



**INDICE**

<b>MATERIA</b>	<b>PÁGINAS</b>
• <b>Introducción</b>	<b>3</b>
• <b>Objetivo General</b>	<b>4</b>
• <b>Instituciones de salud pública</b>	<b>5</b>
• <b>Equipo de Salud</b>	<b>6</b>
• <b>Nivel de resolutiveidad</b>	<b>7</b>
• <b>Actividades plan de salud familiar</b>	<b>8-10</b>
• <b>GES en atención primaria</b>	<b>11</b>
• <b>Canasta de prestaciones de laboratorio</b>	<b>12-13</b>
• <b>Población de Florida</b>	<b>14</b>
• <b>Localización de establecimientos de salud</b>	<b>15</b>
• <b>Posta de salud rural Roa</b>	<b>16-23</b>
• <b>CECOSF y posta Copiulemu</b>	<b>24-33</b>
• <b>Posta rural Manco</b>	<b>34-40</b>
• <b>Posta rural Cancha los Monteros</b>	<b>40-44</b>
• <b>Posta rural Granerillos</b>	<b>44-48</b>
• <b>Programas de salud en atención primaria</b>	<b>49-83</b>
• <b>Programa Chile Crece Contigo</b>	<b>84-85</b>
• <b>Programa de capacitación</b>	<b>86-88</b>
• <b>Presupuesto de dirección de Salud y ausentismo laboral</b>	<b>89-92</b>

## INTRODUCCIÓN

A partir del año 2002, el sistema de salud chileno encaró un nuevo proceso de reforma que incluyó la participación social en salud como uno de sus principios orientadores. Desde esa perspectiva, el Ministerio de Salud aspira a que los equipos de los Centros de Salud incorporen una nueva forma de entender la salud, desde una mirada integral, sistémica y social basada en el Modelo Biopsicosocial que deja atrás la mirada lineal de la salud como sinónimo de ausencia de enfermedad (Modelo Biomédico) y plantea la importancia de comprender la salud como un estado que guarda estrecha relación con el entorno familiar y comunitario en el que se desenvuelve la vida de las personas. En conjunto, este cambio de paradigma se conoce como “Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario” y es a partir de este marco de referencia y de los lineamientos que subyacen a este Modelo así como a la importancia de incorporar el tema de la calidad a la salud de las personas, que se plantea el presente Plan Comunal.

Desde una mirada comunitaria e inclusiva que ha privilegiado el **trabajo en equipo** y el análisis de una serie de antecedentes que en su totalidad dan cuenta de la realidad local de la salud de la comunidad de las personas que viven en la comuna de Florida, se ha acordado priorizar problemáticas de salud para el año 2014. Al tiempo que se mantiene como lineamiento transversal el **Modelo de Salud Familiar** y la incorporación de la **Calidad** como eje rector que deberá guiar todas las acciones de Salud en aras de alcanzar el Proceso de Acreditación que contempla el contar con la autorización sanitaria de nuestras postas de salud rural y llevar a cabo el proceso de **evaluación** que permita identificar las brechas y desarrollar planes de mejora.

Bajo el concepto de calidad y de acuerdo al número de posta rurales que nuestra comuna presenta sumado al CECOSF Copiulemu, cumpliendo con lo que establece el código sanitario se incorpora a nuestro equipo profesional un **Químico Farmacéutico** a quien le corresponde entre sus funciones el mantener un stock de medicamentos en las diferentes postas y CECOSF con la finalidad de asegurar la entrega oportuna de los fármacos necesarios para nuestra población rural, actuando sobre esta en la educación relativa a la correcta administración de estos mismos.

Finalmente, es relevante mencionar que para este año 2014 se consideró como fundamental el incorporar la constante capacitación de todos los profesionales pertenecientes a las DAS Florida en la vigilancia de las diferentes **enfermedades zoonóticas** haciendo presente que este tipo de patologías (Hanta Virus, Triquinosis, Hidatidosis, Leptospirosis, entre otros) tiene un gran impacto en la población rural, constituyéndose nuestras posta rurales en el primer centro de atención de estas enfermedades para lo cual es fundamental mantener adiestrado a los encargados de dichos establecimientos de salud.

---

**OBJETIVO GENERAL DE LA PROGRAMACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA EN SALUD**

Pesquisar las necesidades en salud de nuestra población a través del diagnóstico participativo, actuando en forma coordinada e interrelacionada los diferentes profesionales, técnicos y administrativos que componen el equipo de salud.

---

## Instituciones de salud pública de la comuna

---

### DEFINICION

Posta de Salud Rural (Roa, Granerillos, Cancha de Los Monteros, Copiulemu, Manco) 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, así como el acceso al sistema de protección social y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales.

CECOSF ( Copiulemu) No son establecimientos por sí mismo. Son estrategias de intervención dependiente de un Hospital o consultorio, que dan de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del plan de Salud Familiar.

Hospital Florida (Hospital de la comunidad y de la familia) es un establecimiento que forma parte de la estrategia de atención primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención están importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención. En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad.

Estos tres tipos de establecimientos descritos en nuestra comuna actúan coordinadamente en la entrega de atención en salud lo que se traduce en la satisfacción de las necesidades de nuestra población.

**EQUIPO DE SALUD**

Constituido por un equipo multidisciplinario, compuesto por:

Médico/a  
Médico Veterinario  
Odontólogo/a  
Psicólogo  
Químico Farmacéutico  
Enfermero/a  
Matrón/a  
Nutricionista  
Asistente Social  
Kinesiólogo/a  
Técnicos Paramédicos  
Auxiliares de Servicio  
Personal Administrativo.  
Conductores.

La ronda médica constituida por estos profesionales ejecuta sus actividades una vez a la semana por establecimiento a diferencia del CECOSF que cuenta con una planta fija de odontólogo, nutricionista, enfermera y TENS.

Las Postas de Salud están asistidas en forma permanente por Técnicos Paramédicos que residen en el recinto, con un horario de lunes a viernes de 08:30 a 13:30 y de 14:00 a 17:30 hrs., destacándose el CECOSF de Copiulemu por la atención médica los días sábado; además de los turnos de los fines de semana por Técnico Paramédico.

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

<b>POSTAS DE SALUD RURAL</b>	<b>DIA DE RONDA</b>
Copiulemu (CECOSF)	Jueves
Granerillos	Miércoles
Roa	Martes
Cancha los Montero	Lunes
Manco	Viernes

### **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.

### **NIVEL TECNOLOGICO 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)

Educación en la correcta administración de los medicamentos por parte Química Farmacéutico

**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)

Educación en la correcta administración de los medicamentos por parte Química Farmacéutico



**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

Educación en la correcta administración de los medicamentos por parte Química Farmacéutico

**PROGRAMA DEL ADULTO**

Consulta de morbilidad  
Consulta y control de enfermedades crónicas  
Consulta nutricional  
Control de salud  
Intervención psicosocial  
Consulta y/o consejería 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  
Educación en la correcta administración de los medicamentos por parte Química Farmacéutico

#### 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 DE LAS POSTAS DE SALUD RURAL EN GARANTÍAS EXPLÍCITAS**

Nuestros centros de Atención Primaria son la puerta de entrada al GES, ya que son estos establecimientos los principales derivadores de estas patologías a otros centros de la Red para confirmación, exámenes y tratamiento.

La sospecha de cualquier patología GES se inicia en las postas y/ o CECOSF de nuestra comuna.

## **PROBLEMAS DE SALUD GES GARANTIZADOS EN NIVEL PRIMARIO**

1. Infección respiratoria baja aguda de manejo ambulatorio en menores de 5 años.
2. Neumonía adquirida en la comunidad en mayores de 65 años de manejo ambulatorio (también se pesquisan en la unidad de emergencia hospitalaria, donde se inicia su tratamiento antibiótico que continúan en los consultorios correspondientes).
3. Diabetes Mellitus tipo 2. (DM2)
4. Hipertensión Arterial esencial (HTA).
5. Epilepsia no refractaria entre 1 a 15 años (también tiene controles en el nivel secundario).
6. Salud oral en niños de 6 años.
7. EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).
8. Asma Bronquial Infantil en menores de 15 años.
9. Asma bronquial infantil en menores de 15 años.
10. Depresión en mayores de 15 años.
11. Ortesis (ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.
12. Vicio de Refracción en mayores de 65 años.

**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
<b>HEMATOLOGIA</b>				
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		
<b>BIOQUÍMICA</b>				
<b>a) SANGRE</b>				
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>b) ORINA</b>				
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		
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	GONOCOCCO, 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

