

I.- INTRODUCCIÓN

La creación de un Plan de Salud Comunal obedece a la necesidad de crear una herramienta de gestión que permita optimizar el uso de los recursos humanos, materiales y económicos en post de lograr dar una mejor cobertura en el ámbito de Salud y permitir desarrollar actividades que generan en el desarrollo social y biológico mecanismos de protección y limitador de instancias de riesgo. El modelo de Salud familiar apunta en esa dirección y es por ende el mecanismo elegido por esta Comuna para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es por ese motivo que el Plan de Salud Comunal lo componen los Objetivos Sanitarios para el año 2012, desafíos técnicos por área, las Estrategias para alcanzar esos desafíos, un Diagnostico Comunal y Diagnósticos Participativos por sectores geográficos, la Dotación para alcanzar estos objetivos y el proyecto de Presupuesto para el mismo año. Este Plan de Salud Comunal recoge los planteamientos y es parte del Plan de Desarrollo Comunal. Plan Estratégico que guía a la Comuna. Este Plan comprende, los principios y valores que sustentan el que hacer municipal, la Imagen Objetivo de la comuna, la misión de cada área estratégica y sus respectivas políticas, llegando a definir los objetivos y líneas estratégicas generando el marco y la directriz del accionar municipal.

La formulación del Plan responde a un proceso ampliamente participativo dentro de la actualización del Plan de Desarrollo Comunal PLADECO, en el que han intervenido distintos actores como la ciudadanía, los funcionarios municipales, autoridades públicas y empresarios entre otros. En el caso de la imagen objetivo comunal, esta se definió partiendo por una propuesta en base a los resultados de la etapa diagnóstica y la consulta funcionaria, el desarrollo de jornadas de trabajo y validaciones internas por área, al igual que la definición de las políticas, objetivos y lineamientos estratégicos. Respecto de las políticas de recursos humanos estas fueron definidas y consensuadas con las asociaciones y el área de recursos humanos del municipio.

VISIÓN COMUNAL

“La ciudad puerto con mayor proyección nacional, San Antonio, quiere en los próximos 10 años, seguir siendo líder en la actividad portuaria, transformándose progresivamente en una ciudad turística con una imagen moderna, que permita un desarrollo sustentable y equilibrado en lo social, económico, territorial e institucional, con énfasis en la atracción de inversiones y un potenciamiento de su zona rural, con el debido resguardo del medioambiente, el fortalecimiento de la actividad cultural, mejorando la calidad de la salud y de la educación en todos sus niveles, con una municipalidad abierta, dispuesta a escuchar, en que cada uno de sus habitantes sienta que es parte del desarrollo, que es considerado como persona, respetado en sus derechos, pero asumiendo sus obligaciones, contribuyendo a vivir en una ciudad limpia, tranquila y segura”.

MISIÓN COMUNAL

“En los próximos 10 años, la comuna de San Antonio facilitará, fomentará y articulará el desarrollo económico local, propiciará el crecimiento armónico del territorio, potenciará una estrategia de progreso social participativa, basada en la promoción de personas, familias, grupos y comunidades, generando capital social. Ofrecerá una educación de calidad basada en el compromiso de todos los actores involucrados, mejorando el nivel sociocultural. Entregará un servicio de excelencia en salud primaria con la mejor atención. Los ciudadanos contarán con una municipalidad acreditada en las prestaciones de servicios con tecnología de punta, brindando una atención de calidad y calidez”.

VISIÓN INSTITUCIONAL

“Queremos ser un municipio moderno, amable, que lidere democráticamente el desarrollo sustentable de la comuna, a través de la participación ciudadana, creando cultura de confianza y asociatividad con los distintos actores, haciendo énfasis en el desarrollo económico local, potenciando el turismo y el emprendimiento, mejorando sustancialmente la salud y la educación. Una organización en que prima la probidad, transparencia y compromiso, con estándares de calidad en la entrega de sus servicios”.

MISIÓN DIRECCIÓN DE SALUD

“Lograr la máxima cobertura en Salud Primaria bajo el enfoque de Salud Familiar, entregando un servicio de excelencia a la Comunidad, disminuyendo los tiempos de espera, mejorando la resolutivez, atendiendo con calidad y calidez, y proporcionando la infraestructura, equipamiento y personal necesarios e idóneos que permitan disminuir los factores de riesgo

a la salud de la población; mejorando su bienestar”

II.- PLAN ESTRATÉGICO COMUNAL

El siguiente apartado constituye el plan estratégico comunal, que intenta a través de áreas estratégicas reflejar lo que queremos alcanzar como comuna considerando lo que somos en la actualidad.

Se busca definir una estrategia que permita contrarrestar o mitigar los aspectos negativos de la comuna y favorecer o potenciar los aspectos positivos. De igual importancia pero considerando la viabilidad y pertinencia se incorporan los sueños, necesidades y demandas de los ciudadanos de San Antonio así como sus prioridades.

El Plan estratégico es la selección más adecuada de objetivos que permita cumplir con la misión de cada área, teniendo en cuenta el marco normativo, las políticas públicas y municipales y las prioridades establecidas en el proceso participativo de la etapa diagnóstica y la información cuantitativa comunal.

El plan estratégico se lleva adelante mediante una serie de planes de acción de más corto plazo (1 año), también descrito como plan anual o plan director que se compone de planes, programas y proyectos que apuntan a lograr el objetivo estratégico. Un plan de acción o plan operativo bien desarrollado vincula el plan estratégico con la operativa de la municipalidad y cada año debe evaluarse el plan anual ejecutado y proponer el plan del año siguiente considerando de igual forma alcanzar el logro de los objetivos del Plan Estratégico.

El Plan Anual presenta metas e indicadores y el Plan estratégico presenta una declaración de prioridad de sus líneas estratégicas consistente en lo siguiente:

DECLARACIÓN DE PRIORIDAD	DEFINICIÓN
ALTA	La postergación perjudicará significativamente el logro del objetivo que la contiene. La falta de implementación dificultará gravemente el desarrollo del área estratégica. Debe presentar asignación presupuestaria y desarrollarse en primer lugar (priorización temporal).
MEDIA	La postergación afectará en forma adversa el logro del objetivo que la contiene. La implementación de la línea estratégica ayudará significativamente el desarrollo del Área estratégica. Deben asignarse recursos sin necesariamente ejecutarse con preferencia temporal.

BAJA

Si hubiera fondos disponibles, el logro del objetivo podría mejorarse. Esta línea estratégica resultaría útil, pero puede postergarse o cancelarse si no hay disponibilidad de recursos.

ÁREA ESTRATÉGICA SALUD					
MISIÓN	POLÍTICAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	DECLARACIÓN DE PRIORIDAD	
				ALTA	BAJA
				MEDIA	
Lograr la máxima cobertura en Salud Primaria bajo el enfoque de Salud Familiar, entregando un servicio de excelencia a la comunidad, disminuyendo los tiempos de espera, atendiendo con calidad y calidez y proporcionando la infraestructura, equipamiento y personal necesarios e idóneos que permitan disminuir los factores de riesgo a la salud de la población mejorando su bienestar.	Política de mejoramiento de la gestión del servicio: El sistema de salud primaria, se desarrollará bajo el enfoque de Salud Familiar, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientando la gestión para alcanzar estándares de calidad en la atención de salud a la comunidad. Política de infraestructura y equipamiento	1. Elaborar y ejecutar planes y programas de salud que optimicen el servicio.	1.1 Desarrollar estrategia de salud comunal con actualización periódica.	x	
			1.2 Desarrollar Plan de mantención de infraestructura.		

		2.2 Formalizar la integración y estructura del área de salud en la municipalidad.		x	
		2.3 Desarrollar líneas de acción que incrementen la cobertura del servicio.	x		
		2.4 Mejorar procesos y procedimientos.	x		
		2.5 Automatizar procesos y procedimientos.		x	
		2.6 Desarrollar sistema de control de gestión	x		
		2.7 Desarrollar Presupuesto por centros de costos.	x		
		2.8 Realizar evaluaciones periódicas de la gestión del servicio y desarrollar plan de mejoramiento.		x	
	3. Contribuir a alcanzar estándares de calidad en la atención de la salud primaria.	3.1 Definir y aplicar estrategia para disminuir tiempos de espera en atención.	x		
		3.2 Capacitar al personal en técnicas y manejo de atención al paciente.		x	

		3.3 Establecer sistema de monitoreo periódico de satisfacción del paciente.			x	
	4. Aumentar infraestructura y equipamiento en salud.	4.1 Ampliar CESFAM .			x	
		4.2 Ampliar CECOSF .			x	
		4.3 Ampliar consultorios.			x	
		4.4 Mejorar estaciones Médico-Rurales.	x			
		4.5 Renovar y aumentar el parque automotriz.				x
		4.6 Aumentar y renovar equipamiento.	x			
	5. Aumentar dotación de personal	5.1 Realizar convenios con Universidades.	x			
		5.2 Aplicar carrera funcionaria vigente y aplicar normativa de horas planta v/s plazo fijo.			x	

		5.3 Mantener la dotación establecida en Plan de Salud Familiar III del MINSAL.	x		
	6. Mejorar el clima laboral	6.1 Desarrollar acciones que promuevan la integración.	x		
		6.2 Propiciar trabajo en equipo y liderazgo.		x	
		6.3 Fortalecer rol y participación de los representantes del personal en el equipo gestor de cada unidad.			x
	7. Mejorar el desempeño del personal	7.1 Establecer sistema de incentivos para el personal.			x
		7.2 Desarrollar acciones que incrementen la competencia laboral	x		
		7.3 Establecer sistema de evaluación de desempeño.		x	

III.- DIAGNÓSTICO COMUNAL

La comuna de San Antonio forma parte de la Provincia del mismo nombre, que se inserta en la V Región de Valparaíso, ubicada en la zona central de Chile. Esta región está enmarcada por la Cordillera de Los Andes y el Océano Pacífico. Se extiende entre los 32° y 34' de latitud sur y desde los 70° de longitud oeste hasta el Océano Pacífico. Las características de la comuna, están dadas principalmente por ser, junto con Santo Domingo, una comuna periférica en el contexto de la V Región. Se encuentra subdividida en 44 Unidades Vecinales, de los cuáles 38 corresponden a localidades urbanas y 6 localidades rurales.

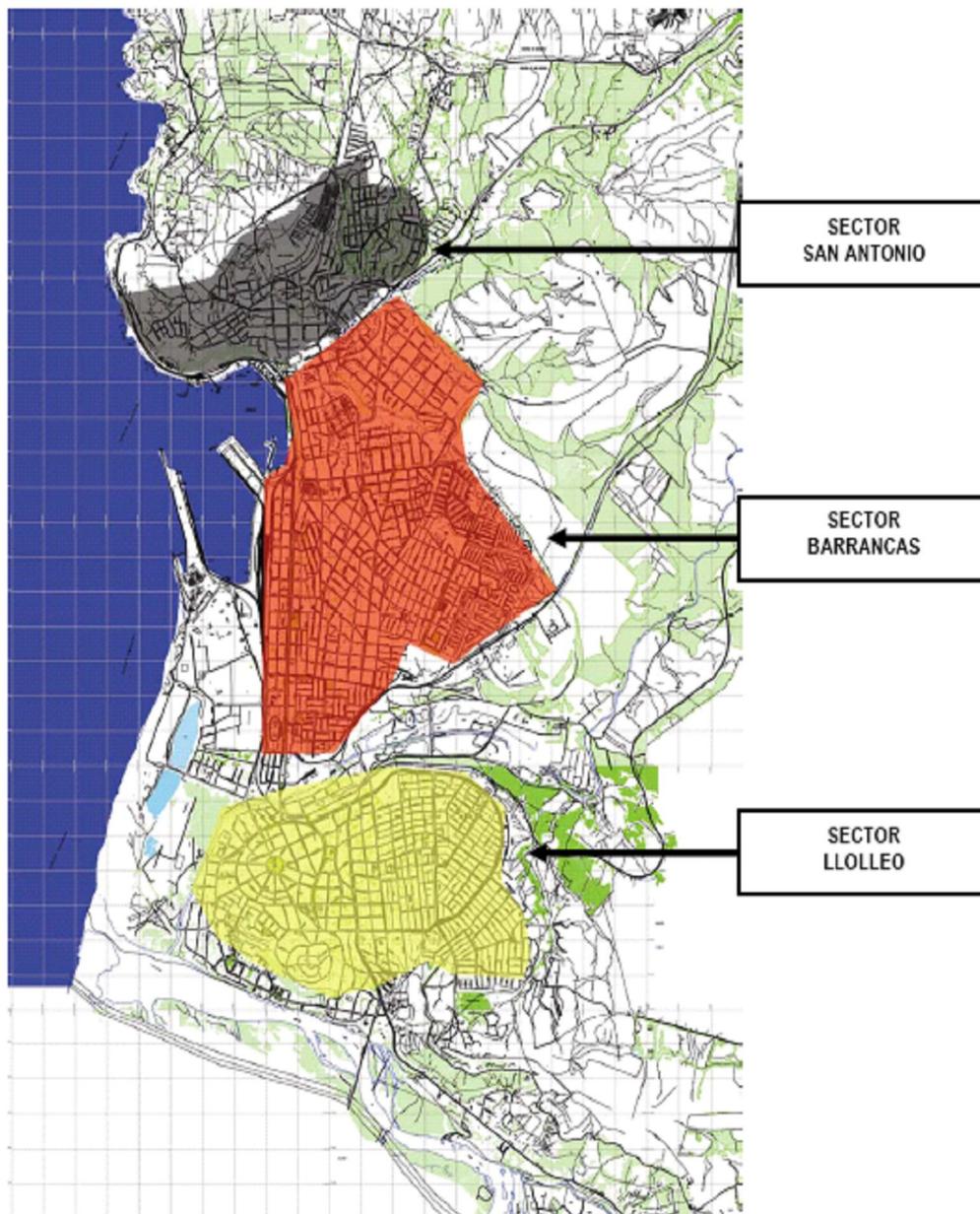
Se encuentra a 108 km. al Oeste de Santiago y se conecta con ella por la ruta 78, a la VI Región se conecta por la Carretera de la Fruta, limita al Norte con la línea de cumbres divisorias de aguas desde la Punta Vera hasta la línea de cumbres que limita por el poniente la hoya del Estero de Puangue, pasando por el Morro Guanaco. Al Este con la línea de cumbres que limita por el poniente con la hoya del Estero de Puangue hasta el trigonométrico cerro Las Juntas pasando por la cota 752, el Paso Sepultura, La Loma, Los Maquis y los Cerros Las Rosas, Bandurrias, El Quillay y la cuesta San Diego; y el paralelo astronómico del trigonométrico cerro Las Juntas. Limita al Sur con el Río Maipo, desde el paralelo astronómico del trigonométrico Cerro Las Juntas hasta el océano. Y, limita al Oeste con el océano, desde la desembocadura del Río Maipo hasta la Punta Vera.

Las características geomorfológicas de la zona presentan diferencias entre la zona litoral y la zona interior, la primera presenta sectores de planicies costeras, cuyo máximo desarrollo se encuentra en el plano del sector denominado Llolleo, inmediatamente al norte de la desembocadura del río Maipo, ayudada además por el retiro del mar y formación de sectores de dunas. Importante para el poblamiento humano son los sectores planos de estas planicies, además de los pequeños valles formados por las desembocaduras de los Esteros El Sauce y Arévalo.

La cordillera de la costa no presenta grandes alturas cercanas al océano, siendo su máxima elevación el cerro Centinela (Cerro La Virgen) con 117 m. de altitud, el resto corresponde a lomajes suaves que activan pequeñas quebradas que corresponden a la microcuenca del estero Arévalo, algo similar ocurre en el sector de Llolleo, donde se activan quebradas que

finalmente terminan en el cauce del estero El Sauce.

Es así, que por sus condiciones geográficas, la ciudad de San Antonio o área urbana, se divide naturalmente en tres sectores, **San Antonio, Barrancas y Lollole**. Los establecimientos se agrupan en estos tres sectores, con el fin de determinar las brechas en salud que tiene la población de cada sector.



Figu. 1

Pobreza

Basado en los resultados de la última encuesta CASEN, aplicada a fines del año 2006 por MIDEPLAN, la población en situación de pobreza de la región se concentra en mayor porcentaje en la Provincia de San Antonio con un 20.3 % del total, lo que equivale a 31.619 personas, seguida por la Provincia de Petorca con un 17 % y por sobre la Capital Regional Valparaíso que presenta solo un 15%, tal como se puede observar en el siguiente cuadro.

**Cuadro 1: Situación de pobreza a nivel de personas, según provincia
Región de Valparaíso**

Casen 2006

Situación de Pobreza a nivel de personas, según Provincia

Región	Provincia	Situación Pobreza			Situación Pobreza		
		Total Pobres	No pobre	Total	Total Pobres	No pobre	Total
Valparaíso	Valparaíso	139.136	785.999	925.135	15,0	85,0	100
	Los Andes	9.404	90.818	100.222	9,4	90,6	100
	Petorca	13.293	64.949	78.242	17,0	83,0	100
	Quillota	37.805	210.959	248.764	15,2	84,8	100
	San Antonio	31.619	123.971	155.590	20,3	79,7	100
	San Felipe	21.436	122.885	144.321	14,9	85,1	100

Fuente Casen 2006

Figura 2: Gráfico distribución porcentual de pobres a nivel de personas, Provincia de San Antonio



Fuente: Encuesta Casen 2006.

Esta realidad se repite a nivel de núcleos familiares dado que la provincia de San Antonio presenta un 17.5% de estos en situación de pobreza, con respecto al número total de núcleos familiares de la provincia como lo demuestra el Cuadro 2.

Población General

Respecto de la comuna, en cuanto a la distribución de la población por tramos de edad entre los 0-14 años para el periodo 1998-2003, existe un aumento de más de un punto porcentual, situación que se revierte en el periodo 2003-2006, donde la población de este tramo se reduce en más de tres puntos porcentuales.

Para el segmento considerado como fuerza de trabajo, tramo de edad que fluctúa entre 15 y 64 años, en el primer periodo comparativo se observa un aumento de dos puntos porcentuales mientras que en el segundo tramo hay un aumento de casi cuatro puntos porcentuales.

En cuanto al tramo de la tercera edad (65 +), durante el periodo 1998-2003 existe un aumento significativo de casi 2 puntos y en el segundo periodo un leve descenso de 0,5 puntos.

En el año 2006 la población entre 0-14 años de edad representa un 23.8%, la población entre 15 y 64 años el 66%, y la población adulto mayor un 10.2%, situación que muestra la figura siguiente.



Figura 3: Gráfico distribución de la población comuna San Antonio por tramo de edad año 2006

Fuente: Casen 2006.

Empleo

La encuesta Casen en términos comparativos para los años 1998, 2003 y 2006, nos permite conocer el comportamiento que han tenido los niveles de empleabilidad de la comuna, en ambos períodos el porcentaje de desocupados ha ido en aumento conforme aumenta la población mientras que el porcentaje de ocupación ha descendido en ambos periodos, para el

primer tramo en un 1.3% y para el segundo un 0.5%.

Durante el año 2006, de acuerdo a los datos de la CASEN 2006, existía un total de 34.698 personas ocupadas y 4.657 personas desocupadas, lo que equivale a un 11.9% de la población económicamente activa.

Escolaridad

Otro antecedente de importancia que nos entrega el análisis comparativo de las encuestas Casen, es el relacionado con el promedio de escolaridad de los habitantes de la comuna, el promedio general de años de escolaridad de la población de la comuna, durante el año 1998 alcanzaba a 9,2 años, incrementándose al año 2003 a 9,7 años y descendiendo el Año 2006 a 9,4 años. Estas cifras dan cuenta que la mayoría de la población cursa la enseñanza básica completa, no así la enseñanza media.

En cuanto a la población masculina se observa la misma tendencia dado que en el año 1998 el promedio era de 9,2 años incrementándose al año 2003 a 10 años y volviendo a descender el año 2006 a 9,7.

