



saludquillota

Red Municipal de Centros de Salud

***PLAN DE SALUD
2011***



www.saludquillota.cl

INTRODUCCION

Al igual que en otras ocasiones, la comuna de Quillota cumple con la entrega de su plan de salud anual en el marco de la disposición legal, que para esos efectos, está contenida en el estatuto de atención primaria de salud.

Para una comuna que ha tratado de actuar con coherencia y responsabilidad frente a tan importante tarea cual es, administrar la política de atención primaria de salud ministerial, pero que entiende que esta misión no se agota en ese exclusivo desafío, sino que presenta una oportunidad para contribuir con el gobierno comunal y su estrategia de desarrollo local; este plan espera dar continuidad a las líneas principales de nuestra gestión y hacerse cargo de los nuevos desafíos sanitarios para la década.

El plan respalda la diversidad de iniciativas que se desarrollan dentro del marco de nuestra gestión. También se sustenta en una administración financiera que da sustento a las exigencias ministeriales y a los énfasis asociados a los distintos establecimientos y a la gestión de los recursos humanos.

Se asegura el respaldo en la definición del plan al crecimiento y complejidad de la labor de APS que a nivel nacional se ha experimentado en los últimos años, con los nuevos programas Ministeriales y con la mayor inversión en APS.

Creemos que todo lo anterior es factible de alcanzarlo por cualquier comuna que como nosotros toma esta tarea con los mismos grados de entusiasmo y responsabilidad. Pero además se requiere grados de innovación para hacerla también una labor de excelencia que además de lograr efectos sanitarios, dignifique a quienes la ejercen y sobre todo, dignifique a quienes va dirigida. Como si con ello definiéramos un esfuerzo por construir una nueva salud... la salud del ser, a diferencia del tener más salud, alineándonos así de acuerdo a nuestro entender, con la aspiración municipal de lograr la felicidad del ser humano, por sobre el logro de mejorar la calidad de vida.

Esperamos que un nuevo plan de salud nos permita alcanzar los desafíos programáticos contenidos en él y exigidos por la normativa ministerial. También esperamos reeditar en este nuevo año de labor, los grandes momentos que han dado identidad y satisfacción a todos quienes somos parte de "Salud Quillota", la red municipal de centros de salud.

VICTOR ALVARADO MIRIC
Director Departamento de Salud

DATOS ADMINISTRATIVOS

Institución : Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de Quillota

Dirección : Clorindo Véliz N° 520 – Villa México, Quillota

Teléfono : 296200 Fax : 296215

E-mails : victor.alvarado@salud.quillota.cl
difusiondds@gmail.com

Alcalde : Dr. Luis Mella Gajardo

Concejales : Fernando Puentes Wasaff
Victor Vergara Flores
José Rebolar Rios
Maria Baeza Hermosilla
Mauricio Avila Pino
Alejandro Villarroel Castillo

Director Departamento de Salud : Victor Alvarado Miric

Jefa Recursos Humanos : Claudia Maturana Donoso

Jefe Área de Programación y
Gestión Clínica : Dr. Pablo Lira Mendiguren

Jefa Área Gestión de Admisión : Viviana Arancibia Cantillana

Encargado de Finanzas : Mauricio Carvajal Tapia

Direcciones de Centros de Salud Urbanos:

Cardenal Raúl Silva Henríquez	:	Ramón Suárez Lago
E-mail	:	ramon.suarez@saludquillota.cl
Teléfonos	:	319788 – 319757 – 310160
Dr. Miguel Concha	:	Dr. Xavier Mendoza Cedeño
E-mail	:	xavier.mendoza@saludquillota.cl
Teléfonos	:	291286 - 291287
CECOF Cerro Mayaca	:	Paulina Vera Zamora
E-mail	:	paulina.vera@saludquillota.cl
Teléfonos	:	315270 - 294720

Direcciones de Centros de Salud Rurales:

Boco	:	Paola Anabalón Videla
E-mail	:	paola.anabalon@saludquillota.cl
Teléfonos	:	312001 – 294886
La Palma	:	Dra. Ximena Maldonado Castro
E-mail	:	Ximena.maldonado@salud.quillota.cl
Teléfonos	:	312210 – 294774 – 294765
San Pedro	:	Leyla Astorga Cárdenas
E-mail	:	leyla.astorga@saludquillota.cl
Teléfonos	:	318728 – 310575

Encargados de Establecimientos:

Plataforma de Gestión Familiar	:	Victor Neira Contreras
E-mail	:	victor.neira@saludquillota.cl
Teléfono	:	313632 – 315927
Centro de Promoción de la Salud y la Cultura	:	Sandra Varas Castillo
E-mail	:	sandra.varas@saludquillota.cl
Teléfono	:	318384

Centro de EMERGER	:	Constanza Villaseca Tesser
E-mail	:	constanza.villaseca@saludquillota.cl
Teléfono	:	257577

Casa de Acogida del Cáncer	:	Marcela Meza Rodríguez
E-mail	:	marcela.meza@saludquillota.cl
Teléfono	:	268856

VISION DEPARTAMENTO SALUD

“Incidir en el desarrollo de Quillota como Comuna Saludable, promoviendo un cambio cultural en la gestión y fomentando la participación ciudadana, la corresponsabilidad y el enfoque familiar de Salud”

MISION

“Ser un sistema de salud municipal de atención Primaria de Salud Pública Integral, oportuno, innovador, resolutivo, en la calidad de las prestaciones de sus servicios, que trabaja con familias para el logro de individuos sanos y una ciudadanía saludable, corresponsable, participativa e integral.”

PLAN DE SALUD COMUNAL

El Plan de Salud se define como el conjunto de acciones y prestaciones que los establecimientos de atención primaria del sector público ofrecen a las familias beneficiarias (Población inscrita y validada por FONASA), que contribuyen a resolver las necesidades de salud de sus integrantes, abordando integralmente los distintos factores que inciden en el proceso salud enfermedad. Las prestaciones se desarrollan enmarcadas en el modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, contenidas en las Orientaciones y Normas vigentes del Ministerio de Salud.

Lo incluido en el Plan, es consistente con el desarrollo del modelo de atención e incorpora todas las acciones que en materia de prevención y curación deben realizar los equipos para dar respuesta a las necesidades de las personas. Incluye, también, las prestaciones que dan cumplimiento a las garantías explícitas en salud (GES), en vigencia desde el año 2005. Existen patologías GES en las cuales el abordaje y resolución son tareas de la atención primaria, mientras que en otras la tarea es participar como puerta de entrada a la red asistencial, realizando pesquisa y derivación al nivel secundario.

La evaluación debe ser un proceso de ejecución sistemática para asegurar el buen desarrollo del plan de salud, en el sentido de que sus resultados permitan:

- Determinar brechas.
- Identificar nudos críticos.
- Mejorar procesos de calidad.
- Aportar información de la comuna, que permita analizar la realidad local y efectuar las adecuaciones necesarias, para generar mejoras en el aspecto evaluado.

REALIDAD COMUNAL



saludquillota
Red Municipal de Centros de Salud



1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA:

Localización Político - Geográfica:

La comuna de Quillota se ubica en el paralelo 32° 54' de latitud sur y el meridiano 71° 16' de longitud Oeste, sobre la cuenca del Río Aconcagua en el tramo en que este río corre de Norte a Sur, antes de desviar su curso hacia el mar, desembocando en las cercanías de la localidad de Concón.

Administrativamente, la comuna de Quillota es parte de la provincia del mismo nombre en conjunto con las comunas de La Cruz, La Calera, Nogales, Hijuelas, Limache y Olmué, siendo además su cabecera provincial.

La Provincia de Quillota, a su vez, es parte de la V Región de Valparaíso, conformada también por las provincias de San Antonio, Valparaíso, Petorca, San Felipe, Los Andes e Isla de Pascua.

Los límites del territorio comunal son los siguientes:

- Al Norte, limita con las comunas de Puchuncaví, La Cruz e Hijuelas en una línea sinuosa que va desde el Cerro Alto del Francés hasta la cota 1087, ubicada en el “Cordón de la Puntilla”.
- Al Sur, limita con las comunas de Limache y Olmué en línea sinuosa desde el camino de colmo a Puchuncaví por San Ramón hasta el Cerro La Campana.
- Al Oriente, limita con la comuna de Hijuelas en línea sinuosa desde la cota 1087 hasta el Cerro La Campana.
- Al Poniente, limita con la comuna de Quintero en línea sinuosa desde el Río Aconcagua hasta el Cerro Alto de Francés.
- La comuna tiene una superficie de 302 kilómetros cuadrados, que corresponden al 18,2% del territorio provincial y al 1,85 % del territorio Regional.

2.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

2.1.- ANÁLISIS DEMOGRÁFICO BÁSICO

De acuerdo a los datos recolectados por el Censo de Población y Vivienda del año 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la comuna posee una superficie de 302 km² y una población de **75.916 habitantes**, de los cuales 37.191 son mujeres y 38.725 hombres.

De la totalidad de habitantes de la comuna un **13,03%** (9.891 habitantes) corresponde a población rural y un **86,97%** (66.025 habitantes) a población urbana, cifras inferiores respecto a la realidad regional, donde el porcentaje de población urbana alcanza a un 91.56%.

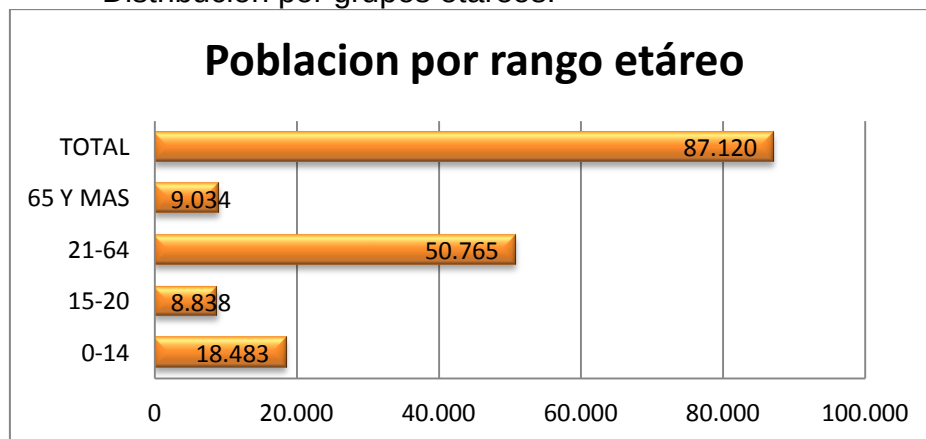
Respecto de la composición por sexo, el índice de masculinidad a nivel comunal es 96 hombres por cada 100 mujeres, cifra muy similar a la que se observa en la región (95 hombres por cada 100 mujeres).

Considerando datos obtenidos a través del Reporte Estadístico Comunal (INE 2008) la distribución por grupos etáreos, muestra una mayor concentración en la población adulta – adulta mayor. Los adultos mayores a nivel comunal representan un 9.6% del total de la población, lo que da cuenta de un proceso de envejecimiento poblacional progresivo, con las implicancias sanitarias que esto conlleva en el manejo de ciertas patologías y en el enfrentamiento de este nuevo escenario epidemiológico.

El siguiente gráfico muestra la distribución porcentual por grupos etáreos a nivel comunal:

GRAFICO Nº 1:

- Distribución por grupos etáreos:



Haciendo un análisis comparativo con la Pirámide Poblacional 1992, al año 2002, se observan cambios significativos en la estructura por edades de la población comunal, reflejando una población en transición, con una tasa de natalidad que decrece notoriamente en tanto el crecimiento que se observa en el rango 14 y 19 años corresponde al crecimiento de los niños de 0 a 9 identificados en el censo 1992. En cuanto a la población mayor, esta aumentó en un 32% respecto de la población de igual edad (mayor de 65) contabilizada en el censo de 1992.

Algunos datos relevantes extraídos del CENSO 2002 y que contextualizan la realidad comunal se puede resumir:

- El índice de dependencia de la comuna corresponde a 51,8, personas inactivas por cada 100 activas. Cifra menor que la reflejada por el censo del 92 que alcanzaba las 59,5 personas inactivas por cada 100 personas activas.
- Respecto del índice de vejez este refleja que hay 40 mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años. (La cifra según el censo de 1992 correspondía a 29 mayores de 65 por cada 100 menores de 15 años).
- Conforme el censo del 2002 las viviendas contabilizadas llegaban a 21.966, de las cuales 1.698 correspondían a unidades nuevas (deshabitadas), lo que da un total de 20.268 viviendas ocupadas efectivamente.
- Al analizar la **Estructura de los hogares**, (mediante procesamiento de las cifras del censo 2002 con Redatam) se observa que en Quillota existe un claro predominio de hogares nucleares, vale decir aquellos conformados por un núcleo familiar (58,70%), por su parte los hogares unipersonales corresponden al 11,29% del total de hogares.
- Al considerar el **Sexo del jefe de hogar**, en la comuna de Quillota, el 31,73% de los hogares cuentan con jefa de hogar. De estas, es notorio el porcentaje de viudas (21,08%), en tanto que las casadas corresponden al 22,41% y las separadas al 16,69%.
- La **composición de hogares por Grupo Socio Económico** (GSE), indica que el mayor porcentaje de hogares se ubica en el GSE D (29%), en tanto que los hogares del GSE ABC1 alcanzan el 10%.
- Respecto al nivel de escolaridad de la población, esta muestra una concentración de personas con nivel básica incompleta (29,3%). Como información adicional obtenida a través de la **Casen 2006** y el reporte estadístico comunal **INE 2008**, el promedio de escolaridad en hombres es de 10.17 años y en la mujer de 10.09 años, ambos levemente inferiores al promedio regional. Respecto a la tasa de analfabetismo alcanza a un 2,9, inferior al dato regional y nacional.

Complementando lo anterior, de acuerdo a la información CASEN 2006, la cobertura de educación básica es de 99.6% y de enseñanza media de un 95.3%.

- La **Categoría Ocupacional** de la comuna, presenta una distribución centrada en personas que se desempeñan como trabajadores independientes (obreros de la construcción y, temporeros agrícolas principalmente) quienes presentan trabajos esporádicos con ingresos irregulares, generalmente bajo el mínimo nacional, y sin previsión.
- De acuerdo del reporte estadístico comunal INE 2008, la mayor concentración de personas de nuestra comuna se encuentra afiliada al sistema Público, siendo por tanto beneficiarios de nuestro sistema comunal de salud. Los porcentajes de afiliación al sistema público son mayores que a nivel nacional (77.9%)

2.2 POBLACIÓN COMUNAL DEPENDIENTE DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL

Establecimiento	Total de población estimada (según per cápita) 2007	Total de población estimada (según per cápita) 2008	Total de población estimada (según per cápita) 2009	Total de población estimada (según per cápita) 2010	Total de población estimada (según per cápita) 2011
Dr. Miguel Concha	23.965	36.472	35.973	39.968	41.976
Cardenal Silva H.	24.929	29.655	28.578	29.803	28.316
San Pedro	4.680	5.354	5.189	5.782	5.889
La Palma	3.951	3.641	3.484	3.758	3.870
Boco	2.894	2.795	2.676	2.860	2.890
Total	60.449	77.917	75.900	82.171	82.941

3- NIVEL DE DESARROLLO:

3.1- EQUIDAD Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES:

3.1.1.- Análisis de la Pobreza e Indigencia:

a) Evolución de la pobreza e indigencia:

Quillota, se encuentra entre las 7 comunas a nivel regional que presentan una población bajo la línea de pobreza sobre las diez mil personas (Viña del Mar, Valparaíso, San Antonio, Villa Alemana, Quilpué, San Felipe y Quillota). Estas comunas concentran el 66,8% de la población bajo la línea de pobreza regional, sin embargo, al hacer el análisis de las tres últimas encuestas CASEN (1998, 2000, 2003, 2006) éste da cuenta que la comuna ha experimentado un importante avance en la reducción de la pobreza entre los años 1998 y 2006.

Cuadro N° 1: Población Según Línea De Pobreza (*)

	Pobreza General		Indigente		Pobre no Indigente	
	N°	%	N°	%	N°	%
Casen 1998	17.719	24.1%	2.214	3%	15.505	21.1%
Casen 2000	--	17.9%	--	3.3%	---	12.9%
Casen 2003	15.934	19.4%	2.589	3.2%	12.845	16.1%
Casen 2006	11.447	14%	945	1.2%	10.502	12.9%
Casen 2009	--	14.4%	--	--	--	--

Fuente: Mideplan, encuestas CASEN 1998, 2003, 2006.

Cuadro n° 2: Población Comunal según Línea De Pobreza 2006

	Número	Porcentaje
Indigente	945	1.2%
Pobre no indigente	10.502	12.9%
Total pobres	11.447	14%
No pobres	70.151	86%
Total	81.598	100

Fuente: Mideplan Casen 2006.

El cuadro resumen de los resultados de esta encuesta permite obtener las siguientes conclusiones:

- La pobreza general se ha reducido considerablemente en el lapso de ocho años. En 1998, ésta ascendía al 24.1 % de la población, mientras que en 2006 alcanzó un 14%, es decir, disminuyó en un 9.2%.
- La indigencia aumenta entre los años 1998 y 2003 (0.2 puntos porcentuales) disminuyendo posteriormente entre los años 2003 y 2006 (2 puntos porcentuales), mientras que la pobreza no indigente mantiene un ritmo de descenso permanente, disminuyendo en 8.2 puntos porcentuales, entre los años 1998 y 2006.
- Por otro lado, la indigencia tuvo una disminución sostenida durante el período considerado. Esta situación puede explicarse porque las autoridades a nivel nacional y local han privilegiado los sectores más pobres de la sociedad para focalizar recursos, lo que ha permitido que, a pesar de las fluctuaciones de economía local y nacional, la tendencia general haya sido la disminución de la población indigente. A esto se suma la incorporación del Sistema de Protección Chile Solidario, focalizando su intervención a los sectores de extrema pobreza o indigencia de nuestra comuna, contando a la fecha con 1.669 familias intervenidas por el programas en las 56 condiciones mínimas que éste establece.
- De acuerdo a datos de la Seremi de Planificación, en pocas comunas de la región hubo aumentos elevados en el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza, en la comuna de Quillota la pobreza aumentó en algunas décimas, de 14 a 14,3%.

b) Territorialidad de la Pobreza:

En la comuna de Quillota, al igual que en otros lugares del país, se observa que la pobreza se encuentra bastante concentrada espacialmente. Parte de los esfuerzos realizados en los últimos años para superarla han sido la focalización de preinversión e inversión precisamente en esos sectores, lo que da cuenta en una reducción de la pobreza entre el año 2003 y 2006 de **3.8 puntos porcentuales**, disminución mayor que a nivel nacional (2.5 pp.).

En este contexto, la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) desde hace varios años, inicia un trabajo que aborda la superación de la pobreza desde una perspectiva territorial, trabajando con las organizaciones funcionales, a fin de promover la asociatividad y propender al fortalecimiento de las redes sociales.

A la fecha Quillota se encuentra dividida en 11 sectores, 8 urbanos y 3 rurales, todos a cargo de monitores comunitarios, que son quienes lideran este proceso.

