

I N D I C E

| MATERIA | | PÁGINAS |
|---|------|---------|
| ☺ INTRODUCCIÓN | | 3 |
| ☺ OBJETIVO GENERAL | | 4 |
| ☺ IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD | | 5 |
| ☺ DIAGNÓSTICO HOSPITAL COMUNITARIO | | 7 |
| ☺ NUEVOS ESTANDARES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS LOCALES DE SALUD RURAL | | 9 |
| ☺ ANTECEDENTES DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR DE COPIULEMU (CECOSF) | | 24 |
| ☺ DESCRIPCIÓN SECTORIZADA DE LAS CENTROS LOCALES DE SALUD RURAL | | 26 |
| ☺ EVALUACIÓN METAS SANITARIAS | 2011 | 68 |
| ☺ EVALUACIÓN PROGRAMA RESOLUTIVIDAD | 2011 | 70 |
| ☺ EVALUACIÓN ÍNDICES DE ACTIVIDADES DE LA APS | 2011 | 71 |
| ☺ PROGRAMAS DE SALUD LOCAL | 2012 | 72 |
| ☺ PROGRAMA DE CAPACITACIÓN (PAC) | 2012 | 127 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| ☺ PROYECTO PRESUPUESTO AÑO 2012 | 131 |
| ☺ DOTACIÓN RECURSO HUMANO 2012 | 133 |
| ☺ AUSENTISMO LABORAL 2011 | 134 |
| ☺ INDICADORES DE EVALUACIÓN PLAN 2012 | 135 |

INTRODUCCIÓN

La Programación Local constituye un procedimiento mediante el cual el **Centro de Salud Rural** planifica, operacionaliza y facilita la coordinación, aprovechamiento de los recursos y organización de las tareas a partir de las características y necesidades propias de la **Comuna de Florida**.

Nuestra misión en salud es garantizar la calidad de la atención a la comunidad y la eficiencia en la gestión, respondiendo a las demandas de la población **Floridana**, a través del mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y recurso humano vinculado a la atención integral de salud acorde con la necesidad de los usuarios; por lo cual debemos esforzarnos y trabajar por cumplir las metas y objetivos aquí planteados.

Con el Plan de Salud como herramienta principal de planificación se pueden definir objetivos, metas y estrategias, como así también el **Equipo de Salud** debe asumir un compromiso de trabajo de acuerdo a las políticas de salud en el marco de las normas técnicas y programáticas que emanan del Ministerio de Salud y basadas en la realidad local

Para que la Programación Local sea realmente participativa requiere de una comunidad proactiva, de un equipo de salud y autoridades locales comprometidas en llevar a cabo este proceso; para lo cual se requiere de motivación, voluntad y de conocimientos de lo que se está realizando y hacia dónde queremos llegar.

Retomando la senda de participación social, la **Dirección de Salud Municipal** se plantea el desafío de convocar a un sin número de actores de la sociedad **Floridana** a participar en la **Programación 2012**; en los cuales se incluyen los comités de Salud de los cinco **Centro Locales de Salud Rural**, clubes deportivos, juntas de vecinos, grupos de autoayuda, integrantes del Concejo de Desarrollo del Hospital.

En una primera etapa del Plan se evaluaron las actividades Y Programas desarrollados durante el año 2011.

En una segunda etapa se realizó el proceso de **Autodiagnóstico y Planificación Participativa**, con los diferentes actores sociales de la comunidad y el equipo de salud de Florida.

Por último en una tercera etapa de **Planificación Técnica**, incorporando las necesidades promocionales, preventivas y recuperativas en los diferentes **Programas de Salud**. Igualmente se realizó el plan de capacitación, presupuesto, dotación e indicadores de evaluación para el año 2012.

El hecho de que se haya vuelto a desarrollar el Plan de Salud en forma participativa significa un gran esfuerzo en lograr un acercamiento a las necesidades planteadas por la comunidad y ser ellos realmente quienes indiquen los problemas más sentidos en su Comuna en materia de salud y aporten fórmulas para resolver en conjunto dichos problemas.

OBJETIVO GENERAL DE LA PROGRAMACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA EN SALUD

El objetivo del Programa es ejecutar las políticas de salud en el marco de las normas técnicas y programáticas que emanan desde el Ministerio de Salud según las prioridades fijadas por los respectivos Servicios de Salud y basados en la realidad local de nuestra comuna evidenciada a través de un **Diagnóstico Participativo y Jornadas de Programación**; por medio de las cuales se pretende que el equipo de salud, comunidad y autoridades locales gestionen las acciones posibles de realizar durante el año 2012; mejorando el Nivel de vida la Comunidad Floridana.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD
DESARROLLADO POR EQUIPO DE SALUD DAS

| | Aspectos Positivos | Aspectos Negativos |
|--------------------------|--|---|
| | Fortalezas | Debilidades |
| Aspectos Internos | <ul style="list-style-type: none"> • Grupo Pequeño, heterogéneo. • Multidisciplinario, lo que nos permite llegar a acuerdos fácilmente • Rotación e itinerancia: los profesionales se mueven entre las distintas Postas permitiendo tener una amplia visión de todos los centros de salud • Personal de salud disponible los fines de semana • Criterios uniformes o unificados en relación al desarrollo de la tarea • Compromiso con el trabajo • Disponibilidad de recursos tanto financieros como RRHH • Existe empatía en el equipo de salud • Grupo de personas jóvenes y con ideas innovadoras | <ul style="list-style-type: none"> • Separación de Recursos financieros y humanos por Programas Ministeriales • Escasa instancia para compartir como equipo • Dispersión del equipo de salud (por distancia entre las Postas) • Baja Autocritica • Mucha información fluye de manera informal • "Suponemos antes de saber" • Confundir el trabajo con la amistad (las críticas no se dicen por temor a "herir a la persona") |

| | Oportunidades | Amenazas |
|--------------------------|--|---|
| Aspectos Externos | <ul style="list-style-type: none">• Capacitación continua• Organizaciones Sociales que se relacionan con las Postas (redes de apoyo)• Ruralidad: permite desarrollar un buen trabajo con la familia• Recursos Financieros• Clima: el frío y la lluvia invitan a reunirse | <ul style="list-style-type: none">• Deficiente cobertura de servicio de internet y telefonía celular• Dificultades asociadas a la ruralidad• Dispersión geográfica de los usuarios entre sí• Las calificaciones• El personal del Hospital de Florida enfatizan demasiado en los errores del equipo de la DAS en vez de realizar un acompañamiento pro activo en post, finalmente, de la comunidad• Mercado Público• Cenabast• Poco compromiso de la comunidad con el cuidado de su salud y enfermedad• Extrema pobreza y baja escolaridad |

Diagnóstico del Hospital Tipo IV de la Comuna

La Salud de la población está a cargo del Hospital tipo 4 (Ver Mapa N° 3) acreditado como Hospital Comunitario en el año 2009 dependiente del Servicio de Salud Concepción, que a la vez tiene a su cargo la atención de toda la comuna a través del Hospital, 5 Centros Locales de Salud Rural (ex Postas) y una Estación Médico Rural.

Recursos Humanos: Cuenta con una planta de 71 funcionarios. La planta esquemática es la siguiente:

- 5 Médicos.
- 2 Odontólogos.
- 1 Químico Farmacéutico.
- 4 Enfermeras.
- 2 Matronas.
- 1 Nutricionista
- 1 Asistente Social
- 2 Contadores
- 5 administrativos
- 19 Auxiliares Paramédicos
- 15 Auxiliares de Servicio.
- 6 Choferes
- 1 Jefe Administrativo
- 1 Psicólogo
- 2 Kinesiólogos
- 1 Asistente Social
- 1 Digitadora SIGGES
- 1 Técnico Paramédico PSCV
- 1 Podólogo

Infraestructura: Hospital de madera de 1200m² de superficie construida en superficie total de 2800m²

Equipamiento Médico

- Ecógrafo Sonoace
- Sala de Rayos X Osteopulmonar y Dental
- Espirómetro
- Oxímetro de pulso
- Electrobisturí
- Desfibrilador cardiaco
- Monitor Cardiofetal
- Servicio de esterilización Autoclave
- Bicicletas estáticas

Vehículos:

- 2 Ambulancia integrada a la red SAMU.
- 1 Ambulancia de transporte de pacientes.
- 1 Camioneta Ambulancia
- 1 Furgón para traslado de paciente
- 1 Camioneta para el traslado de médicos hacia las Postas aumentando la frecuencia de estas; además del incremento de visitas domiciliarias integrales por parte de los médicos del Hospital.

REPOSICIÓN DEL HOSPITAL

Se encuentra en Estudio Pre Inversional, a la espera de compra de terreno. Posteriormente se desarrollarán las Etapas de Licitación y Construcción del Recinto Asistencial.

NUEVOS ESTANDARES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS LOCALES DE SALUD RURAL

DEFINICION

El Centro Local de Salud Rural (ex Posta de Salud Rural) es un establecimiento de menor complejidad que forma parte de la red asistencial, localizado en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o mediana o gran dispersión, a cargo de las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales.

El Centro Local de Salud Rural es un activo agente del desarrollo sustentable de las comunidades rurales, por lo que simultáneamente forma parte de red de salud y de la red intersectorial.

Los Centros Comunitarios de Salud Rural cubren las necesidades de salud de las poblaciones rurales en localidades concentradas o dispersas entre 500 y 4.500 habitantes permanentes.

Sin embargo, la creación y localización de estos establecimientos dependerá de diversas condiciones dadas por los siguientes factores, presentes individual o conjuntamente:

- **Isócrona una hora y media a pie:** Existencia de población que vive a una distancia caminando de más de una hora de distancia al establecimiento de salud más cercano.
- **Accesibilidad:** Dificultades en la accesibilidad geográfica a otros centros de salud dadas por las condiciones geográficas locales: por ejemplo, cuestras, quebradas, cursos de agua, cerros, etc.
- **Vías de comunicación:** Existencia de dificultades en las vías de comunicación. Por ejemplo calidad de los caminos, existencia de cortes temporales o permanentes, inexistencia de caminos.
- **Transporte:** Dificultades o falta de acceso a medios de transporte público, frecuencia de transporte público no adecuado a horarios de atención del establecimiento más cercano, inferior a 4 veces por día.

ROL DE LOS CENTROS LOCALES DE SALUD RURAL

El Centro es un espacio de acogida para la población rural en su proceso de búsqueda de cuidado y atención de salud y mantención del bienestar. El Centro ejecuta su rol en las comunidades rurales, respondiendo a la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, en base a los siguientes ejes:

Integralidad de la atención y continuidad de los cuidados: Ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación, de acuerdo al nivel de complejidad establecido para estos centros.

Accesibilidad: Facilitar el acceso a la atención de salud y la red asistencial de las comunidades rurales, ya sea a través de la acción directa, aumentando la capacidad resolutoria local, como del acceso a otras redes de apoyo a las comunidades locales.

Integración con la red asistencial: En materia de atención de salud los Centros Locales de Salud Rural son la instancia encargada de prestar las acciones básicas de atención de salud de baja complejidad, y de derivar a los centros de mayor capacidad de resolución a aquellas personas que presentan patologías que no se pueden resolver en el nivel local, y acogiéndolos en su retorno al nivel local.

Garantías Explícitas en Salud El Centro constituye el primer punto de acceso de la población rural al sistema de Garantías Explícitas en Salud y a la red de urgencia del Servicio de Salud correspondiente, a través de la primera atención, derivación y seguimiento de las personas.

Anticipación al daño: En materia de prevención, el Centro entrega las acciones de los programas de salud orientadas a lo preventivo en todas sus dimensiones: salud física, salud mental, prevención de factores de riesgo, fomento de factores protectores de la salud, a lo largo del ciclo vital y a través de la implementación del modelo de salud familiar y comunitario adecuado a las condiciones locales.

Población a cargo: En el marco del modelo de salud familiar, el Centro local asume la responsabilidad sobre el estado de salud de la población de su área de influencia, a través de trabajo sistemático con las familias inscritas, siendo en este rol equivalente al sector de los CESFAM, asumiéndose al equipo de ronda como el equipo de cabecera de dicho sector.

Emergencias y catástrofes: El Centro es un actor esencial del sector salud para el enfrentamiento de emergencias, catástrofes y otras contingencias en las localidades rurales, especialmente las más aisladas, constituyéndose en nexo para el trabajo intersectorial requerido.

Protección social: Forma parte de la red pública de protección social, promueve el desarrollo integral de las comunidades rurales y asume el rol de animador social de la localidad en que está inserto.

El Centro se articula con otros sectores sociales del Estado, por lo que convoca y es convocado en torno a objetivos compartidos en el espacio local.

Derechos en salud: El Centro fomenta el ejercicio de ciudadanía a través de la difusión y educación en derechos y deberes en salud y si en la localidad viven población indígena respetar sus derechos que su cultura sea considerada para la atención de salud.

Facilita el acceso de la población rural a bienes públicos de salud: programas de alimentación, programas de inmunización, campañas sanitarias, programas de vigilancia en salud ambiental, otros programas públicos, a través de las acciones del Técnico Paramédico residente y de equipo de salud que realiza las rondas.

Interculturalidad: El Centro se articula y se relaciona colaborativamente con los agentes sanadores locales y tradicionales de salud, especialmente los pertenecientes a comunidades indígenas, implementando el modelo de salud con pertinencia cultural.

CARTERA DE SERVICIOS DE LOS CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD RURAL

El Centro de Salud Rural ejecuta las acciones de los programas de Salud, y que se encuentran contempladas en el Plan de Salud Familiar.

A su vez, asume las acciones que le corresponden según su nivel de resolutivez en el cumplimiento de las Garantías Explícitas de Salud. Sin embargo, le corresponderá la derivación y el seguimiento de pacientes GES de su área de influencia. También le corresponde realizar la continuidad de los cuidados y tratamientos, ya establecidos.

Por otra parte, de acuerdo a la disponibilidad de recursos locales, se realizan las acciones asociadas a recursos de Programas de Atención Primaria.

Y en relación con el ambiente, el Centro realiza las siguientes acciones especialmente enfocadas en el trabajo comunitario: Educación ambiental, Vigilancia ambiental.

EQUIPO DE SALUD

El equipo de salud rural constituye el equipo de cabecera de la población bajo su jurisdicción. Está constituido por el TPM más el equipo que realiza la ronda rural. Para el Centro el equipo de cabecera previsto en el modelo de salud familiar está constituido por el equipo de salud que acude a las rondas, así como el o los Técnicos paramédicos residentes que hacen la continuidad de la atención. Para esto deben de tener capacitación continua programada tanto para reforzar conocimiento y técnicas como para estar al día con los cambios de roles o tareas.

Se deberá establecer un profesional responsable del Centro, a cargo de la supervisión del mismo y de coordinar las tareas de programación, evaluación y seguimiento. Cada entidad administradora deberá estudiar la pertinencia y modalidad de otorgación de la asignación de responsabilidad a lo profesionales responsables de Centros Locales de Salud Rural.

Se recomienda la existencia de un segundo técnico paramédico en el Centro de acuerdo a los siguientes criterios:

- Población sobre 1.000 inscritos en el Centro concentrados, o entre 500 y 1000 dispersos.
- Existencia de programa de trabajo comunitario validado por el Servicio de Salud respectivo.
- Existencia de Programa de trabajo con las familias adscritas al centro, validado por el Servicio de Salud respectivo.

Los integrantes del equipo de cabecera del Centro son:

Médico/a

Enfermero/a

Matrón/a

Nutricionista

Asistente Social

Kinesiólogo/a

Odontólogo/a

Psicólogo

Técnico paramédico

Chofer

Otros profesionales o técnicos que se definan localmente si se trata de población indígena, la atención a la mujer se sugiere sea realizada por matrona para respetar usos culturales.

CONDICIONES SANITARIAS

Las condiciones sanitarias deben asegurar las características materiales básicas y seguras para prestar atención de calidad. En los centros Locales de Salud Rural éstas se definen de acuerdo a los criterios de calidad establecidos para la autorización sanitaria.

NIVEL DE RESOLUTIVIDAD

A través de las acciones ejecutadas por los diversos integrantes del equipo de salud, se realizarán todos los procedimientos diagnósticos y/o de

tratamiento propios de la atención primaria, utilizando las tecnologías habituales de este nivel: toma de muestras y procedimientos diagnósticos básicos: electro cardiograma, ecografía, radiografías dentales.

Procedimientos correspondientes a Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), y realización de tratamientos kinésicos rehabilitadores básicos, cuando asiste kinesiólogo/a como parte de la ronda.

Respecto a las urgencias, se requiere implementar turnos de llamada de los técnicos paramédicos fuera del horario hábil, con reconocimiento de su rol dentro de la red de urgencia. En cada Servicio de Salud se deberán establecer los procedimientos, normas y protocolos que respaldan el rol de los Técnicos Paramédicos en la primera atención y derivación de las urgencias ocurridas derivables y no derivables.

El Centro asumirá, a través de las acciones del TPM y el equipo de sector correspondiente, la responsabilidad del seguimiento de tratamientos indicados a pacientes desde el nivel secundario, y el monitoreo de citaciones a interconsultas, cautelando el adecuado uso de los recursos y de minimizar los costos transferidos al paciente por concepto de pérdida de horas, traslados, listas de espera no resultas y retrasos en las atenciones.

Para apoyar estas acciones del TPM se deberá contar con una existencia de medicamentos para 1ª atención y continuidad de tratamientos farmacológicos GES

Para esto requiere contar con un recinto denominado **botiquín autorizado**, a cargo del TPM residente.

NIVEL TECNOLÓGICO Y EQUIPAMIENTO

Los elementos nuevos que se incorporan al equipamiento básico de los Centros Locales de Salud rural son:

Programa Salud Infantil: Set para exámenes de desarrollo psicomotor TEPSI, set de estimulación de desarrollo psicomotor.

IRA-ERA: equipo de oxigenoterapia: O2, bomba de aspiración, flujómetro, humidificador, nariceras, espirómetro de Right, oxímetro de pulso.

Programa Cardiovascular: medidor de micrométodo para detección de glicemia y colesterol.

Control de embarazo: detector de latidos cardíacos fetales, cintas combur test.

Telecomunicaciones: base y móviles para comunicación con red asistencial y para control de pacientes inestables en condiciones de lejanía del Centro.