En relación a la población femenina, se produce la misma tendencia el año 1998, donde el promedio alcanzaba a 9,3 años siendo este el único de los tres periodos donde las mujeres superan en 0,1 años el promedio de escolaridad de los hombres, el año 2003 el promedio aumenta a 9,4 años, para nuevamente volver a descender el año 2006 a 9,3 años, como se observa en la figura siguiente.

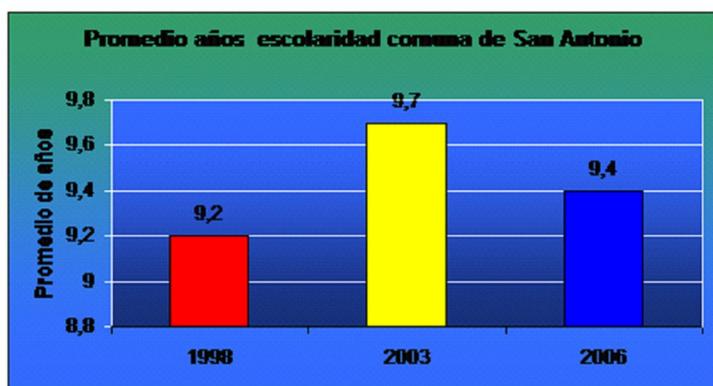
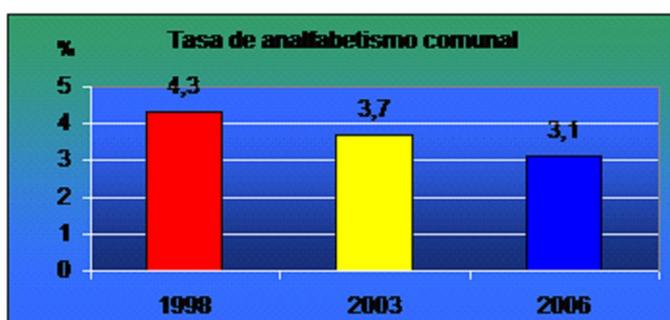


Figura 4: Gráfico promedio años de escolaridad 1998, 2003 y 2006 comuna de San Antonio

Analfabetismo

En torno a la tasa de analfabetismo comunal, ésta ha tenido un descenso importante durante los periodos comparativos de un 4,3 % en el año 1998 a un 3,7 % en el 2003 y un significativo 3,1 % en el 2006 como se observa en la figura siguiente.

Figura 5: Gráfico promedio años de escolaridad 1998, 2003 y 2006 comuna de San Antonio



Es importante señalar que la tasa de analfabetismo comunal siempre ha superado a la tasa regional, sin embargo hacia el año 2006 la diferencia se estrecha a solo un 0.1%, lo que refleja los avances que en esta materia se han desarrollado en la comuna de San Antonio.

Evolución de la población comuna de San Antonio

De acuerdo a los resultados del población del Censo de Población y Vivienda del año 2002 entregados de por el Instituto Nacional de Estadísticas INE, San Antonio tenía una población de 87.205 habitantes, la que se compone de 83.435 habitantes urbanos, equivalentes al 95,7% de la población total y 3.770 habitantes rurales, los que corresponden al 4,3% del total de habitantes.

Esta población comunal representa el 63,8% de la población total de la Provincia de San Antonio, lo que hace que esta Comuna sea la que concentra la mayor cantidad de población a nivel de este territorio, seguida muy de lejos por la comuna de Cartagena con un 12,3%.

POBLACIÓN INSCRITA EN EL SISTEMA DE SALUD MUNICIPAL

AÑO 2006 AÑO 2007 AÑO 2008 AÑO 2009 AÑO 2010 AÑO

2011

45.230 50.230 52.053 74,878 77.316 79.621

Situación de poblaciones inscritas en Red de Salud Municipal al año 2012

En este comparativo se da cuenta de la población per cápita validada por establecimientos de salud de la comuna de San Antonio, incluyendo los Cefsam de Claudio Vicuña o San Antonio y el Cefsam Barrancas, ambos recientemente traspasados el año 2010 desde el SSVSA a la administración municipal.

Cuadro 5: Total establecimientos de salud primaria comuna San Antonio año 2012

CENTRO DE SALUD	FONASA	HOMBRES	MUJERES
POSTAS RURALES SAN ANTONIO	3.439	1.761	1.678
CESFAM NFT	22.483	10.547	11.936
CESFAM 30 MARZO	10.784	5.189	5.595
CESFAM DMB	14.811	7.306	7.505
CESFAM SAN ANTONIO	16.503	7.611	8.892
CESFAM BARRANCAS	11.759	5.480	6.279
TOTAL	79.779	37.894	41.885

Fuente: INE, Fonasa.

INDICADORES DE SALUD:

En el trienio 2004–2006 la esperanza de vida al nacer de la Comuna se estima en 78,08 años, con diferencias de -1,27 años respecto a la esperanza de vida más alta y de 1,9 años en relación a la esperanza de vida más baja del país. La evolución temporal de la esperanza de vida al nacer indica un aumento de 1,22 y 0,28 años al comprarse el período 2004–2006 con los trienios 1998–2000 y 2001–2003 respectivamente, incrementos intermedios, muy similares a los de la Región Metropolitana y bajo el promedio nacional.

Respecto a la mortalidad infantil (MI), la tasa regional ajustada del trienio 2004 – 2006 llega a 8,2 muertes por 1.000 nacidos vivos (NV), ocupando el quinto lugar más bajo del país, con diferencias de 0,2 muertes menos respecto a la tasa nacional y 2,1 muertes por 1.000 NV sobre la tasa más baja del país. A lo largo del tiempo la región siempre ha mantenido tasas de MI inferiores a las nacionales, presentando un descenso de 2,0 muertes al

compararse el trienio 2004 – 2006 con el período 1998 – 2000 (tasa de 10,2), no obstante, en relación al trienio 2001 – 2003 (tasa de 7,8) se registra un aumento de 0,4 muertes por 1.000 NV.

En cuanto a la mortalidad general, en el trienio 2004 – 2006 la Región de Valparaíso tiene una tasa ajustada de 527 muertes por 100.000 habitantes, cifra muy similar a la tasa nacional (528). Al comparar esta tasa con la mejor región, nos indica que quienes residen en la Región de Valparaíso tienen 1,12 veces el riesgo de morir de aquellos que habitan en la región de menor mortalidad (Coquimbo). Al revisar la evolución temporal de la mortalidad general, comparando el trienio 2004 – 2006 con el período 1998 – 2000, se puede observar una disminución en la tasa de un 13%.

6 Situación de salud de la región según determinantes sociales

INDICADORES DE SALUD TRIENIO 2004 – 2006 HOMBRES MUJERES

	Hombres	Mujeres
EV nacer (años)	75,19	81,09
Tasa AVPP (por 1.000)	95,1	55,2
Mortalidad general (por 100.000)	568	487
Mortalidad tumores (por 100.000)	141	124
Mortalidad S. circulatorio (por 100.000)	165	158
Mortalidad traumat. y env. (por 100.000)	62	17
Mortalidad enf. Isquémica corazón (por 100.000)	66	46
Mortalidad Enfermedad Cerebro vascular (por 100.000)	47	55
Mortalidad. acc. tránsito (por 100.000)	19	5

IV.- IDENTIFICACIÓN DE LA RED COMUNAL

Red de Salud

La Red de Salud de la Comuna de San Antonio, esta conformada por el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, que corresponde al único establecimiento hospitalario de la Provincia, definido como de mediana complejidad, ex tipo 2. Dispone 154 camas distribuidas en diferentes servicios. El Cuadro 13 muestra los servicios y especialidades del Hospital Claudio Vicuña.

Cuadro 8 : Servicios y Especialidades Hospital Claudio Vicuña

Servicios Clínicos	Especialidades
Urgencia	Urología
Medicina	Traumatología
Cirugía	Salud Mental Adulto
Gineco-Obstetricia	-----
Pediatría.	-----

Red de Urgencia

La Red de Urgencia de la comuna, está conformada por:

- Unidad de Emergencia del Hospital Claudio Vicuña.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU del Cesfam Néstor Fernández Thomas.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU del Cesfam Diputado Manuel Bustos

Red de Rehabilitación

La Red de Rehabilitación está conformada por:

- Centro de Rehabilitación con Base Comunitaria San Antonio de Padua, dependiente de la Dirección de Salud Municipal de la I. Municipalidad de San Antonio y,
- Centro de Rehabilitación Integral, dependiente de DIDECO del municipio.

Los centros de rehabilitación antes descritos han sido creados para entregar la mejor atención en salud a las personas con discapacidad de la provincia, entendiendo que no es posible abarcar la totalidad de pacientes y patologías existentes.

Flujograma de derivación

Postas	CESFAM	Hospital Mediana Complejidad
San Juan	Treinta de marzo	
Cuncumén	Néstor Fernández con SAPU	
Lo Gallardo	Dip. Manuel Bustos con SAPU	H. Claudio Vicuña
El Asilo	San Antonio	
Leyda	Barrancas	
Aguas Buenas		
Malvilla		

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMARIA

Sector San Antonio

En este sector encuentran ubicado el Cesfam Diputado Manuel Bustos y el Cecosf de Cerro Alegre.

CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta

Antecedentes Generales	Cesfam Diputado Manuel Bustos Huerta
Población inscrita validada:	14.811 al año 2012
Año de construcción:	2004
Sup. Construida:	1.290 mt2 para 10.000 habitantes
Descripción de la Infraestructura:	Es el CESFAM más nuevo de la comuna, tiene una infraestructura proyectada en dos 2 pisos, no cuenta con ascensor y es de administración municipal.
Acreditación:	Fue acreditado como CESFAM según Resolución Exenta N° 0064 del 15.01.09 del SSVSA
Horario de Atención:	El horario de funcionamiento de este Cesfam es de horario normal y con extensión horaria de 17:00 a 24:00 hrs. para urgencias, pero le falta infraestructura para funcionar como SAPU, tiene que derivar al CESFAM NFT los exámenes de ecografía.
Observaciones:	Este CESFAM no cuenta con espacios destinados a la comunidad, ya que no fue creado con el nuevo modelo de atención de salud familiar y comunitaria.
Este CESFAM además administra el CECOSF Cerro Alegre	Inaugurado el año 2007 , Como Centro Comunitario de Salud Familiar tiene limitantes de atención como disposición de fármacos y Programa de Alimentación Complementario. Tiene 3.200 habitantes inscritos

Sector Barrancas

En este sector se ubican 3 centros de salud, el Cesfam Treinta de Marzo y los dos Cesfam que han sido traspasados según Decreto N° 7576 del 31 de Diciembre del 2008 a la administración municipal el Cesfam adosado al Hospital Claudio Vicuña o denominado Cesfam San Antonio y en Barrancas el Cesfam Barrancas.

CESFAM San Antonio

Antecedentes Generales	Cesfam San Antonio
Población inscrita validada:	16.503 habitantes al 2012
Año de construcción:	remodelado el año 2006
Sup. Construida:	722 mt2

Descripción de la Infraestructura:	Edificio de planta en forma de "C", el cual se adapta a la topografía del terreno, por medio de sus 3 niveles. En el sector superior se ubican las áreas de atención médica, en el centro el área de SOME y finalmente en el área inferior se ubica Administración. Funciona de 8:00 hrs. a 17:00 hrs. y con extensión horaria hasta las 20 hrs.
Acreditación:	Resolución Exenta N° 0059 del 15.01.09 del SSVSA
Horario de Atención:	El horario de funcionamiento de este Cesfam es de horario normal.
Observaciones:	Este edificio fue reacondicionado para su actual uso, encontrándose en buen estado de conservación, sin embargo el diseño de su planta no incorpora los aspectos funcionales, programáticos y organizaciones del Nuevo Modelo de Atención Familiar.

C0ESFAM 30 de Marzo

Antecedentes Generales	Cesfam 30 de Marzo
Población inscrita validada:	10.784 al 2012
Año de construcción:	1988
Sup. Construida:	240 mt2 anteriormente y actualmente cuenta con 456 mts2
Descripción de la Infraestructura:	Edificación que fue heredada del programa "Médicos para el mundo" que ocupó esta infraestructura como Policlínico de apoyo a un sector poblacional de características de extrema pobreza. Ha tenido varios procesos de ampliación y mejoramientos (años 2000 y 2007), es de administración municipal, fue acreditado como CESFAM el año 2007.
Acreditación:	El centro de salud Treinta de Marzo fue reconocido como CESFAM el año 2007, cumple en el funcionamiento técnico respecto de lo que se espera de un CESFAM, sin embargo su infraestructura esta lejos de acoger todo lo requerido por el Nuevo Modelo de Salud Familiar, ya que no cuenta con sala multiuso, sala polivalente, sala de estimulación, salas Ira y Era y no tiene servicio de urgencia. Su funcionamiento trabaja con extensión horaria para disminuir la brecha de infraestructura, deriva al CESFAM Néstor Fernández Thomas los exámenes de Ecografía . Resolución exenta N° 0066 del 15.01.09 del SSVSA
Horario de Atención:	El horario de funcionamiento de este Cesfam es de horario normal.

Observaciones:	<p>En general, su infraestructura es inadecuada para cumplir con el programa de salud familiar, lo que ha significado que tanto su planta física como su recurso humano hayan tenido que adaptarse a la demanda creciente de su población, habilitando terceros turnos, construyendo de emergencia box de atención que quitan espacio a la sala de espera y a otras dependencias necesarias en un centro de salud, pese a estos esfuerzos, la planta física continúa presentando un alto hacinamiento tanto a los pacientes como a sus funcionarios, estando lejos de dar cumplimiento a los estándares necesarios para acreditar sanitariamente la edificación. Respecto a las instalaciones eléctricas éstas presentan cortes frecuentes por sobreconsumo.</p> <p>Por otra parte, éste establecimiento se encuentra ubicado en un sector poco accesible, cercano al límite sur-poniente de su área de cobertura o influencia. Para acceder al cesfam existen vías de tránsito vehicular que son pasajes, por lo que no llegue la locomoción colectiva, lo que dificulta la llegada, tanto de usuarios internos como externos.</p>
----------------	---

CESFAM Barrancas

Antecedentes Generales	Cesfam Barrancas
Población inscrita validada:	11.759 habitantes al 2012.
Año de construcción:	1988, remodelado en 1986
Sup. Construida:	350 mtrs.2
Descripción de la Infraestructura:	Dependencia recientemente traspasada a la Administración Municipal, edificación de dos pisos. Edificación de planta rectangular. Su planta se organiza en torno a un centro (áreas de espera), disponiendo hacia los extremos el programa de recintos. La comunicación entre las plantas esta dada por un núcleo central de escaleras
Acreditación:	Resolución exenta Nº 0060 del 15.01.09 del SSVSA
Horario de Atención:	

Observaciones:	<p>En general, el edificio cuenta con buena iluminación y ventilación natural, su edificación se encuentra en regular estado de conservación, los cielos en mal estado con planchas faltantes, sueltas e impregnadas de humedad. Las instalaciones de alcantarillado funcionan deficientemente por falta de mantenciones, se tapan cámaras, lo que provoca salida de mal olor por desagües de lavamanos, sobre todo en vacunatorio. Las instalaciones eléctricas presentan cortes frecuentes por sobreconsumo. El establecimiento cuenta con un mal acceso para minusvalidez, no existen rampas ni ascensores para llegar al 2° piso, sólo rampa de acceso al 1° piso.</p> <p>Dentro de los 5 establecimientos en análisis, este es el que se encuentra en peor estado de conservación y presenta la mayor cantidad de problemas a nivel de infraestructura (diseño y materialidad). Este Centro de Salud, funciona de 8:00 hrs. a 17:00 hrs. y con extensión horaria hasta las 20:00 hrs.</p>
----------------	--

Sector de Lillole

En este sector se encuentran ubicados el Cesfam Néstor Fernandez Thomas y el Cecof de Tejas Verdes.

CESFAM Néstor Fernandez Thomas

ANTECEDENTES GENERALES	CESFAM NESTOR FERNANDEZ THOMAS
Población inscrita validada:	22.483 habitantes al 2012
Año de construcción:	Casa habitación que fue ocupada a partir del año 1986, y en 1991 ampliada pensando para la atención de 15.000 inscritos.
Sup. Construida:	800 mts ²
Acreditación :	Resolución exenta Nº 0065 del 15.01.09 del SSVSA
Descripción de la Infraestructura	El diseño del establecimiento no contempla los conceptos y criterios del Nuevo Modelo de Atención Familiar, por ejemplo, no cuenta con la zonificación ni sistema de circulaciones requeridas, sistema eléctrico inadecuado y ni tampoco con los recintos necesarios para atender a una población en aumento.
Horario de Atención:	

<p>Observaciones:</p>	<p>Este edificio es una Readecuación – Ampliación de un edificio existente, ya que no fue construido como centro de salud; se encuentra fuertemente condicionado por su topografía, dando lugar a un edificio que se desarrolla en dos niveles, con pasillos angostos y rampas que exceden la norma. Por otra parte, con los profesionales requeridos para la atención de la importante demanda diaria, se ha producido un importante hacinamiento, tanto para los funcionarios, como para los beneficiarios. Cabe mencionar, además que los arreglos efectuados no tienen la duración esperada.</p> <p>Este centro, trabaja al límite de su capacidad para enfrentar las necesidades sanitarias de su población, por este motivo se instaló un centro comunitario de salud familiar, el CECOF de Tejas Verdes, que depende de este CESFAM, además en el año 2007 fue necesario habilitar una casa habitación como adecuación al modelo de atención familiar y descongestionar un poco la atención en el CESFAM denominándolo como Anexo-Baquedano, a este anexo se envió a dos sectores de la población de los cuatro existentes. Desgraciadamente por malas condiciones de atención e insatisfacción usuaria, por su infraestructura, se replanteo a fines del año 2008 devolver la población al CESFAM, esto implica llevar hasta el recinto del Anexo- Baquedano algunos servicios, tales como Sala IRA-ERA, Promoción, algunos servicios de administración y la instalación de la Unidad de Atención Primaria de Oftalmología UAPO.</p> <p>Es importante mencionar que frente a toda la adversidad que provoca la inadecuada y escasa infraestructura, el Centro sigue gozando del prestigio de siempre en términos de calidad y a la alta competencia de profesionales y funcionarios en general.</p> <p>Este CESFAM, también es de Administración Municipal, realiza algunas actividades para toda la población de Atención Primaria de Salud, como por ejemplo Ecografías, además posee atención de urgencia de atención primaria (SAPU). Desde Abril del año 2008 se le asigna la administración del Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOFS) de Tejas Verdes, ampliando su área de influencia significativamente.</p>
-----------------------	--

Antecedentes Generales	Posta Lo Gallardo
Población que atiende:	1017 habitantes
Año de construcción:	2000
Superficie Construida:	217.89 m2
Dirección:	Av. San Juan 2698. Lo Gallardo
Distancia al CESFAM Néstor Fernández Thomas (más cercano)	2,6 kms.
Descripción de la Infraestructura:	<p>Establecimiento de material sólido que cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 box atención médico • 1 box atención maternal • 1 box atención dental • 1 box atención enfermera • 1 box de procedimientos • 1 sala esterilización • 1 sala espera • 2 baños para usuarios (damas y varones) • 1 baño personal
Acreditación como Posta:	No tiene por parte del SSVSA
Horario de Atención:	Su horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 17:00 hrs. Los días viernes de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 16:00 hrs.

La población per cápita es atendida semanalmente los miércoles, por una ronda médica que cuenta con: Médico, Odontólogo, Enfermera, Matrona, Trabajadora Social, un Nutricionista que asiste 2 veces al mes y una Psicóloga que atiende 1 vez al mes.

POSTA SALUD RURAL SAN JUAN:

Antecedentes Generales	Posta San Juan – El Tranque
Población que atiende:	510 habitantes
Año de construcción:	1993
Superficie Construida:	146.20 m2
Dirección:	Camino Vecinal, Av. San Juan S/N
Distancia al CESFAM Néstor Fernández Thomas (más cercano)	11 kms.

Descripción de la Infraestructura:	<p>Establecimiento de material sólido, de albañilería, cuenta con.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 box atención médico • 1 box atención maternal • 1 box atención enfermera • 1 box de procedimientos • 1 sala espera • 1 baño para usuarios (damas y varones) • 1 baño personal
Acreditación como Posta:	No tiene por parte del SSVSA
Horario de Atención:	Su horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 17:00 hrs. Los días viernes de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 16:00 hrs.