De acuerdo a estudios y las intervenciones sistemáticas realizadas por la Dirección de desarrollo Comunitario del Municipio, los territorios vulnerables de la comuna se agrupan en:

Cuadro N°3: Unidades Territoriales de Concentración de Pobreza en la Comuna

Nº Unidad Vecinal	Nombre	Poblaciones	Tipo	Nivel de Vulnerabilidad
3	Centauro	Pedro Aguirre Cerda Rebolar	Urbana	Vulnerabilidad en vivienda.
4	Estación	Ariztia	Urbana	Alta concentración de adultos mayores
5	Cerro	Michimalongo Molinares Molinare Aconcagua Norte Progreso y Desarrollo Las Praderas El Peumo Oscar Alfaro El Mirador	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
6	18 de septiembre	Yolanda Gatica Calle 18 El esfuerzo Mns. René Plenovi Villa Santa Rosa Rosales Kennedy	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
7	Condell Oriente	Los Lúcumos Lo Garzo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
8	Quillota Centro	José Miguel Carrera	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
10	Liceo de Hombres	Pob. Portales	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
11	Bajío	V. Gral. Mackena Pedro de Valdivia Gonzalo de los Ríos Chile Nuevo Nva Concepción	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
12	Flamenco	Los Aromos Aconcagua Sur José Miguel Carrera Hermanos Carrera Unión y Progreso	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general
15	Sector Corvi	Arturo Prat Carlos Condell Santa Cecilia J. Abelardo Núñez	Urbana	Vulnerabilidad por alta concentración de adultos mayores.
19	Said	San Alberto San Pancracio Beatita Benavides Said. Santo Domingo	Urbana	Vulnerabilidad socioeconómica general. Alto porcentaje de vivienda en deterioro, alto porcentaje de niños.

(*) Las Unidades Vecinales están formadas por más de un sector. Para efectos de mayor precisión se identifican los sectores que concentran mayor pobreza y sus respectivas Juntas de Vecinos.

Cuadro N° 4: Territorios Vulnerables

Nombre Territorio	Descripción	Familias que carecen de los siguiente servicios				Zona
		Agua Potable	Conectividad	Alcantarillado	Electricidad	
Santa Olivia	Nor Oriente del centro	0	0	70	0	Rural
Casas Viejas	Sur poniente Rio	0	0	50	0	Rural
Boco Quebrada Aji	Nor Poniente	0	0	40	0	Rural
Los Morrillos	Nor Oriente del centro	0	0	55	0	Rural
Lo Mardones	Nor oriente del centro	200	0	200	0	Rural
Las Pataguas	Oriente centro urbano	0	0	50	0	Rural
La Palma	Oriente centro urbano	304	0	36	36	Rural
Las Cruzadas	Sur centro urbano	0	0	30	30	Rural
Lo Varela	Sur poniente centro	41	0	41	5	Rural
La Capilla	Sur centro urbano	256	0	88	10	Rural
Paso Superior el Milagro	Oriente ruta 60CH	40	0	40	0	Rural
La Tetera	Sur Oorientes centro	250	0	106	27	Rural
Mauco	Sur P. Rio Aconcagua	47	0	43	14	Rural
El Huape	Sur P. Rio Aconcagua	5	0	5	5	Rural
Rauten Bajo	Sur P. Rio Aconcagua	70	0	76	12	Rural
No han sido incorporadas en el listado de MIDEPLAN						
Pb. San Martin	Nor Oriente	13	0	13	0	Urbana
Santa Rosa de Colmo	Sur Poniente	150	0	150	60	Rural

Fuente DIDECO, (Extraído Pladeco 2010)

De acuerdo a los datos de la Ficha de Protección Social, en Quillota existen 3.763 familias indigentes, lo que para una población total de (86.000 habitantes) es un alto porcentaje.

3.1.2. Situación de la Vivienda:

a) Calidad de las viviendas:

Cuadro n° 1. Indicadores de Materialidad de la vivienda:

	Bueno	Aceptable	Recuperable	Deficiente	Total
Quillota	77.80%	5.60%	10.02%	6.57%	22.946
Nivel Nacional	76.87%	6.67%	7.66%	8.81%	4.337.066

Casen 2006

De acuerdo a datos de la CASEN 2006, los indicadores sobre materialidad de la vivienda, muestran una media superior a la media nacional, existiendo sin embargo un 6,57% en estado deficiente y 10,02% recuperable.

Cuadro n° 2: Niveles de Hacinamiento:

	Sin hacinamiento	Con hacinamiento
Quillota	99.59%	0.41%
Nivel Nacional	99.18%	0.82%

Casen 2006

Los **Niveles de hacinamiento** en la comuna también, presentan una tendencia baja, con un 74% de hogares con niveles bajos, un 23,5% niveles medios y sólo un 2,2% niveles altos.¹

b) Acceso a Servicios Básicos:

Saneamiento y disponibilidad de servicios básicos:

En cuanto a cobertura de servicios básicos la comuna presenta un 100% en cuanto al servicio eléctrico, sin embargo muestra aún déficit en alcantarillado, en ambos casos está por encima de la media nacional, sin embargo en agua potable el déficit que presenta es superior a la media nacional.

¹ Hacinamiento Bajo; menor o igual a 2,4. Medio entre 2,5 y 4,4. Alto 4.4 personas/dormitorios.

Cuadro N° 3: Cobertura de servicios básicos 2006:

	Alumbrado Eléctrico		Agua Potable		Alcantarillado	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Quillota	22.946	100%	20.891	91.04%	20.233	88.18%
País	4.295.993	99.05%	4.041.314	93.18%	3.577.436	82.49%

Fuente: Mideplan, Encuesta CASEN 2006.

Con relación a la disposición de energía eléctrica en los hogares, un 100% cuenta con conexión a la red pública a través de medidor propio o compartido, cifra que es superior al valor regional y al nacional.

En cuanto a saneamiento muestra indicadores superiores a la media nacional en la suma de buenos y aceptables, sin embargo está por debajo de la media en las situaciones deficitarias.

Cuadro n° 4: Saneamiento Básico:

	Bueno	Aceptable	Regular	Menos que regular	Deficitarias	Total
Quillota	87.58%	6%	1.93%	0.31%	4.18%	100%
País	81.88%	8.11%	6%	0.34%	3.67%	100%

3.1.4. Participación, Democracia e Integración:

3.1.5.1.- Organizaciones Comunitarias:

a) Organizaciones Comunitarias Territoriales

La población está organizada en Juntas de Vecinos (organizaciones territoriales) y organizaciones funcionales. Para el año 2006, de acuerdo al Observatorio Urbano la tasa de organización era de 12,3 por cada 1000 habitantes.

La comuna se encuentra dividida en 11 territorios, en cada uno de los cuales esta constituida una Mesa Territorial en la cual participan dirigentes de las juntas de vecinos y organizaciones funcionales. Tres de estas mesas son rurales en tanto que las otras ocho son urbanas.

La constitución de las mesas territoriales ha sido un instrumento relevante para la territorialización del trabajo del municipio con la comunidad. El nivel de consolidación de estas mesas es desigual, así como los niveles de participación de la comunidad.

Existen 114 organizaciones comunitarias territoriales (juntas de vecinos). Estas se encuentran mayoritariamente en el sector urbano, debido a la mayor densidad poblacional de los sectores urbanos y al hecho que la cercanía entre personas permite una mayor asociatividad.

Cuadro N°2: Organizaciones Comunitarias Territoriales por localización Urbano Rural

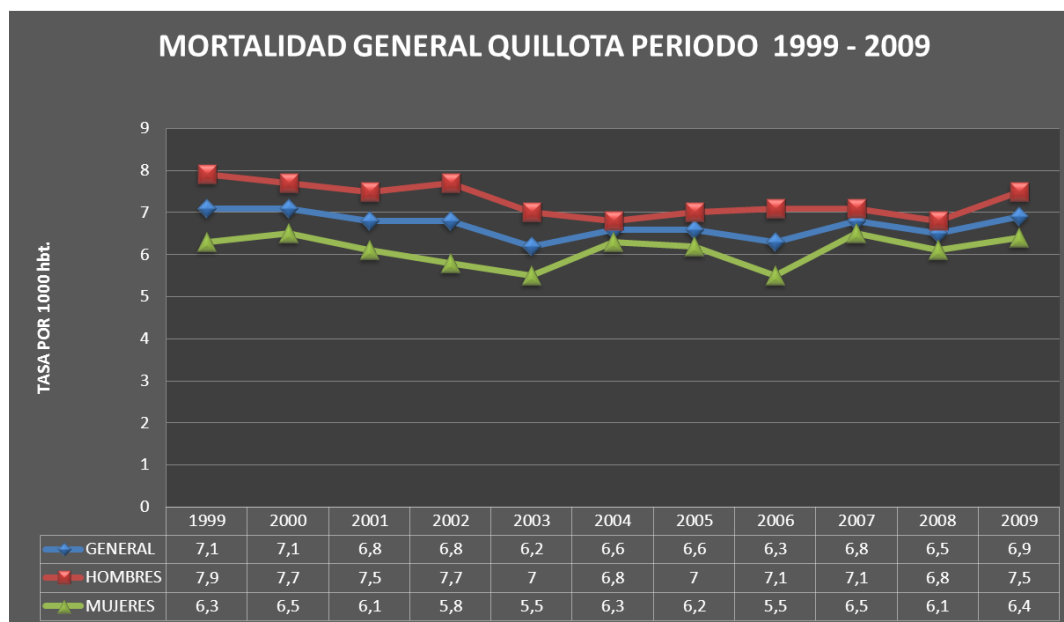
Localización	Total
Urbano	84
Rural	30
Total	114

Fuente: "Catastro de Organizaciones Comunitarias". Dideco. I. Municipalidad de Quillota.

4. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS COMUNALES

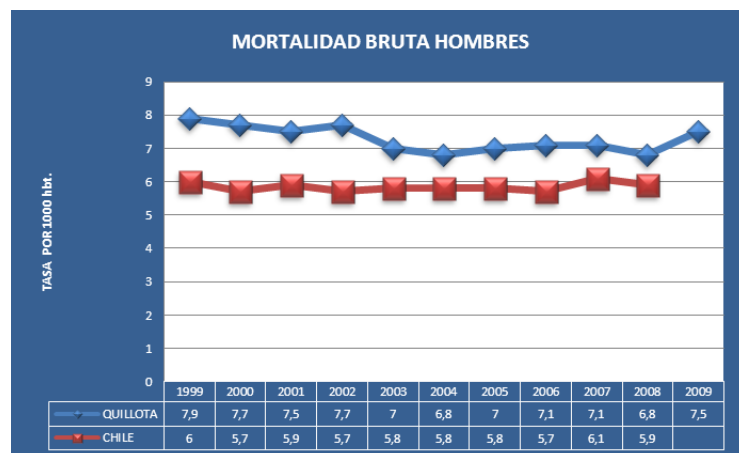
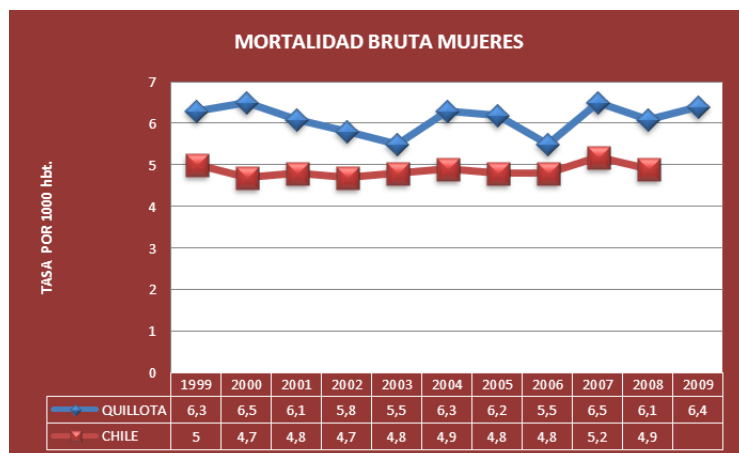
MORTALIDAD

Mortalidad general ambos sexos

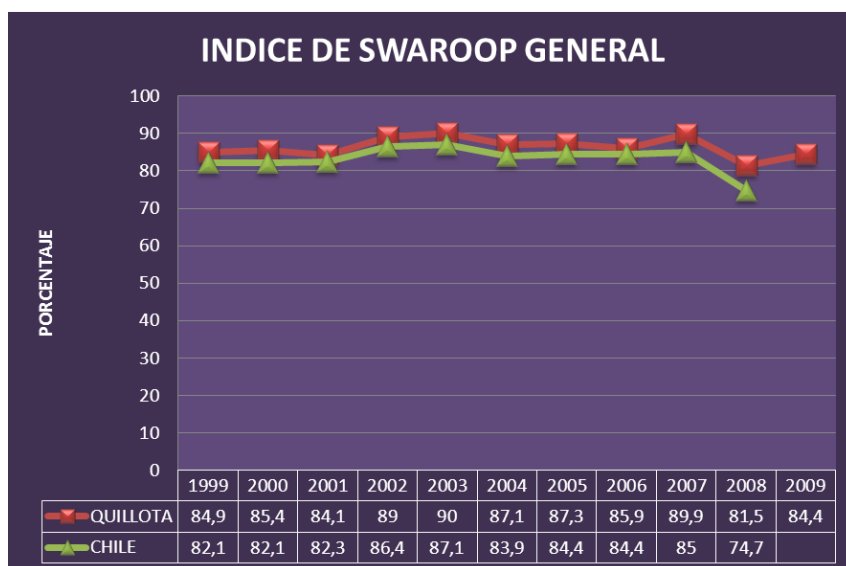


La tasas de mortalidad general para el periodo 1999 – 2009 en Quillota han ido en disminución, con tendencia a la estabilización en 7 por 1000 hbt para hombres desde el 2003 (app). Las mujeres han experimentado un aumento saltatorio de la mortalidad general desde el 2003 alcanzando valores al 2009

comparables con los de 1999, con tasas siempre por debajo que los hombres (fenómeno epidemiológico explicado por género)



Las tasas de mortalidad general y por sexo de Quillota, para el periodo de tiempo señalado, siempre han estado por sobre las tasas de mortalidad del país, hecho que no debe alarmar ya que para realizar una correcta comparación se deben ocupar tasas estandarizadas e índices específicos. Las tasas aumentadas se explican por la característica envejecida de nuestra población.(referirse a perfil demográfico)



El índice de Swaroop hace referencia a que porcentaje de los fallecidos muere sobre 50 años de edad, internacionalmente se considera valores sobre 90% para países desarrollados.

El índice revela algo esperable, las mujeres que fallecen lo hacen a mayor edad que los hombres.

El gráfico muestra como el índice se ha mantenido estable durante el periodo de tiempo señalado, con mejores índices para los años 2002 – 2003. Se observó caída para el años 2008, fenómeno que ocurrió en Quillota como en Chile en general.

Comparando el índice Quillota, durante el tiempo estudiado, ha tenido mejores índices que Chile general, lo que indica que Las personas que fallecen en nuestra comuna mueren a mayor edad. Con índices más cercanos a países desarrollados.

Mortalidad Infantil y neonatal

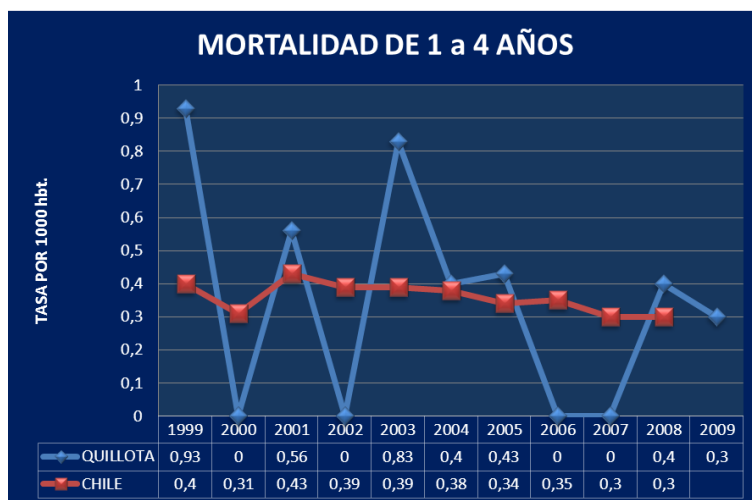
Situación Mortalidad Infantil

MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, POR REGION Y COMUNA 2007								
REGION Y COMUNA	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones menos de 1 año	Tasa (*)	Defunciones menores 28 días	Tasas (*)	Defunciones menores de 7 días	Tasas (+)	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasas (*)
CHILE	2.009	8,3	1.356	5,6	1.049	4,3	653	2,7
VALPARAISO	201	8,8	143	6,3	114	5,0	58	2,5
QUILLOTA	8	6,8	5	4,3	4	3,4	3	1,7

Se aprecia una tasa de mortalidad infantil y sus componentes menor en nuestra comuna que en el nivel país y Servicio de Salud.

Mortalidad en la Niñez

QUILLOTA		
GRUPOS DE EDAD (años)		
1 a 4		
AÑO	Def	Tasa (*)
1999	5	0,93
2000	0	0
2001	3	0,56
2002	0	0
2003	4	0,83
2004	2	0,4
2005	2	0,43
2006	0	0
2007	0	0
2008	2	0,4
2009	2	0,3

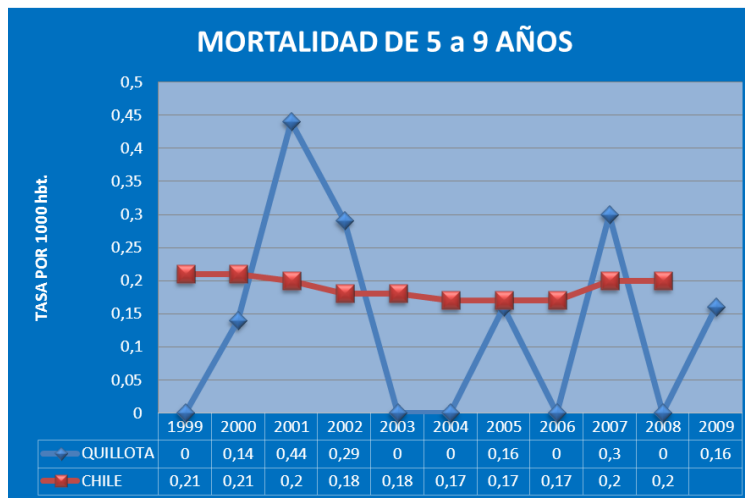


La mortalidad en este grupo etario es baja. En 5 de los 11 años estudiados no hubo fallecidos.

Desde 1999 se ha observado una caída progresiva de las tasas de mortalidad en este grupo.

Las causas de los peak de las tasas guardan relación con malformaciones congénitas y secuelas de la prematuridad que fallecen después del año de vida, así como accidentes ocasionales en menor proporción.

QUILLOTA		
GRUPOS DE EDAD (años)		
5 a 9		
AÑO	Def	Tasa (*)
1999	0	0
2000	1	0,14
2001	3	0,44
2002	2	0,29
2003	0	0
2004	0	0
2005	1	0,16
2006	0	0
2007	2	0,3
2008	0	0
2009	1	0,16

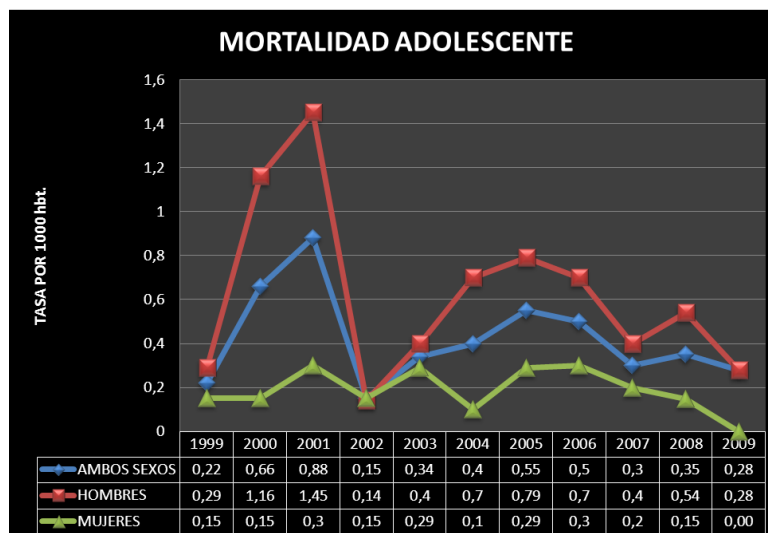


La mortalidad para este grupo etario también fue baja. En 5 de los 11 años estudiados no hubieron fallecidos.

