



**PLAN COMUNAL DE SALUD  
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE COLBUN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
2016-2018**

# INDICE

## INTRODUCCION

### **Sección I: Diagnóstico de la Situación Comunal** 4

#### **1. Caracterización Poblacional**

1.1. Tamaño Poblacional 5

1.2. Estructura por grupos de edades 6

1.3. Distribución por sexo 6

1.4. Crecimiento Poblacional (Tasa de Natalidad) 7

#### **2. Factores Condicionantes y Determinantes Sociales**

2.1. Geográficos 8

2.2. Medio Ambientales 8

2.3. Acceso y Comunicación 8

2.4. Étnicos 9

2.5. Culturales 9

2.6. Socioeconómicos 10

2.7. Educativos 13

2.8. Vivienda 14

2.9. Servicios Básicos y Saneamiento 15

2.10. Seguridad Social 15

2.11. Desarrollo Comunitario 16

2.12. Sector Salud 17

2.12.1. Organización de la Red Asistencial 17

2.12.2. Flujos de Derivación 20

2.12.3. Recursos Materiales 21

2.12.4. Recursos Financieros 22

2.12.5. Recursos Humanos 23

#### **3. Daño en Salud**

3.1. Tasas de Mortalidad

3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop) 24

3.1.2. Mortalidad Infantil 24

3.1.3. Mortalidad Materna 25

3.1.4. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia 26

3.1.5. Mortalidad del Adulto 26

3.1.6. Mortalidad del Adulto Mayor 27

3.1.7. Mortalidad por Causas 28

3.2. Esperanza de Vida al nacer	29
3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)	29
3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)	31
3.5. Indicadores de Morbilidad	32
3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)	34
3.7. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)	35
3.8. Exámenes de Salud	36
3.9. Egresos Hospitalarios	36
3.10. Licencias Médicas y Pensiones de Invalidez	37
3.11. Problemas de Salud Percibidos por la población (Diagnóstico Participativo)	38
3.12. Problemas de Salud Prioritarios	38
<b>Sección II :</b> Plan de Cuidados de Salud de la Población	<b>44</b>
<b>Sección III:</b> Plan de Capacitación	<b>74</b>

## INTRODUCCION -

EL Decreto N° 2.296 de fecha 10 de Octubre de 1995, que aprueba Reglamento General de la Ley N° 19.378 que establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, en su artículo 12, instruye la formulación anual de un proyecto de programa de salud municipal, en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que debe contener estrategias de salud a nivel comunal enmarcado en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud, el que debe contener a lo menos los siguientes aspectos:

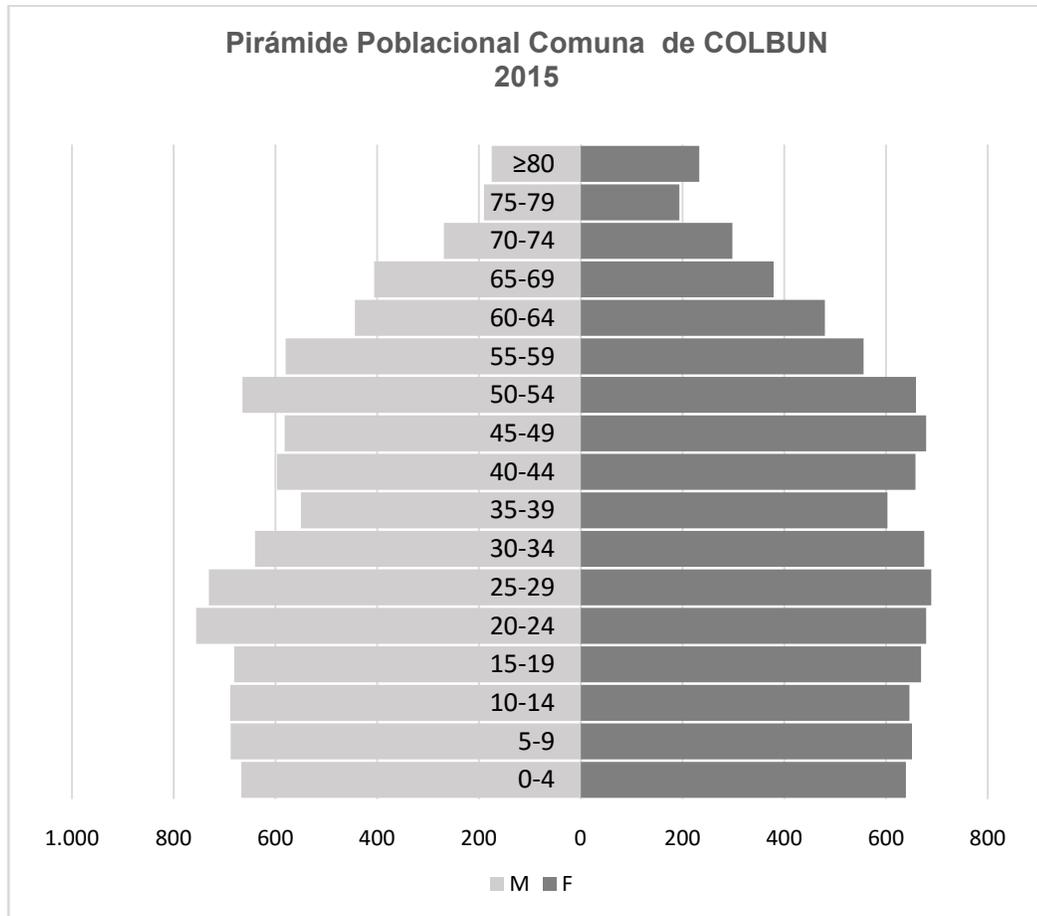
1. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos.
2. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social.
6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa y acciones curativas.
7. Indicadores de cumplimientos de metas programadas.

A continuación se da a conocer el Plan de Salud para el trienio 2016 – 2018, de acuerdo a esquema diseñado por el Servicio de Salud del Maule.

## Sección I: Diagnóstico de la Situación Comunal

### 1. Caracterización Poblacional.

#### 1.1. Tamaño Poblacional



## 1.2. Estructura por grupos de edades

Tabla N° 1.2.1: Población según Grupos Etarios, Comuna de Colbún, año 2015

SUBGRUPOS	Comuna Colbún		REGIÓN DEL MAULE	
	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	3.980	21,29	209.161	20,05
15 a 44 años	7.928	42,40	457.694	43,88
45 a 64 años	4.644	24,84	262.868	25,20
65 y más años	2.144	11,47	113.266	10,86
<b>TOTAL</b>	<b>18.696</b>	<b>100</b>	<b>1.042.989</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

## 1.3. Distribución por sexo

Tabla N° 1.3.1. Población según Grupos Etarios y Sexo, Comuna de Colbún, año 2015

SUBGRUPOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	2.044	21,95	1.936	20,63	3.980	21,29
15 a 44 años	3.955	42,48	3.973	42,33	7.928	42,40
45 a 64 años	2.271	24,39	2.373	25,28	4.644	24,84
65 y más años	1.040	11,17	1.104	11,76	2.144	11,47
<b>TOTAL</b>	<b>9.310</b>	<b>100%</b>	<b>9.386</b>	<b>100%</b>	<b>18.696</b>	<b>100%</b>

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

## 1.4. Crecimiento Poblacional

Tabla N° 1.4.1: Tasa de Crecimiento Poblacional Estimado INE, 2015-2020.  
Comuna de Colbún.

	AÑOS						Variación % Período 2015-2020
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
<b>POBLACIÓN COMUNAL</b>	18.696	18.770	18.780	18.807	18.822	18.852	
<b>TASA DE CRECIMIENTO ANUAL COMUNAL (%)</b>		0,40	0,45	0,59	0,67	0,83	2,9
<b>TASA DE CRECIMIENTO ANUAL REGIÓN DEL MAULE (%)</b>		0,70	0,68	0,67	0,65	0,62	3,3

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

## Tasa de Natalidad

Tabla N° 1.4.2: Tasa de Natalidad, Comuna de Colbún, Región del Maule 2012

Territorio	Natalidad	Tasa*
<b>COMUNA</b>	<b>251</b>	<b>13,5</b>
REGIÓN	13.429	13,1
PAÍS	243.858	14,0

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2013

(\*) Tasas por 1.000 habitantes

Nacidos vivos corregidos

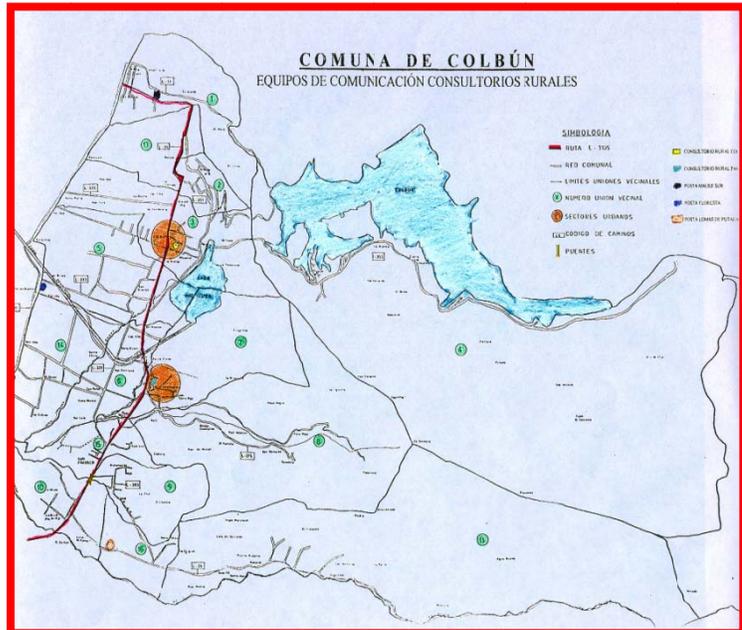
## 2. Factores Condicionantes

### 2.1. Geográficos

La Comuna de Colbún pertenece a la Provincia de Linares, se encuentra en la Región del Maule (VII Región), en el extremo sur oriente de ésta. La capital comunal se encuentra a 56 Km. de la capital de la región Talca.

Posee una superficie de 2.899,9 Km<sup>2</sup> y es segunda más grande de la Región territorialmente representa al 28,8 % de la provincia y el 9,6 % del territorio regional.

La densidad poblacional de acuerdo al último Censo 2002, es de 6.2 habitantes por Km<sup>2</sup>., estando muy por debajo del promedio regional.-



La Comuna de Colbún se sitúa en el extremo sureste de la provincia de Linares, Séptima Región del Maule, zona central del país. Posee un vasto territorio con predominio de áreas de cordillera y pre-cordillera, con un clima templado cálido, benigno para la salud. Se accede por el Norte, por el cruce Bobadilla (34 km. de Colbún) y por el Sur, por Linares (28 Km. de Colbún), todo por excelentes caminos pavimentados.

### 2.2. Medio Natural

La Comuna de Colbún se sitúa en el extremo sureste de la provincia de Linares, Séptima Región del Maule, zona central del país. Posee un vasto territorio con predominio de áreas de cordillera y pre-cordillera, con un clima templado cálido, benigno para la salud. Se accede por el Norte, por el cruce Bobadilla (34 km. de Colbún) y por el Sur, por Linares (28 Km. de Colbún), todo por excelentes caminos pavimentados.

### 2.3. Acceso y Comunicación

El tipo de transporte más utilizado es el terrestre (Buses), a través del cual se moviliza la totalidad de la población comunal y moviliza a una población de gran dispersión geográfica hacia sus centros de interés. Existe una adecuada frecuencia hacia centros con mayor densidad poblacional, principalmente Linares, Talca y Santiago, siendo menos eficiente y con frecuencia regular el transporte hacia el sector rural.