Tecnología informática. Los Centros deben contar con computadores personales y conexión a Internet para facilitar las labores de estadísticas, derivaciones, capacitación necesarios para el desarrollo de su rol.

ACTIVIDADES PLAN DE SALUD FAMILIAR

| PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO |
|--|
| Control de salud del niño sano |
| Evaluación del desarrollo psicomotor |
| Control de malnutrición |
| Control de lactancia materna |
| Educación a grupos de riesgo |
| Consulta nutricional |
| Consulta de morbilidad |
| Control de enfermedades crónicas |
| Consulta por déficit del desarrollo psicomotor |
| Consulta kinésica |
| Consulta de salud mental |
| Vacunación |
| Programa Nacional de Alimentación Complementaria |
| Atención a domicilio (Alta precoz) |

| |
|--|
| PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE |
| Control de salud |
| Consulta de morbilidad |
| Control crónico |
| Control prenatal |
| Control del puerperio |
| Control de regulación de fecundidad |
| Consejería en salud sexual y reproductiva |
| Control ginecológico preventivo |
| Educación grupal |
| Consulta morbilidad obstétrica |
| Consulta morbilidad ginecológica |
| Intervención Psicosocial |
| Consulta y/o conserjería en salud mental |
| Programa Nacional de Alimentación Complementaria |
| Atención a domicilio (Alta precoz) |

| |
|--|
| PROGRAMA DE LA MUJER |
| Control prenatal |
| Control del puerperio |
| Control de regulación de fecundidad |
| Consejería en salud sexual y reproductiva |
| Control ginecológico preventivo |
| Educación grupal |
| Consulta morbilidad obstétrica |
| Consulta morbilidad ginecológica |
| Consulta nutricional |
| Programa Nacional de Alimentación Complementaria |

| |
|---|
| PROGRAMA DEL ADULTO |
| Consulta de morbilidad |
| Consulta y control de enfermedades crónicas |
| Consulta nutricional |
| Control de salud |
| Intervención psicosocial |
| Consulta y/o conserjería en salud mental |
| Diagnóstico y Control de la TBC |
| Educación grupal |
| Atención a domicilio |
| PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR |
| Consulta de morbilidad |
| Consulta y control de enfermedades crónicas |
| Consulta nutricional |
| Control de salud |
| Intervención psicosocial |
| Consulta de salud mental |
| Diagnóstico y Control de la TBC |
| Educación grupal |
| Consulta kinésica |
| Vacunación antiinfluenza |
| Atención a domicilio |

| |
|---------------------------------------|
| PROGRAMA DE SALUD ORAL |
| Examen de salud |
| Educación grupal |
| Urgencias |
| Exodoncias |
| Destartraje y pulido coronario |
| Obturaciones temporales y definitivas |
| Aplicación sellantes |
| Pulpotomías |
| Flúor tópica |
| Endodoncia |
| Rx dental |

ACCIONES CENTROS LOCALES DE SALUD RURAL EN GARANTÍAS EXPLÍCITAS

| Patología | Prestación de Salud |
|--|--|
| Diabetes Mellitus tipo 2 | Sospecha, entrega eventual de fármacos, Controles y seguimiento. |
| Artritis idiopática Juvenil | Pesquisa y derivación oportuna. |
| Asma bronquial en adultos | |
| Urgencia odontológica ambulatoria sospecha de abscesos de espacios anatómicos del territorio buco máxilo facial y/o flegmon oro cérvico facial de origen odontológico. | Tendrá acceso a atención de urgencia y tratamiento inmediato desde la confirmación diagnóstica. Educación sobre cuidados y prevención de caries |
| Depresión leve y moderada en Personas de 15 años y más | Acceso a tratamiento en el Centro de Salud consultorio desde el momento de la confirmación del diagnóstico, el que contempla consulta con médico y con otros profesionales de salud, terapia de grupo y tratamiento farmacológico según prescripción médica. |
| Quemaduras Graves o de Riesgo Vital. | Sospecha y derivación oportuna Educación a la familia, visita domiciliaria integral. |
| Vicios de Refracción en Personas de 65 años y más | Tratamiento: entrega de lentes. Una vez confirmado alguno de los problemas de salud señalados, se garantiza que la persona accederá a anteojos ópticos correctores dentro de 30 días desde la indicación médica. |
| Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en Personas de 65 años y más | Diagnóstico clínico, radiológico, tratamiento farmacológico y kinésico durante las primeras 48 horas. |
| Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera y limitación funcional severa. | Atención kinesiológica desde el primer día luego del alta hospitalaria. Visita domiciliaria integral |
| Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos | Ambulatorio: controles, cuidados, educación y tratamientos de forma ambulatoria, ya sea en el hospital o bien en el Centro de Salud consultorio. En el domicilio: Si el paciente no puede concurrir al centro de atención, continuará con el tratamiento, cuidados y educación. recibirá la visita del personal de salud del consultorio centro de salud a cargo, |
| Hipertensión arterial | Detección, Control- Educación entrega eventual de fármacos |
| Epilepsia no refractaria en personas mayores de 1 año y menores de 15 | Sospecha, derivación oportuna, entrega eventual de fármacos Control- Educación |
| Asma Bronquial Moderada y Severa en menores de 15 años | Diagnóstico control radiografía y a exámenes para evaluar su capacidad respiratoria. Tratamiento Tratamiento desde la sospecha consulta con médico general o especialista. Consulta ambulatoria con kinesiólogo, broncodilatadores y a aerocámara para tratamiento con inhalador según indicación médica. |
| EPOC | Control Educación en autocuidado |
| Salud Oral Integral del Adulto de 60 años | Tratamiento, procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación |

MUNICIPALIDAD DE FLORIDA
DIRECCION DE SALUD/

| | |
|---|---|
| Depresión | Control |
| Ortesis (o ayudas técnicas) para Personas de 65 años y más. | Entrega con indicación médica de: bastón, cojín o colchón antiescaras, andador de paseo o silla de ruedas. |
| Neumonía >65años | Control |
| Salud Oral Integral para Niños de Seis Años. | Limpieza y pulido de dientes y aplicación de fluor, así como obturaciones. Aplicación de sellantes y educación a la familia en protección y prevención daño bucal |
| Alivio del dolor | Visita domiciliaria |
| Infección Respiratoria Aguda (IRA baja) | Control, tratamiento antibióticos, broncodilatadores y kinesiterapia, si el médico lo indica. |
| ERA | Control |
| Estrabismo en Menores de 9 Años | Diagnóstico consulta médica y al examen de evaluación. Tratamiento y entrega de anteojos. |
| Hiperplasia benigna de la Próstata | Detección, diagnóstico y derivación |
| Cáncer Cérvico-uterino | Toma de PAP, seguimientos resultados, citación y seguimiento del tratamiento en casos positivos. |
| Prevención parto prematuro | Atención y derivación precoz ante síntomas de parto prematuro, monitoreo radial o telefónico constante de embarazadas tercer trimestre con factores de riesgos de PP. |
| Analgesia en el parto | Tener considerada y registrada su opción de analgesia en controles del tercer trimestre |
| Fisura labio palatina | Seguimiento del caso y derivaciones oportunas según etapa del tratamiento |
| Cáncer en menores de 15 años | Sospecha y derivación |
| Disrafias espinales | Seguimiento y derivación oportuna según etapas |
| IRA baja en niños | Tratamiento inmediato una vez diagnosticado. |
| Prematurez | Visita domiciliaria - Derivación oportuna según etapa de cuidados. |
| Estrabismo | Sospecha, seguimiento y derivaciones oportunas según etapas, reposición eventual de parches |
| Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años | Sospecha y derivaciones oportunas, entrega y reposición de fármacos en casos necesarios, coordinados con el centro de especialidades correspondiente.. |
| Fibrosis quística pulmonar | Monitoreo de casos, eventual entrega de fármacos según indicación centro de especialidades. |
| Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos | Recibirá la visita del personal de salud del hospital o del consultorio o Posta a cargo, según corresponda, entrega eventual de fármacos desde establecimiento correspondiente. |
| Linfoma en personas mayores de 15 años | Sospecha y derivación oportuna si corresponde. |
| Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en Personas de 35 a 49 años | Sospecha y derivación oportuna para eco tomografía. |
| Cáncer Gástrico en Personas de 15 Años y más | Sospecha y derivación oportunas. Seguimiento del caso. |

MUNICIPALIDAD DE FLORIDA
DIRECCION DE SALUD/

| | |
|--|---|
| Leucemia | Sospecha y derivación oportunas. |
| Diabetes Mellitus tipo 1 | Sospecha, derivación y seguimiento. |
| Enfermedad obstructiva crónica de manejo ambulatorio | Sospecha, derivación, entrega de fármacos, coordinación de uso de O2 domiciliario si lo requiriese |
| Tratamiento quirúrgico de cataratas. | Detección y derivación oportuna |
| Endoprótesis de cadera en mayor de 65 años y más con artrosis de cadera más limitación funcional severa | Sospecha, derivación. Kinesiterapia post quirúrgica en caso de requerirla y contarse localmente con kinesiólogo. |
| Vicios de refracción en personas de 65 años y más | Sospecha y derivación, seguimiento. |
| Neumonía adquirida en la comunidad, de manejo ambulatorio en personas de 65 y más años | Sospecha, derivación oportuna a confirmación diagnóstica, eventual entrega de fármacos y seguimiento, eventual visita domiciliaria. |
| Hipoacusia bilateral | Sospecha y derivación oportuna. |
| Infarto agudo al miocardio | Sospecha y derivación oportuna. |
| Trastornos de generación del impulso cardíaco y su conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapasos. | Sospecha y derivación oportuna |
| Hernia al núcleo pulposo lumbar | Sospecha y derivación oportuna |
| Artrosis de cadera o rodilla leve o moderada | Sospecha y derivación oportuna |
| Artritis reumatoide | Sospecha y derivación oportuna |
| Esquizofrenia | Sospecha y derivación oportuna |
| Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. | Sospecha y derivación oportuna, seguimiento de tratamiento, eventual entrega de fármacos, educación a la familia, visita domiciliaria integral. |
| Desprendimiento de retina no traumática | Sospecha y derivación oportuna |
| Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 20 años y más | Sospecha y derivación oportuna, seguimiento y entrega de estatinas para prevenir la recurrencia |
| Tumor primario del sistema nervioso central. | Sospecha y derivación oportuna |
| Trauma ocular grave | Sospecha y derivación oportuna |
| Urgencia odontológica ambulatoria | Sospecha y derivación oportuna. Atención inmediata si hay odontólogo al momento de consultar. |
| Politraumatismo grave | Acogida y traslado oportuno y en condiciones seguras (coordinar con SAMU) |
| Hemorragia cerebral por rotura de aneurisma. | Sospecha y derivación oportuna y en condiciones seguras (coordinar con SAMU) |

CANASTA DE PRESTACIONES DE LABORATORIO BASICO PARA APS

| CANASTA DE EXÁMENES DE LABORATORIO ATENCIÓN PRIMARIA | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Nº | EXÁMENES | Consultorio General Urbano | Consultorio General Rural | Servicio Atención Primaria de Urgencia |
| | HEMATOLOGIA | | | |
| 1 | HEMATOCRITO | X | X | X |
| | HEMOGRAMA | X | X | |
| 2 | RECuento LEUCOCITOS | X | X | X |
| 3 | VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN | X | X | |
| 4 | RECuento DE PLAQUETAS | X | | |
| 5 | RECuento DE RETICULOCITOS | X | | |
| 6 | TIEMPO DE PROTROMBINA | X | | |
| | BIOQUÍMICA | | | |
| | a) SANGRE | | | |
| 8 | COLESTEROL TOTAL | X | X | |
| 9 | FOSFATASAS ALCALINAS | X | X | |
| 10 | GLUCOSA | X | X | X |
| 11 | TRANSAMINASA PIRÚVICA | X | X | |
| 12 | UREA | X | X | X |
| 13 | ÁCIDO ÚRICO | X | | |
| 14 | BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA | X | | X |
| 15 | CREATININA | X | | |
| 16 | DEPURACIÓN DE CREATININA | X | | |
| 17 | GLUCOSA POST CARGA | x | | |
| 18 | COLESTEROL HDL | X | | |
| 19 | PROTEÍNAS TOTALES | X | | |
| 20 | TRANSAMINASA OXALOACÉTICA | X | | |
| 21 | TRIGLICERIDOS | X | | |
| | b) ORINA | | | |
| 22 | ORINA COMPLETA | x | x | |
| 23 | DETECCIÓN DE EMBARAZO | X | X | |
| 24 | GLUCOSURIA | X | X | X |
| 25 | SEDIMENTO URINARIO | X | X | X |
| 26 | CREATININURIA | X | | |
| 27 | CUERPOS CETÓNICOS | X | | |
| 28 | ALBUMINA | | | X |
| 29 | PROTEÍNAS TOTALES | X | X | |
| | c) DEPOSICIONES | | | |

MUNICIPALIDAD DE FLORIDA
DIRECCION DE SALUD/

| | | | | |
|----|---|---|---|--|
| 30 | LEUCOCITOS FECALES | X | X | |
| 31 | SANGRE EN DEPOSICIONES | X | X | |
| | INMUNOLOGÍA | | | |
| 32 | FACTOR REUMATOIDEO | x | | |
| | MICROBIOLOGÍA | | | |
| | a)BACTERIOLOGÍA | | | |
| 33 | BACILOSCOPIA ZIEHL NIELSEN (TOMA MUESTRA) | X | X | |
| 34 | EXAMEN DIRECTO AL FRESCO | X | X | |
| 35 | GONOCOCO,MUESTRA,SIEMBRA, DERIVACION | X | X | |
| 36 | UROCULTIVO,TOMA MUESTRA Y DERIVACION | | X | |
| 37 | ANTIBIOGRAMA CORRIENTE | X | | |
| 38 | UROCULTIVO,RECuento COLONIAS,ANTIBIOGRAMA | X | | |
| 39 | RPR O DERIVAR PARA VDRL. | X | | |
| | b)PARASITOLOGÍA | | | |
| 40 | COPROPARÁSITOLÓGICO SERIADO | X | X | |
| 41 | CRIPTOSPORÍDEUM PARVUM | X | X | |
| 42 | EXAMEN DE GRAHAM | X | X | |
| 43 | EXAMEN GUSANOS,MACROSCÓPICO | X | X | |
| 44 | TRICOMONA VAGINALIS(EX DIRECTO) | X | X | |
| 45 | RASPADO DE PIEL-ÁCARO TEST | X | | |
| 46 | EX.DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN | X | X | |

Antecedentes del Centro Comunitario de Salud Familiar de Copiulemu (CECOSF)

Es un Establecimiento dependiente de un Centro de Salud de Atención Primaria (en el caso de Copiulemu será apadrinado por el Cesfam Víctor Manuel Fernández); con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, que atiende a la Población Inscrita en el ex Centro Local de Salud Rural de Copiulemu

La propuesta de los CECOSF representa un gran desafío para la comuna ya que permite dar una mirada diferente al origen y la gestión de los Centros Locales de Salud Rural, como su nombre lo indica surge de la comunidad para potenciar y movilizar todos los recursos que ella dispone. Así el modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, Comunitario y en red, se ve afianzado al tener como aliada a la propia comunidad, de manera participativa, colaborando en la definición de las acciones que se implementan en el Establecimiento de Salud y generando el control social necesario para que el modelo de atención, en su aplicación, ponga énfasis en lo Preventivo, Promocional y Comunitario, sin descuidar la calidad de los aspectos curativos y de rehabilitación.

A través del CECOSF se pretende:

- ⊗ Responder a brechas de cobertura y accesibilidad
- ⊗ Fortalecer el modelo de atención con enfoque familiar
- ⊗ Fortalecer la participación comunitaria y el trabajo conjunto con el Equipo de Salud
- ⊗ Asegurar un mayor impacto sanitario, tanto en la salud individual, familiar y comunitaria
- ⊗ Avanzar con equidad en la distribución de los recursos en salud

Características del CECOSF:

- ⊗ Enfoque familiar, comunitario y en red
- ⊗ Compromiso con una población inscrita, definida numérica y territorialmente
- ⊗ Continuidad de los cuidados, acompañamiento a las familias a lo largo de su ciclo vital

- Cuidados integrados con énfasis en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- Involucramiento intersectorial en pro de mejorar la calidad de vida de las familias y personas

La Canasta de prestaciones es igual a la de un Centro Local de Salud Rural, se elimina el sistema de Rondas semanales, existiendo un equipo de salud de cabecera: Médico, Enfermera, Matrona, Dentista, Nutricionista, Técnicos Paramédicos, Auxiliar de Servicio, Administrativo, y de acuerdo a las necesidades locales se acordará (en conjunto con la comunidad) la contratación de otros integrantes del equipo de salud.

La inversión del CECOSF de Copiulemu es de M\$ 161, de los cuales M\$ 152 son para Construcción, M\$ 9 corresponde a equipamiento y M\$40 para gastos operacionales.

La Municipalidad establece un Convenio Tipo Mandato con el Servicio de Salud Concepción; en el cual el SSC asume la responsabilidad de ejecución total de la obra.

Descripción Sectorizada de los Centros Locales de Salud Rural de la Comuna

La Municipalidad de Florida a través de su Dirección de Salud tiene a su cargo la administración de cuatro Centros Locales de Salud Rural y un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF). (Ver mapa).
Con un Población de 4053 para el 2012 (según encuestas familiares, fuente DAS).

