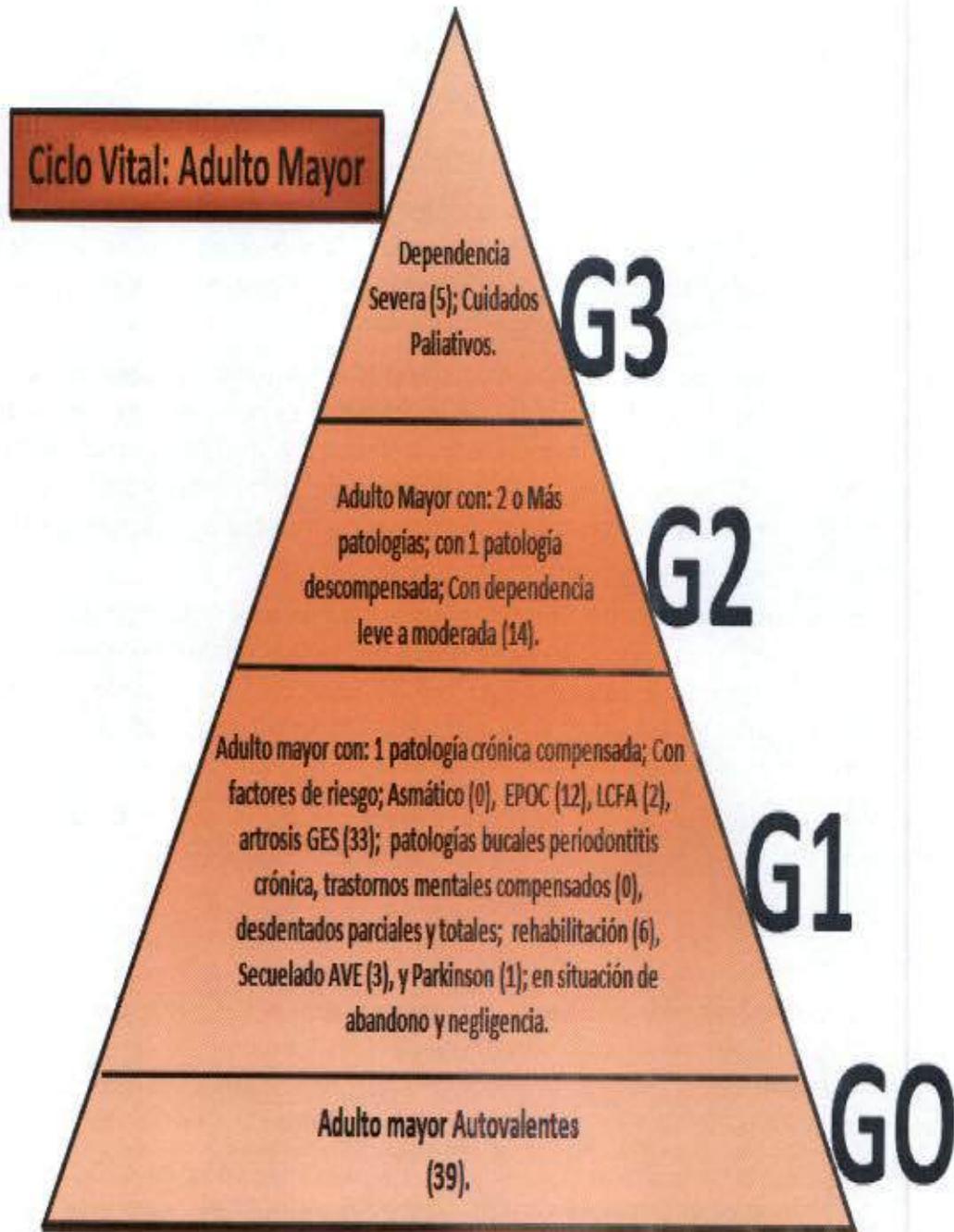
Ciclo Vital Adolescente: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario.



Ciclo Vital Adulto: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario.



Ciclo Vital Adulto Mayor: Estratificación de las patologías que afectan a esta etapa del ciclo vital, según la demanda de atención requerida.

Ejemplo G3: En referencia al usuario con dependencia severa requiere de atención especializada de nivel secundario a terciario que es coordinado a través de la encargada del programa de atención domiciliaria.



➤ PROBLEMAS PRIORIZADOS/MATRIZ DE CUIDADO POR CICLO VITAL

SALUD MENTAL- PREVENCIÓN DE INTENTO SUICIDA (VIOLENCIA, MATRATO NEGLIGENCIA, ABUSO CONSUMO ALCHOL Y DROGAS).

El programa de Salud Mental del departamento de salud municipal de la comuna de Laja tiene como objetivo y propósito, la prevención y promoción de la salud mental en la población rural, así como la detección, tratamiento y rehabilitación de usuarios con diagnóstico de trastornos mentales. Dicho programa se focaliza en las zonas rurales de la comuna específicamente en las postas de los sectores de Santa Elena, Puente Perales y La Colonia,

Presenta como objetivos específicos el mejorar y desarrollar factores protectores de la salud mental en la población rural de la comuna, evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles, detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo-efectividad, mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga duración y de sus familiares u cuidadores.

En la actualidad el programa de Salud Mental mantiene una población bajo control de 171 usuarios/as, desde los 5 años en adelante, de los cuales se atienden en la Posta La Colonia 68 personas (49 mujeres y 19 hombres), en Puente Perales 32 personas (20 mujeres y 12 hombres) y en Santa Elena 68 personas (49 mujeres y 19 hombres).

En cuanto a la prevalencia de trastornos diagnosticados según ciclo vital nos encontramos con lo siguiente.

Ciclo vital infantil

En la población infantil de 0 a 9 años, que corresponde a 435 personas (per cápita Agosto 2018) predomina mayoritariamente los trastornos emocionales y conductuales del inicio de la infancia, trastornos adaptativos con síntomas ansiosos, trastornos hiperactivo y trastornos específicos del aprendizaje.

En efecto, la baja estimulación cognitiva en los primeros años de vida, la escasa adquisición y desarrollo de habilidades parentales en algunos padres, baja supervisión y desarrollo del vínculo de apego, problemas en la organización en horarios de estudios, Bullying, separaciones conyugales, violencia intrafamiliar, vulneración económica, bajo nivel educacional y cultural, embarazos adolescentes no planificados, alcoholismo, son las principales causas y factores de riesgo más frecuentes en esta población y etapa del desarrollo.



Ciclo vital adolescente

En cuanto a la población Adolescente de 10 a 19 años, que corresponde 645 personas (per cápita Agosto 2018) a se observa el predominio de los trastornos emocionales y conductuales del inicio de la infancia y la adolescencia, trastornos adaptativos con síntomas ansiosos y depresión moderada, en algunos casos con ideación suicida no estructurada e intentos de suicidio con hospitalización. Durante este año de acuerdo a la población bajo control (171 usuarios en total) ha habido 3 intento suicida con hospitalización, que corresponde al 1,75%% de total, lo que representa un aumento con respecto al año anterior, y una prevalencia promedio en comparación a la nacional. Al hacer el análisis con el equipo se aprecia una disminución de las horas psicólogos en programa salud mental.

En la mayoría de los casos bajo control, los factores de riesgo se asocian con problemas de comunicación entre padres e hijos, separaciones conyugales, violencia intrafamiliar, escasa supervisión escolar, rupturas de pareja, bajo rendimiento académico, aislamiento social, Bullying o acoso escolar. Los controles de salud mental realizado en adolescente pos consulta espontánea son bajos, no obstante en un trabajo coordinado con el programa de adolescencia se ha concretado derivaciones pertinentes que han dado como consecuencia el aumento de la demanda de adolescentes ya sea como consultas de salud mental, consejerías o psicoterapia.

Ciclo vital adulto

En la población adulta de 20 a 64 años, que corresponde a 2976 personas (per cápita Agosto 2018) se aprecia un predominio de Trastornos adaptativos con síntomas ansiosos, depresión leve sin ideación suicida, depresión moderada con ideación suicida e intento suicida especialmente en mujeres, durante este año han ocurrido 4 intentos suicidas notificados por hospitalización lo que da cuenta de alrededor de un 2,3% de la población total bajo control en esta etapa. En cuanto a hombres se presentan problemas con el abuso de alcohol y gestor de violencia intrafamiliar, Trastornos de personalidad y en menor cantidad esquizofrenia, Alzheimer y otras demencias.

Ciclo vital adulto mayor

En esta población que oscila desde los 65 años en adelante, que corresponde a 675 personas, predominan los trastornos adaptativos y ansiosos, Alzheimer y demencias. Esto se asocia a la disminución de la esperanza de vida, el deterioro cognitivo, disminución de la fuerza laboral, duelos por perdida del cónyuge,



abandono familiar y entre otras variables propias del deterioro físico y cognitivos de nuestros adultos mayores, sumados a las condiciones de precariedad y bajas redes de apoyo que presentan.

En la actualidad la población rural manifiesta múltiples necesidades y problemáticas, ante esto como programa se generan diversas estrategias y actividades, con el fin de satisfacer y cubrir dichas falencias sociales e individuales. Estas actividades se realizan en diferentes niveles y ejes de salud pública.

Matriz de cuidado violencia intrafamiliar, maltrato y negligencia:

Gestante	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
	-Talleres prevención de la depresión Perinatal insertos en CHCC.	-Aplicación pauta Edimburgo en control prenatal.	-Consulta médica para confirmación diagnóstica e ingreso a programa	-Gestante con depresión severa se deriva a nivel de especialidad.
	-Talleres de preparación para el parto y fortalecimiento familiar: la llegada del bebé.	-Aplicación de instrumento de evaluación familiar "Predictor de maltrato infantil en embarazadas"	-Ingreso a tratamiento.	
		-Aplicación EPSA en Control prenatal.	-Consultorías.	
		-Visita Domiciliaria Integral CHCC.	-Visitas domiciliarias.	
		-Consulta psicóloga ingreso a CHCC.		



Infantil	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
	<ul style="list-style-type: none"> -Talleres NEP y habilidades parentales -Sensibilización comunidad y autoridades por CHCC. -Feria de la Infancia centros educativos en red comunal CHCC. -Taller a apoderados/as de jardín infantil sobre maltrato infantil 	<ul style="list-style-type: none"> -Pesquisa en Control niño Sano, derivación a salud mental. -Visitas domiciliarias a NN con rezago en dupla con educadora de párvulos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Niños y niñas detectados por maltrato/abuso e ingresan a tratamiento e intervención familiar. -Control médico. -Control psicólogo. -Visitas domiciliarias. 	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo intersectorial (derivación de casos complejos a especialidad: sename y/o salud). -Trabajo intersectorial con educación -Trabajo intersectorial con juzgado de la familia.
Trastorno emocional y de conducta	Talleres con niños con desajuste conductual para el manejo emocional-autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación test de PSQ -Entrevista a padres y profesores. -Control niño sano. -Evaluación Educadora de párvulos CHCC 	<ul style="list-style-type: none"> -Niños(as) de 0 a 9 años, diagnosticados por trastornos de las emociones de comienzo Habitual en la infancia y adolescencia que ingresan a tratamiento -Visitas domiciliarias -Controles psicólogo. -Talleres para padres y madres Crisis normativas Infancia y Adolescencia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajo intersectorial con educación -Derivación Neurólogo y psiquiatra infantil.