Los peak de las tasas guardan relación con consecuencias de parálisis cerebral, malformaciones, y leucemias.

Mortalidad Adolescente

QUILLOTA			
AÑO	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
	Defunciones		
1999	3	2	1
2000	9	8	1
2001	12	10	2
2002	2	1	1
2003	5	3	2
2004	6	5	1
2005	8	6	2
2006	7	5	2
2007	4	3	1
2008	5	4	1
2009	4	4	0



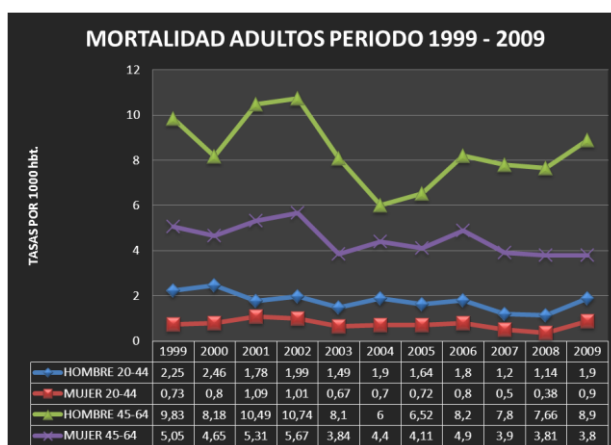
La tasa de mortalidad general en éste grupo etario así como la correspondiente por sexo ha ido en descenso desde 1999.

La mayoría de los adolescentes que fallecen son hombres, siendo sólo 1 o 2 mujeres que fallecen por año, por ello la tasa de mortalidad en las mujeres adolescentes se ha mantenido estable con tendencia a la disminución continua desde el 2006 llegando a 0 para el 2009.

Los peak en la tasa de mortalidad adolescente general, refleja los peak que se producen en el grupo de los hombres adolescente. Dichos peak reflejan el aumento de la muerte por suicidio y agresiones.

Mortalidad Adulto

QUILLOTA				
	20 A 44 AÑOS		45 A 64 AÑOS	
	H	M	H	M
AÑO	Defunciones			
1999	30	10	61	35
2000	33	11	52	33
2001	24	15	69	39
2002	27	14	73	43
2003	22	10	62	32
2004	29	11	48	38
2005	25	11	54	37
2006	27	12	70	46
2007	18	7	69	38
2008	18	6	70	38
2009	31	14	84	39



Tanto en el grupos de 20 a 44 y 45 a 64, la mortalidad es mayor en los hombres, lo que es un hecho esperable por naturaleza biológica de la especie humana.

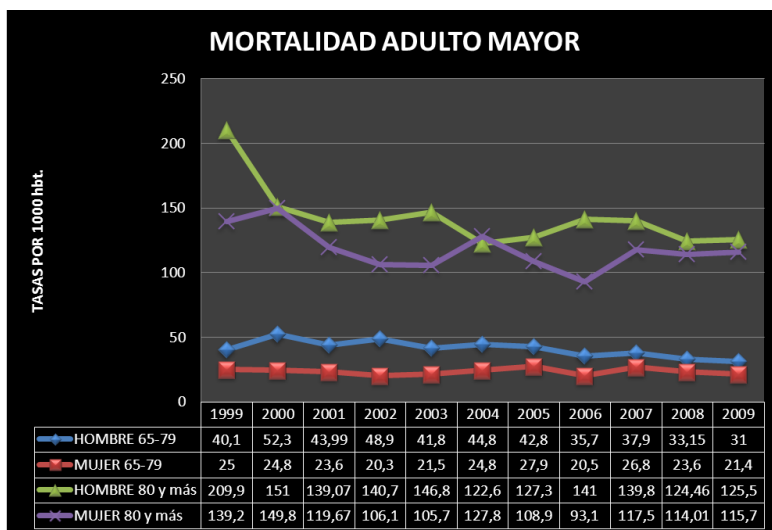
La mortalidad para el año 2009 aparece falsamente aumentada por la inclusión de casos no correspondientes a la comuna (casos impugnados al DEIS MINSAL).

En el grupo de 20 a 44 años la mortalidad se ha mantenido estable con tendencia progresiva al descenso para ambos sexos.

En el grupos de 45 a 64 años, la mortalidad ha ido progresivamente descendiendo para las mujeres, en cambio los hombre han experimentado aumento progresivo de su mortalidad a expensas de las causas cardiovasculares principalmente.

Mortalidad Adulto Mayor

QUILLOTA				
	65 A 79 años		80 y más años	
	H	M	H	M
AÑO	Defunciones			
1999	89	77	89	108
2000	118	78	66	120
2001	101	75	63	101
2002	114	65	66	94
2003	105	70	80	99
2004	116	82	70	125
2005	114	94	76	111
2006	99	71	89	99
2007	109	95	93	130
2008	99	86	87	131
2009	96	80	92	138

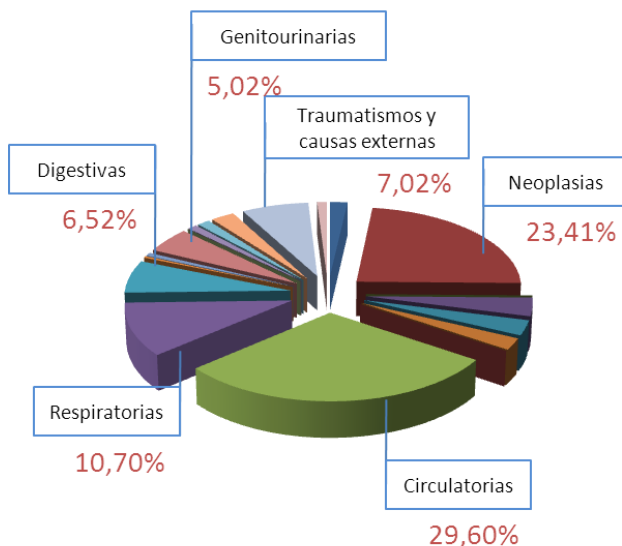


En el grupo de 65-79 años la mortalidad a experimenta un descenso progresivo desde 1999.

Las tasas de mortalidad para el grupo de más de 80 años también a experimentado descenso desde 1999.

Especificaciones en mortalidad para el año 2009

Causas generales de mortalidad:



Ranking	Título	N	%
1	Enfermedades del sistema circulatorio	177	29,60%
2	Neoplasias	140	23,41%
3	Enfermedades del sistema respiratorio	64	10,70%
4	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	42	7,02%
5	Enfermedades del aparato digestivo	39	6,52%
6	Enfermedades del aparato genitourinario	30	5,02%
7	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22	3,68%
8	Trastornos mentales y del comportamiento	18	3,01%
9	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	15	2,51%
10	Enfermedades del sistema nervioso	14	2,34%
11	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	11	1,84%
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8	1,34%
13	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6	1,00%
14	No Tipificados	6	1,00%
15	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	4	0,67%
16	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2	0,33%

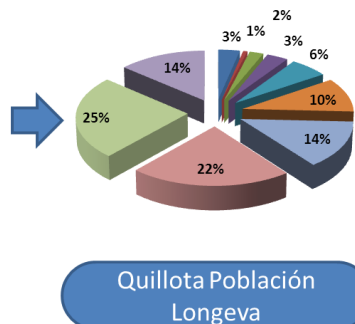
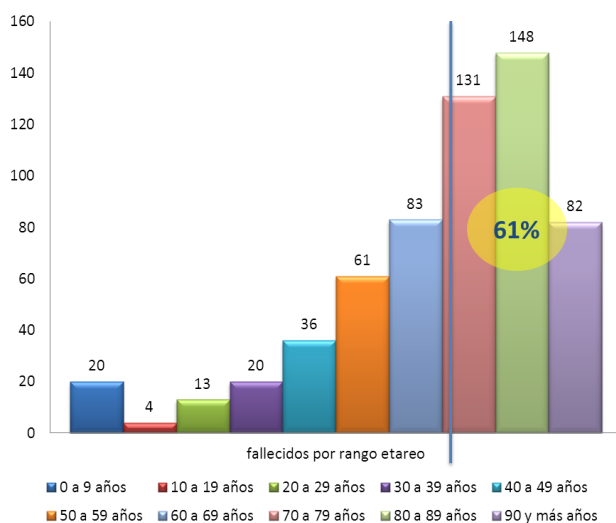
82,3%

Para el año 2009 las causas de mortalidad ocuparon el siguiente orden:

- 1º lugar: Cardiovascular
- 2º lugar: Neoplasias
- 3º lugar: Respiratorias
- 4º lugar: Traumatismos y causas externas de mortalidad
- 5º lugar: Digestivas
- 6º lugar: Genitourinarias

Las anteriores causas son responsables del 82,3% de las muertes.

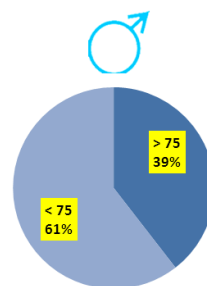
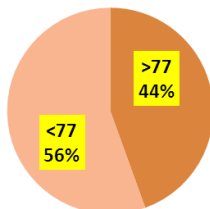
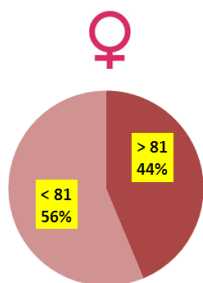
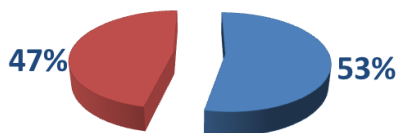
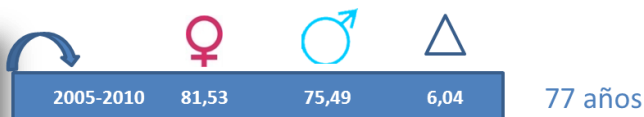
Edad de los fallecidos:



El 61% de los fallecidos el 2009 tenía más de 70 años de edad, lo que refleja el carácter longevo de nuestra población.

CHILE: Hipótesis de evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo, según quinquenios. 2000-2050

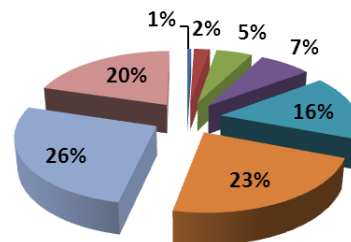
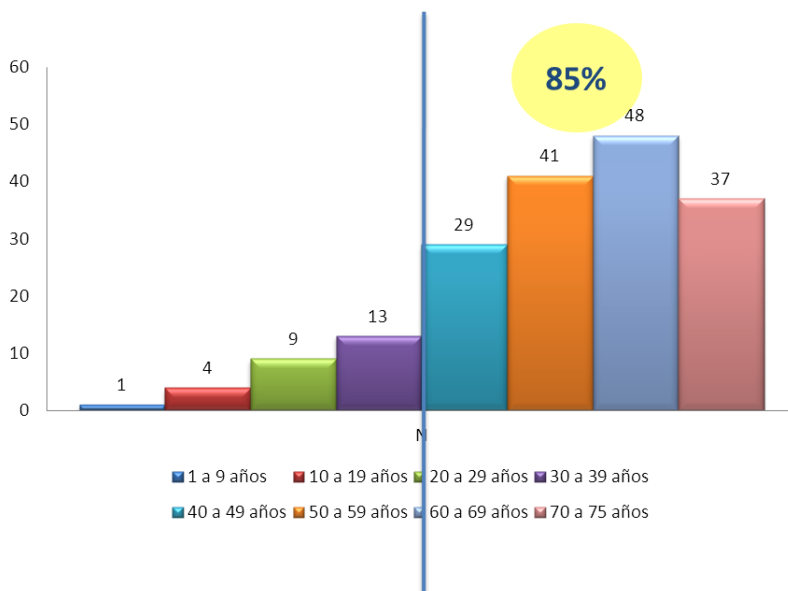
PERÍODO	Esperanza de vida al nacer (en años)		Diferencial
	Hombres	Mujeres	
2000-2005	74,80	80,80	6,00
2005-2010	75,49	81,53	6,04
2010-2015	76,12	82,20	6,08
2015-2020	76,68	82,81	6,13
2020-2025	77,19	83,36	6,17
2025-2030	77,64	83,86	6,22
2030-2035	78,04	84,31	6,27
2035-2040	78,40	84,71	6,31
2040-2045	78,72	85,08	6,36
2045-2050	79,00	85,40	6,40



Para el año 2009 el 44% de los fallecidos mujeres y el 39% de los fallecidos hombres, murieron por sobre la expectativa de vida para nuestro país para ese año.

Causa de mortalidad en aquellos que murieron bajo la expectativa de vida esperada

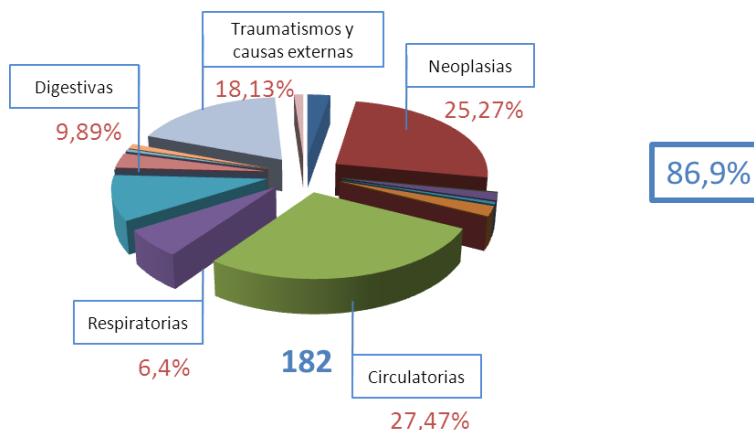
Hombres y edad de muerte:



El 85% de los hombres que fallecieron bajo la expectativa de vida de 75 años para el 2009, lo hicieron entre los 40 a 75 años.

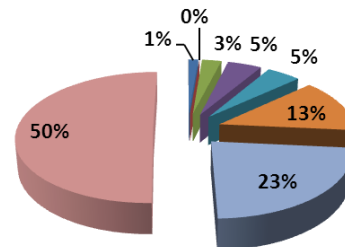
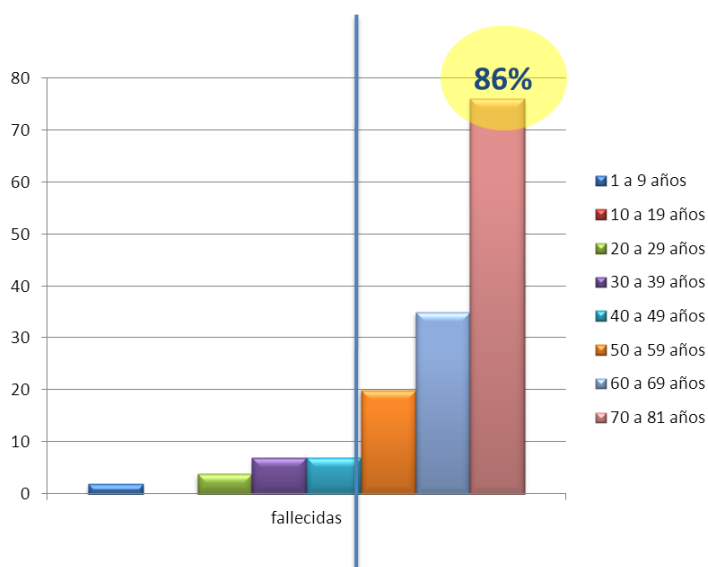
Hombres y causas de muerte:

El 1º y 2º lugar lo ocupa las causas cardiovasculares y neoplasias respectivamente, el 3º lo ocupan los traumatismo y causas externas de mortalidad con un 18%. En rojo las 5 principales causas que en conjunto suman el 86,9 %.



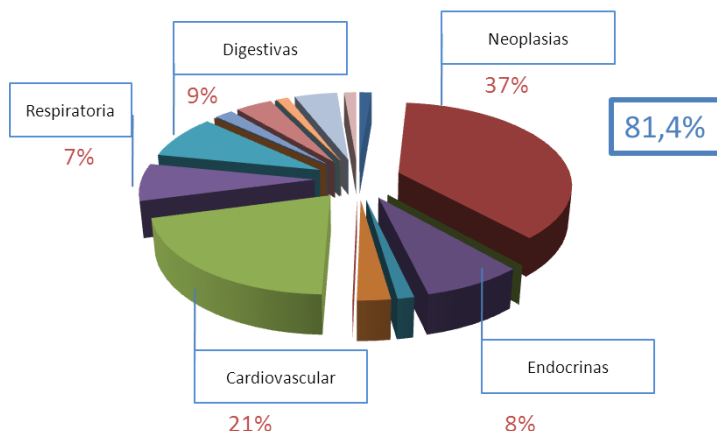
NUMERO DE FALLECIDOS POR GRUPO DE CAUSAS			
	Titulo	Numero de fallecidos	Porcentaje
1	Enfermedades del sistema circulatorio	50	27,47%
2	Neoplasias	46	25,27%
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	33	18,13%
4	Enfermedades del aparato digestivo	18	9,89%
5	Enfermedades del sistema respiratorio	11	6,04%
6	Enfermedades del aparato genitourinario	6	3,30%
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5	2,75%
8	Enfermedades del sistema nervioso	4	2,20%
9	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	1,65%
10	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2	1,10%
11	No Tipificados	2	1,10%
12	Trastornos mentales y del comportamiento	1	0,55%
13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	0,55%

Mujeres y edad de muerte:



La gran mayoría de las mujeres que fallecieron bajo la expectativa de vida para el país para el 2009, murieron sobre los 50 años, principalmente sobre los 70 años.

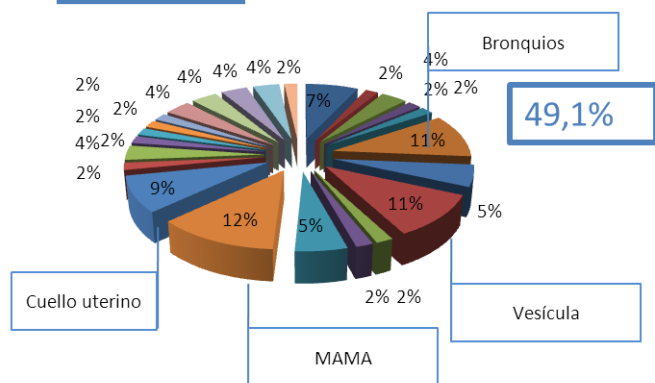
Mujeres y causa de muerte:



NUMERO DE FALLECIDOS POR GRUPO DE CAUSAS			
Lugar	Título	N	%
1	Neoplasias	56	37,09%
2	Enfermedades del sistema circulatorio	31	20,53%
3	Enfermedades del aparato digestivo	13	8,61%
4	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12	7,95%
5	Enfermedades del sistema respiratorio	11	7,28%
6	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	7	4,64%
7	Enfermedades del aparato genitourinario	6	3,97%
8	Enfermedades del sistema nervioso	4	2,65%
9	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	3	1,99%
10	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	1,32%
11	Trastornos mentales y del comportamiento	2	1,32%
13	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2	1,32%

El 1º y 2º lugar lo ocupa las neoplasias y lo cardiovascular respectivamente. Las neoplasias representan casi el doble de la mortalidad por cardiovascular, el 3º lo ocupan las enfermedades del aparato digestivo seguido de cerca por las causas endocrinas y respiratorias.