Población Inscrita Desagregada por Establecimiento de Salud

| Establecimiento de Salud | Nº de Inscritos |
|--------------------------|-----------------|
| Cancha Los Monteros | 320 |
| Copiulemu | 1957 |
| Granerillos | 1103 |
| Manco | 241 |
| Roa | 432 |
| TOTAL | 4053 |

La Dirección de Salud cuenta con la siguiente dotación (incluido el personal del CECOSF):

- 1 Matrona (Directora de la DAS)
- 1 Enfermera
- 2 Nutricionistas
- 1 Psicólogo
- 2 Dentistas
- 8 Técnicos Paramédicos
- 4 Auxiliares de Servicio
- 1 Auxiliar Dental
- 1 Jefa de Personal y Finanzas
- 1 Coordinadora de Postas
- 2 Asistentes administrativas

- 1 Chofer
- 1 Calificador de Derecho
- 3 Asistentes Sociales
- 1 Kinesióloga
- 1 Parvularia (Programa Chcc)

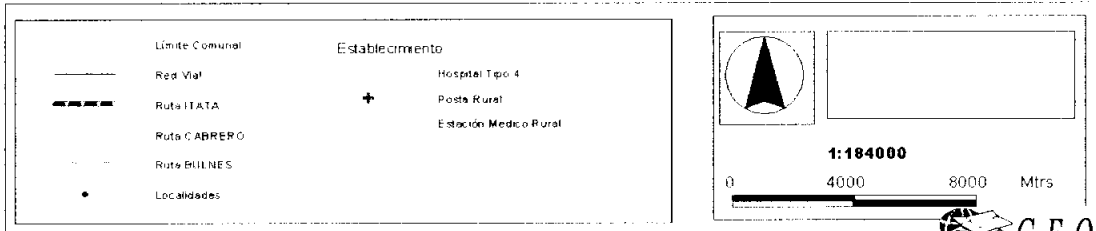
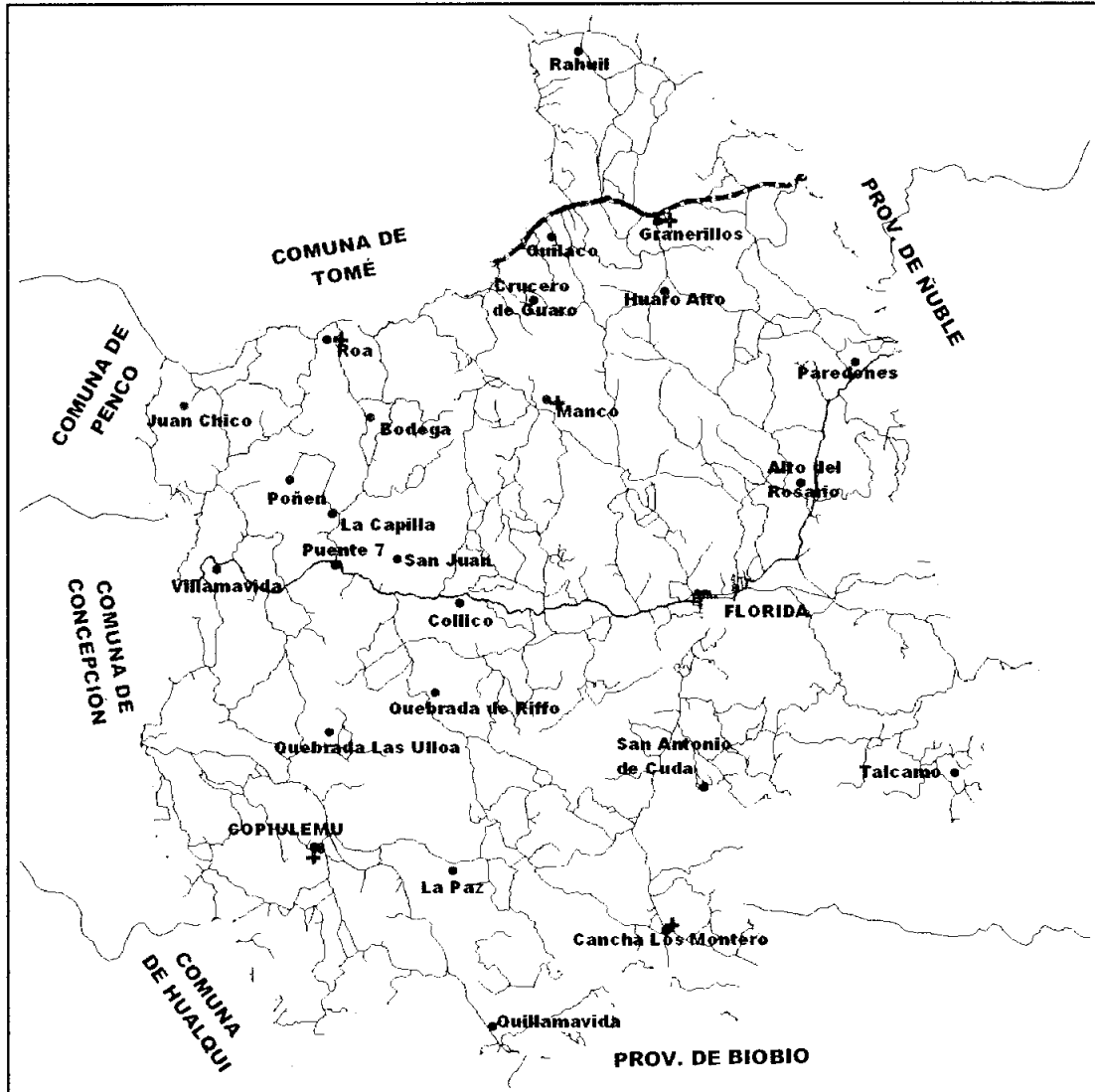
Los Centros están asistidas en forma permanente por Técnicos Paramédicos que residen en el recinto, con un horario de lunes a viernes de 08:30 a 13:00 y de 14:00 a 17:30 hrs., destacándose en el CECOSF de Copiulemu la atención de médico en el horario señalado anteriormente y con turnos los fines de semana por Técnico Paramédico, además de Rondas 4 sábados al mes con Médicos contratados por CECOSF

El Calendario de Rondas Médicas de las postas es el siguiente:

| CENTROS LOCALES DE SALUD RURAL | DIA DE RONDA |
|---------------------------------------|---------------------|
| Copiulemu (CECOSF) | Jueves |
| Granerillos | Miércoles |
| Roa | Martes |
| Cancha los Montero | Lunes |
| Manco | Viernes |

**COMUNA DE FLORIDA.
 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

FUENTE: PLADECO FLORIDA , 2000.



El presente Autodiagnóstico obedece a una serie de reuniones realizadas con la Comunidad y el Equipo de Salud.

Aquí se analizan las características más relevantes de cada uno de los sectores; además de incluir los Planes e Trabajo de los Comités de Salud de las Postas de acuerdo a la realidad local de cada uno de los sectores

Centro Local de Salud Rural Roa

Centro de Salud de Roa comprende 8 sectores, los que se describen a continuación:

1.- **Sector de Roa:** Ubicado a 11 Km. Al interior del puente 7 y a 24 Km. del Hospital de Florida; el camino está ripiado

La población corresponde a 52 familias, con un total de 162 personas. En este sector se encuentra ubicada la Posta de Salud Rural, cuya construcción es del año 2000.

La Posta en general está en buenas condiciones, pues existe un Plan de mantenimiento constante de ésta.

Con respecto a las Instalaciones Básicas se cuenta con Puntera y electricidad cuenta con 5 Box más Sala de Espera, Bodega de Leche y Farmacia, 2 Baños Públicos, 1 Baño para el personal y casa de Auxiliar Paramédico residente.

Atiende a una población total de 432 personas.

Además en este sector se ubica la Escuela básica, rural y unidocente G-640 con una matrícula de 5 alumnos.

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 100% de cobertura
- Agua por punteras: 38 familias
- Agua por acarreo: 4 familias
- Agua de vertiente: 10 familias

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- Comité de Salud
- Junta de Vecinos N° 11
- club Deportivo Femenino y Masculino
- Centro de Padres y Apoderados
- Iglesia Evangélica

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 35 familias
- Fosas Sépticas: 17 familias

Otros factores de riesgo

- Niños menores de 1 año: 2
- Adultos Mayores: 21
- Postrados: 2
- Usuarios en Programa de Salud Mental: 7
- Usuarios con patología crónica: 31

2.- **Sector lo Carrasco:** Ubicado a 4 Km. de la Posta y a 18 Km. del Hospital de Florida; el camino está ripiado
La población corresponde a 14 familias, con un total de 33 personas.

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 99% de cobertura
- Agua por punteras: 8 familias
- Agua por acarreo: 3 familias
- Agua de vertiente: 3 familias

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- No Hay

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 7 familias
- Fosas Sépticas: 7 familias

Otros factores de riesgo

- Niños menores de 1 año: 0
- Adultos Mayores: 6
- Postrados: 0
- Usuarios en Programa de Salud Mental: 0

- Usuarios con patología crónica: 5

3.- Sector Bodega: Ubicado a 5 Km. del centro de salud y a 19 Km. del Hospital de Florida; el camino principal está ripeado pero hay accesos interiores en mal estado y difícil acceso en época invernal.

La población corresponde a 30 familias, con un total de 45 personas.

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 100% de cobertura
- Agua por punteras: 17 familias
- Agua por acarreo: 5 familias
- Agua de vertiente: 8 familias

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- Junta de Vecinos Sector Bodega
- Iglesia Evangélica

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 21 familias
- Fosas Sépticas: 9 familias

Otros factores de riesgo

- Niños menores de 1 año: 0
- Adultos Mayores: 10
- Postrados: 1
- Usuarios en Programa de Salud Mental: 1
- Usuarios con patología crónica: 13

4.- **Sector Poñen:** Ubicado a 10 Km. del centro de salud y a 22 Km. del Hospital de Florida; el camino está ripeado y con gran cantidad de plantaciones forestales a su alrededor

La población corresponde a 24 familias, con un total de 48 personas

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 100% de cobertura
- Agua por punteras: 18 familias
- Agua por acarreo: 2 familias
- Agua de vertiente: 4 familias

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- Junta de Vecinos
- Centro de Padres y Apoderados de la escuela de Poñen

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 17 familias
- Fosas Sépticas: 7 familias

Otros factores de riesgo

- Niños menores de 1 año: 0
- Adultos Mayores: 6
- Postrados: 0
- Usuarios en Programa de Salud Mental: 0
- Usuarios con patología crónica: 7

5.- Sector Juan Chico: Ubicado a 13 Km. de la Posta y a 36 Km. del Hospital de Florida; el camino está ripeado

La población corresponde a 32 familias, con un total de 83 personas.

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 98% de cobertura
- Agua por punteras: 19 familias
- Agua por acarreo: 6 familias
- Agua de vertiente: 7 familias

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- Iglesia Evangélica (2)

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 25 familias
- Fosas Sépticas: 7 familias

Otros factores de riesgo

- | | |
|---|----|
| • Niños menores de 1 año: | 0 |
| • Adultos Mayores: | 16 |
| • Postrados: | 1 |
| • Usuarios en Programa de Salud Mental: | 2 |
| • Usuarios con patología crónica: | 12 |

6.- **Sector Lloicura:** Ubicado a 8 Km. de la Posta y a 30 Km. del Hospital de Florida; el camino está ripiado
La población corresponde a 7 familias, con un total de 20 personas.

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 100% de cobertura
- Agua por punteras: 6 familias
- Agua por acarreo: 1 familia

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- Iglesia Evangélica

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 5 familias
- Fosas Sépticas: 2 familias

Otros factores de riesgo

- | | |
|---|---|
| • Niños menores de 1 año: | 0 |
| • Adultos Mayores: | 4 |
| • Postrados: | 0 |
| • Usuarios en Programa de Salud Mental: | 0 |
| • Usuarios con patología crónica: | 5 |

7.- Sector Millahue: Ubicado a 9 Km. del centro de salud y a 32 Km. del Hospital de Florida; el camino está ripeado
La población corresponde a 2 familias, con un total de 8 personas.

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 100% de cobertura
- Agua por punteras: 2 familias

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- No Hay

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 2 familias

Otros factores de riesgo

- Niños menores de 1 año: 0
- Adultos Mayores: 0
- Postrados: 0
- Usuarios en Programa de Salud Mental: 0
- Usuarios con patología crónica: 0

8.- Sector Huaro: Ubicado a 6 Km. de la Posta y a 16 Km. del Hospital de Florida; el camino está ripeado
La población corresponde a 10 familias, con un total de 33 personas.

Servicios Básicos:

- Energía eléctrica: 100% de cobertura
- Agua por punteras: 10 familias

Disposición de Basuras

Se quema o elimina a campo abierto

Organizaciones Comunitarias:

- Iglesia Evangélica

Focos de Contaminación

- Basurales
- Vectores
- Roedores
- Pozos Negros

Sistema de Eliminación de excretas

- Pozos Negros: 2 familias
- Fosas Sépticas: 8 familias

Otros factores de riesgo

- Niños menores de 1 año: 1
- Adultos Mayores: 1
- Postrados: 1
- Usuarios en Programa de Salud Mental: 1
- Usuarios con patología crónica: 5

Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)

El CECOF posee una población inscrita de 1957 personas y comprende 8 sectores los cuales se describen a continuación:

1. Sector de Copiulemu

Descripción Geográfica: Pueblo Rural ubicado en la falda de un cerro, como su nombre lo indica en lengua Mapuche "Monte de Copihue", distante a 50 Km de Florida por la ruta 050 y por el interior camino de ripio en invierno de difícil accesibilidad a 22 Km de Florida.

Sus calles principales están asfaltadas, con iluminación y rodeada de bosques de pino insigne y eucaliptos, terreno seco y montañoso.

Junto con la urbanización el pueblo crece en conjuntos habitacionales, 2 ya constituidas: Renacer y Sol de Noviembre y 2 en formación: Sayem (Mujeres alegres), Villa 2000 y Villa San Adolfo.

Se habilitó Plaza Activa con 4 máquinas para el desarrollo de ejercicios.

Existen 175 familias en total 683 personas, de las cuales 326 son mujeres y 357 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 172 viviendas y 3 viviendas sin energía
- ✓ Red de Agua potable rural, supervisada por ESSBIO: 147 familias, 5 Instituciones
- ✓ Agua por punteras: 16 familias
- ✓ Agua por acarreo: 7 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 101 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 74 familias

Disposición de Basuras: Recolección Municipal en el Pueblo y en zona rural a través de quemas o a campo abierto.

En el Centro de Salud se cuenta con Recolección de Residuos Especiales y sólidos asimilables a cargo de la Empresa Prosesan.

Instituciones Públicas:

- ✓ Liceo de Copiulemu (Jornada Escolar Completa), con una matrícula de 205 alumnos y 22 docentes
- ✓ Reten de carabineros
- ✓ Registro Civil (Oficina que atiende los días jueves y en caso necesario)
- ✓ Templo Evangélico
- ✓ Capilla Católica
- ✓ 3º Compañía de Bomberos
- ✓ Jardín Infantil Mandershei
- ✓ Sala Cuna "Pasitos de Amor"

- ✓ Oficina de Servicio Electoral

Focos de Insalubridad:

- ✓ Vertedero distante a 8 Km de Copiulemu
- ✓ Estero paralelo a la ruta, con aguas contaminadas por vaciamiento de excretas y aguas servidas desde el Restauran Miriam
- ✓ Plaga de vectores y roedores, garrapatas y perros vagos

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Club del Adulto Mayor
- ✓ Comité de Agua Potable
- ✓ Unidad Vecinal El Progreso N° 19
- ✓ Centro General de Padres Liceo de Copiulemu
- ✓ Comité de Salud "Amigas de la Salud"
- ✓ Conjunto Folclórico
- ✓ Club de Bordadoras de Copiulemu

Núcleos de Riesgo Social: bar, cantina y venta de alcohol en forma clandestina

Otros Servicios:

- ✓ 3 Restaurantes
- ✓ 1 Curandera
- ✓ 2 Amasandería

Otros Factores de Riesgo:

- ✓ Niños < 1 año: 5
- ✓ Embarazadas: 6
- ✓ Crónicos: 128
- ✓ Minusválidos: 16
- ✓ Hacinamiento: 1
- ✓ Familias en Programa Puente: 12
- ✓ Personas en P. Salud Mental: 38
- ✓ Pacientes Postrados: 2

2. Sector de Pichaco

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 8 Km. del Centro de Salud y a 60 a.m. del Hospital de Florida, la mayor parte de la población habita en una planicie rodeada de cerros con bosques de pinos y algunos eucaliptos, los caminos vecinales son de tierra y sus habitantes tienen acceso tanto a Copiulemu como a la Comuna de Hualqui; el traslado es a través de vehículos, a pie y en bicicletas.

Existen 61 familias, con un total de 141 personas de las cuales 56 son mujeres y 85 hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 61 viviendas (100% de cobertura eléctrica)
- ✓ Agua por punteras: 61 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 7 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 54 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra en rellenos sanitarios

Instituciones Públicas:

- ✓ 1 Escuela Básica: de 1° a 6° básico unidocente (Jornada Escolar Completa) perteneciente a la Comuna de Hualqui
- ✓ Templo Evangélico
- ✓ Capilla Católica

Focos de Insalubridad:

- ✓ Plaga de vectores y roedores, garrapatas y perros vagos

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Unidad Vecinal El Guindo de Pichaco

Núcleos de Riesgo Social: Venta Clandestina de Bebidas Alcohólicas

Otros Factores de Riesgo:

| | |
|--------------------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 1 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 39 |
| ✓ Minusválidos: | 1 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Familias en Programa Puente: | 2 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 11 |

3. Sector Quebrada Ulloa

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 5 Km del Establecimiento y a 45 Km del Hospital de Florida, terreno montañoso y arcilloso muy fértil, la población se ubica entre las faldas de los cerros y planicies; en invierno se hace muy difícil el acceso a algunas familias (6 de ella), el traslado se realiza en vehículo, a pie, bicicletas, a caballo y carretas. El camino principal es de ripio y los caminos vecinales de tierra, hay tres vías de acceso:

- ✓ Desde Florida por Quebrada de Riffo
- ✓ Por Sector Cancha Montero
- ✓ Por Ruta 050 Copiulemu: Ruta que hasta el Km. 5 al interior de Q. Ulloa está en proceso de Asfaltado

Por este sector pasan dos esteros: A principio del 2007 se construyeron nuevos puentes en ambos esteros

Población: 93 familias, con un total de 320 personas, de las cuales 151 son mujeres y 169 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 87 casas y 6 sin energía
- ✓ Agua por punteras: 87 familias, 6 por acarreo

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 28 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 65 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra en rellenos sanitarios

Instituciones Públicas:

- ✓ 1 Escuela Básica: de 1º a 6º básico uní docente (Jornada Escolar Completa)
- ✓ Templo Evangélico
- ✓ Capilla Católica

Focos de Insalubridad:

- ✓ Plaga de vectores y roedores, garrapatas y perros vagos

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Unidad Vecinal Quebrada Ulloa N° 3
- ✓ Taller de Alfarería
- ✓ Unidad de Agricultores asesorados por Indap

Núcleos de Riesgo Social: Venta Clandestina de Bebidas Alcohólicas (3 casas)

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 4 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 47 |
| ✓ Minusválidos: | 3 |
| ✓ Hacinamiento: | 2 |
| ✓ Familias en Programa Puente: | 7 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 13 |
| ✓ Postrados Severos: | 1 |

Observaciones: Este sector se caracteriza por:

- Taller de Alfarería que es el sustento económico de las socias de este taller, las que venden su artesanía en distintas regiones del país; incluso en el extranjero.