Un alto porcentaje de los sectores rurales de la comuna, se desplaza en Bicicleta, como principal medio de transporte.-

## 2.4. Étnicos

Tabla N° 2.4.1: Población según Etnia declarada, Comuna de Colbún, Región del Maule 2009

ETNIA	% Según Territorio		
	Comuna	Región	País
Atacameño	0	0	0
Aymara	0	0	1
Mapuche	1	1	6
Rapanui	0	0	0
Otras	99	98	93
TOTAL	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

## 2.5. Culturales

*Breve descripción del acceso a cultura en la Comuna (Bibliotecas, Museos, Teatro, Cine, Fiesta tradicionales)*

La Comuna de Colbún se destaca por su diversidad cultural, creaciones únicas en el mundo como la Artesanía en Crín, además Artesanía en Piedra Toba (Piedra Volcánica), telares de Quinamávida, Talabartería, Mimbres, Cantores Populares, Fiestas Populares Criollas, como la Celebración de la Noche de San Juan, Trilla a Yegua Suelta, Rodeos y Mateadas Saludables.-



Actualmente la comuna de Colbún cuenta con una Radioemisora y la Municipalidad ha contratado un Canal de Televisión Local, lo que permite difundir las diferentes expresiones culturales.-

## 2.6. Socioeconómicos

*Breve descripción del desarrollo económico local (agricultura, comercio, turismo, etc).*

- La agricultura es la principal actividad económica de la comuna y es la que demanda mayor mano de obra, absorbiendo un 61% de la oferta comunal.

Se distinguen etapas de trabajo asociados a ciertos cultivos y actividades, destacando el trabajo de temporada, siendo realizado mayoritariamente por mujeres jefas de hogar.

Otras actividades son la construcción (7%), el comercio (6.5%) transporte (2.5%) y otros.-

Tabla N° 2.6.1: Estimación de Incidencia de pobreza (%). Comuna de Colbún Región del Maule 2011.

Territorio	2009	2011	Diferencia pobreza 2011-2009 (puntos porcentuales)
<b>COMUNA*</b>	<b>15,4</b>	<b>16,3</b>	<b>0,9%</b>
<b>REGIÓN</b>	21	16,2	-0,5%
<b>PAÍS</b>	15	14,4	-0,6%

*Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2011*

\* Sólo estimaciones comunales son SAE, la información que se refiere a regiones y país provienen de medición a partir de Casen 2009-2011.

Tabla N° 2.6.2: Ingreso promedio de los hogares. Comuna de Colbún, Región del Maule 2009.

Territorio	Ingreso Autónomo	Subsidio Monetario	Ingreso Monetario
<b>COMUNA</b>	<b>401.423</b>	<b>25.618</b>	<b>427.040</b>
<b>REGIÓN</b>	495.737	23.947	519.684
<b>PAÍS</b>	735.503	18.792	754.295

*Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social*

Tabla N° 2.6.3: Tasas de ocupación, desocupación y participación. Comuna de Colbún, Región del Maule 2006-2009.

Territorio	Tasa de Ocupación*		Tasa de Desocupación**		Tasa de Participación***	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009
<b>COMUNA</b>	<b>49</b>	<b>46</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>52</b>	<b>49</b>
<b>REGIÓN</b>	51	48	7	9	55	52
<b>PAÍS</b>	53	50	7	10	57	56

*Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social*

Tabla N° 2.6.4.: Número de trabajadores por Rama de Actividad, Comuna de Colbún, Región del Maule 2006-2010.

Origen	Comuna		
	2006	2008	2010
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	885	1.498	1.003
Pesca	0	0	0
Explotaciones de Minas y Canteras	5	6	7
Industrias manufactureras no metálicas	88	90	64
Industrias manufactureras metálicas	32	0	6
Suministro de electricidad, gas y agua	34	53	34
Construcción	223	167	286
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	73	498	187
Hoteles y restaurantes	308	447	187
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	138	38	131
Intermediación financiera	0	0	0
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	102	104	50
Administración pública y defensa, planes de seguridad social afiliación obligatoria	0	0	0
Enseñanza	11	13	16
Servicios sociales y de salud	1	0	0
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	527	602	684
Consejo de administración de edificios	0	0	0
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0	0
Sin información	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2.427</b>	<b>3.516</b>	<b>2.883</b>

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

## 2.7. Educativos

Tabla N° 2.7.1: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de Colbún, Región del Maule 2009.

Territorio	Promedio Escolaridad
<b>COMUNA</b>	<b>8</b>
<b>REGIÓN</b>	9,05
<b>PAÍS</b>	10,38

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Tabla N° 2.7.2: Nivel educacional de la Población. Comuna de Colbún, Región del Maule 2009.

Nivel Educativo	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Educación	<b>6</b>	6	4
Básica Incompleta	<b>32</b>	24	14
Básica Completa	<b>17</b>	14	11
Media Incompleta	<b>17</b>	16	19
Media Completa	<b>20</b>	26	30
Superior Incompleta	<b>4</b>	6	10
Superior Completa	<b>4</b>	8	12
Total	<b>100</b>	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

## 2.8. Vivienda

Tabla N° 2.8.1: Tipo de tenencia de la vivienda. Comuna de Colbún, Región del Maule 2009

Tenencia	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Viviendas Pagadas	<b>75</b>	58	55
Viviendas Pagándose	<b>1</b>	12	12
Arrendadas	<b>2</b>	11	17
Cedidas	<b>19</b>	17	14
Usufructo	<b>2</b>	0	0
Ocupación Irregular	<b>0</b>	1	1
Total	<b>100</b>	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Tabla N° 2.8.2: Calidad de la vivienda. Comuna de Colbún, Región del Maule 2009

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Aceptable	<b>56</b>	70	81
Recuperable	<b>39</b>	27	18
Irrecuperable	<b>4</b>	2	1
Total	<b>100</b>	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Tabla N° 2.8.3: Índice de Hacinamiento de hogares. Comuna de Colbún, Región del Maule 2009

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	<b>93</b>	71	91
Hacinamiento Medio	<b>7</b>	9	8
Hacinamiento Crítico	<b>0</b>	0	1
Total	<b>100</b>	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

## 2.9. Servicios Básicos y Saneamiento

Tabla N° 2.9.1: Indicador de Saneamiento. Comuna de Colbún, Región del Maule 2013

Lugar	% de Hogares con Saneamiento Deficitario
<b>COMUNA (2011)</b>	<b>13</b>
<b>REGIÓN</b>	20,7
<b>PAÍS</b>	17,0

Fuente: Ficha de Protección Social, cierre julio 2013. Ministerio de Desarrollo Social

## 2.10. Seguridad Social

Tabla N° 2.10.1: Distribución de la Población según Sistema Previsional de Salud, Comuna de Colbún, Región del Maule 2009

Lugar	Público	ISAPRE	Particular
<b>COMUNA</b>	<b>97,54</b>	<b>1,52</b>	<b>0,94</b>
<b>REGIÓN</b>	88,12	6,10	5,77
<b>PAÍS</b>	78,79	13,04	8,17

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

## 2.11. Desarrollo Comunitario

Tabla N° 2.11.1: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Comuna de Colbún, Región del Maule 2010

Tipo de Organización	Número
Clubes Deportivos	26
Centro de Madres	3
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	27
Centros de Padres y Apoderados	19
Junta de Vecinos	33
Uniones Comunales	120
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	3
<b>TOTAL</b>	<b>231</b>

*Fuente: Reportes Estadísticos y Comunales, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012*

## **2.12. Sector Salud**

### **2.12.1. Organización de la Red Asistencial**

La Red asistencial está conformada de la siguiente forma:

#### **ATENCION CERRADA**

A nivel de Servicio de Salud Del Maule, el Hospital Regional de Talca, tanto para la red electiva y urgencia, es el establecimiento de mayor complejidad y recibe derivaciones de pacientes de los Consultorios de las 30 Comunas y 12 Hospitales.

La red hospitalaria del Servicio de Salud del Maule, está integrada por 2 Hospitales tipo I, que son Talca y Curicó, un Hospital tipo II que es Linares, 3 Hospitales tipo III (Constitución, Parral y Cauquenes) y 7 hospitales tipo IV, ubicados en Molina, Teno, Hualañé, Licantén, Curepto, San Javier y Chanco.

El Centro de referencia de los Establecimientos de Salud de la Comuna de Colbún, es el Hospital Base de Linares, ubicado a 30 Kilómetros de Colbún.

#### **ATENCION ABIERTA**

En la comuna de Colbún, la Atención Primaria de Salud, administrada por la Ilustre Municipalidad de Colbún, a través de su Departamento de Salud, está dirigido por su Directora Comunal de Salud. Este Departamento de Salud, consta 2 Consultorio General Rural de Colbún, 03 Postas de Salud Rural de Colbún, 06 Estaciones Médico Rurales y ampliación de la Cartera de Servicios a través de Convenios suscritos con el Servicio de Salud Del Maule, que permiten otorgar atenciones en Servicios de Urgencia Rural en Consultorios de Colbún y Panimávida, Atención Oftalmológica, Atención de Otorrinolaringología, Imagenología, Cirugía Menor y exámenes de Laboratorio.

#### **CENTROS DE SALUD**

El Centro de Salud, es un Establecimiento esencial en la entrega de Atención Primaria de Salud, que tienen por objetivo satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario de la población a su cargo, optimizando el uso de su infraestructura, recursos humanos y equipamiento, con la finalidad de otorgar atención de salud integral abordando actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación en las distintas etapas del ciclo vital, de la salud familiar e individual.

A continuación se dan a conocer los Centros de Salud de la Comuna.

#### **1. CENTRO DE SALUD FAMILIAR “ALCALDE FRANCISCO SEPULVEDA SALGADO” de Colbún.**

Este CESFAM, se encuentra ubicado en Adolfo Novoa N° 236 de Colbún, actualmente con una población asignada de 12.266 habitantes.

2. CENTRO DE SALUD FAMILIAR “HUMBERTO ROJAS SEPULVEDA” de Panimávida.  
Este CESFAM, se encuentra ubicado en Capitán Rebolledo de Panimávida, actualmente con una población asignada de 8.177 habitantes.

3. POSTA DE SALUD RURAL MAULE SUR.  
Ubicada en Maule Sur, con una población actual de 2.165 habitantes, con dependencia del CESFAM “Alcalde Francisco Sepúlveda Salgado” de Colbún.-

4. POSTA DE SALUD RURAL LOMAS DE PUTAGAN  
Ubicada en Lomas de Putagán, con una población asignada de 961 habitantes, con dependencia del CESFAM “Humberto Rojas Sepúlveda” de Panimávida.-

5. POSTA DE SALUD RURAL LA FLORESTA  
Ubicada en el sector de La Floresta, lado Escuela básica del sector, con una población asignada de 481 habitantes, con dependencia del CESFAM “Humberto Rojas Sepúlveda” de Panimávida.-

#### 6. ESTACIONES MEDICO RURAL

Las EMR no son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de trabajo. Actualmente esta estrategia es aplicada en pocos lugares como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio, CESFAM, PSR y ocasionalmente de un Servicio de Salud. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de un Consultorio o una Posta a poblaciones usuarias, en zonas de máxima dispersión, en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales o técnicos en forma periódica.

La Comuna cuenta con 06 Estaciones Médico Rurales, en los sectores que se indican a continuación:

Con dependencia de CESFAM Alcalde Francisco Sepúlveda Salgado de Colbún.