[Handwritten signature]



Adolescente	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Disminución de Violencia de género	-Talleres roles de género: ser hombres y ser mujeres (el género en la construcción de las relaciones interpersonales)	-Aplicación ficha CLAP Control Joven Sano. -Detección y primera respuesta en adolescentes víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato, o violencia de género)	-Adolescentes detectados por maltrato/abuso e ingresan a tratamiento e intervención familiar. -Control médico. -Control psicólogo. -Visitas domiciliarias	-Trabajo intersectorial (derivación de casos complejos a especialidad: sename y/o salud). -Trabajo con Mesa técnica juvenil en el abordaje de casos complejos.
Disminución riesgo suicida	-Talleres colegios y liceos de la comuna a modo de contextualización y sensibilización sobre el tema -Sistema de vigilancia			

Adulto	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Violencia de genero	-Sensibilización a Organizaciones comunitarias que participarán de actividades de prevención de violencia intrafamiliar.	-Estudios de familia/encuesta de riesgo familiar. -Cuestionario VIF -Controles de Salud con equipo multidisciplinario.	-Atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales: -Depresión, ansiedad, síndrome de violencia intrafamiliar, etc.).	-Trabajo intersectorial para la integración social de los usuarios: SERNAM, OMIL, SENCE etc. Derivación de casos complejos a especialidad
Disminución de intento suicida	-Talleres sala espera contextualización y sensibilización sobre suicidio -Sistema de vigilancia			

Adulto mayor	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Violencia hacia el adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> -Organizaciones comunitarias que participarán de actividades de prevención de violencia intrafamiliar -Talleres de Prevención de maltrato al adulto mayor en agrupaciones de base. -Club de crónicos; adulto mayor Y de fútbol. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escala ZARITT (cuidadores) -EMPAM. 	<ul style="list-style-type: none"> -Visita domiciliaria integral para completar evaluación diagnóstica. -Control Médico. -Control Psicólogo. -Intervenciones grupales con familiares de usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Derivación a Justicia. Consultoría de especialidad.

MATRIZ DE CUIDADO CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN RURAL

Gestante	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Consumo de alcohol y drogas	<p>-Talleres prevención consumo de sustancias usuarias en control preconcepcional.</p> <p>-Talleres ambientes libres de humo de tabaco.</p>	<p>-Aplicación AUDIT en control prenatal</p> <p>-Visitas domiciliarias.</p> <p>-Intervenciones mínimas del programa DIR</p>	<p>Intervención terapéutica mujeres gestantes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol – drogas.</p> <p>Intervención preventiva a mujeres gestantes con consumo riesgoso de alcohol-drogas.</p> <p>Control con médico y psicólogo.</p> <p>Visitas domiciliarias.</p> <p>Derivaciones asistidas del programa vida sana componente OH.</p>	<p>Gestante con consumo dependiente se deriva a nivel de especialidad</p>
	<p>-Sensibilización a comunidad (Establecimientos educativos, Asociaciones de base, padres y apoderados) acerca del consumo de alcohol y drogas.</p> <p>- Maltrato Físico</p> <p>-Maltrato Psicológico</p> <p>-Negligencia (malnutrición)</p>	<p>-Pesquisa en Control niño Sano, padres con consumo.</p> <p>-Tamizaje a madres y padres de niños bajo control del programa infantil con sospecha de consumo.</p>	<p>-Niños y niñas detectados por maltrato/abuso e ingresan a tratamiento e intervención familiar.</p> <p>-Control médico.</p> <p>-Control psicólogo.</p> <p>-Visitas domiciliarias.</p>	<p>-Trabajo intersectorial (derivación de casos complejos a especialidad: sename y/o salud).</p> <p>-Trabajo intersectorial con educación</p> <p>-Trabajo intersectorial con juzgado de la familia.</p>

Adolescente	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Consumo alcohol y drogas	-Talleres prevención de consumo de sustancias. -Talleres ambientes libres de humo de tabaco.	-Aplicación ficha CLAP -Aplicación AUDIT -Intervención Mínima vida sana componente OH. -Control Joven Sano. -Aplicación de Tamizaje Craft	-Derivación asistida por programa vida sana. -Ingreso a ges adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas. (Intervenciones preventivas, terapéuticas o ges, según el diagnóstico). -Intervención preventiva (o breve) – AUDIT entre 8 y 15 pto.	-Adolescente con consumo dependiente se deriva a nivel de especialidad. Interconsulta a COSAM. -Creación de Talleres espacio Amigable para jóvenes -Trabajo con mesa Técnica Comunal de jóvenes, espacios amigables comunales.

Adulto mayor	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Consumo alcohol y drogas	-Talleres prevención de consumo de sustancias. -Talleres ambientes libres de humo de tabaco.	-Aplicación AUDIT en EMPAM. Intervención mínima vida sana componente OH.	-Atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales (depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol).	-Adulto mayor con consumo riesgoso o dependiente se deriva a nivel de especialidad.



ALTA PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE PATOLOGÍAS BUCALES

La caries dental y la enfermedad periodontal están dentro de los cuadros con mayor prevalencia dentro de la salud pública, Laja no es una excepción en este caso. En relación a los problemas que se identifican de manera más clara está el inicio temprano de caries, es por eso que la evaluación temprana y un tratamiento oportuno son esenciales para la disminución de estos parámetros, sumado a los controles periódicos durante todo el ciclo vital.

A continuación se plantean las problemáticas de salud oral según cada etapa del ciclo vital.

Ciclo vital infancia

El principal problema es la aparición de caries de infancia temprana en nuestra población infantil, esto es pesquisado en el ingreso a control de salud oral de 2 años. En esta etapa se logran identificar los múltiples hábitos negativos de nuestra población, el desconocimiento sobre consecuencias de una alimentación desbalanceada y una baja higiene bucal.

Aquí tenemos un universo de 435 niños menores de 10 años. De nuestra población bajo control de 6 años que es de 52 pacientes encontramos porcentajes similares al cotejado en el país, donde al ingreso sólo un 20 % se encuentra libre de caries, esto nos indica que de cada 10 niños 8 ya tienen caries a los 6 años.

La principal causa identificada es la baja adhesión a tratamiento, destaca el bajo compromiso de los padres a acceder a los beneficios dentales para sus hijos, teniendo en consideración que la posta rural está junto a los colegios, existe un gran porcentaje de padres que no llevan sus hijos a los controles preventivos y sólo acuden frente a casos de dolor, lo que normalmente termina con la extracción de la pieza dental en cuestión, generando problemas asociados a recambio alterado que con el paso de los años son causales de anomalías dentomaxilares.



Ciclo vital adolescencia

En esta etapa el problema principal siguen siendo las caries, pero aparecen problemas secundarios como son la gingivitis.

De un universo de 645 pacientes entre 10 y 19 años tenemos como población bajo control 267 que representan una meta IAAPS. De estos, encontramos un aproximado de 50% de pacientes al ingreso con lesiones de caries. El porcentaje baja en la población bajo control de 12 años, ya que es la etapa de recambio, por ende las piezas dentales que estaban con lesiones de caries en el control de 6 años ya fueron o extraídas o exfoliadas de manera anticipada. Este es un porcentaje que puede llevar a equivocación al ser más bajo.

Además se comienzan a manifestar lesiones de tejidos blandos como la gingivitis, esta tiene como causa la falta de higiene, lo que conlleva una inflamación de los tejidos que rodean al diente, acompañado de sangrado. Las principales causas están en la falta de adhesión a tratamientos y hábitos negativos, como el alto consumo de azúcar refinada e inicio temprano en el consumo de tabaco en población escolar y los casi nulos hábitos de higiene bucal.

Ciclo vital adulto

En esta etapa los principales problemas son la caries dental, la gingivitis, la enfermedad periodontal y se suma la falta de piezas dentales.

Contamos con un universo de 2.976 de los cuales tenemos bajo control a 160 pacientes dentro de los programas de refuerzo odontológico, de estos un 100% tiene historial de caries con resultado de pérdida de la pieza o restauración, un 80% presenta pérdida de piezas dentales independiente la causa y también un 80% presenta problemas a los tejidos blandos dentales, representado por gingivitis.

Esto es resultado del daño acumulativo recibido por la dentadura en el transcurso de los ciclos infantil y adolescente. Además de esto cabe destacar que durante años esta población no ha sido foco de atención ya que no representan una población objetivo para las metas ministeriales, por ende el trabajo que se desarrolla en este grupo se resume a resolver atenciones de morbilidad y urgencias, más que ha realizar tratamientos de rehabilitación extensos.





Ciclo vital adulto mayor

Tomamos a este grupo desde los 65 años en adelante esto nos da un universo de 675 pacientes, aquí los problemas priorizados son la pérdida de piezas dentales, la caries dental y la enfermedad periodontal

Al no tener programas enfocados en esta población no se tiene un bajo control efectivo, sólo se atiende en base a la necesidad espontánea de los pacientes, ya sea por urgencia o morbilidad.

Dentro de lo que se puede observar la totalidad de los pacientes sobre 65 años tiene historial de caries activa o inactiva, pérdida de piezas maxilares o mandibulares ya sea de forma total o parcial, además las piezas remanentes presentan amplios desgastes y signos de enfermedad periodontal

Esto se explica como resultado de los ciclos vitales anteriores y el daño acumulativo recibido, sumado a una dieta cariogénica y hábitos de higiene bucal no adecuados. Dentro de las medidas como equipo de salud, está priorizar este grupo etario en la oferta de horas de especialidad odontológica, específicamente rehabilitación oral, siendo esta la gran necesidad de esta población.

MATRIZ DE CUIDADO ALTA PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE PATOLOGÍAS BUCALES

Niveles de Prevención (Ciclo Vital)	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Gestante	Consejería individual sobre estilos de vida saludables y cuidados en salud bucal. Talleres grupales de chile crece contigo	Control prenatal y derivación a odontólogo. Atención de urgencia.	Control e ingreso y a tratamiento Odontológico integral GES.	Derivación a atención de especialidades odontológicas.