Neoplasias



Muchas etiologías

Sistema bilio –
digestivo ; 26.3%

Ginecológico; 26.3%

Diagnóstico	N	%
TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	7	12,28%
TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR	6	10,53%
TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	6	10,53%
TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5	8,77%
TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	4	7,02%
TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS, PARTE NO ESPECIFICADA	3	5,26%
TUMOR MALIGNO DEL PERITONEO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3	5,26%
TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	2	3,51%
TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	2	3,51%
TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	2	3,51%
LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	2	3,51%
MIELOMA MULTIPLE	2	3,51%
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	2	3,51%
TUMOR MALIGNO DEL DUODENO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA UNION RECTOSIGMOIDEA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DEL HIGADO, NO ESPECIFICADO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA PLEURA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE PARTE ESPECIFICADA DEL PERITONEO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DEL UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA URETRA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	1	1,75%
TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	1	1,75%
LEUCEMIA AGUDA, CELULAS DE TIPO NO ESPECIFICADO	1	1,75%

Una gran variedad de neoplasias distintas fueron las causantes de mortalidad.

La principal causa de muerte por cáncer fue el Ca de Mama seguido por el vesícula biliar y pulmón en 2º y 3º lugar respectivamente.

Los 2 principales sistemas anatómicos comprometidos son el bilio – digestivo y el ginecológico, que en conjunto suman más del 50% de las causas de muerte por cáncer.

Conclusión

Desde 1999 la mortalidad general de Quillota ha disminuido de forma progresiva. El poseer tasas de mortalidad general más elevadas que las del país, se debe a las característica envejecida de nuestra población, por lo demás quienes fallecen en Quillota lo hacen a mayor edad. Sumado a esto, los análisis epidemiológicos muestran que las personas que viven en Quillota no tienen mayor riesgo de morir que en otra parte de Chile.

Son pocos los niños que fallecen entre los 1 y 9 años, las principales causas están concentradas en las secuelas que dejan la prematuridad, las malformaciones congénitas, la parálisis cerebral y las leucemias.

Son pocas las mujeres adolescente que fallecen, en cambio los hombres adolescentes lo mueren en mayor proporción, principalmente por suicidio y agresiones.

Los adultos entre 20 – 44 años han experimentado un descenso progresivo en la mortalidad desde 1999. En cambio en el grupo de los hombres de 45 a 64 años desde el 2004 la mortalidad ha ido en aumento a expensa de las causas cardiovasculares.

La mortalidad en los adultos mayores se ha mantenido descendiendo progresivamente desde 1999 tanto para el grupo de 65 a 79 años así como en los mayores de 80 años.

Para el año 2009 gran parte de los fallecidos murieron por sobre la expectativa de vida del país. El 61% de todos los fallecidos murió sobre los 70 años.

Las principales causas de mortalidad no difieren de las del resto de Chile y región para el año 2007.

Las enfermedades del sistema cardiovascular, las neoplasias y las causas respiratorias siguen siendo las principales causas de muerte.

Analizando el grupo de hombres que fallecieron bajo la expectativa de vida, la edad de éstos se distribuyó de forma dispersa desde los 40 años hasta los 75 años. Sus principales causas de muerte fueron los Infartos Agudos al Miocardio (IAM), los accidentes cerebrovasculares (AVE), los cánceres de; bronquios y vía aérea superior, estómago, riñón y próstata, los accidentes de tránsito, traumas varios y suicidios, cirrosis hepática, neumonías y fibrosis pulmonares.

Analizando el grupo de las mujeres que fallecieron bajo la expectativa de vida, el 50% de ellas tenía más de 70 años. La principal causa de muertes a diferencia de los hombres fueron las neoplasias, siendo las principales el Ca de Mama, el de vesícula biliar, el de bronquio y pulmón, el de cuello uterino y el de estómago. El segundo lugar de las causas fueron las cardiovasculares siendo el IAM y el AVE, las principales al igual que los hombres. Las enfermedades hepatobiliares así como las consecuencias de la Diabetes fueron causa importante de mortalidad también.

Se hace necesario mantener una adecuada supervisión a los registros de mortalidad en APS ya que en reiteradas ocasiones los errores de registros ha llevado a un falso aumento de la mortalidad en grupos específicos.

Por otra parte el análisis sistemático de las causas de mortalidad permiten enfocar recursos en salud, mejorando la eficiencia del sistema.

Unidad de Investigación

Referencias:

Ine Quillota.

www.ine.cl; indicadores básico de salud.

DEIS Minsal

5. INDICADORES SANITARIOS:

5.1 INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS)

A continuación se detallan los índices que fueron evaluados durante el presente año y las coberturas logradas al último corte de Octubre del 2010. Según la evaluación realizada en dicho corte por parte del Servicio de Salud Viña del Mar –Quillota, nuestra comuna cumplió con el 100 % de las metas a lograr. Estos desafíos que genera el cumplimiento tanto de los Índices de Actividad como de las Garantías Explícitas de Salud (GES), han requerido de parte de las Autoridades Locales, Equipo de Gestión de Departamento y de las Direcciones de los Establecimientos de la Red APS, optimizar los recursos tanto humanos, físicos y financieros, además de mejorar los diferentes procesos clínicos como ha sido la protocolización de las diferentes patologías garantizadas. De igual manera se han reforzado los equipos administrativos que deben velar por el registro adecuado de dichas prestaciones.

INDICE DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) COMUNAL - OCTUBRE 2010

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	Realizado a Octubre		Cumplimiento
	Numerador/ Denominador	%	
META 1-A : PLAN DE SALUD COMUNAL “Cartera de Servicios” META MINSAL 90%. META SSVQ 90%	93/95	97,9%	100%
META 1-B : PLAN DE SALUD COMUNAL “Capacitación” META MINSAL 90%. META SSVQ 90%	26/26	100%	100%
META 2 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN HOMBRES DE 20 A 44 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 10%	893/13.150	6,79%	97,01%
META 3 : COBERTURA EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS META MINSAL 25%. META SSVQ 20%	1.088/5.404	20,13%	100%
META 4 : COBERTURA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR (EFAM) DE 65 Y MÁS AÑOS META MINSAL 75%. META SSVQ 43%	2.386/8.271	28,85%	95,84%
META 5 : INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS META MINSAL 85%. META SSVQ 85%	824/974	84,6%	100%
META 6 : COBERTURAS ALTAS ODONTOLÓGICAS TOTALES EN POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS META MINSAL 19%. META SSVQ 19,35%	4.527/22.332	20,27%	100%
META 7 : COBERTURA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL 85%. META SSVQ 78%	2.390/3.045	78,5%	100%

META 8 : COBERTURA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS META MINSAL: 65% META SSVQ: 66,24%	9.439/13.661	69,1%	100%
META 9 : PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON DÉFICIT (RIESGO Y RETRASO) DEL DESARROLLO PSICOMOTOR de 12 A 23 MESES, RECUPERADOS META MINSAL: 60% META SSVQ: 60%	58/56	103.5%	100%
META 10 : BRINDAR ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD HASTA LAS 20 HORAS DE LUNES A VIERNES META MINSAL: 100% META SSVQ: 100%	5/5	100%	100%
META 11 : TASA DE VISITA INTEGRAL META MINSAL: 0,10% META SSVQ: 0,15%	3.021/18.973	0,16%	100%
META 12 : TASA VISITA A PACIENTE POSTRADO META MINSAL: 6,50% META SSVQ: 6,50%	2.135/91	23,5%	100%

Durante el año 2010 nuestra comuna cumplió con las metas en cada uno de los cortes de evaluación programados. No teniendo descuentos en el per cápita por dicho concepto.

5.2. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

Una garantía explícita establece protección efectiva para el ejercicio de los derechos emanados del Plan. Las garantías son diferenciadas, de acuerdo a la prioridad de la enfermedad o condición de salud. Entre los criterios de priorización se encuentran la magnitud y gravedad del problema, la percepción de desprotección financiera de la población, la existencia de prestaciones y acciones con efectividad demostrada, los recursos disponibles y la capacidad de atención del Sistema de Salud.

El Plan AUGÉ contempla garantías diferenciadas en los siguientes ámbitos, acceso, oportunidad, calidad y protección financiera,

Desde la entrada en Vigencia del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (2005) a la fecha, nuestra comuna ha cumplido con cada una de ellas en un 100%, cifra que se refleja en la evaluación específica de este indicador en el Índice de Actividad en Atención Primaria de Salud (IAAPS 2006-2007-2008-2009-2010)

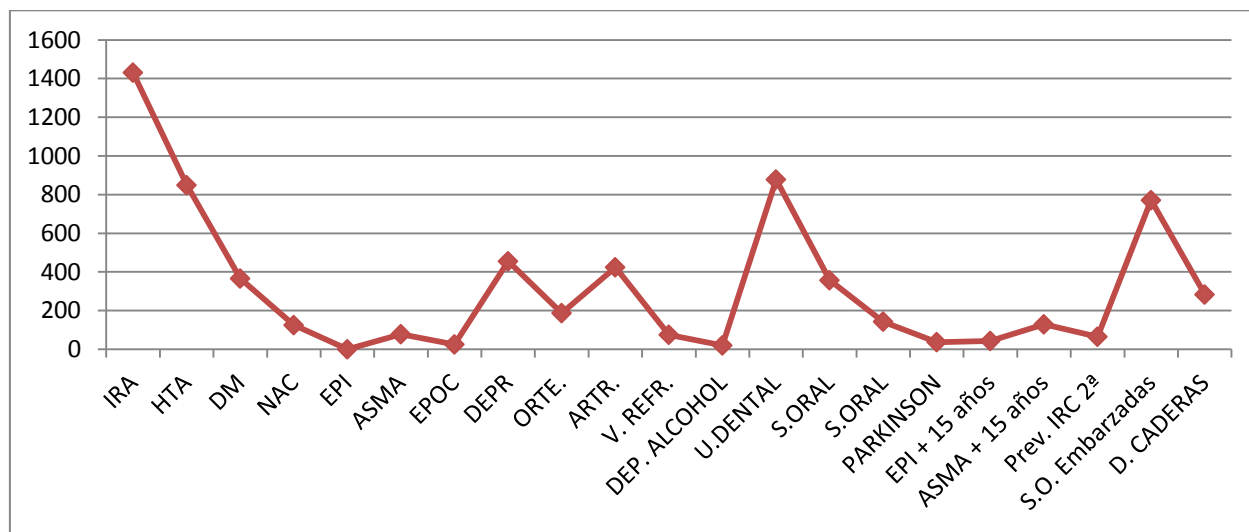
Nuestro énfasis como equipo nos permitió visualizar de mejor manera como focalizar a todos los integrantes de los Equipos GES de cada establecimiento y crear nuestro Organigrama con funciones y dependencia más definida para optimizar el recurso humano y la capacitación en la totalidad de Problemas de Salud Priorizados.

ESTADÍSTICA CASOS AUGE INGRESADOS POR PATOLOGÍA 2010

ESTABLECIMIENTO	IRA	HTA	DM	NAC	EPI	ASMA	EPOC	DEPR	ORTE.	ARTR.	V. REFR.	ALCOHOL	U.DENTAL	S.ORAL	S.ORAL	PARKINSON	EPI + 15 años	ASMA + 15 años	Prev. IRC 2ª	S.O. Embarzadas	D. CADERAS	TOTAL
CECOF	182	6	6	11	0	0	0	8	9	15	2	0	17	5	1	0	0	0	0	51	16	329
BOCO	5	31	13	2	0	0	0	12	12	14	0	0	19	2	2	1	1	3	1	26	12	156
CRSH	0	0	0	0	0	0	0	363	0	0	39	20	143	277	0	0	0	0	0	642	253	1.737
SAN PEDRO	75	72	24	15	0	0	0	30	20	29	0	0	121	46	2	3	11	5	0	38	1	492
LA PALMA	46	36	23	5	0	4	4	42	15	25	10	0	92	27	9	2	3	18	2	14	1	378
M.CONCHA	1.123	704	300	92	0	74	21	0	131	341	24	0	486	0	129	31	28	103	62	0	0	3.649
TOTAL:	1.431	849	366	125	0	78	25	455	187	424	75	20	878	357	143	37	43	129	65	771	283	6.741

Durante el año 2010 se incorporó la Garantía Explícita de Displasia de Caderas, le corresponde el primer control a la atención primaria y la realización de Radiografía, Durante este año en las evaluaciones de corte GES nuestra comuna cumplió con el 100% tanto en la Garantía de Acceso como de Oportunidad. De igual forma se realizó por parte de la Superintendencia de Prestadores una auditoría al Centro de Salud Dr. Miguel Concha, cumpliendo este a cabalidad los requisitos exigidos para las prestaciones GES.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD COMUNA – AÑO 2010



METAS SANITARIAS 2010
COMUNAL - SEPTIEMBRE 2010

Según las proyecciones a Diciembre se cumplirían de manera adecuada las metas, de acuerdo a corte a septiembre 2010.

INDICADOR	Realizado a Octubre	CUMPLIMIENTO %
	Numerador/ Denominador	
1.-Evaluación Desarrollo Psicomotor a los niños de 12 a 23 meses Meta: 90%	746/1.049	71,12%
2.-Cobertura Papanicolau Meta: 70%	16.250/21.927	74.10%
3A.- Cobertura Altas odontológicas Totales en Adolescentes de 12 años Meta: 65%	599/1.269	47,11%
3B.Cobertura Altas Odontológicas Total Embarazadas Primigestas Meta 55%	374/887	42,16%
3C. Cobertura Altas Odontológicas Total en niños y niñas de 6 años Meta 70%	460/1.071	42,95%
4.-Compensación de personas Diabéticas bajo Control de 20 y más años Meta: 45,4%	1.210/2.452	49,35%
5.- Compensación de personas Hipertensas bajo control de 20 y más años Meta: 55%	4.960/8.779	56,50%
6.- Obesidad en Niños o niñas Menores de 6 años en control. Meta 9,4%	622/6229	9,99%
7.- Profesionales con Agenda Centralizada en SOME de cada establecimiento. Meta: 100%	40/46	100%
8.- Consejos De Desarrollo de Salud funcionando regularmente Meta 100%	5/5	100%
9.- Gestión de Reclamos Meta 90%	8/8	100%
10.- Vacunación tercera dosis Pentavalente del Programa Nacional de Inmunizaciones Meta 95%	897/973	92,19%

PLANIFICACION 2011.

El análisis de los determinantes sociosanitarios, el diagnóstico epidemiológico descrito anteriormente y el grado de desarrollo alcanzado por nuestro Modelo de Atención Local de Salud, junto a los principios orientadores de la Reforma de Salud, nos lleva a priorizar ciertas áreas a intervenir por nuestro sistema tendiente a lograr un mayor impacto en la Salud de nuestra población beneficiaria. Este objetivo es complejo y debe conjugar políticas y proyectos en el plano biomédico, epidemiológico y curativo, como también en lo referente a programas de prevención y promoción de la salud de los habitantes. A nivel comunal la realidad de la población, sus características y los riesgos que afectan a la salud de la población tienen indudablemente peculiaridades, por lo que una adecuada intervención en salud debe trascender la mera aplicación de los programas y proyectos definidos a nivel central por el MINSAL o nivel regional por los Servicios de Salud.

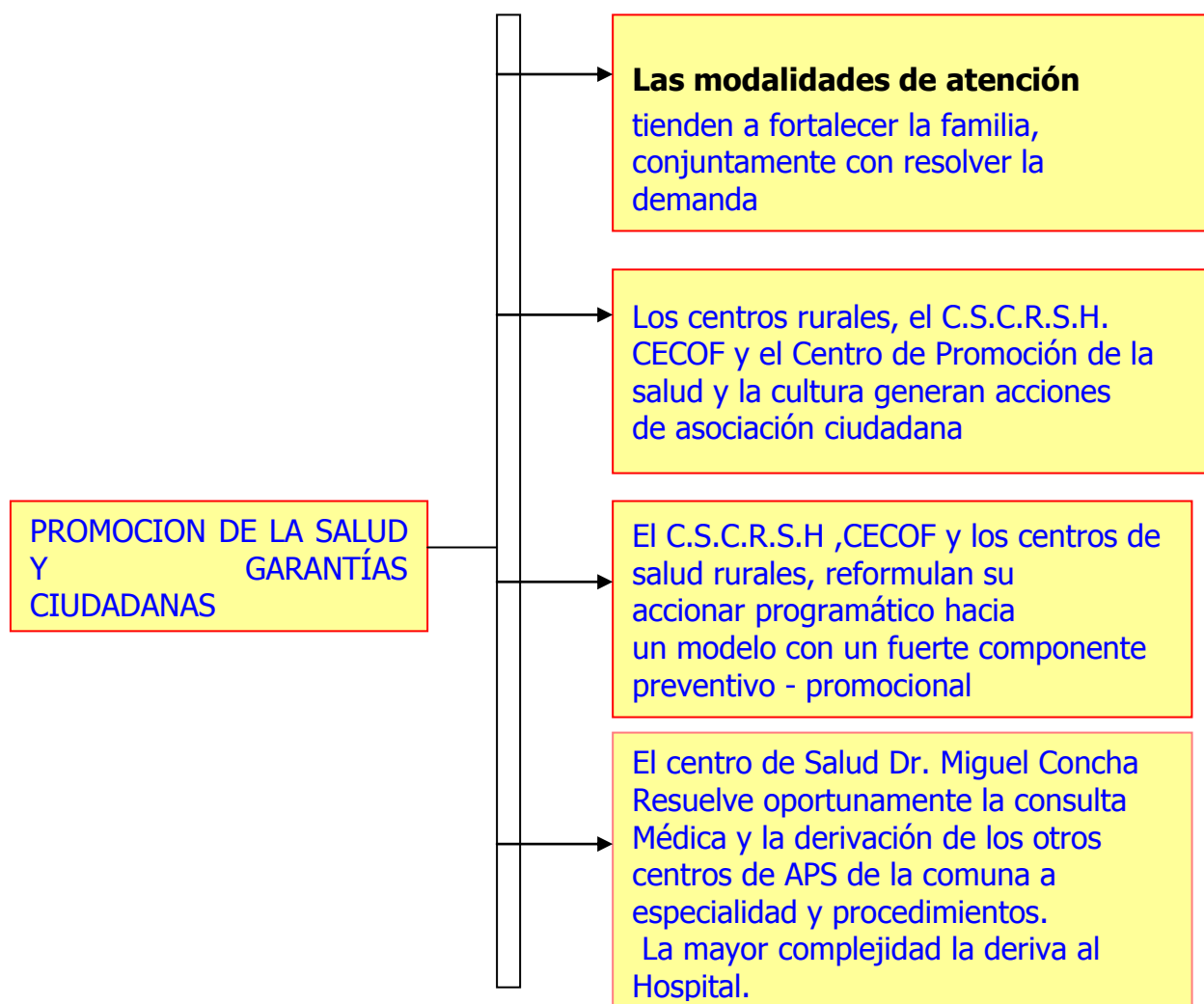
El área salud, en su planificación 2011, incorpora elementos a desarrollar desde el punto de vista del **Modelo de gestión local**, como desde la definición de sus **Lineamientos estratégicos, Líneas sanitarias y Canasta de Prestaciones** definidas a nivel local.

1. MODELO DE GESTIÓN LOCAL DE SALUD.

El Departamento de Salud está trabajando desde el año 2001, en un Plan de Reorientación de la Gestión de Atención Primaria en Salud Comunal, que busca relevar la Promoción en Salud y las Garantías Ciudadanas, utilizando para ello un enfoque de integración. Los Centros de Salud Comunal son los encargados de llevar a la práctica el nuevo modelo de Salud.