4. Sector Las Toscas

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a orillas de la Ruta 050 a 7 Km del Establecimiento y a 43 Km del Hospital de Florida, a 1 Km de

distancia del Vertedero de Copiulemu y lo cruza es Estero Radales. Las familias se ubican entre cerros y pequeñas planicies.

Cabe destacar que ha aumentado la población de gaviotas y triles los que se alimentan en el vertedero.

El acceso al sector es por la ruta a Cabrero asfaltada y en mal estado, los caminos interiores son de tierra, el terreno es arcilloso, fértil y montañoso.

La movilización de las personas es a través de buses, vehículos pequeños y a pie.

El sector es habitado por 44 familias, con un total de 112 personas de los cuales 58 son mujeres y 54 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 44 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 44 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 13 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 31 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra en rellenos sanitarios

Instituciones Públicas:

- ✓ Templo Evangélico

Focos de Insalubridad:

- ✓ Planta de tratamiento de residuos domiciliarios

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Unidad Vecinal Las Toscas
- ✓ Club Deportivo

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- ✓ Niños < 1 año: 1

- ✓ Embarazadas: 1
- ✓ Crónicos: 8
- ✓ Minusválidos: 1
- ✓ Hacinamiento: 0
- ✓ Familias en Programa Puente: 0
- ✓ Personas en P. Salud Mental: 4

5. Sector San Nicolás

Descripción Geográfica: Sector Rural montañoso que se caracteriza por sus recursos forestales, ubicado a 4 Km del Centro y a 55 Km del Hospital de Florida, sus casas son de madera obtenidas a través del Subsidio Habitacional Rural, ubicadas en la Villa Rural La Paz (19 familias).

Las dueñas de casa se dedican al manejo de invernaderos y apicultura, asesoradas por Visión Mundial.

A este sector lo cruzan 2 esteros denominados Dadi y San Ramón. Por lo general las casas se ubican en la cima de pequeños cerros.

El sector es habitado por 85 familias, con un total de 282 personas de las cuales 127 son mujeres y 155 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 85 viviendas (100% de Cobertura eléctrica)
- ✓ Agua por punteras: 85 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Letrinas o pozos negros: 79 familias
- ✓ Fosa Séptica: 6 familias

Disposición de Basuras: Recolección Municipal, se quema o se entierra en rellenos sanitarios

Instituciones Públicas:

- ✓ Escuela Básica de 1° a 6° básico con JEC y Unidocente

- ✓ Templo Evangélico (2)
- ✓ Capilla Católica
- ✓ Programa Conozca a su Hijo (Jungi)

Focos de Insalubridad: Plagas de Garrapatas en la Población, perros vagos, mal olor provocado por corrales de vecinos cercanos a la población

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Club Deportivo
- ✓ Junta de Vecinos N° 5
- ✓ Comité habitacional Villa Rural La Paz

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

| | |
|--------------------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 2 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 52 |
| ✓ Minusválidos: | 1 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Familias en Programa Puente: | 2 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 17 |
| ✓ Prog. Cuidados Paliativos: | 1 |

6. Sector El Manzano

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 9 Km del Establecimiento y a 59 Km del Hospital de Florida, su terreno es montañoso y pantanoso, las familias tienen un mal acceso a su sector en tiempo de invierno de las cuales 8 quedan aisladas; las casas son de adobe y de madera.

El sector es habitado por 65 familias, con un total de 196 personas de las cuales 79 son mujeres y 117 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 65 viviendas (100% de Cobertura eléctrica)
- ✓ Agua por punteras: 65 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 4 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 61 familia

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra en rellenos sanitarios

Instituciones Públicas:

- ✓ Escuela Básica de 1° a 6° básico con JEC subvencionada y 1 docente

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Club Deportivo

Núcleos de Riesgo Social: Venta Clandestina de Alcohol

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 25 |
| ✓ Minusválidos: | 3 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Familias en Programa Puente: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 5 |
| ✓ Postrados Severos: | 1 |

7. Sector Quillaimávida

Descripción Geográfica: Sector Rural caracterizado por sus cerros y sus tierras de consistencia maicillo y arcillosa, sus cerros son rocosos y se pueden encontrar bosques de pino insigne y hualle, ubicada a 12 Km del Centro de Salud y a 62 Km del Hospital de Florida.

El sector es habitado por 64 familias, con un total de 168 personas de las cuales 61 son mujeres y 107 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 64 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 64 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 15 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 49 familias

Disposición de Basuras: Relleno Sanitario

Instituciones Públicas:

- ✓ Capilla Católica

Focos de Contaminación: No Hay

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Junta de Vecinos
- ✓ Cooperativa Agrícola asesorada por Indap

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 46 |
| ✓ Minusválidos: | 1 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Familias en Programa Puente: | 2 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 3 |
| ✓ Prog. Postrados Severos: | 1 |

8. Sector Chauqueli

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 12 Km del Centro de Salud y a 62 Km del Hospital de Florida, su terreno es montañoso con quebradas y cerros plantados de bosques en su mayoría de pino insigne y eucaliptos.

El acceso en invierno es difícil, los caminos son de tierra y el traslado se realiza a pie, en vehículo y a caballo.

En el sector se desarrolla la apicultura asesorado por INDAP.

Su población consta de 29 familias, con un total de 55 personas de las cuales 22 son mujeres y 33 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 26 viviendas y 3 familias sin energía eléctrica
- ✓ Agua por punteras: 26 familias
- ✓ Agua por Acarreo: 3 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 3 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 26 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se elimina en quebradas a campo abierto

Focos de Contaminación: Basurales en los caminos y Quebradas

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Junta de Vecinos

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|---|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 7 |
| ✓ Minusválidos: | 2 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Familias en Programa Puente: | 1 |

- ✓ Personas en P. Salud Mental: 2
- ✓ Postrados Severos: 2

Diagnóstico Participativo con la Comunidad

Principales Problemas sentidos por la Comunidad en orden de importancia

- ✓ Falta de horas médicas y atención en horarios diferidos.
- ✓ Orientaciones en Autocuidado de la Salud

Propuesta de Soluciones

- ✓ Educar a la comunidad respecto a problemas de salud, para poder descongestionar agenda médica.
- ✓ Contar con espacios adecuados para los niños que asisten al Centro de Salud
- ✓ Elaboración de Proyectos tendientes a fomentar el uso de terapias alternativas en salud
- ✓ Apoyar y mantener activo el Comité de Salud

Centro Local de Salud Rural de Manco

El Centro local de Salud Rural de Manco comprende una población total de 241 personas, las que se distribuyen en 7 sectores los cuales se describen a continuación:

1. Sector Trubunquen

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 5 Km del Centro y 15 Km del Hospital de Florida, su terreno está compuesto por cerros y quebradas plantados de bosques de pino, sus caminos son ripiados. Las casas de este sector están muy dispersas y el acceso es muy difícil en invierno.

Su población consta de 10 familias con un total de 22 personas, de los cuales 11 son mujeres y 11 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 10 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 9 familias, 1 familia por acarreo

Eliminación de Excretas:

- ✓ Pozos negros: 7 familias
- ✓ Fosas Sépticas: 3 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se elimina a campo abierto

Instituciones Públicas: No Hay

Focos de Contaminación:

- ✓ Basura
- ✓ Vectores
- ✓ Roedores
- ✓ Pozos Negros

Organizaciones Comunitarias: No Hay

Núcleos de Riesgo Social:

- ✓ Presencia de Clandestinos

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------|---|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 6 |
| ✓ Adultos Mayores: | 8 |
| ✓ Minusválidos: | 0 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Programa Salud Mental: | 6 |

2. Sector Manco

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 12 Km del Hospital de Florida, su terreno es de tipo montañoso y rocoso, sus caminos son ripiados.

Las casas de este sector están agrupadas en torno al Centro Local de Salud y Escuela.

En este sector se ubica la Posta cuya infraestructura de madera fue construida en 1973 y remodelada parcialmente en 1998 y 2008

Su población consta de 44 familias con un total de 130 personas, de las cuales 61 son mujeres y 69 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 44 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 42 familias, 2 familias por acarreo

Eliminación de Excretas:

- ✓ Pozos negros: 19 familias
- ✓ Fosa Séptica: 25 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se elimina a campo abierto

Instituciones Públicas:

- ✓ Escuela Básica de 1° a 6° con JEC y dos docentes
- ✓ Centros Religiosos

Focos de Contaminación:

- ✓ Disposición de basura
- ✓ Vectores
- ✓ Roedores
- ✓ Pozos Negros

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Junta de Vecinos
- ✓ Club Deportivo
- ✓ Club Adulto Mayor
- ✓ Comité de Salud
- ✓ Mujeres Emprendedoras de Manco

Núcleos de Riesgo Social:

- ✓ Presencia de Clandestinos

Otros Factores de Riesgo:

| | |
|--------------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 37 |
| ✓ Adultos Mayores. | 24 |
| ✓ Minusválidos: | 1 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Programa Salud Mental: | 13 |

Observaciones: En este sector se encuentra el mayor número de usuarios portadores de patologías crónicas que están en control en el Centro Local de Salud Rural.

3. Sector Retamo

Descripción Geográfica: Sector Rural montañoso y rocoso ubicado a 3 Km. del Centro de Salud Local y a 13 Km. del Hospital de Florida, sus casas se ubican en cerros rodeados de árboles.

El sector es cruzado por un río.

Población: el número de familias es de 9 con un total de 26 personas, de las cuales 14 son de sexo femenino y 12 son de sexo masculino

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 9 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 9 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 8 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 1 familia

Disposición de Basuras: Es eliminada a campo abierto o por Quema

Instituciones Públicas: No Hay

Focos de Insalubridad:

- ✓ Mala disposición de basuras
- ✓ Presencia de vectores
- ✓ Pozos Negros

Organizaciones Comunitarias: No hay

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|---|
| ✓ Niños < 1 año: | 1 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 6 |
| ✓ Minusválidos: | 0 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 2 |
| ✓ Adultos Mayores: | 4 |

4. Sector Trecacura

Descripción Geográfica: Sector Rural montañoso y rocoso ubicado a 2 Km del Centro y a 12 Km del Hospital de Florida, el camino de acceso es ripiado, con abundantes árboles y las casas se disponen a orilla de camino.

El número de familias es de 7 con un total de 28 personas, de las cuales 14 son de sexo femenino y 14 son de sexo masculino.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 7 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 6 familias
- ✓ Agua por acarreo: 1 familia

Eliminación de Excretas:

- ✓ Letrinas o pozos negros: 6 familias
- ✓ Fosa Séptica: 1 familia

Disposición de Basuras: Eliminada a través de hoyos, luego es quemada.

Instituciones Públicas:

- ✓ Centro Religioso

Focos de Insalubridad:

- ✓ Presencia de vectores
- ✓ Pozos Negros

Organizaciones Comunitarias: No Hay

Núcleos de Riesgo Social: Presencia de Clandestinos

Otros Factores de Riesgo:

| | |
|--------------------------------|---|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 3 |
| ✓ Minusválidos: | 0 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 1 |
| ✓ Adultos Mayores: | 5 |

5. Sector Lajuelas

Descripción Geográfica: Sector Rural montañoso y rocoso ubicado a 6 Km del Centro de Salud y a 6 Km del Hospital de Florida, existen muchos cerros y quebradas, el camino es de tierra y ripio.

A este sector lo cruza un estero y está rodeado por abundantes árboles.

Población: son 4 familias con un total de 12 personas, de las cuales 6 son de sexo femenino y 6 son de sexo masculino.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 4 viviendas (100% de cobertura eléctrica)

✓ Agua por punteras: 4 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 2 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 2 familias

Disposición de Basuras: Es eliminada por quema.

Instituciones Públicas: No Hay

Focos de Insalubridad:

- ✓ Mala disposición de basuras
- ✓ Presencia de vectores
- ✓ Pozos Negros

Organizaciones Comunitarias: No Hay

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|---|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 1 |
| ✓ Minusválidos: | 0 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 0 |
| ✓ Adultos Mayores: | 2 |

6. Sector Panquehua

Descripción Geográfica: Sector Rural montañoso, plano y rocoso ubicado a 3 Km. del Centro Local de Salud y a 8 Km. del Hospital de Florida, sus casas se ubican a orillas del camino.

Este sector cuenta con 9 familias con un total de 24 personas, de las cuales 9 son de sexo femenino y 15 son de sexo masculino.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 9 viviendas (100% de cobertura eléctrica)
- ✓ Agua por punteras: 8 familias (1 por acarreo)

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 3 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 6 familias

Disposición de Basuras: Es eliminada a través de la quema

Instituciones Públicas:

- ✓ Centro Religioso

Focos de Insalubridad:

- ✓ Mala disposición de basuras
- ✓ Presencia de vectores
- ✓ Pozos Negros

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Junta de Vecinos
- ✓ Club Deportivo

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- ✓ Niños < 1 año: 0
- ✓ Embarazadas: 0
- ✓ Crónicos: 10
- ✓ Minusválidos: 0
- ✓ Hacinamiento: 0
- ✓ Personas en P. Salud Mental: 0
- ✓ Adultos Mayores: 8

7. Sector Las Palmas

Descripción: Sector Rural montañoso y rocoso ubicado a 6 Km del Establecimiento de Salud y a 16 Km del Hospital de Florida.

En este sector existe una familia con dos integrantes sin factores de riesgo. Poseen luz eléctrica, agua por punteras y fosa séptica.

No existen focos de contaminación ni de riesgo social.

Centro Local de Salud Rural Cancha Los Montero

El Centro Local de Salud Rural Cancha Los Montero comprende 4 sectores, atendiendo una población de 320 personas, los cuales se describen a continuación:

1. Sector Cancha Los Montero

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 3 Km del Centro y a 14 Km del Hospital de Florida, su terreno es montañoso y arcilloso.

No hay problema de acceso a las familias, los caminos son de tierra y el traslado se realiza a pie, en vehículo y a caballo.

Su población consta de 49 familias, con un total de 163 personas de las cuales 72 son mujeres y 91 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 49 viviendas (100% de cobertura eléctrica)
- ✓ Agua por punteras: 48 familias
- ✓ Agua por Acarreo: 1 familia

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 13 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 36 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra

Instituciones Públicas:

- ✓ Escuela Básica de 1° a 6° básico con JEC y 1 docente
- ✓ Centro Religioso

Focos de Contaminación: No Hay

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Junta de Vecinos
- ✓ Club Deportivo Masculino
- ✓ Centro de Padres y Apoderados
- ✓ Comité de Salud
- ✓ Comité de la Vivienda
- ✓ Prodesal

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

| | |
|--------------------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 2 |
| ✓ Crónicos: | 37 |
| ✓ Minusválidos: | 5 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 10 |
| ✓ Alcoholismo: | 3 |
| ✓ Analfabetismo: | 19 |
| ✓ Adultos Mayores: | 15 |

2. Sector Chancal Alto

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 11 Km del Centro y a 25 Km del Hospital de Florida, su terreno es montañoso y arcilloso.

El acceso en invierno es difícil, los caminos son de tierra y el traslado se realiza a pie y a caballo.

Su población consta de 6 familias, con un total de 17 personas de las cuales 6 son mujeres y 11 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 6 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 6 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 1 familia
- ✓ Letrinas o pozos negros: 5 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra.

Instituciones Públicas: No Hay

Focos de Contaminación: No Hay

Organizaciones Comunitarias: No Hay

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|---|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 2 |
| ✓ Minusválidos: | 0 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 0 |
| ✓ Alcoholismo: | 0 |
| ✓ Analfabetismo: | 7 |
| ✓ Adultos mayores: | 4 |

3. Sector Los Hornillos

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 6 Km del Establecimiento de Salud y a 10 Km del Hospital de Florida, su terreno es montañoso y arcilloso.

El acceso en invierno es difícil, los caminos son de tierra y el traslado se realiza a pie, en vehículo y a caballo.

Su población consta de 9 familias, con un total de 47 personas de las cuales 22 son mujeres y 25 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 9 viviendas (100% de cobertura eléctrica)
- ✓ Agua por punteras: 9 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 4 familia
- ✓ Letrinas o pozos negros: 5 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra

Instituciones Públicas: No Hay

Focos de Contaminación: No Hay

Organizaciones Comunitarias: No Hay

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|--------------------------------|---|
| ✓ Niños < 1 año: | 0 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 5 |
| ✓ Minusválidos: | 1 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 2 |
| ✓ Analfabetismo: | 7 |
| ✓ Alcoholismo: | 1 |

4. Sector San Antonio Dadi

Descripción Geográfica: Sector Rural ubicado a 8 Km del Centro y a 22 Km del Hospital de Florida, su terreno es montañoso y arcilloso

El acceso en invierno es difícil, los caminos son de tierra y el traslado se realiza a pie y a caballo.

Su población consta de 22 familias, con un total de 93 personas de las cuales 36 son mujeres y 57 son hombres.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 22 viviendas
- ✓ Agua por punteras: 22 familias

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 4 familias
- ✓ Letrinas o pozos negros: 18 familias

Disposición de Basuras: Se quema o se entierra.

Instituciones Públicas:

- ✓ Centro Religioso

Focos de Contaminación: No Hay

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Junta de Vecinos
- ✓ Visión Mundial

Núcleos de Riesgo Social: No Hay

Otros Factores de Riesgo:

- | | |
|------------------|----|
| ✓ Niños < 1 año: | 1 |
| ✓ Embarazadas: | 0 |
| ✓ Crónicos: | 17 |

| | |
|--------------------------------|----|
| ✓ Minusválidos: | 2 |
| ✓ Hacinamiento: | 0 |
| ✓ Personas en P. Salud Mental: | 4 |
| ✓ Analfabetos: | 15 |
| ✓ Alcoholismo: | 1 |
| ✓ Adultos Mayores: | 8 |

Centro Local de Salud Rural Granerillos

Centro de Salud que atiende a 6 sectores con una población de 1103 personas:

1. Sectores de Granerillo, Quilaco y San Francisco:

Descripción Geográfica: Sector rural montañoso y de tierras arcillosas.