<p>Infantil</p>	<p>Talleres chile crece contigo. Educación sobre cuidados en salud bucal en 1° básico. Programa preventivo odontológico en educación pre-básica de escuelas municipales.</p>	<p>Atención de urgencia. Control de niño sano. Control odontológico espontáneo. Aplicación de flúor y sellantes en control odontológico. Ingreso y control "Programa Cero" desde los 6 meses de edad.</p>	<p>Ingreso a tratamiento "Programa Cero" desde los 6 meses hasta los 5 años 11 meses de edad. Ingreso a GES Salud Oral Integral a niños 6 años. Ingreso a tratamiento odontológico integral 7 a 19 años 11 meses.</p>	<p>Derivación a atención de especialidades odontológicas.</p>
<p>Adolescente</p>	<p>Consejería individual sobre cuidados en salud bucal, alimentación saludable y tabaquismo.</p>	<p>Atención de urgencia. Aplicación de sellantes. Control joven Sano</p>	<p>Ingreso a tratamiento odontológico integral a niños de 12 años y resto menores de entre 10 a 19 años.</p>	<p>Derivación a atención de especialidades odontológicas.</p>
<p>Adulto</p>	<p>Consejería individual en el box sobre estilos de vida saludable y cuidados en salud bucal.</p>	<p>Atención de urgencia Consulta espontánea y control según indicaciones</p>	<p>Derivación por parte del equipo multidisciplinario a odontólogo. Ingreso a tratamiento odontológico</p>	<p>Derivación a atención de especialidades odontológicas.</p>



			integral en programas PRAPS.	
			Ingreso GES Salud Oral a adultos 60 años.	
Adulto mayor	Consejería individual sobre estilos de vida saludable y cuidados en salud bucal.	Atención de urgencia. Consulta espontánea y control según indicaciones	Ingreso espontáneo a tratamiento, grupo etario no priorizado en programas.	Derivación a atención de especialidades odontológicas.



PROBLEMA PRIORIZADO: MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN TODO EL CICLO VITAL

La malnutrición por exceso es el gran problema a nivel nacional hoy en día, y se presenta a muy temprana edad, actualmente en nuestro país la prevalencia de obesidad es de 10,3% en los niños y niñas menores de 6 años y un 24% de sobrepeso, es decir, uno de cada tres niños menores de seis años tiene malnutrición por exceso, esta realidad no es muy diferente a lo que ocurre en nuestra población bajo control, llegando la prevalencia de obesidad a un 12,2% y el sobrepeso a un 20,4% en los niños y niñas menores de 6 años. Esto se debe a múltiples factores entre ellos alimentación rica en calorías grasas y azúcares refinados, disminución de la actividad física en menores y sus familias, aumento de uso de juegos tecnológicos, entre otros. Por otra parte, la lactancia materna exclusiva al 6to es sabido que es un factor protector para los menores, nuestra prevalencia alcanza un 75%, lo que probablemente revela la necesidad de fortalecer las acciones que se realizan en este ámbito y de esta forma contribuir a la reducir del riesgo de obesidad y enfermedades cardiovasculares en edad adulta. Es por ello que en nuestro centro de salud, todas las acciones están enfocadas a la protección, fomento y promoción de la lactancia materna, a la promoción de la alimentación saludable y la actividad física, en el contexto de una vida sana, y a la prevención de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta.

Ciclo vital Infantil

En esta etapa del ciclo vital nos encontramos con obesidad y sobrepeso de niños y niñas de padres que presentan enfermedades cardiovasculares, como mínimo una patología crónica. Cuentan con antecedentes familiares de mal nutrición por exceso. De un total de 394 menores bajo control de una población total de 435 niños inscritos correspondientes a un 89%, 149 es decir un 37% se encuentra sobrepeso u obesidad.

Ciclo vital Adolescente

En esta etapa del ciclo vital se presentan menos consultas espontáneas por enfermedades asociadas a sobre peso u obesidad, a través del control de salud integral adolescente, además de controles integrales de programa vida sana se realizan pesquisas entorno a parámetros nutricionales normales u alterados. En la mayoría de los casos su estado nutricional es normal, de la población bajo control alrededor de un 70 % cuenta con un peso normal y un 20% presenta mal nutrición por exceso.





Ciclo vital_Adulto

En el ciclo del adulto se encuentran el mayor porcentaje de población inscrita bajo control. Es también en esta etapa del ciclo vital donde se encuentra la mayor cantidad de usuarios bajo control, lo que corresponde al mayor porcentaje de consultas. Los adultos que presentan a lo menos una patología crónica en el programa cardiovascular se encuentran con más de un parámetro nutricional alterado, siendo 518 usuarios los que se encuentran bajo control, de estos alrededor del 60% presenta malnutrición por exceso. Esto debido a la baja adhesión a tratamiento y controles de salud, alimentación hipercalórico más accesible, sedentarismo, bajo autocuidado corporal sobre la salud en general.

Ciclo vital adulto mayor

La población que consulta en su gran mayoría se encuentra aquejados de enfermedades crónicas, 162 personas con sobrepeso u obesidad de un total de 353 personas bajo control, lo que corresponde al 46%. Esto ocurre como consecuencia del sedentarismo, una alimentación poco saludable, entre otros



MATRIZ DE CUIDADO MALNUTRICIÓN POR EXCESO

Niveles de Prevención (Ciclo Vital)	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Gestante	<p>Educación en estilos de vida saludable durante el control prenatal y talleres chile crece contigo.</p> <p>Sesión educativa Lactancia Materna.</p> <p>Conmemoración Semana LM.</p>	<p>Control prenatal.</p> <p>Evaluación nutricional al ingreso.</p>	<p>Ingreso y seguimiento de acuerdo ha estado nutricional, entrega de pauta alimentaria.</p> <p>Talleres a embarazadas con malnutrición por exceso.</p>	<p>Derivación a HBLA (FAR).</p>
Infantil	<p>Feria de la salud.</p> <p>Educación de alimentación saludable en escuelas y jardines infantiles.</p> <p>Talleres a padres con niños con factores de riesgo.</p> <p>Talleres de estilo de vida saludable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pautas de crianza. - Habilidades parentales. - NEP. 	<p>Control diada.</p> <p>Control de salud infantil.</p> <p>Control nutricional 15 días del RN (Lactancia Materna).</p> <p>Clínica de Lactancia Materna.</p> <p>Aplicación de pauta</p>	<p>Derivación en caso de malnutrición por exceso</p> <p>Ingreso a control nutricional y seguimiento.</p> <p>Derivación "Programa Elige Vida Sana"</p> <p>Talleres a padres.</p> <p>Solicitud de</p>	<p>Derivación a HBLA (pediatría o endocrinología)</p>



[Handwritten signature]



	- CHCC. Concurso fotográfico de Lactancia Materna.	de malnutrició n por exceso. Control nutricional 5 meses y 3 años 6 meses.	exámenes. Derivación a médico y psicólogo. VDI.	
Adolescente s y Juventud	Educación a la comunidad escolar de Pre-kinder a 8° Básico sobre estilos de vida saludable. Trabajo intersectorial Mesa Comunal de Adolescentes. Espacio Amigable Feria de la salud.	Control de salud joven sano. Aplicación de ficha CLAP.	Derivación oportuna Ingreso a control nutricional y trabajo intersectorial con escuelas. Derivación e ingreso a Programa Elige Vida Sana. Solicitud de exámenes. Derivación a médico y psicólogo	Derivación a HBLA (endocrinología)
Adulto	Educación Estilos de vida saludable a la comunidad Feria de la salud	Control de salud del adulto (EMP). Exámenes periódicos.	Derivación nutricional e ingreso a control nutricional. Derivación e	Derivación a HBLA (endocrinología)



				<p>ingreso a Programa Elige Vida Sana.</p> <p>Derivación a programa cardiovascular si corresponde.</p>
Adulto mayor	<p>Educación Estilos de vida saludable en clubes de adulto mayor.</p> <p>Degustación de alimentos sanos y productos del PACAM.</p> <p>Feria de la salud</p>	<p>Control de salud del adulto mayor (EFAM).</p> <p>Exámenes periódicos.</p>	<p>Derivación e Ingreso a control nutricional.</p> <p>Trabajo con la familia.</p> <p>VDI.</p>	<p>Derivación a HBLA (endocrinología)</p>





PROBLEMA PRIORIZADO: ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS Y EXACERBACIONES DE PATOLOGIAS CRONICAS

La Encuesta Nacional de Salud del año 2010 da cuenta de un aumento en el nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, donde se incluyen las enfermedades respiratorias agudas y las crónicas respiratorias. Bajo estos antecedentes, existen factores de riesgo conductuales para enfermedades crónicas que aún presentan en Chile gradientes educacionales inversas: uno de estos es el consumo de tabaco; este se presenta en el 40,6% de la población general adulta que declara ser fumadora ocasional o diaria (ENS, 2009- 2010). En cuanto a las enfermedades respiratorias agudas la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011- 2020 propone dos grupos de estrategias: procurar cobertura adecuadas de inmunizaciones y mejorar la prevención y tratamiento de las neumonías. Para ello se debe aumentar la pesquisa en personas que consulten en Servicios de Urgencia por neumonía y derivar al equipo IRA- ERA de los centros de salud primario, mediante estrategias locales de trabajo conjunto entre nivel primario y secundario. Con respecto a las enfermedades respiratorias crónicas, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 las considera en tres ámbitos a realizar: (1) aumentar la detección precoz y cobertura de la atención; (2) mejorar la calidad de la atención; y (3) fortalecer la prevención secundaria. En la actualidad, de acuerdo a la metodología de trabajo propuesta por el servicio y antes descrita, tenemos que en nuestro establecimiento existe una cobertura total del 3.4% de la población inscrita con patología respiratoria crónica (SBOR, Asma, EPOC y LCFA).

Ciclo vital infancia

El principal problema es la aparición de enfermedades respiratorias, tanto IRA altas como IRA baja. Siendo un número importante de consultas respiratorias, aquellos que asisten a salas de cunas, jardines infantiles y la exposición a humo de tabaco.

De un total de 435 niños menores de 10 años. Tenemos bajo control con patología crónica (SBOR – ASMA) un total de 31 usuarios, lo que corresponde a un 6,87%

La mayoría de los casos se presentan en época de invierno, aumentando las consultas médicas y de kinesiología respiratoria. Siendo de mayor complicaciones las IRA bajas (Neumonía, Bronquitis aguda, Coqueluche, Asma). Por el mismo motivo se entrega educación sobre el comportamiento de la patología, la importancia del uso correcto de inhalador, signos y síntomas respiratorios de alerta, seguimiento de la patología crónica (SBOR) y aguda. Aun así, a pesar de



los esfuerzos educativos para adherir al tratamiento de la patología, estos no logran mantener un buen control durante todo el año, siendo esta responsabilidad de los Padres.

Por lo anterior, es necesario reforzar aún más a los Padres y al personal de salud, sobre control y seguimiento respiratorio.

Además de sus correspondientes vacunas de calendario e influenza (campaña de invierno), también se educa en la importancia de la LME.

Ciclo vital adolescencia

En esta etapa las consultas agudas respiratorias es de gran importancia por crisis o exacerbaciones que provocan aumento de los síntomas respiratorios, producidos por mal control de la patología, humo de tabaco, inducidas por ejercicio, estación del año, alergias, etc.

La importancia a la adherencia es fundamental en este ciclo, ya que por cambios conductuales y propios de esta etapa, la tendencia es a la no adherencia al tratamiento.

Entre el 1% y 3% de las consultas de servicios de urgencias a lo largo del País de 15 a 44 años, lo constituyen las crisis bronquiales obstructivas, siendo de mayor importancia en AM.