Debido a la propuesta de reorganización, las unidades de atención con los que cuenta la comuna han debido reformular sus objetivos y modos de funcionamiento, con el fin de trabajar en niveles diferentes, pero complementarios a la vez que propicien un tipo específico de empoderamiento de la población, agrupando labores específicas a Centros de Atención determinados.

ENFOQUE DEL MODELO DE GESTION SANITARIA COMUNAL



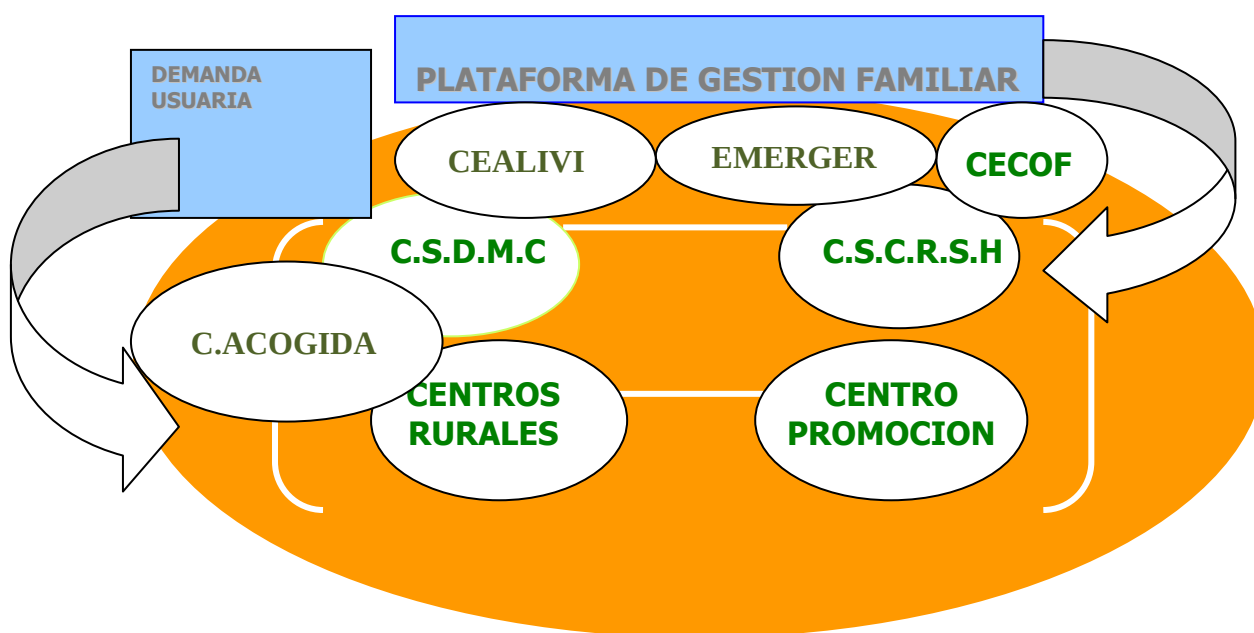
LA FUNCIONALIDAD EN RED DEL SISTEMA

Conjuntamente con la reorientación del nivel prestador en lo relativo al sentido que tendrá cada establecimiento, esta nueva dimensión del modelo de gestión apunta a afianzar el sentido corporativo en cuanto a la distribución de recursos, a mejorar la resolución de problemas con la derivación de situaciones entre los mismos establecimientos dependiendo de la demanda o requerimiento y, principalmente, a que los grupos familiares encuentren la mayor resolutivez a sus problemas al interior del sistema como la retroalimentación entre esos grupos familiares y los equipos (Unidades de la Familia) de cada establecimiento derivador.

Conjuntamente con las prácticas programáticas vinculantes que tendrá la misión de cada establecimiento, el modelo de gestión genera la Plataforma de Gestión Familiar, instancia que recibe la información asociada a la actividad de cada establecimiento, así como también acoge los requerimientos de cada familia-cliente, a través de los ejecutivos de familia.

Además, la Plataforma de Gestión Familiar tiene como instrumento para su actuar una base de datos que contiene toda la información de las familias adscritas, a las cuales se les realizará un contrato institucional de prestaciones y sellará el compromiso que las familias tendrán con el sistema (contrato de afiliación y de garantías de atención) y que el sistema tendrá con ellos.

RED MUNICIPAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:



LA INTEGRACION MUNICIPAL.

Si bien ha existido una dependencia histórica-técnica de la APS con el Ministerio de Salud y por ende con los Servicios de Salud, a partir de la Municipalización del sector, la relación administrativa cambia, dependiendo la APS casi exclusivamente de los Municipios.

Lo anterior trae no sólo retos en el ámbito de la administración de los recursos, sino que en la estrategia de enfrentamiento a problemáticas locales. Para los Municipios es un desafío desarrollar tácticas comunes, debido a la diversidad de departamentos y/u ofertas que esta institución ofrece.

En la comuna de Quillota, el Municipio ha trabajado en el desarrollo de una propuesta de Estructuras por FOCOS, bajo la base del PLADECO 2010-2015. Una de los Focos conformados es el Foco Social, que la componen las siguientes unidades: la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), el Departamento de Educación, el Departamento de Salud (DDS), Cultura y Deportes.

El Pladeco definió como misión del Municipio: **“Soñar, diseñar, gestionar y construir participativamente la comuna humana, saludable e innovadora”**.

Desde Salud se trabajará en tres objetivos transversales:

1.-Ciudadanía y Participación

“Promover un cambio cultural a nivel local que incorpore la co-construcción de una cultura que garantice la integración social, la promoción de los derechos humanos, la igualdad de género y la vida saludable.”

2.- Desarrollo Humano

“Mejorar IDH de la comuna, destacando los elementos valóricos en los programas que se implementen. “

3.-Gestión Interna

“Implementar políticas públicas orientadas a la promoción del desarrollo humano a través de la entrega de servicios humanizadores, saludables e innovadores.”

La sensibilización y profundización de la temática por parte de la autoridad local, además de los/as Directores/as de Departamento, hacen que este componente de integración y visión estratégica futura de la comuna sea un factor determinante para el desarrollo de los planes y programas, de las prioridades sanitarias y de visión familiar.

Finalmente es seguir profundizando a la Atención Primaria Municipal de Quillota como una estrategia de Desarrollo Local, que contribuye al logro de individuos, familias y comunidades saludables.

2. LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS:

RESOLUTIVIDAD

Este es uno de los lineamientos principales que deben caracterizar a la Atención Primaria. El Ministerio de Salud ha establecido como meta, tener una capacidad de resolución de un 90%. Para el Departamento de Salud de Quillota y su red de establecimientos, esta línea de desarrollo lleva ya varios años, durante los cuales se han generado inversiones en equipamientos y contratación de especialistas que nos permiten entregar prestaciones como las ecotomografías, ecografías, atención kinesiológica y podología. Además de compra de servicios en apoyo de Imagenología (ecografía de partes blandas, Rx huesos largos y articulaciones), exámenes de laboratorio (antígeno prostático, exámenes hormonales y tipología viral). Además en el marco del Programa de especialidades se han resuelto interconsultas en las áreas de Oftalmología, específicamente en vicios de refracción, otorrino(hipoacusia), audífonos, mamografías, eco mamarias, prótesis dentales y endodoncias.

De igual manera y junto con lo anterior, la capacitación continua de nuestros profesionales nos permite hoy poder contar con un nivel de resolución en el nivel primario por sobre el 90%.

Derivación- Referencia a especialidad Médica Nivel Secundario y Terciario año 2010 a Noviembre.

	2008	2009	2010
Total Atenciones	87.944	83.802	83.922
Total Derivaciones	7.671	7.825	8.511
Resolución	91,3%	90,7%	90%
Derivación	8,7 %	9,3%	10%

CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA.

La introducción de la gestión total de calidad en las organizaciones de salud debe poner especial énfasis en no preocuparse tan solo del aspecto técnico de la prestación de salud, sino también la utilización eficiente de recursos y la satisfacción del paciente con la atención.

En el marco de la Reforma de Salud y con el respaldo de la normativa vigente, hemos comenzado a avanzar por el camino de garantizar una mejor y más segura atención a los usuarios de nuestro sistema sanitario, poniendo el

énfasis en la calidad de los procesos de la práctica sanitaria, la gestión de las redes asistenciales y la seguridad de las instalaciones que prestan atención de salud.

Lo que expresa el concepto calidad es una práctica profesional caracterizada por los siguientes rasgos:

- a) Conocimientos científicos y tecnológicos disponibles ajustados al estado del arte.
- b) Mínimos riesgos para el paciente, de lesión o enfermedad, asociados al ejercicio clínico.
- c) Uso racional de los recursos, es decir, que no sean ni fútiles ni exagerados, sino eficientes, eficaces y efectivos.
- d) Satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención sanitaria.

Durante el presente año nos hemos propuesto avanzar de manera decidida en incorporar estos componentes en nuestro plan de mejora continua de la calidad asistencial con el fin de poder alcanzar la acreditación de nuestros establecimientos a un mediano plazo.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

El año 2009 marcó hito histórico con la renovación y ampliación del Soporte tecnológico informático para todos los Centros y Departamento de Salud de la comuna desde la informatización de procesos el año 1995.

El Soporte Informático contemplando las dimensiones de Infraestructura Tecnológica, los Sistemas de información y los Proyectos de Gestión, presentaron enormes avances como política institucional promoviéndose y estableciéndose como el eje de desarrollo de la APS Quillota y uno de los pilares que sustenta a la institución.

En los Sistemas de Información de Salud el mayor desarrollo se gestó en las Páginas WEB con Sistema Meduc que opera bajo esta modalidad, así como la creación de Plataforma de Gestión Administrativa del Departamento de Salud y la generación de micrositios con correos institucionales para todo el personal.

El Sistema de información de Salud para la línea asistencial, implementada con la Plataforma MEDUC, opera vía WEB y el servicio es otorgado por la Empresa DICTUC de la Universidad Católica de Santiago.

La implementación de este Sistema Informático comenzó en Febrero del año 2009, bajo la modalidad de arriendo mensual. Para el año 2011 se espera continuar con el mejoramiento continuo del registro clínico electrónico,

En la actualidad en el área urbana el 100% de los prestadores utiliza este instrumento de Registro en la APS Quillota.

MODELO DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO.

Seguir avanzando de una forma distinta de relación las personas, familias y comunidad, en la que su participación pasa a ser relevante en la promoción y prevención. Una forma distinta de hacer salud, tanto en el diseño de las intervenciones mas participativas como en el tipo de respuestas que se implementan.

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD.

Desde hace ya un tiempo el Departamento de Salud se ha enfocado en la importancia de los determinantes sociales de la salud los que se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla.

Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

El enfoque de determinantes sociales, amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales

PROMOCION DE LA SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA.

Trabajar el *empoderamiento* ciudadano desarrollando una propuesta de trabajo que promueva una participación de la comunidad, integrando lo saludable, con una cultura de la tolerancia y respeto de la diversidad. Todo a través del desarrollo cultural y reconocimiento de los *determinantes sociales de los niveles de salud*.

TERRITORIALIDAD

El Departamento de Salud, tiene como objetivo para el año 2011 fortalecer los lazos de trabajo en conjunto con la comunidad en los consejos consultivos y juntas de vecinos. Uno de los proyectos que tiene como objetivo fortalecer los vínculos en los territorios entre equipos de salud y los sectores sociales es la

implementación de un nuevo Centro Comunitario de Salud Familiar en la UNCO, ubicada en la Villa Paraíso.

3. LINEAMIENTOS SANITARIOS:

Las líneas sanitarias se orientarán a:

MEJORAR LOS LOGROS SANITARIOS ALCANZADOS

Continuar el descenso de la mortalidad infantil y materna, cuyos esfuerzos para lograrlo por parte de la sociedad radica en múltiples áreas, tales como educación, condiciones de la vivienda, saneamiento básico, programas de inmunización, de alimentación complementaria, programas de salud, especiales para las mujeres y los niños, atención profesional del parto, avances científicos y tecnológicos. También se deben consolidar esfuerzos para controlar las enfermedades prevenibles por vacuna, resolver los vacíos de coberturas de vacunación, incluir vacunas nuevas de eficacia y seguridad probadas. Otro logro es disminuir la incidencia y las muertes por tuberculosis, desde la vacunación y detección precoz hasta su tratamiento.

Las principales estrategias para el logro de estos objetivos se relacionan con garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, además de la ejecución e intervenciones poblacionales para prevenir daños específicos en las áreas prioritarias, así como mantener las estrategias exitosas en control de infecciones transmisibles, incluyendo las emergentes.

ENFRENTAR LOS DESAFÍOS DERIVADOS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y DE LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD.

Nuestra comuna presenta una situación epidemiológica caracterizada por un aumento en enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes, aparición de nuevas enfermedades y otras que se creían ya controladas. Por tanto, se requiere enfrentar esta nueva situación con un enfoque multisectorial, donde participen sectores como educación, vivienda, obras públicas, transporte, hacienda y otros actores sociales.

AREAS A INTERVENIR

a) Controlar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida.

- Frenar el consumo de tabaco, que ha aumentado en los últimos años, especialmente en las mujeres y niveles socioeconómicos bajos y que

constituye la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo.

- Disminuir el aumento de obesidad.
- Promover conductas sexuales seguras y responsables como única forma de prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas como el SIDA y evitar embarazos no deseados y de adolescentes.
- Contribuir a crear un ambiente saludable.
- Contribuir a mejorar las condiciones laborales.

b) Enfermedades que generan la mayor carga de mortalidad y para las que se cuentan con medidas de intervención de efectividad probada. Éstas son:

- Enfermedades cardiovasculares, centrando esfuerzos en la reducción de enfermedad isquemia y cerebro vascular.
- Cánceres, focalizando esfuerzos en cáncer de cuello uterino, de mamas y vesícula.
- Traumatismos y envenenamientos, concentrando los esfuerzos en accidentes de tránsito.
- Enfermedades respiratorias, especialmente por neumonía en los adultos mayores.
- Disminuir la discapacidad asociada a diabetes.
- Prevenir la aparición y el aumento sostenido de la epidemia VIH/SIDA.

c) El tercer ámbito de acción en esta área son aquellos problemas de salud que disminuyen la calidad de vida de las personas.

- Problemas de salud mental, cuyas metas fundamentales son disminuir la recurrencia de estrés depresivo, aumentando la cobertura de financiamiento y disminuir las adicciones a través de estrategias intersectoriales.
- Salud dental, disminuyendo su índice en la población de niños y jóvenes.
- Enfermedades osteoarticulares, disminuyendo la discapacidad que genera.

DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD.

Si bien en el promedio nacional los indicadores muestran cifras satisfactorias en muchos aspectos, existen grandes diferencias en la situación de salud, tanto por estratos socioeconómicos, por género y nivel geográfico. La reducción de las desigualdades en Chile involucra un esfuerzo de toda la sociedad. Desde el punto de vista sectorial, además de contribuir a este esfuerzo global, las estrategias específicas consideran la focalización de las acciones del

sector en los grupos más desfavorecidos, concentrándose en las principales causas de morbilidad y garantizando acceso y oportunidad de atención para ellos.

PROVEER SERVICIOS ACORDE A LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN

Incrementar la valoración social del sistema, equiparando los objetivos técnicos en logros de salud con las aspiraciones ciudadanas sobre los servicios de salud que reciben. Con ello se reconoce que si bien el eje fundamental del sector es mejorar la situación de salud de la población, las acciones que se emprendan con este fin deben darse en un contexto de respeto a la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos

A continuación se enumeran las diferentes áreas prioritarias de la comuna, en las cuales se desarrollarán diversas líneas de intervención siempre orientadas a lograr acciones de alto valor agregado y resolutivo, tanto en el ámbito preventivo y promocional, como en la dimensión del daño en salud. Lo anterior asociado a la satisfacción usuaria y la participación social de actores urbanos y rurales, elementos claves en la formación de una Comuna Saludable:

1. Adolescencia – Salud Sexual y Reproductiva
2. Salud Cardiovascular
3. Adulto Mayor
4. Salud Oral Infantil
5. Infecciones Respiratorias Agudas
6. Consumo de Drogas y Alcoholismo
7. Obesidad Infantil
8. Apoyo Diagnóstico
9. Salud Mental
10. Atención del Paciente Postrado.
11. Detección Precoz de Cáncer
12. Desarrollo Biosicosocial de la Infancia
13. Investigación

Estas diferentes áreas se desarrollarán en extenso en base al diagnóstico a continuación en el funcionamiento de nuestra red de Atención Primaria de Salud y en los Planes de Acción de cada Centro de Salud.

CENTRO DE SALUD DR. MIGUEL CONCHA

PLAN DE SALUD 2011

Centro de referencia urbano con énfasis en las acciones recuperativas y de tratamiento, que además incorpora el enfoque preventivo – promocional, conformado por equipos multidisciplinarios, capacitados en diversos ámbitos.

MISION

Proveer atenciones de salud a los afiliados, asegurando resolutivez, calidad, pertinencia y efectividad.

MODELO DE GESTION: Recibe las solicitudes de atención por demanda espontánea, por derivaciones de otros centros de APS de la comuna o por ordenes de atención emanadas de la plataforma de clientes. Deriva al nivel secundario sólo lo que la red de APS comunal no puede resolver. Aborda la dimensión del daño en salud.

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

1. Aumentar la acción territorial y comunitaria.
2. Optimizar la calidad prestaciones /Acreditación
3. Usuario interno
4. Potenciar las acciones hacia la población adulta mayor de riesgo.
5. Diagnóstico precoz del cáncer
6. Disminuir complicaciones de patologías cardiovasculares.

1. Aumentar la acción territorial y comunitaria.

Una de las brechas existentes según lo analizado con el consejo consultivo, y el equipo técnico del Centro de Salud y del Depto. de Salud, es la dificultad de acceso para ciertos sectores de la ciudad.

Durante el 2010, se inician los estudios de preparación, para la construcción de un **CECOF**, en el terreno anexo a la sede de la unión comunal de juntas de vecinos en el sector de Villa Santa Teresita y Villa Paraíso, medida avalada por el Sr. Alcalde y que cuenta además con el compromiso de la UNCO,

brindando así la oportunidad de atención expandiendo nuestra red de salud, hacia un sector de la ciudad con dificultad para trasladarse hacia los centros urbanos actuales. proceso que podría concretarse en el **2011**,

Dentro de esta misma línea, se propone también potenciar el trabajo del Centro de Rehabilitación con Base Comunitaria “**CEALIVI**”, ubicado en la Villa Paraíso.

2. Territorialidad y Diagnostico Participativo

Una de las principales propuestas para el 2011, es trabajar con la sectorización de la Comuna de Quillota, tema ya definido y estructurado en los actuales momentos, a través de un trabajo realizado por el área de salud en conjunto con el DIDECO, donde se identifican los encargados o representantes de los distintos sectores de la comuna, a través de un diagnóstico participativo, con enfoque de riesgo, identificando grupos o variables que determinan áreas vulnerables de la ciudad.

Farmacia móvil: Se mantendrá estrategia que alcanza ya a 16 Juntas de Vecinos y 4 Hogares de Larga Estadía, logrando una cobertura de más de 600 personas, en su mayoría adultas mayores. Que incluye la entrega de citas para exámenes y controles del Programa de Salud Cardiovascular, además de medicamentos se entregan los alimentos (leche+cereal) para los adultos mayores.