- Colbún Alto
- La Guardia
- Los Boldos
- El Melado

Con dependencia de CESFAM Humberto Rojas Sepúlveda Panimávida.

- Quinamávida.-
- Rabones.-

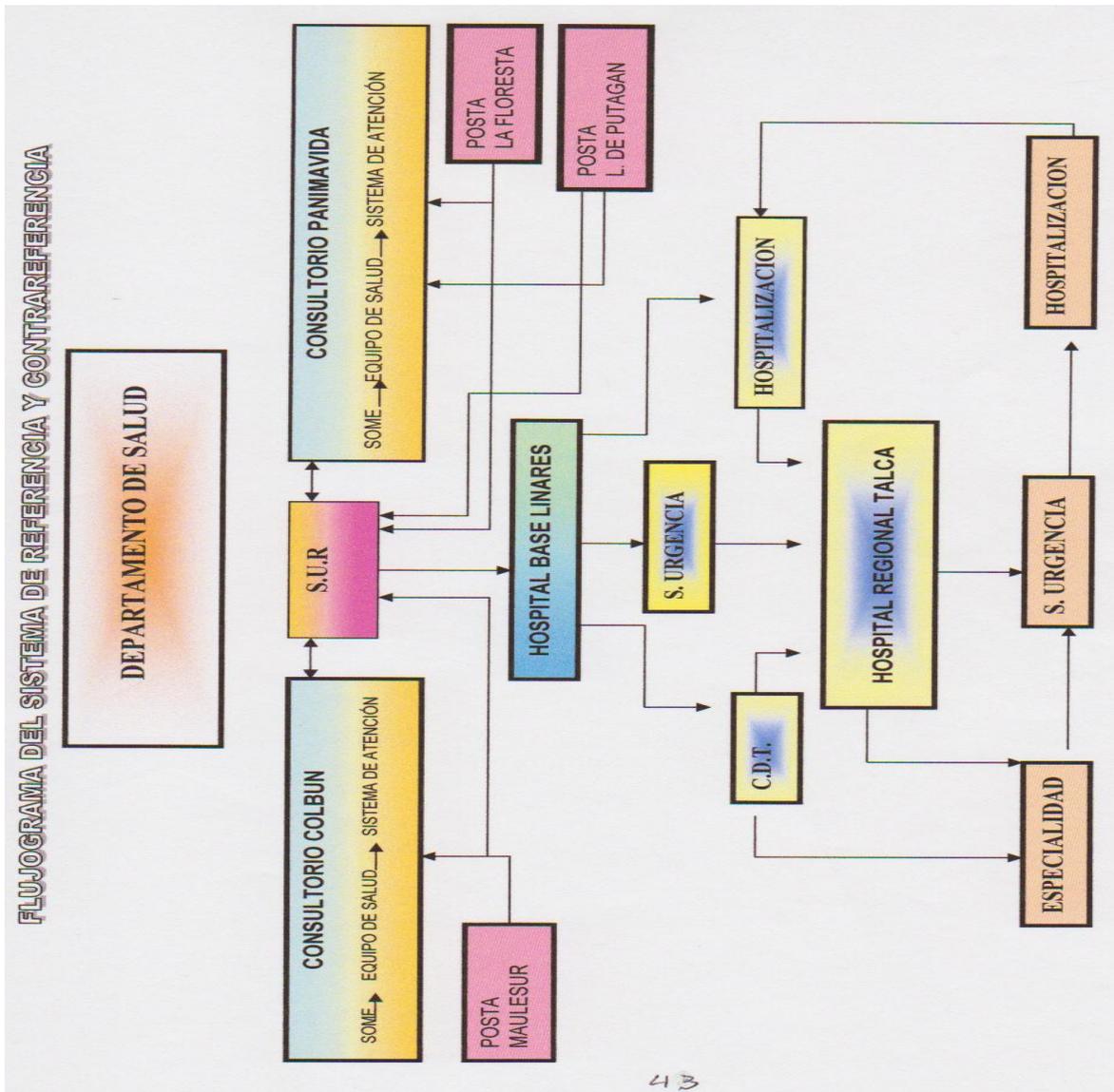
## 7. SERVICIOS DE URGENCIA RURAL

Este Sistema de Atención de Urgencia Rural, tiene como finalidad de favorecer en términos de equidad a la población de sectores rurales a través de una intervención específica, cuyo fin es contribuir a elevar el nivel de salud de su población aumentando la accesibilidad, disponibilidad, eficiencia e impacto de las acciones de salud frente a la demanda impostergable de atención médica en horario no hábil

La Comuna cuenta con 02 SUR.

1. SUR DEL CESFAM “ALCALDE FRANCISCO SEPULVEDA SALGADO DE COLBUN”.  
Funciona en edificio contiguo al CESFAM, durante las 24 horas, de Lunes a Domingo.
  
2. SUR DEL CESFAM “HUMBERTO ROJAS SEPULVEDA”, de Panimávida  
Funciona en dependencias del CESFAM, durante las 24 horas, de Lunes a Domingo.

2.12.2. Flujos de Derivación



**2.12.3. Recursos Materiales**

<b>RECURSOS</b>	<b>NUMERO</b>	<b>ESTADO</b>
CGR Colbún	01	En construcción
CGR Panimávida	01	En mantenimiento
PSR Maule Sur	01	Buena
PSR Lomas de Putagán	01	Postulada para construcción
PSR La Floresta	01	Buena
EMR Colbún Alto	01	En regulares condiciones
EMR La Guardia	01	En regulares condiciones
EMR Los Boldos	01	En regulares condiciones
EMR El Melado	01	Buena
EMR Quinamávida	01	En regulares condiciones, Proyecto de Construcción de PSR en el sector
EMR Rabones	01	En regulares condiciones
Ambulancia	01	Buena
Ambulancia	01	Buena
Ambulancia	01	Regular
Ambulancia	01	Regular

## 2.12.4. Recursos Financieros

Tabla N°2.12.4.1: Principales Ingresos y Gastos de Salud Municipal, Comuna de Colbún, Región del Maule 2014.

Municipio	Ingresos Salud (Ingreso Total Percibido) (M\$)	Ingresos Totales Área Salud Descontadas las Transferencias del Municipio al Sector (M\$)	Ingresos por Aporte del MINSAL (Per Cápita) (M\$)	Gastos Salud (Gasto Total Devengado) (M\$)	Gasto en Personal del Sector Salud (M\$)	Gastos del Funcionamiento del Sector Salud (M\$)
COLBUN	2.540.742	2.540.742	2.413.126	2.489.042	1.963.842	470.561

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2014

2.12.5. Recursos Humanos año 2015  
(incluye personal Ley 19.378 y honorarios en forma permanente)

PROFESIONAL	Nº FUNCIONARIOS	Nº HRS SEMANALES	Nº HORAS POR HABITANTE INSCRITO 20.670
Médico	5	220	0.36
Odontólogo/a	6	242	0.40
Químico Farmacéutico	1	44	0.07
Enfermero/a	6	264	0.43
Matrón/a	3	132	0.22
Nutricionista	4	176	0.29
Asistente Social	3	132	0.22
Psicólogo/a	3	132	0.22
Kinesiólogo/a	6	264	0.43
Laboratorista Dental	0	0	0
Profesor Ed. Física	0	0	0
Terapia Ocupacional	2	88	0.14
Ed. Párvulos	2	66	0.11
Téc. Paramédico (TENS)	39	1.650	2.71
TPM Farmacia	0	0	0
TPM Dental	1	44	0.07
Of. Administrativo/a	29	1.276	2.10
Auxiliar de Servicio	15	638	1.05
Conductores	13	572	0.94
Otros (especificar) Técnico Administrativo Nivel Superior	6	242	0.40

### 3. Daño en Salud

#### 3.1. Tasas de Mortalidad

##### 3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop)

Tabla N° 3.1.1.1: Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, Comuna de Colbún, Región del Maule, Chile 2012

Territorio	TASA DE MORTALIDAD GENERAL*			ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
<b>COMUNA</b>	<b>6,4</b>	<b>7,1</b>	<b>5,8</b>	<b>76,7</b>	<b>69,7</b>	<b>85,2</b>
REGIÓN	6,2	6,8	5,6	78,0%	74,1%	82,7%
PAÍS	5,7	6,0	5,3	77,4%	72,0%	83,4%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2012

\* Por 1.000 habitantes

\*\* Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swaroop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

##### 3.1.2. Mortalidad Infantil

Tabla N° 3.1.2.1: Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes, Comuna de Colbún, Región del Maule 2012

Territorio	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal (Defunciones menores a 28 días)	Tasa de Mortalidad Post neonatal (Defunciones 28 días a 11 meses)
<b>COMUNA</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
REGIÓN	6,5	4,8	1,6
PAÍS	7,4	5,4	2,1

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2012

\* Tasa por 1.000 nacidos vivos.

Tabla N° 3.1.2.2: Evaluación de la mortalidad general, índice de Swaroop y mortalidad infantil Comuna de Colbún, desde año 2008 a 2012

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Índice de Swaroop	Tasa de Mortalidad Infantil
<b>2008</b>	13,9	6,8	74	15,6
<b>2009</b>	13,7	6,2	78,1	15,8
<b>2010</b>	12,8	5,2	87,6	0,0
<b>2011</b>	13,3	5,9	76,4	0,0
<b>2012</b>	13,5	6,4	76,7	0,0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

### 3.1.3. Mortalidad Materna

Tabla N°3.1.3.1: Tasas de Mortalidad Materna, Comuna de Colbún, Región del Maule 2008-2012

Territorio	Año				
	2008	2009	2010	2011	2012
<b>COMUNA</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
REGIÓN	0,7	1,4	1,4	2,9	2,2
PAÍS	1,7	1,7	1,8	1,8	2,2

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

\* Tasas por 10.000 nacidos vivos.

Defunciones según Residencia Habitual de la Madre.