De un universo de 645 pacientes de 10 años hasta 19 años 11 meses. Tenemos bajo control crónico respiratorio a 21 usuarios, que corresponde al 3.1%. Entregando educación sobre el comportamiento de la patología en diferentes estaciones del año y el comportamiento en la actividad física en la escuela y en diferentes deportes recreativos.

Reforzando la importancia de la vacuna contra la influenza, uso correcto de sus inhaladores, tanto permanente como de rescate, educación antitabaco y sus complicaciones para provocar exacerbación de la patología.

Ciclo vital adulto

En esta etapa los principales problema respiratorios son los Usuarios con patologías crónicas como el ASMA y aparición de la EPOC. Además del consumo de tabaco en la población Adulta y exposición a contaminantes como la quema de pastizales y uso de fogón.

A lo largo del País en los últimos años las consultas de adultos han aumentado cerca del 20% en atención primaria, independiente de la estación.





Contamos con un universo de 2.976 usuarios, de los cuales tenemos bajo control a 50 con patología crónica, como ASMA y EPOC, que corresponde al 1,7%.

En este ciclo vital se refuerza y entrega educación, tanto en consejería breve antitabaco, uso correcto de inhaladores, comportamiento de la patología durante el año, vacuna contra influenza y la importancia de la adherencia a su tratamiento.

Ciclo vital adulto mayor

Es un problema relevante de salud pública, tanto por su frecuencia en aumento, como por la carga sanitaria que significa su tratamiento en etapas avanzadas y su elevada letalidad. En Chile, se ha informado a través del DEIS de 1842 personas fallecidas por esta causa el año 1990 para elevarse a 3251 fallecidos el año 2010, con una tasa de 36,08/1000 habitantes, siendo notablemente que este incremento es mayoritariamente femenino.

Tomamos a este grupo desde los 65 años en adelante, esto nos da un universo de 675 pacientes, de los cuales tenemos 60 usuarios bajo control con Patología de ASMA y principalmente de EPOC.

En este ciclo vital la adherencia al tratamiento es óptima, ya que la mayoría cumple al menos con 2 controles por año.

Además de 1 usuarios de Oxígeno domiciliario permanente en el cual presentan patologías respiratorias progresivas asociadas a la EPOC.

Por este motivo es importante el control de nuestros usuarios, entregando educación sobre el comportamiento de la patología, el uso correcto de inhaladores, la importancia de la vacuna contra influenza y neumo 23. Además de tener una buena adherencia a sus controles y tratamientos para entregar una mejor calidad de vida a nuestros usuarios.



**MATRIZ DE CUIDADO ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS AGUDAS Y EXACERBACIONES DE PATOLOGÍAS
CRÓNICAS**

Niveles de Prevención (Ciclo Vital)	Prevención (promoción)	Prevención primaria (detección)	Prevención secundaria (dg y tto)	Prevención terciaria (rehabilitación)
Gestante	Taller <i>chile</i> <i>crece contigo</i> . Educación informativa de ambiente limpio del tabaco e importancia de lavado de manos. Guías anticipatoria.	Educación a familias gestantes con algún integrante que presente enfermedad respiratoria. y/o consumo tabaco. Control por equipo multidisciplinario a gestante. Aplicar SCORE de riesgo IRA.	Derivación oportuna a Medico y/o kinesiólogo. Control manejo médico y kinésico según clínica. Espirometría basal y postbroncodilatador diagnostica. Rx. De tórax Ap-lateral. Visitas domiciliarias. Hospitalización según severidad cuadro infeccioso.	Derivación a especialista FAR y Broncopulmonar
Infantil	Esquema básico de vacunación completo. Educación informativa ambiente	Educación a familias con menor que presenta co-morbilidades u malformaciones genéticas.	Control y manejo médico y kinésico según clínica. Espirometría basal y postbroncodilatador diagnostica.	Derivación a broncopulmonar





	<p>limpio del tabaco e importancia de lavado de manos.</p> <p>Educación informativa importancia lactancia materna primeros 6 meses.</p> <p>Educación IRA a madres de niños menores de 5 años.</p>	<p>Aplicar SCORE de riesgo IRA.</p> <p>Control niño sano</p>	<p>Flujometria basal y postbroncodilatador.</p> <p>Encuesta calidad de vida.</p> <p>Rx. De tórax Ap-lateral.</p> <p>Visitas domiciliarias a menor con riesgo según score y seguimiento crónicos inasistentes.</p> <p>Hospitalización según severidad cuadro infeccioso.</p>	
<p>Adolescente</p>	<p>Charla ambiente limpio del tabaco e importancia de lavado de manos.</p>	<p>Educación familias con adolescente que presenten enfermedades Respiratorias.</p> <p>Aplicación Ficha CLAP.</p>	<p>Control y manejo médico y kinésico según clínica.</p> <p>Espirometría basal y postbroncodilatador diagnostica.</p> <p>Rx. De tórax Ap-lateral.</p> <p>Flujometria basal y postbroncodilatador.</p> <p>Encuesta calidad de vida.</p> <p>Visitas domiciliarias cuando lo</p>	<p>Derivación a broncopulmonar</p>



			<p>amerite.</p> <p>Hospitalización según severidad cuadro infeccioso.</p> <p>Seguimiento crónico respiratorio derivado con Contrareferencia.</p>	
Adulto	<p>Taller ambiente limpio del tabaco e importancia de lavado de manos.</p> <p>Taller ERA.</p>	<p>Educación a familias con adultos que presentan enfermedades Respiratorias.</p> <p>EMP</p>	<p>Control y manejo médico y kinésico según clínica.</p> <p>Espirometría basal y postbroncodilatador diagnóstica.</p> <p>Flujometría basal y postbroncodilatador.</p> <p>Encuesta calidad de vida.</p> <p>Rehabilitación Pulmonar</p> <p>Rx. De tórax ap-lateral.</p> <p>Visitas domiciliarias cuando lo amerite.</p> <p>Hospitalización según severidad cuadro infeccioso.</p> <p>Seguimiento crónico respiratorio derivado con Contrareferencia</p>	<p>Derivación a broncopulmonar</p>
Adulto mayor	<p>Taller ambiente limpio de</p>	<p>Educación familias con adulto mayor</p>	<p>Control y manejo médico y kinésico según clínica.</p>	<p>Derivación a broncopulmonar</p>



contaminantes intradomiciliarios e importancia de lavado de manos. Taller ERA.	que presenta enfermedades Respiratorias. EMPAM	Espirometría basal y postbroncodilatadora diagnóstica. Flujometría basal y postbroncodilatadora. Encuesta calidad de vida. Rehabilitación Pulmonar Rx. De tórax Apical lateral. Visitas domiciliarias cuando lo amerite. Hospitalización según severidad cuadro infeccioso.
---	---	---



[Handwritten signature]
SECRETARIO MUNICIPAL
LAJA
DE ALCALDIA



PLAN DE CAPACITACIÓN

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AÑO 2019

El Departamento de Salud Municipal de Laja, mediante su comité de Capacitación, presenta el Programa Anual de Capacitación (PAC) 2019, el cual se entrega al honorable Concejo, Servicio de Salud y Ministerio de Salud.

Los Ejes Estratégicos son orientaciones que dan cuenta de líneas de trabajo priorizadas por el Sector Salud para la década 2011-2020. Para cada Eje Estratégico se han definido un conjunto de impactos esperados que identifican una Meta al 2020 y un conjunto de resultados esperados asociados a cada impacto. La estrategia de capacitación aporta o contribuye en los Resultados Inmediatos que permiten alcanzar los resultados esperados.

Los Ejes Estratégicos, Impactos, Resultados Esperados y Resultados Inmediatos se definen a continuación:

- Eje estratégico 1: Enfermedades transmisibles
- Eje estratégico 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad
- Eje estratégico 3: Hábitos de vida
- Eje estratégico 4: Curso de vida
- Eje estratégico 5: Equidad y salud en todas las políticas
- Eje estratégico 6: Medio ambiente
- Eje estratégico 7: Institucionalidad del sector salud.
- Eje estratégico 8: Calidad de la atención
- Eje estratégico 9: Emergencias, desastres y epidemias.



➤ EJE ESTRATÉGICO N° 1: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Resultados esperados:

- Vacunación contra la Tuberculosis a recién nacidos (ENS).
- Detección a tiempo de la Tuberculosis (ENS)
- Adherencia al tratamiento contra la Tuberculosis (ENS).

Resultados inmediatos:

- Promoción de la consejería para la adherencia al tratamiento contra la Tuberculosis
- Abordaje de Tuberculosis (TBC) en poblaciones indígenas.

Resultados esperados:

- Vacunación anti influenza y antineumocócica a grupos definidos (ENS).
- Atención de calidad y a tiempo de pacientes con infecciones respiratorias (ENS).
- Promoción del autocuidado frente a enfermedades respiratorias en la comunidad.

Resultados inmediatos:

- Inmunización para enfermedades respiratoria en grupos vulnerables.
- Abordaje de la Enfermedad Respiratoria en el Adulto.
- Abordaje de la Enfermedad Respiratoria en Niñas y Niños.

Resultados esperados:

- Prevención y control de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores (ENS).
- Tamizaje para zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores (ENS).
- Tratamiento de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores (ENS).

Resultados inmediatos:





- Manejo, prevención y control del Mal de Chagas.
- Prevención y control del Dengue.
- Vigilancia y notificación de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores.

Resultados esperados:

- Vigilancia epidemiológica (ENS).
- Capacidad de alerta y respuesta para enfermedades transmisibles (ENS).
- Vacunación para enfermedades transmisibles (ENS).
- Prevención, vigilancia epidemiológica, control y manejo clínico de las Hepatitis B y C (ENS)

Resultados inmediatos:

- Prevención y tratamiento integral de ITS
- Vigilancia y notificación de enfermedades transmisibles.

Resultados esperados:

- Detección y tratamiento a tiempo de grupos vulnerables (ENS).
- Tratamiento continuo de personas que viven con VIH/SIDA (ENS).
- Atención de calidad del Programa VIH/SIDA (ENS).

Resultados inmediatos:

- Prevención y tratamiento integral del VIH / SIDA.
- Adherencia al tratamiento
- Acompañamiento.



➤ EJE ESTRATÉGICO N° 2: ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD

Resultados esperados:

- Compensación de presión arterial en personas hipertensas (ENS).
- Atención oportuna con enfermedades cardiovasculares (ENS).
- Atención continua de personas con enfermedades cardiovasculares (ENS).
- Fomento de la gestión ambulatoria de la atención, incentivando la compensación de los pacientes crónicos en los niveles de atención de menor complejidad.

Resultados inmediatos:

- Atención integral del paciente con ACV en servicio de urgencia.
- Diagnóstico y manejo del infarto agudo al miocardio.
- Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca.
- Resolutividad y derivación (GES).