Estos sectores son habitados por 165 familias, con una población total de 472 personas.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 165 familias, 100%.
- ✓ Agua por punteras: 165 familias, 100%.

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 32 familias, 19%.
- ✓ Letrinas o pozos negros: 133 familias, 81%.

Fuentes de Trabajo: Los habitantes del sector se dedican a la Agricultura y horticultura de subsistencia, vitivinícola y faenas forestales.

Instituciones Públicas:

- ✓ Una Escuela Unidocente (G 455 de Granerillos), con jornada escolar completa de 1° a 6° Básico, con un total de 14 alumnos.
- ✓ Una Capilla Católica.

- ✓ Una Iglesia Evangélica.

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ Junta de Vecinos: 2
- ✓ Club Deportivo: 2
- ✓ Conozca a su hijo

Situación de Riesgo Familiar:

- ✓ Niños < 1 año : 2
- ✓ Embarazadas : 1
- ✓ Obesidad General : 24
- ✓ Crónicos : 118
- ✓ Hacinamiento : 5
- ✓ Postrados: : 4

2. Sector Huaro Alto:

Descripción Geográfica: Sector rural montañoso, con algunas planicies y sus tierras de consistencia arcillosa.

El sector es habitado por 13 familias, con un total de 56 personas.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 13 familias, 100%.
- ✓ Agua por punteras: 12 familias, 92%.
- ✓ Agua por acarreo: 1 familia, 8%.

Eliminación de Excretas:

- ✓ Letrinas o pozos negros: 13 familias, 100%.

Instituciones Públicas: No hay.

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ 1 Junta de Vecino.
- ✓ 1 Club Deportivo.
- ✓ 1 Iglesia Católica

Situación de Riesgo Familiar:

- ✓ Niños < 1 año : 0
- ✓ Embarazadas : 1
- ✓ Obesidad General : 0
- ✓ Crónicos : 18
- ✓ Analfabetismo Materno : 0
- ✓ Hacinamiento : 0
- ✓ Postrados : 2

3. Sector Crucero Huaro:

Descripción Geográfica: Sector rural montañoso con algunas planicies y sus tierras de consistencia arcillosa.

Habitado por 123 personas, que constituyen 33 familias:

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 33 familias, 100%.
- ✓ Agua por punteras: 33 familias, 100%.

Eliminación de Excretas:

- ✓ Letrinas o pozos negros: 33 familias, 100%.

Fuentes de trabajo: Agricultura, horticultura y forestal.

Instituciones Públicas:

- ✓ Una Escuela Unidocente (G-635 Crucero de Huaro), con jornada escolar completa de 1° a 6° Básico, con una matrícula de 13 alumnos.
- ✓ Una Capilla Católica.
- ✓ Una Iglesia Evangélica.

Organizaciones comunitarias:

- ✓ 1 Junta de Vecinos.
- ✓ 1 Club Deportivo.

Situación de Riesgo Familiar:

- ✓ Niños < 1 año : 1
- ✓ Embarazadas : 1
- ✓ Obesidad General : 0
- ✓ Crónicos : 56
- ✓ Analfabetismo Materno : 0
- ✓ Hacinamiento : 0
- ✓ Enfermo Mental : 0
- ✓ Postrados: : 1

4. Sector Rahuil:

Descripción Geográfica: Terreno montañoso y arcilloso.

Población de 452 personas, que forman 126 familias.

Servicios Básicos:

- ✓ Energía Eléctrica: 126 familias, 100%.
- ✓ Agua por punteras: 126 familias, 100%.

Eliminación de Excretas:

- ✓ Fosa Séptica: 25 familias, 20%.
- ✓ Letrinas o pozos negros: 101 familias, 80%.

Fuentes de Trabajo: Horticultura, vitivinícola y forestal.

Instituciones Públicas:

- ✓ Una Escuela Básica (G 443 Rahuil), con jornada escolar completa de Pre Kinder a 8º año, con una matrícula de 140 alumnos.
- ✓ Una Capilla Católica.
- ✓ Una Iglesia Evangélica.

Organizaciones Comunitarias:

- ✓ 2 Junta de vecinos.
- ✓ 2 Clubes Deportivos.
- ✓ 1 Club de Adulto Mayor.

Situación de Riesgo Familiar:

| | |
|----------------------------------|------|
| ✓ Niños < 1 año | : 1 |
| ✓ Embarazadas | : 1 |
| ✓ Obesidad General | : 29 |
| ✓ Crónicos | : 78 |
| ✓ Analfabetismo Materno | : 0 |
| ✓ Hacinamiento | : 0 |
| ✓ Enfermo Mental Esquizofrénico) | : 2 |
| ✓ Fenilcetonuria | : 1 |

EVALUACIÓN METAS SANITARIAS 2011

| META | Población Bajo control a junio | % Cumplimiento a Sep. | % Meta Acordada |
|---|--------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Nº de niños de 12 a 23 meses con EDSM | 26 (niños evaluados) | 74% | 88% |
| Nº de niños de 12 a 23 meses meses en control | 35 | | |
| Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente | 712 | 76% | 78% |
| Total de mujeres de 25 a 64 años | 940 | | |
| Nº de diabéticos de 20 y más años con HbA1c<7 | 54 | 33% | 45% |
| Total de diabéticos de 20 y más años en control | 163 | | |
| Nº de hipertensos de 20 y más años con P/A < 140/90mg/Hg | 300 | 46% | 49% |
| Total de hipertensos de 20 y más años en control | 647 | | |
| Nº de niños menores de 6 años obesos bajo control | 13 | 6% | 12% |
| Total de menores de 6 años bajo control | 207 | | |
| Cobertura de Altas Odontológicas en Adolescentes de 12 años | 26 | 52% | 70% |
| Población Inscrita de 12 años | 50 | | |
| Cobertura de Altas Odontológicas en Niños de 6 años | 16 | 36% | 75% |
| Población de 6 años | 45 | | |
| Cobertura Alta Odontológica en embarazadas | 10 | 67% | 80% |

MUNICIPALIDAD DE FLORIDA
DIRECCION DE SALUD/

| | | | |
|---|----|------|------|
| Nº de Embarazadas ingresadas | 15 | | |
| Nº de Comités de Salud funcionando regularmente | 5 | 100% | 100% |
| Nº de Comités de Salud existentes | 5 | | |

Octubre 2011, fuente DAS

EVALUACIÓN PROGRAMA RESOLUTIVIDAD 2011

| PRESTACIÓN | Nº PREST. | REALIZADO | CUMPLIMIENTO % |
|---|-----------|-----------|----------------|
| Consulta Oftalmológica | 203 | 203 | 100 |
| Lentes | 244 | 244 | 100 |
| Mamografías | 98 | 55 | 56 |
| Otorrino | 2 | 0 | 0 |
| Ecos Abdominales | 28 | 28 | 100 |
| Ecos Mamarias | 12 | 12 | 100 |
| Prótesis Dental Especialidad | 7 | 3 | 43 |
| Endodoncias Especialidades | 2 | 1 | 50 |
| Alta Integral Homb. Y Mujeres | 89 | 18 | 20 |
| Auditorias | 4 | 0 | 0 |
| Altas Dentales Pacientes GES 60 años | 12 | 9 | 75 |
| Contratatación dentista CECOF | 22 Horas | 22 horas | 100 |
| Contratación Asistente Dental CECOSF | 44 horas | 44 horas | 100 |

Octubre 2011, Fuente DAS

EVALUACIÓN ÍNDICE DE ACTIVIDADES DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD 2011

| Nº | INDICADOR | META COMPROMETIDA | ACTIVIDAD/POBLACIÓN COMPROMETIDA | REALIZADO | % |
|----|---|-------------------|----------------------------------|-----------|------|
| 1 | Cobertura de EMP hombres 20-44 años | 20% | 154/769 | 76 | 10% |
| 2 | Cobertura de EMP mujeres 45-64 años | 44% | 100/226 | 50 | 22% |
| 3 | Cobertura de EMP Mayor de 65 años | 50% | 243/486 | 165 | 34% |
| 4 | Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas | 80% | 9 ingresos | 8 | 89% |
| 5 | Cobertura de examen de salud del Adolescente entre 10 y 14 años | 5% | 12/241 | 12 | 100% |
| 6 | Cobertura de Altas odontológicas totales en población menor de 20 años | 22% | 197/895 | 50 | 6% |
| 7 | % de niños y niñas con riesgo o retraso del DSM 12 a 23 meses recuperados | 100% | No hay niños en riesgo | -- | -- |
| 8 | Cobertura de Diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años | 45% | 176/392 | 174 | 44% |
| 9 | Cobertura de HTA en personas de 15 y más años | 91% | 673/737 | 660 | 90% |
| 10 | Tasa de Visita Domiciliaria Integral | 1.06 | 1008/951 | 419 | 0.4 |
| 11 | Tasa de Visita a paciente postrado | 21 | 19 Postrados | 110 | 6 |
| 12 | Gestión de reclamos con respuesta antes de 20 días hábiles | 90% | | | 100% |
| 13 | Cumplimiento de GES en APS | 100% | | | 100% |

Octubre 2011, Fuente DAS

PROGRAMA ODONTOLOGICO

| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES |
|--|---|--|---|
| <p>1. Alta prevalencia de caries de primera infancia.</p> <p>2. Falta de conocimiento de los padres en mantener una adecuada salud bucal en niños</p> <p>3. Falta de conocimiento de padres y educadores respecto a complicaciones en el estado de salud general que producen las caries tempranas de la niñez</p> | <p>- Lograr que el 80% de los niños de 18 meses que asistan a evaluación con Enfermera se les aplique pauta buco-dentaria</p> <p>- Lograr que el 80% de los niños de 3 años y 6 meses que asisten a control nutricional se les aplique pauta buco-dentaria</p> <p>- Lograr cobertura de 40% en altas odontológicas totales en niños de 2 y 4 años</p> | <p>- Promoción de hábitos saludables respecto a alimentación e higiene.</p> <p>- Instalar el uso adecuado de fluoruros</p> <p>- Contribuir a mejorar las condiciones de salud bucal de las personas a cargo del cuidado de los niños</p> <p>- Fomentar el autocuidado en salud bucal en la comunidad escolar</p> <p>- Integrar a padres y apoderados en el cuidado de la salud bucal de sus hijos</p> <p>- Atención odontológica integral a niños desde los 2 años</p> | <p>Nº de niños de 6, 18 meses y de 3 años que asisten a control de salud evaluados en el ámbito bucal</p> <p>Total niños de 6, 18 meses y 3 años en control</p> <p>Nº de niños de 2 y 4 años con Alta odontológica total</p> <p>Total de niños de 2 y 4 años en control</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de pautas dentales en edades tempranas que permitan llevar un buen historial médico/dental | |
| <p>4. Alto Índice de caries en población infantil</p> <p>5. Alto Índice de alteraciones de crecimiento dento-maxilar y de enfermedades gingivales y periodontales en niños</p> <p>6. Falta de educación y motivación en salud bucal</p> <p>7. Pérdida temprana de los primeros molares permanentes</p> | <p>- Aumenta en un 5% la cobertura de altas odontológicas totales en niños de 6 años inscritos con respecto al año anterior</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Atención odontológica integral en niños de 6 años - Examen de salud que considere educación en medidas de autocuidado bucal para el niño y sus padres - Prevención específica de caries (profilaxis, sellantes, fluor tópico) - Tratamiento de caries (obturaciones, terapias pulpares, exodoncias, tto. De traumatismos dentoalveolares) | <p><u>Nº de niños de 6 años con Alta odontológica con caries</u> Total niños de 6 años inscritos</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>8. Falta de motivación e información en niños de 12 años respecto al buen cepillado y uso periódico de seda dental</p> <p>8. Alta prevalencia de perdida de piezas dentarias permanentes en niños de 12 años</p> | <p>- Cobertura de altas integrales odontológicas totales en niños de 12 años de un 60%</p> | <p>- Atención odontológica integral a niños de 12 años</p> <p>- Fomentar el autocuidado en salud bucal en la comunidad escolar</p> <p>- Charlas educativas en relación a tabaco y uso de piercing enfocado a niños de 12 años</p> | <p><u>Nº de niños de 12 años con Alta odontológica integral</u> Total de población de 12 años inscrita en Postas</p> |
| <p>9. Alta prevalencia de pacientes de 12 años con enfermedades gingivales</p> | | | |
| <p>10. Alto riesgo de caries dentales en gestantes por consumo de alimentos cariogénicos</p> | <p>- Alcanzar un 80% de cobertura en Altas odontológicas integrales en embarazadas primigestas de las Postas</p> | <p>- Realizar actividades de promoción y prevención como parte de la atención odontológica integral de la embarazada</p> | <p><u>Nº de primigestas con Alta odontológica total</u> Nº de primigestas en control prenatal</p> |
| <p>11. Erosión de superficie lingual, desmineralización de los dientes, erosión del esmalte y caries producto de vómitos matutinos en gestantes</p> | <p>- lograr un 100% de cobertura en Altas integrales en embarazadas no primigestas</p> | <p>- Control de placa bacteriana cariogénica a la embarazada</p> | <p><u>Nº de gestantes no primigestas con Alta integral</u> Nº de gestantes no primigestas en control prenatal</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>12. Riesgo de Parto prematuro en gestantes con infecciones bucales</p> | <p>- Alcanzar un 90% de cobertura en tratamiento de desinfección bucal total en embarazadas en riesgo de parto prematuro</p> | <p>- Realizar tratamiento de caries dentales y enfermedad periodontal en embarazadas</p> <p>- Aplicar protocolo de desinfección bucal total en gestantes</p> | <p><u>Nº de embarazadas con protocolo aplicado</u> Total de embarazadas en control</p> |
| <p>13. Alta prevalencia de problemas odontológicos en todos los grupos etáreos (caries dentales, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares)</p> | <p>- Alcanzar un 25% de cobertura odontológica integral en menores de 20 años</p> | <p>- Fomentar el autocuidado en salud de la población de modo que el usuario asuma un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud</p> <p>- Entrega a la población beneficiaria de herramientas conceptuales que permitan aumentar en nivel de conocimiento generando habilidades para el cuidado de su salud</p> <p>- Atención odontológica integral en menores de 20 años</p> | <p><u>Nº de menores de 20 años con Alta odontológica integral</u> Total de población menor de 20 años inscritos</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>14. Falta de programas odontológicos referidos a la atención de adultos mayores</p> | <p>- Aumentar cobertura de Altas odontológicas en Adultos Mayores en un 20% con respecto a diagnóstico 2011</p> | <p>- Consulta odontológica Integral a los Adultos Mayores inscritos en la Postas</p> | <p><u>Nº de Adultos mayores con Alta odontológica</u> <u>Nº de Adultos Mayores inscritos en las Postas</u></p> |
| <p>15. Falta de accesibilidad a las postas de pacientes postrados con problemas bucodentarios</p> | <p>- Lograr que el 90% de los pacientes en condición de postrados sean atendidos por profesional odontólogo en domicilio</p> | <p>- Realizar VDI a postrados con problemas odontológicos de baja complejidad (extracciones y manejo de infecciones orofaciales)</p> | <p><u>Nº de postrados en tto. Odontológico básico</u> <u>Nº total de postrados inscritos en las PSR</u></p> |