### 3.1.4. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia

Tabla N° 3.1.4.1: Tasas de Mortalidad de la Niñez y Adolescencia, Comuna de Colbún, Región del Maule 2012

Territorio	Tasa de Mortalidad de la Niñez	Tasa de Mortalidad de la Niñez	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia
	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
<b>COMUNA</b>	<b>0,0</b>	<b>73,5</b>	<b>0,0</b>	<b>65,2</b>
REGIÓN	28,3	16,6	19,0	62,0
PAÍS	29,6	14,3	16,8	43,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2012

\* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

### 3.1.5. Mortalidad del Adulto

Tabla N° 3.1.5.1: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de Colbún, Región del Maule 2012

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto		Tasa de Mortalidad del Adulto	
	20-44 años		45-64 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>COMUNA</b>	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	<b>7,6</b>	<b>4,1</b>
REGIÓN	1,4	0,7	6,4	3,6
PAÍS	1,4	0,6	6,1	3,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2012

\* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

### 3.1.6. Mortalidad del Adulto Mayor

Tabla N° 3.1.6.1. Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor, Comuna de Colbún, Región del Maule 2012

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 65-79 años		Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 80 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>COMUNA</b>	<b>29,9</b>	<b>17,9</b>	<b>122,0</b>	<b>130,8</b>
REGIÓN	31,8	20,5	134,4	118,6
PAÍS	30,2	18,7	124,6	104,4

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2012

\* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

### 3.1.7. Mortalidad por Causas

Tabla N° 3.1.7.1: Mortalidad General según principales grupos de causas, Región del Maule 2011-2012

GRUPOS DE CAUSAS		2011						2012					
		PAÍS		REGIÓN		COLBUN		PAÍS		REGIÓN		COLBUN	
		Defun- ciones	Tasa	Defun- ciones	Tasa	Defun- ciones	Tasa	Defun- ciones	Tasa	Defun- ciones	Tasa	Defun- ciones	Tasa
	<b>Total de Causas [1]</b>	<b>94.985</b>	<b>5,5</b>	<b>5.956</b>	<b>5,86</b>	<b>38</b>	<b>0.16</b>	<b>98.711</b>	<b>5,7</b>	<b>6.333</b>	<b>6,19</b>	<b>50</b>	<b>0.21</b>
	[2]												
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.884	10,92	99	9,75	0	0	2.161	12,42	107	10,45	0	0
C00-D48	Tumores (neoplasias)	24.582	142,52	1.526	150,23	12	0.51	25.421	146,08	1.589	155,22	16	0.67
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.640	26,90	270	26,58	0	0	4.930	28,33	314	30,67	0	0
F00-F90	Trastornos mentales y del comportamiento	2.224	12,89	88	8,66	0	0	2.568	14,76	129	12,60	0	0
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	3.290	19,07	166	16,34	0	0	3.433	19,73	190	18,56	0	0
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	25.744	149,25	1.695	166,87	28	1.18	27.179	156,18	1.807	176,52	26	1.08
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	9.104	52,78	655	64,48	5	0.21	10.118	58,14	742	72,48	3	0.12
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	6.964	40,37	419	41,25	0	0	7.140	41,03	438	42,79	2	0.08
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	3.102	17,98	193	19,00	0	0	2.602	14,95	172	16,80	1	0.04
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	870	5,04	54	5,32	0	0	809	4,65	41	4,01	0	0

Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	956	5,54	48	4,73	0	0	938	5,39	56	5,47	0	0
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2.383	13,82	97	9,55	0	0	2.592	14,89	97	9,48	0	0
V00-Y98	Causas externas	8.027	46,54	563	55,43	0	0	7.561	43,45	564	55,10	0	0
Resto de códigos	Resto de causas	1.215	7,04	83	8,17	3	0.13	1.259	7,23	87	8,50	2	0.08

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2013

[1] tasa total calculado \*1.000

[2] tasas de causas calculadas \*100.000

### 3.2. Esperanza de Vida al nacer

Es importante señalar que la esperanza de vida al nacer definida como el promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes, es uno de los más utilizados para comparar el nivel general de la mortalidad entre países y a lo largo del tiempo. Según el INE, los chilenos viven hoy 79 años en promedio con una proyección de 80 años en el año 2025, lo que posiciona al país como el más longevo de Sudamérica.

### 3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)

Son los años de vida ajustados por discapacidad y mide la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a éstos tres estados: El tiempo medido en años.

Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de éstas tres condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios

CICLO VITAL	CAUSAS		
	MORBILIDAD	DISCAPACIDAD	MORTALIDAD
<b>AVISA MENOR DE 1 AÑO</b>	Enfermedades respiratorias	Condiciones neuropsiquiátricas	Bajo peso al nacer
	Condiciones neuropsiquiátricas		Anomalías congénitas
	Anomalías congénitas		Trastornos respiratorios
<b>AVISA INFANTIL</b>	Enfermedades crónicas	Accidentes de tránsito	Enfermedades respiratorias
	Condiciones neuropsiquiátricas	Caídas	Tumores
	Enfermedades musculoesqueléticas	Estrabismo	
	Enfermedades órganos de los sentidos	Síndrome de déficit atencional	
		Obesidad infantil	
<b>AVISA ADOLESCENCIA</b>	Enfermedades de salud mental	Condiciones neuropsiquiátricas	Causas externas
	Trastornos de conductas alimentarias	Enfermedades digestivas	Enfermedades del sistema nervioso
	Accidentes de tránsito	Lesiones no intencionales	Neoplasias malignas
	Salud sexual y reproductiva (embarazo adolescente)	Enfermedades musculoesqueléticas	
		Lesiones intencionales	
<b>AVISA ADULTO</b>	Enfermedades del sistema circulatorio	Condiciones neuropsiquiátricas	Causas externas
	Enfermedades de Salud Mental	Enfermedades digestivas	Tumores
	Trastornos de las vías biliares y vesícula	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades del sistema circulatorio
	Accidentes de tránsito		
	Enfermedades de los órganos de los sentidos		
	Neoplasias malignas		
	Enfermedades musculoesqueléticas		
<b>AVISA ADULTO MAYOR</b>	Enfermedades digestivas	Enfermedades digestivas	Enfermedades del sistema circulatorio
	Condiciones Neuropsiquiátricas	Condiciones Neuropsiquiátricas	Tumores
	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades del aparato circulatorio	Accidentes de todo tipo
	Neoplasias malignas	Neoplasias malignas	
		Enfermedades de los órganos de los sentidos	

### 3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Tabla N° 3.4.1. Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de Colbún, Región del Maule 2012

Territorio	Año								
	2010			2011			2012		
	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP
<b>COMUNA</b>	<b>97</b>	<b>862</b>	<b>47.6</b>	<b>110</b>	<b>1.308</b>	<b>71.9</b>	<b>120</b>	<b>1.363</b>	<b>74.7</b>
REGIÓN	4.022	86.468	8.734	3.735	76.596	7.681	3.908	76.549	7.622

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2013

## 3.5. Indicadores de Morbilidad

INDICADORES	CONCEPTO	POBLACION BAJO CONTROL	PREVALENCIA POBLACION 24.071
CLASIFICACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	535	2.22%
	MODERADO	2.311	9.60%
	ALTO	420	1.74%
	MUY ALTO	244	1.01%
	<b>TOTAL</b>	<b>3.510</b>	<b>14.58%</b>
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	3.005	12.48%
	DIABETICOS	956	3.97%
	DISLIPEDIMICOS	1.438	5.97%
	TABAQUISMO	350	1.45%
	OBESIDAD	1.252	5.20%
	ANTECEDENTES DE INFARTO (IAM)	36	0.15%
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	80	0.33%
DETECCION Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)	SIN ENFERMEDAD RENAL	1.003	4.17%
	ETAPA 1 Y ETAPA 2 (VFG> 60 ML/MIN)	547	2.27%
	ETAPA 3 (VFG> 30- 59 ML/MIN)	156	0.65%
	ETAPA 4 (VFG> 15 – 29 ML/MIN)	11	0.05%
	ETAPA 5 (VFG< 15 ML/MIN)	1	0.004%
	<b>TOTAL</b>	<b>1.718</b>	<b>7.14%</b>
DEPRESION	LEVE	118	0.49%
	MODERADA	363	1.51%
	SEVERA	22	0.09%
	DEPRESION POST PARTO	13	0.05%
	<b>TOTAL</b>	<b>516</b>	<b>2.14%</b>

INDICADORES	CONCEPTO	POBLACION BAJO CONTROL	PREVALENCIA POBLACION
GRADO DE DEPENDENCIA	AUTOVALENTE SIN RIESGO	537	25%
	AUTOVALENTE CON RIESGO	382	18%
	RIESGO DE DEPENDENCIA	234	11%
	DEPENDENCIA LEVE	166	8%
	DEPENDENCIA MODERADA	37	2%
	DEPENDENCIA GRAVE	10	0.4%
	DEPENDENCIA TOTAL	25	1.2%
	<b>TOTAL</b>	<b>1.391</b>	<b>65%</b>
EMBARAZO ADOLESCENTE		17	0.07%

### 3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

Tabla N° 3.6.1: Número y Tasa de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna de Colbún, Región del Maule 2006-2010.

Enfermedad	Número de Casos por años									
	2006		2007		2008		2009		2010	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
<b>De transmisión alimentaria</b>										
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>De transmisión respiratoria</b>										
Enf. Invasora por Haemophilus Influenzae b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócicas (Bacteriana)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis	0	0	0	0	1	0.05	4	0.22	2	0.11
<b>De transmisión sexual</b>										
Gonorrea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Prevenibles por inmunización</b>										
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	3	0,16	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	1	0.05	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina (Coqueluche)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Hepatitis víricas</b>										
Hepatitis A	0	0	0	0	1	0.05	0	0	0	0
Hepatitis B	1	0.05	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	1	0.05	0	0	0	0	0	0
Las demás Hepatitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Zoonosis y Vectoriales</b>										
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis (equinococosis)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección por Hanta Virus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Importadas</b>										
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Otras</b>										
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2006-2010.\* Tasa por 100.000 habitantes.

**3.7. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)**

Territorio	Actividades	POBLACION	Nº ATENCIONES	
				Tasa
PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA	Morbilidad	2.981	3.619	1.21
	Control de Salud (otros)		523	0.17
	Control de Salud Cardiovascular		0	0
	Control Salud Mental		71	0.02
PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE	Morbilidad	3.850	1.559	0.40
	Control de Salud (otros)		68	0.02
	Control de Salud Cardiovascular		19	0
	Control Salud Mental		169	0.04
PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO	Morbilidad	15.310	7.455	0.49
	Control de Salud (otros)		461	0.03
	Control de Salud Cardiovascular		3.742	0.24
	Control Salud Mental		1.552	0.10
PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR	Morbilidad	2.469	3.073	1.24
	Control de Salud (otros)		266	0.11
	Control de Salud Cardiovascular		2.610	1.06
	Control Salud Mental		289	0.12

### 3.8. Exámenes de Salud

Tabla N° 3.8.1: Total de Exámenes de Salud realizados, Comuna de Colbún  
Región del Maule 2013

Territorio	EXÁMENES DE LABORATORIO			EXÁMENES RADIOLOGICOS			EXÁMENES ECOTOMOGRAFICOS		
	Total	Producción propia	Compra de servicio	Total	Producción propia	Compra de servicio	Total	Producción propia	Compra de servicio
<b>COMUNA</b>	<b>39.672</b>	<b>73</b>	<b>39.599</b>	<b>712</b>	<b>0</b>	<b>712</b>	<b>282</b>	<b>0</b>	<b>282</b>
<b>REGIÓN</b>	1.958.842	808.884	1.149.958	29.561	197	29.364	0	0	0

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2013

### 3.9. Egresos Hospitalarios

CAUSAS DE EGRESO	Chile	Región del Maule	Comuna Colbún
Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	42.642	2.533	<b>47</b>
Tumores	118.053	7.315	<b>161</b>
Enfermedades Sistema Circulatorio	125.538	7.807	<b>109</b>
Enfermedades Sistema Respiratorio	165.579	10.684	<b>146</b>

Se observa que la mayor causa de egresos hospitalarios a nivel país y región, son las enfermedades del sistema respiratorio, continuando con las enfermedades del sistema circulatorio, tumores, situándose en último lugar las enfermedades infecciosas y parasitarias.