SERVICIO DE SALUD CONCEPCION / SUBDIRECCION RED ASISTENCIAL / DPTO. INFORMACION EN SALUD

COMUNA DE FLORIDA

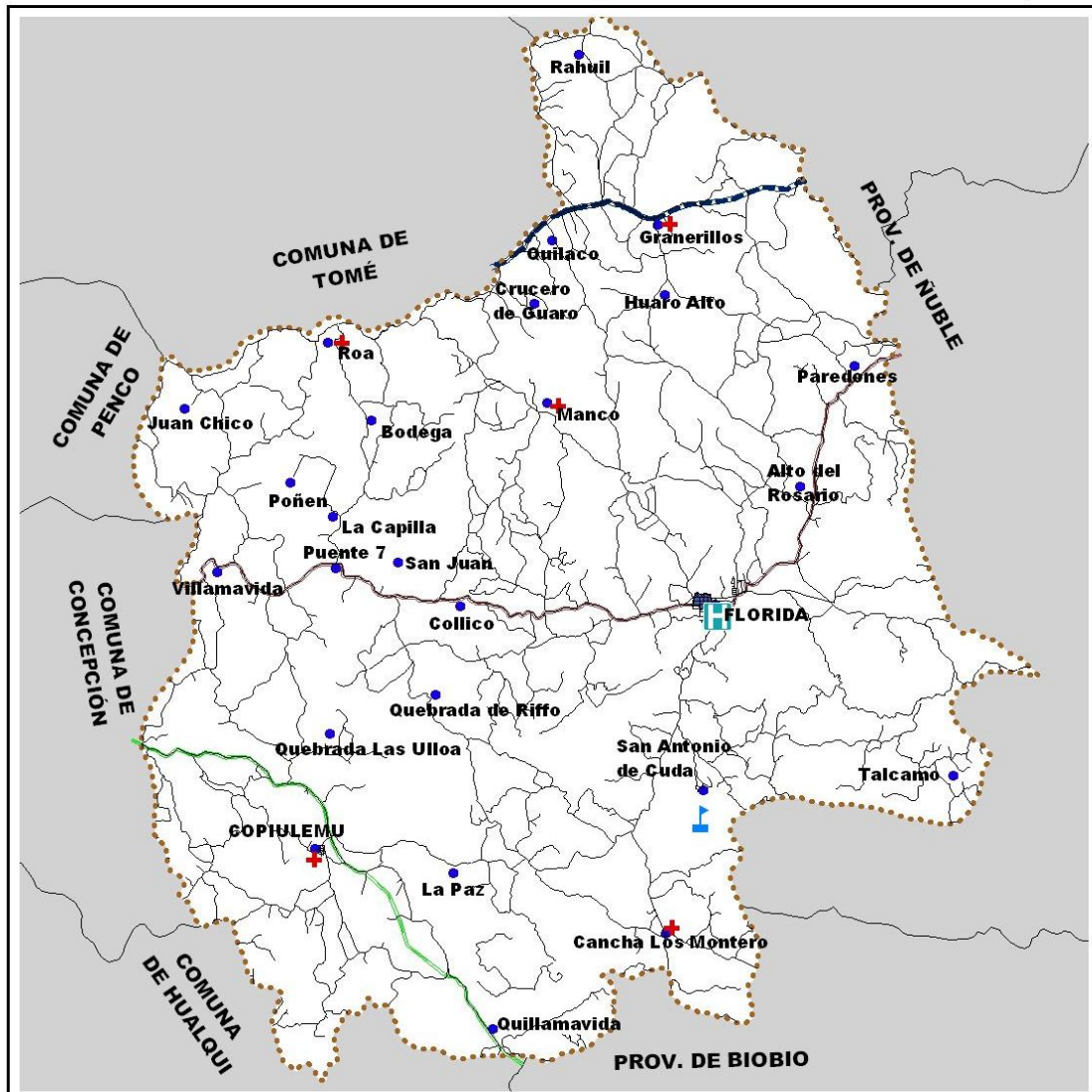
POBLACION AL 30 DE JUNIO DEL 2013

1.- POBLACION										
Grupos de edad	Total Comuna	Total Benef.	Total Consultorios	Hospital Florida	Subtotal percapita Das	Posta Copulemu	Posta Granerillos	Posta Roa	Posta Carcha Montero	Posta Manco
<b>Total</b>	9.649	8.232	8.150	4.531	3.619	1.692	939	397	306	285
<b>Total 0-9 Años</b>	1.173	1.065	983	658	325	158	89	30	24	24
0 años	122	85	85	62	23	16	4	0	2	1
1 año	130	116	116	76	40	14	17	3	3	3
2-5 años	453	427	427	281	146	73	37	18	11	7
6-9 años	468	437	355	239	116	55	31	9	8	13
<b>Total 10-19 Años</b>	1.372	1.103	1.103	635	468	235	134	30	31	38
10-14a	657	527	527	312	215	102	67	12	16	18
15-19a	715	576	576	323	253	133	67	18	15	20
<b>Total 20 y más a.</b>	7.104	6.064	6.064	3.238	2.826	1.299	716	337	251	223
20-24	729	675	675	396	279	133	71	27	22	26
25-29	710	605	605	341	264	128	72	29	24	11
30-34	622	440	440	239	201	95	51	22	22	11
35-39	565	505	505	243	262	125	60	34	25	18
40-44	669	646	646	335	311	155	73	36	25	22
45-49	753	638	638	347	291	142	80	26	15	28
50-54	712	580	580	312	268	120	66	35	26	21
55-59	606	498	498	256	242	91	66	30	36	19
60-64	488	392	392	188	204	84	58	27	20	15
65-69	405	327	327	181	146	63	36	17	14	16
70-74	330	287	287	147	140	64	27	20	11	18
75-79	246	220	220	86	134	55	40	22	4	13
80 y mas	269	251	251	167	84	44	16	12	7	5
2.- POBLACION FEMENINA										
<b>Poblacion Femenina</b>	4.854	3.902	3.902	2.260	1.642	770	435	157	144	136
<b>Total Menores 20 a.</b>	1.263	954	954	576	378	187	110	28	26	27
-10a	592	434	434	267	167	83	49	14	11	10
10-14a	332	260	260	157	103	47	33	6	8	9
15-19a	339	260	260	152	108	57	28	8	7	8
<b>Total mayores 20a.</b>	3.591	2.948	2.948	1.684	1.264	583	325	129	118	109
20-24	341	324	324	201	123	54	33	12	10	14
25-29	346	263	263	145	118	56	32	10	12	8
30-34	308	216	216	131	85	40	20	10	10	5
35-39	289	257	257	128	129	57	30	14	14	14
40-44	337	309	309	165	144	73	37	12	15	7
45-49	384	316	316	195	121	58	32	12	6	13
50-54	382	290	290	168	122	59	33	12	11	7
55-59	299	230	230	117	113	42	28	14	19	10
60-64	232	193	193	104	89	37	25	10	7	10
65-69	200	161	161	100	61	29	13	7	6	6
70-74	170	129	129	75	54	29	10	6	3	6
75-79	140	116	116	51	65	27	24	5	2	7
80 y mas	163	144	144	104	40	22	8	5	3	2
3.- POBLACION EMBARAZADAS										
<b>Total</b>	164	134	134	98	36	24	5	2	3	2
<20a	32	26	26	18	8	4	1	1	1	1
>20a	132	108	108	80	28	20	4	1	2	1
4.- OTROS GRUPOS										
R.nac	120	98	98	72	26	18	4	1	2	1
Menor 1 año	122	85	85	62	23	16	4	0	2	1
12 a 23 meses	130	116	116	76	40	14	17	3	3	3
Niños 2 años	115	111	111	77	34	18	10	3	2	1
Niños 3 años	116	93	93	65	28	16	5	3	3	1
Niños 4 años	116	100	100	70	30	8	11	6	4	1
Niños 5 años	118	112	112	69	43	22	10	6	2	3
Niños 6 años	119	99	99	62	37	13	16	3	1	4
Niños 12 años	131	117	117	66	51	22	17	3	2	7
Niños 5 a 9 años	606	491	491	308	183	92	47	15	11	18
Niños 7 a 9 años	369	292	292	189	103	57	21	6	8	11
Mujeres 50 años	79	58	58	34	24	12	7	2	2	1
Adultos 60 años	107	79	79	38	41	17	12	5	4	3
5.- POBLACION P.A.I										
Recien Nacido	120									
Poblacion <1a	122		122	87	35	25	6	1	2	1
Pobl 12-23 ms	123		123	77	46	17	17	4	4	4
Pobl 4 años	116		116	79	37	10	14	7	4	2

Dra Alejandra Torres/ATA/Octubre 2012  
Base censo 2002.Percapita Septiembre 2012

**Localización de establecimientos de salud de la comuna de Florida**

FUENTE: PLADECO FLORIDA , 2000.



### **Posta de Salud Rural Roa**

Centro de Salud de Roa atiende a una población de 397 personas, las cuales se distribuyen en 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 esta ripeado

La población corresponde a 50 familias, con un total de 149 personas. En este sector se encuentra ubicada la Posta de Salud Rural, cuya construcción es del año 2002.

Además en este sector también se ubica la Escuela Básica con una matrícula de 5 alumnos.

#### **Servicios Básicos**

- Energía eléctrica : 100 % de cobertura
- Agua por punteras : 38 Familias
- Agua de acarreo : 4 Familias
- Agua de vertiente : 7 Familias

#### **Disposición de Basuras**

- Recolección Municipal.

#### **Organizaciones Comunitarias**

- Comité de Salud
- Club Deportivo Masculino
- Iglesia Evangélica

#### **Focos de Insalubridad**

- Basurales clandestinos
- Pozos Negros

#### **Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros: 32 Familias
- Fosas Sépticas: 17 Familias



**Otros factores de Riesgo**

- Niños menores de 1 años: 0
- Embarazada: 2
- Adultos Mayores: 20
- Postrados: 2
- Usuarios en programa de Salud Mental : 5
- Usuarios con patología crónica: 33

2.- **Sector Lo Carrasco**: Ubicado a 4 Km. de la posta y a 18 Km. del hospital Florida, el camino esta ripiado. Su población corresponde a 8 familias, con un total de 20 personas:

**Servicios Básicos**

- Energía eléctrica : 99 % cobertura
- Agua por punteras : 6 familias
- Agua de acarreo : 1 familia
- Agua de vertiente : 1 Familia

**Disposición de Basuras**

- Se quema o elimina a campo abierto.
- Eliminación por camión.

**Organizaciones Comunitarias**

- No Hay

**Focos de Insalubridad**

- Basurales clandestinos.
- Pozos Negros

**Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros : 6 Familias
- Fosas Sépticas : 1 Familias

**Otros factores de Riesgo**

- Niños menores de 1 años: 0
- Adultos Mayores: 6
- Postrados: 0

- Usuarios en programa de Salud Mental: 0
- Usuarios con patología crónica: 6

**3. Sector Bodega:** Ubicado a 5 Km. del centro de salud y a 19 Km. del Hospital de Florida; camino principal esta ripiado pero hay accesos interiores en mal estado y difícil acceso en época invernal. Compuesto por 25 familias, con un total de 75 habitantes

### **Servicios Básicos**

- Energía eléctrica : 100 % de cobertura
- Agua por punteras : 17 Familias
- Agua de acarreo : 4 Familias
- Agua de vertiente : 4 Familias

### **Disposición de Basuras**

- Recolección Municipal.

### **Organizaciones Comunitarias**

- Junta de Vecinos Sector Bodega
- Iglesia Evangélica

### **Focos de Insalubridad**

- Basurales
- Pozos Negros

### **Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros : 21 Familias
- Fosas Sépticas : 4 Familias

### **Otros factores de Riesgo**

- Niños menores de 1 años : 0
- Adultos Mayores: 9
- Postrados: 0
- Usuarios en programa de Salud Mental : 1
- Usuarios con patología crónica : 14

4. **Sector Poñen:** ubicado a 10 Km. del centro de salud y a 22 Km. del Hospital de Florida; el camino esta ripeado y con gran cantidad de plantaciones forestales a su alrededor  
La población corresponde a 22 familias, con un total de 47 personas.

#### **Servicios Básicos**

- Energía eléctrica : 100 % de cobertura
- Agua por punteras : 19 Familias
- Agua de acarreo : 1 Familia
- Agua de vertiente : 2 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 Insalubridad**

- Basurales clandestinos
- Pozos Negros

#### **Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros : 17 Familias
- Fosas Sépticas : 8 Familias

#### **Otros factores de Riesgo**

- |  |   |
|--|---|
| • Niños menores de 1 años:               | 1 |
| • Adultos Mayores:                       | 7 |
| • Postrados:                             | 1 |
| • Usuarios en programa de Salud Mental : | 0 |
| • Usuarios con patología crónica:        | 9 |

5. **Sector Juan Chico:** Ubicado a 13 km de la Posta y a 36 km de Hospital de Florida; el camino esta ripeado, con 19 familias y 58 habitantes en total

### **Servicios Básicos**

- Energía eléctrica : 98 % de cobertura
- Agua por punteras : 16 Familias
- Agua de acarreo : 2 Familias
- Agua de vertiente : 1 Familia

### **Disposición de Basuras**

- Se quema o elimina a campo abierto.

### **Organizaciones Comunitarias**

- Iglesia Evangélica (2)

### **Focos Insalubridad**

- Basurales clandestinos
- Pozos Negros

### **Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros : 16 Familias
- Fosas Sépticas : 3 Familias

### **Otros factores de Riesgo**

- Niños menores de 1 años : 2
- Adultos Mayores : 15
- Postrados : 2
- Usuarios en programa de Salud Mental : 0
- Usuarios con patología crónica : 13
- Embarazada: 2

**6. Sector LLoicura:** Ubicado a 8 Km. de la Posta y a 30 Km. del Hospital de Florida; el camino esta ripiado.

La población corresponde a 6 familias, con un total de 19 personas.

### **Servicios Básicos**

- Energía eléctrica : 100 % de cobertura
- Agua por punteras : 5 Familias
- Agua de acarreo : 1 Familia

### **Disposición de Basuras**

- Se quema o elimina a campo abierto.

### **Organizaciones Comunitarias**

- Comité de Salud
- Club Deportivo Femenino y Masculino
- Iglesia Evangélica

### **Focos de Contaminación**

- Basurales
- Pozos Negros

### **Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros : 4 Familias
- Fosas Sépticas : 2 Familias

### **Otros factores de Riesgo**

- |   |   |
|---|---|
| • Niños menores de 1 años:              | 0 |
| • Adultos Mayores:                      | 4 |
| • Postrados:                            | 0 |
| • Usuarios en programa de Salud Mental: | 0 |
| • Usuarios con patología crónica:       | 7 |

**7. Sector Millahue:** Ubicado a 9 km del centro de salud y a 32 km del hospital de Florida; el camino esta ripeado

La población corresponde a 2 familias, con un total de 6 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 Insalubridad**

- Basurales
- Pozos Negros

### **Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros : 2 Familias

### **Otros factores de Riesgo**

- |   |   |
|---|---|
| • Niños menores de 1 años:              | 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 esta ripeado.

La población corresponde a 11 familias, con un total de 29 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 Insalubridad**

- Basurales
- Pozos Negros

### **Sistema de Eliminación de Excretas**

- Pozos Negros : 2 Familias
- Fosas Sépticas : 9 familias

### **Otros factores de Riesgo**

- |   |   |
|---|---|
| • Niños menores de 1 años:              | 0 |
| • Adultos Mayores:                      | 1 |
| • Postrados:                            | 1 |
| • Usuarios en programa de Salud Mental: | 0 |
| • Usuarios con patología crónica:       | 2 |

### **Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) de Copiulemu**

El CECOSF inaugurado el 7 de septiembre de 2012, posee una población inscrita de 1692 personas y comprende 8 sectores los cuales se describen a continuación:

**1. Sector de Copiulemu:** 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, 3 ya constituidas: Renacer, Sol de Noviembre y Villa 200; 2 en formación: Sayem (Mujeres alegres) y Villa San Adolfo.

Existen 186 familias en total 516 personas, de las cuales 333 son mujeres y 183 son hombres.