Se programa continuar en el 2011, con las actividades semanales programadas con el **Grupo Reencuentro**, grupo de la comunidad que maneja conductas de auto cuidado y actividades programadas a lo largo del todo el año, con una larga trayectoria en la APS de Quillota, cuenta con el apoyo, de un equipo multidisciplinario del consultorio.

Desde el punto de vista de participación comunitaria y dentro de los objetivos del programa cardiovascular, se plantea para el 2011 mantener, los tres sectores de **actividad física** cardiovascular del área urbana (V. Dr. Sagre, Liceo S. Escutti y pobl. Corvi) y crear un grupo nuevo, por definir.

En relación a este tema también, se considera mantener el programa de actividad física del **adulto mayor** que se realiza en la sede de la Said.

3. Optimizar la calidad de las prestaciones

Durante el 2011, el equipo técnico, del centro de salud, plantea el desafío, de trabajar en todo lo referente a mejorar los **estándares de calidad**, a nivel de todas las prestaciones, partiendo desde mejorar nuestro sistema de información y señalética, el acceso a admisión necesita una reingeniería, desde la capacitación de los funcionarios/as, un selector de demanda, manejo de protocolos, de dación de hora, hasta los fono salud, aumentar el actual diseño a una planta telefónica, para un total, de 4 funcionarios, incluido en este tema la confirmación de citas, sea por vía telefónica o por vía mensaje de texto.

Otro de los temas importantes, es el trabajar, con protocolos en las distintas áreas, como es el área de exámenes por ejemplo, donde existe una responsabilidad, sobre el manejo de toma de muestra, así como la confidencialidad de cada caso, el proceso va desde que se genera la orden de examen, hasta que llega el resultado del examen, incluyendo normas del derecho a saber.

Como meta final 2011, 2012 como centro esperamos, pasar por los proceso de acreditación, como prestadores de salud, y cumplir con todos los requisitos, que exige la norma.

Una de las prioridades del Plan de Acción 2011 para el Centro de Salud Dr. Miguel Concha es optimizar el funcionamiento del SAPU en relación a mantener apoyo médico en periodos Peak y optimizar la calidad de atención.

4. Usuario Interno

Para el 2011, una de las apuesta principales, de todo el equipo de gestión, del C.S. Miguel Concha, es trabajar con los funcionarios, en temas como autocuidado, manejo de estilos de vida saludable, haciendo énfasis en la capacitación de los funcionarios, en diversos ámbitos, como es el manejo de público, manejo de conflicto, buscando la excelencia, uso adecuado de la herramienta informática, debido a la demanda y a la complejidad, de las prestaciones, se requiere cada día, una capacitación continua, de nuestros funcionarios.

5. Potenciar las acciones hacia la población adulta mayor

Desde los otros ámbitos, nuestra prioridades están orientadas a fortalecer acciones hacia los adultos mayores en riesgo, mejorando el acceso a las prestaciones, tenemos una brecha en la tasa de consulta de este grupo, por tal razón nuestra propuesta para el 2011, es un conjunto de acciones, diseñadas

a mejorar nuestra llegada a este grupo de pacientes, que no consulta a nuestros centros.

6. Diagnóstico precoz del cáncer

Para el 2011, una de las expectativas como centro de salud, es poder influir, en la tasa de morbi mortalidad, por cáncer en la comuna, el conjunto de estrategias están destinados, para poder intervenir, en el diagnóstico precoz de los distintos cánceres, que se ubican, entre las primeras causas de mortalidad por neoplasias.

Si diseñan estrategias de apoyo diagnóstico para la detección y tratamiento oportuno de ciertos cánceres que constituyen las primeras causas de Neoplasia y mortalidad en la comuna.

Muchas de las patologías o cánceres están incluidas en el GES, pero otros están fuera del rango de edad o no se consideran desde la sospecha, la idea es intervenir, en todos los ámbitos para poder tener un impacto sobre la incidencia y mortalidad de los mismos.

Para ello se propone:

- Optimizar y aumentar el número de Endoscopia digestiva alta
- Detección de Helicobacter Pilory test inhalación.
- Ecotomografía oportuna y según norma.
- Mamografía oportuna según triage y toma antígeno prostático específico.

En relación al cáncer gástrico, se ha tenido una respuesta satisfactoria, por parte del Hospital San Martín de Quillota, debido a la toma oportuna de las endoscopias digestiva alta, a todas las sospechas, de Ca gástricos, o gastritis complicada, de acuerdo a los criterios GES, pero aún así, hay un grupo de pacientes, que no logra tener acceso a una endoscopia, como screening durante lo que va del año 2010, se han realizado 196 endoscopias digestivas altas, la idea es mantener este número de EDA, y poder incrementarlo en un 20 a 30%.

7. Disminuir complicaciones de patologías cardiovasculares.

Nuestro objetivo como comuna además de trabajar con los indicadores y metas de cobertura y compensación, es lograr la menor incidencia de complicaciones en los pacientes Cardiovasculares como son las amputaciones, las secuelas por AVE, IAM, Retinopatías, IRC entre otros, debido a que tienen un alto costo personal y familiar llevando a la invalidez y postración en muchos de los casos, potenciando las actividades educativas y actividades grupales orientadas a mejorar la adhesividad y corresponsabilidad de los pacientes.

Métodos que incluyen curación avanzada de heridas, tema en el cual tenemos una amplia y buena experiencia, oportunidad y cobertura en exámenes como fondo de ojo, electrocardiograma y todos los exámenes relacionados, con la toma oportuna de decisiones y conductas proactivas y preventivas en beneficio del usuario, para prevenir complicaciones cardiovasculares con secuelas.

Se optimizará, también, el cumplimiento de todos los protocolos y el apoyo de los medios diagnósticos y terapéuticos de mejor calidad para lograr los objetivos propuesto, incluida las reuniones técnicas, reuniones de médicos y las auditorias y seguimiento de casos.

CASA DEL CANCER DE QUILLOTA

Misión:

La misión es que los pacientes de cáncer que lleguen a nuestra dependencias y sus familiares puedan encontrar en la “Casa de Acogida de enfermos de Cáncer”, un lugar de contención y respeto, un espacio que ayude a los pacientes y sus familias a creer y seguir adelante, además de apoyar el tratamiento médico de los pacientes en situación de riesgo, vulnerabilidad y mejorar su calidad de vida.

Beneficiarios:

La Casa de Acogida de Quillota, esta pensada para beneficiar directamente a 13 pacientes y la Casa de Acogida de San Pedro a 7 pacientes, de ambos sexos sin límites de edad, no discrimina en estratos socioeconómicos, privilegiando a las personas vulnerables de la comuna.

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

Talleres de cuidados de enfermos a Familiares
Talleres de autocuidado familiares
Talleres de autocuidado personal

CENTRO DE SALUD CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ

MISIÓN: Fortalecer las acciones preventivas y promocionales con un enfoque integral, tomando como base la familia

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

Desarrollo Biosicosocial de la infancia.
Estimulación Temprana.
Obesidad Infantil
Adolescentes
Adulto
Adulto Mayor
Alcohol y Drogas.
Intervención Familiar
Participación Comunitaria.
Salud Oral Infantil.
Salud Oral Gestantes.
Salud Mental.

1.- Unidad del niño y la niña.

a) Línea primera infancia

Fortalecimiento de la primera infancia enfocada como un determinante social primordial en salud, asociado al funcionamiento eficiente de una red de protección social, especialmente para las familias que se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad, promoviendo cambios culturales y normativos en ellas, que les permitan avanzar hacia una mayor equidad en salud. Iniciativa a desarrollar con la implementación del programa de cuidados del proceso reproductivo humano y primera infancia, que fundirá estrategias y acciones locales con las políticas del gobierno central, asentadas en el recientemente creado, sistema intersectorial de protección social, cuyo programa eje es el apoyo al desarrollo biopsicosocial de nuestros niños y niñas.

A partir de la implementación del programa Chile Crece Contigo, se entrega a la comunidad talleres en los que encuentran apoyo para la crianza de sus hijos e hijas. Dada la demanda creciente que los usuarios y usuarias han manifestado en el programa, se pretende mantener la cobertura de atención a las familias, proporcionando espacios en los que puedan aprender y ejercitar de manera

vivencial, cómo estimular el desarrollo de los niños y niñas en las diferentes áreas de desarrollo reforzando permanentemente como condición indispensable el ejercicio de un vínculo saludable entre los diferentes miembros de la familia, por lo cual se vuelve recomendable la participación no sólo de las madres sino también de otros miembros significativos de la familia.

b) Línea manejo de la obesidad infantil

Objetivo: Contribuir a detener el aumento de la obesidad infantil especialmente en los niños y niñas en etapa preescolar y escolar. Contribuyendo a disminuir el índice de obesidad infantil en la comuna a un 9% mediante intervenciones efectivas e integrales en jardines infantiles de la comuna.

2.- Unidad del y la adolescente.

Línea mejoramiento de acceso a jóvenes

Aumentar el nº de prestaciones dirigidas a jóvenes adolescentes, con énfasis en el área nutricional, salud bucal, sexual y reproductiva y en salud mental, especialmente en el manejo del consumo problemáticos de drogas, alcohol y depresión. Implementando días y horarios específicos de atención para este grupo objetivo.

3.- Unidad del adulto y adulta.

Línea promoción estilos de vida saludables

Objetivo: Aumentar la oferta de prestaciones relacionadas con enfoque biopsicosocial en adultos y adultas beneficiarias de los distintos programas

4.- Unidad del adulto y adulta mayor

Línea cuidados de la salud mental de adultos, adultas mayores y sus cuidadores

Objetivo; desarrollar actividades familiares, comunitarias y territoriales enfocadas a entregar herramientas psicoeducativas en relación a las principales afecciones de salud mental que afectan a los adultos y adultas mayores, como son los trastornos afectivos y del ánimo.

5.- Unidad de la Familia

Línea de intervención familiar:

Objetivo: Aumentar el nº de intervenciones a familias con riesgo, provenientes de las distintas líneas sanitarias, especialmente a las clasificadas con riesgo moderado y severo. Realizando estudios de familias y diseñando e implementando consensuadamente con las familias, planes de salud integrales, gestionados en red y complementados con visitas domiciliarias integrales.

6.- Unidad de Promoción y participación ciudadana

Línea participación comunitaria:

Objetivo: Consolidar la alianza estratégica con la unión comunal de juntas de vecinos, a través de los consejos consultivos para concretar la construcción de 1 Cecof en el sector Condell Oriente de nuestra ciudad, mejorando el acceso de este sector, al sistema sanitario municipal de la comuna

PLATAFORMA DE GESTION FAMILIAR

Objetivo general:

Incrementar y ampliar el trabajo de la PGF, estableciendo áreas nuevas de trabajo, que permitan vincular el trabajo de las ejecutivas con la comunidad quillotana, en el marco de una cultura familiar saludable y la corresponsabilidad en salud.

Objetivos específicos:

Establecer e incorporar, al trabajo diario, lineamientos de gestión en la PGF, en el área administrativa y clínica, separando las funciones de cada una de éstas.

Desarrollar las áreas comunitaria e intersectorial, la que se enfoque al cambio socio cultural de la comunidad de Quillota, afianzando/potenciando vínculos con organizaciones para intervenciones comunes.

Fomentar la práctica del enfoque de derechos, a través de intervenciones con las familias demandantes y con el intra sistema sanitario.

Desarrollar un área comunicacional, que de cuenta de las acciones desarrolladas por la PGF, en su vinculación con las familias, el intra sistema y con el inter sector.

Generar un Plan de Formación Continúa para los funcionarios de la PGF, en el contexto del desarrollo de las potencialidades conjuntas y las competencias individuales.

Desarrollar una estrategia de filiación social, que genera pertenencia institucional entre los usuarios que se adhieren a este sistema y que están activos en los planes familiares saludables.

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CLÍNICA DEL PLAN FAMILIA SALUDABLE.
TRABAJO COMUNITARIO E INTERSECTORIAL.
ENFOQUE DE DERECHO Y DEBERES.
LÍNEA COMUNICACIONAL.
GESTION DEL RRHH
FILIACIÓN USUARIA

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y CLÍNICA DEL PLAN FAMILIA SALUDABLE.

Objetivo general: Establecer e incorporar, al trabajo diario, lineamientos de gestión en la PGF, en el área administrativa y clínica, separando las funciones de cada una de éstas.

Objetivos Específicos: Generar áreas de funcionamiento administrativo y clínico, que sirvan en la operabilidad diaria, en el que debe incurrir el personal de la PGF.

Establecer indicadores de gestión clínica y administrativa, las cuales serán insumo para la evaluación de los procesos y de los resultados.

Disminuir la variabilidad de las acciones en cuanto al trabajo directo con las familias, ya sea a nivel profesional, técnico o administrativo.

Generar una estrategia de vigilancia de acciones familiares, que den cuenta de los procesos que la APS se ha comprometido y sus grados de cumplimiento por parte de la misma.

TRABAJO COMUNITARIO E INTERSECTORIAL.

Objetivo general: Desarrollar las áreas comunitaria e intersectorial, la que se enfoque al cambio socio cultural de la comunidad de Quillota, afianzando/potenciando vínculos con organizaciones para intervenciones comunes.

Objetivos Específicos: Vincular las acciones de la PGF con instituciones intra sistema APS, potenciando el trabajo de cada una de las partes.

Desarrollar estrategias de intervención conjunta con organismos pertenecientes al área social de la municipalidad de Quillota, potenciando el trabajo de cada una de las partes.

Propiciar que en el trabajo del personal de la PGF este implícita la mirada de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la comunitaria, lo que permitirá tener una visión más integra y crítica sobre las problemáticas sanitarias de la sociedad/comunidad.

ENFOQUE DE DERECHO Y DEBERES.

Objetivo general: Fomentar la práctica del enfoque de derechos, a través de intervenciones con las familias demandantes y con el intra sistema sanitario.

Objetivos Específicos: Establecer una Cartola de Prestaciones Familiares (CPF), la cual dará cuenta de la demanda, la asistencia/inasistencia, en el marco de involucrar a las familias en sus procesos de salud/enfermedad e ir creando una cultura de corresponsabilidad.

Potenciar el Plan familia saludable en los funcionarios, en cuanto a su concepción de derechos e implicancias sanitarias en las familias consultantes.

Establecer un contrato de prestaciones y garantías ciudadanas, entre las familias consultantes y/o inscritas en el sistema comunal de salud, la APS de Quillota, donde se señalen los deberes y las obligaciones de cada una de las partes.

Potenciar el sistema de reclamos, sugerencias y felicitaciones, a través de la administración del sistema comunal, dando garantías ciudadanas sobre su administración interna.

Evaluar sistemáticamente la atención entregada en las áreas administrativas y técnicas/familiares.

LÍNEA COMUNICACIONAL.

Objetivo general: Generar una estrategia comunicacional que se centre en el marketing y en los medios informáticos comunicacionales, para de esta forma dar cuenta de las acciones sanitarias/familiares, comunitarias y preventivas/promocionales que realiza la PGF.

Objetivos Específicos Desarrollar una pagina web, que incorpore las acciones que la PGF desarrollará, y que tenga la cualidad de ser interactiva, ya sea con los usuarios y con instituciones intra y extra sistema sanitario.

Generar material gráfico y audiovisual, que den cuenta del trabajo realizado por la PGF.

Propiciar la participación de las autoridades municipales, de la APS y del MINSAL en las actividades que desarrolle la PGF durante el año.

Participar en medios de comunicación para difundir actividades de la PGF.

GESTION DEL RRHH

Objetivo general: Generar un Plan de Formación Continúa para los funcionarios de la PGF, en el contexto del desarrollo de las potencialidades conjuntas y las competencias individuales.

Objetivos Específicos: Generar un Plan de autocapacitación, especialmente en el área de salud y orientación familiar, que entregue herramientas técnicas a los EEFF y administrativos para el trabajo diario.

Propiciar espacios de reflexión entre los funcionarios de la PGF, que incentive la comunicación interna y las buenas prácticas entre estos.

Elaborar un programa de control del stress y/o autocuidado, que evite las transferencias y/o cargas emocionales de pacientes a EEFF.

Generar una Plan de Capacitación, en áreas que desarrollen habilidades comunicacionales/actitudinales y capacidades técnicas entre los miembros de la PGF.

Desarrollar y gestionar la estructura laboral, desde el control y el seguimiento de las tareas asignadas/esperadas por las EEFF.

FILIACIÓN USUARIA

Objetivo general: Desarrollar una estrategia de filiación social, que genera pertenencia institucional entre los usuarios que se adhieren a este sistema y que están activos en los planes familiares saludables,

Objetivos Específicos: Generar un programa informático que actualice diversas características de los usuarios, para que de esta forma se puedan desarrollar actividades, acciones y entregar recursos, dependiendo de las características de estos.

Fomentar la capacidad resolutive de los ejecutivos de familia, en el proceso de filiación de los PFS, contribuyendo con las familias al desarrollo de estos.

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR
CECOF CERRO MAYACA

MISION:

Un Centro de Salud Familiar inserto en la comunidad tendiente a favorecer la participación ciudadana, orientado a disminuir las brechas en acceso, oportunidad y calidad de sus servicios con una cartera de prestaciones con fuerte énfasis en lo biosicosocial.

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

NIVEL INDIVIDUAL – FAMILIAR
NIVEL GRUPAL
NIVEL COMUNITARIO

NIVEL INDIVIDUAL – FAMILIAR:

1. Atenciones individuales: Atenciones clínicas, orientadas a dar la primera respuesta frente a las necesidades sentidas de las personas adscritas al Centro. Dentro de este nivel se encuentran las atenciones de médico, nutricionista, matrona, enfermera, odontólogos, psicólogo, asistente social, podólogo.

2. Atenciones Familiares: Incorporación de atenciones familiares, centrándose no sólo en la enfermedad o en la atención del paciente índice. Se incorporan técnicas diagnósticas y de intervención familiar, generando planes de acción familiar (Plan Familia Sana), con seguimiento de acuerdo a las necesidades y características de cada una de las familias atendidas. En esta área es importante destacar que se cuneta con apoyo de dos ejecutivos de familia para el seguimiento de los planes de trabajo de las familias, por lo cual se genera una coordinación directa y permanente con la Plataforma de Gestión Familiar.

3. Visitas domiciliarias Integrales: Se mantienen las visitas domiciliarias, como forma de acercamiento a las realidades de las familias, además de medio de seguimiento y de intervención directa y permanente con éstas. Se intencionará las visitas de adultos mayores postrados, pacientes crónicos, recién nacidos, embarazadas y en todos aquellos casos que el equipo, de acuerdo a los planes de familia, estime necesario.

NIVEL GRUPAL:

1. Talleres Grupales: Se intencionará la realización de talleres grupales, considerando en primera instancia las necesidades de la comunidad, principalmente enfocado a la idea de “educar en salud”.

Se mantendrá el trabajo grupal con embarazadas y puérperas, en los que se refiere a talleres de musicoterapia, masajes, lactancia materna y otros, como así mismo las actividades de orden grupal que se realizan en el jardín infantil referidos a la temática de salud oral.

NIVEL COMUNITARIO:

1. Trabajo en terreno y actividades comunitarias: Se trata de un área de trabajo donde se incorporan actividades directas y cercanas con la comunidad. Se mantendrán las actividades generadas desde las necesidades sentidas de la población, las cuales serán recogidas utilizando técnicas de diagnóstico participativo. Además, se mantiene el trabajo del centro inserto en el Gobierno de Barrio, mediante la participación mensual en reuniones y encuentros masivos.

2. Actividades en jardines Infantiles del sector: Trabajo directo con jardines infantiles, centrado en diagnóstico oral, promoción de actividades comunitarias, talleres con padres, niños/as y educadoras.