### 3.10. Licencias Médicas y Pensiones de Invalidez

Tabla N° 3.10.1: Pensión Básica Solidaria, período Enero-Julio 2012, Comuna de Colbún, Región del Maule. (No se contó con información sobre Licencias Médicas)

Territorio	Pensión Básica Solidaria Período Enero-Julio 2012	
	N° Beneficiarios Promedio	Monto (M\$)
<b>COMUNA</b>	<b>1.014</b>	<b>562.268</b>
REGIÓN	45.559	25.116.798
PAÍS	616.602	339.950.081

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2012

### **3.11. Problemas de Salud Percibidos por la población (Diagnóstico Participativo)**

#### **3.11.1 CENTRO DE SALUD FAMILIAR “ALCALDE FRANCISCO SEPULVEDA SALGADO DE COLBUN”**

El presente instrumento busca conocer las percepciones e iniciativas más significativas “como en un espejo” por ciclo vital: niños/as, adolescentes, adultos, Adultos Mayores y redes comunitarias claves que interaccionan con nuestro Centro de Salud Familiar: Club de Diabéticos, agrupación de personas en situación de discapacidad, estudia 5 variables:

- Familia
- Ciclo vital
- Estilos de vida
- Percepción de la enfermedades
- Satisfacción usuaria

Esta información diagnóstica se pondrá al servicio del equipo de salud y la comunidad, se establece como primera tarea para el año 2016, la socialización de este proceso diagnóstico al equipo de salud con el objeto de elaborar un Plan de intervención integral y comunitario que responda a los requerimientos de los 9 ejes estructurales del modelo de salud Familiar, el siguiente paso será ejecutar un cabildo para retroalimentar las actividades planificadas del Plan.

Los principales problemas detectados son los que se indican en la siguiente matriz.

**PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS**

<b>CICLO VITAL</b>	<b>CICLO VITAL A POR GRUPO ETAREO</b>	<b>CICLO VITAL A NIVEL COMUNITARIO</b>	<b>FRASES SIGNIFICATIVAS</b>
<b>NÑOS / NIÑAS</b>	Más tiempo en familia Que los padres no trabajen fuera de la comuna Apoyo en las actividades escolares	No observadas	"mi deseo es que mi papá encuentre trabajo en Colbún, pasa mucho tiempo afuera"
<b>ADOLESCENTES</b>	Falta de comunicación con los padres Falta de seguridad y toma de decisiones Vergüenza de nuestro cuerpo Problemas emocionales: - Amorosos - Padres - Compañeros	No observadas	No le contamos a nuestros padres todo lo que nos pasa"  "Me preocupa la reacción que tienen mis amigas cuando terminan con los pololos, algunas se cortan
<b>ADULTOS</b>	Tener que hacer el rol de padre y madre "sobrecarga" No contar con buena salud para trabajar Dedicamos poco tiempo a nuestros hijos	Inseguridad por la delincuencia Más preocupación por los vecinos y sus problemas	"Buscar la manera de salir de mi encierro y expresarme"  "Aprender a escuchar para que me escuchen"
<b>ADULTOS MAYORES</b>	Muchas enfermedades crónicas Discapacidad física La soledad	Poca comunicación con los vecinos	"Somos porfiados"
<b>CLUB DE DIABETICOS</b>	Controlarse en las comidas y evitar alimentos dañinos Somos sensibles y variables emocionalmente Cumplir con el tratamiento de los remedios	No observadas	"Nos cuesta controlar la glicemia"
<b>DISCAPACITADOS</b>	Poco apoyo familiar Depresión La salud no nos acompaña	Pocas oportunidades de trabajo  Mucha discriminación hacia nosotros	"Nos sentimos solos sobre todo en la noche"  "Nos sentimos poco valorizados, mucha discriminación"

### **3.11.2 CENTRO DE SALUD FAMILIAR “HUMBERTO ROJAS SEPULVEDA PANIMAVIDA”**

El Centro de Salud Familiar Humberto Rojas Sepúlveda, dando cumplimiento a las instrucciones emanadas desde el Ministerio de Salud, en el sentido de crear las instancias de participación con la comunidad, realizó un Diagnóstico Participativo, herramienta que permitió establecer un contacto directo entre la población usuaria y el equipo de salud, donde además de plantearon los siguientes objetivos:

- Identificar los problemas de salud que la población considera prioritarios.
- Conocer la percepción de los pobladores respecto al Centro de Salud Familiar.
- Favorecer la participación de los usuarios y estimular a que se involucren en los cuidados de salud de su Comunidad.
- Plantear posibles soluciones a los problemas identificados en base a los recursos disponibles.

En el mes de junio se efectuó una Jornada de Confección de Diagnóstico Participativo, se invitó a participar a organizaciones sociales y comunitarias que funcionan en el radio de acción del establecimiento y con las cuales el CESFAM trabaja habitualmente, a través del Consejo Local de Desarrollo. Además asistieron las organizaciones territoriales y funcionales de los 2 sectores que conforman el territorio geográfico del CESFAM, Directora del establecimiento de Salud, Encargada de Salud Familiar y encargada de Participación Ciudadana.

N°	PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS
1	Adultos mayores solos y sin redes de apoyo
2	Falta de capacitación en salud para la comunidad.
3	Canales de comunicación débiles entre funcionarios y comunidad
4	Escasas horas médicas para grupos no prioritarios
5	Pocas horas médicas al servicio de urgencia en horario nocturno
6	Escaso control de crónico de adulto mayor en domicilio, durante temporada invernal
7	Pocos médicos en invierno
8	No existe compromiso de la comunidad con el CESFAM
9	Comunidad desinformada con relación a interconsultas y listas de espera
10	Escasez de horas médicas
11	Insuficientes actividades educativas: charlas, talleres a clubes de adulto mayor
12	Comunidad desinformada sobre programas de salud y canasta de prestaciones
13	Horas limitadas para atención odontológica a pacientes postrados
14	Bajo interés de los padres en la crianza de los niños
15	Malos hábitos relacionados con estilos de vida saludable
16	Falta de conocimiento en los cuidados del adulto mayor y escasas redes de apoyo
17	Insuficiente capacitación para los cuidadores informales de usuarios dependientes
18	No existe espacio para controles de salud de los adolescentes
19	Aumento de consumo de droga y oh.
20	Difícil acceso para acceder a centro de salud
21	Contaminación ambiental

## ANALISIS DE LA SITUACION COMUNAL

La Comuna de Colbún, es una comuna rural pobre, con una gran extensión territorial, ubicada a 30 kilómetros de su centro de referencia que es el Hospital de Linares, lo que hace más complejo y costoso el proceso de atención de salud a los usuarios en cuanto a las derivaciones para evaluación y tratamiento de las diversas especialidades médicas, en la red asistencial.

En cuanto a los indicadores señalados, cuya información en su mayoría no se encuentra actualizada al año 2014 y debió trabajarse con la última información existente en las distintas fuentes de información estadística, nos encontramos con que la población comunal está compuesta por un número levemente superior de mujeres que hombres y presenta una mayor tasa poblacional menor de 15 años y población mayor de 65 años, superior a la tasa regional y país, según INE 2002 – 2020, lo que se traduce en direccionar los recursos hacia poblaciones más vulnerables, como es la población infantil y adultos mayores, lo que obedece a políticas ministeriales.

En cuanto a los ingresos monetarios la comuna de Colbún, se encuentra por debajo del promedio de los hogares de la región y país, con una tasa de ocupación menor a la del país, cuya fuente laboral es principalmente la agricultura, traduciéndose en trabajos de temporadas para la mayoría de los habitantes dedicados a esta actividad, siendo el sistema de salud público para el 97,54 % de los usuarios, posesionándose sobre la región y el país.

La comuna posee un número importante de organizaciones sociales y comunitarias activas, lo que hace factible el trabajo comunitario para los establecimientos de salud.

La tasa de mortalidad infantil y materna equivale a cero en los últimos años estudiados.

La principal causa de muerte en la comuna, según estudios realizados es similar a la región y país, encontrándose en primer lugar como causa, las del sistema circulatorio, en segundo lugar la mortalidad por tumores y posteriormente las muertes por enfermedades del sistema respiratorio.

De la población beneficiaria de los Establecimientos de Salud de la comuna, un 14.58% se encuentra bajo control en el programa de salud cardiovascular, donde el 12.48% es por hipertensión arterial, el 4% corresponde a diabéticos, además de otras patologías y factores de riesgos asociados, tales como la dislipidemia, tabaquismo y obesidad. Esto hace que el recurso humano planifique anualmente una mayor cantidad de horas al control de la población cardiovascular, para educar y prevenir eventos cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio y accidentes cerebrovasculares, del mismo modo pesquisar oportunamente enfermedades renales crónicas a través de la aplicación de las encuestas renales crónicas y el examen de evaluación de pie diabético para evitar amputaciones de las extremidades inferiores.

De la población adulta mayor, sólo el 25% de la población es autovalente sin riesgo, el 75% restante tiene algún grado de de riesgo y/o dependencia, para ello el año

2015 se implementó el programa MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES, conformado por Kinesióloga y Terapeuta Ocupacional, cuya finalidad es fortalecer la autovalencia física y cognitiva de este grupo etareo, evitando la dependencia y postración, en concordancia con los objetivos sanitarios para la década 2011 - 2020 que es “enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad”

Es importante señalar, la importancia de seguir trabajando en la rehabilitación de la población, pero también se considera la necesidad de trabajar en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades de la población, lo que permitirá contar con una población más saludable y autovalente, en las distintas etapas del ciclo vital, para ello el equipo de salud está preparado, con la capacitación necesaria para asumir el rol de educador de la salud, sin embargo es necesario mantener el programa de capacitación para una comunicación más eficiente, eficaz y humana con el usuario, del mismo modo con mayor autocuidado para los funcionarios, lo que permitirá fortalecer equipos de trabajo y cohesión funcionaria

De acuerdo a lo observado, el equipo de salud plantea el desafío de trabajar en los problemas priorizados para todo el ciclo vital, de acuerdo a la matriz señalada a continuación, elaborada por los jefes de programa y sus equipos, así como a elaborar un plan de trabajo durante el año 2016 para dar respuesta a las necesidades planteadas por la comunidad, a través del diagnóstico participativo, ambos serán ejecutados durante los años 2016-2018, por el equipo de salud de cada Establecimiento.

La programación de actividades cuantitativa, será elaborada y enviada al Servicio de Salud Del Maule, de acuerdo a orientaciones recibidas del Servicio de Salud, en el mes de Noviembre de 2015.

## **Sección II: Plan de Cuidados de Salud de la Población**

**SALUD MATERNA Y PERINATAL**

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Las gestantes desconocen la importancia de los cuidados prenatales.	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza.	43%	50% gestantes en control participan en taller de educación grupal: <i>Preparación para el parto y crianza.</i>	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal <i>Preparación para el parto y crianza</i> / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Nota metodológica PARN "¡Las experiencias tempranas importan mucho!"	Matrona Nutricionista Kinesiólogo Asistente Social	REM A27 REM P05
Poca participación del padre o figura significativa en los controles prenatales.	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	40%	50 % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados)*100	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	Matrona	REM A01

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Aumento de la incidencia de parto prematuro en gestantes.	Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES Prevención de Parto Prematuro.	100% de gestantes con factores de riesgo de parto prematuro.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro derivar en forma precoz al nivel secundario.	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)* 100	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.(Nota: notificación GES) Durante control prenatal pesquisar factores de riesgo de parto prematuro.	Matrona	REM P1 Sección B Tarjetero de Población de gestantes bajo control. (prevalencia de ARO) REM P1 Sección B
Incidencia de VIH en gestantes.	Disminuir la transmisión vertical de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes ingresadas VIH (+)* 100	Consejería pre test ELISA al 100% de las gestantes que ingresen a control. Solicitar firma del Consentimiento Informado. Entregar dípticos VIH confeccionados por el MINSAL. Entrega de resultado y Consejería post test al 100% de las gestantes que se realicen el test de ELISA. Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	Matrona	Registros locales de derivación. Rem 19A
Dificultad en el acceso de las gestantes a su primer control antes de las 14 semanas.	Priorizar el Ingreso Prenatal antes de las 14 semanas de gestación.	92% de los embarazos ingresaron antes de las 14 semanas.	95.56% de las mujeres ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación.	Nº de mujeres ingresadas a control prenatal antes de las 14 semanas/ Nº total de las embarazadas ingresadas * 100	Detección precoz del embarazo en consulta ginecológica y de Reg. Fertilidad. Entrega de examen Test de embarazo. Control de Embarazo en forma precoz.  Coordinación con SOME para priorizar ingresos de embarazo.	Matrona	Rem A01 Rem P05 Registros Locales.