Resultados esperados:

- Detección precoz de cáncer en grupos de riesgo (ENS).
- Tratamiento oportuno de personas con cáncer (ENS)

Resultados inmediatos:

- Sospecha y derivación de casos de Cáncer en niños y adultos.
- Manejo y cuidados paliativos.
- Prevención del Cáncer Bucal.
- Protocolos en Atención en Cáncer (GES)

Resultados esperados:

- Reducción de las complicaciones en personas con diabetes (ENS).
- Compensación de personas con diabetes mell. que se atienden en el Sector Público (ENS).

Resultados inmediatos:





Ejemplos de Resultados Inmediatos a los que podrían contribuir las Actividades de Capacitación:

- Protocolos de atención en diabetes (GES).
- Prevención de complicaciones (pie diabético, retinopatía, daño renal, etc.)
- Adherencia al tratamiento de la diabetes (insulinoterapia, régimen alimenticio)

Resultados esperados:

- Detección temprana de enfermedad renal crónica en pacientes de alto riesgo (ENS)
- Tratamiento oportuno para prevenir enf. renal crónica en pacientes de alto riesgo (ENS).

Resultados inmediatos:

- Estrategia de detección temprana y derivación oportuna de pacientes con sospecha de enfermedad renal crónica.
- Consejería para el autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica.

Resultados esperados:

- Atención y det. a tiempo de personas con asma y enf. pulmonar obstructiva crónica (ENS).
- Atención de calidad a personas con asma y EPOC (ENS).

Resultados inmediatos:

- Detección temprana del asma bronquial.
- Control y manejo del adulto con asma bronquial.
- Control y manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Resultados esperados:

- Atención oportuna de personas con problemas de salud mental (ENS).
- Tratamiento de calidad de personas con problemas de salud mental (ENS).
- Inclusión social de personas con discapacidad de origen mental (ENS).



Resultados inmediatos:

- Consultoría en Salud Mental
- Salud mental comunitaria
- Abordaje de la depresión.
- Salud mental infanto-adolescente

Resultados esperados:

- Atención oportuna y de calidad a personas en situación de discapacidad (ENS).
- Inclusión de las personas en discapacidad (ENS).
- Atención a cuidadores (ENS).

Resultados inmediatos:

- Sistema de calificación y certificación de discapacidad en red.
- Atención integral de niñas y niños con problemas de hipoacusia temprana.
- Valoración geriátrica integral.

Resultados esperados:

- Prevención de enfermedades bucales en niños y escolares (ENS).

Resultados inmediatos:

- Promoción de la salud bucal en niñas y niños.
- Prevención de caries en preescolar.

Resultados esperados:

- Disminución de los factores de riesgo de causas de accidentabilidad atribuibles a condiciones de salud del conductor y/o limitaciones o discapacidades asociadas a ellas (ENS).
- Fortalecimiento de los sistemas de rescate (ENS).

Resultados inmediatos:

- Fortalecimiento del Servicio de Atención Médica de Urgencia.





Resultados esperados:

- Mejorar la prevención en distintas etapas del curso de vida (ENS).
- Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género (ENS).

Resultados inmediatos:

- Detección y primera respuesta a víctimas de abuso sexual.
- Detección y primera respuesta para el abordaje de casos de maltrato.
- Prevención y Detección precoz de la violencia de género.

➤ **EJE ESTRATÉGICO N° 3: HÁBITOS DE VIDA**

Resultados esperados:

- Fiscalización para el cumplimiento de la Ley del tabaco (ENS).
- Consejerías breves para cesar consumo de tabaco (ENS).

Resultados inmediatos:

- Introducción a la prevención, control y cesación del consumo de tabaco.
- Consejería para la cesación del consumo de tabaco.

Resultados esperados:

- Detección de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años de edad (ENS).
- Intervenciones de prevención de consumo de riesgo de alcohol en jóvenes (ENS).
- Trabajo intersectorial para tratar consumo de riesgo de alcohol (ENS).

Resultados inmediatos:

- Consumo de alcohol guía para reducir riesgos.
- Detección del bebedor problema (AUDIT)

Resultados esperados:



- Detección del consumo de drogas (ENS).
- Intervención preventiva del consumo de drogas (ENS).

Resultados inmediatos:

- Introducción del abordaje del consumo de drogas.
- Intervención preventiva del consumo de drogas.
- Estrategia intersectorial para la prevención de consumo de drogas en adolescentes.

Resultados esperados:

- Promoción de los factores protectores que cuidan de la obesidad a los niños (ENS).
- Prevención de factores de riesgo de la obesidad infantil (ENS).

Resultados inmediatos:

- Obesidad infantil.
- Promoción de hábitos de alimentación saludables.
- Promoción de la lactancia materna.

Resultados esperados:

- Realización de actividad física por parte de la población (ENS).

Resultados inmediatos:

- Promoción de la actividad física para la disminución de riesgo cardiovascular.

Resultados esperados:

- Promoción de la salud en comunas del país (ENS).
- Promoción y prevención en lugares de trabajo (ENS).
- Prevención de salud en consultorios (ENS).

Resultados inmediatos:

- Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.





- Estilos de vida y espacios saludables.
- Autocuidado y Protección de la salud.
- Prevención de problemas derivados del envejecimiento.
- Mejoramiento de las condiciones ambientales causantes de enfermedad.
- Promoción de la actividad física en el trabajo.

Resultados esperados:

- Prevención de enfermedades de transmisión sexual y promoción de sexo seguro (ENS).
- Información sobre salud sexual y reproductiva a la población (ENS).

Resultados inmediatos:

- Consejería de promoción de la salud sexual y prevención de ITS (Uso del condón y condón femenino).
- Manejo ITS.

➤ **EJE ESTRATÉGICO N° 4: CURSO DE VIDA**

Resultados esperados:

- Control de salud a mujeres para futuros embarazos (ens).
- Detección a tiempo de problemas en embarazo (ens).
- Atención especializada a mujeres embarazadas que requieran en centros de atención primaria, centros de especialidad y hospitales (ens).
- Atención al recién nacido (ens).

Difusión e implementación plena de la ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción del embarazo en tres causales.

Resultados inmediatos:

- Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (ley 21.030)
- Abordaje de la depresión perinatal.
- Manejo de patología obstétrica para disminuir la morbimortalidad perinatal.
- Manejo de morbilidad materno grave.
- Programa de apoyo al recién nacido.



Resultados esperados:

- Prevención de problemas de crecimiento y desarrollo en niños y niñas (ENS)
- Detección a tiempo de problemas en el crecimiento y desarrollo de niños y niñas para evitar complicaciones (ENS).

Resultados inmediatos:

- Taller de promoción temprana del desarrollo en el primer año de vida.
- Evaluación del desarrollo psicomotor en control de salud infantil.
- Garantía de acceso universal al sistema de protección social promoviendo el desarrollo de niños y niñas desde la gestación, mediante estrategias de colaboración intersectorial.

Resultados esperados:

- Vigilancia del intento suicida en adolescentes (ENS).
- Mejorar los niveles de cobertura y calidad de la atención del control de salud integral del adolescente

Resultados inmediatos:

- Incorporar componente de prevención de suicidio en los planes comunales de salud
- Fortalecer y articular red local de salud de prevención del suicidio
- Atención de salud integral del adolescente con énfasis en salud mental

Resultado esperado:

- Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva

Resultados inmediatos:

- Espacios amigables de calidad para adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva (ENS).
- Adolescentes de 10 a 19 años con consejería salud sexual y reproductiva
- Consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes.





- Aumentar la cobertura del uso de los métodos de regulación de fertilidad más efectivos en población de adolescentes
- Asegurar abordaje manejo integral del embarazo repetido en la adolescencia y el acceso a métodos de regulación de fertilidad, favoreciendo el uso de métodos anticonceptivos reversibles (larcs) en las madres adolescentes.

Resultados esperados:

- Información para los y las trabajadores/as sobre riesgos en el trabajo (ENS).
- Prevención de accidentes del trabajo (ENS).
- Implementación de plan de seguridad y salud en el trabajo (Política Nacional SST).

Resultados inmediatos:

- Prevención de riesgos laborales en establecimientos de atención de salud.
- Protocolo de notificación de accidentes laborales.

Resultados esperados:

- Verificar el cumplimiento de los riesgos protocolizados por parte de las empresas y los organismos administradores de la ley 16.744 (ENS).

Resultados inmediatos:

- implementación de protocolos de vigilancia en salud ocupacional (tmert, mmc, istas 21, prexor, citostaticos, etc.)
- vigilancia en salud ocupacional para el trabajador.

Resultados esperados:

- Detección a tiempo de mujeres entre 45 y 64 años con deterioro de calidad de vida (ENS).
- Controles de salud a mujeres en edad de climaterio (ENS).
- Atención de calidad a mujeres en edad de climaterio (ENS).

Resultados inmediatos:



- atención de la mujer en etapa de climaterio.
- autocuidado de la mujer en etapa de climaterio.

Resultados esperados:

- Evaluación funcional de personas adultas mayores (ens).
- Atención integral de personas adultas mayores (ens)

Resultados inmediatos:

- guía ges nac.
- examen de medicina preventiva del adulto mayor.
- fragilidad y demencia en el adulto mayor.
- promoción de la autovalencia en el adulto mayor.

➤ EJE ESTRATÉGICO N° 5: EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Resultados esperados:

- Transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud (ENS).
- Modificación o formulación de políticas, normas, reglamentos y planes de salud de acuerdo con el Convenio 169 (ENS).
- Incorporación del enfoque intercultural bajo estándar del Artículo 7 de la Ley N°20.584 en el modelo de atención en salud (ENS).

Resultados inmediatos:

- Principios, valores y objetivos estratégicos que sustenta la Política de Salud y Pueblos Indígenas.
- Marco conceptual de la salud intercultural y/o complementaria.
- Aplicación de la normativa nacional vigente en salud intercultural y el convenio 169 de la OIT relativo al derecho a la salud de los pueblos indígenas.





Resultados esperados:

- Diseño y planificación de estrategias orientadas a reducir brechas de género en temas de salud (ENS).
- Monitoreo de las inequidades de género en todos los temas de salud (ENS).
- Inclusión del género en las Políticas Públicas de Salud y como Determinante Social de la Salud.
- Promoción de la acción intersectorial e intervención en los determinantes sociales de la salud con Enfoque de Género.

Resultados inmediatos:

- Perspectiva de Género y estrategias de comunicación e información sanitaria desagregada por sexo.
- Uso de estadísticas en salud con enfoque de género.
- Equidad e Implementación del Plan de Igualdad de Oportunidades en los distintos niveles del sistema de salud.

Resultados esperados:

- Diseño y adopción de una política nacional de inmigración que permita mejorar la condición de vida de la población inmigrante en Chile (ENS).
- Aumentar disponibilidad de información sobre estado de salud y acceso a servicios de salud de población inmigrante (ENS)
- Abordaje intersectorial en el tratamiento de los problemas de salud de inmigrantes y refugiados. Programa Nacional de Rehabilitación.

Resultados inmediatos:

- Tratamiento y Derivación de víctimas de Trata de Personas.
- Detección Temprana de situación de Trata de Personas.
- Concepto de trata de personas como una forma de esclavitud contemporánea con fines de explotación

Resultados esperados:

- Transversalización del enfoque de salud penitenciaria en los programas de salud (ENS).