#### **Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 184 viviendas y 2 viviendas sin energía
- Red de Agua potable rural, supervisada por ESSBIO: 160 familias, 5 Instituciones
- Agua por punteras: 20 familias
- Agua por acarreo: 6 familias

#### **Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 112 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 Stericycle.

#### **Instituciones Públicas:**

- Liceo de Copiulemu ( Jornada Escolar Completa), con una matrícula de 210 alumnos y 26 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
- Oficina de Delegado Municipal

#### **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

#### **Núcleos de Riesgo Social:**

- Bar, cantina y venta de alcohol en forma clandestina

#### **Otros Servicios:**

- 3 Restaurantes
- 1 Curandera
- 2 Amasanderías

#### **Otros Factores de Riesgo:**

- |                                |     |
|--------------------------------|-----|
| • Niños < 1 año:               | 9   |
| • Embarazadas:                 | 3   |
| • Crónicos:                    | 144 |
| • Minusválidos:                | 16  |
| • Hacinamiento:                | 1   |
| • Familias en Programa Puente: | 12  |
| • Personas en P. Salud Mental: | 47  |
| • Pacientes Postrados:         | 5   |

**2.Sector de Pichaco:** Ubicado a 8 Km. del Centro de Salud y a 60 k.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 bicicleta.

Existen 45 familias, con un total de 146 personas de las cuales 64 son mujeres y 82 hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 45 viviendas
- Agua por punteras: 45 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 7 familias
- Letrinas o pozos negros: 38 familias

**Disposición de Basuras:**

- Se quema o se entierra en rellenos sanitarios

**Instituciones Públicas:**

- 1 Escuela Básica: de 1º a 6º 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:	0
• Embarazadas:	0
• Crónicos:	35
• Minusválidos:	1
• Hacinamiento:	0
• Familias en Programa Puente:	2
• Personas en P. Salud Mental:	7

3. **Sector Quebrada Ulloa:** 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: 96 familias, con un total de 300 personas, de las cuales 148 son mujeres y 152 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 90 casas y 6 sin energía
- Agua por punteras: 90 familias, 6 por acarreo

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 31 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:**

- Perros vagos y basureros clandestinos.

**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:               | 2  |
| • Embarazadas:                 | 1  |
| • Crónicos:                    | 45 |
| • Minusválidos:                | 3  |
| • Hacinamiento:                | 2  |
| • Familias en Programa Puente: | 7  |
| • Personas en P. Salud Mental: | 9  |
| • Postrados Severos:           | 2  |

Este sector se caracteriza por contar con un 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:** 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 31 familias, con un total de 188 personas de los cuales 57 son mujeres y 131 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 31 viviendas
- Agua por punteras: 31 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 13 familias
- Letrinas o pozos negros: 18 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:                 | 0 |
| • Crónicos:                    | 8 |
| • Minusválidos:                | 1 |
| • Hacinamiento:                | 0 |
| • Familias en Programa Puente: | 0 |
| • Personas en P. Salud Mental: | 1 |

5. **Sector San Nicolás:** 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 76 familias, con un total de 232 personas de las cuales 100 son mujeres y 132 son hombres.

#### **Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 76 viviendas
- Agua por punteras: 76 familias

#### **Eliminación de Excretas:**

- Letrinas o pozos negros: 70 familias
- Fosa Séptica: 6 familias

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

#### **Instituciones Públicas:**

- Escuela Básica de 1º a 6º básico con JEC y Unidocente
- Templo Evangélico (2)
- Capilla Católica
- Programa Conozca a su Hijo (Junji)

#### **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: 1
- Embarazadas: 0
- Crónicos: 52
- Minusválidos: 1
- Hacinamiento: 0
- Familias en Programa Puente: 2
- Personas en P. Salud Mental: 15
- Prog. Cuidados Paliativos: 1

6. **Sector El Manzano:** 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 66 familias, con un total de 165 personas de las cuales 89 son mujeres y 76 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 66 viviendas
- Agua por punteras: 66 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 4 Familias
- Letrinas o pozos negros: 62 familia

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

**Instituciones Públicas:**

- Escuela Básica de 1º a 6º 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: 27
- Minusválidos: 2
- Hacinamiento: 0
- Familias en Programa Puente: 0
- Personas en P. Salud Mental: 3
- Postrados Severos: 2

7. **Sector Quillaimávida:** Ubicado a 12 Km del Centro de Salud y a 62 Km del Hospital de Florida. se caracteriza por sus cerros y sus tierras de consistencia maicillo y arcillosa, encontrándose además bosques de pino insigne y hualle.

Su población la componen 54 familias, con un total de 100 personas de las cuales 75 son mujeres y 25 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 54 viviendas
- Agua por punteras: 54 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 15 familias
- Letrinas o pozos negros: 39 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:	31
• Minusválidos:	1
• Hacinamiento:	0
• Familias en Programa Puente:	2
• Personas en P. Salud Mental:	5
• Prog. Postrados Severos:	1

**8.Sector Chauqueli:** 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.

La población consta de 16 familias, con un total de 45 personas de las cuales 16 son mujeres y 29 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 16 viviendas
- Agua por punteras: 16 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Letrinas o pozos negros: 16 familias

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

**Instituciones Públicas:**

- Escuela Básica de 1º a 6º básico con JEC y 1 docente

**Focos de Contaminación:** No Hay

**Organizaciones Comunitarias:**

- Junta de Vecinos

**Núcleos de Riesgo Social:** No Hay

**Otros Factores de Riesgo:**

- Niños < 1 año: 0
- Embarazadas: 0
- Crónicos: 5
- Minusválidos: 2
- Hacinamiento: 0
- Familias en Programa Puente: 1
- Personas en P. Salud Mental: 0

**Posta de Salud Rural de Manco**

El Centro local de Salud Rural de Manco comprende una población total de 285 personas, las que se distribuyen en 7 sectores los cuales se describen a continuación:

**1.Sector Trubunquen:** 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 12 familias con un total de 35 personas, de los cuales 15 son mujeres y 20 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 9 viviendas
- Agua por punteras: 3 familias, 1 familia por acarreo

**Eliminación de Excretas:**

- Pozos negros: 7 familias
- Fosas Sépticas: 5 familias

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

**Instituciones Públicas:** No Hay

**Focos de Insalubridad**

- Basura
- Pozos Negros

**Organizaciones Comunitarias:** No Hay

**Núcleos de Riesgo Social:**

- Presencia de Clandestinos

**Otros Factores de Riesgo:**

- Niños < 1 año: 0
- Embarazadas: 0
- Crónicos: 11
- Adultos Mayores: 8
- Minusválidos: 2
- Hacinamiento: 0
- Programa Salud Mental: 3

**2. Sector Manco:** 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 en 1998 y 2008

Su población consta de 46 familias con un total de 140 personas, de las cuales 68 son mujeres y 72 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 45 viviendas (1 sin energía)
- Agua por punteras: 44 familias, 2 familias por acarreo

**Eliminación de Excretas:**

- Pozos negros: 21 familias
- Fosa Séptica: 25 familias

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

**Instituciones Públicas:**

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

**Focos de Insalubridad:**

- Disposición de basura
- Pozos Negros

**Organizaciones Comunitarias:**

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

**Núcleos de Riesgo Social:**

- ✓ Presencia de Clandestinos

**Otros Factores de Riesgo:**

- Niños < 1 año: 0
- Embarazadas: 0
- Crónicos: 36
- Adultos Mayores: 23
- Minusválidos: 2
- Hacinamiento: 0
- Programa Salud Mental: 13

3. **Sector Retamo:** 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 27 personas, de las cuales 14 son de sexo femenino y 13 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: 0
- Embarazadas: 0
- Crónicos: 6
- Minusválidos: 0
- Hacinamiento: 0
- Personas en P. Salud Mental: 2
- Adultos Mayores: 4

4. **Sector Trecacura:** 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 10 con un total de 39 personas, de las cuales 17 son de sexo femenino y 19 son de sexo masculino.

**Servicios Básicos:**

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

**Eliminación de Excretas:**

- Letrinas o pozos negros: 7 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:**

- Iglesia Evangélica

**Núcleos de Riesgo Social:** Presencia de Clandestinos

**Otros Factores de Riesgo:**

• Niños < 1 año:	0
• Embarazadas:	0
• Crónicos:	4
• Minusválidos:	0
• Hacinamiento:	0
• Personas en P. Salud Mental:	1
• Adultos Mayores:	5

5. **Sector Lajuelas:** 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 atraviesa 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:** 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 11 familias con un total de 33 personas, de las cuales 13 son de sexo femenino y 20 son de sexo masculino.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 11 viviendas ( 100% de cobertura eléctrica)
- Agua por punteras: 10 familias (1 por acarreo)

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 5 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:** 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.

### **Posta de Salud Rural Cancha de Los Monteros**

El Centro Local de Salud Rural Cancha Los Montero cuenta con una población de 306 y comprende 4 sectores los cuales se describen a continuación:

1. **Sector Cancha Los Monteros:** 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 48 familias, con un total de 140 personas de las cuales 55 son mujeres y 85 son hombres.

#### **Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 48 viviendas (100% de cobertura eléctrica)



- Agua por punteras: 47 familias
- Agua por Acarreo: 1 familia

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 15 familias
- Letrinas o pozos negros: 33 familias

**Disposición de Basuras:** Se quema o se entierra, además de la recolección municipal (17 familias)

**Instituciones Públicas:**

- Escuela Básica de 1º a 6º 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:               | 3  |
| • Embarazadas:                 | 0  |
| • Crónicos:                    | 30 |
| • Minusválidos:                | 5  |
| • Hacinamiento:                | 0  |
| • Personas en P. Salud Mental: | 11 |
| • Alcoholismo:                 | 2  |
| • Analfabetismo:               | 21 |
| • Adultos Mayores:             | 13 |

2. **Sector Chancal Alto:** 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 11 familias, con un total de 56 personas de las cuales 18 son mujeres y 38 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 11 viviendas
- Agua por punteras: 11 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 4 familia
- Letrinas o pozos negros: 7 familias

**Disposición de Basuras:** Se quema o se entierra.

**Instituciones Públicas:** No Hay

**Focos de Contaminación:** No Hay

**Organizaciones Comunitarias:**

- Prodesal

**Núcleos de Riesgo Social:** No Hay

**Otros Factores de Riesgo:**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| • Niños < 1 año:               | 0 |
| • Embarazadas:                 | 0 |
| • Crónicos:                    | 5 |
| • Minusválidos:                | 0 |
| • Hacinamiento:                | 0 |
| • Personas en P. Salud Mental: | 0 |
| • Alcoholismo:                 | 0 |
| • Analfabetismo:               | 7 |
| • Adultos mayores:             | 6 |

3. **Sector Los Hornillos:** 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 13 familias, con un total de 41 personas de las cuales 20 son mujeres y 21 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 13 viviendas ( 100% de cobertura eléctrica)
- Agua por punteras: 13 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 6 familia
- Letrinas o pozos negros: 7 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: | 1 |   |
| • Analfabetismo:               | 8 |   |
| • Alcoholismo:                 |   | 0 |

**4. Sector San Antonio Dadi:** 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 27 familias, con un total de 69 personas de las cuales 29 son mujeres y 40 son hombres.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 27 viviendas
- Agua por punteras: 27 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 7 familias
- Letrinas o pozos negros: 20 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:                    | 18 |
| • Minusválidos:                | 2  |
| • Hacinamiento:                | 0  |
| • Personas en P. Salud Mental: | 3  |
| • Analfabetos:                 | 17 |
| • Alcoholismo:                 | 1  |
| • Adultos Mayores:             | 9  |

**Posta de Salud Rural Granerillos**

Centro de Salud que cuenta con una población de 939 personas.

1. **Sectores de Granerillo, Quilaco y San Francisco:** Estos sectores son habitados por 125 familias, con una población total de 574 personas.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 125 familias

- Agua por punteras: 125 familias.

#### **Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 24 familias.
- Letrinas o pozos negros: 126 familias.

**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 1º a 6º Básico, con un total de 9 alumnos.

#### **Organizaciones Comunitarias:**

- Junta de Vecinos: 2
- Club Deportivo: 1
- Conozca a su hijo: 1
- Una Capilla Católica.
- Una Iglesia Evangélica.