La población per cápita es atendida semanalmente los días lunes, por una ronda médica que cuenta con: Médico, Odontólogo, Enfermera, Matrona, Trabajadora Social, un Nutricionista que asiste 2 veces al mes y una Psicóloga que atiende 1 vez al mes.

La atención dental se brinda con Carro Dental Móvil debido a la ausencia de box dental en dependencias de esta Posta.

POSTA SALUD RURAL LEYDA:

Antecedentes Generales	Posta Leyda
Población que atiende:	620 habitantes
Año de construcción:	1993
Superficie Construida:	135.30 m2
Dirección:	Leyda S/N
Distancia al CESFAM Néstor Fernández Thomas (más cercano)	19 kms.

Descripción de la Infraestructura:	<p>Establecimiento de material sólido, de albañilería, cuenta con.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 box atención médico • 1 box atención maternal • 1 box atención enfermera • 1 box nutricionista • 1 box de procedimientos • 1 sala espera • 1 baño para usuarios (damas y varones) • 1 baño personal
Acreditación como Posta:	No tiene por parte del SSVSA
Horario de Atención:	Su horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 17:00 hrs. Los días viernes de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 16:00 hrs.

La población per cápita es atendida semanalmente los días viernes, por una ronda médica que cuenta con: Médico, Odontólogo, Enfermera, Matrona, Trabajadora Social, un Nutricionista que asiste 2 veces al mes y una Psicóloga que atiende 1 vez al mes. La atención dental se brinda con Carro Dental Móvil debido a la ausencia de box dental en dependencias de esta Posta.

Antecedentes Generales	Posta Cuncumén
Población que atiende:	700 habitantes
Año de construcción:	1989
Superficie Construida:	97.68 m ²
Dirección:	Av. La Cancha S/N. Cuncumén

Distancia al CESFAM Néstor Fernández Thomas (más cercano)	34 kms.
Descripción de la Infraestructura:	Establecimiento de material sólido que cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • 1 box atención médico • 1 box atención maternal • 1 box atención dental • 1 box atención enfermera • 1 box de procedimientos • 1 sala esterilización • 1 sala espera • 2 baños para usuarios (damas y varones) • 1 baño personal
Acreditación como Posta:	No tiene por parte del SSVSA
Horario de Atención:	Su horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 17:00 hrs. Los días viernes de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 16:00 hrs.

La población per cápita es atendida semanalmente los días jueves, por una ronda médica que cuenta con: Médico, Odontólogo, Enfermera, Matrona, Trabajadora Social, un Nutricionista que asiste 2 veces al mes y una Psicóloga que atiende 1 vez al mes.

POSTA SALUD RURAL EL ASILO:

Antecedentes Generales	Posta El Asilo
Población que atiende:	400 habitantes
	27
Año de construcción:	2000
Superficie Construida:	136.51 m2
Dirección:	Sector La Iglesia, S/N. El Asilo

Distancia al CESFAM Néstor Fernández Thomas (más cercano)	42 kms.
Descripción de la Infraestructura:	Establecimiento de material sólido que cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • 1 box atención médico • 1 box atención maternal • 1 box atención dental • 1 box atención enfermera • 1 box de procedimientos • 1 sala esterilización • 1 sala espera • 2 baños para usuarios (damas y varones) • 1 baño personal
Acreditación como Posta:	No tiene por parte del SSVSA
Horario de Atención:	Su horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 17:00 hrs. Los días viernes de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 16:00 hrs.

La población per cápita es atendida quincenalmente los días martes, por una ronda médica que cuenta con: Médico, Odontólogo, Enfermera, Matrona, Trabajadora Social y un Nutricionista que asiste 1 vez al mes. En el caso de que algún usuario requiera atención con Psicóloga se coordina hora para ser atendido en PSR Cuncumén.

ESTACIÓN MÉDICO-RURAL DE MALVILLA:

Antecedentes Generales	Estación Médico-rural Malvilla
Población que atiende:	Incluidos en per cápita de Leyda
Dirección:	Teniente Luis Cruz Martínez S/N. Malvilla. (Antiguas dependencias de Escuela Malvilla)
Distancia al CESFAM Néstor Fernández Thomas (más cercano)	128 kms.

Descripción de la Infraestructura:	Establecimiento de material sólido que cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • 1 box atención médico • 1 box atención maternal • 1 box atención enfermera • 1 box de procedimientos • 1 sala espera • 2 baños para usuarios (damas y varones) • 1 baño personal
Acreditación como Posta:	No tiene por parte del SSVSA
Horario de Atención:	Su horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 17:00 hrs. Los días viernes de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 16:00 hrs.

La población per cápita es atendida quincenalmente la mañana del día martes, por una ronda médica que cuenta con: Médico, Odontólogo, Enfermera, Matrona, Trabajadora Social y un Nutricionista que asiste 1 vez al mes. En el caso de que algún usuario requiera atención con Psicóloga se coordina hora para ser atendido en PSR Leyda ya que es la unidad técnica que incluye la población de Malvilla y Aguas Buenas.

La atención dental se brinda con Carro Dental Móvil debido a la ausencia de box dental en dependencias de este Centro.

ESTACIÓN MÉDICO-RURAL DE AGUAS BUENAS:

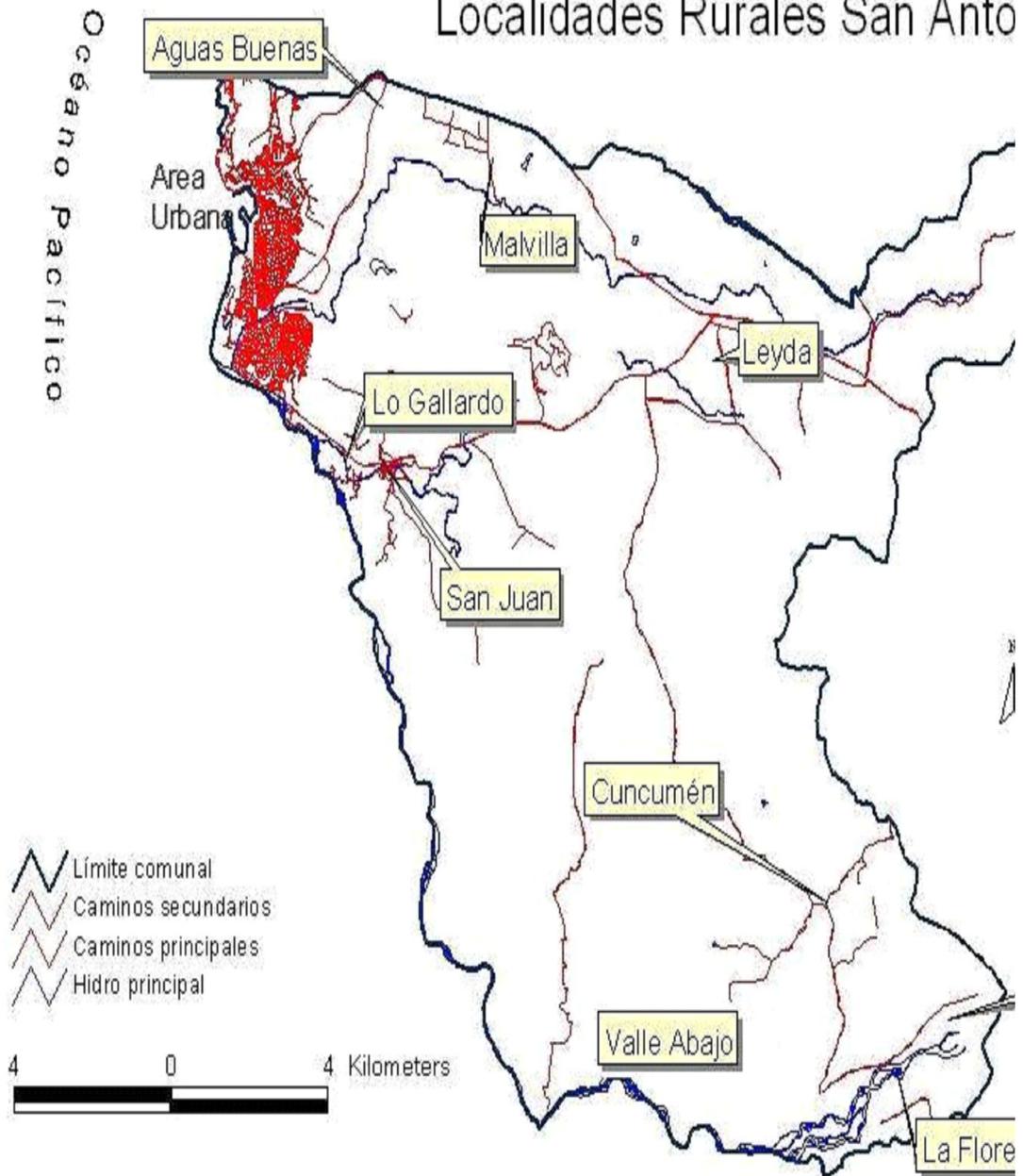
Antecedentes Generales	Estación Médico-rural Aguas Buenas
Población que atiende:	Incluidos en per cápita de Leyda
Dirección:	Pasaje El Progreso S/N. Aguas Buenas
Distancia al CESFAM Néstor Fernández Thomas (más cercano)	10.2 kms.

Descripción de la Infraestructura:	Establecimiento de material sólido que cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • 1 box atención médico • 1 box atención maternal • 1 box atención enfermera • 1 box de procedimientos • 1 sala espera • 1 baño para usuarios (damas y varones) • 1 baño personal
Acreditación como Posta:	No tiene por parte del SSVSA
Horario de Atención:	Su horario de atención es de lunes a jueves de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 17:00 hrs. Los días viernes de 08:00 a 13:00 hrs. y luego de 14:00 a 16:00 hrs.

La población per cápita es atendida quincenalmente la tarde del día martes, por una ronda médica que cuenta con: Médico, Odontólogo, Enfermera, Matrona, Trabajadora Social y un Nutricionista que asiste 1 vez al mes. En el caso de que algún usuario requiera atención con Psicóloga se coordina hora para ser atendido en PSR Leyda ya que es la unidad técnica que incluye la población de Malvilla y Aguas Buenas.

La atención dental se brinda con Carro Dental Móvil debido a la ausencia de box dental en dependencias de este Centro.

Localidades Rurales San Anto



CENTRO DE REHABILITACIÓN “SAN ANTONIO DE PADUA”

Ubicado en Calle Treinta de Marzo 1561 a un costado del CESFAM Treinta de Marzo, financiado por la Embajada del Japón e inaugurado el año 1997

- Beneficiarios:

Personas en situación de discapacidad permanente o transitoria, o en riesgo de adquirir dicha condición, con énfasis en la población de 20 años y más. Nuestra población objetivo la conforman:

- Personas en situación de situación de discapacidad permanente o transitoria moderada o severa
- Personas con diagnóstico de artrosis mayores de 55 años.
- Personas con sintomatologías musculoesqueleticas en que predomina el dolor.
 - Artrosis en mayores de 55 años,
 - Artritis Reumatoide
 - Accidente Vascular Encefálico (Secuela moderada y severa)
 - Hernia de Núcleo Pulposo Lumbar.
 - Artrosis en mayores de 55 años,
 - Artritis Reumatoide
 - Accidente Vascular Encefálico (Secuela moderada y severa)
 - Hernia de Núcleo Pulposo
- Adultos mayores evaluados en riesgo en el EFAM
- Persona egresada del nivel secundario con secuela de accidente vascular encefálico (GES).
- Personas que ejerzan como cuidadores de personas en situación de discapacidad severa
- Pacientes programa PAME(Patología Articular Musculo Esquelética)
- La población a cubrir

400 personas al año.

- Servicios Médicos:
 - Rehabilitación área Terapia Ocupacional Individual y Grupal.
 - Confección y adaptación de órtesis.
 - Rehabilitación Kinésica Individual y Grupal
 - Atención social.
 - Atención psicológica Individual y Grupal.
 - Fisioterapia
 - Consejerías
 - Educación
- Talleres o programas

Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad
Programa de Atención Musculoesquelética (PAME)
Programa de Prevención Adulto Mayor
PLAN DE REHABILITACION COMUNAL

La alta prevalencia de personas en situación de discapacidad permanente o transitoria, o en riesgo de adquirir dicha condición, genera la necesidad de desarrollar una red de rehabilitación en salud que abarque todos los niveles de complejidad de intervención que se requieren, teniendo como eje, acercar a los usuarios las prestaciones de rehabilitación con calidad, oportunidad, eficacia y equidad.

La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad, la cual se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades y de los servicios de salud, educativos y sociales correspondientes.

Este nuevo desafío para los equipos de salud, requiere de un enfoque biosicosocial y competencias en el campo de la epidemiología social, trabajo en equipo, con las familias, con grupos, comunitarios, intersectoriales y en red; que establezcan vías para lograr finalmente la inclusión social.

Las características fundamentales de este enfoque son:

- Se ubica en la APS lo mas cerca de la población.
- Es multisectorial.
- Estimula la descentralización.
- Trabaja en red, en la búsqueda de la equidad mediante al acceso a igualdad de oportunidades e integración social en el marco de proteger los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad.
- Finalmente es parte importante de un sistema de protección social para este grupo de la población chilena.

A nivel local, nuestra comuna, a través de la creación de la Oficina de la Discapacidad (entidad encargada de la gestión de ayudas técnicas, nexos con las organizaciones de personas con discapacidad, postulación y gestión de proyectos funcionales (accesibilidad, vivienda y educación) enmarcados en la ley 20.422, además de procesos de rehabilitación de usuarios con discapacidad permanente o transitoria) y del Centro Comunitario de Rehabilitación San Antonio de Padua (unidad de APS encargada de la atención de todos los usuarios del sistema en condición de discapacidad transitoria o permanente), han implementado dicho modelo, siendo hoy los responsables de cubrir las múltiples necesidades de este grupo que por su condición, se mantienen en situación de vulnerabilidad que hace necesaria esta intervención con enfoque biosicosocial logrando finalmente su integración e inclusión, donde ellos son coprotagonistas de su propia rehabilitación en un sistema aun poco inclusivo.

Sin embargo, el incremento de la demanda, producto de los cambios epidemiológicos, el efecto de la competitividad laboral, (con aumento del estrés), que nos convierte en una población mas envejecida y de mayor riesgo, asociado a la problemática de espacio físico utilizado para estas actividades, que se genera con el aumento de esta demanda; han exigido fortalecer dicha red para enfrentar los desafíos futuros de este cambio, que implica la intervención intersectorial de una mayor cantidad de protagonistas en el ámbito de la salud, educación y trabajo.

Para ello, el servicio de salud conscientes de esta situación, genera un aumento de recursos para el año 2012 que obliga a estas unidades de la red, a proponer una fusión de ambas, para fortalecer las actividades que en cada una de las estrategias se desarrollan, ampliando su cobertura; para lo cual se reforzará la dotación de los profesionales que actualmente constituyen el equipo de salud interdisciplinario, generando además la contratación de nuevos integrantes de dicho equipo.

A continuación se describen los objetivos generales y específicos de esta propuesta.

MISIÓN:

“Entregar las prestaciones de rehabilitación, y las orientaciones técnicas generales relacionadas a los usuarios solicitantes con un enfoque biosicosocial, que permita una adecuada inserción en todos los ámbitos del desarrollo, de manera oportuna y eficaz”

OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Conocer la realidad local en el Área de la discapacidad, a través de un diagnóstico participativo.
- Aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades de rehabilitación comunal.
- Posicionar el modelo biosicosocial como estrategia de intervención en rehabilitación comunitaria.
- Generar las estrategias de rehabilitación necesarias para permitir un enfoque integral en el abordaje a la discapacidad, en todas sus áreas de desarrollo e implicancias.
- Favorecer el desarrollo de instancias que permitan acercar el concepto de inclusión social, laboral y educacional, a las personas en situación de discapacidad.
- Promover estrategias de abordaje a la discapacidad, reconociendo a este grupo de la población como sujeto de derecho y haciéndolo partícipe de la toma de decisiones.

Objetivos Específicos:

- Reconocer, a partir de un diagnóstico participativo la discapacidad como un problema social local que debe ser abordado desde distintas perspectivas e instancias profesionales, institucionales y organizacionales.
- Mejorar la condición de infraestructura e implementación para un mejor abordaje del usuario en situación de discapacidad.
- Generar instancias de comunicación y participación intersectorial para contribuir, desde la experticia individual a un abordaje integral.
- Fortalecer el trabajo en red en base a objetivos específicos y definidos orientados a favorecer al usuario en situación de discapacidad.
- Fortalecer las estrategias de salud y rehabilitación existentes en base a la unificación de criterios y formatos de atención a nivel comunal.
- Abordar, a través del modelo biosicosocial, la responsabilidad del usuario en el aprendizaje, aplicación de técnicas de manejo y modificaciones socioambientales, que permitan disminuir las consecuencias de su condición de discapacidad.
- Definir estrategias que favorezcan el desarrollo de mecanismos de independencia funcional en las personas en situación de discapacidad.

ESTRATEGIAS

- Asumir la rehabilitación integral de personas en situación de discapacidad con un enfoque biosicosocial, donde se busca dejar al margen las desventajas de este grupo vulnerable, a través del mejoramiento de sus capacidades funcionales y habilidades sociales, entregándoles las herramientas necesarias para que logren desenvolverse adecuadamente en su vida cotidiana, en su entorno familiar y su comunidad.
- Apoyar a las familias de personas en situación de discapacidad mejorando las relaciones interpersonales e intrapersonales con el fin de promover la aceptación del integrante con discapacidad.
- Favorecer la rehabilitación de personas en situación de discapacidad moderada o severa junto a sus cuidadores, a través de talleres teóricos – prácticos, los cuales permiten promover la participación, el trabajo en equipo y el mejoramiento del ingreso económico familiar.
- Brindar procesos educativos y de estimulación a personas de 0 a 20 años de edad en situación de discapacidad leve, moderada o severa junto a sus familias.
- Gestionar actividades de carácter social para la inclusión de personas en situación de discapacidad.
- Integrar a los usuarios al trabajo intersectorial y de redes.
- Reducir, a través de las estrategias del modelo biosicosocial, los síndromes dolorosos de origen osteomuscular de resolución en APS.
- Educación y prevención de discapacidad.

PROGRAMA CCR (COMUNAL)

Programa de Gestión
*Encargada: Erika Zúñiga.
Olivares.*

Rehabilitación
Encargada: Klga. Lucia

Jefa Técnica: A.S Claudia Baeza.
Técnica: T.O Paola Céspedes.

Jefa

Inserción Laboral.

RBC

SALA RIO

Vivienda.

Educación.

Adulto.

Tendinitis

hombro.

Trabajo Redes Consejos Comunales.

Infantil.

Lumbago

Ayudas Técnicas.

PRICAM

H.N.P
Escoliosis
Túnel

Carpiano.

Sd.

Quervain

Epicondilitis.

Epitrocleitis.

Disfunción Sacroiliaca.

Gonalgia.

Artrosis:

Rodilla y Cadera.

Esguince

tobillo.

Espolón

Calcáneo.

V.- DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Introducción

Para desarrollar el presente documento consideramos pertinente el realizar una breve introducción teórica respecto de las luces que nos permitieron desarrollar el trabajo desde y con la comunidad, y el marco en el cual nos manejamos para comprender el concepto de problema.

Es por ello que debemos hacer mención en primer lugar, al concepto que nos enmarca, y que dice relación con que *“Los problemas de la gente no se arreglan solos”*, es por ello que se torna necesario pensar cuales son, que causas los provocan, cómo se resuelven y que podemos hacer para enfrentarlos. Por lo tanto, el autodiagnóstico es una actividad de la comunidad, que se organiza para conocer a fondo los principales problemas que les toca vivir, para descubrir sus posibles soluciones, le permite saber con qué recursos cuentan, que otros les faltan, dónde y como obtenerlos.