- Integración de políticas, normas, reglamentos y planes de salud con enfoque de salud penitenciaria (ENS).

Resultados inmediatos:

- Enfoque de salud penitenciaria.
- Prevención de salud en personas privadas de libertad.

➤ EJE ESTRATÉGICO N° 6: MEDIO AMBIENTE

Resultados esperados:

- Condiciones ambientales saludables para la calidad de vida de las personas (ENS).
- Implementación de la Agenda Global de Hospitales Verdes y Saludables.
- Implementación del Instructivo Presidencial de Eficiencia Energética en la Administración Pública 2016.

Resultados inmediatos:

- Metales pesados, toxicología, salud y ambiente.
- Implementación de Estrategias de Gestión Ambiental.
- Agenda de Energía 2050.
- Efectos del Cambio Climático en el Sector Salud.
- Responsabilidad legal básica: Decreto REAS, Residuos Líquidos, Fuentes Contaminantes Atmosféricas fijas, entre otros.

Resultados esperados:

- Vigilancia y fiscalización de todas las intoxicaciones alimentarias (ENS).
- Alimentación saludable como factor protector de la salud y de las condiciones ambientales.

Resultados inmediatos:

- Implementación de huertos orgánicos con pacientes de salud mental.
- Implementación de minutas saludables de alimentación para funcionarios.





➤ EJE ESTRATÉGICO N° 7: INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

Resultados esperados:

- Repositorio nacional de datos en salud (ENS).
- Generación de reportes y estadísticas (ENS).
- Disponibilidad de datos e información para uso público (ENS).
- Políticas públicas de salud que utilizan información del repositorio nacional de datos (ENS).

Resultados inmediatos:

- Identificación del perfil epidemiológico de la población del territorio a cargo.
- Identificación de las poblaciones y/o áreas geográficas (Mapas georreferenciados)
- Uso de estándares para las comunicaciones en sistemas de información.
- Interoperabilidad de los sistemas.
- Incorporación de la Telemedicina y otras tecnologías para brindar asesoría remota de apoyo al diagnóstico y tratamiento médico.
- Formulación, desarrollo y evaluación de proyectos de inversión en tecnologías de información y comunicación para la utilización y aplicación en salud.
- Gestión del cambio para proyectos de mejoramiento de los procesos clínicos y procesos con registro clínico electrónico.
- Incorporación al Gobierno Electrónico. Agenda Digital. Manejo del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE). Manejo del Sistema Chile Compras.

Resultados esperados:

- Aplicación en políticas por parte de autoridades o grupos de interés de resultados generados en investigación científica (ENS).
- Investigación priorizada: funcionamiento y posicionamiento de un sistema de priorización y gestión de las brechas de conocimiento en políticas y sistemas de salud (ENS).
- Centros de investigación consolidados en torno a temáticas de salud poblacional (ENS).



Resultados inmediatos:

- Bioestadística para estudios poblacionales.

Resultados esperados:

- Fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana y trabajo integrado de los Directivos del Sector (ENS).
- Mecanismos de participación y ejercicio de derechos implementados en Servicios de Salud y SEREMIS de Salud (ENS).

Resultados inmediatos:

- Fomento de la participación deliberativa de los usuarios y ciudadanos en la toma de decisiones relacionadas con la salud de la población y comunidad.
- Potenciar la valoración y confianza de la ciudadanía.
- Énfasis de la participación ciudadana desde el enfoque de derechos en salud.

Resultados esperados:

- Fortalecimiento del modelo de inversión en infraestructura (ENS).

Resultados inmediatos:

- Mantenimiento o manejo preventivo de instrumental, equipamiento médico y odontológico.
- Mantenimiento o manejo preventivo de la infraestructura de los establecimientos de salud.
- Gestión logística de establecimientos de salud.
- Abastecimiento. Manejo de stock críticos.
- Manejo de Bodega.
- Manejo de servicios generales de establecimientos de salud: alimentación, aseo, transporte, electricidad, lavandería, gasfitería, calderas, manejo de basuras y residuos, etc.
- Estándares de pertinencia cultural y participación, en el diseño del Proyecto de Mejoramiento Arquitectónico.



Resultados esperados:

- Dotación adecuada de personal en el Sector Salud (ENS).
- Adquisición y desarrollo de competencias (ENS).
- Mejorar condiciones laborales (ENS).

Resultados inmediatos:

- Buenas prácticas laborales en Desarrollo de personas en el Estado: Fortalecimiento del rol del servidor público, promoviendo los principios de probidad, Transparencia y buen trato.
- Instructivo Presidencial Sobre Buenas Practicas en el Desarrollo de Personas en el Estado.
- Desarrollo e implementación de Políticas de Gestión y Desarrollo de Personas: Definición y evaluación de Planes Estratégicos para su materialización.
- Manejo del Sistema de Información de personas y Capacitación para la gestión del RR.HH.
- Aplicación de estudios y metodologías de estándares de personal para satisfacer las demandas de atención y determinar las brechas existentes.
- Metodologías de detección y solución de problemas en el área de gestión y
- Estrategias de intervención organizacional o gestión del cambio en establecimientos en estudios Preinversionales o en Puesta en Marcha.
- Incorporación activa de Modelos y Proceso de Evaluación de los Resultados de la Capacitación en forma gradual desde evaluación de reacción, aprendizaje, aplicabilidad, resultado e impacto.
- Incorporación de Modelos y Proceso de Diseño Instruccional que permitan asegurar la calidad del aprendizaje que se ofrece a los Funcionarios.
- Planificación y gestión estratégica de la Capacitación: Uso de tecnologías y metodologías educativas pertinentes, centradas en el aprendizaje y en la adquisición y desarrollo de competencias de desempeño. Gestión de procesos de aprendizaje apoyados por tecnología para los funcionarios de salud (e-Learning, b-Learning, m-Learning, simulación)
- Ley N° 20.607, sanción de las prácticas de acoso laboral.
- Gestión y diálogo social con Organizaciones Gremiales.
- Programas proyectos orientados a potenciar la promoción de la conciliación de la vida, personal-familiar y laboral.



Resultados esperados:

- Fortalecimiento de la gestión financiera (ENS).
- Eficiencia en el uso de recursos de la red asistencial (ENS).

Resultados inmediatos:

- Capacitación en materia de inversión Hospitalaria asociada a la implementación de los cambios.
- Aplicación de marcos legales y reglamentarios en la gestión de recursos físicos y financieros para la estructura y funcionamiento de establecimientos de salud.
- Desarrollo y uso de indicadores e instrumentos de control y evaluación de la gestión administrativa, física y financiera de los establecimientos
- Capacitación en Metodología de Estudio pre inversiones y en mantención actualizada de registro de equipamiento en Hospitales.
- Articulación para la detección y satisfacción de necesidades de capacitación relacionadas con la mantención y adquisición de nuevos equipamientos médicos, odontológicos e industriales.
- Estrategias para aumentar la eficiencia en el uso de los recursos. Implementación de Centros de Responsabilidad y de Costos.
- Aplicación de herramientas para análisis y control de las finanzas públicas. Contabilidad Gubernamental. Formulación presupuestaria.

Resultados esperados:

- Acceso y oportunidad de la atención en salud (ENS).
- Fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia dentro de los Servicios de Salud (ENS)
- Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral con Enfoque en Salud Familiar, Comunitaria y de Redes Integradas de Salud.
- Fortalecer el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.

Resultados inmediatos:

- Cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud GES. Monitoreo de la implementación y mejoramiento de la atención de las patologías y problemas de salud incorporados al Sistema GES.





- Medicina basada en la evidencia.
- Bioética, principios y valores en el modelo de atención.
- Atención integral y continuidad del proceso de atención de patologías oncológicas.
- Desarrollo de estrategias de consultoría y consejería de especialistas para mejorar la resolutivez de los niveles de menor complejidad respecto a patologías GES.
- Telemedicina, como estrategia de apoyo de especialistas en niveles de menor complejidad, mejorando resolutivez, coordinación de redes, oportunidad de atención, etc.
- Énfasis en manejo del Sistema de información y registro para la gestión de las garantías explícitas en salud (SIGGES). y otros sistemas de registro, como repositorio nacional de lista de espera (RNLE).
- Evaluación de tecnologías en salud (ETESA).
- Gestión y desarrollo de Sistemas de Referencia y Contra Referencia.
- Fortalecimiento del Modelo de Autogestión Hospitalaria en Red tanto para los establecimientos como para sus redes: Cumplimiento de requisitos y procesos asociados, con énfasis en los procesos asistenciales claves y en la gestión eficiente de los recursos.
- Fortalecimiento de la Gestión de Redes específicas: Red de Salud Mental, Comunitaria, Red de Urgencia con Sistema de Atención Pre-hospitalaria integrada. Coordinación sectorial para la integralidad de la atención (FONASA, SS, Autoridad Sanitaria Regional, APS, etc.).

Resultados esperados:

- Cooperación técnica (ENS).
- Participación en agenda internacional (ENS).
- Difusión de actividades de cooperación (ENS).

Resultados inmediatos:

- Difusión de agenda internacional en salud.



➤ EJE ESTRATÉGICO N° 8: CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Resultados esperados:

- Acreditación de la calidad de los prestadores de salud (ENS).

Resultados inmediatos:

- Sistema de acreditación de prestadores institucionales e individuales para la calidad de la atención y seguridad del usuario, y sus características.
- Desarrollo de sistemas de vigilancia, control y evaluación de indicadores y estándares de calidad de la atención: Reducción de tasas de Infecciones
- Intra hospitalarias (IAAS), úlceras por presión (UPP), prevención de caídas, prevención de eventos adversos, iatrogenias y otros indicadores de calidad y seguridad de la atención.
- Aplicación de medidas de prevención de riesgos biológicos, físicos, mecánicos y de factores causantes de enfermedad y de problemas de salud adicionales.
- Gestión del riesgo asociado a factores que afectan la calidad, seguridad y continuidad de la atención de salud.
- Equipos Críticos, Derecho a saber. Análisis de procesos y de prácticas asociadas de trabajo. Promoción, desarrollo, difusión e intercambio de buenas prácticas.

Resultados esperados:

- Calidad de los medicamentos (ENS).
- Vigilancia de medicamentos (ENS)
- Uso racional de medicamentos (ENS)

Resultados inmediatos:

- Farmacovigilancia y reporte de efectos adversos.
- Uso racional de medicamentos.

Resultados esperados:

- Satisfacción de los usuarios con los espacios y la atención de las instituciones de salud (ENS).





- Probidad, Transparencia y Ética Pública aplicada a la gestión de los servicios de salud en todos los niveles del sistema.
- Énfasis en el fortalecimiento de las OIRS: Sistemas de gestión de reclamos y sugerencias, considerando la gestión de tiempos de demora y la calidad de las respuestas.