#### **Situación de Riesgo Familiar:**

- Niños < 1 año : 2
- Embarazadas : 0
- Obesidad General : 23
- Crónicos : 124
- Hacinamiento (Familias) : 6
- Postrados: : 1

2. **Sector Huaro Alto:** Lugar montañoso, con algunas planicies y sus tierras de consistencia arcillosa. Habitado por 12 familias, con un total de 54 personas.

#### **Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 11 familias
- Agua por punteras: 11 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Letrinas o pozos negros: 12 familias.

**Instituciones Públicas:** No hay.

**Organizaciones Comunitarias:**

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

**Situación de Riesgo Familiar:**

- Niños < 1 año : 2
- Embarazadas : 0
- Obesidad General : 0
- Crónicos : 20
- Analfabetismo Materno : 0
- Hacinamiento : 0
- Postrados : 0

3. **Sector Crucero Huaro:** Lugar montañoso con algunas planicies y sus tierras de consistencia arcillosa. Habitado por 123 personas, que constituyen 33 familias:

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 33 familias
- Agua por punteras: 33 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Letrinas o pozos negros: 33 familias

**Fuentes de trabajo:** Agricultura, horticultura y forestal.

**Instituciones Públicas:**

- Una Escuela Unidocente (G-635 Crucero de Huaro), con jornada escolar completa de 1º a 6º Básico, con una matrícula de 11 alumnos.
- Una Capilla Católica.
- Una Iglesia Evangélica.

**Organizaciones comunitarias:**

- 1 Junta de Vecinos.
- 1 Club Deportivo.

**Situación de Riesgo Familiar:**

- Niños < 1 año : 2
- Embarazadas : 2
- Obesidad General : 0
- Crónicos : 58
- Analfabetismo Materno : 0
- Hacinamiento : 0
- Enfermo Mental : 0
- Postrados: : 1

4. **Sector Rahuil:** Lugar de Terreno montañoso y arcilloso, con una población de 438 personas, que forman 135 familias.

**Servicios Básicos:**

- Energía Eléctrica: 122 familias
- Agua por punteras: 122 familias

**Eliminación de Excretas:**

- Fosa Séptica: 25 familias
- Letrinas o pozos negros: 66 familias

**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 120 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 : 0
- Embarazadas : 1
- Obesidad General : 35
- Crónicos : 108
- Analfabetismo Materno : 0
- Hacinamiento : 0
- Fenilcetonuria : 1



### **Programas de salud en atención primaria**

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas.

**Programa de la mujer y del recién nacido**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	RESPONSABLE
Contribuir a aumentar las gestantes con la capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y crianza.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes	70% de las gestantes en control participan en talleres programados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes que ingresan a talleres grupales}}{\text{Total de gestantes que ingresan a control}} \times 100$	Equipo Chile crece contigo
Estimular el apego del hijo a través de la facilitación del acompañamiento de la pareja de la embarazada	Difusión en sala de espera de las prestaciones que tiene la embarazada y su recién nacido en el sistema Chile crece contigo  Realización de Controles prenatales en días no hábiles en las Postas que se requiera ( de acuerdo a ingresos de embarazos) para asegurar la asistencia de los padres que trabajan	Aumentar en un 20% el número de controles prenatales con acompañamiento respecto al 2013	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de controles prenatales con acompañamiento}}{\text{N}^\circ \text{ total de controles prenatales realizados}} \times 100$	Matrona DAS TENS  Matrona DAS TENS

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	RESPONSABLE
Detección precoz factores de riesgos biomédicos en las gestantes.	Derivación oportuna a Alto riesgo obstétrico, según guía perinatal vigente	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al ARO II	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con factores de riesgo biomédico derivadas a nivel secundario}}{\text{Total de gestantes con riesgo biomédico}} \times 100$	Médico Hospital de Florida Matrona DAS
Detectar en forma precoz factores de riesgo de parto prematuro	Derivación precoz a Alto riesgo obstétrico (ARO II) de embarazadas con factores de riesgo de parto prematuro de acuerdo a guía GES	100% de las gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz a nivel secundario	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con factores de riesgo de parto prematuro derivadas a nivel secundario}}{\text{Total de gestantes con riesgo de parto prematuro}} \times 100$	Médico Hospital de Florida Matrona DAS
Detección de depresión en la embarazada (según protocolo)	Aplicación de escala de Edimburgo al ingreso del embarazo	100% de las gestantes al ingreso con la aplicación de la Escala de Edimburgo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes al ingreso con puntaje según escala}}{\text{Total de ingresos a control prenatal}} \times 100$	Matrona DAS

**Programa de la mujer y del recién nacido**

	Embarazadas con puntaje superior a 11/12 repetir aplicación de la Escala de Edimburgo (EPDS) entre 2 a 4 semanas	El 100% de las gestantes que presenten puntaje por sobre 11/12 se repite aplicación	<u>Nº de gestantes que se repite el EPDS X 100</u> Total de gestantes con puntaje superior a 11/12	Matrona DAS
Derivación y seguimiento a gestantes con 13 o más puntos en escala de Edimburgo	Derivar a consulta médica a gestantes con 13 o más puntos para su confirmación diagnóstica y seguimiento	El 100% de las gestantes que presenten puntaje por sobre 13 son derivadas para confirmación diagnóstica	<u>Nº de gestantes con 13 o más puntos derivadas a consulta médica para confirmación X 100</u> Total de gestantes con escala de Edimburgo aplicada con 13 y más puntos	Médico Hospital de Florida Matrona DAS
Apoyo a púerperas que han presentado riesgo psicosocial durante el embarazo	Visita domiciliaria integral al 100% de las púerperas y familias con riesgo psicosocial de acuerdo a la decisión del equipo de cabecera	90% de las púerperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial se les realiza la VDI	<u>Nº de familias con púerperas que durante el embarazo presentaron riesgo psicosocial con VDI X 100</u> Total de familias con púerperas que presentaron durante la gestación riesgo psicosocial	Equipo Psicosocial

Monitorear el aumento de peso de la gestante con malnutrición por exceso	Consulta nutricional a gestantes con mal nutrición por exceso	100% de cobertura de la consulta nutricional en gestantes con mal nutrición por exceso	<u>Nº de gestantes con mal nutrición por exceso con consulta nutricional X 100</u> Total de embarazadas con mal nutrición por exceso	Nutricionista DAS
Recuperación del estado nutricional pre gestacional al 8º mes post parto	Evaluación del estado nutricional de la mujer al 8º mes post parto	Disminuir en un 5% la población de mujeres sobrepeso y obesas en el control del 8º mes post parto, en relación % año 2013	<u>Nº de mujeres con mal nutrición por exceso en control al 8º mes post parto consulta nutricional X 100</u> Total de mujeres controladas de 8º meses pos parto	Nutricionista DAS
Contribuir a disminuir la transmisión vertical de VIH	Durante el control prenatal: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitud de VIH al ingreso y 24 semanas de gestación con consentimiento informado</li> <li>▪ Consejería pre y post test VIH</li> </ul>	100% de las embarazadas se les solicita examen de VIH al ingreso y 24 semanas con su correspondiente consentimiento informado y consejería pre y post test	<u>Nº de gestantes en control que se les indica VIH al ingreso X 100</u> Total de embarazadas que ingresan a control  <u>Nº de gestantes en control que se les indica VIH a las 24 semanas X 100</u> Total de embarazadas en control	Matrona DAS  Matrona DAS

			<u>Nº de gestantes en control que reciben consejería pre y post test VIH X 100</u> Total de embarazadas que se les solicita el examen de VIH	Matrona DAS
Proporcionar atención integral de salud	Control preventivo de salud ginecológica	Aumentar en un 10% respecto al año 2013 el número de mujeres < de 45 años y > de 64 años que acceden a control ginecológico	<u>Nº de mujeres &lt; de 45 años y &gt; de 64 años que acceden a control ginecológico X 100</u> Población de mujeres < de 45 y > de 64 años inscritas y validadas año 2014	Matrona DAS
Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA al total de la población femenina inscrita y validada soliciten voluntariamente o por indicación médica	Consejería pre y pos test para examen de VIH/ SIDA	100% de los exámenes solicitados con consejería pre y post test	<u>Nº de consejería pre y post test realizados X 100</u> Total de exámenes realizados	Médico Hospital de Florida Matrona DAS

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	RESPONSABLE
Realizar el control de salud integral de puerpera y recién nacido en visita domiciliaria integral	Primer control de salud de puerpera y recién nacido antes de los 10 días en visita domiciliaria integral	100% de puerperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida reciben atención con entrega de contenidos en VDI	<u>Nº de puerperas y recién nacidos con control de salud en visita domiciliaria integral antes de los 10 días X 100</u> Nº total de diadas ingresadas a control	Matrona DAS TENS
	Aumentar el número de madres y familias que reciben prestaciones y contenidos del sistema Chile crece contigo en relación al apego seguro, vinculación y lactancia materna		<u>Nº de puerperas y recién nacidos que reciben contenidos de apego, vinculación y lactancia materna X 100</u> Nº total de diadas ingresadas a control	Equipo Chile Crece Contigo
Contribuir a disminuir la transmisión vertical de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante la gestación	100% de las embarazadas que ingresan a control se les solicita examen de VDRL	<u>Nº de VDRL procesados X 100</u> Nº de gestantes ingresadas a control	Matrona DAS

	Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL positivo	100% de las embarazadas con VDRL positivo reciben tratamiento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con VDRL positivo que reciben tratamiento}}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes con VDRL positivo}} \times 100$	Matrona DAS
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en período de climaterio (45...a 64 años) con aplicación de pauta M.R.S (Escala de calificación de la menopausia)	Realizar el control de salud integral a la mujer de entre 45 a 64 años de edad con aplicación de pauta M.R.S	Llegar al 25 % de cobertura de mujeres que se controlan en período de climaterio con pauta aplicada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio con pauta aplicada}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de entre 45 a 64 años inscritas y validadas año 2014}} \times 100$	Matrona DAS
Contribuir a disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mamas	Realizar mamografía a mujeres de entre 50 a 59 años de edad inscritas y validadas en las Postas	Incrementar en un 10% con respecto al 2013 la cobertura de mamografías de mujeres de entre 50 a 59 años	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de entre 50 a 59 años inscritas y validadas año 2014}} \times 100$	Médico Hospital de Florida Matrona DAS
	Realizar examen físico de mamas a mujeres de 25 a 64 años inscritas y validadas en las Postas año 2014	77% de las mujeres de 25 a 64 años inscritas y validadas con examen físico de mamas vigente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años con E.F.M vigente}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de entre 25 a 64 años inscritas y validadas año 2014}} \times 100$	Matrona DAS

Contribuir a disminuir las muertes de mujeres por cáncer cervicouterino	Realización del examen de Papanicolaou a población femenina de 25 a 64 años inscritas y validadas año 2014  VDI a mujeres de 25 a 64 años de edad pasivas y nunca PAP	Lograr el 77% de cobertura de PAP en mujeres de 25 años inscritas y validadas año 2014	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años inscritas y validadas año 2014}} \times 100$	Matrona DAS  Matrona DAS TENS
---	---	--	---	--

PROBLEMA	METAS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	RESPONS
. 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 1.5% respecto al año anterior	Consulta nutricional a todas las embarazadas que ingresan a control (independiente de su estado nutricional)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ embarazadas ingresadas a Programa Nutricional}}{\text{Total ingreso embarazadas}}$	Nutricionista Matrona
. Acortamiento del período de LME en niños menores de 6 meses	Aumentar la LME en menores de 6 meses en 7% respecto a año 2012	Implementar clínica de lactancia materna en al menos 3 PSR  Educaciones en salas de espera relacionadas con la importancia de la Lactancia materna.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de clínicas implementadas}}{\text{Total de PSR}}$  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de educaciones programadas}}{\text{N}^\circ \text{ de educaciones realizadas}}$	Nutricionista Matrona  Nutricionista Matrona Enfermera

**Programa del niño:**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	RESPONSABLE
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral, que estén inscritos y validados en el centro de salud.	Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres y/o cuidadores menores de 10 años inscritos en el establecimiento.	Lograr que el 20% de los niños/os inscritos cuyos padres o cuidadores ingresan a Taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza.	(N° de padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ N° total de niñas o niños menores de 10 años bajo control) x 100	ENFERMERA Y/O EDUCADORA DE PARVULO
	Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año, acerca de prevención de IRA.	Aumentar la cobertura en 10% en talleres de prevención IRA a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año.	(N° de madres, padres y/o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niñas y niños menores de 1 año bajo control) x 100	KINESIOLOGO Y/O ENFERMERA
	Controles de salud desde antes de los 10	Promedio de controles de salud realizados a niñas y	(N° de controles de salud de niñas/os desde 3 días de vida a 9 años/ N° total de	MATRONA, MEDICO Y ENFERMERA