PROGRAMA DEL NIÑO

| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES | RESPONS. |
|--|--|--|---|---|
| 1.- Se ha mantenido la tasa de morbilidad por IRA en menores de 5 años | Disminuir al 20% de la tasa de morbilidad por IRA menores de 5 años. | - Cobertura 100% de los niños que consultan por IRA menores de 5 años. - Fomento y promoción de medidas que previenen las IRA a las familias con niños menores de 5 años. | <u>Niños atendidos menor 5 años IRA-SBO</u> Niños que demandan consultas por IRA y SBO menores 5 años. <u>Nº de familias intervenidas con educación</u> Familias de niños menores de 5 años que acuden a control con Enfermera y/o Kinesióloga | Médico Kinesióloga Enfermera Kinesióloga |
| | | - Entrega de información en Sala de Espera referente a la consulta precoz frente a signos de gravedad en IRA. - Derivación familia con alto riesgo social con episodios reiterados de IRA, al DIDECO con el objetivo de mejorar su habitabilidad. | <u>Nº educaciones realizadas en Sala de Espera</u> Nº personas en Sala de Espera Nº de familias derivadas a Desarrollo Comunitario por el equipo de Salud Nº de familias con alto riesgo social con niños menores de 5 años con IRA. | Kinesióloga Asistente Social |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Incorporar a la atención abierta un sistema de control con tarjetero a niños que han presentado SBO. - Realizar visita domiciliaria al 100% de los niños que han sido hospitalizados por neumonía. - Difusión de las normas de tratamiento de IRA a todo el personal de salud. - Mantener en funcionamiento salas de hospitalización abreviada. | <p><u>Nº de niños ingresados en tarjetero.</u> Nº de niños que consulta por SBO.</p> <p>Nº de niños visitados que han sido <u>hospitalizados por Neumonía.</u> Nº de niños hospitalizados por Neumonía</p> <p><u>Nº de funcionarios capacitados.</u> Total personal de salud.</p> <p><u>Nº de egresos niños con hospitalización abreviada.</u> Nº de niños atendidos en consulta por enfermedades respiratorias con médico</p> | <p>Kinesióloga</p> <p>Enfermera</p> <p>Kinesióloga</p> <p>Médico Kinesióloga</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | |
|---|--|---|
| <p>- Mantener estricta vigilancia epidemiológica en IRA.</p> | <p>Nº de niños que consultan por morbilidad. Nº de consultas por IRA según edad.</p> | <p>Enfermera Kinesióloga</p> |
| <p>- Derivar a kinesiólogo a niños con SBO moderado o severo.</p> | <p>Nº de niños con SBO derivado a Kinesiólogo Niños con SBO severo</p> | <p>médico</p> |
| <p>- Atención Kinésica a todo niño con Enfermedad Respiratoria</p> | <p>Nº de atenciones kinésicas a niños con Enf. Resp. Niños con SBO</p> | <p>Medico Kinesióloga</p> |
| <p>- Derivación a pediatra sala IRA a todo niño con enfermedad respiratoria crónica</p> | <p>Nº de derivaciones Total de Niños con enf. Respiratoria crónica</p> | <p>Enfermera Kinesióloga</p> |
| <p>Visita domiciliaria al 100% de los lactantes con Score IRA grave</p> | <p>% de Visitas Domiciliaria Realizadas</p> | <p>Enfermera Kinesióloga</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>2.- Pesquisa tardía de niños con déficit en su desarrollo psicomotor</p> | <p>- Aumentar al 100% la aplicación de pauta de EDSM en los niños de 18 meses</p> | <p>- Educación en control prenatal, entregar pauta de estimulación. - Aplicación de Pauta breve en edades programadas - Educación de 50% de madres de niños < de 1 año.</p> | <p><u>Nº de niños en tarjetero.</u> <u>Nº de niños dados de alta IRA y SBO.</u> <u>Nº de visitas domiciliarias.</u> <u>Nº de niños dados de alta por SBO.</u></p> | <p>Enfermera Kinesióloga</p> |
| | | | <p><u>Nº de embarazadas en control</u> <u>Nº de pautas entregadas</u></p> | <p>Matrona Edu. Parvulos</p> |
| | | | <p><u>Nº de pautas breves aplicadas</u> <u>Nº de niños en control</u></p> | <p>Enfermera</p> |
| | | | <p><u>Nº de madres de niños < de 1 año</u> <u>Nº de educaciones a madres</u></p> | <p>Enfermera Educ. Parvulos</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | <p>- Promover la estimulación del desarrollo Psicomotor temprana al 90% de los niños de 2 meses a 4 años</p> | <p>- Realización de talleres de estimulación al 100% de madres de niños de 0 a 23 meses</p> | <p><u>Nº de madres que asisten a talleres</u> Nº de niños de 0 a 23 meses</p> | <p>Enfermera Educ. Párvulos</p> |
| | <p>- Aumentar la cobertura en un 90% de la Aplicación de EDP.</p> | <p>- Entregar pauta de estimulación en controles desde los 2 meses a 4 años</p> <p>- Realizar talleres de estimulación del menor de 2 meses a 4 años</p> | <p><u>Nº de pautas de estimulación entregadas</u> Nº de controles a niños de 2 meses a 4 años</p> <p><u>Nº de talleres ejecutados</u> Nº de talleres programados</p> | <p>Enfermera</p> |
| | <p>- Monitoreo permanente de inasistentes a control</p> | <p>Nº de revisiones de tarjetero</p> | <p>Nº de revisiones de tarjetero</p> | <p>Enfermero Paramédicos Educ. Parvulos</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>- Realizar talleres de estimulación a las madres menores de 1 año</p> | <p>- Realizar protocolo de neurosensorial a todos los niños de un mes y los de 2 meses a los que no se le realizó en el control anterior</p> | <p>% de madres que asisten a talleres</p> | <p>Enfermera Educadora de Párvulos</p> |
| <p>- Aumentar la cobertura de control con Protocolo Neurosensorial en niños de 1 a 2 meses en un 90%</p> | <p>- Educar a las madres sobre la importancia de la estimulación del desarrollo psicomotor.</p> | <p><u>Nº de niños con Protocolo neurosensorial</u> Total de niños de 1 mes</p> | <p>Médico Enfermera</p> |
| <p>- Monitorear el cumplimiento del control neurológico a los niños con retraso en DSM.</p> | <p>- Referencia pertinente al 100% de los menores pesquisados con retraso en su DSM</p> | <p><u>Nº de madres que asisten a educ.</u> <u>Nº de madres de niños menores bajo control.</u></p> | <p>Enfermera Educadora de Párvulos</p> |
| | | <p><u>Nº de niños que han tenido consulta por retraso desarrollo psicomotor.</u> Total de niños pesquisados con retraso</p> | <p>Enfermera Medico Tec. Paramédico</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| 3.- Baja cobertura en vacunación infantil | - Mantener el 90% de los niños bajo control con las vacunas al día | <ul style="list-style-type: none"> - Reforzar coordinación de referencia y contra referencia al nivel 2° - Desarrollar mini campañas de vacunación. - Identificar en las tarjetas los pacientes inasistentes a vacunas. - Establecer red con unidades educativas | <p><u>Nº de niños vacunados.</u></p> <p>Nº de niños programados para vacunar.</p> <p><u>Nº de niños vacunados</u></p> <p>Nº de niños según población tarjetero infantil</p> <p>Nº de unidades educativas integradas a la red</p> | <p>Enfermera Paramédico</p> <p>Enfermera Paramédico</p> <p>Equipo de Salud</p> |
| 4.- Existencia de niños prematuros en la comuna | - Mantener al 100% de los niños prematuros en control. | <ul style="list-style-type: none"> - Realizar VDI a hogar de recién nacido pre alta para evaluar condiciones del hogar - Solicitar información a Hospital Regional y Florida respecto a nacimiento de prematuros. | <p><u>Nº de VDI realizadas</u></p> <p>Nº de prematuros dados de alta</p> | <p>Tec. Paramédico Asistente Social</p> <p>Enfermera Nutricionista Matrona Médico</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | <p>- Mantener monitoreo de controles de salud de los niños prematuros</p> | <p><u>Nº de prematuros en control</u> Total de prematuros</p> | <p>Enfermera Nutricionista Asistente Social</p> |
| | | <p>- Realizar visitas domiciliarias integrales a prematuros, cuando se pesquise algún factor de riesgo o se encuentren inasistentes</p> | <p><u>Nº de prematuros con visita</u> Total de prematuros</p> | <p>Equipo de salud</p> |
| <p>5.- Existencia de menores de 6 años con diagnóstico nutricional de obesidad</p> | <p>- Mantener 9% de niños <6 años con diagnóstico de obesidad.</p> | <p>- Realizar consulta y control Nutricional al 100% de los diagnosticados obesos.</p> <p>- Realizar educación al 100% de las familias de niños diagnosticados obesos en consulta nutricional</p> | <p><u>Nº de niños <6 años con diagnóstico obeso *100</u> Total niños <6 años bajo control</p> <p>% de Educaciones realizadas</p> | <p>Nutricionista</p> <p>Nutricionista</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>6.- Existencia de niños en riesgo y desnutridos</p> | <p>- Mantener cobertura al 100% de niños en riesgo y desnutridos.</p> | <p>- Realizar educación al 100% de los padres de niños diagnosticados desnutridos. - Realizar consulta nutricional al 100% niños diagnóstico de riesgo y desnutridos. Realizar consulta nutricional a los niños con 5 meses de edad</p> | <p><u>Nº de niños en riesgo con consulta nutricional</u> Total niños < 6 años diagnosticados en riesgo</p> <p><u>Nº de educaciones realizadas a familias de niños en riesgo de desnutrición</u></p> <p><u>Nº niños desnutridos con consulta nutricional</u> Total niños < 6 años diagnosticados desnutridos</p> <p><u>Nº de consejerías realizadas</u> Total de niños de 2 a 5 años obesos</p> <p><u>Nº de niños de 5 meses con consulta nutricional</u> Total de niños de 5 meses</p> | <p>Nutricionista</p> <p>Nutricionista</p> <p>Nutricionista</p> |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|---|---|---|---|-----------------|
| 7.- Falta de información de las madres respecto a incorporación de alimentación artificial del lactante | Consulta Nutricional al 100% de los niños al 5º mes de vida | Realizar talleres de lactancia materna e incorporación de alimentos sólidos al 100% de las madres de niños de 5 meses durante la consulta nutricional | <p><u>Nº de niños de 5 meses con Taller nutricional</u> Total de niños de 5 meses</p> | Nutricionista |
| 8.- Estilos de Vida poco saludables en etapa escolar | Consulta Nutricional al 100% de los niños de 3 años y medio | Talleres de alimentación saludable al 100% de los niños de 3 y medio años | <p><u>Nº de niños de 3 años y medio con Talleres educativos</u> Niños de 3 años y medio en control</p> | Nutricionista |
| | | - Talleres educativos a escolares relacionados con Estilos de Vida Saludable | <p><u>Nº de escolares con talleres educativos</u> Nº total de escolares</p> | Equipo de Salud |

| | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------------|
| <p>- Promoción de Estilos de Vida Saludable al 80% de los niños en etapa escolar</p> | <p>- Promoción de Estilos de Vida Saludable al 80% de los niños en etapa escolar</p> | <p>- Intervención psicosocial grupal a padres respecto a normas de crianza</p> | <p><u>Nº de padres de niños del CHCC en riesgo que participan en los talleres</u> Total de padres de niños en riesgo ingresados al programa</p> | <p>Equipo CHCC</p> |
| <p>9.- Existencia de niños con rezago y/o riesgo psicosocial</p> | <p>- Mantener en control al 100% de los niños con rezago y/o riesgo psicosocial en las Postas</p> | <p>- Desarrollo de las ludotecas en las 5 postas de salud vía fondos CHCC</p> <p>- Realización de Visita Domiciliaria Integral a niños menores de 6 años en riesgo psicosocial o con rezago de acuerdo a la realidad local de la comuna</p> | <p>% de ludotecas en funcionamiento</p> <p>% de Visitas Domiciliarias realizadas</p> | <p>Equipo CHCC</p> <p>Equipo CHCC</p> |
| | | <p>- Acondicionar e implementar los box donde se atienden niños (Enfermera, Médico, Dental y Paramédico) vía fondos CHCC</p> | <p>% de Box que se acondicionaron</p> | <p>Equipo CHCC</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Pesquisa al 100% de alteraciones en la relación vincular del binomio madre e hijo | - Aplicación de Pauta Massie Campbell en controles de salud | Nº de niños de 0 a 23 meses con aplicación de pauta Total de niños de 0 a 23 meses | Enfermera |
| 10.- Falta de herramientas de los padres en la crianza de niños menores de 5 años | - Entregar herramientas necesarias al 30% de los padres de niños menores de 5 años | - Difusión y comunicación de la realización de talleres "Nadie es perfecto" - Realización de talleres | Nº de talleres realizadas Nº de talleres programadas Nº de total VDI realizadas con objetivo cumplido Nº total de VDI |
| | - Evaluación post talleres a los padres a través de VDI | Psicólogo | Psicólogo |

PROGRAMA DEL ADOLESCENTE

| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES | RESPON. |
|--|--|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Alto índice de alcoholismo y tabaquismo en la comuna. | - Alcanzar el 30% de cobertura de participación en actividades recreativas y de esparcimiento (en relación a la población escolar) | - Elaboración de diagnóstico participativo en escuelas de la comuna en relación a sus intereses - Coordinación con intersector | Diagnóstico realizado | Equipo de Salud Mental |
| | | - Diseño de proyectos para la obtención de recursos | Nº de proyectos realizados | Vida Chile Comunal |
| | | - Realizar actividades recreativas. | Nº de actividades recreativas | Vida Chile Comunal |
| | | - Actividades de sensibilización en relación al tabaco (campañas comunicacionales, marchas, charlas) | Nº de actividades de sensibilización | Vida Chile Comunal |
| | | - Coordinación con docentes de la comuna para detectar a escolares en | Nº de reuniones de coordinación | Psicóloga Asistente Social |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Lograr una cobertura de un 50% de atención a hijos de padres alcohólicos. | <p>riesgo Psicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de consejería por psicóloga. | <p><u>Nº de niños con atención de consejería</u> <u>Nº de hijos con padres alcohólicos</u></p> | <p>Psicóloga Asistente Social</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la cobertura en educación y promoción de estilos de vida saludables. | <ul style="list-style-type: none"> - Ejecución de proyectos de escuelas saludables y talleres de alimentación saludable. | <p><u>Nº de niños participantes en talleres de alimentación saludable</u> <u>Población escolar adolescente</u></p> | <p>Nutricionista</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el porcentaje de traumatismos, violencias y muertes por accidentes. | <ul style="list-style-type: none"> - Coordinar actividades de monitores en prevención de riesgos. | <p><u>Nº de niños intervenidos de 10 y más años</u> <u>Población escolar de 10 y más a</u></p> | <p>Enfermera</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Lograr una cobertura del control del adolescente de 7º básico de un 90%. | <ul style="list-style-type: none"> - Control de salud masivo a todos los niños de 7º básico. | <p><u>Nº de controles realizados</u> <u>Total escolares de 7º básico</u></p> | <p>Técnico paramédico</p> | |

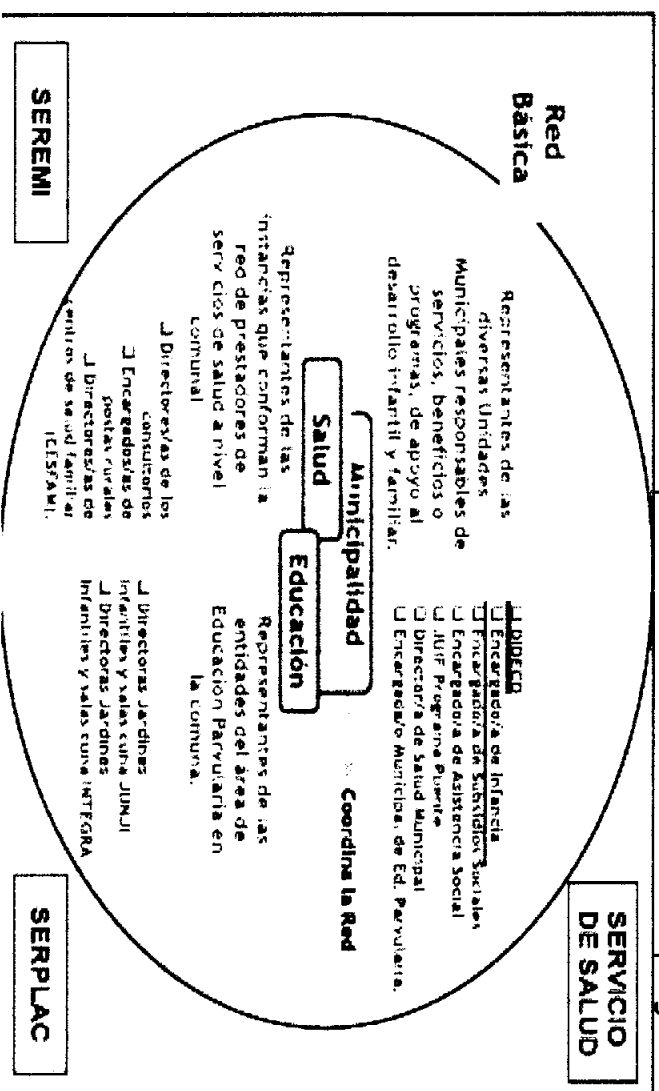
| | | | | |
|--|--|---|---|------------------------|
| <p>2. Aumento de la consulta de Salud Mental en población adolescente.</p> | <p>- Lograr cobertura del 100% de la Consultas generadas.</p> | <p>- Educación a profesores y padres respecto a patología de salud mental.</p> | <p><u>Nº de educaciones realizadas</u> <u>Total de consultas generadas</u></p> | <p>Psicólogo</p> |
| <p>3. Aumento del embarazo en población adolescente.</p> | <p>- Contribuir a disminuir el porcentaje de embarazos en adolescentes en un 25% en relación a año 2011</p> | <p>- Talleres educativos a población de adolescentes y sus padres en las escuelas</p> | <p><u>Nº de talleres realizados</u> <u>Nº de talleres programados</u></p> | <p>Equipo de Salud</p> |
| <p>4. Aumento del Nº de episodios de violencia entre los adolescentes</p> | <p>- Contribuir a disminuir los episodios de violencia entre adolescentes en un 5% con respecto a año 2011</p> | <p>- Focus Group en temas relacionados a violencia con adolescente, padres y profesores</p> | <p><u>Nº de F. G realizados</u> <u>Nº de F. G programados</u></p> | <p>Equipo de Salud</p> |

PROGRAMA DE LA MUJER

SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA "CHILE CRECE CONTIGO"

Tiene por objetivo ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicio sociales dirigidos a igualar oportunidades de desarrollo en niños, niñas, sus familias y comunidades con base en el municipio (ver figura). Cada sector pone a disposición de este sistema (ChCC) su oferta programática en materia de primera infancia; convirtiéndose en una Red Intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil.