Para obtener un diagnóstico acabado, se requiere de la **participación de las propias personas del sector**. Así la comunidad participa y sus problemas son tomados en cuenta y se buscan las soluciones en conjunto.

El autodiagnóstico nos sirve :

- Para conocer mejor nuestra realidad, los problemas y sus causas.
- Escoger los problemas prioritarios o principales.
- Motivar a la comunidad a buscar soluciones posibles.
- Levantar propuestas de acción que tomen en cuenta el aporte que hará la comunidad, autoridades y otros organismos.

Es importante mencionar que para elaborar el presente documento, y con la intencionalidad de lograr una mejor comprensión de la realidad social a intervenir, metodológicamente el Equipo de Salud del CESFAM Diputado Manuel Bustos, opto por dividir el sector en dos grandes ejes, es decir:

Las unidades vecinales 1-2-3-8 fueron convocadas a una reunión de desarrollo autodiagnóstico, independiente de la unidad vecinal 4, dado que se comprende que geográficamente y también en cuanto a necesidades son distintas, ya que comprendemos la situación de vivienda e ingresos son distintas.

AUTODIAGNOSTICO UNIDADES VECINALES 1-2-3-8

El siguiente autodiagnóstico se desarrollo durante el mes de marzo del presente año, y para se concretización fueron convocadas las organizaciones del sector.

PROBLEMAS	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Delincuencia	Bajo resguardo policial, consumo de drogas, alcoholismo y escasez de recursos económicos	Temor e incertidumbre en la comunidad
Existencia de microbasurales	Los propios vecinos y la falta de educación respecto de la importancia	Concentración de población de roedores, con el peligro que conlleva para la salud de la comunidad, especialmente para los/as niños/as y la población de adultos mayores
Escuela 1 que se torna en un espacio peligroso	Falta de financiamiento para reestructurarla o derrumbarla	Temor de la población y mal aprovechamiento de espacio físico
Existencia de viviendas abandonadas,	Propietarios de viviendas inubicables	Estas viviendas se tornan en un foco de ratones, delincuentes y microbasurales, con el riesgo patente para la comunidad
Falta de pavimentación, lo que dado la ubicación geográfica del sector	Accidentes topográficos del sector. Falta de financiamiento.	En invierno provoca inaccesibilidad de los vecinos respecto de sus viviendas y gran cantidad de barro, el que en ocasiones entra en las viviendas. Junto a lo anterior, encontramos el riesgo de caídas y derrumbes.
Contaminación Faro Panul	Entrada de barcos a la comuna que cargan componentes químicos. Ubicación geográfica del sector que facilita	Problemas respiratorios y visuales en la población infantil y adultos mayores, junto con el mal olor que impregna a las viviendas y el vestuario de los vecinos

Falta de señalizaciones en calle Infanta Isabel y Agustín Kroff. Lomos de toro	Insuficiencia de señalización en calles transitadas por locomoción colectiva	Locomoción colectiva y vehículos particulares pasan velozmente por las calles mencionadas, lo que conlleva un peligro permanente de accidentes de tránsito para la comunidad en general
--	--	---

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS EXPUESTOS Y PLANTEAMIENTO DE POSIBLES SOLUCIONES Y RECURSOS EXISTENTES :

PROBLEMAS O NECESIDADES	SOLUCIONES POSIBLES	RECURSOS
Roedores	Estrategia Municipal-comunitaria de desratización	Municipal (coordinación con departamento de medio ambiente)– Vecinos.
Microbasurales	Estrategia municipal-comunitaria de limpieza junto con trabajo socio-educativo	Municipal (coordinación con departamento de aseo)– Vecinos.
Falta de pavimentación	Postulación a proyectos de pavimentación participativa.	Municipal – MINVU, comunidad.
Necesidad de muros de contención	Postulación a proyectos FONDEVESAN, FNPR y trabajo organizado de vecinos	Municipal – comunitario. Postulación a programas sociales Presidente de la Republica.
Falta de vigilancia policial	Plan cuadrante de carabineros de Chile. Postulación a proyectos de seguridad ciudadana. Mesa comunal de seguridad ciudadana	Municipal – Carabineros de Chile, comunidad organizada
Falta de iluminación en calle Mauricio Serrano y escala pública ubicada en pasaje Ohiggins	Postulación proyectos de seguridad Ciudadana.	Municipal- aportes vecinos.
Falta de señalizaciones en calle Infanta Isabel y Agustín Kroff y lomos de toro	Coordinación con departamento de tránsito	Municipal y compromiso de vecinos respecto del cuidado de estas.

Analizando lo anterior, puede decirse que el trabajo estaría enfocado a orientar a la comunidad y gestionar las coordinaciones necesarias con los departamentos correspondientes para la solución de las problemáticas antes enunciadas junto con apoyar a la comunidad en cuanto a la organización, para la solución de las problemáticas que así lo requieran, por ejemplo

comités de pavimentación.

Junto a ello se realizará un trabajo de fortalecimiento de las organizaciones sociales existentes, en conjunto con la labor socioeducativa propia de nuestro quehacer profesional. También se intentará la reactivación y formación de las organizaciones que así lo requieran.

UNIDAD VECINAL 4

Esta se encuentra ubicada en las siguientes delimitaciones:

Norte : Limite Urbano
Sur : Quebrada los Perales y Camilo Henríquez.
Oriente : Población vista Hermosa.
Poniente : Marcos Hinojosa.

Compuesta por las siguientes poblaciones: O” Higgins, El Mirador, Cerro la Virgen, Stuvens y Solari.

ANÁLISIS Y CAUSAS DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS:

PROBLEMAS	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Faltan muchas veredas y calles pavimentadas.	Muchos terrenos sin regularizar. Poblaciones provenientes de tomas irregulares.	Se agravan los problemas de acceso en invierno, afecta el orden y hermoseamiento del sector.
Falta iluminación en las calles :	Falta de financiamiento para dar solución al problema.	Problemas delictuales. Inseguridad en el tránsito de los vecinos por ese lugar.
Problemas de drogadicción en los adolescentes.	Venta de drogas en algunas viviendas, consumo en algunos lugares. Falta de control policial. Falta de educación de los padres en la educación e información respecto al tema.	Crecimiento del problema del consumo y venta. Problemas de delincuencia asociados al consumo. Desintegración familiar.
Falta de luz eléctrica y alcantarillado en terreno entregado en comodato, en Cancha.	Falta de financiamiento.	No se puede utilizar adecuadamente la cancha recreativa.

Necesidad de reparación de viviendas.	Falta de condiciones económicas de diversas familias que se encuentran con este problema. Desplazamiento exigido de las viviendas del sector El Mirador, para ordenarse de acuerdo al plano de loteo.	Aumento de familias con este problema. Deficiente habitabilidad de las viviendas. En muchos casos problemas de hacinamiento. Problemas de salud. Evidente situación de pobreza.
Falta mejorar los accesos a los sectores principalmente de El Mirador.	Falta de financiamiento para mejorar esas condiciones. Accidentes tipográficos del sector.	Es necesario mejorar o hacer escalas para poder acceder en algunos sectores. Por lo que los vecinos y otras personas ajenas al sector al sector se ven impedidas de acceder con facilidad o con la frecuencia que en algunos casos se necesita.
Problemas de delincuencia	Drogadicción, alcoholismo, problemas económicos, cesantía. Control policial.	Temor en la comunidad. Aumento del problema. Justicia realiza por los propios vecinos.
Problemas de VIF.	Alcoholismo, drogadicción, problemas de salud mental. Problemas económicos y de stress familiar.	Mayor N de familias desintegradas. Mayor N de menores con problemas conductuales.
Problemas económicos de las familias.	Falta de oportunidades laborales. Pobreza crónica de algunas familias. Baja escolaridad y de capacidades emprendedoras.	Agudización de la pobreza si no existen mayores fuentes de ingresos. Mayores problemas sociales sino se supera el problema económico.

PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS EXPUESTOS Y PLANTEAMIENTO DE POSIBLES SOLUCIONES Y RECURSOS EXISTENTES:

PROBLEMAS O NECESIDADES	SOLUCIONES POSIBLES	RECURSOS
Faltan pavimentos en calles y pasajes	Postulación a proyectos de pavimentación participativa.	Financiamiento – MINVU- Municipalidad – Vecinos.
Problemas de delincuencia	Plan cuadrante de carabineros de Chile. Postulación a proyectos de seguridad ciudadana. Mesa comunal de seguridad ciudadana.	Municipal – carabineros de Chile – Vecinos.

Problemas de VIF – drogadicción y alcoholismo	Talleres de prevención sobre la temática. Coordinación con oficina municipal correspondiente. Información de parte de los líderes comunitarios sobre casos.	Municipal – comunidad.
Necesidad de muros de contención	Postulación a proyectos FONDEVESAN	Municipal –aportes de vecinos. Postulación a programas sociales Presidente de la Republica.
Reparación de viviendas	Postulación a proyectos de reparación al Fondo Social Presidente de la Republica. Programa Asistencial de Dideco.	Municipal – Aportes de vecinos.
Falta iluminación en Puente Colgante	Postulación proyectos de seguridad Ciudadana.	Municipal- aportes vecinos.
Faltan muchas veredas	Postulación proyectos SERVIU	Municipal – SERVIU - Aportes Vecinos.
Problemas económicos de las familias	Aporte de parte del programa de asistencialidad de DIDECO. Promoción de proyectos de comedores infantiles. Apoyo entre vecinos para trabajos lucrativos.	Municipal- Aporte Vecinos.
Falta mejorar los accesos a los sectores	Presentar Programa a gestión Física del Municipio	Municipal – Aportes de Vecinos.

Es necesario mencionar, además, que según la información recopilada en el CAS 2, se observa en la actualidad lo siguiente :

- Existe una población registrada de 1.701 personas. De las cuales un total de 84 personas (4,9%) son adultos mayores; un total de 696 (40,9%) son adultos, jóvenes (15-24 años) son 342 (20,1%) y niños (0-14 años) son 579 (34,0%).-
- Que existe 405 personas jefas de hogar, de ambos sexos, en donde un 12,8 % no tiene actividad, un 53,1 % es trabajador por cuenta propia; 16,5 es trabajador dependiente urbano; un 02 asalariado agrícola; 1,0 empleado del sector público o particular y un 16,3 % es jubilado pensionado o montepiado.
- Con respecto a los ingresos la categoría que recibe menos ingresos corresponde a la de jubilado, montepiados. Y la que recibe el mayor ingreso de las categorías es asalariado agrícola. Sin embargo la categoría

que tiene un mayor porcentaje de jefes de hogar es (trabajador por cuenta propia) recibiendo un ingreso promedio, menor que el mínimo.

Entre las actividades programadas por el CESFAM Barrancas para el año 2012, se encuentra la realización del Diagnóstico Participativo de Salud entendiendo como el proceso mediante el cual las personas del equipo de salud en conjunto con la comunidad recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la comunidad, cuáles son sus prioridades, sus fortalezas y debilidades para enfrentar sus problemas de salud, los recursos existentes y el problema que se quiere o se debe modificar.

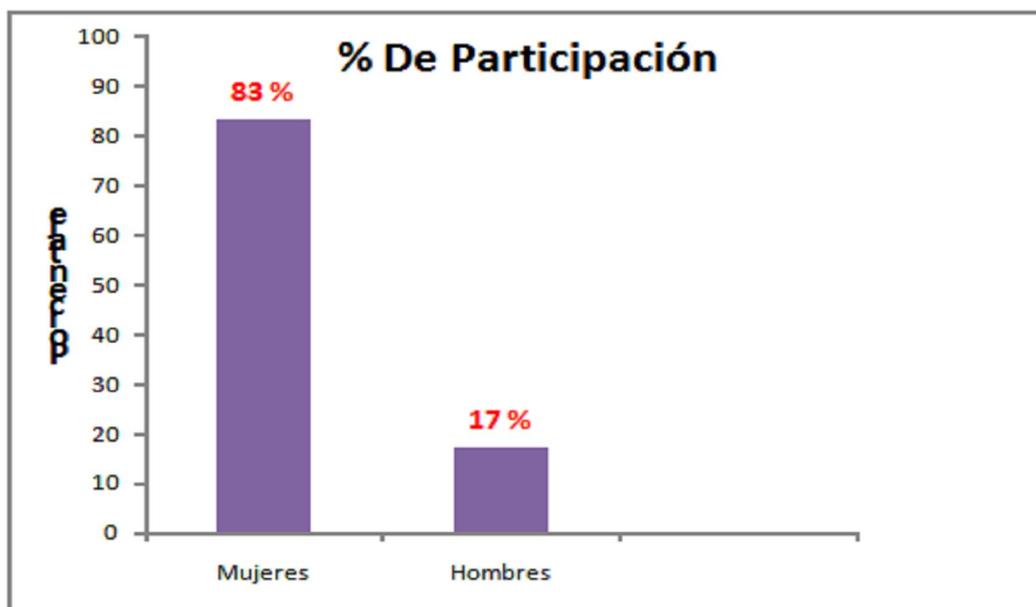
El Diagnóstico Participativo de Salud consta de dos etapas:

1º Etapa:

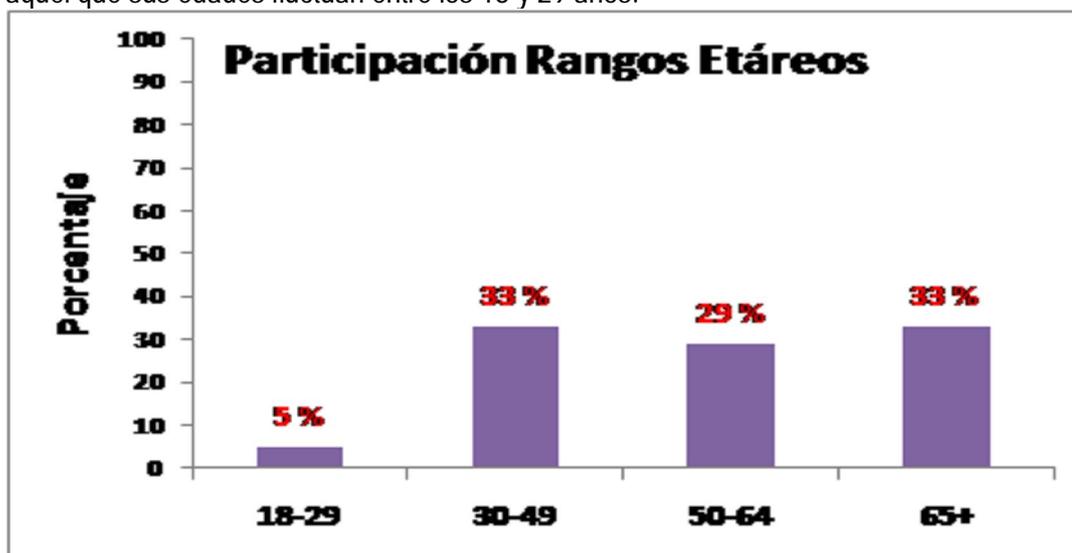
Realizada el mes de noviembre del 2011 en Centro Comunitario de Villa Las Dunas con la asistencia de representantes del equipo de Salud del CESFAM Barrancas, encabezados por la Directora del Centro y los representantes de las siguientes organizaciones comunitarias:

- Asociación de Dializados y Transplantados San Antonio
- Coordinadora de Mujeres 8 de Marzo
- Círculo Hogar Villa María
- Junta de Vecinos Villa Las Dunas
- Instituto Ercilla
- Consejo Local de Salud Barrancas
- Centro Cultural Los Andes
- Club Adulto Mayor Volver a la vida
- Unión Comunal de Adulto Mayor
- Club Adulto Mayor Copito de Nieve
- Club Adulto Mayor Amor y Esperanza
- Club Adulto Mayor Armonía
- Liceo Santa Teresita
- Grupo Escolar
- Club Deportivo Villa Las Dunas
- Colegio Nueva Providencia
- Jardín Infantil Pececitos de Colores
- Centro Cultural Social y Recreativo "Murga y Comparsa Villa las Dunas"

En esta línea, considerando el universo total de asistentes y desde una mirada de género el grupo que se observa con mayor representatividad corresponde al género femenino el cual se representa en un 83.3% del total del grupo, mientras que el grupo masculino se ve reflejado en un 16.6%, lo que evidencia que dentro de la participación social son las mujeres las que muestran un rol más protagónico. A partir de ahora en adelante se no se considerará la separación entre géneros, pero sí en los rangos etéreos para los siguientes resultados del diagnóstico.



Es así que en cuanto a los grupos etáreos se observa que el grupo que muestra mayor participación se sitúa entre el rango de edad de 30-49 años el cual se representa en un 33.3%, al mismo nivel se sitúa el grupo pertenecientes a los Adultos Mayores que se encuentran entre los 65 años y más, lo que de igual modo al tramo anterior se ve reflejado en un 33.3%. Respecto al grupo que se sitúa según rango etáreo entre los 50-64 años se representa con un 29.1% y finalmente el grupo que se observa con menor participación es aquel que sus edades fluctúan entre los 18 y 29 años.



En esta línea y como parte de la metodología utilizada la cual se enfoca a un nivel consultivo y participativo existe la aplicación de una encuesta con preguntas cerradas la cual permite recoger información respecto a tres temas relevantes, es así que esta se grafica como a continuación se indica:

En su Organización se abordan temas referentes a SALUD

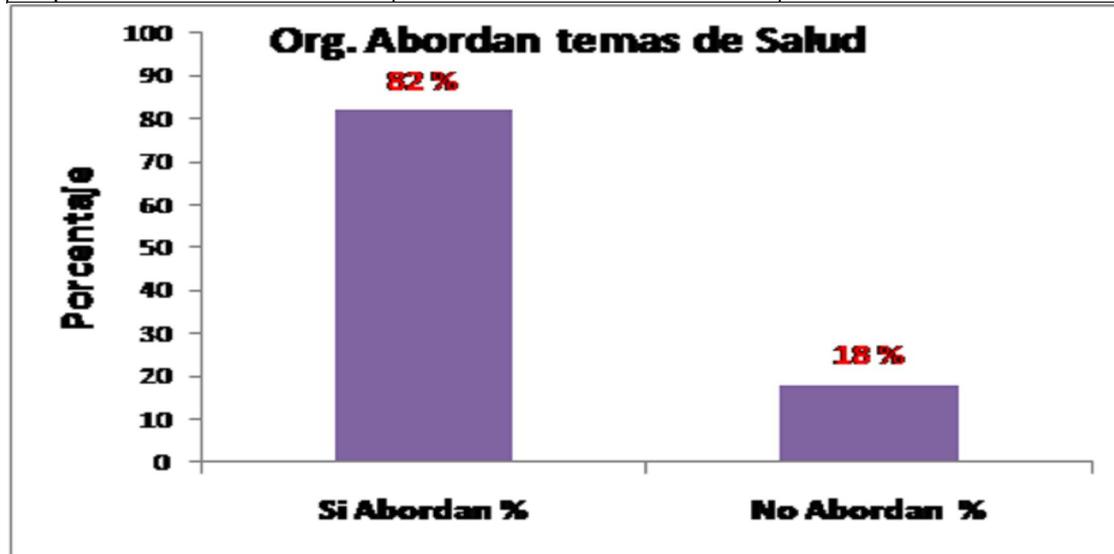
Considerando el universo total del grupo asistente al Diagnóstico Participativo en Salud se puede deducir que frente a esta temática 17.6% de las organizaciones participantes NO ABORDA TEMAS REFRENTES AL ÁREA DE SALUD en sus organizaciones	Se observa que dentro de las organizaciones participantes 82.3% de ellas SÍ ABORDA ALGUNA TEMATICA REFRENTE A LA SALUD .
---	--