Resultados inmediatos:

- Consideraciones éticas, de pertinencia cultural y legal que plantea la implementación de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud.
- Visualización del usuario y familia como sujeto de derecho.
- Énfasis del rol del personal de salud como consejero y facilitador en salud, en el proceso de toma de decisiones del usuario.
- Definición de la cartera de servicios y prioridades de atención de la red local, regional y supra regional.
- Protocolos de atención, monitoreo y seguimiento del trato amable, digno, acogedor, inclusivo y de no discriminación, mediante metodologías participativas.
- Definición, monitoreo y evaluación de metas, indicadores y estándares de calidad y seguridad de la atención y trato al usuario. Formulación, implementación y evaluación de un plan de mejoramiento continuo.
- Evaluación del grado de satisfacción usuaria respecto a la atención de salud proporcionada en los establecimientos de la red. Aplicación de metodología para evaluar de manera sistemática, periódica, atingente y confiable la satisfacción usuaria.
- Mejoramiento de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de enfermedades no incluidas en el GES.
- Desarrollo de competencias de atención al usuario y solución de problemas, en forma prioritaria en el personal de las oficinas que atienden público y/o con gran interacción con el usuario. Mediación en salud de conflictos derivados de negligencias o malas praxis.



➤ EJE ESTRATÉGICO N° 9: EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS.

Resultados esperados:

- Gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del
- sector salud ante emergencias y desastres (ENS).
- Hospitales preparados para emergencias y desastres (ENS).

Resultados inmediatos:

- Gestión integral del riesgo en emergencias, desastres y epidemias para el sector salud: Marco conceptual, institucionalidad nacional y sectorial.
- Elaboración y actualización de Planes de gestión de Riesgos en emergencias, desastres y epidemias para el sector salud.
- Elaboración Plan de Emergencia Interno de Hospitales.
- Planeamiento hospitalario, Sistema de Comando de Incidentes para hospitales.
- Aspectos operativos de la respuesta sectorial ante emergencias, desastres y epidemias: adaptación del sistema de comando de incidentes, Constitución de salas de crisis, Implementación de acciones de protección de la salud mental, Vigilancia epidemiológica, Comunicación del riesgo, Emergencias radiológicas, Primera Respuesta a Incidentes con Materiales Peligrosos (PRIMAP), entre otros.
- Uso de información georreferenciada para la Gestión Territorial en Emergencias y Desastres.
- Implementación y uso del módulo de emergencias de la plataforma MIDAS.
- Instrumentos de reporte en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.
- Aplicación del índice de Seguridad Hospitalaria
- Desarrollo de la Estrategia de Establecimientos Seguros frente a Emergencias y Desastres.
- Desarrollo y gestión de las telecomunicaciones ante emergencias y desastres.
- Desarrollo y conformación de Equipos médicos (EMT) ante Emergencias, Desastres y Epidemias.
- Marco general de funcionamiento, Orientaciones del Equipo (EMT) y estándares, Aspectos operativos de la Gestión Clínica de Emergencias.



[Handwritten signature]



- Capacidades del sector para la prevención, cuidado y promoción del bienestar psicosocial de la población en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.
- Estrategias para la protección de la Salud Mental ante emergencias, desastres y epidemias.
- Respuesta intersectorial, apoyo familiar y comunitario para la prevención, cuidado y promoción del bienestar psicosocial de la población en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.
- Primeros auxilios psicológicos o primera ayuda psicológica con énfasis en situaciones de emergencias, desastres y epidemias.
- Convención Marco de Cambio Climático. Plan de Adaptación al Cambio Climático del sector Salud.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN

Desarrollar en los funcionarios conocimientos y habilidades específicas que favorezcan la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

- Generar instancias aprendizajes específicos al área de trabajo de cada funcionario para el mejoramiento en la calidad de los servicios entregados.
- Entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.
- Dar cumplimiento a lo señalado la Ley 19.378 artículo 58° respecto de formular anualmente un proyecto de Programa de Salud Municipal, el cual deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud.

MARCO JURÍDICO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Considerando la importancia que tiene el marco jurídico para la construcción y desarrollo del Programa de Capacitación y en particular el reconocimiento de la misma para la Carrera funcionaria, se incluyen los principales aspectos relacionados con la capacitación señalados en el Estatuto de Atención Primaria de la Ley 19.378 y sus reglamentos (General de la ley 2.296/95 y de la Carrera funcionaria, Decreto 1889/95).

Principales aspectos relacionados con la Capacitación señalados en la Ley 19.378:

Artículo 22°: "Las entidades administradoras serán autónomas para determinar la forma de ponderar la experiencia, la capacitación y el mérito para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, según los criterios objetivos que al efecto se fijen en el reglamento municipal respectivo.

Artículo 38°: Define que para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria se entenderá por capacitación el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados en la forma señalada por esta ley y sus reglamentos".





Artículo 60º: Define que los Servicios de Salud supervisarán el cumplimiento de las normas técnicas que deben aplicarse a los establecimientos municipales de atención primaria y del Programa de Salud Municipal.

Principales aspectos relacionados con la Capacitación señalados en el Reglamento General de la Ley 19.378, aprobado en Decreto N° 2296, publicado el 23 de diciembre de 1995.

Artículo 12º: Define que las Entidades Administradoras de Salud Municipal formularán anualmente el programa anual de actividades en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud.

Principales aspectos relacionados con la Capacitación señalados en el Reglamento de la Carrera Funcionaria de la Ley 19.378, aprobado en Decreto N° 1889, del 29/11/1995.

Artículo 40º: " El Programa de Capacitación Municipal será formulado anualmente sobre la base de los criterios definidos por el Ministerio de Salud al efecto, en relación a los Programas de Salud Municipal, previa revisión y ajuste presupuestario por las Entidades Administradoras y será enviado a más tardar el día 30 de noviembre al Ministerio de Salud, el cual tendrá un plazo de 15 días para reconocer o hacer observaciones al programa de capacitación, en cuyo caso se procederá conforme a lo establecido, para el Programa de Salud Municipal, a fin de que estas discrepancias estén resueltas a más tardar el día 30 de diciembre de cada año."

Artículo 41º: "El Programa de Capacitación Municipal, será reconocido por el Ministerio de Salud, conjuntamente con la aprobación del Programa de Salud Municipal y tendrá las siguientes características:

Fundamentación del Programa: Se elaborará teniendo en consideración las necesidades de capacitación que presenten los funcionarios del establecimiento y los objetivos de los Programas de Salud. En cuanto a los objetivos de aprendizaje generales y específicos para el logro de las competencias de desempeño a adquirir por los participantes en cada una de las actividades programadas.

Contenidos y metodologías educativas: Número de participantes por categoría, y duración en horas pedagógicas de cada una de las actividades de capacitación."



Artículo 42°: Señala que el Ministerio de Salud para la aprobación del Programa de Capacitación Municipal evaluará la consistencia de éste con el Programa de Formación de Recursos Humanos reconocido por el Ministerio de Salud y con las necesidades y prioridades del Programa de Salud Municipal, y los elementos del programa local señalados en la formulación del programa y que sólo serán válidos para los efectos de ser consideradas en el proceso de acreditación, las actividades de capacitación efectuadas por organismos capacitadores reconocidos por el Ministerio de Salud.

Artículo 45°: Señala las exigencias de los cursos y estadías realizadas por cada funcionario para ser computados como elemento Capacitación de la Carrera Funcionaria y que corresponden a:

- Estar incluido en el Programa de Capacitación Municipal.
- Cumplir con la asistencia mínima requerida para su aprobación, y
- Haber aprobado la evaluación final.

Artículo 47°: Establece que las Entidades Administradoras podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios entre si y/o con instituciones del sector público y del privado para favorecer la capacitación de su personal.





PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2019 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD BIO BIO COMUNA LAJA (Tabla 1 de 3)

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL
			A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Detección a tiempo de la Tuberculosis	Capacitación en Tuberculosis	3	12	14	1	0	5	35
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Resolutividad y derivación (GES)	Acreditación en toma de Presión Arterial	0	3	8	1	0	0	12
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Promoción de la lactancia materna	Curso Lactancia Materna	3	12	14	1	0	5	35
	Autocuidado y Protección de la salud	Autocuidado del personal de Salud	3	12	14	1	0	5	35
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.	implementación de minutos saludables de alimentación para funcionarios	Curso en Alimentación saludable como factor protector de la salud y de las condiciones ambientales	3	12	14	1	0	5	35
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Manejo del Sistema de Información	Capacitación en Compras Públicas	3	12	14	1	0	5	35
	Fortalecer el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.	Capacitación GES	3	12	14	1	0	5	35
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Otros de interés Especifico por Área de desempeño	Mantener al personal actualizado, según sus áreas de desempeño. Cursos - capacitaciones presenciales o e-learning, Pasantías, autorizados por la jefatura	3	12	14	1	0	5	35
	Desarrollo de competencias de atención al usuario y solución de problemas	Curso de Trato al Usuario Interno y externo.	3	12	14	1	0	5	35
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias y desastres	Curso Reanimación Cardio Pulmonar Básica	3	12	14	1	0	5	35
Totales			3	12	14	1	0	5	35



(Tabla 2 de 3)

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO			TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO
				ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Detección a tiempo de la Tuberculosis	Capacitación en Tuberculosis	5		100.000		100000
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Resolutividad y derivación (GES)	Acreditación en toma de Presión Arterial	11	150.000			150000
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Promoción de la lactancia materna	Curso Lactancia Materna	6	300.000			300000
	Autocuidado y Protección de la salud	Autocuidado del personal de Salud	11		600.000		600000
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.	Implementación de minutas saludables de alimentación para funcionarios	Curso en Alimentación saludable como factor protector de la salud y de las condiciones ambientales	6	100.000			100000
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Manejo del Sistema de Información	Capacitación en Compras Públicas	6	100.000			100000
	Fortalecer el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.	Capacitación GES	5	107			100000
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Otros de Interés Específico por Área de desempeño	Mantener al personal actualizado, según sus áreas de desempeño, Cursos - capacitaciones presenciales o e-learning, Pasantías, autorizados por la jefatura	108				
	Desarrollo de competencias de atención al usuario y solución de problemas	Curso de Trato al Usuario Interno y externo.	11		900.000		900000
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias y desastres	Curso Reanimación Cardio Pulmonar Básica	5		100.000		100000
Totales				750.000	1.700.000		2.450.000





(Tabla 3 de 3)

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Detección a tiempo de la Tuberculosis	Capacitación en Tuberculosis	DSM LAJA	PATRICIA GALLEGOS	FEBRERO
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Resolutividad y derivación (GES)	Acreditación en toma de Presión Arterial	DSM LAJA	VIVIANA ITURRIAGA	ENERO A DICIEMBRE
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Promoción de la lactancia materna	Curso Lactancia Materna	DSM LAJA	VIVIANA ITURRIAGA	AGOSTO
	Autocuidado y Protección de la salud	Autocuidado del personal de Salud	DSM LAJA	MIRTHA ANABALÓN	MARZO
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.	Implementación de minutas saludables de alimentación para funcionarios	Curso en Alimentación saludable como factor protector de la salud y de las condiciones ambientales	DSM LAJA	PAMELA ABELLO	FEBRERO
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Manejo del Sistema de Información	Capacitación en Compras Públicas	DSM LAJA	JUAN P. ACEVEDO	DICIEMBRE
	Fortalecer el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.	Capacitación GES	SS BB	FRANKLIN NOVOA	DICIEMBRE
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Otros de Interés Específico por Área de desempeño	Mantener al personal actualizado, según sus áreas de desempeño, Cursos - capacitaciones presenciales o e-learning, Pasantías, autorizados por la jefatura	DSM LAJA/SSBB/CONTRALORIA/UVIRTUAL/ETC	ALEJANDRA BRAVO	ENERO A DICIEMBRE
	Desarrollo de competencias de atención al usuario y solución de problemas	Curso de Trato al Usuario Interno y externo.	COMPRA SERVICIOS	MASIEL OSSES	SEPTIEMBRE
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Gestión de riesgos en los ámbitos de preparación, respuesta y recuperación inmediata del sector salud ante emergencias y desastres	Curso Reanimación Cardio Pulmonar Básica	DSM LAJA	CÉSAR ORDENES	AGOSTO
Totales					



PROYECCIONES AÑO 2019

Con el compromiso y principal objetivo de lograr una atención en salud familiar, comunitaria, cercana a las personas, que traspase solo una atención profesional y de calidad en el box, el Departamento de Salud Municipal de Laja ha trabajado arduamente en concretar los objetivos planteados desde el 2018 y que se enmarcan en las principales necesidades reconocidas en el servicio que se entrega en nuestra comunidad rural lajina.