<p>Favorecer la vigilancia y desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años, que estén inscritos y validados en el centro de salud.</p>	<p>días de vida a los 9 años.</p>	<p>niños de 3 días de vida a 9 años.</p>	<p>niños/os de 3 días de vida a 9 años meses bajo control)</p>	<p>MEDICO</p> <p>ENFERMERA</p> <p>ENFERMERA</p> <p>ENFERMERA</p>
	<p>Aplicación de protocolo de evaluación neurosensorial.</p>	<p>90% niñas/os de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado.</p>	<p>(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 / N° Total de niñas y niños de 1 mes bajo control) × 100</p>	
	<p>Aplicación a los 8 meses de evaluación del desarrollo Psicomotor</p>	<p>100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).</p>	<p>N° de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor a niñas y niños a los 8 meses/ N° total de niñas y niños 8 meses bajo control) × 100</p>	
	<p>Aplicación a los 18 meses de evaluación de desarrollo Psicomotor.</p>	<p>90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud).</p>	<p>(N° de aplicaciones de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) × 100</p> <p>(N° de niñas/os de 18</p>	

<p>Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA, que estén inscritos y</p>	<p>Aplicación a los 18 meses de Pautas de Evaluación Bucodentarias</p>	<p>90% de los niñas/os que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal.</p>	<p>meses con evaluación de salud bucal/ N° de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses) × 100</p>	<p>KINESIOLOGO</p> <p>ENFERMERA</p>
	<p>Visitas Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave</p>	<p>Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave.</p>	<p>(N° de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave / N° total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) × 1</p>	
<p>Actividades de estimulación en el centro de salud y domicilio.</p>	<p>80 % de niñas y niños que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de</p>	<p>(N° de niños/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años</p>		

validados en el centro de salud.		estimulación del DSM.	detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) × 100	
<b>AMBITO TRATAMIENTO</b>		100 % de niñas/os con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.	(N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor) × 100	EDUCADORA DE PARVULO
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor, que estén inscritos y validados en el centro de salud.		90% de los niños y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados/os.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las	ENFERMERA

			evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) × 100	
		90 % de los niños y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados/os.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) × 100	ENFERMERA
		100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) × 100	EQUIPO CHILE CRECE CONTIGO



Planificar estudio de casos	Estudio de casos equipo salud	100% de estudio de casos con planificación de atenciones con equipo de cabecera		
-----------------------------	-------------------------------	---	--	--

PROBLEMA	METAS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	RESPONS.
- Mejorar la atención de niños prematuros en la comuna.	Mantener al 100% de los niños prematuros en control.	Realizar visitas domiciliarias integrales a prematuros, cuando se pesquise algún factor de riesgo o se encuentren inasistentes	<u>Nº de prematuros con visita</u> Total de prematuros	Equipo de salud
- Existencia de menores de 6 años con diagnóstico nutricional de obesidad	Mantener en un 8.3% de niños <6 años con diagnóstico de obesidad.	Realizar consulta y control Nutricional al 100% de los diagnosticados obesos.  Realizar educación al 100% de las familias de niños diagnosticados obesos en consulta nutricional	<u>Nº de niños &lt;6 años con diagnóstico obeso *100</u> Total niños <6 años bajo control  <u>Nº de Educaciones realizadas</u> <u>Nº de obesos en control</u>	Nutricionista  Nutricionista

- 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 consulta y control nutricional al 100% de los diagnosticados obesos de 2 a 5 años	<u>Nº de niños en riesgo con consulta nutricional</u> Total niños < 6 años diagnosticados en riesgo	Nutricionista
		Consejería breve de estilos de vida saludable en consulta nutricional	<u>Nº de consejerías realizadas</u> Total de niños de 2 a 5 años obesos	Nutricionista
		Realizar talleres de lactancia materna e incorporación de alimentos sólidos al 100% de las madres de niños de 5 meses durante la consulta nutricional	<u>Nº de niños de 5 meses con Taller nutricional</u> Total de niños de 5 meses	Nutricionista
		Consulta Nutricional	<u>Nº de niños de 5 meses con consulta nutricional</u> Total de niños de 5 meses	Nutricionista

-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	<u>Nº de niños de 3 años y medio con Consulta Nutricional</u> Niños de 3 años y medio en control	Nutricionista
	Promoción de Estilos de Vida Saludable al 80% de los niños en etapa escolar	Talleres educativos a escolares relacionados con Estilos de Vida Saludable	<u>Nº de niños de 3 años y medio con Talleres educativos</u> Niños de 3 años y medio en control	Nutricionista
			<u>Nº de escolares con talleres educativos</u> <u>Nº total de escolares</u>	Equipo de Salud

**Programa del adolescente**

<p><b>AMBITO PREVENCIÓN</b></p> <p>Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.</p> <p>Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF).</p> <p>Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia</p>	<p>Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.</p> <p>Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.</p> <p>Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.</p>	<p>90% de controles planificados, realizados.</p> <p>100 % de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.</p> <p>&gt;90% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista.</p>	<p>odontológica total) × 100</p> <p>(Nº de controles realizados, según sexo/ Nº total de controles planificados, según sexo) × 100</p> <p>(Nº de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /Nº total de adolescentes con situación de violencia) × 100</p> <p>(Nº de adolescentes, según sexo, derivados a especialista con</p>	<p>ENFERMERA</p> <p>EQUIPO DE SALUD</p> <p>MEDICO</p>
---	--	---	---	---

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	RESPONSABLE
<p>Fortalecer el desarrollo de conductas antitabóquicas en adolescentes.</p>	<p>Ejecutar consejería breve antitabaco a todas las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente.</p>	<p>60% de las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente con consejería breve antitabaco</p>	<p>(Nº de consejerías breve antitabóquicas realizadas/Nº total de consultas y controles respiratorios de salud del adolescente realizados) × 100</p>	<p>KINESIOLOGO</p>
<p>Contribuir a disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.</p>	<p>Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica.</p>	<p>≥ 10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)</p>	<p>(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta</p>	<p>ODONTOLOGA</p>

en adolescentes.			sospecha de cáncer de alta prevalencia /Nº total de controles de Salud integral "Joven Sano" Realizados) x 100	
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	Aumentar en un 10% línea base 2013 en el número de consejerías de salud sexual reproductiva otorgadas a adolescentes hombres y mujeres	(Nº de consejerías en SSR realizadas/ Nº de consejerías línea base 2013) x100	MATRONA
		100% de adolescentes pesquisados con conducta sexual de riesgo en control de salud integral reciben consejería	(Nº de consejerías en SSR realizadas/ Nº de adolescentes con conducta sexual de riesgo) x100	MATRONA
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 19 años	Consejería para la regulación de fertilidad en adolescentes mujeres y hombres que lo solicitan.	100% de consejerías en regulación de fertilidad realizadas según demanda espontánea, a adolescentes	(Nº de consejerías en regulación de fertilidad a adolescentes por	MATRONA

(10.a 14 y 15.a 19 años), que estén inscritos y validados en el centro de salud.		mujeres y hombres que ingresan a regulación de fertilidad.	sexo que ingresan a regulación de fecundidad / Nº total de adolescentes que ingresan a regulación de fecundidad) x 100	
	Control de regulación de fertilidad	100% de los adolescentes hombres y mujeres que solicitan un método anticonceptivo, ingresan a control de regulación de fertilidad.	(Nº Adolescentes bajo control con método anticonceptivo, según sexo/ Nº total de población bajo control de regulación de fertilidad) x 100	MATRONA
Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Consejería en salud sexual y reproductiva	60% de adolescentes planificados, según sexo reciben consejería en salud sexual reproductiva.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes, según sexo / Nº total consejerías en salud sexual y	

<p>con enfoque de riesgo.</p>	<p>Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.</p> <p>Control de regulación de fertilidad (Entrega de métodos anticonceptivos y de anticoncepción de emergencia).</p> <p>Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.</p>	<p>50% de adolescentes con consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS.</p> <p>70% de adolescentes madres en control de fertilidad.</p> <p>100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.</p>	<p>reproductiva planificadas) × 100</p> <p>(N° Consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS realizadas / N° Consejerías programadas) × 100</p> <p>(N° de adolescentes madres en control de regulación de fertilidad/Población bajo control en regulación de fecundidad) × 100</p> <p>(N° de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes de 10 a 19 años con</p>	
-------------------------------	--	---	---	--

<p>Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y malnutrición por déficit.</p> <p>Disminuir la incidencia de adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso.</p>	<p>Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.</p> <p>Seguimiento en adolescentes con malnutrición por exceso, con educación alimentaria-nutricional y actividad física.</p>	<p>100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.</p> <p>40% de adolescentes mejoran su estado nutricional.</p>	<p>malnutrición por exceso bajo control) × 100</p> <p>(Número de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control) × 100</p> <p>(N° de adolescentes que mejoran su estado de nutricional/ N° total de adolescentes con malnutrición por exceso) × 100</p>	
---	--	--	---	--

PROBLEMA	METAS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	RESPON.
. Alto índice de alcoholismo y tabaquismo en la comuna.	Alcanzar el 30% de cobertura de participación del adolescente en actividades recreativas y de esparcimiento (en relación a la población escolar)	Coordinación con <u>intersector</u>		Vida Chile Comunal
		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
		Talleres educativos antitabaco en escuelas de la comuna.	Nº de asistentes a talleres educativos	Vida Chile Comunal Kinesiólogo

	Aumentar la cobertura en educación y promoción de estilos de vida saludables.	Ejecución de proyectos de escuelas saludables y talleres de alimentación saludable.	Nº de niños participantes en <u>talleres de alimentación saludable</u> Población escolar adolescente	Nutricionista
--	---	---	---	---------------

**Programa del adulto**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESPONSABLE
<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años, que estén inscritos y validados en el centro de salud.</p>	<p>Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.</p>	<p>Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA respecto a lo realizado el año anterior.</p>	<p>(Nº de EMPAS realizados población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria) × 100.</p>	<p>EQUIPO DE SALUD</p>
<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad</p>	<p>Aumentar en un 50% tamizaje de la ERC en las personas</p>	<p>100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas</p>	<p>Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa</p>	<p>MEDICO</p>

<p>renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</p>	<p>hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.</p>	<p>según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV al corte) × 100</p>	
<p>Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.</p>	<p>Examen de baciloscopia en personas mayores de 15 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.</p>	<p>Baciloscopia en el 100% de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.</p>	<p>(Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas personas mayores de 15 años / Nº total de consultas de morbilidad) × 100</p> <p>(Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de mayores de 15 años / Nº total de controles de salud) × 100</p>	<p>EQUIPO DE SALUD</p> <p>EQUIPO DE SALUD</p>

<b>AMBITO TRATAMIENTO</b>					
Aumentar la cobertura efectiva de personas hipertensas mayores de 15 años.	la de	Control de Salud Cardiovascular : Tratamiento.	Al menos 3% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos mayores de 15 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	(N° de personas hipertensas mayores de 15 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg / N° total de personas hipertensas mayores de 15 años) × 100	EQUIPO CARDIOVASCULAR
Aumentar la cobertura efectiva de personas con DM2 mayores de 15 años.	la de	Control de Salud Cardiovascular : Tratamiento	Incrementar en un 2% la cobertura efectiva de personas mayores de 15 años con DM2 (HbA1c<7%) respecto de lo logrado el año anterior.	(N° de personas con diabetes mayores de 15 años con HbA1c <7% según último control / N° total de personas mayores de 15 años con DM2 esperados según prevalencia × 100	EQUIPO CARDIOVASCULAR

PROBLEMA	METAS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	RESPONSABLE
. 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>N° usuarios 20 a 64 años con EMP</u> Población <u>inscrita</u> de 20 a 64 años	Equipo de Salud
. 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>N° de educaciones realizadas</u> Total de grupos formados de la comunidad	Equipo de Salud