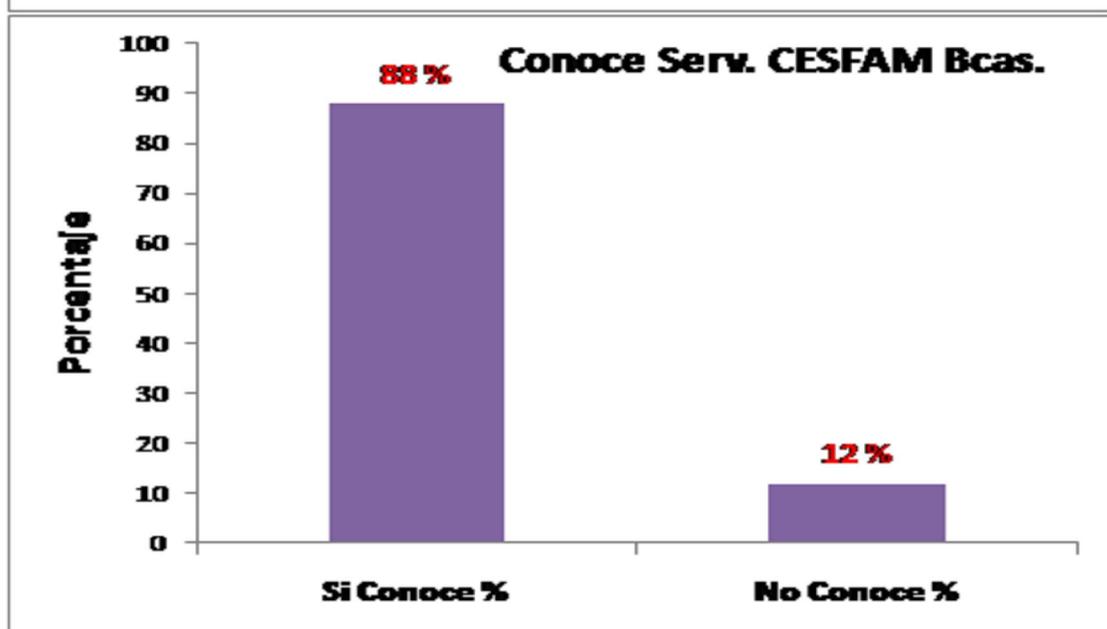
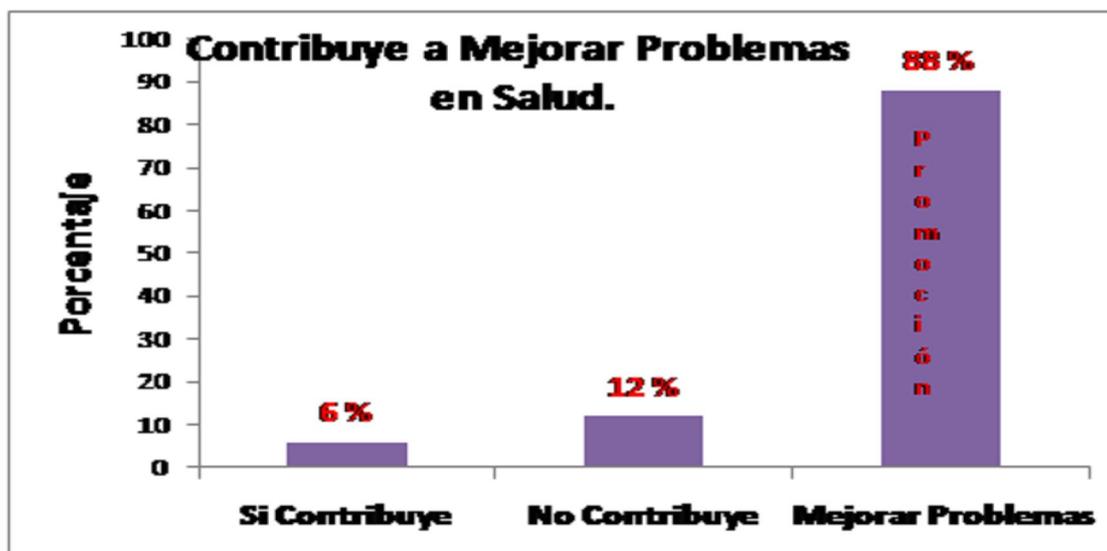
Conoce los servicios de Salud que ofrece el CESFAM BARRANCAS

Esta pregunta se ve reflejada que un 11.7% de las organizaciones participantes NO CONOCE los servicios que ofrece el CESFAM	Mientras que el 88.2% Sí se encuentra informado en cuanto a estos servicios
---	---

Cómo su organización puede contribuir a mejorar los problemas de Salud

El más bajo porcentaje se refleja en un 5.8% de las Organizaciones menciona que puede contribuir a mejorar los problemas de Salud por medio de Actividades Recreativas y Esparcimiento	Se observa que un 11.7% de las organizaciones participantes en el Diagnóstico NO CONTRIBUYE dentro de sus líneas de acción a mejorar los problemas de Salud	Finalmente el 82.3% de los participantes manifiesta que pueden contribuir a mejorar los problemas de Salud mediante Actividades de Promoción de la Salud.
---	---	--





A lo anterior se suma que como parte de la metodología aplicada se dividen grupos de trabajo según categoría clasificada y naturaleza de cada organización. Es así que de una manera expositiva y diálogo grupal se presentan los problemas percibidos por los representantes de las organizaciones como a continuación se indica:

- **Club de Adulto Mayor:**
 - Soledad
 - Falta de información con respecto a los cuidados, atenciones y beneficios en general
 - Maltrato del Adulto Mayor por familiares e instituciones (Violencia)

- **Deporte y Cultura:**
 - Que las enfermedades terminales sean tratadas con la dignidad que merece el ser humano
 - Fracturas y contusiones (Deporte)
 - Falta de información con respecto a los temas de salud
 - Agresividad en los colegios
 - Embarazo Precoz
 - Embarazos no deseados

- **Círculo de Amigos Hogar de menores:**
 - Embarazo Precoz
 - Problemas de Salud Mental
 - Problemas Oftalmológicos
 - Problemas respiratorios

- **Educación:**
 - Problemas Oftalmológicos
 - Falta Cobertura Dental
 - Problemas Digestivos
 - Problemas Respiratorios
 - Obesidad
 - Pediculosis e higiene personal
 - Problemas de Salud mental
 - Embarazo Adolescente
 - Problemas posturales
 - Alcoholismo y Drogadicción

- Violencia Escolar y Familiar

- **Junta de Vecinos:**
 - Enfermedades del Adulto Mayor
 - Hipertensión Arterial
 - Diabetes
 - Influenza
 - Problemas Respiratorios
 - Problemas Oftalmológicos
 - Atención de Salud de los Adultos Jóvenes

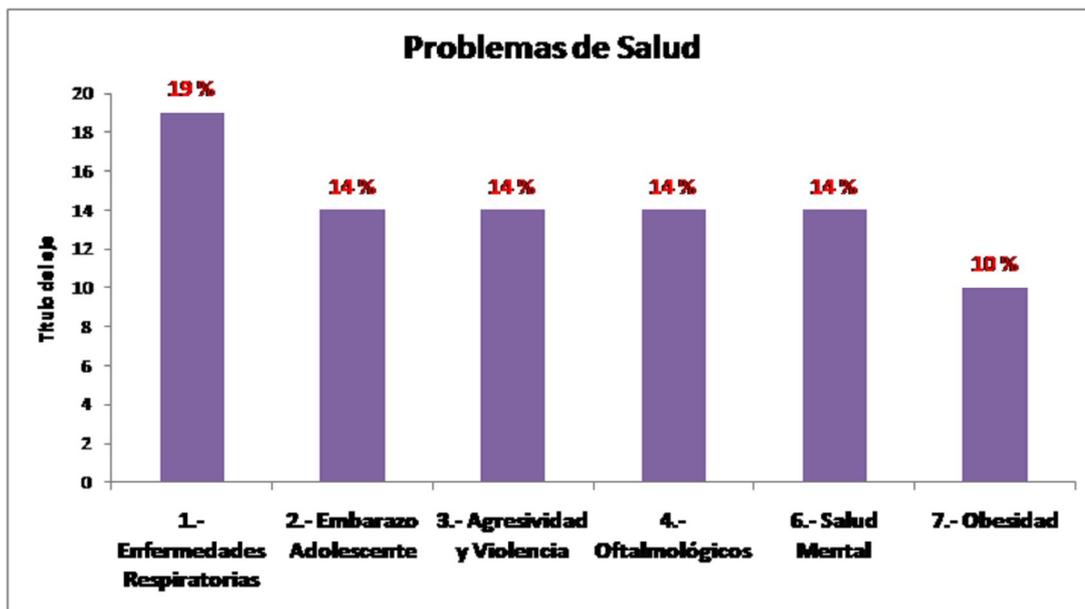
- **Consejo de Desarrollo Local:**
 - Obesidad Infantil y Adulta
 - Falta de información de las funciones del CESFAM

- **Salud:**
 - Problemas Respiratorios en todas las etapas de la vida
 - Problemas Digestivos en Etapa Infantil y Adulto Mayor
 - Problemas de Salud Mental en Adolescentes y Adultos
 - Problemas Osteo-articulares en Adultos y Adulto Mayor

En cuanto a los Problemas de Salud más mencionados y los que se

observan como más recurrentes se pueden mencionar los que a continuación se indica:

PROBLEMA DE SALUD	PORCENTAJE DE PREFERENCIA
1.- Enfermedades Respiratorias	19%
2.- Embarazo Adolescente	14.2%
3.- Agresividad y Violencia	14.2%
4.- Oftalmológicos	14.2%
6.- Salud Mental	14.2%
7.- Obesidad	9.5%



IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	PROPÓSITO	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA A UTILIZAR	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES
Enfermedades Respiratorias	<p>Entregar información referente a la prevención de enfermedades respiratorias alta y bajas a los padres de los menores de 5 años.</p> <p>Entregar información referente a la prevención de enfermedades respiratorias alta y bajas a los Adultos Mayores</p>	<p>Familias informadas en cuanto a prevención de enfermedades respiratorias y con herramientas para enfrentar estas situaciones invernales</p>	<p>Nº de Establecimientos de educación pre escolar informados en cuanto a Prevención de Enfermedades Respiratorias</p> <p>Nº de Club de Adultos Mayores informados en cuanto a Prevención de Enfermedades</p>	<p>Taller Informándome prevengo las enfermedades en Invierno Charlas Educativas a Jardines Infantiles que comprende el territorio del CESFAM BARRANCAS</p> <p>Taller Juntos e informados prevenimos enfermedades de invierno Charlas educativas a Clubes de Adultos Mayores que se encuentran dentro del territorio comprendido por el CESFAM BARRANCAS</p>	<p>Reuniones Expositivas Nivel consultivo Entrega de material informativo (dípticos)</p>	<p>Profesionales de CESFAM BARRANCAS tales como Enfermeras y Kinesiólogos Equipo Data Notebook Lápices Café, Té Galletas</p>

Embarazo Precoz	Entregar información referente a la prevención en Embarazo Adolescente, a alumnos de Centros Educativos, pertenecientes a la jurisdicción del CESFAM Barrancas	Alumnos informados sobre prevención de embarazo en adolescentes	Nº de establecimientos Educativos informados en cuanto a Prevención de Embarazo Adolescente	Taller Informádom e Prevengo un embarazo no deseado	Reuniones de tipo Expositivas y participativas Entrega de material informativo (dípticos)	Profesion I Matrona del CESFAM BARRAN CAS Equipo Data Notebook Material de escritorio Jugo, Galletas
Problemas Oftalmológico en niños	Capacitar a Docentes y Paradoctes de Centros educativos pertenecientes a la jurisdicción del CESFAM Barrancas en pesquisar problemas visuales	Docentes y Paradoctes capacitados en pesquisar problemas visuales	Nº de establecimientos educativos capacitados	Taller Fortalezcamo s la Salud Visual Infantil y juntos mejoremos el desarrollo de nuestros niños	Reuniones Expositivas y practicas Entrega de material informativo (dípticos)	Tecnolog Medico CESFAM BARRAN CAS Equipo Data Notebook Material de Escritorio Jugo Galletas
Agresividad y Violencia	Fomentar la asociatividad entre los alumnos de educación básica pertenecientes a los establecimientos educativos que se encuentran dentro del territorio comprendido por el CESFAM BARRANCA S	Nº de establecimientos escolares con bajo nivel de situaciones de Agresividad y Violencia	Nº alumnos capacitados, informados y con herramientas para transitar por la etapa estudiantil de un modo más armónico con el entorno escolar que los rodea.	Taller Asociatividad entre los pares Taller Resolución Pacífica de Conflictos entre estudiantes de Educación Básica	Reuniones Expositivas y practicas Entrega de material informativo (dípticos)	Tecnolog Medico CESFAM BARRAN CAS Equipo Data Notebook Material de Escritorio Jugo Galletas

Obesidad	Entregar información a los padres acerca de la alimentación que deben recibir los menores de seis años en cuanto a porciones, uso de las pirámides alimentarias, alimentos restringidos y colaciones	Familias informadas en cuanto a a alimentación n que deben recibir los menores de seis años	Nº de establecimientos informados en cuanto a la alimentación saludable de los menores de seis años	Taller Alimentándome sano crezco mejor Charlas educativas a los establecimientos educativos que comprende el territorio del CESFAM BARRANCAS	Reuniones Expositivas y practicas Entrega de material informativo (dípticos)	Nutricionista CESFAM BARRANCAS Equipo Data Notebook Material de Escritorio Jugo Galletas
-----------------	--	---	---	---	--	--

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO CESFAM SAN ANTONIO 2011-2012

En el contexto del trabajo a realizar como Centro de Salud Familiar (CESFAM), es necesario realizar un Diagnostico Participativo en Salud. Para lo anterior, se convocó a diversas organizaciones comunitarias el miércoles 15 de septiembre a una mesa de trabajo para que, en conjunto con el equipo de salud, detectar los principales problemas que aquejan a la comunidad y así establecer prioridades y actividades en torno a estas necesidades.

La actividad se realizó en el hall del CESFAM San Antonio, en donde asistieron 24 personas, 4 de ellas miembros del equipo de Salud y el resto de la comunidad. Se realizó exposición (Diagnostico de Salud) por parte del Director, posteriormente se conformaron 3 grupos para que cada uno de ellos determinaran los problemas de salud que los aquejan principalmente y también enumeraran necesidades del Cefam que ellos visualizan. Finalmente cada grupo expone y se sacan conclusiones de las actividades a realizar.

PARTICIPANTES:

- _ Asociación TRIOMAR
- _ Iglesia Adventista
- _ Consejo Desarrollo Salud Hospital Claudio Vicuña

- _ Cruz Roja de San Antonio
- _ Consejo Desarrollo Salud Cesfam San Antonio
- _ Centro de Madres Las Vertientes
- _ Voluntariado OIRS Cesfam San Antonio
- _ Club de Pesca y Caza "Los Gavilanes"
- _ Comité Habitacional Patrimonio Familiar "Pura Fé"
- _ Club Adulto Mayor "Pan de Azúcar"
- _ Organización Down San Antonio
- _ Grupo de Apoyo Integral Familiar
- _ Junta de Vecinos N° 12
- _ Equipo de Salud Cesfam San Antonio

1.- Antecedentes generales del Cesfam San Antonio

- Dependencia Administrativa
- Misión - Visión

2.- Población:

- A) Límites de sectorización (mapa) y características de la población,
 - _ Distribución por sexo y grupos etareos.
- B) Descripción socio demográfica:
 - _ vías de acceso y movilización
- C) Topografía y Urbanización:
 - _ Pavimentación
 - _ Abastecimiento de Agua
 - _ Eliminación de Excretas
 - _ Disposición de basuras
 - _ Servicios Básicos
 - _ Vivienda.
 - _ Grupos Étnicos
 - _ Religión
 - _ Discapacidad
 - _ Alfabetismo
 - _ Nivel Educativo

3.- Descripción Sanitaria y Comunitaria

- _ Perfil de Consultas y Morbilidad 2009-2010
- _ Indicadores 2010 (IIAPS y Metas Sanitarias)
- _ Organizaciones Comunitarias
- _ Áreas de Riesgo
- _ Inter sector
- _ Satisfacción Usuaría (Solicitudes OIRS 2008, 2009 y 2010)

4.- Descripción Organizacional:

- _ Programas y equipamiento.
- Prestaciones.
- Dotación de personal.
- Organigrama

III.- PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS POR LA COMUNIDAD:

- _ SALUD MENTAL: problemas de conducta en niños y jóvenes.
 - _ SALUD ORAL: demanda de problemas odontológicos en adultos no satisfecha.
 - _ SALUD FAMILIAR: requerimiento de Visitas Domiciliarias Integrales a la Familia.
 - _ ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: aumento de consultas respiratorias en el adulto.
 - _ SALUD MEDIO AMBIENTAL: presencia de micro basurales y escombros.
 - _ SOBREPESO: aumento del sobrepeso en los adultos.
- OTROS:
- _ LINEA 800: dificultades en acceso y no satisface la demanda.
 - _ RECURSOS HUMANOS: insuficiente horas de apoyo administrativo (SOME); horas Medicas insuficiente (SAPU).
 - _ INFRAESTRUCTURA: falta sala multiuso (talleres, reunión, etc.); otro box dental.
 - _ DIFUSION DE ACTIVIDADES DEL CESFAM.
 - _ AREA ADMINISTRATIVA: señaletica externa del Cesfam; pendiente nombre oficial del Cesfam; aumento del per capita y que los recursos

financieros sean administrados por el mismo Centro.

IV.- ACTIVIDADES SUGERIDAS PARA EL 2010-2011:

_ Taller de psico educación con pautas educativas, a padres de niños con problemas de segundo básico y menos, detectados en colegios y/o en nuestro Centro.

_ Taller de psico educación a niños y jóvenes con problemas de tercero básico en adelante, detectados en los colegios y/o nuestro Centro.

_ Aumento de tasa (0.2) de Visitas Domiciliarias Integrales a familias de mayor riesgo y vulnerabilidad por parte del equipo

_ Aumento de cobertura de Extensión Horaria dental para adultos

_ Originar proyecto para construcción de nuevo box dental.

_ Capacitación de al menos un Medico General en ERA.

_ Taller de Prevención de Enfermedades respiratorias en 2 Unidades Vecinales y 2 Escuelas.

_ Taller de Reciclaje de basuras a 2 Unidades Vecinales, que presenten problemas de Micro basurales.

_ Taller de Alimentación Saludable y etiquetado nutricional a pacientes con Sobrepeso.

_ Mejorar gestión de línea 800 con atención permanente y aumento de oferta de horas medicas por ventanilla.

_ Originar proyecto para construcción de Sala Multiuso.

_ Gestionar con Departamento de Transito la señaletica de calles en donde esta ubicado nuestro Centro.

_ Reunión con a lo menos 5 Juntas de Vecinos y/u otras organizaciones para DIFUSION de las prestaciones que realiza nuestro Centro y su Organización.

Diagnóstico Participativo CESFAM Nestor Fernández Thomas

En la actualidad, se pretende incorporar a los distintos actores de la comunidad en los procesos de planificación de las distintas metas sanitarias a desarrollar cada año por las instituciones y organismos abocados a la temática de la salud. Por ello, el proceso de diagnóstico participativo de salud, se torna en una herramienta útil, que permite acercar al Centro de Salud a la comunidad y de esta manera ir trabajando y desarrollando planes de acción en base a lo que las personas perciben como problemático para su salud, generando de esta manera formas distintas de relacionarse entre los equipos de salud y la comunidad, en la que los equipos se encuentran insertos.

Desde esta perspectiva, podemos decir que los diagnósticos participativos se transforman en una herramienta básica para incorporar y lograr la participación informada, consciente, voluntaria y organizada de la comunidad en la coproducción de salud.

De igual modo, los diagnósticos participativos, son un instrumento que permiten conocer de manera rápida y profunda las situaciones de salud de una comunidad determinada y desde allí, plantear respuestas en base a la propia realidad territorial, social, cultural y económica del sector de

intervención.

Autodiagnóstico

Comprendiendo de la manera antes expuesta la importancia de la aplicación de los autodiagnósticos, es que este centro de salud, realizó el diagnóstico participativo el día martes 14 de septiembre de 2010, a las 15:00 en el comedor del centro de salud familiar Dr. Néstor Fernández Thomas, actividad a la cual se convocó a los integrantes del Consejo Local de Salud, el cual se encuentra constituido por dirigentes de distintas organizaciones funcionales y territoriales del sector de Llo Lleo, por ello, se estima que son representantes y voceros validos de la comunidad.