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Insuficiente cumplimiento de Visitas Domiciliarias Integrales a gestantes con riesgo psicosocial.	Aumentar el número de Visitas Domiciliarias Integrales a gestante con riesgo psicosocial	40%	Cumplir el 100% de las Visitas Domiciliarias Integrales a gestantes con riesgo psicosocial programadas.	Nº de Visitas Domiciliarias Integrales a gestantes con riesgo psicosocial/ total de gestantes con riesgo psicosocial*100	Planificar Visitas Domiciliarias Integrales a gestantes con riesgo psicosocial. Visita Domiciliaria Integral por equipo multidisciplinario.	Matrona Asistente Social Psicóloga	Registros Locales. Registro en SDRM de CHCC.
Escasa participación de gestantes en actividad Chcc: Visita Guiada a la Maternidad	Aumentar el número de gestantes que participan en actividad Chcc: Visita a la Maternidad	10 %	Lograr que el 40% de las gestantes participen en Visita Guiada a la Maternidad.	Nº de gestantes que participan en Visita Guiada a la Maternidad/ Nº de partos atendidos de mujeres beneficiarias en Hospital de Linares.	Coordinar actividad: Visita Guiada a la Maternidad. Traslado de las pacientes a la Maternidad de Hospital de Linares.	Matrona	Página Web Registro y Monitoreo Chcc
Alta prevalencia de gestantes con alto riesgo obstétrico de patología buco dentaria.	Aumentar cobertura de alta odontológica integral de las embarazadas	Alta odontológica integral del 45% de las gestantes ingresadas a control prenatal.	Alta odontológica integral del 68% de las gestantes ingresadas a control prenatal.	Nº de altas odontológicas integrales/ Nº de gestantes ingresadas a control prenatal.	Atención odontológica integral de las embarazadas derivadas por Matrona.	Odontólogo	Rem A09

**SALUD SEXUAL**

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja adhesividad de mujeres de 25 a 64 años a la toma de Pap y EFM.	Aumentar la cobertura de mujeres 25 a 64 años con examen de Pap y EFM vigente.	48%	Aumentar cobertura en un 2% de examen de Pap y EFM.	Nº de mujeres de 25 a 64 años con examen de Pap vigente/ Nº mujeres 25 a 64 años inscritas.	<b>Promocionales:</b> Campaña radial. Entrega de dípticos informativos. <b>Preventivas:</b> Rescate de pacientes inasistentes o con Pap atrasado vía telefónica o por medio de Visitas Domiciliarias. Campaña de Pap en extensión horaria.	Matrona  Tens	Rem P12 Rem A01 Rem 27 Registro Local (Cuaderno de Pap y tarjeteros, hoja diaria manual).
Baja adhesividad de mujeres de 25 a 64 años a la toma de Pap y EFM.	Pesquisa precoz y oportuna del Cáncer de Mamas a través del EFM y Mamografías	48%	Aumentar cobertura en un 2% de EFM en mujeres e 25 a 64 años	Nº de mujeres de 25 a 64 años con EFM vigente/ Nº mujeres 25 a 64 años inscritas. Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente / Nº de mujeres inscritas de 50 a 54 años.	<b>Promocionales:</b> Campaña radial. Entrega de dípticos informativos. <b>Preventivas:</b> Examen Físico de Mamas. Mamografías al 100% de mujeres e 50 a 54 años según convenio Imagenología	Matronas Tens Administrativo de SOME	Rem P12 Registros locales
Deterioro de la calidad de vida de la mujer climaterica	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según OT Aumentar el número de controles de la mujeres en edad de climaterio (45-64 años)	15 MRS aplicadas en Control Ginecológico.	Según Orientaciones Técnicas (Metas)	Nº de mujeres con TRH bajo control, según puntaje MRS/ Mujeres con necesidad de TRH según escala MRS *100	Control de Salud Integral de la mujer en etapa de Climaterio. Aplicación de escala MRS en el ingreso a control de salud de climaterio. Aplicación de Terapia según MRS.	Matrona	REM P1 Registros Locales.

**PROGRAMA DE SALUD INFANTIL 2016-2018****Ámbito Promoción**

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta a junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Lactancia materna exclusiva al 6º mes de vida está por debajo del 55.8% exigido de acuerdo a las directrices del programa.	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	48.6%	Un 50.6% de niños y niñas logran lactancia materna exclusiva al 6º mes de vida.	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100 2. Resultado de proporción (año vigente) [menos] Resultado de proporción (año anterior)	– Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. – Fomentar uso de cojín de lactancia. – Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia. - Capacitación en lactancia materna al personal de salud que se desempeña en el programa de la infancia.	Medico. Matrona. Nutricionista Enfermera.	Monitoreo trimestral. Evaluación semestral.
Incremento sostenido de obesidad infantil en la población menor de 6 años.	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	63.2%	80% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control menor de 6 meses)* 100	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes	Nutricionista	Semestral
		51.7%	80% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Nutricionista	Semestral
		10.2 % obesos en la población menor de 6 años.	Mantener o disminuir el % de obesos en la población menor de 6 años.	(Población OB menor de 6 años/ Población total menor de 6 años)* 100	Ídem a lo anterior.	Equipo de salud.	Semestral.

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja adherencia de los padres, madres y/o cuidadores a los talleres grupales de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor.	Favorecer la participación de los padres, madres y/o cuidadores en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	0%	20% de los padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	(N° de padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo moto / N° de niños bajo control menores de 1 año)*100	Educación grupal en promoción del desarrollo del lenguaje Educación grupal en promoción del desarrollo motor.	Educadora de párvulos. Kinesiólogo.	Monitoreo trimestral.  Evaluación semestral.

**Ámbito Prevención**

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja adherencia de los padres, madres y/o cuidadores a los talleres nadie es perfecto.	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	1.98%	5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto	(N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ N° total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control)*100	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control.	- Psicóloga - Enfermera	Monitoreo trimestral.  Evaluación semestral.
Baja adherencia de los padres, madres y/o cuidadores a educaciones de prevención IRA en menores de un año.	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	1.4%	10% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA	(N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año bajo control)*100	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral.	Kinesiólogo	Monitoreo trimestral.  Evaluación semestral.

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Aumento anual del porcentaje de niños inasistentes a control de salud infantil.	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	27% de niños inasistentes a control de salud infantil.	Disminuir en 10% la inasistencia a control de salud en los distintos grupos etarios	(N° de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	Rescate de población inasistentes a los controles de salud.	TENS	Semestral.
No existe control de salud escolar en establecimientos educacionales a niños y niñas de kínder a cuarto básico.	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	0%	Incorporar controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de cuarto básico .	(N° de niños y niñas con controles de salud individual realizados en establecimiento educacional de cuarto básico (año vigente) (MENOS) N° de niños y niñas con controles de salud individual realizados en establecimiento educacional de cuarto básico (año anterior))*100	Controles de salud individuales realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de cuarto básico.	Enfermera.	Trimestral. Semestral.
Baja cobertura en la aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud de los 8 meses de edad.	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	63%	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor en el control de salud.	(N° de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7 – 11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Enfermera.	Trimestral. Semestral.

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja cobertura en la aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud de los 18 meses de edad.	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano.	75,7%	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Enfermera	Mensual. Semestral
Baja cobertura en la aplicación de pauta breve en el control de salud de los 24 meses de edad.	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano.	25,5%	50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	Enfermera	Trimestral. Semestral.
Baja cobertura en la aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud de los 36 meses de edad.	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano.	41,9%	90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación). en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Enfermera	Trimestral Semestral

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Inexistencia de medición de agudeza visual en el control de salud de niños y niñas de 48 a 59 meses.	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, través de su detección precoz	0%	50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	(N° de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	Enfermera	Trimestral Semestral
Aumento de la obesidad en niños y niñas preescolares.	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	8%	30% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso aplicada	(N° de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de Infancia.	Enfermera	Semestral
Inexistencia de registro en tarjetones de control de salud se visitas a niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	0%	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	(N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Kinesiólogo. Enfermera.	Semestral.

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja adherencia de los padres, madres y/o cuidadores a talleres preventivos de salud en atención primaria.	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en niños y niñas, dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores	0	Aumentar el N° talleres preventivos de problemas de violencia (maltrato) en niños, niñas respecto al año anterior	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	Talleres preventivos en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.). (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes	Psicólogo Trabajadora Social	Trimestral Semestral.

## Ámbito Tratamiento

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Incorporación de nuevo registro en sistema informático (P3) sin socializar a los equipos de salud.	Incorporar los registros de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.	146	Mantener la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	(N° de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) N° de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ N° de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Medico.  Kinesiólogo.	Semestral.
		0	Incrementar en 10% la proporción de asmáticos controlados de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA según niveles de control	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (N° de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /N° de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Medico.  Kinesiólogo.	Semestral.

Problema priorizado	Objetivos	Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Incorporación de nuevo registro en sistema informático (P3) sin socializar a los equipos de salud.	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100%	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	(N° de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Kinesiólogo	Mensual
Bajo número de VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial .	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con riesgo psicosocial.	26	Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	(N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año vigente) (MENOS) N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior)/ N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior))*100	VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	Equipo de cabecera.	Trimestral. Semestral.
Baja cobertura al acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados		29	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior.	(N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))/N° de niños/as (5 a 9 años) en tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (5 a 9 años) con problemas y/o trastornos mentales.	Equipo de Salud Mental	Trimestral. Semestral.

Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
100%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (5 a 9 años) del 22% de prevalencia	(Población bajo control por trastorno mental de 5 a 9 años/ Población inscrita validada de 5 a 9 años x 22% de prevalencia)*100	Atención integral a niños y niñas (5 a 9 años) con trastorno mental bajo control	Equipo de Salud Mental	Trimestral. Semestral.
21	Aumentar el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	(N° de niños/as (5 a 9 años) de egresos por alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente)) (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))/N° de niños/as (5 a 9 años)en tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	Egreso por altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales	Equipo de Salud Mental	Trimestral. Semestral.
1	Aumentar el número de casos de niños y niñas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de niñas/os (año vigente) / N° de niñas/os de ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el (año vigente))(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de niñas/os (año anterior) / N° de niñas/os de ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100	Casos presentados en consultoría de Salud Mental	Equipo de Salud Mental	Trimestral. Semestral.

		Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
		0	Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	(N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año vigente) (MENOS) N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior)/ N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior))*100	VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	Equipo de Salud Mental	Trimestral. Semestral.
Aumento en la pesquisa de niños y niñas con riesgo en el desarrollo psicomotor.	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	89.6%	100% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	(N° de niñas/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 detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Derivación e ingreso a modalidades de estimulación como: sala de estimulación dependiente de salud o comunitaria, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	Enfermera	Trimestral. Semestral.
		69.2%	100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	(N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a sala de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Ingreso a Sala de estimulación dependiente de salud.	Enfermera. Educadora de Párvulos.	Trimestral. Semestral.

		Línea base	Meta junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
		100%	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 o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	Enfermera. Educadora de Párvulos.	Trimestral. Semestral.
		53. %	90% de los niñas y niños detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Enfermera.	Trimestral. Semestral.