En el caso del sector Salud, se introducen importantes modificaciones a los programas de la Mujer y el niño



| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES | RESPONS |
|--|---|--|--|---|
| 1. Se mantiene el % de embarazadas con mal nutrición por exceso. | - Contribuir a disminuir el número de embarazadas sobrepeso y obesas de la comuna en un 2% respecto al año anterior | - Aumentar cobertura del control preconcepcional en las PSR - Consulta nutricional a todas las embarazadas que ingresan a control (independiente de su estado nutricional) | <u>Nº Pobl. Femenina en control preconcepcional</u> Total de pobl. Femenina en edad fértil <u>Nº embarazadas ingresadas a Programa Nutricional</u> Total ingreso embarazadas | Matrona Nutricionista Matrona |
| 2. Aumento de las Enfermedades No transmisibles en la población que está en el período del Climaterio. | - Aumentar cobertura de mujeres en tarjetero de control del climaterio en un 15% | - Diagnóstico precoz mediante aplicación de EMP y manejo del Síndrome Climatérico - Educar sobre estilos de vida saludable a la población climatérica. - Realizar talleres a mujeres sobre 40 años, respecto a Climaterio. | <u>Nº mujeres en control de climaterio</u> Total de mujeres de 35 y más años <u>Nº mujeres climatéricas en talleres</u> Nº total de mujeres climatéricas <u>Nº mujeres climatéricas en talleres</u> Nº total de mujeres climatéricas <u>Nº de V.D integrales en las que se</u> | Matrona Equipo de Salud Matrona |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>3. No se ha logrado mejorar la cobertura de PAP en población de 25 a 64 años</p> | <p>- Aumentar a un 80 % la Cobertura de PAP Vigente en población de Mayor riesgo</p> | <p>- A través de V.D integrales pesquisar a mujeres de 25 a 64 años que nunca se hayan tomado el PAP. - Capacitar a 2 integrantes de cada Comité de Salud de las Postas para que sean monitonas de pesquisa de mujeres nunca PAP y desarrollen Unidades educativas respecto a la importancia de la toma de PAP. - Facilitar la toma de PAP a través de adecuación de horarios para las mujeres que no puedan asistir el día que les corresponde la Ronda en sus respectivas Postas.</p> | <p><u>pesquisan mujeres nunca PAP en edad de riesgo</u> Nº total de V.D integrales realizadas - Nº de Integrantes de los Comités de Salud capacitadas <u>Nº de mujeres que asisten a toma de PAP en horario especial</u> Nº de mujeres que asisten a toma de PAP en horario habitual</p> | <p>Matrona Comités de Salud Paramédicos Postas Matrona Paramédico</p> |
|---|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <p>4.- Falta de conocimiento de la población de embarazadas del Sistema Crece Contigo en la Comuna</p> | <p>Que el 100% de las embarazadas que ingresa a control con la información necesaria del sistema CHCC</p> | <p>- Realizar talleres al 80 % de las embarazada que ingresen a control - Realizar como mínimo 2 VDI a cada embarazada que ingrese a control</p> | <p><u>Nº de talleres realizados</u> Nº de talleres programados <u>Nº de embarazadas con VDI</u> Nº Total de ingresos de embarazo</p> | <p>Matrona Paramédico Equipo ChCC</p> |
| | | <p>Realizar Visita Domiciliaria Integral al 100% del Binomio Madre e hijo - Entrega de material CHCC a toda embarazada y su R.N</p> | <p>% de VDI realizadas</p> | <p>Matrona Matrona</p> |
| <p>5. Acortamiento del período de LME en niños menores de 6 meses</p> | <p>Aumentar la LME en menores de 6 meses en 5% respecto a año 2011</p> | <p>- Implementar clínica de lactancia materna en al menos 2 PSR</p> | <p><u>Nº de clínicas implementadas</u> Total de PSR</p> | <p>Nutricionista Matrona</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>6. Escasa adherencia a talleres de estimulación prenatal por parte de embarazadas</p> | <p>Aumentar en un 30% la participación de embarazadas en los talleres, respecto al año 2011</p> | <p>- Difusión en salas de espera de las PSR de la importancia de la estimulación prenatal - Consejería Breve por parte de los profesionales a embarazadas</p> | <p><u>Nº de actividades de difusión realizadas en sala espera</u> Total de actividades programadas Total de consejerías breves realizadas a embarazadas</p> | <p>Matrona Tec. paramédico Equipo de Salud</p> |
|--|---|--|---|--|

PROGRAMA DEL ADULTO

Encargado de todas las acciones del programa es el Equipo de Salud y Responsables Enfermera y
Nutricionista

| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES | RESPONSABLE |
|--|--|--|---|-----------------|
| 1. Aumento del número de pacientes portadores de patologías crónicas no transmisibles. | - Lograr que el 45% de los usuarios de 20 a 64 años se les ejecute el Examen de Salud Preventivo del Adulto (EMP). | - Realizar EMP a todo usuario que consulta por primera vez de 20 a 64 años. - Aplicación del EMP a población que consulta espontáneamente por morbilidad y urgencia | <u>Nº usuarios 20 a 64 años con EMP</u> Población inscrita de 20 a 64 años | Equipo de Salud |
| 2. Falta de sensibilización a la comunidad en relación a la importancia de la medicina preventiva. | - Educación y prevención de las enfermedades más prevalentes a un 30% de la población adulta | -Educación a grupos de la comunidad respecto a hábitos de vida saludables y medicina preventiva | <u>Nº de educaciones realizadas</u> Total de grupos formados de la comunidad | Equipo de Salud |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <p>3. Alta Morbimortalidad de los pacientes portadores de patologías cardiovasculares en la comuna.</p> | <p>- Mantener la cobertura y mejorar la eficacia de los programas de control y seguimiento de pacientes con patologías crónicas.</p> | <p>- Visita domiciliaria y convocatoria a través de los comités de salud al paciente que no concurre a control y que esté descompensado</p> <p>- Intervención familiar en relación a tratamiento de pacientes del PSC</p> | <p><u>% de inasistentes a control de crónicos</u> Total de Población crónica específica en control.</p> | <p>Equipo de Salud</p> |
| | <p>- Mejora la eficacia de los programas en la relación a la compensación en un 15% respecto al año anterior</p> | <p>- Auditar en un 30% los tarjetones y fichas clínicas de pacientes crónicos en control</p> <p>- Reuniones clínicas del equipo de acuerdo a requerimiento de los casos</p> | <p><u>Nº de pacientes auditados</u> Total de Pacientes del Programa de Salud Cardiovascular</p> <p>Nº de reuniones clínicas</p> | <p>Equipo PSCV</p> <p>Equipo de Salud</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|-----------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Educación a grupos organizados de la comunidad sobre hábitos de vida saludable. | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo de módulos de actividad física a pacientes cardiovasculares | <p>Nº de educaciones a grupos organizados</p> <p><u>Nº de módulos desarrollados</u> Nº de módulos totales</p> | Equipo de Salud |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Refuerzo en domicilio de tratamiento medicamentoso | <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar los grupos de autoayuda en las 5 Postas de Salud Rural. | <p><u>Nº de VDI realizadas</u> Total de pacientes del PSCV</p> <p>Nº de grupos de autoayuda formados y funcionando con Plan de trabajo anual</p> | Equipo de Salud |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Visita Domiciliaria Integral a todo ingreso de pac. Diabético | | <p><u>Nº de VDI realizada</u> Nº pacientes diabéticos ingresados al programa</p> | Equipo de Salud |

| | | | |
|---|--|--|------------------------|
| <p>38 % de Diabéticos de 20 a 64 años bajo control con HbA1c < 7</p> | <p>- Realizar por lo menos 2 HbA1c al año</p> | <p><u>Nº de HbA1c tomadas</u> Total de pac. Diabéticos</p> | <p>Equipo de Salud</p> |
| <p>-</p> | <p>Consulta Nutricional al 100% de los diabéticos</p> | <p><u>Nº de Diabéticos en consulta</u> <u>nutricional</u> Nº total de diabéticos</p> | <p>Nutricionista</p> |
| <p>40% Hipertensos bajo control de 20 a 64 años con P/A < 130/85</p> | <p>- Realizar por lo menos 1 batería de examen anual a todo Hipertenso</p> | <p><u>Nº de exámenes</u> Total de pac. Hipertensos</p> | <p>Equipo de Salud</p> |
| <p>-</p> | <p>Consulta Nutricional al 40% de los Hipertensos</p> | <p><u>Nº de Hipertensos con</u> <u>consulta nutricional</u> Nº de Hipertensos en control</p> | <p>Nutricionista</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 4. Existencia de complicaciones en pacientes con DM 2 | - Aplicación de evaluación de pie diabético y manejo de heridas al 100% de los Diabéticos | - Evaluación de pie diabético a todo paciente en control. - Capacitación a Paramédicos y familia respecto a cuidado de pie diabético | <u>Nº de evaluaciones de pie diabético realizadas</u> Población diabética bajo control Nº de capacitaciones | Equipo PSCV Equipo PSCV |
| 5. Baja adherencia de pacientes con patología crónica a controles | - Realización de examen de fondo de ojos al 100% de los Diabéticos - Disminuir al 10% la inasistencia a controles | - Compra de servicio - Coordinación y realización de operativos en las PSR Monitoreo permanente de inasistentes. | <u>Nº de exámenes realizados</u> Total de pac. Diabéticos <u>Nº de pac. Inasistentes</u> Total de pac. En control | Equipo PSCV Enfermero Tec. Paramédico |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>6. Mantenición de la tasa de pacientes portadores de tuberculosis.</p> | <p>- Aumentar la pesquisa TBC manteniendo índice sobre 60 baciloscopia por 1000 consultas por adultos.</p> | <p>- VDI de rescate - Uso de carné de control - Solicitud de baciloscopias a todo paciente sintomático respiratorio de más de 14 días de evolución - Seguimiento y vigilancia de caso índice y contactos con baciloscopias positivas-</p> | <p>Nº <u>baciloscopias</u> tomadas Nº consultas de morbilidad de 20 años y más.</p> | <p>Kinesiólogo Enfermera Tec. paramédico</p> |
| <p>7. Aumento del consumo de drogas ilícitas</p> | <p>- Disminuir en un 2% respecto al año anterior el consumo de drogas ilícitas</p> | <p>- Consejerías Breves - Cápsulas informativas - educativas en sala de espera - Campañas de sensibilización a la comunidad</p> | <p>Nº de Consejerías Nº de PSR con equipos audiovisuales funcionando en salas de espera Nº de campañas de sensibilización realizadas</p> | <p>Equipo de Salud</p> |

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

(Personas de 65 años y más)

KATZ: test que evalúa el grado de dependencia de un paciente postrado

| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES | RESPON. |
|---|---|---|---|---|
| 1. Adultos Mayores que no han sido evaluados por Enfermera en su centro de salud. | - Controlar al 85% de los Adultos mayores inscritos en las Postas. | - Coordinar con DIDECO y organizaciones Sociales rescate de todo Adulto Mayor de los sectores rurales, mediante visita domiciliaria integral. | <u>Nº de Adultos mayores con el control de salud preventivo al día.</u> Nº total de Adultos mayores inscritos en las Postas | Enfermera Técnico paramédico |
| 2. Adultos Mayores carentes de redes de apoyo. | - Realizar catastro al 80% de los Adultos Mayores inscritos en las PSR, identificando a aquellos carentes de apoyo familiar | - Coordinación y realización de catastro - Implementación del Flujiograma de atención del Adulto mayor | <u>Nº adultos mayores con riesgo biopsicosocial que están siendo apoyados</u> Nº total de adultos mayores inscritos en las PSR | Enfermera Kinesióloga Asistente Social Técnico Paramédico |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <p>3. Adultos con Mayores problemas osteoarticulares</p> | <p>-Mantener tratamiento médico y Kinésico al 100% de los Adultos Mayores con osteoarticular (Artrrosis cadera o rodilla)</p> | <p>- Trabajar en red con distintas organizaciones tanto comunitarias como gubernamentales</p> <p>- Control de salud preventivo y evaluación funcional con el fin de pesquisar de limitaciones osteoarticulares</p> <p>- Entrega de ayudas técnicas en caso de ser necesario</p> <p>- Adquisición de implementación para la rehabilitación de patologías musculoesqueléticas</p> | <p><u>Nº de Adultos mayores en tratamiento por artrrosis o con apoyo ortopédico</u> Nº total de adultos Mayores en Postas con alguna patología osteoarticular.</p> | <p>Equipo de Salud</p> <p>Medico Asistente Social Enfermera Técnico Paramédico kinesiólogo</p> <p>Kinesiólogo</p> |
|--|---|---|---|---|

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <p>4. Alto Número de Adultos hipertensos descompensados.</p> | <p>- Mantener un 50% de compensación en Adulto mayor.</p> | <p>- Control de salud mensual: 2 por enfermera, 2 por médico y 2 por nutricionista al año</p> | <p><u>Total de A.M compensados</u> Total de A.M en control por alguna patología crónica</p> | <p>Equipo PSCV</p> |
| | | <p>- Realizar Visita Domiciliaria cada 2 meses para refuerzo de tratamiento medicamentoso</p> | <p>Nº de visitas domiciliarias realizadas</p> | <p>Técnico Paramédico Enfermero</p> |
| | | <p>- Bateria de exámenes anual</p> <p>- Incorporación a módulos de actividad física a los adultos mayores del PSCV</p> | <p><u>Nº de exámenes realizados</u> Total de A.M en control</p> <p>Nº de módulos de Actividad física desarrollados</p> | <p>Enfermero</p> <p>Kinesióloga Enfermero</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 5. Baja pesquisa de Adultos Mayores con problemas de Salud Mental | - Pesquisar al 100% de los Adultos Mayores que padecen alguna alteración mental | - Control de salud preventivo aplicando minimalmente a todo Adulto Mayor que consulte en forma espontánea y/o mediante VDI | <u>Total de A.M en control por patología mental</u> Total de A.M identificados con enf. mental | Enfermero Psicólogo Médico |
| 6. Aumento del Nº de Adultos Mayores Postrados | Mantener domicilio al 100% de los Adultos Mayores con dependencia severa o moderada | - Control de salud Preventivo y aplicación del índice KATZ a todo Adulto Mayor dependiente | <u>Total de Adultos Mayores Visitados con dependencia severa o moderada</u> Total de Adultos mayores diagnosticados con dependencia severa o moderada | Enfermero Tec. Paramédico Kinesiólogo |
| 7. Aumento de mal nutrición por exceso en Adultos Mayores | - Disminuir en un 10% la obesidad en Adultos Mayores | - Talleres de alimentación saludable, Actividad Física | <u>Nº de talleres de estilos de vida saludable</u> Total de Adultos Mayores en control | Nutricionista |

| | | - Consejería breve en actividad física | Nº de consejerías realizadas | Kinesióloga |
|--|--|--|------------------------------|-------------|
| | | | | |

PROGRAMA POSTRADOS

| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES | RESPON. |
|--|---|--|---|---|
| 1. Existencia de pacientes postrados severos | - Atención domiciliaria integral al 100% de los pacientes postrados | - Visita Domiciliaria mensual a todo paciente postrado. - Talleres de autocuidado del cuidador y cuidado del paciente | <u>Nº de pacientes postrados</u> <u>Nº de visitas efectivas.</u> | Enfermera Kinesióloga Paramédico |
| | - Capacitar al 100% de los cuidadores una vez al año | - Implementación del programa de atención domiciliaria Integral | <u>Nº de talleres realizados</u> <u>Nº de talleres programados</u> | Enfermero Kinesiólogo |
| | - Atención Kinésica al 100% de los pacientes Postrados severos que presenten patologías respiratorias y/o motoras | - Atención Kinésica en domicilio a pacientes postrados | | Kinesióloga Paramédico Asistente Social |

PROGRAMA CUIDADO PALIATIVOS Y ALIVIO DEL DOLOR

| PROBLEMA | METAS | ESTRATEGIAS | INDICADORES | RESPON. |
|--|---|--|--|--|
| 1. Aumento de pacientes con cáncer terminal en la comuna | - Proporcionar atención domiciliaria integral al 100% de los pacientes que están en el programa | - Visita Domiciliaria semanal a todo paciente del programa - Coordinar con encargada comunal de CPAD del Hospital la entregas oportuna de tratamiento medicamentoso | Nº de VDI realizadas Nº total de pacientes en el programa | Equipo de salud Enfermero Tec. Paramédico Psicólogo Enfermero Tec. Paramédico |