Se les informa respecto de la necesidad de realizar el Autodiagnóstico, y la metodología a aplicar, es decir, entrevista circular, lluvia de ideas, trabajo grupal, entre otros, como herramientas útiles para recopilar información.

Siendo así, es que este grupo se constituye de la manera que a continuación se detalla: de la totalidad de los participantes, se observa que un 87,5% son mujeres y solo un 12,5% son hombres, realidad que se observa en el siguiente grafico.

De este grupo entrevistado, se observa que las edades fluctúan entre los 38 a los 68 años. Con el grupo así constituido, se dio inicio a este proceso de diagnostico, llevando a cabo un proceso de evaluación actual del CESFAM, a través del análisis FODA, en donde los participantes, a través de una lluvia de ideas, mencionaron diversos aspectos del centro, los que a continuación se detallan:

FORTALEZAS

“YA NO HAY QUE SACAR HORA DE MADRUGADA”

“EXCELENTES PROFESIONALES Y BUENA ATENCIÓN A LA

COMUNIDAD”

“EXCELENTE LA ATENCIÓN EMPEZANDO POR LA CABEZA”

“MUY BUENA LA ATENCION DEL SAPU, COMO SERVICIO DE URGENCIA”

“BUEN TRATO AL USUARIO”

OPORTUNIDADES

“CONTAR CON UNA COMUNIDAD ORGANIZADA”

“CONTAR CON UN EQUIPO PROFESIONAL DE EXCELENCIA”

“PROYECTO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO CENTRO, QUE PERMITA BRINDAR UN ESPACIO ADECUADO”

DEBILIDADES

“ESTABLECIMIENTO AÑOSO, QUE NO CONSIDERA LA CANTIDAD DE POBLACIÓN QUE ATIENDE”

“CAMBIO PERMANENTE DE MEDICOS”

“FALTA DE COMPROMISO DE ALGUNOS PROFESIONALES”

AMENAZAS

“POLITICAS, QUE IMPIDIERAN LA CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO CENTRO DE SALUD”

“CAMBIO DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO, O DEL DIRECTOR DEL CENTRO”

Posterior a la realización de este FODA, se aplicó una entrevista circular, en la cual se consultó a los/as participantes respecto de sus opiniones y percepciones como dirigentes y como ellos pensaban que la comunidad opinaba del mismo, los resultados son los que a continuación se presentan:

Al consultar al grupo respecto del compromiso que observan de la comunidad con su medio ambiente y entorno comunitario, considerando por ejemplo cuidado y mantención de áreas verdes, uso pertinente de basureros, se recoge que el 75% de los entrevistados, estima que la comunidad **NO** se preocupa de su entorno, el 25% considera que la comunidad si se preocupa de su entorno. Lo anterior se refleja en el siguiente grafico:

Al ser consultados si ellos como dirigentes y representantes de la comunidad, cuidan su entorno comunitario, el 87,5% contesta que sí. Solo un 12,5% estima que no.

Esta pregunta se genera en el sentido de captar la apropiación que tienen los participantes de la importancia del entorno social y comunitario, respecto de su propia salud y de la comunidad en general.

Posteriormente se les consulta si en sus organizaciones sociales de base, se abordan temáticas referidas a la salud, en donde un 100% de los entrevistados, refiere que de una u otra manera en su organización de aborda la temática de salud.

Sobre la misma, se les consulta si ellos consideran que la organización de la cual forman parte aporta en la superación de las problemáticas de salud, en donde un 75% estima que su organización de algún modo aporta en las problemáticas de salud, y un 25% estima que no, es decir, que su organización no aporta de modo alguno a las problemáticas de salud.

Con la aplicación de estas 2 preguntas, deseábamos captar de alguna manera el nivel de empoderamiento y conocimiento que presentan los participantes respecto de la salud y los diversos medios que existen para realizar actividades difusión a nivel comunitario y el compromiso para con este tipo de actividades (promoción y prevención).

Al ser consultados sobre el conocimiento de la red asistencial existentes (SAPUS, CESFAM, CECOF, HCV) y de los servicios que presta el CESFAM DR. Néstor Fernández Thomas, el 87,5% estima conocer la red y los servicios que brinda el CESFAM. Solo un 12,5% estima que no conoce la red asistencial, ni los servicios que brinda el CESFAM.

Al ser consultados si ellos estiman que la comunidad con la cual interactúan, tiene conocimiento de la red asistencial y de los servicios que brinda el CESFAM, se observa que solo un 37,5% considera que la comunidad conoce la red asistencial y los servicios que brinda el CESFAM y un 62,5%

estima que la comunidad NO conoce la red asistencial y los servicios que brinda el CESFAM.

El objetivo de estas preguntas tienen que ver con observar la distinción de percepción que existe entre los dirigentes, que se supone son las personas que de alguna manera manejan información y deben bajarla a las bases y la comunidad propiamente tal, en donde se observa que de alguna manera, los dirigentes estiman conocer la red asistencial, pero la pregunta acá sería ¿por qué la comunidad entonces a juicio de los dirigentes no conoce la red asistencial, ni los servicios del CESFAM?, ¿es qué la información no se está bajando de manera adecuada?

Posterior a este proceso evaluativo de la valoración de la comunidad de su propia salud y del CESFAM, se da inicio a un proceso en el cual se les consulta ¿cuáles a su juicio son los principales problemas de salud de su comunidad?, en donde se recogen las siguientes problemáticas con sus respectivos porcentajes.

- Alcoholismo y Drogadicción (90%)
- Depresión, problemas de salud mental (90%)
- Embarazo adolescente (75%)
- Bulling y violencia al interior de los colegios (75%)
- Violencia Intrafamiliar (52%)
- Obesidad en niños y adultos (52%)
- Problemas óseos, principalmente en adultos mayores (25%)

Estas cifras se visualizan en el siguiente gráfico:

Se observa que la preocupación mayor en temáticas de salud, hacen alusión al alcoholismo y drogadicción, seguido de salud mental y el embarazo adolescente.

Conclusión:

La realización de este diagnóstico, con y para la comunidad, nos permite concluir que en general, las acciones y actividades que a diario realizamos, en ocasiones no son reconocidas por nuestros usuarios como actividades de prevención y educación, por tanto no estarían cumpliendo su objetivo, comprendiendo por tal el llegar a la comunidad y educar en materias de promoción y prevención en salud.

De igual manera, este diagnóstico nos permite observar que existen ciertas problemáticas de salud, que encuentran fuerte arraigo en nuestro territorio, y que son problemáticas de nivel nacional, y que debemos enfocar nuestro trabajo en la prevención y a la vez en la promoción de actividades tendientes a preservar nuestra salud.

INFORME DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO CCR “ San Antonio de Padua”

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO	
COMUNA	San Antonio
POBLACION	Personas en situación de discapacidad atendidas en el CCR.
QUIENES PARTICIPARON EN EL DIAGNOSTICO	Equipo de Salud: Kinesiólogo, Terapeuta, Asistente Social y Técnico Paramédico.

Población (usuarios, grupos, organizaciones): 35 Usuarios/as y cuidadores, agrupación de pacientes y consejo local de salud del CCR, monitores.

Metodología utilizada

Identificación y priorización de problemas y necesidades y propuesta de solución a partir de recursos externos e internos, a través de grupos de discusión y plenario y revisión de información disponible en la red local. Confeción de ecomapa del CCR.
Reunión técnica equipo CCR.

<p>Resultados Cuantitativos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de 3 talleres ocupacionales. 2. Capacitación de 8 socios de la organización de usuarios y consejo de salud en liderazgo. 3. 45 personas con inclusión social al egreso. 4. 1 Plan de gestión de redes sociales elaborado y ejecutado
<p>Resultados Cualitativos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener funcionamiento permanente de talleres ocupacionales de amasandería, carpintería e hidroponía, con participación de monitores en cada uno y supervisión directa de terapeuta ocupacional. 2. A través de proyecto FONADIS 2010-2011 capacitar a integrantes de la organización y consejo de salud para que puedan asumir roles de liderazgo a partir de taller de habilidades sociales y participación comunitaria, 3. Como parte del plan de trabajo acordado con usuarios/as obtener al egreso la inclusión social en al menos un ámbito de integración: familiar, laboral o socio comunitario. 4. Apoyar a la organización de usuarios/as en la elaboración y ejecución de un plan de gestión de redes sociales que contribuya a un trabajo colaborativo y de inclusión con organizaciones e instituciones de la red provincial en pos de promover los derechos de las personas en situación de discapacidad de San Antonio.

Objetivos de la intervención en esa comuna o territorio	Promover la corresponsabilidad en el proceso de rehabilitación de las personas en situación de discapacidad, aspirando a mejorar su calidad de vida e inclusión social.	
Plan de trabajo con la comunidad	<p>Objetivo General: - Promover mayor protagonismo de la agrupación de usuarios en la consolidación del enfoque de RBC.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar proyecto FONADIS “personas en capacidad de inclusión social”. • Fortalecimiento de la organización de usuarios a través de habilitación y capacitación en participación comunitaria. 	
Indicadores de evaluación	Indicador	Periodicidad
	Nº de personas participando en talleres ocupacionales.	Anual
	Nº de dirigentes capacitados	Anual
	Nº de personas con inclusión social al egreso.	Anual.
	Nº de actividades ejecutadas del plan de gestión de redes sociales.	Anual.
DIAGNOSTICO DE LA RED DE SALUD		
Establecimiento	Problemas que resuelve	Cómo se relacionan

<p>Consultorio De 30 De Marzo, Consultorio De Barrancas, Consultorio De San Antonio, Consultorio Néstor Fernández Thomas, Consultorio De Bellavista, Consultorio Santo Domingo, Consultorio de Cartagena.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de patologías crónicas. • Referencia o derivación de pacientes a sectores de atención de mayor complejidad. • Gestión de las ayudas técnicas GES. • Tratamiento complementario a la rehabilitación de obesidad, depresión, etc. • Traslado de pacientes en ambulancia. • Atención de pacientes postrados en domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> • En el CCR se atienden pacientes con HTA y DM que a veces llegan descompensados, se gestiona control en consultorio. • Pacientes con duda en el diagnóstico u otra complicación, se puede gestionar a través de consultorio la interconsulta a especialista. • Se envía al A.M. que requiera ayuda técnica con su formulario de postulación y plan de intervención donde el encargado de A.T. del consultorio solicita la ayuda que se requiera. • Algunos consultorios trasladan a sus pacientes al centro de rehabilitación.
<p>Hospital Claudio Vicuña.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención y estabilización de pacientes que comienzan con su discapacidad. • Diagnóstico por neurólogo, reumatólogo o traumatólogo de pacientes que lo requieren. • Resolución quirúrgica de algunas patologías osteomusculares. • Control de especialista de patologías crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El hospital C.V. hace los diagnósticos de Parkinson y Artritis reumatoidea. • Cirugía en pacientes que padecen de artrosis severas las cuales no son atendidas en el CCR. • Atención de rehabilitación en el hospital de pacientes correspondientes según el flujograma de atención de la red de rehabilitación provincial.

C.R.I.O.D. de la Oficina de la Discapacidad IMSA.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rehabilitación física. • Rehabilitación física a pacientes neurológicos menores de 20 años leve, moderada y severa. • Mayores de 20 años con discapacidad leve. • Patologías Osteomusculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rehabilitación en el C.R.I.O.D. de pacientes correspondientes según el flujograma de atención de la red de rehabilitación provincial. • Complementa plan de rehabilitación comunal, coordinación y análisis técnico de casos y estrategias de acción.
Hospital Carlos Van Buren.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de pacientes en rehabilitación, en fisioterapia. • Rehabilitación física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación de casos de mayor complejidad, evaluación de amputados para prótesis.

DIAGNOSTICO DE LA RED LOCAL

Instituciones, organizaciones	Problemas que resuelve	Cómo se relacionan
J. de Vecinos Sector San Antonio, Bellavista, Llo-lleo, Cuncumén, Villa Italia, Cartagena	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de la unidad Vecinal Promoviendo integración, participación y desarrollo. - Resuelve las necesidades básicas de la comunidad vecinal. - Resuelve la falta de información sobre los programas y actividades de servicios públicos. 	Conforma red de apoyo para buscar soluciones conjuntas de usuarios/as de problemáticas que pueden resolverse en y con el apoyo del entorno inmediato. Se les busca sensibilizar frente a la temática de discapacidad para promover la inclusión social de las PSD.
Consultorios sector San Antonio, Bellavista, Llo-lleo, 30 de Marzo, Cartagena.	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostica los problemas presentados en las familias que asisten a los consultorios y los contextualiza. - Responde a los problemas pesquisados biosicosociales de individuos y familias a través de la promoción prevención. - Responde a problemas no enfrentados y buscan soluciones innovadoras. 	Referencia y contrarreferencia orientada a brindar atención integral de salud a las PSD que atiende el CCR.
Iglesias y Capillas sector San Antonio, Villa Italia Cuncumén Llo-lleo, Barrancas, Cartagena.	<ul style="list-style-type: none"> - Brinda apoyo espiritual y sentido de pertenencia a comunidad, como espacio de integración social. 	- Instancia de integración social que se busca promover de acuerdo a los valores religiosos de cada paciente.

Hogar de Ancianos Llo-lleo. Hogar de ancianos Lo Zarate.	- Resuelve los problemas de las familias que no pueden hacerse cargo del cuidado del anciano – (Adulto Mayor).	- Red de apoyo dada a conocer a cuidadores que no pueden hacerse cargo de PSD atendidas en CCR.
Centro de desarrollo comunitarios sector Llo-lleo Alto, Las Dunas, Cartagena.	- Resuelve las demandas de la población de las zonas masa afectadas para solucionar las condiciones de vida de la población menos favorecidas.	- Red de apoyo a la que se deriva a PSD o cuidadores que requieren ayuda social y/o asistencial.
Oficina de la Discapacidad	- Postulación y entrega de ayudas técnicas por SENADIS. - Postulación a beneficios sociales de la ley de discapacidad.	- Derivación de PSD para postulación a ayudas técnicas, capacitación, y a otro programa que pueda mejorar su calidad de vida. - Pacientes del CCR que requieren ayuda técnica o adaptaciones para el hogar se envía el formulario de postulación mas el plan de intervención a la oficina de la discapacidad.
Centro Integral del Adulto Mayor San Antonio.	- Oferta de talleres de actividad física, manualidades, recreativos y de integración social.	- Derivación a actividades para la mantención de la funcionalidad e inclusión social al egreso del CCR.
Fundación para la superación de la pobreza.	- Realiza formación de recurso humano capacitado como trabajadores comunitarios para la atención de adultos mayores.	Inserción de trabajadoras comunitarias en terapia grupal de rehabilitación del CCR.
Hogar de Cristo/	- Ejecuta programa PADAM orientado a entregar apoyo a personas mayores de 60 años, de escasos recursos, frágil o con algún nivel de dependencia.	Derivación de usuarios/as del CCR a PADAM. Coordinación de plan de trabajo en el hogar con trabajadoras comunitarias que atenderán a pacientes derivados.

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD CESFAM 30 DE MARZO 2011-2012

En él ámbito del proceso de acreditación del Consultorio 30 de marzo como un Centro de salud familiar (CESFAM), nuestro recinto de salud ejecutó un plan orientado al desarrollo del primer Diagnóstico participativo en salud en el mes de agosto del 2009, el cual tendrá una vigencia de 2 años.

Este proceso fue liderado por la dirección del establecimiento, su equipo gestor, una alumna en práctica de obstetricia y la comunidad representada por directivos de las juntas de vecinos del sector y los miembros del consejo de desarrollo local de salud.

El diagnóstico participativo fue presentado en reunión ampliada en nuestro centro de salud con fecha 10 de agosto del 2009, los participantes que registraron su asistencia fueron:

- Sr. Aladino Pino. Representante de Consejo de desarrollo local Centro de Rehabilitación San Antonio de Papua.
- Sra. Delia Campos. Presidenta Consejo de desarrollo local. CESFAM 30 de marzo.
- Sr. Manuel Manzo. Secretario Consejo de desarrollo local. CESFAM 30 de marzo.
- Sra. Claudia Álvarez Cortes. Usuaría CESFAM 30 de marzo.
- Srta. Pía Vega. Interna obstetricia. CESFAM 30 de marzo.
- Sr. Raul Torres. Sub-director CESFAM 30 de marzo.

II.-TEMAS TRATADOS

1.- Descripción generales de la comuna.

- Superficie.
- Antecedentes demográficos.

2.- Factores Condicionantes Comunales.

A) Antecedentes socio-económicos.

B) Infraestructura:

- Salud y niveles de atención.
- Educación.
- Vivienda.
- Deporte.
- Recreación y Esparcimiento.

C) Situación de Salud

- Tasa de Natalidad.
- Tasa de Mortalidad por grupo etareo y causa.
- Tasa de egresos e ingresos hospitalarios por patología.
- Tasa de enfermedades de notificación obligatorias (ENO).
- Indicadores de riesgo para la salud.

3.- Información CESFAM 30 de marzo.

- Objetivos de la atención.
- Programas y equipamiento.
- Implementación modelo de salud familiar y comunitario.
- Prestaciones.
- Dotación de personal.
- Cursos de capacitación del personal.
- Horarios de atención.
- Presentación de población distribuida por grupo etéreos.
- Presentación grafica del Perfil de morbilidad general y por grupo etareo.
- Presentación grafica de Metas programáticas y cumplimientos IAAPS y Ley 19.813 año 2009.
- AUGE (GES)
- Análisis recursos comunitarios.

4.- Conclusión

- Análisis FODA CESFAM 30 de marzo.
- Definir plan de acción para próximos 2 años.

III.- CONCLUSIONES

En base a los contenidos estudiados y presentados, la comunidad determinó trabajar en dos líneas paralelas durante los próximos 2 años:

- 1.- Promover estilos de vida saludables en niños y adultos.
- 2.- capacitar a la comunidad en el GES.

Ambas propuestas, fueron asumidas como líneas de trabajo para lo que quedaba del año 2009, el año 2010 y 2011, coincidiendo también estas metas como un eje particularmente importante para el trabajo comunitario y para dar cumplimiento a las metas de la Ley 19.813 del desempeño colectivo para el año 2010.

Actividades programadas año 2009

-Capacitación Plan AUGE
08 de octubre, 17:30 hrs, Sede Social 30 de Marzo.
Población 30 de marzo, San Antonio.

-Capacitación Plan AUGE
15 de octubre, 17:30 hrs, Sede Social Sor Teresa.
Sector Sor Teresa, Barrancas Altos, San Antonio.

-Capacitación Alimentación Saludable y actividad física.
28 de octubre, 14:30 hrs, Sede Social Villa Primavera.
Sector Villa Primavera, Barrancas Alto, San Antonio.

Actividades programadas año 2010

- Capacitación Plan AUGE.
26 de agosto, 15:30 hrs. Sede Rayuela con grupo Adultos Mayores..
Sector Villa Italia, San Antonio.

- Capacitación Alimentación Saludable y actividad física.
21 de octubre, 16:00 hrs. Colegio de San José de Calasanz.
Población 30 de marzo, San Antonio.

- Capacitación Alimentación Saludable y actividad física.
06 de octubre, 16:00 hrs, Sede Villa Primavera con grupo de Adultos mayores.

Sector Villa Primavera, Barrancas Alto, San Antonio.

- Capacitación Plan AUGE.

03 de noviembre, 16:00 hrs, Sede Villa Primavera con grupo de Adultos mayores.

Sector Villa Primavera, Barrancas Alto, San Antonio.

- Capacitación Plan AUGE.

18 de noviembre, 16:00 hrs, Sede Sor Teresa.

Sector Sor Teresa, Barrancas Altos, San Antonio.

Las actividades de promoción 2011 aún no se han programado con la comunidad, sin embargo, deberán ser orientadas para dar cumplimiento a las necesidades planteadas en las conclusiones del Diagnóstico participativo de salud.