<p>. Alta <u>Morbimortalidad</u> de los pacientes portadores de patologías cardiovasculares en la comuna.</p>		<p>Educación a grupos organizados de la comunidad sobre hábitos de vida saludable.</p> <p>Consulta Nutricional al 100% de los diabéticos</p> <p>Consulta Nutricional al 40% de los Hipertensos</p>	<p><u>Nº de educaciones a grupos organizados</u></p> <p><u>Nº de Diabéticos en consulta nutricional</u> <u>Nº total de diabéticos</u></p> <p><u>Nº de Hipertensos con consulta nutricional</u> <u>Nº de Hipertensos en control</u></p>	<p>Equipo de Salud</p> <p>Nutricionista</p> <p>Nutricionista</p>
---	--	--	--	--

**Programa de adulto mayor**

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	RESPONSABLE
Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en el EAMP del Adulto mayor, que estén inscritos y validados en el centro de salud.	Realización de Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor.	Incrementar a lo menos en un 15% el EAMP del AM respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / Población inscrita de 65 y más años) × 100	ENFERMERA
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	(Nº de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV al corte) × 100	MEDICO

valente en los usuarios de 65 años de edad.				
Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial.	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y mas con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total personas de 65 años y mas hipertensos esperados según prevalencia) × 100	ENFERMERA
Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con diabetes tipo 2.	Detección de las personas de 65 años y más con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior	(Nº de personas de 65 años y mas con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de personas de 65 años y mas diabéticos esperados según prevalencia) × 100	ENFERMERA

<p>AMBITO TRATAMIENTO</p>				
<p>Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>A lo menos un 3% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y más hipertensos con PA &lt;140/90 respecto al año anterior.</p>	<p>(Nº de personas de 65 años y mas hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas de 65 años y mas hipertensas esperadas según prevalencia.ENS2009-2010) × 100</p>	<p>EQUIPO CARDIOVASCULAR</p>
<p>Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac &lt; 7% en el último control.</p>	<p>Control de Salud Cardiovascular.</p>	<p>A lo menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y más diabéticos con Hb1Ac &lt;7% respecto al año anterior.</p>	<p>(Nº de personas de 65 años y mas diabéticos con Hb1Ac &lt;7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia.ENS2009- 2010) × 100</p>	<p>EQUIPO CARDIOVASCULAR</p>
<p>Incrementar la cobertura de</p>	<p>Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología</p>	<p>Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.</p>	<p>(Población de 65 años y más bajo control actual - Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior )</p>	<p>KINESIOLOGO</p>

<p>usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.</p>	<p>respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más, que estén inscritos y validados en el centro de salud.</p>		<p>× 100 (Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas)</p>	
<p>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.</p>	<p>Categorizar por severidad a usuarios crónicos respiratorios de 65 y más años, que estén inscritos y validados en el centro de salud.</p>	<p>100% de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.</p>	<p>(Nº de personas de 65 años y más con categorización de severidad / N° total de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA) × 100</p>	<p>KINESIOLOGO</p>
<p>Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial.</p>	<p>Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), que estén inscritos y validados en el centro de salud.</p>	<p>40% de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.</p>	<p>(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) / N° total de persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos ) × 100</p>	<p>EQUIPO DE SALUD</p>

PROBLEMA	METAS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	RESPON.
. Alto Número de Adultos Mayores hipertensos descompensados.	Mantener un 50% de compensación en Adulto mayor.	Control de salud anual: 2 por enfermera, 2 por médico y 2 por nutricionista.	<u>Total de A.M. compensados</u> <u>Total de A.M. en control por alguna patología crónica.</u>	Equipo PSCV
. Aumento de mal nutrición por exceso en Adultos Mayores	Disminuir en un 10% la obesidad en Adultos Mayores	Talleres de estilos de vida saludables a adultos mayores con hipertensión arterial descompensados	<u>Nº de talleres de estilos de vida saludable</u> <u>Total de Adultos Mayores en control</u>	Equipo de salud
		Talleres de alimentación saludable,	<u>Nº de talleres de estilos de vida saludable</u> <u>Total de Adultos Mayores en control.</u>	Nutricionista

**Programa odontológico**

SALUD MATERNO PRENATAL				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESPONSABLE
Protección y recuperación de salud oral de las gestantes	Atención integral de la embarazada	Lograr 95% de cobertura en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas al programa prenatal en postas rurales de Florida.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de altas odontológicas totales embarazadas}}{\text{total de gestantes ingresadas al programa prenatal}} * 100$	Odontólogo DAS
SALUD INFANTIL				
OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESPONSABLE
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	$\geq 30\%$ de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños de 2 años con alta odontológica total}}{\text{N}^\circ \text{ Total de niños/as de 2 años inscritos y validados}} * 100$	Odontólogo DAS

		$\geq 35\%$ de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños/as de 4 años con alta odontológica total}}{\text{N}^\circ \text{ Total de niños/as de 4 años inscritos y validados}} * 100$	Odontólogo DAS
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	$\geq 40\%$ de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO}}{\text{total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico}} * 100$	Odontólogo DAS
Mantener la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (SES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años)	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	100% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños/as de 6 años con alta odontológica total}}{\text{N}^\circ \text{ Total de niños/as de 6 años inscritos y validados}} * 100$	Odontólogo DAS

	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años	≥ 40% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(Nº de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100	Udontologo UAS
<b>SALUD DEL ADOLESCENTE</b>				
<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	100% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica tota l/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) × 100	Udontologo UAS

	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años	≥ 40% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) ×100	
<b>SALUD DEL ADULTO</b>				
<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años )	Atención odontológica integral del adulto de 60 años	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	(Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total/Total de adultos de 60 años inscritos y validados) ×100	Udontologo programa
<b>ACTIVIDAD PREVENTIVAS Y PROMOCIONALES CECOSF</b>				
<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>RESPONSABLE</b>

Prevenir la formación de caries dental	Aplicación de Fluor Bamiz	≥ 20% de cobertura, en fluoración de boca completa a pacientes menores de 20 años inscritos y validados	$(N^{\circ} \text{ total de aplicaciones de fluor bamiz realizadas en Cecosf año actual} / \text{población menor de 20 años asignada en Cecosf en año actual}) \times 100$	Udontologo CIECUST
Incentivar al autocuidado en la mantención de la salud	Realizar talleres destinados a entregar herramientas de autocuidado en salud bucal	≥ 10% de población entre los 20 y 64 años inscritos y validados	$(N^{\circ} \text{ total de participantes de talleres} / \text{población entre 20 y 64 años de Cecosf}) \times 100$	Udontologo CIECUST
Reforzar técnica de cepillado adecuada	Realizar talleres de técnica de cepillado	50% de alumnos de establecimientos escolares cuyos alumnos estén inscritos y validados	$(N^{\circ} \text{ total de participantes de talleres} / \text{alumnos de establecimientos escolares}) \times 100$	Udontologo CIECUST
Prevenir traumatismos dentarios	Realizar talleres de prevención de traumatismo dentario	20% docentes y alumnos de establecimientos escolares cuyos alumnos estén inscritos y validados	$(N^{\circ} \text{ total de participantes de talleres} / \text{docentes y alumnos de establecimientos escolares}) \times 100$	Udontologo CIECUST

**Programa de postrados**

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES
Apoyar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia en atención integral en domicilio para mejorar la calidad de vida de estos	Atender en forma integral al grupo familiar de postrado severo considerando las necesidades psicosocial del paciente y su familia	Visitas Domiciliares integrales mensual a personas con dependencia severa	Nº de Visitas Domiciliares integrales en domicilio de pacientes postrados severos/ Nº de población bajo control dependencia severa
	Realizar Capacitación a cuidadores para asumir el cuidado integral del paciente	1 capacitación anual a los cuidadores de personas con dependencia severa	Nº de cuidadores Capacitados de personas con dependencia severa/Nº total de cuidadores de personas con dependencia severa X 100
	Atención Kinésica al 100% de los pacientes Postrados severos que presenten patologías respiratorias y/o motoras	Atención Kinésica en domicilio a pacientes postrados	
	Aplicar Barthel 1 vez al año al 100% de los postrados con el propósito de actualizar su situación de salud	Realizar visita domiciliaria integral	Nº de Barthel realizados
	Mantener registro actualizado en pagina Web para el apoyo monetario a cuidadores	100% de los cuidadores con apoyo monetario registrados en la plataforma Web	Nº de personas registradas en plataforma Web/Nº de cupos totales asignados a cuidadores con apoyo monetario X 100



**Programa de salud mental**

Objetivo	Meta	Estrategia	Indicador	Profesional Responsable
<p>Contribuir a la disminución de la prevalencia de niños que han sufrido maltrato infantil y abuso sexual.</p>	<p>Atender el 100% de las consultas de pacientes que han sufrido abuso sexual y maltrato infantil.</p>	<p>Tratamiento psicológico a niños víctimas de maltrato infantil y/o abuso sexual.</p> <p>Actividades informativas a cuidadores (madres y padres) maltrato infantil y/o abuso sexual.</p> <p>Talleres educativos a familias responsables de niños entre 0 y 9 años en temas de maltrato infantil y/o abuso sexual.</p> <p>Talleres educativos a profesores y administrativos de sensibilización y prevención en temas de maltrato infantil y abuso sexual.</p>	<p>Nº de niños entre 0 y 9 años en tratamiento por maltrato infantil y/o abuso sexual.</p> <p>Nº de niños entre 0 y 9 años estimados según número de niños inscritos en postas.</p> <p>Nº de actividades informativas realizadas a la población sobre maltrato y abuso sexual.</p> <p>Total de actividades programadas a la población sobre maltrato y/o abuso sexual</p> <p>Nº de familias responsables de niños entre 0 y 9 años que participen en talleres educativos en temas de maltrato y/o abuso sexual.</p> <p>Nº de talleres programados por familia entre niños de 0 a 9 años.</p> <p>Nº de profesores entre niños de 2 a 9 años que participen en talleres educativos de maltrato y abuso.</p> <p>Nº de talleres educativos programados a docentes en niños de 0 a 9 años.</p>	<p>Psicólogo.</p> <p>Equipo de salud mental.</p> <p>Equipo de salud mental.</p> <p>Equipo de salud mental.</p>

Objetivo	Meta	Estrategia	Indicador	Profesional Responsable
<p>Aumentar cobertura sobre problemas de atención y comportamiento en niños sobre los 2 y 9 años de edad.</p>	<p>Atender al 100% de las consultas realizadas sobre problemas de atención y comportamiento en niños entre 2 y 9 años de edad.</p> <p>Psicoeducar al 100% de las madres en relación a roles parentales.</p>	<p>Atención psicosocial a niños con problemas de atención y comportamiento.</p> <p>Talleres de habilidades creativas y psicosociales para niños entre 2 y 9 años.</p> <p>Talleres psicoeducativo a grupo de cuidadores de niños entre 0 y 9 años para entrenar en roles parentales.</p> <p>Talleres y charlas educativas para madres de niños con problemas.</p>	<p>Nº niños ingresados a tratamiento psicosocial con problemas de atención y comportamiento. Total de niños con problemas de atención y comportamiento.</p> <p>Nº niños entre 2 y 9 años de edad que participaron de talleres de habilidades creativas y sociales. Total de talleres de habilidades creativas y sociales programados a niños entre 2 y 9 años de edad.</p> <p>Nº de cuidadores responsables de niños entre 0 y 9 años. Total de talleres programados a cuidadores responsables de niños entre 2 y 9 años.</p> <p>Nº de niños entre 2 y 9 años que participen en talleres y charlas educativas.</p>	<p>Psicólogo</p> <p>Equipo de salud mental y educadora de párvulos</p> <p>Equipo de salud mental</p> <p>Psicólogo y educadora de párvulo.</p>