3. Ludoteca Comunitaria: Inserta en el centro, con actividades dirigidas a niños y niñas del sector, principalmente orientadas en el tema lúdico, recreativo, y formativo. Se mantendrá el desarrollo de actividades con niños y niñas del sector; talleres, tardes de cines, espacio de entretenimiento, entre otros.

4. Gimnasio Comunitario: Propuesta de desarrollo para el año 2011. La idea central es propiciar la creación de un Gimnasio abierto a la comunidad, para la práctica de la actividad física con las condiciones indispensables y masificar la necesidad de ejercicios con fines profilácticos, y lograr sobre todo una conciencia masiva de la necesidad de ejercicio para una vida saludable.

CENTRO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA CULTURA

I. Misión

Trabajar el *empoderamiento* ciudadano desarrollando una propuesta de trabajo que promueva una participación de la comunidad, integrando lo saludable, con una cultura de la tolerancia y respeto de la diversidad. Todo a través del desarrollo cultural y reconocimiento de los *determinantes sociales de los niveles de salud*.

PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

Promoción de la salud y su determinación social.
Diversidad
Integración
Capital Social y empoderamiento.

Líneas de Acción 2011 Lineamientos Programáticos

Acción Interna.

- a) Jóvenes
- b) Mujeres
- c) Niños y Niñas
- d) Personas con discapacidad

Ámbito Comunal

- a) Mesas territoriales de organizaciones comunitarias
- b) Mesa técnica integración social
- c) Plan Comunal de Promoción de Salud
- d) Coordinación educación-salud
- e) Vínculos con privados en el área de la cultura

El Centro de CPSC es una organización única en su tipo al introducir una fusión de elementos *promocionales* de salud y cultura en un mismo espacio. Dentro de su quehacer permanente, incorpora conceptos como *Promoción de Salud, Diversidad e Integración*. Estos conceptos son lo que generan las distintas estrategias de trabajo tanto al interior de la organización como en su relación con el exterior.

Es menester por ende, iniciar el siguiente informe con las definiciones de los conceptos mencionados en los párrafos anteriores. Dichas definiciones, derivadas de investigaciones en complemento del uso dado en la práctica.

Promoción de la salud y su determinación social.

Se parte del supuesto de que la salud no está determinada por aspectos exclusivamente biológicos. Los estilos de vida inciden directamente en un determinado estado de salud, junto con el contexto bio-psicosocial, están supeditados a cuestiones físicas determinadas por la posición en la estructura socioeconómica.

Diversidad

Comprendemos la diversidad como un atributo inherente a la condición humana, cuya integridad es menester promover y defender, pues esta refiere a que todos los seres humanos poseemos características particulares. En el artículo primero de la declaración universal de derechos humanos se establece *que nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros*, lo que quiere decir que teniendo la libertad de elección como base, la igualdad se entiende en materia de derechos. Por lo demás, la teoría social señala que el respeto a la diversidad, deriva en los aportes que puede llevar cabo en una sociedad como la de hoy desde la diversidad y la multiculturalidad; una sociedad cohesionada es aquella que comparte objetivos globales y normas y deja un amplio espacio para objetivos particulares, tanto individuales como grupales.

Integración

La definición formal del verbo integrar refiere a *hacer que algo o alguien pase a formar parte de un todo*. Partiendo desde esta idea, el CPSC se propone infundir en la comunidad el sentido de la *integración* en pos del respeto y la fraternidad. El CPSC plantea la integración, propiciada por los espacios que se pueden lograr en el acto de compartir; un espacio, como las dependencias físicas del CPSC en donde se dan a lugar la totalidad de sus actividades permanentes (área fitness, área jóvenes, área teatral, etc.), suscitando un espacio de interacción forzado para tal convergencia. También se puede intencionar a través de compartir una comida, deportes, festividades y encuentros. La integración constituye un mecanismo para lograr objetivos, los cuales pueden ser: básicos, de supervivencia, afectivos, económicos, estéticos, políticos, etc.

Capital social y empoderamiento

En el campo de la sociología contemporánea, el primer análisis sistemático del concepto capital social se inicia alrededor de la década del 80. En el marco de su teoría general de los campos, Bourdieu lo define como “el agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento o reconocimiento mutuo” (Bourdieu, 1985). Otro de sus grandes precursores es Coleman, quien lo precisa como “el componente del capital humano que permite a los miembros de una sociedad confiar en los demás y cooperar en la formación de nuevos grupos y asociaciones” (Coleman, 1998). En cambio, para Putnam (1993) el término se refiere a “aquellos rasgos distintivos de la organización social, tales como la confianza, las normas y las redes, que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad facilitando la acción coordinada”.

Entenderemos para nuestros propósitos **capital social** como "las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo y valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico". Póde

El empoderamiento ("proceso de acción social que promueve la participación de la gente, organizaciones y comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoría en **la calidad de vida comunitaria** y justicia social"(Freire, 1973)) de la comunidad, se hace difícil de entender sin tener en consideración los conceptos de reciprocidad, colaboración y confianza mutua presentes dentro de la generación de un capital social. La capacidad de intersección del empoderamiento individual y el colectivo radica en el reconocimiento del sentido de comunidad y en la búsqueda de su bien mayor en un proceso que Freire llamaba "concientización" o la formación de una visión crítica de la realidad y la generación de iniciativas que busquen la transformación desde un punto de vista social.

Cabe señalar que los conceptos definidos se han trabajado de forma conjunta con los actores que han ido adquiriendo relevancia dentro de la organización desde sus inicios, y desde su formulación, han sido constantemente redefinidos de acuerdo al aprendizaje mutuo entre el equipo y la comunidad. El grueso de su teorización deriva de la experiencia del equipo para/con la puesta en marcha de estos aspectos.

CENTROS DE SALUD FAMILIAR AREA RURAL

“Centros de salud Familiar que atienden a la población rural de la comuna, con un enfoque biosicosocial y comunitario, resguardando la identidad local de cada sector”



PRIORIDADES DEL PLAN DE ACCION 2011

MEDIO AMBIENTE
ESTIMULACION TEMPRANA
DESARROLLO BIOSICOSOCIAL DE LA INFANCIA
IDENTIDAD RURAL
PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA
MODELO CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO
ACCIONES QUE INCORPORAN TODO EL CICLO VITAL.

Lineamientos Generales para el año 2011 CESFAM BOCO:

En base a los datos estadísticos antes expuestos, a las características propias de nuestra población asignada y a los resultados obtenidos con las intervenciones de promoción realizadas, nos hemos planteado como lineamientos generales para el próximo año lo siguiente:

- Consolidar al Centro de Salud como un espacio de encuentro de los vecinos del sector, incentivando la ocupación y empoderamiento de los espacios.

- Acompañar a la comunidad en el reconocimiento paulatino de sus capacidades en el tema promocional y autoresponsabilidad en salud.
- Derribar en la mente colectiva de la población en general, y en la de nosotros como prestadores de salud, el concepto de salud asociado a sólo la falta de enfermedad.
- Superar las barreras de acceso a nuestro centro, con especial enfoque en la población adolescente.
- Consolidar el trabajo con enfoque familiar que hasta el momento hemos instaurado, avanzando en el proceso de transformación de CESFAM a la IV etapa.

Y no menos importante, evaluar e intervenir en el autocuidado de nuestros propios funcionarios

Lineamientos Generales para el año 2011 CESFAM LA PALMA

1. Funcionalidad de Sistema Informático Meduc al 100%,
2. Consolidar la mecánica de trabajo del Centro como Centro de Salud Familiar en su funcionamiento interno.
3. Que la instancia de contacto telefónico, se amplíe a los demás profesionales y se constituya en una vía validada por la comunidad y el Profesional.
4. Socializar, validar y reconocer ante la comunidad la Sala de Cirugía menor y su funcionamiento en toda su capacidad, y sus prestaciones hacia la Comuna de Quillota.
5. Constituir un plan de promoción que vaya generando mas participación de la comunidad y que ella adquiera un porcentaje de sentido crítico para un crecimiento en las áreas que defina como complejas, el desafío en este año es realizar el Diagnóstico Participativo actualizado.
6. Alfabetización Informática, en el objetivo de contribuir a disminuir la brecha digital con la ciudadanía del sector y alcanzar un equilibrio intergeneracional en este ámbito.
7. Integrar terapias alternativas y complementarias en la práctica de APS.
8. Constituirse en el Eje motor de la conservación del medio ambiente, con la introducción del Reciclaje como el elemento primordial y básico de un ambiente de conservación natural y limpio.
9. Descentralizar horas profesionales, administradas desde admisión, determinando la administración de ellas recaiga en la responsabilidad de los

profesionales y no del área de admisión, se iniciará este ámbito desde el área Maternal.

10. Ampliación de servicio de Biblio salud, con Campaña de Recolección y actualización de Libros y Videos.

11. Satisfacción usuaria con encuestas de satisfacción locales y además también con encuestas de los usuarios que se trasladan o que ingresan a nuestro CESFAM.

Lineamientos Generales para el año 2011 CESFAM SAN PEDRO:

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- Cobertura
- Resolutividad
- Trato a usuario
- Monitoreo de procesos clínicos y administrativos
- Monitoreo GES
- Monitoreo metas sanitarias
- Gestión de recursos humanos

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

- Participación social y salud ambiental
- Escuela de Ciudadanía

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

- Innovación en Salud: Programa Piloto de Salud Integral

4.CARTERA DE PRESTACIONES APS QUILLOTA:

I.-CICLO VITAL DE 0 A 9 AÑOS

- Control Salud
- Control Salud + Evaluación del DSM
- Control de Salud con aplicación de escalas
- Consulta Lactancia Materna
- Consulta Malnutrición
- Consulta Nutricional
- Consulta de Morbilidad
- Control de Enfermedades Crónicas
- Consulta Social
- Consulta Déficit desarrollo Psicomotor
- Consulta por IRA
- Inmunizaciones
- Entrega de leche y productos del Programa de Alimentación Complementaria
- Actividades de Vigilancia Epidemiológica
- Visita Domiciliaria Integral
- Educación Integral
- Educación a Grupos de Riesgo
- Atención dental
- Consulta de Salud Mental
- Intervención Psicosocial de grupo
- Intervención Psicosocial de Familia
- Consulta Kinésica

II.- CICLO VITAL DE 10 A 19 AÑOS

- Control Salud
- Consulta de Morbilidad
- Consulta Nutricional
- Consulta Social
- Consulta IRA
- Consulta Kinemotora
- Control Crónico
- Control Cardiovascular
- Encuesta Diab-Care Qualidiab
- Evaluación Pié Diabético
- Control Prenatal
- Control Puerperio
- Control Regulación de Fecundidad
- Control Desarrollo Psicoafectivo del feto y preparación para el parto.
- Control Preconcepcional

- Control Ginecológico Preventivo
- Consulta de Morbilidad Obstétrica
- Consulta Nutricional de la Embarazada
- Entrega de leche a embarazadas y puérperas, según Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Consulta ETS
- Consejería en salud sexual y Reproductiva
- Educación Grupal
- Visita Domiciliaria Integral
- Inmunizaciones
- Consulta ETS
- Consulta VIH y SIDA
- Vigilancia Epidemiológica
- Consulta de Salud Mental
- Consejería en VIH
- Entrega de lentes
- Atención Oftalmológica
- Colocación de prótesis dentales
- Atención Odontológica
- Intervención Psicosocial de Grupo
- Intervención Psicosocial de Familia

III.- CICLO VITAL DE 20 A 64 AÑOS

- Consulta de Morbilidad
- Control de crónicos
- Control Cardiovascular
- Encuesta Diab-Care Qualidiab
- Evaluación Pie Diabético
- Atención Podología a Pacientes con Pie Diabético
- Curación de Pie Diabético
- Consulta Social y Psicóloga de pacientes con Beber Problema.
- Examen de Salud del Adulto (EMP).
- Consulta Nutricional de crónicos
- Consulta Nutricional General
- Consulta Social
- Consulta Kinemotora
- Control Prenatal
- Control Puerperio
- Control Regulación de Fecundidad
- Control Climaterio
- Control Desarrollo Psicoafectivo del feto y preparación para el parto.
- Control Preconcepcional
- Control Ginecológico Preventivo
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

- Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre
- Consulta de Morbilidad Obstétrica
- Consulta Nutricional de la Embarazada
- Entrega de leche a embarazadas y puérperas, según Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Consulta ETS
- Consulta VIH y SIDA
- Consulta ETS
- Consejería en VIH
- Educación de grupo
- Visita Domiciliaria integral.
- Vigilancia Epidemiológica
- Inmunizaciones
- Consulta de Salud Mental
- Atención Odontológica
- Atención Oftalmológica
- Intervención Psicosocial de grupo
- Intervención Psicosocial de Familia
- Intervención Grupal de Actividad Física

IV.- CICLO VITAL DE 65 y MÁS AÑOS

- Consulta de Morbilidad
- Control de crónicos
- Control Cardiovascular
- Encuesta Diab-Care Qualidiab
- Evaluación Pie Diabético
- Atención Podología a Pacientes con Pie Diabético
- Curación de Pie Diabético
- Consulta Social y Psicóloga de pacientes con Beber Problema.
- Examen de Salud del Adulto Mayor.
- Consulta Nutricional de crónicos
- Consulta Nutricional General
- Consulta Social.
- Consulta Kinemotora y ERA
- Control Climaterio
- Control Ginecológico
- Consulta VIH y SIDA
- Consulta ETS
- Consulta ERA
- Consejería en VIH
- Consejería familiar
- Educación de grupo
- Visita Domiciliaria Integral
- Atención domiciliaria a postrados

- Entrega de alimentos del Programa del Adulto Mayor (PACAM)
- Vigilancia Epidemiológica
- Inmunizaciones
- Consulta de Salud Mental
- Atención Odontológica
- Atención Oftalmológica
- Intervención Psicosocial de grupo
- Intervención Psicosocial de Familia

V.- PROGRAMA DE SALUD ORAL

- Examen de Salud
- Educación Grupal
- Urgencias
- Exodoncias
- Destartraje y Pulido Coronario
- Obturaciones Temporales y Definitivas
- Aplicaciones Sellantes
- Pulpotomías
- Barniz de Flúor

DOTACION AÑO 2010 - 2011

ApellidoPaterno	ApellidoMaterno	Nombres	Cargo	Jornada
KASIS	BERNAL	LUIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
SAN MARTIN	ALVAREZ	ALFREDO	MEDICO	44
OSORIO	LARA	ESTER	TECNICO PARAMEDICO	44
MUÑOZ	MARTINEZ	CHARLES JAIME	AUXILIAR DE SERVICIO	44
RODRIGUEZ	ARREDONDO	JOSE MANUEL	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	CABALLERO	SOFIA	PSICOLOGO	33
SAN JUAN	IBARRA	DINA PATRICIA	NUTRICIONISTA	44
ALVAREZ	YAÑEZ	CARLOS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
RETAMALES	GOMEZ	HAYDEE	TECNICO PARAMEDICO	44
BICKELL	ANILIO	VERONICA ESTER	MATRON/A	44
BRITO	VELIZ	ANA MARIA	ENFERMERA	44
ROJAS	MONTENEGRO	EDUARDO MANUEL	ADMINISTRATIVO	44
NUÑEZ	CAMPOS	MARTA	TECNICO PARAMEDICO	44
JORQUERA	ARRIADO	ALICIA	TENS	44
DOLMECHS	ARAVENA	CRISTINA	ADMINISTRATIVO	33
HERRERA	FERNANDEZ	MANUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CAMPOS	MUÑOZ	CARMEN GLORIA	ENFERMERA	44
MILLA	CASTILLO	CARMEN LISETTE	NUTRICIONISTA	44
SALGADO	MORALES	MIGUEL ANGEL	TECNICO PARAMEDICO	44
CORTES	DIAZ	HERNAN	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CORTES	PINO	MARIA	MATRON/A	44
OLIVARES	VIDELA	MARCIA VERONICA	TENS	44
DIAZ	AMECHAZURRA	CARMEN	ASISTENTE SOCIAL	44
ESPINDOLA	FERNANDEZ	MARIA CECILIA	TECNICO PARAMEDICO	44
VILLARROEL	BERRIOS	RICARDO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FERNANDEZ	PENROZ	JOAQUIN ADOLFO	MATRON/A	44
RODRIGUEZ	OLEA	VIVIANA	ADMINISTRATIVO	44
BASAURE	ARANEDA	HERTA ROSA DEL PILAR	MEDICO	44
SOLERVICENS	MORTARA	SANDRA	ODONTOLOGO	44
LIRA	BUSTOS	NORMA	ODONTOLOGO	44
MARDONES	RIVAS	MONICA GRACIELA DEL R.	ODONTOLOGO	22
PEREZ	SAN MARTIN	CARLOS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
PONCE	QUIROZ	SEGUNDO	ADMINISTRATIVO	44
TAPIA	CASTRO	HILDA ROSA	MEDICO	33
SILVA	ESTAY	JOSE	MEDICO	33
VILLARROEL	CISTERNAS	MARIA TERESA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
LOPEZ	BUSTOS	SANDRA	KINESIOLOGO	33
PONCE	HORMAZABAL	ISIDRO RICARDO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
TRONCOSO	PAEZ	VIRGINIA	TENS	44
ARAVENA	RAMIREZ	ADRIANA	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	VILLEGAS	JACKELINE	ADMINISTRATIVO	44
SAAVEDRA	SILVA	MARIA ADELAIDA	ENFERMERA	44
REAL	IRRIBARRA	WALESKA	MEDICO	44
GONZALEZ	LEON	LUIS RICARDO	KINESIOLOGO	44

GALVEZ	OCARANZA	ZAHIRA TERESA	MEDICO	44
PAREDES	HERNANDEZ	CARMEN	MATRON/A	22
VERA	SUAZO	LUIS FERNANDO	ADMINISTRATIVO	44
VALENCIA	FIGUEROA	EDICTA	ADMINISTRATIVO	44
ESCOBAR	JIMENEZ	LUIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FERNANDEZ	VARGAS	ZUNILDA	TENS	44
VARGAS	TAGLE	FABIANO	ADMINISTRATIVO	44
ARANCIBIA	CANTILLANA	VIVIANA	TECNICO EN ADMINISTRACION DE EMPRESA	44
CARTE	CONTRERAS	ROSA	TECNICO PARAMEDICO	44
AGUILAR	CABALLERO	ANA MARIA	ADMINISTRATIVO	44
IBARRA	HALTENHOFF	JACQUELINE	ENFERMERA	44
CRUZ	RETAMAL	EVA CAROLINA	ASISTENTE SOCIAL	44
RAMIREZ	ARAVENA	LUCIA	MEDICO	33
ALVARADO	MIRIC	VICTOR	ASISTENTE SOCIAL	44
OLGUIN	AVILA	CLAUDIA VERONICA	KINESIOLOGO	44
CAMPOS	SUAZO	XIMENA	NUTRICIONISTA	44
MEZA	RODRIGUEZ	MARCELA NOEMI	PSICOLOGO	44
PIZARRO	AGUILERA	RITA	TECNICO PARAMEDICO	44
FLORES	BERMUDEZ	JAQUELINE	ADMINISTRATIVO	44
ROJAS	MUÑOZ	MARITZA	ODONTOLOGO	44
NUÑEZ	GODOY	NANCY MAGALY	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ALMENDRAS	DIAZ	MIRIAM NOEMI	TECNICO PARAMEDICO	44
CORTES	ARAYA	RUBEN	TENS	44
OLIVARES	TAPIA	GERARDO ISMAEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
PUENTES	WASAFF	FERNANDO	MEDICO	22
ASTORGA	CARDENAS	LEYLA	ASISTENTE SOCIAL	44
VASQUEZ	GUTIERREZ	MARIA	ADMINISTRATIVO	44
RIQUELME	AGUILERA	NELSON	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FERNANDEZ	ARAVENA	MARGARITA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VASQUEZ	BARRAZA	ANA MARIA	ADMINISTRATIVO	33
MAZUELA	TAPIA	JOSE MIGUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
SILVA	ESPINOZA	MARIA	TECNICO PARAMEDICO	44
CATALAN	SALINAS	CESAR	AUXILIAR DE SERVICIO	44
RIVEROS	VALDES	JOSE	TECNICO PARAMEDICO	44
AGUILAR	FREDES	CATALINA	TENS	44
VARAS	CASTILLO	SANDRA	ASISTENTE SOCIAL	44
JAMETT	TERRAZA	VICTOR	ODONTOLOGO	44
MARAMBIO	TAPIA	XIMENA BEATRIZ	ADMINISTRATIVO	33
LOPEZ	HERNANDEZ	ALEJANDRA LILIANA	ADMINISTRATIVO	22
NAVARRO	JARA	ERICK	PSICOLOGO	44
CORAZANIS	RIVEROS	MARCELA	TECNICO PARAMEDICO	44
ALVIÑA	VEAS	PAMELA	ADMINISTRATIVO	22
MILLAR	AVENDAÑO	MARIBEL DEL CARMEN	AUXILIAR DE SERVICIO	22
JIMENEZ	OLIVARES	VILSIA	TENS	44
FERNANDEZ	MALDONADO	CECILIA	NUTRICIONISTA	44
AGUILERA	CASTRO	MIREYA	ADMINISTRATIVO	44
AEDO	OLIVARES	GEORGINA	ADMINISTRATIVO	44
RODRIGUEZ	ZAVALA	CLAUDIO	ADMINISTRATIVO	44