PROGRAMA SALUD MENTAL

| PROBLEMA | META | ESTRATEGIA | INDICADOR | RESPONSABLE |
|---|--|---|---|------------------------|
| 1.- Baja cobertura de Maltrato infantil y/o abuso sexual. | Aumentar la cobertura al 40% según prevalencia | Tratamiento psicosocial a niños víctimas de maltrato infantil y /o abuso sexual. | <u>N° de niños entre 0 y 9 años en tratamiento por maltrato infantil y /o abuso sexual.</u> N° de niños entre 0 y 9 años estimados según prevalencia. | Psicólogo |
| | | Actividades informativas a la población sobre maltrato infantil y /o abuso sexual. | <u>N° de actividades informativas realizadas a la población sobre maltrato y / o abuso sexual</u> Total de actividades programadas a la población sobre maltrato y / o abuso sexual. | Equipo de Salud Mental |
| | | Talleres educativos a familias responsables de niños entre 0 y 9 años en temas de maltrato y /o abuso sexual. | <u>N° familias responsables de niños entre 0 y 9 años que participaron en talleres educativos en temas de maltrato y / o abuso sexual</u> . N° total de talleres educativos programados a familias responsables de niños entre 0 y 9 años. | Equipo de Salud Mental |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <p>2.- Aumento de consultas sobre problemas de atención y comportamiento en niños entre 0 y 9 años de edad.</p> | <p>Atender al 100% de las consultas realizadas sobre problemas de atención y comportamiento en niños entre 0 y 9 años de edad.</p> | <p>Establecer red de atención entre establecimientos educacionales y PSR.</p> <p>Atención psicosocial a niños con problemas de atención y comportamiento.</p> <p>Talleres de habilidades creativas y sociales para niños entre 4 y 9 años de edad.</p> | <p><u>Nº de redes establecidas con establecimientos educacionales y PSR</u></p> <p>Nº total de redes programadas con establecimientos educacionales y PSR.</p> <p><u>Nº niños ingresados a tratamiento psicosocial con problemas de atención y comportamiento</u></p> <p>Total de niños con problemas de atención y comportamiento.</p> <p><u>Nº niños entre 4 y 9 años de edad que participaron de talleres de habilidades creativas y sociales</u></p> <p>Total de talleres de habilidades creativas y sociales programados a niños entre 4 y 9 años de edad.</p> | <p>Equipo de Salud Mental</p> <p>Psicólogo Asistente Social</p> <p>Equipo de Salud mental, Educativa de parvulos.</p> |
|---|--|--|---|---|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>3.- Baja cobertura de adolescentes en tratamiento por depresión, según prevalencia.</p> | <p>Aumentar cobertura al 30% de adolescentes en tratamiento por depresión, según prevalencia (10% mujeres, 4% en hombres).</p> | <p>Capacitación a docentes de escuelas rurales sobre problemáticas de salud mental en niños.</p> <p>Talleres familiares en conjunto con niños entre 0 y 4 años de edad.</p> <p>Atención psicosocial a adolescentes mujeres en tratamiento por depresión</p> | <p><u>N° de docentes de escuelas rurales capacitados en problemáticas de Salud mental en niños</u> Total de capacitaciones programadas a docentes sobre problemáticas de Salud mental en niños.</p> <p><u>N° familiares y niños entre 0 y 4 años de edad que participaron en talleres</u> Total de talleres programados a familiares con niños entre 0 y 4 años de edad.</p> <p><u>N° de adolescentes mujeres en tratamiento por depresión, según prevalencia</u> N° de adolescentes mujeres estimadas según prevalencia.</p> | <p>Equipo de Salud Mental.</p> <p>Equipo Salud mental, Educadora de parvulos.</p> <p>Psicólogo</p> |
|--|--|---|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------------|
| | | <p>Atención psicosocial a adolescentes hombres en tratamiento por depresión.</p> | <p><u>Nº de adolescentes hombres en tratamiento por depresión, según prevalencia.</u> Nº de adolescentes hombres estimados según prevalencia.</p> | <p>Psicólogo</p> | |
| | <p>4.- Consumo problemático de alcohol y drogas de adolescentes.</p> | <p>Pesquisar el 5% de adolescentes que se encuentran con consumo problemático de alcohol y drogas. (prev. 10%)</p> | <p>Taller "Cambios en la adolescencia" para padres de adolescentes en tratamiento.</p> | <p><u>Nº de espacios creados para el fomento de habilidades emocionales en los adolescentes en tratamiento</u> Total de espacios programados para fomentar el desarrollo de habilidades emocionales en adolescentes en tratamiento.</p> | <p>Equipo de Salud Mental.</p> |
| | | <p>Taller "Cambios en la adolescencia" para padres de adolescentes en tratamiento.</p> | <p><u>Nº de talleres realizados para padres de adolescentes en tratamiento</u> Total de talleres programados para padres de adolescentes en tratamiento</p> | <p>Psicólogo</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>5.- Adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual.</p> | <p>Cobertura del 30% de adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual, según prevalencia. (5%)</p> | <p>Establecer red de trabajo con establecimientos educativos. Ingresar a tratamiento a adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol.</p> | <p><u>N° de redes establecidas con instituciones educativas</u> Total de instituciones educativas</p> <p><u>N° de adolescentes ingresados a tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas</u> Total de adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas según prevalencia.</p> <p><u>N° de adolescentes que participan de espacios creativos</u> Total de adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas según prevalencia.</p> <p><u>N° de adolescentes ingresados a tratamiento como víctimas de VIF y abuso sexual</u> Total de adolescentes víctimas de VIF y abuso sexual según prevalencia.</p> | <p>Equipo de Salud. Equipo de Salud Mental. Equipo de Salud Mental.</p> |
|---|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>6.- Depresión en adultos y adultos mayores.</p> | <p>Cobertura del 65% de la prevalencia de adultos y adultos mayores con depresión. (10% en mujeres y 4% en hombres)</p> | <p>Realizar actividades educativas respecto a violencia intrafamiliar y abuso sexual a adolescentes y familia.</p> <p>Capacitar a docentes respecto la detección de VIF y abuso sexual en adolescentes.</p> | <p><u>Nº de adolescentes y familias que participaron de actividades educativas respecto a VIF y abuso sexual</u></p> <p>Total de actividades educativas realizadas respecto a VIF y abuso sexual.</p> <p><u>Nº de docentes capacitados respecto a detección de VIF y abuso sexual en adolescentes</u></p> <p>Total de docentes.</p> | <p>Equipo de Salud Mental.</p> <p>Psicólogo.</p> |
| <p></p> | <p>Ingresar a tratamiento psicosocial a adultos y adultos mayores con depresión.</p> | <p>Realizar jornadas sobre la importancia del autocuidado en adultos y adultos mayores.</p> | <p><u>Nº de adultos y adultos mayores ingresados a tratamiento por depresión</u></p> <p>Total de adultos y adultos mayores ingresados por depresión según prevalencia.</p> <p><u>Nº de adultos y adultos mayores que participan de las jornadas de autocuidado</u></p> <p>Total de jornadas de autocuidado realizadas a adultos y</p> | <p>Equipo de Salud</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------|
| <p>7 - Baja adherencia de adultos y adultos mayores bajo tratamiento por consumo problemático de alcohol y drogas.</p> | <p>Aumentar adherencia al 10% según prevalencia, sobre Consumo problemático de alcohol y drogas de adultos y adultos mayores bajo tratamiento. (20%)</p> | <p>Conformar grupos de trabajo con adultos y adultos mayores que se encuentran en tratamiento por depresión.</p> | <p>adultos mayores. <u>Nº de adultos y adultos mayores en tratamiento por depresión que participan en grupos de trabajo</u> Total de adultos y adultos mayores que se encuentran en tratamiento por depresión</p> | <p>Equipo Salud Mental.</p> |
| <p></p> | <p></p> | <p>Realizar intervención a familias de adultos y adultos mayores con consumo problemático de alcohol y drogas bajo tratamiento.</p> | <p><u>Nº de familias intervenidas con adultos y adultos mayores con consumo problemático de alcohol y drogas bajo tratamiento</u> Total de familias de adultos y adultos mayores con consumo problemático de alcohol y drogas bajo tratamiento.</p> | <p>Equipo Salud Mental.</p> |
| <p></p> | <p></p> | <p>Realizar grupos de trabajo con adultos y adultos mayores con consumo problemático de</p> | <p><u>Nº de adultos y adultos mayores con consumo problemático de alcohol y drogas bajo tratamiento participan en grupos de trabajo</u></p> | <p>Equipo Salud Mental.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>8 - Alto número de adultos y adultos mayores policonsultantes en PSR.</p> | <p>Disminuir en un 20% el número de policonsultantes adultos y adultos mayores en PSR.</p> | <p>alcohol y drogas bajo tratamiento. Promover actividades recreativas en adultos y adultos mayores con consumo problemático de alcohol y drogas bajo tratamiento. Conformar un grupo de autoayuda a adultos y adultos mayores policonsultantes.</p> | <p>Total de adultos y adultos mayores con consumo problemático de alcohol y drogas bajo tratamiento. <u>Nº de adultos y adultos mayores con consumo problemático de alcohol y drogas bajo tratamiento que participaron en actividades recreativas</u> Total de actividades recreativas. <u>Nº de adultos y adultos mayores policosultantes que participan en un grupo de autoayuda.</u> Total de adultos y adultos mayores policonsultantes.</p> | <p>Equipo Salud Equipo de salud mental. Equipo de salud mental.</p> |
| | | <p>Realizar actividades de relajación a adultos y adultos mayores policonsultantes.</p> | <p><u>Nº de adultos y adultos mayores que participan de actividades de relajación</u> Total de actividades de relajación programadas</p> | |

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO
DE SALUD FLORIDA 2012

En la salud de la población, la atención médica es sólo una pequeña parte. Sin duda, la más importante de esta es la que se desarrolla en el campo de la Atención Primaria de la Salud, allí se establecen las mejores oportunidades de interacción positiva para la salud, entre las personas con sus necesidades, expectativas y experiencias de vida, sus familias, la comunidad con sus recursos, sus conflictos y valores.

El Proceso de Capacitación debe contribuir a lograr, a través de las personas, la misión, los objetivos estratégicos, las metas que en su ámbito se ha propuesto las DASM, la internalización de los valores y de las actitudes laborales que sustentarán la cultura organizacional deseada.

A través del proceso de capacitación basado en metodologías participativas, se deberá contribuir también, al desarrollo de habilidades intelectuales, emocionales, laborales y sociales y a la conformación de equipos de trabajo, como respuesta a la necesidad de la organización de transformar el trabajo individual limitado, y a veces desalentador, en un trabajo colectivo, motivador y participativo.

Por último, la capacitación, debe contribuir a hacer realidad la relación aparentemente irreconciliable entre productividad y calidad de vida de las personas en su trabajo. Conteniendo los elementos fundamentales para facilitar la adaptación de las personas a los cambios organizacionales e iniciar el tránsito hacia nuevos y mejores estilos de gestión de personas, que contribuyan a mejorar el clima laboral, la motivación y el compromiso de los trabajadores con su institución.

Por eso se ha consensuado con el equipo de capacitación de la DAS, el cual es representado por funcionarios de todas las categorías, fortalecer la capacitación en los cursos que se detallan a continuación; entendiendo aquello como la construcción de un futuro mejor para la salud de los habitantes de la comuna de Florida y fortalecimiento personal.

FUNDAMENTACIÓN GENERAL

La formación de recurso humano es una de las necesidades fundamentales para desarrollar el modelo de Atención Primaria (enfoque integral), haciendo extensivo esta modalidad al mayor número de población beneficiaria. Esto será factible en la medida que los funcionarios de Atención Primaria que actualmente se desempeñan en la Dirección de Salud Municipal, tanto Profesionales, Técnicos, Auxiliares Paramédicos, Auxiliares de Servicio y Personal Administrativo, tengan la real oportunidad de capacitarse.

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Fortalecer los conocimientos de los funcionarios de Atención Primaria desarrollando actividades de educación para que contribuyan al incremento del conocimiento y permitan dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Brindar a los integrantes del equipo de salud que se desarrollen, complementen y actualicen los conocimientos y competencias necesarias para el eficiente desempeño de sus funciones, para mejorar la calidad de atención al usuario en los Centros de Salud Rural.
- ✓ Generar herramientas para el mejoramiento de los procesos de intervención, según la necesidad de la comunidad sin que afecte al deterioro del funcionario.

MUNICIPALIDAD DE FLORIDA
DIRECCION DE SALUD/

| Nombre Curso- Taller | Hrs. Ped. | Nº participantes según categoría | | | | | | Estimación costos (\$) | Nombre Oferente | Objetivos | Fecha ejecución comprometida | Procedencia fondos |
|---|--------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| | | A | B | C | D | E | F | | | | | |
| 1. Relaciones Interpersonales y Autocuidado | 16 | 1 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 600.000.- | Institución Privada | Adquirir herramientas específicas que permita la interacción efectiva con los pares y usuarios de las PSR, a través de la empatía, comunicación, desarrollo de la vocación de servicio, competencias emocionales y sociales que contribuyan al desarrollo personal y laboral de los integrantes del Equipo de Salud. | Marzo- Diciembre | Servicio de Salud Concepción |

MUNICIPALIDAD DE FLORIDA
DIRECCION DE SALUD/

| | | | | | | | | | | |
|---|----|--|---|---|---|--------------------|---------------------|---|-----------------|--------------------|
| 2. Técnicas de Esterilización | 8 | | 2 | 5 | | 200.000.- | Institución Privada | Innovar conocimientos y técnicas que permitan que los participantes apliquen el procedimiento adecuado. | Marzo-Diciembre | Dirección de Salud |
| 3. - Curso de vacunas y cadena de frío | 8 | | 1 | 2 | 6 | 250.000.- | Institución Privada | Actualizar conocimientos respecto al manejo de vacunas del PAI | Marzo-Diciembre | Dirección de Salud |
| 4. Análisis del Ordenamiento Jurídico de la Atención Primaria | 16 | | 1 | 1 | | 230.000.- | Institución Privada | Adquirir y actualizar conocimientos del Estatuto de Salud, debido a reformas de los últimos años. | Marzo-Diciembre | Dirección de Salud |
| 5. Otros cursos que cumplan con requisitos, que estén dentro de los lineamientos del MINSAL y que guarden directa relación con el ciclo vital y el Modelo de Salud. | | | | | | | | | | |
| TOTAL PAC 2012 | | | | | | \$1.280.000 | | | | |

PROYECTO PRESUPUESTO DIRECCION DE SALUD
MUNICIPAL, AÑO 2012

| SUBTITULO | ITEM | DENOMINACION | SUBTOTAL M\$ |
|-----------|------|--|--------------|
| 05 | | TRANSFERENCIAS CORRIENTES | |
| | 03 | <u>De Otras Entidades Públicas</u> | 248.000 |
| 08 | | OTROS INGRESOS CORRIENTES | |
| | 01 | <u>Recuperación y Reembolso por Lic. Médicas</u> | 3.500 |
| 15 | | SALDO INICIAL DE CAJA | 1 |
| | | TOTAL INGRESOS M\$ | 251.501 |

| SUB TITULO | ITEM | DENOMINACION | SUBTOTAL M\$ |
|------------|------|-------------------------------------|--------------|
| 21 | | GASTOS EN PERSONAL | |
| | 01 | <u>Personal de Planta</u> | 132.098 |
| | 02 | <u>Personal a Contrata</u> | 60.040 |
| | 03 | <u>Otras Remuneraciones</u> | 3.000 |
| 22 | | BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO | |
| | 03 | <u>Combustibles y Lubricantes</u> | 4.000 |
| | 04 | <u>Materiales de Uso o Consumo</u> | 34.567 |
| | 05 | <u>Servicios Básicos</u> | 9.500 |
| | 06 | <u>Mantenimiento y Reparaciones</u> | 1.650 |

MUNICIPALIDAD DE FLORIDA
DIRECCION DE SALUD/

| | | | |
|----|----|--|---------|
| | 07 | <u>Publicidad y Difusión</u> | 380 |
| | 08 | <u>Servicios Generales</u> | 1.950 |
| | 10 | <u>Servicios Financieros y de Seguros</u> | 1.100 |
| | 11 | <u>Servicios Técnicos y Profesionales</u> | 515 |
| | 12 | <u>Otros Gastos en Bienes y Serv. de Consumo</u> | 2.700 |
| 35 | | SALDO FINAL DE CAJA | 1 |
| | | TOTAL GASTOS M\$ | 251.501 |

NOTA: SE CONSIDERÓ REAJUSTE DE UN 5%

% GASTOS:

| | |
|---------------------------------|---------------|
| * Gastos en Personal | 77.59% |
| * Bienes y Servicios de Consumo | <u>22.41%</u> |
| | 100% |

DOTACIÓN DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL DE FLORIDA 2012

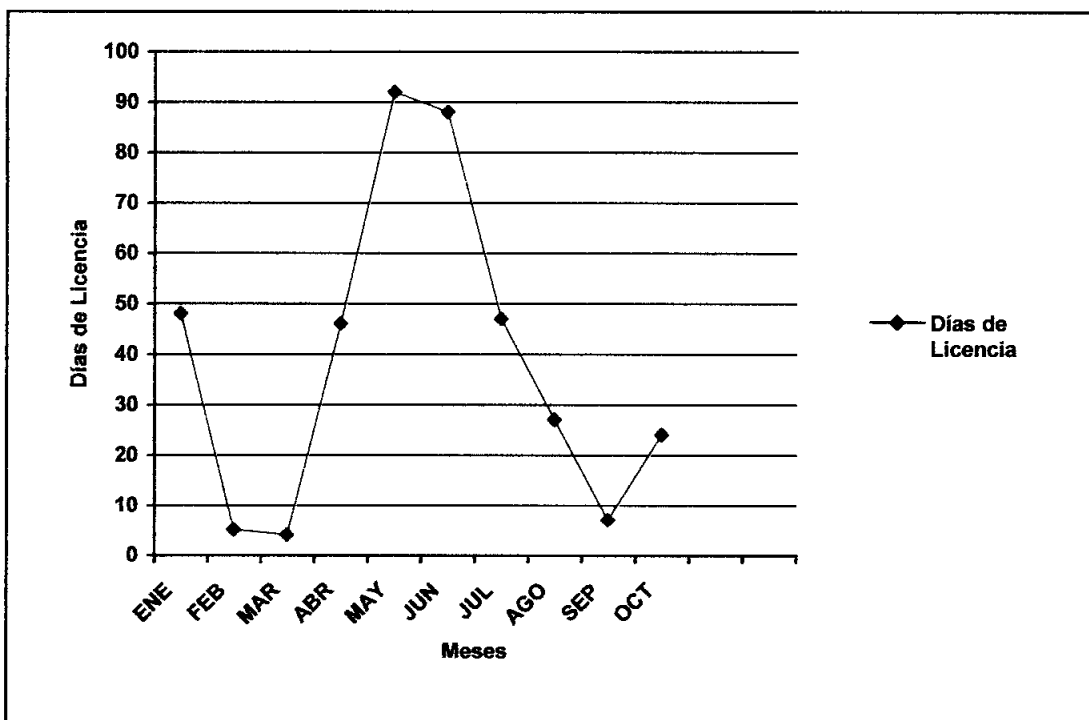
| ESTABLECIMIENTOS | CAT. | CARGO | Nº HORAS PLANTA | Nº HORAS CONTRATA |
|------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------------|
| PSR COPIULEMU | C | Técnico Ayudante de Enfermería | 44 | |
| | D | Auxiliar Paramédico de Enfermería | | 44 |
| | F | Auxiliar de Servicios | | 44 |
| PSR GRANERILLOS | D | Auxiliar Paramédico de Enfermería | 44 | |
| | F | Auxiliar de Servicios | 44 | |
| PSR CANCHA LOS MONTERO | D | Auxiliar Paramédico de Enfermería | 44 | |
| | F | Auxiliar de Servicios | 44 | |
| PSR MANCO | D | Auxiliar Paramédico de Enfermería | | 44 |
| PSR ROA | C | Técnico Ayudante de Enfermería | 44 | |
| ATENCIÓN EN PSR. | B | Enfermero | | 44 |
| | | Matrona | 44 | |
| | | Nutricionista | 35 | |
| | | Psicóloga | | 22 |
| | | Dentista | | 44 |
| | Asistente Social | | 22 | |
| D | Auxiliar Dental | | 44 | |
| DIRECCION DE SALUD | C | Contadora | 44 | |
| | E | Estadístico, Secretaria | 44 | |
| | E | Calificador de Derecho | 44 | |
| | E | Asistente Adq. y Personal | | 44 |
| | F | Chofer | 44 | |
| TOTAL DOTACIÓN | | | 519 | 352 |

AUSENTISMO LABORAL

Licencias Médicas del personal afecto a la Ley N° 19.378/95 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal", desde Enero a Octubre de 2011:

| MESES | N° LICENCIAS | N° DIAS |
|--------------|--------------|------------|
| Enero | 6 | 48 |
| Febrero | 1 | 5 |
| Marzo | 1 | 4 |
| Abril | 4 | 46 |
| Mayo | 9 | 92 |
| Junio | 7 | 88 |
| Julio | 5 | 47 |
| Agosto | 3 | 27 |
| Septiembre | 3 | 7 |
| Octubre | 4 | 24 |
| TOTAL | 43 | 388 |

Gráficamente:



Indicadores de Evaluación del Plan de Salud Comunal **Florida 2012**

- ✓ 80% de Cumplimiento de las Metas Sanitarias e IAAPS 2012.
- ✓ 90% de Cumplimiento del Programa anual de Capacitación de los Funcionarios de la Ley 19.378/95.
- ✓ 90% del Cumplimiento de Programas de Salud 2012.
- ✓ Equilibrio Ingreso/ Gasto.