VI.- DOTACIÓN

DOTACION PLANTA 2011		DOTACION PROPUESTA PLANTA 2012		
CATEGORIA A:		CATEGORIA A:		PROPUESTA HORAS LLAMADO A CONCURSO
MEDICOS	289	MEDICOS	678	389
ODONTOLOGO	240	ODONTOLOGO	368	128
	529		1,046	
CATEGORIA B		CATEGORIA B		
ASIS. SOCIAL	330	ASIS. SOCIAL	374	44
PSICOLOGO	198	PSICOLOGO	242	44
MATRONAS	506	MATRONAS	594	88
KINESIOLOGO	110	KINESIOLOGO	110	
NUTRICIONISTA	218	NUTRICIONISTA	273	55
ENFERMERAS	308	ENFERMERAS	616	308
OTRO PROFESIONAL	88	OTRO PROFESIONAL	88	
	1,758		2,297	
CATEGORIA C		CATEGORIA C		
T.E.N.S.	1,716	T.E.N.S.	1,892	176
CATEGORIA D		CATEGORIA D		
AUX. PARAMEDICO	880	AUX. PARAMEDICO	880	
CATEGORIA E		CATEGORIA E		
ADMINISTRATIVO	1,848	ADMINISTRATIVO	2,046	198
CATEGORIA F		CATEGORIA F		
AUX. SERVICIOS	638	AUX. SERVICIOS	810	172
CONDUCTOR	374	CONDUCTOR	440	66
AUX. VIGILANTES	682	AUX. VIGILANTES	682	
	1,694		1,932	

PROPUESTA LLAMADO A
CONCURSO
CARGO DIRECTORES AÑO 2011

7 CATEGORIA (A - B)	
COORDINADOR SALUD MUNICIPAL	44
DIRECTOR C.E.S.F.A.M. DIP. MANUEL BUSTOS H.	44
DIRECTOR C.E.S.F.A.M. SAN ANTONIO	44

DIRECTOR C.E.S.FA.M. BARRANCAS
 DIRECTOR C.E.S.FA.M. 30 DE MARZO
 DIRECTOR C.E.S.FA.M. NESTOR FERNANDEZ THOMAS
 DIRECTOR POSTAS RURALES

44
 44
 44
 44

308

DOTACION PLAZO FIJO 2011

DOTACION PROPUESTA PLAZO FIJO 2012

CATEGORIA A:

CATEGORIA A:

MEDICOS	389
ODONTOLOGO	128
	517

MEDICOS	
ODONTOLOGO	
FARMACEUTICO	22
	22

CATEGORIA B

CATEGORIA B

ASIS. SOCIAL	44
PSICOLOGO	66
MATRONAS	88
NUTRICIONISTA	55
ENFERMERAS	308
TERAPEUTA OCUP.	44
	605

ASIS. SOCIAL	
PSICOLOGO	22
MATRONAS	
NUTRICIONISTA	
ENFERMERAS	
TERAPEUTA OCUP.	44
	66

CATEGORIA C

T.E.N.S.	264
----------	------------

CATEGORIA C

T.E.N.S.	88
----------	-----------

CATEGORIA D

AUX. PARAMEDICO	800
-----------------	------------

CATEGORIA D

AUX. PARAMEDICO	800
-----------------	------------

CATEGORIA E

ADMINISTRATIVO	418
----------------	------------

CATEGORIA E

ADMINISTRATIVO	220
----------------	------------

CATEGORIA F

AUX. SERVICIOS	484
CONDUCTOR	66
AUX. VIGILANTES	275
	825

CATEGORIA F

AUX. SERVICIOS	312
CONDUCTOR	
AUX. VIGILANTES	275
	587

de Necesidades de Capacitación, realizado durante el mes de Noviembre del 2010, en base a entrevistas con el nivel directivo y a un Taller de Diagnóstico que contó con la participación de funcionarios de diferentes Unidades y estamentos. Durante el año 2012 se pretende actualizar esta información para la generación de un nuevo Plan.

El propósito del Plan de Capacitación es constituirse en una herramienta que guíe las acciones de capacitación que la organización ha estimado necesarias para fortalecer el desempeño de las personas y de los grupos de personas de la organización, así como brindarles las herramientas necesarias para facilitarles los procesos de cambio que deben enfrentar.

ALGUNAS CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO

Entre los factores mencionados como principales causas que justifican un desempeño inferior al que las propias personas reconocen como deseado o posible, cabe mencionar:

- Falta de materiales necesarios para realizar el trabajo.
- Malas relaciones interpersonales.
- Falta de información.
- Mala comunicación entre jefes y subordinados.
- Mala comunicación entre jefes de diferentes unidades.
- Falta de preparación para el trabajo en equipo.
- Falta de coordinación de las actividades.
- Falta de apoyo de la jefatura.

A la Pregunta “¿Cómo siente usted que está realizando su trabajo?”, la respuesta generalizada es “Bien” o “Muy bien”. En contraste con lo anterior, la mayoría señala que sus compañeros de área o departamento desempeñan “bien” o “regular” su trabajo.

La mayoría señala que le gusta “mucho” o “bastante” trabajar en equipo. Sin embargo, la “falta de preparación para el trabajo en equipo” es también una opinión frecuente.

La mayoría señala que siente que la institución se está preocupando más para capacitarlo.

Entre las falencias que los entrevistados señalan del desempeño de los niveles de jefatura, mencionan con más frecuencia:

- Flujo de información inadecuado (forma y tiempo)
- Malas relaciones con los subordinados.
- No administra bien su tiempo.
- Escaso reconocimiento a los subordinados.

Falta de orientación a los subordinados.

Poca solidez de sus decisiones.

Escasa delegación.

Entre los temas organizacionales que los participantes mencionan como necesarios de incluir en el Plan de Capacitación, destacan:

Desarrollo Personal.

Atención al Usuario.

Trabajo en Equipo.

Prevención y Control de Stress.

Liderazgo

Manejo de Conflictos

Entre los temas técnicos y específicos que los participantes mencionan como necesarios de incluir en el Plan e Capacitación, destacan:

Programa Ampliado de Inmunización.

Salud Familiar.

Plan AUGE.

Aspectos Legales en la Atención de Salud.

Violencia Intrafamiliar

Manejo de crisis

Entre los criterios generales propuestos por los participantes, se sugiere considerar:

Entrega oportuna de certificados de aprobación de curso.

Velar porque los certificados aprobación de cursos no se pierdan.

Que las actividades de capacitación se programen dentro de la jornada de trabajo.

Que las actividades se planifiquen de modo tal que la participación en capacitación no afecte el desarrollo del servicio que se presta a la comunidad.

Que la capacitación sea una instancia de encuentro entre personal de diferentes estamentos.

Que las opiniones entregadas por los participantes en el taller de diagnóstico, sean tomadas en cuenta por la autoridad.

Mayor equidad en el acceso a actividades de capacitación.

Que se reduzcan costos asociados a la realización de cursos, como viáticos de traslado, almuerzos, etc., en beneficio de una ampliación de la cobertura de capacitación a un número mayor de funcionarios.

Que las actividades a realizar se distribuya durante todo el año, para evitar que se afecten los servicios por un exceso de actividad de este tipo al final del año.

Actividades de Capacitación año 2012:

Capacitación en Salud Familiar, etapa II

Contenidos: Intervención en crisis, Consejería, identificación de factores de riesgo y protectores, aplicación de modelo de intervención

Cupos: 40 personas, 32hrs

Dirigido a profesionales de la Salud

Dictante: INACAP

Estado: A programar

Autocuidado, control de estrés

Contenidos: Identificación de signos de estrés laborales y personales. Manejo y control de estrés, técnicas para liberación de estrés

Cupos: 400 personas, 16 hrs.

Dirigido: a Equipo de Salud

Dictante: GPU, consultores.

Estado. Desarrollándose en el mes de Febrero

Control de Stress y Clima laboral

Contenidos: Herramientas para identificación de signos de stress, control y manejo del mismo, resolución de conflictos

Cupos: 50 personas, 16 hrs

Dirigido a Equipo de Salud

Dictante: Centro de formación técnica de la U. Católica de Vapso.

Estado: a realizar en Marzo

Liderazgo

Contenidos: Diagnóstico local situacional, herramientas de gestión y control

Cupos 20 personas, 16 hrs.

Dirigido a Directores de CESFAM, encargados de CECOSF y CCR, Directivos Administrativos

Dictante: Se debe licitar en Abril

Actualización en ley 19.378, Derechos y deberes de los funcionarios

Contenidos: Carrera funcionaria, jornada laboral, calificaciones, sumarios, otros

Cupos: 40 personas, 8 hrs

Dirigido: a todo el Equipo de Salud.

Dictante: Asociación de Funcionarios

Estado: A realizar en Mayo

Actualización y manejo de heridas.

Contenidos: Actualización en manejo de heridas a tratar en atención primaria

Cupos: 30 personas, 8 hrs

Dirigido: a TENS que realizan labores en sala de curaciones

Estado Se debe licitar en Mayo

Actualización en normas y técnica de aseo

Contenidos: técnicas y conceptos de sepsia y antisepsia

Cupos: 25 personas, 8 hrs.

Dirigido: personal de aseo en establecimientos de la red municipal

Estado: Licitación en Abril

Actualización en Reforma Sanitaria, Derechos y deberes de los pacientes

Contenidos: Interpretación del último pilar de la reforma sanitaria respecto deberes y derechos de los pacientes

Cupos: 60 personas, 16 hrs.

Dirigido: a todo el Equipo de Salud

Estado: Licitación en Marzo

Construcción de un Plan de Capacitación

Contenidos: Levantamiento de diagnóstico según necesidades de capacitación en funcionarios integrantes de la red de salud comunal, elaboración de Plan y herramientas a utilizar para esas tareas.

Cupos: 30 personas, 16 hrs.

Dirigido: a todo el equipo de salud

Estado: Licitación en Junio

Actualización y capacitación en PNI

Contenidos: Capacitar al equipo que se desarrolla en vacunatorios de la red de salud comunal con el objeto de recibir la certificación correspondiente y poder cumplir la normativa al respecto

Cupos: 25 personas, 8 hrs.

Dirigido: Personal de vacunatorio

Estado. Dictado por la SEREMI, fecha a coordinar

POLÍTICAS DE CAPACITACIÓN

La capacitación en la Dirección de Salud, tanto como en la I. Municipalidad de San Antonio, NO debe constituir un fin en sí misma sino, como generadora de conocimiento, debe ser considerada UNA poderosa herramienta para alcanzar los objetivos estratégicos de la institución, y a la vez debe constituirse en palanca y motor del cambio organizacional.

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

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

Por último, la capacitación, debe contribuir a hacer realidad la relación aparentemente irreconciliable entre productividad y calidad de vida de las personas en su trabajo.

Estos planteamientos constituyen la base sobre la que se ha diseñado el Plan propuesto, y que a juicio del consultor a cargo, contiene los elementos fundamentales para facilitar la adaptación de las personas a los cambios organizacionales y para iniciar el tránsito hacia nuevos y mejores estilos de gestión de personas, que contribuyan a mejorar el clima laboral, la motivación y el compromiso de los trabajadores con su institución.

Integración a la Gestión

La capacitación, como proceso de intervención en el conjunto de personas de la organización, no puede estar desligada de la gestión. Junto con contribuir al desarrollo integral de las capacidades personales, profesionales y técnicas de trabajadores competentes, motivados y satisfechos, la capacitación debe contribuir a la optimización de la gestión organizacional y, a la vez, considerar los avances, cambios e innovaciones

de la gestión actual, así como sus propósitos, para el diseño de los objetivos específicos, elección de contenidos y determinación de metodologías.

CONDICIONES PARA SU IMPLEMENTACIÓN:

La presente propuesta, además de entregar los contenidos temáticos del Plan Anual de Capacitación, debe ser considerada un Plan Director del proceso de capacitación para el año 2005; como tal, entrega los lineamientos generales que orientarán las acciones de capacitación que se han de desarrollar en dicho período. Sin embargo, el plan propuesto requiere ser asegurado, en cuanto a que su implementación sea efectiva y eficiente.

En opinión del consultor responsable de la formulación de este plan, entre las condiciones requeridas para el correcto desarrollo del plan de capacitación propuesto, es posible anticipar:

Mejoramiento de los sistemas de comunicación internos, para divulgar el sentido del Plan de Capacitación, sus políticas y objetivos, como también los beneficios que obtendrán las personas y la organización.

Potenciar la relación de la Dirección del Departamento de Salud con las diferentes Direcciones de Consultorios y unidades funcionales de la estructura, con el propósito de planificar en conjunto con las áreas de origen del personal beneficiario de capacitación, la conformación de los grupos de participantes, los horarios y frecuencia de las actividades, los lugares de realización y la logística requerida (traslados, personal de reemplazo, etc.).

Considerar la asesoría del Asesor en Gestión de Recursos Humanos del municipio, para la implementación técnica del Plan de Capacitación, asesoría que deberá velar por la correcta selección y contratación de capacitadores, que supervise las metodologías a aplicar y los aspectos técnicos a tener en cuenta en la ejecución de las actividades, así como la evaluación de las mismas.

Actualización permanente y dinámica del Plan de Capacitación, de acuerdo a la evaluación de su desarrollo, y teniendo presente las necesidades que provocan los cambios estructurales y de gestión emergentes en la institución, como asimismo las oportunidades que surgen tanto en el municipio como en el ámbito de la estructura regional y nacional de salud.

Velar por óptimo aprovechamiento de los recursos de financiamiento del Plan de Capacitación, en beneficio de una mayor cobertura de beneficiarios.

Destinar el máximo de recursos disponibles al desarrollo de las actividades de capacitación propuestas en el presente Plan, resguardando un porcentaje del total de presupuesto (10 a 15 por ciento) para el financiamiento de actividades que puedan surgir como una oportunidad durante el año.

Promover acciones que permitan multiplicar los efectos de cada acción de capacitación.

Potenciar el desarrollo sistemático de actividades de capacitación interna, en las que los propios funcionarios participan como capacitadores o facilitadores del aprendizaje de otros, de acuerdo a sus propias competencias técnicas.

Los aspectos señalados son de máxima importancia para el aseguramiento del Plan de Capacitación propuesto.

VIII PRESUPUESTO.-

Presupuesto Area de Salud año 2012

Valores expresados en (M\$)

CUENTA			DETALLE	PRESUPUESTO INGRESOS 2012
			TOTAL DE INGRESOS	3.657.059
115	05	03	De Otras Entidades Publicas	3.433.739
115	07	01	Ingresos de Operación	550
115	08	01	Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	222.759

15	00	00	Saldo Inicial de Caja	10
----	----	----	-----------------------	----

CUENTA			DETALLE	PRESUPUESTO DE GASTOS 2012
			TOTAL DE GASTOS	3.657.058
			Gastos en Personal	2.881.482
215	21	01	Personal de Planta	2.011.706
215	21	02	Personal de Contrata	624.784
215	21	03	Otras Remuneraciones	244.992

			Bienes y Servicios de Consumo	775.576
215	22	01	Alimentos y Bebidas	10
215	22	02	Textiles, Vestuario y Calzado	22.185
215	22	03	Combustibles y Lubricantes	13.741
215	22	04	Materiales de Uso o Consumo	515.832
215	22	05	Servicios Basicos	77.375
215	22	06	Mantenimiento y Reparaciones	25.710
215	22	07	Publicidad y Difusion	283
215	22	08	Servicios Generales	97.206
215	22	10	Servicios Financieros y de Seguros	4.028
215	22	11	Servicios Tecnicos y Profesionales	5.272
215	22	12	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	4.490
215	29	00	Adquisicion de Activos No Financieros	9.354
215	34	00	Servicios de la Deuda	90

IX.- PLANES DE SALUD

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR CENTRO DE SALUD SEGÚN CUMPLIMIENTO DE IIAPS METAS 2012

CESFAM DIPUTADO MANUEL BUSTOS

1.- EMP HOMBRES:

META: 19%

POBLACION: 2628
19% 499

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO 10%	80	50
JUNIO 45%		225
AGOSTO 65%		324
OCTUBRE 83%		414
DICIEMBRE 100%		499

2 - EMP MUJERES

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	22
JUNIO 45%	99
AGOSTO 65%	142
OCTUBRE 83%	182
DICIEMBRE 100%	219

3.- EMP ADULTO MAYOR (EFAM)

META: 50%

POBLACION	1109
50%	555

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	56
JUNIO 45%	250
AGOSTO 65%	361
OCTUBRE 83%	461
DICIEMBRE 100%	555

4.- INGRESO DE EMBARAZADAS (PENDIENTE)

5.- CLAP (10 – 14 AÑOS)

META: 5.5%

POBLACION:	1272
5.5%	70

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	7
JUNIO 45%	32
AGOSTO 65%	46
OCTUBRE 83%	58
DICIEMBRE 100%	70

6.- ALTAS ODONTOLÓGICAS (<20)

META: 19%

POBLACION:	5067
19%	963

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	96
JUNIO 45%	433
AGOSTO 65%	626
OCTUBRE 83%	799
DICIEMBRE 100%	963

7.- COBERTURA DM TIPO 2

META: 55%

POBLACION:	1280
55%	704

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	70
JUNIO 45%	317
AGOSTO 65%	458
OCTUBRE 83%	584
DICIEMBRE 100%	704

8.- COBERTURA HTA

META: 78%

POBLACION:	2288
78%	1785

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	179
JUNIO 45%	803
AGOSTO 65%	1160
OCTUBRE 83%	1482
DICIEMBRE 100%	1785

9.- EVALUACION DLLO. PSICOMOTOR

META: 91%

10.- TASA VDI

META: 0.18%

POBLACION:	14811
0.18%	3.703

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	370
JUNIO 45%	1666
AGOSTO 65%	2407
OCTUBRE 83%	3073
DICIEMBRE 100%	3703

**11.- GESTION DE RECLAMOS
META: 90%**

**CESFAM DR NESTOR FERNANDEZ THOMAS
IAAPS 2012**

1.- EMP HOMBRES:

META: 19%

POBLACION:	3.698
19%	703

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO 10%	71
JUNIO 45%	317
AGOSTO 65%	457
OCTUBRE 83%	584
DICIEMBRE 100%	703

2.- EMP MUJERES

META: 28%

POBLACION:	1.777
28%	498

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	50
JUNIO 45%	225
AGOSTO 65%	324
OCTUBRE 83%	414
DICIEMBRE 100%	498

3.- EMP ADULTO MAYOR (EFAM)

META: 50%

POBLACION	2.535
50%	1.268

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	127	
JUNIO 45%		571
AGOSTO 65%		825
OCTUBRE 83%		1.053
DICIEMBRE 100%		1.268

4.- INGRESO DE EMBARAZADAS (PENDIENTE)

5.- CLAP (10 – 14 AÑOS)

META: 5.5%

POBLACION:	1.624
5.5%	90

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	09	
JUNIO 45%		41
AGOSTO 65%		59
OCTUBRE 83%		75
DICIEMBRE 100%		90

6.- ALTAS ODONTOLÓGICAS (<20)

META: 19%

POBLACION:	6.265
19%	1.190

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	119	
JUNIO 45%		536
AGOSTO 65%		774
OCTUBRE 83%		988
DICIEMBRE 100%		1.190

7.- COBERTURA DM TIPO 2

META: 55%

POBLACION:	2.177
55%	1.198

8.- COBERTURA HTA

META: 78%

POBLACION:	4.052
78%	3.160

9.-	EVALUACION DLLO. PSICOMOTOR	
	META: 91%	
	APROXIMADO	320
10.-	TASA VDI	
	META: 0.18%	
	POBLACION:	5.621
	0.18%	1.112
	CUMPLIMIENTO AÑO 2012	
	MARZO: 10%	112
	JUNIO 45%	500
	AGOSTO 65%	723
	OCTUBRE 83%	923
	DICIEMBRE 100%	1.112
11.-	GESTION DE RECLAMOS	
	META: 90%	

AREA SALUD RURAL

1.- EMP HOMBRES:	
META: 19%	
POBLACION:	632
19%	120
CUMPLIMIENTO AÑO 2012	
MARZO 10%	12
JUNIO 45%	54
AGOSTO 65%	78
OCTUBRE 83%	100
DICIEMBRE 100%	120
2.- EMP MUJERES	

META: 28%
POBLACION: 272
28% 77

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10% 8
JUNIO 45% 35
AGOSTO 65% 50
OCTUBRE 83% 64
DICIEMBRE 100% 77

3.- EMP ADULTO MAYOR (EFAM)

META: 50%
POBLACION 523
50% 262

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10% 25
JUNIO 45% 118
AGOSTO 65% 170
OCTUBRE 83% 218
DICIEMBRE 100% 262

4.- INGRESO DE EMBARAZADAS (PENDIENTE)

5.- CLAP (10 – 14 AÑOS)

META: 5.5%
POBLACION: 220
5.5% 12

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10% 2
JUNIO 45% 6
AGOSTO 65% 8
OCTUBRE 83% 10
DICIEMBRE 100% 12

6.- ALTAS ODONTOLOGICAS (<20)

META: 19%
POBLACION: 800

19% **152**

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	15	
JUNIO 45%		69
AGOSTO 65%		99
OCTUBRE 83%		126
DICIEMBRE 100%		152

7.- COBERTURA DM TIPO 2

META: 55%

PREVALENCIA ESPERADA: 370

55% **204**

CUMPLIMIENTO AÑO 2012 A CADA CORTE: 100%

8.- COBERTURA HTA

META: 78%

PREVALENCIA ESPERADA: 712

78% **556**

CUMPLIMIENTO AÑO 2012 A CADA CORTE: 100%

9.- EVALUACION DLLO. PSICOMOTOR

META: 91%

POBLACION 12-23 MESES DIC 2011: 46 POB MOVIL SEGÚN CORTE TRIMESTRAL

91% = 46

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	4	
JUNIO 45%		19
AGOSTO 65%		28
OCTUBRE 83%		35
DICIEMBRE 100%		46

10.- TASA VDI

META: 0.18%

FAMILIAS: 860

0.18% **155**

CUMPLIMIENTO AÑO 2012

MARZO: 10%	16	
JUNIO 45%		70
AGOSTO 65%		101
OCTUBRE 83%		129
DICIEMBRE 100%		155

**11.- GESTION DE RECLAMOS
META: 90%**

CESFAM BARRANCAS

A1.- INDICADORES DE COBERTURA DE ACCIONES PREVENTIVAS

1- EMP hombres 20 a 44 años

Meta = 19%

Importancia relativa del indicador = 8,0%

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	352	25/ 1852= 1.3%

2.- EMP Mujeres 45 a 64 años.