## SALUD ADOLESCENTE

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Problemas de salud adolescente asociado a conductas de riesgo de 10 a 19 años.	Contribuir a mejorar la salud de la población adolescente de 10 a 19 años.	34 Control de Salud Adolescente	De acuerdo a lo programado en forma local (Modelo de Salud Familiar)	Número de adolescentes con Control de salud según sexo/ N° total de adolescentes de 10 a 19 años inscritos * 100.	Control de Joven Sano. (Ficha CLAP) Consejería de Estilos de Vida Saludable( Alimentación, Antitabaco, OH, Salud Sexual y Reproductiva)	Matrona	Rem A03 Sección I Rem 19A Registros Locales
Problemas de salud adolescente asociado a conductas de riesgo de 10 a 19 años.	Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 19 años.	2 Talleres	1 Taller	Nº de talleres realizados en establecimientos educacionales / N° total de establecimientos de la comuna *100	<b>Promocionales:</b> - Talleres Educación Sexual y Afectividad en establecimientos educacionales del sector. <b>Preventivas:</b> - Tarde Amigable Atención Adolescente	Matrona	Rem 19 A sección B1.

## PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO

### Promoción

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
No realización de talleres de promoción de la salud mental en adultos	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en adultos	0	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Realización de Taller de promoción de la salud mental a la comunidad	Medico, psicólogo, asistente social, TENS	REM A 27  Monitoreo anual

### Prevención

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Bajo porcentaje de cobertura de Pautas Renales Crónicas	Mejorar la cobertura de tratamiento de nefro prevención en pacientes diagnosticados con ERC	65%	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	Medico	REM P4, Sección A  Monitoreo semestral

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Establecer sistema de notificación entre Hospital y Establecimiento APS de personas egresada con diagnóstico de ACV e IAM	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del Hospital con el Diagnóstico de ACV e IAM	0	El 100% de los adultos de 25 a 64 años dados de alta del Hospital con Diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV. Para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post alta.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta / Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Encargado de SOME	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios Hay línea base  Monitoreo diario
Baja cobertura en evaluación de pie diabético	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	61,7%	100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Enfermera	REM P4  Monitoreo semestral

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja cobertura de personas con DM2	Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes	10,13%	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	(Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))/de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))*100	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	Equipo de salud	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)  Monitoreo semestral
Baja cobertura y adherencia a tto de DM2	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	38,4%	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior))	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Equipo de salud	REM P4 <b>Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :</b> (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con (HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100 Monitoreo semestral

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
		17,5%	Aumentar en 10% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior)			REM P4 <b>Calculo proporción:</b> (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años con HbA1c < 7%, PA < 140/90 mmHg y Col LDL < 70 mg/dl, en el último control)/N° total de personas diabéticas bajo control de 25 a 64 años )*100 Monitoreo semestral
Baja proporción de pacientes Diabéticos con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses.	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	16,8%	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Proporción año vigente-Proporción año anterior/Proporción año anterior	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	Enfermeras	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)* 100.  Monitoreo semestral

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja cobertura y adherencia de usuarios asmáticos en programa ERA	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	0	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Médicos, Kinesiólogos	REM P3, Sección D <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas asmáticas controladas de 25-64 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 25-64 años bajo control)*10 0  Monitoreo semestral
Falta de registro de mujeres víctima de violencia de genero	Mejorar la pesquisa y atención de mujeres víctimas de violencia de género.	30	Aumentar la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(Nº de mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género atendidas (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género atendidas (año anterior) / Nº de mujeres de 25 a 64 de violencia de género atendidas (año anterior))*100	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género.	Asistente Social Psicóloga Medico	REM A05
Bajo egresos por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales.	Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	13,5%	Aumentar al 10% el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	(Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) (Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior) / Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	Egreso por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales	Equipo biopsicosocial	REM A05  Monitoreo semestral

## Rehabilitación

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja cobertura de personas EPOC en programa de rehabilitación Pulmonar.	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	28,87%	Aumentar 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar.	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC	Kinesiólogos	REM P3, Sección C REM P3, Sección A  Monitoreo semestral

## PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

## Prevención

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja cobertura de productos PACAM	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	70,4%	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)/(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, página web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM. "consejo breve sobre beneficios para la salud de los productos entregados en el PACAM"	Nutricionistas	REM D16 REM P5 <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ Nº total de personas de 70 años y más bajo control) x 100  Monitoreo anual
Bajo porcentaje de cobertura de Pautas Renales Crónicas, lo que conlleva a la progresión de la enfermedad renal	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	40%	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 más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	Aplicar la pauta de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular	Medico	REM P4, Sección A  Monitoreo semestral
Baja cobertura de personas con DM2	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	9,16%	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.	Cobertura (año vigente) (MENOS) Cobertura(año anterior)/ Cobertura (año anterior) Calculo de la cobertura: Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl 65 años y más/Nº de personas de 65 años y más con diabetes bajo control	Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	Equipo de salud	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)  Monitoreo semestral

**Tratamiento**

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Registro parcial de los adultos mayores con Alzheimer y otras demencias.	Brindar atención a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	0	Aumentar el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	(Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior)/ Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior))*100	Ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias. Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente derivado del hospital con el diagnóstico de Alzheimer.	Encargado de programa	REM A05  Monitoreo anual
Baja adherencia a tratamiento dm2	Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	43,35%	Incrementar en un 15%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) <b>Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada</b> Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1c<7%,/Nº de diabéticos de 65 años y más	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Equipo de Salud	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) más bajo control en PSCV  Monitoreo semestral
	Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	30,8%	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior) <b>Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada:</b> Nº de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, / Nº diabéticos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada		Equipo de Salud	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)  Monitoreo semestral

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Baja cobertura en evaluación de pie diabético, lo que favorece a las complicaciones e incidencias de amputaciones	Reducir las complicaciones en personas con diabetes	62,69%	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte )*100	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Enfermera	REM P4, Sección C y A  Monitoreo semestral

**PROGRAMA DE SALUD ODONTOLÓGICO**

<b>Problema Priorizado</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Línea Base</b>	<b>Meta a Junio 2016</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Actividades</b>	<b>RRHH</b>	<b>Monitoreo Evaluación</b>
Morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 2 a 5 años, con énfasis en los más vulnerables	Reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares	17%	Alcanzar el 50% de la cobertura anual ( $\geq$ 35% de cobertura de altas odontológicas totales) en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validados. 100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 5 años de edad con registro de CEOd	N° de niñas/os de 2 a 5 años con alta odontológica total / N° total de niñas/os de 2 a 5 años inscritos y validados)* 100 N° de niñas/os de 2 a 5 años con registro de CEOd/ N° total de niños/as de 2 a 5 años con ingreso odontológico*100	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 6 años Evaluación del estado de salud bucal en la población de 2 a 5 años	Profesional odontólogo  TENS. Box dental	Evaluación Trimestral  Monitoreo mensual
Morbilidad bucal en presencia de dentición mixta en niños de 6 años	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años, con énfasis en la prevención y protección del molar de 6 años	31%	Alcanzar el 50% de la cobertura anual (79% de cobertura en altas odontológicas totales) en niñas y niños de 6 años, inscritos y validados  100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOd a los 6 años de edad.	(N° de niñas/os de 6 años con alta odontológica total / N° total de niñas/os de 6 años inscritos y validados) x 100 (N° de niñas/os de 6 años con registro de CEO / N° total de niñas/os de 6 años con ingreso) x 100	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años a través de actividades preventivas, recuperativas, administrativas y derivación a especialidades (Odontopediatría)	Profesional odontólogo  TENS. Box dental	Evaluación Trimestral  Monitoreo mensual

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Morbilidad bucal Caries y gingivitis en presencia de dentición permanente joven en niños de 12 años	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. Con énfasis en la prevención y protección de la dentición permanente joven	34%	-100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología. - Alcanzar el 50% de la cobertura anual (74% de cobertura en altas odontológicas totales) en los adolescentes de 12 años, inscritos validados. -100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad.	(N° de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / N° total de adolescentes de 12 años con alta odontológica) x 100 (N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ N° total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100 (N° de adolescentes de 12 años con registro de COP / N° total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	Atención odontológica integral a niñas y niños de 12 años a través de actividades preventivas, recuperativas, administrativas y derivación a especialidades (endodoncia principalmente)	Profesional odontólogo  TENS. dental Box	Evaluación Trimestral  Monitoreo mensual
Morbilidad bucal; caries y gingivitis de las gestantes y sus hijos	Fortalecer la cobertura y calidad de la atención de la gestante en atención primaria	37%	100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología 68% de altas odontológicas totales en embarazadas que están ingresadas al programa materno a la fecha	(N° de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico)*100  N° de embarazadas con altas odontológicas totales/ N° total de embarazadas que ingresa a programa materno)*100	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.	Profesional odontólogo  TENS. dental Box	Evaluación bajo control anual  Monitoreo mensual
Caries, gingivitis y urgencias odontológicas en pacientes menores de 20 años	Protección y recuperación de la salud bucodental de pacientes menores de 20 años	45%	Alcanzar el 50% de la cobertura anual/ (Cobertura de un 26,94% de la población de pacientes menores de 20 años), sin incluir a niños de 2 a 6 años y 12 años	(N° de altas odontológicas totales en pacientes menores de 20 años/total de menores de 20 años ingresados a tratamiento) x 100	Atención odontológica integral a menores de 20 años a través de actividades preventivas recuperativas y administrativas Derivación a especialidades (principalmente endodoncia)	Profesional odontólogo  TENS. dental Box	Evaluación Trimestral  Monitoreo mensual

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2016	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Presencia de Caries y enfermedad periodontal en pacientes de 60 años	Protección, recuperación y rehabilitación de la salud buco dental del adulto de 60 años	42%	Alcanzar el 50% de la cobertura anual (40 altas totales odontológicas) en adultos de 60 años inscritos validados	(N° de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total / Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100	Atención odontológica integral a los adultos de 60 años a través de actividades preventivas recuperativas y administrativas Derivación a especialidades (endodoncia, prótesis removible y periodoncia)	Profesional odontólogo  TENS. Box dental	Evaluación anual  Monitoreo mensual
Prevalencia de caries en niños beneficiarios del programa JUNAEB	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños beneficiarios del programa JUNAEB	34%AOT 8%Control es 0%Urgencias odontológicas	Alcanzar el 50% de la cobertura anual ( 200 Altas Odontológicas Integrales, 80 controles y 27 urgencias odontológicas) de niños de 4 y 5 años, complementando con el ingreso y atención odontológica integral a niños de 8° básico	(n° de altas odontológicas totales en niños ingresados a la atención odontológica integral beneficiarios del programa JUNAEB/total de niños beneficiarios del programa JUNAEB) x 100	Atención odontológica integral a beneficiarios de JUNAEB a través de actividades preventivas recuperativas y administrativas, con derivación a Odontopediatría.	Profesional odontólogo  TENS. Box dental	Evaluación anual  Monitoreo mensual
Caries enfermedad periodontal y ausencia de piezas dentarias en población beneficiaria de 15 años y más	Mejorar y mantener la salud bucal de los usuarios beneficiarios del Programa de "Mas sonrisas para Chile",	31%	Alcanzar el 50% de la cobertura anual ( 330 Altas Integrales) De usuarios pertenecientes a los siguientes programas JUNJI, (8%) INTEGRAL (4%), SERNAM(20%), PRODEMU(3%) y Gestión local(65%).	(n° de altas odontológicas totales pacientes beneficiarios del programa/total de pacientes ingresadas al programa ) x 100	Atención odontológica integral a los usuarios a través de actividades preventivas, recuperativas, rehabilitación (prótesis removible) y administrativas. Derivación a especialidades (prótesis removible, periodoncia y endodoncia)	Profesional odontólogo  TENS. Box dental	Evaluación anual  Monitoreo mensual
Caries enfermedad periodontal y ausencia de piezas dentarias en población beneficiaria de 15 años y más	Mejorar y mantener la salud bucal de los usuarios beneficiarios del programa de "Resolución de especialidades"	84% Endodoncias  42% Prótesis removible	Alcanzar el 50% de la cobertura anual (Cobertura de 28 usuarios para endodoncia y 50 para prótesis removible) de los pacientes beneficiarios derivados por FONASA y PRAIS	(n° de altas odontológicas totales pacientes beneficiarios del programa/total de pacientes ingresadas al programa ) x 100	Atención odontológica integral a los usuarios a través de actividades de especialidades, Endodoncia y Prótesis	Profesional odontólogo  TENS. Box dental	Evaluación semestral  Monitoreo mensual