Objetivo	Meta	Estrategia	Indicador	Profesional Responsable
Aumentar cobertura de tratamiento por depresión.	Atender al 100% de pacientes que consultan por depresión en adultos y adultos mayores.	<p>Capacitación a docentes de escuelas rurales sobre problemáticas de salud mental.</p> <p>Ingresar a tratamiento a adultos y adultos mayores que presenten depresión.</p>	<p>Nº de docentes de escuelas rurales capacitados en problemáticas de salud mental en niños.</p> <p>Total de capacitaciones programadas a docentes sobre problemáticas de salud mental en niños.</p> <p>Nº de adultos y adultos mayores ingresados a tratamiento inscritos y validados.</p> <p>Total de adultos y adultos mayores que ingresan a programa de salud mental inscritos y validados.</p>	<p>Equipo de salud mental</p> <p>Psicólogo</p>
Contribuir a la disminución del consumo problema de OH y drogas de la población adulta inscrita en el establecimiento de salud.	<p>Realización del 90% de talleres programados de sensibilización de consumo perjudicial en postas de salud.</p> <p>Intervención <u>psicoterapéutica</u> al 100% de los adultos que consulten por consumo perjudicial.</p>	<p>Taller de <u>psicoeducación</u> dirigido a adultos y adultos mayores inscritos en el establecimiento.</p> <p>Ingreso a tratamiento de adultos y /o adultos mayores para intervención <u>psicoterapéutica</u>. Inscritos en el establecimiento.</p>	<p>Nº de talleres realizados para adultos y adultos mayores inscritos y validados en posta para promoción de estilo de vida saludable.</p> <p>Nº de personas ingresadas a tratamiento por consumo perjudicial inscritos y validados.</p>	<p>Equipo de Salud Mental</p> <p>Psicólogo</p>

Objetivo	Meta	Estrategia	Indicador	Profesional Responsable
<p>Aumentar la cobertura de niños y niñas de 0 a 12 años que son víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual.</p>	<p>Psicoeducar a 80% adultos y adultos mayores que han experimentado consumo perjudicial.</p>	<p>1 grupo de autoayuda masivo en posta de salud formado por adultos inscritos en posta.</p>	<p>Nº de adultos y adultos mayores que han presentado consumo perjudicial. (inscritos en posta).</p>	<p>Psicólogo.</p>
	<p>Atender al 100% de consultas de pacientes víctimas de violencia intrafamiliar y abuso sexual. Reparación de evento traumático en menores víctimas de abuso sexual.</p>	<p>Diagnóstico precoz con DAEM. Facilitar espacios creativos para los adolescentes.</p>	<p>Numero de niños y niñas que participen en espacios creativos.</p>	<p>Equipo de salud mental.</p>
		<p>Diagnóstico precoz con DAEM. Ingresar a tratamiento psicosocial de niños y niñas víctimas de VIF y abuso sexual.</p>	<p>Nº de niños y niñas ingresados a tratamiento como víctima de VIF y abuso sexual. Total de niños y niñas víctimas de VIF y abuso según pacientes ingresados a Posta.</p>	<p>Psicólogo.</p>
		<p>Diagnóstico precoz con DAEM. Realizar actividades educativas (psicoeducación) respecto a VIF y abuso sexual a niñas y niños.</p>	<p>Nº de niños, niñas y familias que participaron de actividades educativas respecto a VIF y abuso sexual. Total de actividades educativas realizadas respecto a VIF y abuso sexual.</p>	<p>Equipo de salud mental.</p>

Objetivo	Meta	Estrategia	Indicador	Profesional Responsable
Aumentar actividades en adultos y adultos mayores policonsultantes inscritos en establecimiento (pacientes con patologías CV).	Desarrollar 3 actividades comunitarias recreativas policonsultantes adultos y adultos mayores inscritos en PSR.	Promover actividades recreativas en adultos y adultos mayores con la finalidad de promover estilos de vida saludable.	Nº de adultos y adultos mayores policonsultantes inscritos en posta que participaron en actividades recreativas. Total de actividades recreativas de pacientes policonsultantes inscritos.	Equipo de Salud Mental
	A través de los comités de salud desarrollar 2 actividades de autocuidado.	Realizar actividades de relajación a adultos mayores policonsultantes.	Nº de adultos y adultos mayores inscritos que participan en terapia de relajación. Total de actividades de relajación programadas.	Psicólogo
Aumentar cobertura de mujeres sobre los 18 que son víctima de violencia intrafamiliar.	Atender al 100% de los casos de pacientes mujeres que consultan por violencia intrafamiliar	Tratamiento psicosocial a mujeres víctimas de maltrato infantil con la finalidad de realizar reparación de daños y eventos traumáticos.	Numero de mujeres desde los 18 años, en tratamiento por violencia intrafamiliar. Numero de mujeres mayores de 18 años inscritas en Postas.	Equipo de Salud Mental
		Actividades informativas a mujeres y hombres (integrantes de familia) sobre violencia intrafamiliar.	Número de actividades informativas realizadas a la población sobre violencia intrafamiliar. Total de actividades programadas a la población sobre violencia intrafamiliar.	Equipo de Salud Mental
		2 grupos de prevención de violencia intrafamiliar que trabajen con la comunidad.	Número de talleres educativos que realice el grupo. Total de talleres realizados por grupo de sensibilización.	Equipo de Salud Mental

Objetivo	Meta	Estrategia	Indicador	Profesional Responsable
Aumentar cobertura de niños y niñas entre 2 y 9 años con problemas emocionales en la infancia.	Atender al 100% de las consultas realizadas por problemas emocionales en la infancia en niños entre 2 y 9 años de edad.	Intervención psicológica a niños con problemas de atención y comportamiento.	Nº de niños y niñas ingresados a tratamiento psicológico por problemas emocionales en la infancia. Total de niños con problemas emocionales.	Psicólogo
Promoción y prevención de salud mental <u>infanto</u> adolescente.	<p>Formar 7 agrupaciones de padres y apoderados de los establecimientos educacionales de curso de kinder a 4to medio.</p> <p>Formar 7 agrupaciones de docentes de establecimientos educacionales de kinder a 4to medio.</p>	<p>Diagnóstico precoz en Departamento de educación para intervención.</p> <p>2 Talleres educativos sobre prevención y promoción en salud mental <u>infanto</u> adolescente dirigido a padres y/o cuidadores.</p> <p>Diagnóstico precoz en Departamento de Educación para intervención.</p> <p>2 talleres educativos sobre prevención y promoción en salud mental <u>infanto</u> adolescente dirigido a docentes.</p>	<p>Numero de apoderados de escuelas rurales capacitados en prevención y promoción en salud mental.</p> <p>Total de capacitaciones programadas por equipo de salud mental.</p> <p>Nº docentes de escuelas rurales capacitados en prevención y promoción en salud mental <u>infanto</u> adolescente.</p>	<p>Equipo de Salud Mental</p> <p>Equipo de Salud Mental</p>

### Programa cuidado paliativos y alivio del dolor

OBJETIVO	ACTIVIDAD	METAS	INDICADORES	RESPONSABLE
Aumentar cobertura de usuarios con cáncer terminal en la comuna	<p>Visita Domiciliaria mensual a todo paciente del programa</p> <p>Coordinar con la encargada comunal de CPAD del Hospital la entregas oportuna de tratamiento medicamentoso</p> <p>Apoyo Psicológico a paciente y familia.</p> <p>Brindar atención de enfermería a todo usuario</p>	Proporcionar atención domiciliaria integral al 100% de los pacientes que están en el programa.	<p>(N° de VDI a ingresos a programa)</p> <p>N° total de usuarios del programa cuidados paliativos) x100</p>	EQUIPO DE SALUD

**ESTRATEGIA TRANSVERSALES**  
**REHABILITACIÓN**

**PROMOCION**

<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META</b>	<b>INDICADORES</b>
Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas con alta dependencia.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores.	20 % de las actividades de educación grupal y promoción se orientan al cuidado de los cuidadores.	(Nº Total de actividades de cuidado a los cuidadores/ total de actividades promoción y total actividades educación grupal) x 100

**PREVENCION**

<b>OBJETIVO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>META</b>	<b>INDICADORES</b>
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, y capacitación a los cuidadores de personas con alta dependencia para dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas a las personas con problemas crónicos, a objeto de prevenir y/o retardar la discapacidad, entregar herramientas de manejo a los cuidadores para cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	20 % de las actividades de Educación Grupal y Trabajo Comunitario se orientan a la prevención de discapacidad.	(Nº Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial) x 100



OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES
Mantener la atención a personas en situación de discapacidad permanente y transitoria, leve, moderada o severa	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria.	Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE,TEC, LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	(PsD con Parkinson , secuela de AVE, TEC; LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos ) x 100
Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería individual o Familiar, con el objetivo de resolver los problemas planteados por ellos en torno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad.	Consejería individual y consejería familiar.	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares.	Nº total de consejerías individuales y familiares/ Nº total de consejerías individuales y familiares + Total de Procedimientos) x 100
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	Visita Domiciliaria Integral	50% con Visita Domiciliaria Integral.	Nº Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100
Mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad Mediante ayudas técnicas.	Evaluación a usuario y entorno domicilio	Igual año anterior	Ayudas entregadas x 100 Total de ingresos por discapacidad
Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con artrosis de cadera y rodilla.	Detección de las personas de 65 años y más con artrosis, consulta de morbilidad u otros.	Incrementar a lo menos en un 10% la cobertura de la población de 65 años y más	(Nº de personas de 65 años y mas, bajo control / Nº total de personas de 65 diagnosticados x 100

### Planificación Químico Farmacéutico

**PROGRAMA DEL NIÑO**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicadores
Contribuir a la entrega oportuna de vitaminas para la profilaxis de enfermedades carenciales.	Dispensación oportuna de vitaminas para la profilaxis de enfermedades carenciales.	Cubrir el 85% de las necesidades de vitaminas recetadas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de vitaminas recetadas}}{\text{N}^\circ \text{ de vitaminas despachadas}} \times 100$ Nº de vitaminas recetadas.

**PROGRAMA DE LA MUJER**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicadores
Asegurar completa disponibilidad de vitaminas y minerales pertenecientes al arsenal farmacológico utilizados en embarazo.	Enviar a cada posta la cantidad necesaria de medicamentos útiles en embarazo, acorde al Nº de embarazadas existente	Proporcionar al 95% de las embarazadas las vitaminas y minerales pertenecientes al arsenal prescritos durante el embarazo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas de vitaminas y minerales dispensadas a embarazadas}}{\text{N}^\circ \text{ de recetas de vitaminas y minerales dispensadas a embarazadas}} \times 100$
Contribuir al correcto uso de vitaminas y minerales durante el embarazo.	Educar a las mujeres embarazadas respecto de la importancia de tomar vitaminas y minerales durante el embarazo	Educar al 90% de las embarazos antes de iniciar el tercer semestre de embarazo	$\frac{\text{Mujeres embarazadas entre 1er y segundo semestre que han sido educadas}}{\text{Mujeres embarazadas educadas}} \times 100$

**PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicadores
Fomentar la adherencia farmacológica de todos los pacientes En tratamiento crónico.	Realizar seguimiento fármaco terapéutico a los pacientes descompensados.	Realizar en 80% de los pacientes descompensados al menos 2 citas por semestre.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes descompensados en seguimiento fármaco terapéutico}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes descompensados}}$
Asegurar la disponibilidad de fármacos crónicos para el total de los pacientes.	Determinar la cantidad de pacientes por patología y estimar la cantidad de fármacos requeridos para tratamiento	Cubrir oportunamente las necesidades de medicamentos crónicos de los pacientes	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes que reciben tratamiento completo}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes en tratamiento}} \times 100$
Pesquisa de RAM de todos los pacientes que las manifiesten	Notificación de todas las RAM mediante formulario de notificación voluntaria.	Notificar al menos el 90% de las RAM detectadas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RAM notificadas oportunamente}}{\text{N}^\circ \text{ RAM pesquiasadas}} \times 100$
Asegurar la disponibilidad y entrega oportuna de fármacos pertenecientes al arsenal farmacológico.	Gestionar compra en cantidades necesarias para cubrir las necesidades requeridas mensualmente por las postas.	Cubrir 85-90% de las necesidades farmacológicas requeridas por los pacientes.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ fármacos del arsenal disponible para dispensación}}{\text{N}^\circ \text{ fármacos del arsenal}} \times 100$

Contribuir a la compensación de los pacientes crónicos a través de la disponibilidad de fármacos.	Gestionar compra y despacho oportuno de los fármacos hacia las postas	Entregar recetas completas a todo paciente crónico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas despachadas completas}}{\text{N}^\circ \text{ total de recetas despachadas}} \times 100$
Abastecer las cinco postas de salud rural con medicamentos e insumos requeridos para atender su población.	Programar mediante Cenabas, las cantidades estimadas para la población bajo control de cada posta.  Programar mediante portal chile compra o proveedores directos aquellos productos no proporcionados por <u>Cenabast</u>	Recibir por parte de Cenabas el 85-90% de la programación total <u>realizada</u> .  Recibir por parte portal chile compra o proveedores directos el 90-95% de la programación total realizada.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ recibido de medicamentos e insumos programados a cenabas}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos e insumos programados a cenabas}} \times 100$  $\frac{\text{N}^\circ \text{ recibido de medicamentos e insumos programados}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos e insumos programados}} \times 100$
Educar a los pacientes con patologías crónicas	Realizar educaciones a todo paciente crónico acerca	Educar al 90% de los pacientes durante el	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes en tratamiento}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes crónicos}} \times 100$