Meta = 28%

Importancia relativa del indicador = 8,5%

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	272	53/1529=3.4%

3.- EMP del adulto mayor (EFAM)

Meta = 50 %

Importancia relativa del indicador = 8,5 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	806	33/1612=2%

4.- Ingreso de embarazadas antes de las 14 semanas.

Meta = 85 %.

Importancia relativa del indicador = 8,0 %

	Realizado Enero 2012

CESFAM BARRANCAS	18/18= 100%
-------------------------	-------------

5.- Cobertura de examen de salud del adolescente entre 10 y 14 años

Meta = 5,5 %

Importancia relativa del indicador = 8,0 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	45	0/817= 0%

A2.- INDICADORES QUE EVALUAN OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD.

1.- Metas altas odontológicas de menores de 20 años. Meta = 19%

Importancia relativa del indicador = 8,0 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	593	118/3118= 3.7%4

A3.- INDICADORES DE RESULTADOS EN PROCESO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON ENFOQUE DE RIESGO.

1.- Cobertura de DM tipo 2, de 15 y más años.

Meta = 55 %

Importancia relativa del indicador = 10,0 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	666	695/1210=57.4%

2.- Cobertura HTA en personas de 15 y más años.

Meta = 78%

Importancia relativa del indicador = 10,0 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	1797	1855/2304=80.5%

3.- Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor de niños/as de 12 a 23 meses bajo control.

Meta= 91 % Importancia relativa del indicador = 10,0 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	128	7/141=4.9%

A4.- INDICADORES DE ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO, ENFOQUE FAMILIAR.

1- . Tasa de VDI

Meta= 0,18

Importancia relativa del indicador = 11,0 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	529	77/2940=0.02

2.- Gestión de reclamos en APS

Meta = 90%

Importancia relativa del indicador = 10 %

	A realizar	Realizado Enero 2012
CESFAM BARRANCAS	90%	3/3= 100%

B.- ACTIVIDAD CON CONTINUIDAD DE ATENCIÓN.

*Peso específico general - 33.33%

1.- N° establecimiento funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a viernes y sábado de 9 a 13 hrs. / N° total de establecimientos comunales.(5)

***No incorpora postas ni Cescof.**

Meta = 100%

C.- ACTIVIDAD CON GARANTIAS EXPLICITAS

*Peso específico general - 33.33%

1.- N° de casos con GES atendidos en APS con garantías cumplidas / N° total de casos con GES atendidos en APS.

Meta = 100%.

.

CESFAM SAN ANTONIO

1.- EMP VARONES, Meta 19%

POBLACION: 2557

19% : 486

MARZO	10%	49
--------------	-----	----

JUNIO	45%	219
AGOSTO	65%	316
OCTUBRE	83%	403
DICIEMBRE	100%	486

2.- EMP MUJERES, Meta 28%

POBLACION: 1521

28% : 426

MARZO	10%	43
JUNIO	45%	192
AGOSTO	65%	277
OCTUBRE	83%	354
DICIEMBRE	100%	426

3.- EMP ADULTOS MAYORES (EFAM), Meta 50%

POBLACION: 2231

50% : 1116

MARZO	10%	112
JUNIO	45%	502
AGOSTO	65%	725
OCTUBRE	83%	926
DICIEMBRE	100%	1116

4.- INGRESO DE EMBARAZADAS CON MENOS 14 SEMANAS

Pendiente

5.- CLAP de 10 a 14 años, Meta 5,5 %

POBLACION: 1143

5.5%: 63

MARZO	10%	6
JUNIO	45%	28
AGOSTO	65%	41
OCTUBRE	83%	52
DICIEMBRE	100%	63

6.- ALTAS ODONTOLÓGICAS (Menores de 20 años), Meta 19 %

POBLACION: 4698

19%: 893

MARZO	10%	89
JUNIO	45%	402
AGOSTO	65%	91 580

OCTUBRE	83%	741
DICIEMBRE	100%	893

7.-COBERTURA DIABETES TIPO 2, META 55%

POBLACION: 1643

55%: 822

MARZO	10%	82
JUNIO	45%	370
AGOSTO	65%	534
OCTUBRE	83%	682
DICIEMBRE	100%	822

8.-COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL, Meta 78 %

POBLACION: 3138

78%: 2447

MARZO	10%	245
JUNIO	45%	1101
AGOSTO	65%	1591
OCTUBRE	83%	2031
DICIEMBRE	100%	2447

9.- EVALUACION DESARROLLO PSICOMOTOR, Meta 91%

10.- TASA VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL, Meta 0.18%

POBLACION: 16503

0.18: 4126

MARZO	10%	413
JUNIO	45%	1857
AGOSTO	65%	2682
OCTUBRE	83%	3425
DICIEMBRE	100%	4126

11.- GESTION DE RECLAMOS

META 90%

ESTRATEGIAS POR UNIDAD PARA CUMPLIMIENTO EMP

DIAGNOSTICO SITUACIONAL CESFAM BARRANCAS

La alta tasa de mortalidad en Chile por problemas Cardio vasculares hace imprescindible prevenir y pesquisar a tiempo enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión, Diabetes y dislipidemia, para lo cual es importante realizar esfuerzos mayores para detectar estas enfermedades en su etapa inicial o mejor aun enseñar a la comunidad a evitar su aparición. La mejor herramienta para el diagnostico precoz de estas enfermedades es el Examen Preventivo del Adulto, EMP, en que además se visualiza los factores de riesgo que favorecen la aparición de estas enfermedades como Sobrepeso, tabaquismo y es también la oportunidad para educar a las personas en estilos de vida saludable, de la importancia de una alimentación equilibrada y de la realización de ejercicios en forma periódica.

Este examen esta dirigido a personas adultas, y en hombres la prioridad la tienen el grupo de edad de 20 a 44 años, grupo etáreo difícil de acceder pues están en plena actividad laboral y no consultan habitualmente los centros asistenciales, solo si tienen alguna urgencia o acompañando a algún miembro de sus familia.

En nuestro centro de salud se han implementado algunas estrategias para acceder a este grupo de personas difícil de localizar, aumentando año a año la cobertura sin lamentablemente llegar a lo esperado a nivel país.

Durante el año 2012 se realizara un esfuerzo mayor y se implementara el siguiente Plan de Acción para mejorar la Cobertura del Examen Preventivo en hombres de 20 a 44 en el Centro de Salud Familiar Barrancas:

Objetivos:

Aumentar Cobertura de EMP hombres de 20 a 44 años en relación al año 2011

Promover estilos de vida saludable en la población adulta de hombres de 20 a 44 años a través de Consejerías.

Fortalecer la importancia de actividades de salud preventiva realizadas en el CESFAM.

Actividades:

Realización de EMP espontáneos en hombres de 20 a 44 años que asista a las diferentes atenciones de Salud ya sea como usuario o acompañante en:

- Atención Dental
- Atención de Salud Mental
- Atención de morbilidad
- Atenciones de extensión horaria.

Coordinar con el Consejo de Salud Local que promuevan en las diferentes juntas de vecinos la importancia de la realización del examen, informando que es gratuito y no necesitan agendar hora para realizarlo.

Entregar folletería a los asistentes al establecimiento informando de la

importancia del examen y las vías de acceso.

Recurso Humano:

- Profesionales CESFAM Barrancas
- Personal Técnico Paramédico CESFAM.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL CESFAM D.M.B.H

Una de cada siete muertes en Chile es directamente atribuible a la hipertensión arterial, según el Estudio de Carga de Enfermedad del Ministerio de Salud. Y es que la típica frase “más vale prevenir que curar”, está lejos de ser un cliché. Esta enfermedad, al igual que muchas otras, como la Diabetes Mellitus, colesterol alto, sobre peso, etc., pueden generarse de manera imprevisible, y la única manera de diagnosticarlas es a través de un Examen Preventivo de Salud, llamado EMP.

El EMP es un examen de salud que como su nombre lo indica, es un examen medico preventivo que tiene como misión la detección temprana de patologías que puedan afectar a la población en Chile por grupos poblacionales. Estos exámenes de salud están dictados por ley para toda persona chilena que quiera realizarlo y es sin costo alguno, realizados en Centros Privados y de Centros de Salud de Atención Primaria.

Dicho examen esta dirigido a grupos poblaciones objetivos según la etapa de vida como lo son los controles de niño sano en los preescolares, controles de salud escolar, en los escolares, aplicación Fichas CLAP en los Adolescentes y EMP en mujeres y hombres, siendo este ultimo grupo el mas reacio a realizarse este tipo de examen de salud preventivo.

En nuestro Centro de Salud se realizan todos los exámenes preventivos dictados por ley, por lo que representa unas de las tareas importantes de nuestro equipo de salud para cumplir con las tareas encomendadas desde el Ministerio de Salud.

La tarea mas difícil en este ultimo tiempo dice relación con la realización de EMP varones de entre los 20 a 44 años de edad, por motivos generales que es un grupo **no consultante, solo recurre a atenciones por temas de urgencias y de acompañamiento de pacientes**. El Cesfam en la actualidad cuenta con una población total inscrita validada por Fonasa de 14.811 personas de entre los 0 a 65 años y mas, de los cuales el 18,5% representa al grupo objetivo de EMP 20-44 años de edad.

A la fecha el equipo de salud ha realizado múltiples estrategias para favorecer el alto número de EMP solicitados por meta, siendo la mas adecuada la realización del examen de manera espontánea.

Por lo anterior es que nuestro Objetivo General es **“Fortalecer las estrategias de realización EMP varones 20-44 años de edad en el Centro de Salud Familiar DMB”**

Objetivos:

Aumentar en relación al año 2011 el numero de EMP varones.

Acercar al grupo de varones 20-44 años a las atenciones de salud preventiva, realizadas en el Centro de Salud Familiar.

Actividades:

EMP espontáneos en los momentos:

Varón de 20-44 que realiza inscripción percápita.

Varón de 20-44 años acompañante de madre embarazada (ingreso y/o controles).

Varón de 20-44 años acompañante paciente crónico asistente control con medico y/o enfermera.

Varón de 20-44 años asistente a atención dental.

Varón 20-44 años asistente a morbilidad extensión horaria.

Varón 20-44 años asistentes a actividades de promoción comunitaria

Recurso Humano:

Enfermera

Medico

Matrona

Nutricionista

DIAGNOSTICO SITUACIONAL CESFAM SAN ANTONIO

EMP Hombres 20 a 44 años.

Diagnóstico:

El cumplimiento del 25% de esta exigencia sanitaria se dificulta tremendamente ya que con **mucho esfuerzo** y **desgaste** del equipo se logró **al límite** la meta del 17% en el año 2011.

El Recurso Humano del Centro de Salud es limitado debiendo cumplir múltiples funciones lo que aumentar las exigencias del Número de EMP produciría un mayor desgaste del que ya existe.

El territorio no cuenta con varias Instituciones de población cautiva objetivo lo que implica un reducido campo de intervención.

Es difícil disponer de un equipo exclusivamente dedicada a realizar EMP (que sería lo ideal) por imposibilidad de dejar totalmente otras funciones.

Anualmente se observa un aumento de exigencias de Metas, con el mismo Recurso Humano que se siente sobre exigido sobre funciones normales y cumplimiento de metas cada vez mayores.

Aún así ya el aumento al 19% exigido para el año 2012 necesitará de estrategias mayores de todo el personal del centro de salud para su logro. El EMP de varones siempre ha sido el más difícil de cumplir por ser una edad de estudiantes y trabajadores jóvenes que les dificulta el tiempo disponible.

Este grupo rara vez acude espontáneamente al centro de salud, solo lo hace

en situaciones de urgencias.

Estrategias Locales 2012 CESFAM SAN ANTONIO para cumplimiento META EMP HOMBRES 20-44 años:

Ø Exigencias de N° de EMP Mensuales por Sectores (4) que se informarán al Estadístico y a la dirección en planillas al término de cada mes.

Ø Salidas a terreno a realizar EMP en diferentes Instituciones (Empresas, Instituciones de Estudio, Plazas, Supermercados, etc.) una o dos veces al mes.

Ø Salidas a terreno a realizar EMP en Juntas Vecinales con planificación conjunta con líderes comunitarios realizando difusión previa a la comunidad (fechas y horarios), según acuerdos.

Ø EMP en horario extendido hasta las 20 horas con personal responsable de la actividad.

Ø Pesquisa de EMP Varones diariamente en el Centro de Salud por todo el equipo de salud (de morbilidad, de Some, Dental y acompañantes de usuario (a) s, etc.) y derivación para Examen de Salud inmediato en sector correspondiente.

Ø Estricto Monitoreo Mensual de N° de EMP realizados y a realizar.

Ø Mayor Difusión comunitaria de la actividad.

Ø Mayor Difusión intra consultorio de la actividad

DIAGNOSTICO SITUACIONAL CESFAM 30 DE MARZO

EMP Hombres 20 a 44 años.

Diagnóstico:

El cumplimiento de cobertura de un 25% de EMP en hombre entre 20 y 44 años es una meta sanitaria de alta exigencia, entendiéndose que el año 2011 se alcanzó solo un 19%. Para el logro de esta exigencia se requerirá de mayor esfuerzo, distribución de tareas y funciones y nuevas y mejores estrategias.

El territorio no cuenta con varias Instituciones de población cautiva objetivo lo que implica un reducido campo de intervención.

Es difícil disponer de un equipo exclusivamente dedicada a realizar EMP por imposibilidad de dejar totalmente otras funciones.

Anualmente se observa un aumento de exigencias de Metas, existiendo graves dificultades para aumentar el Recurso Humano del establecimiento de salud por poseer dificultades actuales de hacinamiento.

Este grupo rara vez acude espontáneamente al centro de salud, solo lo hace en situaciones de urgencias.

ESTRATEGIAS LOCALES 2012 CESFAM 30 DE MARZO

Difusión del EMPA, intraconsultorio a través de afiches y volantes

Difusión del EMPA, en colegios, jardines infantiles, juntas de vecinos

Revisión periódica del tarjetero del EMPA para mantener la vigencia de los exámenes

Rescate y pesquisa de pacientes nuevos durante las visitas domiciliaria, realizadas por los integrantes del equipo de salud.

Exigencias de números mensuales por sector (A y B); que se informara a cada jefe sector al término de cada mes.

Monitoreo mensual del número de EMPA realizados y a realizar a cargo de los jefes de sector.

Pesquisa del EMPA durante la extensión horaria con personal responsable de la actividad.

Pesquisa de EMPA diariamente en el centro de salud. (Morbilidad, acompañantes de usuarios, durante el control dental etc

PLAN INTERVENCIÓN META IAAPS EMP HOMBRES AREA SALUD RURAL SAN ANTONIO

Se ha solicitado meta menor a la nacional para nuestra población de Postas de San Antonio, debido a que este grupo es muy difícil de pesquisar para la realización del EMP, por las razones que se exponen:

- 1.- La población rural se caracteriza por una pirámide poblacional invertida, en que su peso etario recae en la población añosa
- 2.- La gran mayoría de la población masculina de 20 – 44 años no se encuentra bajo control en ningún programa de salud ministerial (Regulación de Fecundidad, Salud Mental, OH y Drogas, u otra patología que no esté contemplada en PSCV), ya que consultan sólo en caso de morbilidad y en general en servicios de urgencia.
- 3.- Una gran proporción de este grupo de hombres trabaja en labores agrícolas por lo que no concurren a citaciones para realización de EMP, más aún si se considera que pierden el pago del día completo si se ausentan aunque sea por un lapso corto de sus quehaceres.
- 4.- Existe poca percepción del riesgo de salud en este grupo etario, la mayoría cree que no es necesario el examen porque es prácticamente imposible que padezcan alguna enfermedad. Dicho sentimiento prevalece, pese a numerosas charlas a la comunidad respecto a pesquisa precoz de

enfermedades.

ESTRATEGIAS PARA CUMPLIMIENTO DE META Y DISMINUCIÓN DE BRECHA:

- 1.- Realización inmediata de EMP a hombres de 20-44 años que concurran al Establecimiento de Salud por otra razón (morbilidad, acompañando a gestante en CPN, acompañando a niño o niña a control de Niño Sano, consulta de urgencia dental, etc). Para esto mantener personal adiestrado para realizar EMP de forma inmediata al ingreso del usuario al Centro de Salud.
- 2.- Enviar citaciones personalizadas a usuarios del grupo etario solicitado para ejecución del EMP.
- 3.- Concurrir a lugares de trabajo para realizar dicho EMP. En Área Salud Rural contamos con empresas del rubro agrícola, avícola y porcino, donde podemos ir a aplicar el EMP, previa coordinación con los encargados de cada estación.
- 4.- Privilegiar la atención de este grupo etario cuando soliciten hora para realización de EMP, pese a que es el grupo minoritario de hombres.

INFORME EMP HOMBRES CESFAM NFT

El EMP como examen de medicina preventiva que tiene como objetivo la detección temprana de patologías que puedan afectar a la población o mejorar la calidad de los mismos, nos da una herramienta eficaz en reducir la morbilidad y mortalidad en la población.

Conscientes en la gran importancia en el grupo de hombres, es que en el año 2011 con mucha dificultad se alcanzó un 17,6%. Observando y analizando las orientaciones IAAPS 2012 un 25% en el EMP hombres es demasiado exigente y casi imposible de cumplir, si bien se pudo cumplir la meta otorgada para la comuna del año 2011, esta no estuvo excepto de dificultades debido a que los hombres son reacios a las citaciones respecto a la administración del examen.

Otra dificultad está relacionada con la hora, puesto que la mayoría de los hombres de la edad entre 20 y 44 están en labores de trabajo y de estudio, y que éste último lo efectúan fuera de la comuna y a veces de la región.

Las actividades a considerar será la inversión de horas en extensión horaria, difusión del examen en los diferentes espacios de comunicación, charlas a empresas que están en la jurisdicción del CESFAM, efectuar exámenes en los lugares de trabajo y las derivaciones de todos los servicios del Centro.