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	LINEA BASE	META A JUNIO 2016	INDICADORES	ACTIVIDADES	RECURSOS NUMANOS	MONITOREO EVALUACION
Caries enfermedad periodontal y ausencia de piezas dentarias en población beneficiaria total	Mejorar y mantener la salud bucal de los usuarios beneficiarios a través del programa "Acercamiento de la Atención Odontológica en poblaciones de difícil acceso"	0%	Alcanzar el 25% de la cobertura anual de atención a los pacientes beneficiarios derivados por FONASA y PRAIS que consulten y asistan a Clínica Móvil Odontológica que correspondan a: Menores de 20 años Morbilidad en mayores de 20 años Pacientes del programa "Mas sonrisas para Chile" Resolución de Especialidades	(n° de altas odontológicas totales pacientes beneficiarios del programa/total de pacientes ingresadas a los programas correspondientes inscritos y validados ) x 100	Atención odontológica integral a los usuarios a través de actividades preventivas, recuperativas, rehabilitación y derivación a especialidades	Profesional odontólogo  TENS. Box dental Conductor	Evaluación anual  Monitoreo mensual
Caries enfermedad periodontal y ausencia de piezas dentarias en alumnos de 4° Medio y población Mayor de 20 años que sólo puede asistir en extensión horaria	Mejorar y mantener la salud bucal de los usuarios beneficiarios a través del programa "Mejoramiento del acceso a la atención Odontológica"	10% AOT  12% Actividad ades recuperativas	Alcanzar el 50% de la cobertura anual (60 altas odontológicas totales) alumnos de 4° medio del Liceo ICP de Colbún  Alcanzar el 50% de la cobertura anual (100%) de 1920 actividades recuperativas de pacientes FONASA exceptuando embarazadas y beneficiarios de "Más Sonrisas Para Chile"	(N° de altas odontológicas totales pacientes beneficiarios del programa alumnos del liceo/total de alumnos del liceo ingresadas al programa ) x 100  (n° de actividades recuperativas embarcantes beneficiarios del programa/total de pacientes beneficiarios ingresados al programa ) x 100	Atención odontológica integral a los usuarios a través de actividades preventivas, recuperativas, rehabilitación.-	Profesional odontólogo  TENS. Box dental	Evaluación semestral  Monitoreo mensual

## **SECCION III**

### **“PLAN DE CPACITACION 2016**

**PROGRAMA CAPACITACION 2016**

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	N°	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO Y EJECUCION						
				A	B	C	D	E	F	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA
"Fortalecer la instalación del nuevo modelo de atención junto con los valores y principios que sustentan la reforma sectorial, que concibe la salud como derecho, garantizada respecto al acceso, oportunidad y calidad, equitativa, solidaria y eficiente en el uso de los recursos. El modelo está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades por lo que su énfasis es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la anticipación al daño".	1	"V Jornadas de Autocuidado"	Fortalecer conocimientos y compartir espacios para la salud mental y física de los funcionarios con el consecuente efecto de que la prestación y atención usuaria sea eficiente y eficaz, acorde con el espíritu y lineamiento del Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario.	12	29	35	4	30	20	130	28	2,000,000	500,000	0	2,500,000	Oferente Interno y Externo	Director DSM	Abril a Sept. 2016.
Mejorar la calidad de vida y trato al usuario	2	V Jornadas de Capacitación "Satisfacción Usuaría"	Mejorar la comunicación y trato hacia los usuarios internos y externos	12	29	35	4	30	20	130	21	1,500,000	500,000	0	2,000,000	Oferente Externo	Director DSM	Marzo - Agosto de 2016
Otros impartidos por cualquier entidad pública o privado y que tenga relación con las distintas actividades de salud																		
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>			<b>24</b>	<b>58</b>	<b>70</b>	<b>8</b>	<b>60</b>	<b>40</b>	<b>260</b>	<b>49</b>	<b>3,500,000</b>	<b>1,000,000</b>	<b>0</b>	<b>4,500,000</b>			

**“PLAN ANUAL CAPACITACIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE COLBUN,  
AÑO 2016” (MARCO LEGAL LEY 19.378”)**

**1**

**1. LÍNEA ESTRATÉGICA**

“Fortalecer la instalación del nuevo modelo de atención junto con los valores y principios que sustentan la reforma sectorial, que concibe la salud como derecho, garantizada respecto al acceso, oportunidad y calidad, equitativa, solidaria y eficiente en el uso de los recursos. El modelo está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades por lo que su énfasis es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la anticipación al daño”.

**2. REQUERIMIENTO**

Énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) Promoción de la Salud y prevención de las enfermedades: Estilos de vida y espacios saludables. Autocuidado. Protección de la Salud. Detección precoz de los factores de riesgo.

**3. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

V Jornadas de “Autocuidado”

**4. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA**

Es fundamental que la promoción de estilos de vida saludable sea permanente en el tiempo incorporándose el autocuidado en la cultura organizacional del usuario interno.

**5. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD**

Desconocimiento de temas de autocuidado, estrés laboral, cansancio y agotamiento mental, físico y psicológico de parte de los funcionarios.-

Ineficacia en la prestación de los servicios e insatisfacción usuaria.-

**6. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES**

Categorías A, B, C, D, E y F, de la Ley N° 19.378, pertenecientes a la dotación de salud de la comuna de Colbún.-

**7. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE**

Fortalecer conocimientos y compartir espacios para la salud mental y física de los funcionarios, con el consecuente efecto de que la prestación y atención usuaria sea eficiente y eficaz, acorde con el espíritu y lineamiento del Modelo de Salud Integral, con Enfoque Familiar y Comunitario.-

**8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE**

Fortalecer conocimientos de autocuidado.-

Compartir espacios y prácticas saludables a nivel biopsicosocial-espiritual.-

Incorporar el autocuidado como parte de la cultura tanto individual como organizacional.-

**9. PRINCIPALES CONTENIDOS**

- Alimentación saludable.-
- Salud oral.-
- Ergonometría.-
- Cuidados de la salud a través del ciclo vital
- Actividad física.-
- Trabajo en equipo con actividades al aire libre.-

**10. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS**

28 horas pedagógicas.-

**11. METODOLOGÍA A EMPLEAR**

Presencia trabajos teóricos y prácticos en terreno.-

**12. PARTICIPANTES ESTIMADOS**

130 Funcionarios

<b>PROFESIONALES 19.378</b>	<b>Nº</b>
A	12
B	29
C	35
D	04
E	30
F	20
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>

**13. COSTO ESTIMADO**

	<b>Ley 19.378</b>	<b>Otros</b>
- 001 Cursos contratados a Terceros		
- 002 Pagos a Profesores y Monitores		
- 003 Atención a Participantes		
- 004 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
<b>Sub-Total</b>		
<b>Costo Total Estimado</b>	<b>\$ 2.500.000.-</b>	

**14. SISTEMA DE APROBACIÓN**

Prueba escrita escala de 1 – 7, aprobación mínima 4.0

Nota igual o superior a 6.0, tendrá 78 puntos.

APROBACION	PUNTOS
MINIMA	
MEDIA	
MAXIMA	78

**15. PORCENTAJE DE ASISTENCIA**

100 %

**16. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD**

Mejorar la salud física, emocional y cohesión grupal.-

**17. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC**

Oferente Externo e Interno.-

**18. RESPONSABLE DEL PROYECTO**

**NOMBRE** RUTH MENDEZ DIAZ

**CARGO** DIRECTORA

**TELÉFONO DE CONTACTO** 073-561155

**E-MAIL** rmendez@municipalidadcolbun.cl

**19. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION**

Abril a Septiembre de 2015.

**20. INDICADORES**

Número de funcionarios capacitados/Número de funcionarios programados \*100

**“PLAN ANUAL CAPACITACIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE COLBUN, AÑO 2015” (MARCO LEGAL LEY 19.378”)**

**2**

**1. LÍNEA ESTRATÉGICA**

“Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.

**2. REQUERIMIENTO**

Desarrollo de competencias técnicas y sociales de desempeño para el mejoramiento de la calidad de la atención trato al usuario en áreas técnico asistenciales específicas, tanto en acciones de atención directa como en actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico.

**3. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

V Jornadas de Capacitación “Satisfacción Usuaría”

**4. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA**

La satisfacción usuaria es un área sensible, dinámica, que debe estar permanentemente siendo revisada y actualizada por el equipo de salud.

**5. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD**

Entregar prestaciones de salud acorde a las expectativas de la comunidad.-

**6. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES**

Categorías A, B, C, D, E y F, de la Ley N° 19.378, pertenecientes a los Establecimientos de Salud de la comuna de Colbún.-

**7. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE**

Mejorar la comunicación y trato hacia los usuarios internos y externos.-

**8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE**

Mejorar el manejo de conflictos.-  
Mejorar la percepción del usuario.-  
Mejorar el clima laboral.-

**9. PRINCIPALES CONTENIDOS**

Humanización del trato.-  
Duelos

**10. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS**

21 horas pedagógicas.-

**11. METODOLOGÍA A EMPLEAR**

Presencial.-

**12. PARTICIPANTES ESTIMADOS**

130 Funcionarios en total dividido en grupos

PROFESIONALES 19.378	Nº
A	12
B	29
C	35
D	04

E	30
F	20
<b>TOTAL</b>	130

<b>13. COSTO ESTIMADO</b>		
	<b>Ley 19.378</b>	<b>Otros</b>
- 001 Cursos contratados a Terceros - 002 Pagos a Profesores y Monitores - 003 Atención a Participantes - 004 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
<b>Sub-Total</b>		
<b>Costo Total Estimado</b>	<b>\$ 2.000.000.-</b>	

**14. SISTEMA DE APROBACIÓN**

Prueba escrita escala de 1 – 7, aprobación mínima 4.0

Nota igual o superior a 6.0, tendrá 54 puntos.

APROBACION	PUNTOS
MINIMA	
MEDIA	
MAXIMA	54

**15. PORCENTAJE DE ASISTENCIA**

100 %

**16. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD**

Mejorar el trato al usuario interno y externo.-

**17. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC**

Oferente Externo

**18. RESPONSABLE DEL PROYECTO**

<b>NOMBRE</b>	RUTH MENDEZ DIAZ
<b>CARGO</b>	DIRECTORA
<b>TELÉFONO DE CONTACTO</b>	073-561155
<b>E-MAIL</b>	rmendez@municipalidadcolbun.cl

**19. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION**

Marzo – Agosto de 2015.

**20. INDICADORES**

Número de funcionarios capacitados/Número de funcionarios programados \*100