De esta manera es que, el Departamento de Salud ha trabajado en establecer un equipo que entregue un servicio íntegro, que reconozca el derecho de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa. Es de acuerdo a lo anterior que, hemos procurado garantizar y propiciar acciones que nos permita la implementación del aumento de la cobertura de su trabajo comunitario. Esto se traduce por ejemplo, en el dedicado trabajo por integrar a nuevos vecinos a los diversos grupos de adultos mayores o en la formación de monitores de salud que, cumplen un rol integrador en sus comunidades.

Y es que de acuerdo a lo anterior, podemos proyectar positivamente nuestro objetivo de aumentar la participación comunitaria en nuestro servicio. El trabajar en la formación de monitores de salud, no solo responde a una necesidad de contar con una persona que permita entregar determinada información relacionada al área de salud a sus vecinos, sino que también considera el querer hacer partícipes activos a una comunidad que tiene necesidades, problemáticas y conoce en primera persona quienes las padecen. Esta instancia de participación, ha permitido que el trabajo entre el equipo de profesionales y la comunidad, se enriquezca de buena manera, convirtiéndose en un círculo virtuoso y colaborativo.

De igual manera es que, se ha trabajado por lograr concretar y forjar un equipo multidisciplinario, el cual tiene como principal objetivo el servicio para nuestros niños del sector rural. En este caso, se ha propiciado el espacio para la Rehabilitación infantil, respondiendo a un desafío planteado a nivel país y que tiene relación con enfrentar la discapacidad a través de un mejor servicio entregado por nuestra área. Este quehacer, se ha convertido en una importante línea de acción de nuestro Departamento, por lo que responsablemente, el equipo de profesionales que componen este equipo, ha participado en capacitaciones relacionadas con aquellos niños y niñas que requieren cuidados especiales en salud (NANEAS)





Es en esta misma línea de acción es que hemos destacado como la única comuna de la provincia del Biobío que cuenta con Equinoterapia. Este espacio de desarrollo especialmente dedicado a nuestros niños y jóvenes que presentan alguna discapacidad, fue un planteamiento que, como Departamento fue fijado durante el 2018 y que, actualmente se lleva cabo en conjunto con la comunidad rural de Curaco.

Igualmente, se nos plantea como una continuidad o cadenas de acciones el propiciar y participar una Mesa de Trabajo Comunal para consolidar el proyecto de contar con una nueva Posta Rural en el sector de Rucahue. Este proyecto se ha convertido en una de las prioridades de nuestro Departamento, considerando que solo en este sector contamos con más de 700 usuarios que no cuentan con establecimiento de salud cercano y solo dependen de las rondas médicas establecidas o deben trasladarse hasta el centro de Salud ubicado en Laja urbano.

Desde inicio de esta administración municipal, se ha propiciado el optimizar el trabajo con los recursos existentes. Sin embargo, cabe destacar la gestión que cada día realiza el Alcalde de la comuna junto a la Directora de Salud para concretar nuevos ingresos o recursos que permitan mejorar el servicio de calidad en nuestro Laja Rural. Es de esta manera que, para este 2019 ya proyectamos los recursos necesarios para lograr la Demostración Sanitaria en nuestras tres postas rurales, siendo Santa Elena la primera en poder optar debido que se gestionaron recursos este 2018 en el cual nos permitió realizar mejoramiento de infraestructura de acuerdo a lo exigido por la Seremi de Salud.

Uno de los villorrios que cuentan con mayor densidad poblacional, es el sector de Santa Elena. Es de esta manera que, tiene una especial consideración al momento de determinar la necesidad de ampliación de su infraestructura.

De igual manera, es que actualmente se trabaja en la Implementación de Protocolo de atención por cada programa que se lleva a cabo en nuestro Departamento de Salud, para empezar a trabajar por una futura acreditación que pueda presentar nuestras postas rurales.

Además como línea trabajo para el 2019 tenemos la implementación del sistema SAC para la mayoría de nuestras postas rurales que responde a la necesidad de modernizar y agilizar procesos, pero además, y por sobretodo, permitirá mantener fichas electrónicas de nuestros usuarios, en Red. Una opción que facilitará el acceso a la información de nuestros profesionales. Bajo esta misma línea acción es que, proyectamos la realización de Auditorías internas para el cumplimiento de

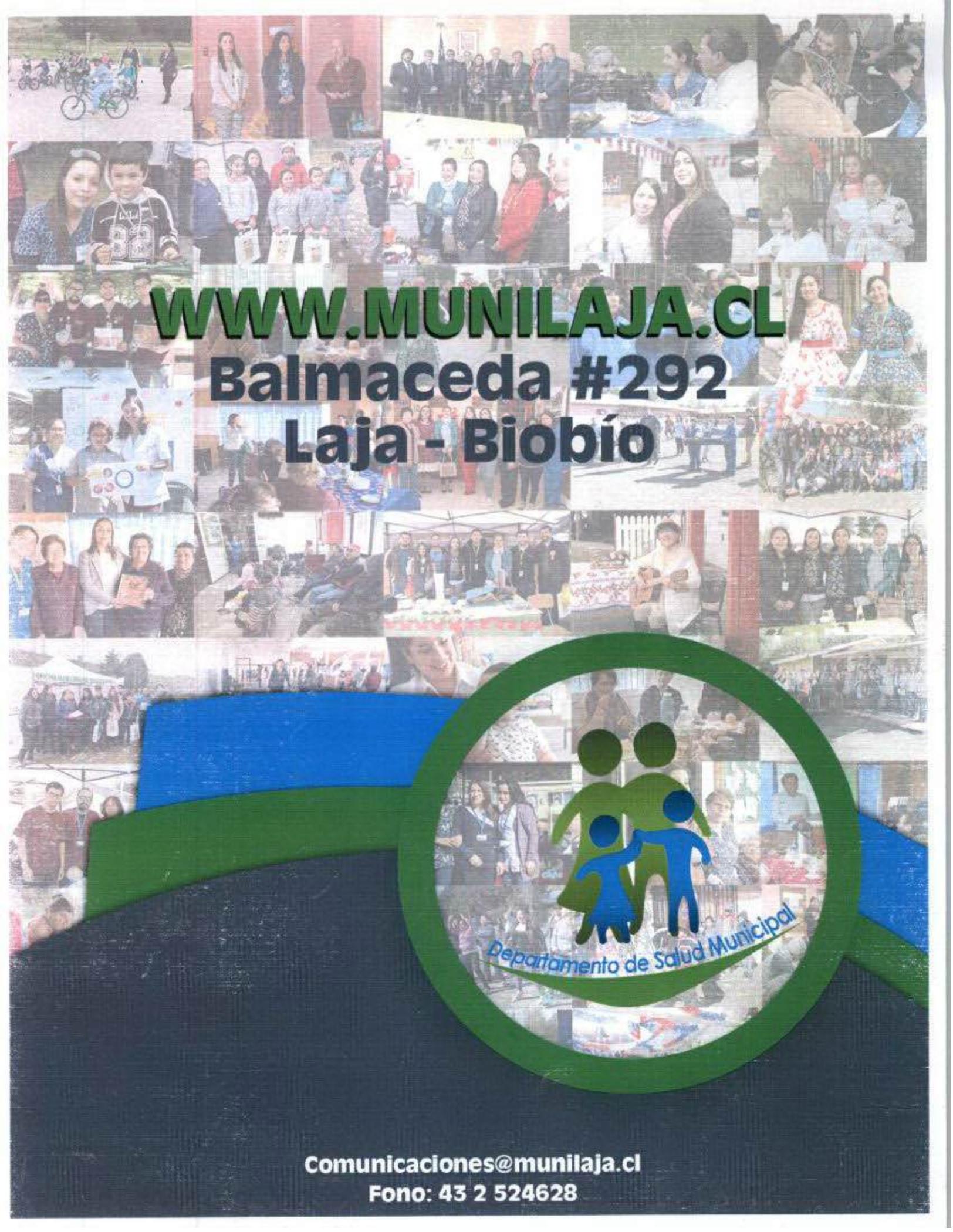


los diferentes programas que desarrollamos, con la finalidad de ir realizando evaluaciones contantes e implementar estrategias en el caso que corresponda para mejorar los procesos.

Es de esta manera que, desde esta Dirección desarrollaremos estrategias que permitan a nuestros funcionarios adquirir, potenciar y fortalecer habilidades y conocimientos que generen la entrega de una atención de salud actualizada, de calidad y oportuna. Siempre, considerando un trabajo mancomunada con nuestros usuarios, con nuestra comunidad rural, la cual cumple un rol relevante, no solo como pacientes, sino como actores estratégicos que aportan de manera significativa desde el diagnóstico hasta la ejecución de nuestras acciones.

Cada una de las acciones precisadas en este plan, que permiten generar la proyección de nuestro Plan 2019, responden a un proceso de diagnóstico y también de evaluación de todo el plan de acción llevado a cabo durante el 2018, un año en el que asumimos importantes desafíos y que hemos ido cumpliendo con las directrices de la primera autoridad comunal. Es este proceso de evaluación, no falto de críticas constructivas y valoradas por todo un equipo de trabajo, que permite que hoy podamos formular nuestro Plan Comunal 2019, el cual ciertamente considera desafíos ambiciosos como lo es lograr la Demostración Sanitaria, el cual se convierte en el objetivo macro que da pie a todas y cada una de las propuestas innovadoras y acordes a nuestra comunidad que, nuestro equipo d trabajo hoy está realizando.





WWW.MUNILAJA.CL
Balmaceda #292
Laja - Biobío



Comunicaciones@munilaja.cl
Fono: 43 2 524628