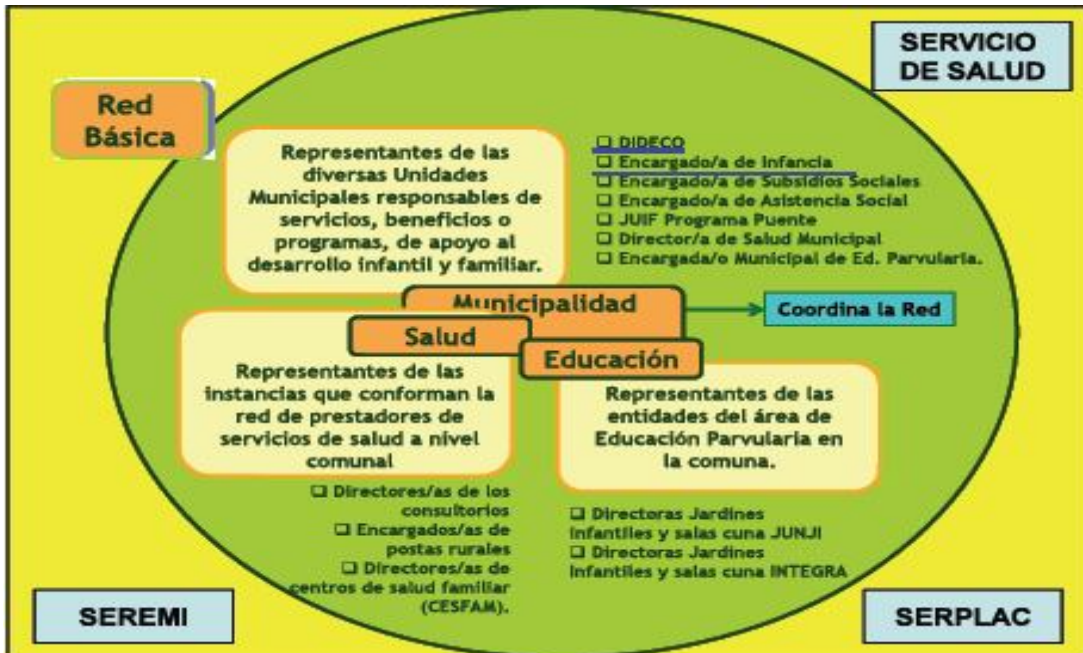
acerca de sus tratamientos farmacológicos	de los medicamentos mas utilizados en cada terapia	primer semestre.	$\frac{\text{farmacológico crónico educado}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes crónicos}} \times 100$
---	--	------------------	--

**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



OBETIVO	METAS	ESTRATEGIAS	INDICADORES
<p>Disminuir de las Enfermedades No transmisibles en la población femenina que está en el período del Climaterio.</p> <p>Mejorar la cobertura de PAP en población de 25 a 64 años</p> <p>Dar a conocer a la población de embarazadas del Sistema Chile Crece Contigo en la Comuna.</p>	<p>Aumentar cobertura de mujeres en tarjetero de control del climaterio en un 18%</p> <p>Aumentar a un 80 % la Cobertura de PAP Vigente en población de Mayor riesgo</p> <p>Que el 100% de las embarazadas que ingresa a control cuente con la información necesaria del sistema CHCC</p>	<p>Diagnóstico precoz mediante aplicación de EMP y manejo del Síndrome Climatérico</p> <p>Educar sobre estilos de vida saludable a la población climatérica.</p> <p>Realizar talleres a mujeres sobre 40 años, respecto a Climaterio.</p> <p>A través de V.D integrales pesquisar a mujeres de 25 a 64 años que nunca se hayan tomado el PAP.</p> <p>Educación en sala de espera respecto a la importancia de tomarse examen de Papanicolaou</p> <p>Realizar talleres al 80 % de las embarazada que ingresen a control.</p> <p>Realizar como mínimo 2 VDI a cada embarazada que ingrese a control</p> <p>Realizar Visita Domiciliaria Integral al 100% del Binomio Madre e hijo</p> <p>Entrega de material CHCC a toda embarazada y su R.N</p> <p>Educaciones en salas de espera relacionadas con la importancia de la Lactancia materna</p> <p>Publicitar afiches en las Postas de salud respecto a los beneficios de la lactancia materna</p> <p>Difusión en salas de espera de las PSR de la importancia de la estimulación prenatal.</p>	<p>Nº mujeres en control de climaterio</p> <p>Total de mujeres de 35 y más años</p> <p><u>Nº mujeres climatéricas en talleres</u></p> <p>Nº total de mujeres climatéricas</p> <p><u>Nº mujeres climatéricas en talleres</u></p> <p>Nº total de mujeres climatéricas</p> <p><u>Nº de V.D integrales en las que se pesquisan mujeres nunca PAP en edad de riesgo</u></p> <p>Nº total de V.D integrales realizadas</p> <p><u>Nºde educaciones programadas</u></p> <p>Nº de educaciones realizadas</p> <p><u>Nºde talleres realizados</u></p> <p>Nº de talleres programados</p> <p><u>Nº de embarazadas con VDI</u></p> <p>Nº Total de ingresos de embarazo</p> <p><u>Nº de educaciones programadas</u></p> <p>Nº de educaciones realizadas</p> <p><u>Nº de actividades de difusión realizadas en sala espera</u></p> <p>Total de actividades programadas</p> <p>Total de consejerías breves realizadas a embarazada.</p>

## **PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD FLORIDA 2013**

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 representada 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:**

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 y 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 y permitan dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Generar herramientas para el mejoramiento de los procesos de intervención, según la necesidad de la comunidad sin que afecte al deterioro del funcionario.

Programa Capacitación 2014 Personal ley 19,378

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS	CONTENIDOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA								TOTAL	NUMERO HRS.PEDAGOGICAS	ITEM CAPACITACION	FINANCIAMIENTO		TOTAL PRESUPUESTO	ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR
				A	B	C	D	E	F	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS								
1.- Calidad de la Atención y trato al usuario	1.- Atención y servicio a usuarios	Contribuir a mejorar la calidad de la atención	Promover derechos y deberes de los usuarios.	2	7	5	4	2	4	24	16		\$1.000.000.-		\$1.000.000.-	Entidad Privada	DASM Florida		
			Enfasis en atención de público en establecimientos de salud																
			Entrenar al equipo de salud en competencias técnicas para el mejor desempeño en la atención y trato al usuario																
2.- Prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales	2.- Urgencias y emergencias en Atención Primaria	Contribuir a desarrollar competencias en el manejo de urgencias y emergencias por desastres naturales en el equipo de salud	Elaboración de Plan de acción en programas de emergencia	2	6	4	4	0	0	16	16		\$1.000.000.-		\$1.000.000	Entidad privada	DASM Florida		
			Estructura, funcionamiento y roles de los funcionarios de APS																
3.- Programa de salud cardiovascular	3.- Taller de Cardiovascular	Contribuir a mejorar los conocimientos relacionados con patologías no transmisibles	Diabetes e hipertensión	0	2	4	3			9	8			\$500.000 (SSC)-	\$500.000 .-	Entidad Privada	DASM Florida		
			Certificación de toma de presión Arterial																

NOTA: El programa de capacitación pudiese tener algunas variaciones en favor de las necesidades que pudiesen ocurrir en el transcurso del año.



**PROYECTO PRESUPUESTO DIRECCION DE SALUD  
MUNICIPAL AÑO 2013**

SUBTITULO	ITEM	DENOMINACION	SUBTOTAL M\$
05		TRANSFERENCIA CORRIENTES	
	03	De Otras entidades publicas	302.778
08		OTROS INGRESOS CORRIENTES	
	01	Recuperación y reembolso por Lic. Medicas	3.500
15		SALDO INICIAL DE CAJA	1.000
		TOTAL INGRESOS M\$	307.278

SUBTITULO	ITEM	DENOMINACION	SUBTOTAL M\$
21		GASTOS EN PERSONAL	
	1	Personal de Planta	141.335
	2	Personal a Contrata	100.027
	3	Otras Remuneraciones	1.000
22		BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	
	3	Combustible y Lubricantes	4.800
	4	Materiales de Uso a Consumo	38.917
	5	Servicios Básicos	6.043
	6	Mantenimiento y Reparaciones	1.215
	7	Publicidad y Difusión	100
	8	Servicios Generales	1.660
	10	Servicios Financieros y de Seguros	1.200
	11	Servicios Técnicos y Profesionales	1.600
	12	Otros Gastos en Bienes y Serv. De Consumo	3.580
35		SALDO FINAL DE CAJA	1
		TOTAL GASTOS M\$	307.278

---

NOTA: SE CONSIDERO REAJUSTE DE UN 5 %

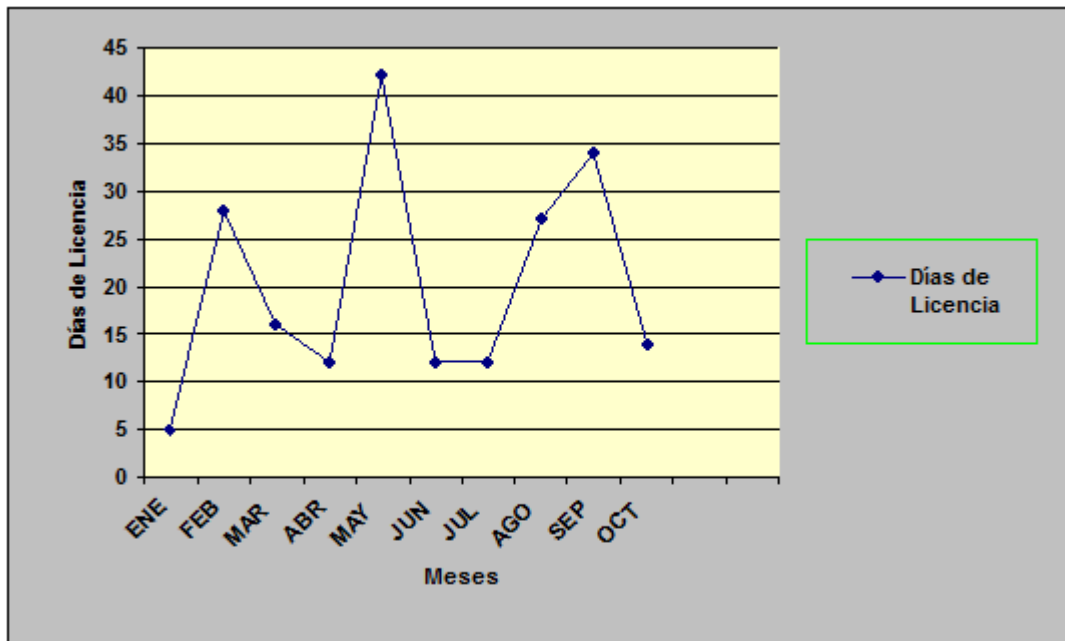
% GASTOS:

Gastos en Personal	82,57%
Bienes y Servicios de Consumo	<u>17,43%</u>
	100%

**AUSENTISMO LABORAL**

Licencias Médicas del personal afecto a la Ley N° 19.378/95 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" y sus modificaciones, desde Enero a Octubre de 2013.

MESES	N° LICENCIAS	N° DIAS
Enero	1	5
Febrero	1	28
Marzo	5	16
Abril	3	12
Mayo	5	42
Junio	2	12
Julio	2	12
Agosto	1	27
Septiembre	2	34
Octubre	2	14
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>202</b>



**Indicadores de Evaluación del Plan de Salud Comunal Florida 2013**

- ✓ 80% de Cumplimiento de las Metas Sanitarias e Índices A.P.S 2013.
- ✓ 90% de Cumplimiento del Programa anual de Capacitación de los Funcionarios de la Ley 19.378/95.
- ✓ 90% del Cumplimiento del Plan de Promoción de Salud 2013.
- ✓ Equilibrio Ingreso/ Gasto.