ADASME	SOTO	ELIZABETH	TENS	44
DEMUTH	BOZZO	FRITZ	INGENIERO EN SONIDO	44
PROTASOWICKI	IZQUIERDO	FRANCISCO	PSICOLOGO	44
ZAPATA	CACERES	ROBINSON ANTONIO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
CALDERON	CAVIERES	DORIS	ADMINISTRATIVO	44
ARAYA	MORALES	CARMEN ROSA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ANABALON	VIDELA	PAOLA ANDREA	ENFERMERA	44
PEREZ	AVALOS	TERESA	TENS	44
TAPIA	CORREA	PATRICIA	TENS	44
TORRES	OLIVARES	MIGUEL	AUXILIAR DE SERVICIO	44
LIRA	MENDIGUREN	PABLO	ODONTOLOGO	44
CANALES	PACHECO	MIRIAM	TECNICO PARAMEDICO	44
CUBILLOS	JAURE	ALINE	TECNICO PARAMEDICO	44
FLORES	ARANCIBIA	LUISA	ADMINISTRATIVO	44
ZAMBRANO	TORRES	ROSA IVANA	ADMINISTRATIVO	44
DIAZ	ESCUDERO	BEATRIZ	ADMINISTRATIVO	44
GACITUA	VALENZUELA	MARCELA DEL PILAR	TECNICO PARAMEDICO	44
CHACANA	ZAMORA	GLADYS	ADMINISTRATIVO	44
BARRALES	REYES	SANDRA	MATRON/A	44
QUINTANA	CAMPILLAY	ORIANA	ADMINISTRATIVO	44
TORRES	CAMPOS	CAROL	PSICOLOGO	44
TAPIA	NOVOA	ROSA IRIS	TECNICO PARAMEDICO	44
ARACENA	GONZALEZ	ELSA INES	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ULLOA	ABURTO	MARIA CAROLINA	ADMINISTRATIVO	44
SABANDO	FRANULIC	VEZNA	ODONTOLOGO	33
MORALES	FIGUEROA	ROSARIO	ADMINISTRATIVO	44
FIGUEROA	DONOSO	ROSSANNA	ADMINISTRATIVO	44
MATURANA	DONOSO	CLAUDIA	PSICOLOGO	44
AHUMADA	ORELLANA	MILZA LUZ	ADMINISTRATIVO	22
PIZARRO	COROMINAS	CLAUDIA	TENS	44
SILVA	FIGUEROA	CARMEN GLORIA	ADMINISTRATIVO	44
CUEVAS	LAZO	RUTH	TECNICO PARAMEDICO	44
RODRIGUEZ	OLEA	YASNA	TECNICO PARAMEDICO	44
PARRAGUEZ	CISTERNAS	LUIS	TECNICO PARAMEDICO	22
AHUMADA	ORELLANA	MARINA	TECNICO PARAMEDICO	44
JELVEZ	RUZ	JAVIER ENRIQUE	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VIELMA	ARANCIBIA	WILSON	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VALENZUELA	CANALES	MARIA	TECNICO PARAMEDICO	44
TRONCOSO	GONZALEZ	MAYBETH	ADMINISTRATIVO	44
PARRAGUEZ	CISTERNAS	CRISTIAN	TECNICO PARAMEDICO	44
LARA	CHACANA	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
GAETE	VALENCIA	FABIOLA	ASISTENTE SOCIAL	44
SUAREZ	LAGO	RAMON VIRGILIO	MATRON/A	44
CASTILLO	CUEVAS	ALVARO	ASISTENTE SOCIAL	33
CANEO	OLIVARES	VERONICA	ADMINISTRATIVO	44
NEIRA	CONTRERAS	VICTOR	ASISTENTE SOCIAL	44
ROJO	MONTENEGRO	ELENA	ADMINISTRATIVO	44
NAVIA	HEVIA	BELGICA DEL CARMEN	TENS	44
OYANADEL	MIRANDA	ANTONIO	TECNICO PARAMEDICO	44

DIAZ	RODRIGUEZ	VIRNA	ADMINISTRATIVO	44
GUZMAN	HERRERA	MARGARITA	ADMINISTRATIVO	44
BELLIDO	ZAMORA	MARCELO ENRIQUE	AUXILIAR DE SERVICIO	44
VERGARA	SILVA	KATHERINE	ASISTENTE SOCIAL	44
ROJAS	FIGUEROA	MARCELO FERNANDO	TECNOLOGO	44
GALAZ	ZAMORA	GLADYS ELIZABETH	ADMINISTRATIVO	44
VICENCIO	CISTERNAS	PAULA ANDREA	TENS	33
MADRID	DIAZ	ILSE	AUXILIAR DE SERVICIO	44
ARANCIBIA	GUZMAN	MARIA CRISTINA	ADMINISTRATIVO	44
CASTILLO	FUENTES	JUANA	TENS	44
MORALES	AGUILERA	SOLANGE	TENS	44
NAVIA	HEVIA	MARIA ELENA	AUXILIAR DE SERVICIO	44
MONTALVAN	SANTANA	ROSA	ADMINISTRATIVO	44
ARANCIBIA	CORTES	GIOVANNA	TECNICO PARAMEDICO	44
PALACIOS	OLIVARES	IRMA	TECNICO PARAMEDICO	44
CHACANA	GONZALEZ	ALICIA	TENS	44
SAAVEDRA	MORAN	ALBERTO ALEJANDRO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
FAUNDEZ	QUEZADA	MARIA INES	ADMINISTRATIVO	44
LOBOS	OJEDA	ALEX	AUXILIAR DE SERVICIO	33
COX	SUAREZ	ROSA	ADMINISTRATIVO	44
ALVAREZ	LEIVA	BETZABE	TECNICO PARAMEDICO	44
CISTERNAS	QUILABRAN	FRANCIA	TENS	44
TORO	TRIGO	KATIA	ADMINISTRATIVO	44
CONTRERAS	ALARCON	GERARDO DAVID	DISEÑADOR GRAFICO	44
SAEZ	MOLINA	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
SEPULVEDA	GOMEZ	ROSA	TENS	44
FERRADA	VALENZUELA	ISABEL	TECNICO PARAMEDICO	44
RUBINA	SILVA	CARROLL ANNETE	TECNICO PARAMEDICO	44
ASTORGA	CARMONA	ANDREA	QUIMICO FARMACEUTICO	44
MATUS	CAÑETE	PAMELA	ENFERMERA	33
CASTILLO	GONZALEZ	LORENA DEL CARMEN	TECNICO PARAMEDICO	44
SANCHEZ	VRSALOVIC	KATICA ANDREA	TECNICO EN ADMINISTRACION DE EMPRESA	44
MORENO	SEREY	CECILIA	ADMINISTRATIVO	44
RIVERA	FERNANDEZ	DORIS	ADMINISTRATIVO	33
ESPINDOLA	MORAGA	PATRICIA	NUTRICIONISTA	44
RAMOS	CONTRERAS	MARIA	ADMINISTRATIVO	44
BELTRAN	CATALDO	DANIELA	TECNICO PARAMEDICO	44
SANTANDER	PONCE	VICTOR	INFORMATICO	44
SALINAS	SOLIS	CAROLINA DEL CARMEN	TENS	22
NAVARRO	ZAMORA	JULIO ANDRES	NUTRICIONISTA	22
VALENZUELA	LEZANA	CAROLINA	ODONTOLOGO	44
PONCE	CANALES	PAULINA	KINESIOLOGO	44
MUÑOZ	FERREROS	DANIELA SABINA	PSICOLOGO	44
FISCHER	CANTO	ANA MARIA	PSICOLOGO	22
ARAYA	PEREZ	YOLANDA	NUTRICIONISTA	44
PACHECO	AVILA	SERGIO	ODONTOLOGO	44
GONZALEZ	PINARES	IVONNE	ADMINISTRATIVO	44
VALENCIA	DIAZ	KAREN	ADMINISTRATIVO	44

ORTIZ	ESTAY	JORGE	TECNICO PARAMEDICO	44
BASAEZ	CHACANA	EVELYN	TECNICO PARAMEDICO	44
SALDIVAR	LARA	JUAN	AUXILIAR DE SERVICIO	22
GUERRERO	GARAY	LUIS	TECNICO PARAMEDICO	44
LEIVA	PONCE	ENZO	ADMINISTRATIVO	44
OLGUIN	BRAUCHI	VALERIA ALEJANDRA	ODONTOLOGO	44
BASTIAS	CASTRO	LORENA	ADMINISTRATIVO	44
CONSTANZO	GAVILAN	CAROLINA	MATRON/A	44
SENDRA	POLANCO	MARIA JOSE	PSICOLOGO	11
BELTRAN	TAPIA	MELISSA	ADMINISTRATIVO	44
GONZALEZ	SILVA	ALVARO PATRICIO	TENS	22
BARRAZA	GALVEZ	YORDANA	TENS	44
ROMERO	DIAZ	PATRICIA	ASISTENTE SOCIAL	44
VICENCIO	GALVEZ	CLAUDIO ANDRES	TENS	44
ALAMOS	SALAS	CLAUDIA ANDREA	ADMINISTRATIVO	22
PEREIRA	ARANCIBIA	FABIOLA	TENS	44
VERGARA	REYES	MARIA JOSE	ASISTENTE SOCIAL	44
LIRA	GUERRERO	ALEXIS	AUXILIAR DE SERVICIO	44
YOUNG	CABALLERO	CRISTIAN ALEJANDRO	KINESIOLOGO	33
SALLES	SOMARRIVA	MICHELY	MATRON/A	44
GILI	GRAF	PAULINA VERONICA	PSICOLOGO	44
PAULSEN	RIVERA	KATHERINE	ASISTENTE SOCIAL	22
MOYA	LOPEZ	EDUARDO	ADMINISTRATIVO	33
CIFUENTES	ZAVALA	MARIA ALEJANDRA	ADMINISTRATIVO	44
GONZALEZ	RUIZ	VERONICA	TENS	44
ARANCIBIA	CASTRO	GILDA TERESITA	ADMINISTRATIVO	44
CARVAJAL	TAPIA	MAURICIO	CONTADOR	44
HUENCHULLAN	GODOY	ESTEBAN	TECNOLOGO	44
PINTO	ALARCON	ALEJANDRA	ODONTOLOGO	44
VALENCIA	SEVERINO	CAROLA	KINESIOLOGO	33
MORALES	SUAZO	ALICIA	TENS	44
CORREA	LLANTEN	ALEJANDRA	MEDICO	44
CAMILLA	TAPIA	EVELYN	ADMINISTRATIVO	44
MALDONADO	CASTRO	XIMENA	MEDICO	44
CONTRERAS	VARGAS	MARIA ARACELI	TECNICO PARAMEDICO	44
TAPIA	ANGULO	MARIELA	TECNICO PARAMEDICO	33
MENDOZA	CEDEÑO	XAVIER	MEDICO	44
MUÑOZ	PONCE	ROSA	MATRON/A	44
REGATO	ARRATA	SUSANA	ODONTOLOGO	33
FARFAN	FARFAN	WILSON MANUEL	MEDICO	22
ROMERO	LORENTZEN	WIMPER	PSICOLOGO	44
INSUASTI	SOTO	DANIEL	MEDICO	44
MURGUEITIO	NIEVES	ROSA	MEDICO	22
BARRAZA	VEAS	EVELYN	ODONTOLOGO	44
VARAS	JERIA	PABLO ANTONIO	TECNOLOGO	22
ANDRADE	BRITO	SANDRA	ENFERMERA	44
ORTIZ	LIZANA	XIMENA	MEDICO	11
VERGARA	SANDOVAL	ERIKA MACARENA	NUTRICIONISTA	33
BUGUEÑO	TAPIA	ALEJANDRA VIVIANA	TENS	44

ACEVEDO	RODRIGUEZ	PALOMA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	22
ASTUDILLO	AGUILERA	VICTOR PATRICIO	TECNICO PARAMEDICO	44
JARA	JAURE	AMPARO	TENS	44
YAÑEZ	BAEZ	GONZALO	AUXILIAR DE SERVICIO	44
PEREZ	HERNANDEZ	MAURICIO EDUARDO	PSICOLOGO	44
MONTIEL	TELLO	PABLO CESAR	ODONTOLOGO	44
TOLEDO	OLIVARES	FABIOLA	KINESIOLOGO	44
BERRIOS	AHUMADA	DANIELA	PSICOLOGO	33
JARA	JARA	EDUARDO ANTONIO	TENS	44
LOPEZ	BOSQUE	SEBASTIAN	MEDICO	44
SEGUEL	MOLINA	PAMELA IVONNE	TERAPEUTA OCUPACIONAL	44
SANHUEZA	ROA	MICHAEL LUCIANO	ENFERMERA	44
PACHECO	AVILA	MARIELA TERESA	EDUCADORA DE PARVULO	22
MERCADO	SALINAS	EVELYN	TECNICO PARAMEDICO	44
FERNANDEZ	MUÑOZ	MARIA TERESA	TENS	22
CHAFARIK	PIZARRO	PRISCILA EDITH	TENS	44
CABRERA	TORREJON	PAOLA	TECNICO PARAMEDICO	44
AGUILERA	ARAYA	JOSE PAULO	TENS	44
SALVADOR	ALVAREZ	DANISSA	TENS	44
HERNANDEZ	MONTENEGRO	MARCELA JOSEFINA	ADMINISTRATIVO	44
SANCHEZ	MOLINA	FERNANDO ALBERTO	ADMINISTRATIVO	33
QUIROZ	CASTRO	ANA MARIA FRANCISCA	MEDICO	44
ROJAS	ESPEJO	CAROLINA	KINESIOLOGO	44
FREDES	ARANCIBIA	ESTER	ADMINISTRATIVO	44
SAAVEDRA	VARAS	TOMAS	ADMINISTRATIVO	44
SUAREZ	OLIVARES	TAMARA	ADMINISTRATIVO	44
SARAVIA	PASTEN	CLAUDIA	TECNICO PARAMEDICO	44
LOPEZ DE ARECHAGA	SOTO	FELIPE ESTEBAN	ODONTOLOGO	33
BERNAL	MOLINA	JUAN	TECNICO PARAMEDICO	44
MONDACA	BRITO	MARJORIE CHISLEINE	TENS	22
SOLIS	CACERES	PAMELA MELISA	KINESIOLOGO	22
HERRERA	VILLALON	CINTHYA	TECNICO PARAMEDICO	44
MUÑOZ	SANCHEZ	DANIELA ALEJANDRA	PSICOPEDAGOGA	22
MATURANA	FIGUEROA	KATTY ROMINA	TENS	44
MONDACA	HERRERA	BORIS	ADMINISTRATIVO	44
RAMIREZ	VILLALOBOS	EDUARDO RODRIGO	ENFERMERA	44
MARTINEZ	HUERTA	NICOLE DEL ROSARIO	TENS	22
QUINTEROS	INOSTROZA	ISABEL	ADMINISTRATIVO	44
GONZALEZ	PINOCHET	JESSICA	TENS	44
NAVARRO	CHACANA	FRANCISCO	TECNICO PARAMEDICO	44
CARO	CASTRO	DEBORATH NADIN	TENS	44
OLMOS	LEIVA	BARBARA DANIELA	TENS	44
AGUILERA	VILLALOBOS	NICOL JASMIN	TENS	44
SALAZAR	ALVAREZ	GEORGINA NINOSKA	TECNICO PARAMEDICO	44
FREDES	LOPEZ	FRANCISCO	ADMINISTRATIVO	44
VERA	ZAMORA	PAULINA	ASISTENTE SOCIAL	44
VALDZ	DURAN	MAGDALENA	ADMINISTRATIVO	44
ESPINOSA	GUTIERREZ	BLANCA KARINA	TENS	44
MADERO	HERNANDEZ	MOISES BENJAMIN	MEDICO	44

MARTINEZ	GALAN	IRINA	MEDICO	22
LOOR	NAVAS	ARTURO ADOLFO	MEDICO	44
BRIONES	GUARIN	CESAR AUGUSTO	MEDICO	44
LARA	MAIGUASHCA	JOHANNA SILVANA	MEDICO	44
BARRIGA	ALBUJA	XIMENA ELIZABETH	MEDICO	22
GUAMBIANGO	CATOTA	WILLIAM	MATRON/A	44

PRESUPUESTO
RED MUNICIPAL DE CENTROS DE SALUD

CUENTAS				PRESUPUESTO 2011 Millones
	Sub - Título	Items		
<u>1</u>			<u>INGRESOS TOTALES</u>	<u>3.345.543</u>
<u>115</u>	<u>03</u>		<u>TRIBUTOS SOBRE EL USO DE BIENES Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES</u>	<u>0</u>
<u>115</u>	<u>03</u>	<u>01</u>	Patentes y Tasas por Derechos	<u>0</u>
<u>115</u>	<u>05</u>		<u>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</u>	<u>3.255.543</u>
<u>115</u>	<u>05</u>	<u>03</u>	De Otras Entidades Públicas	<u>3.255.543</u>
<u>115</u>	<u>07</u>		<u>C X C RENTAS DE LA PROPIEDAD</u>	<u>3.000</u>
<u>115</u>	<u>07</u>	<u>02</u>	Venta de Servicios	<u>3.000</u>
<u>115</u>	<u>08</u>		<u>OTROS INGRESOS CORRIENTES</u>	<u>87.000</u>
<u>115</u>	<u>08</u>	<u>01</u>	Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	<u>70.000</u>
<u>115</u>	<u>08</u>	<u>99</u>	Otros	<u>17.000</u>
<u>2</u>			<u>GASTOS TOTALES</u>	<u>3.345.543</u>
				<u>0</u>
<u>215</u>	<u>21</u>		<u>GASTO EN PERSONAL</u>	<u>2.330.136</u>
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>01</u>	Personal de Planta	<u>1.060.203</u>
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>02</u>	Personal a Contrata	<u>1.108.983</u>
<u>215</u>	<u>21</u>	<u>03</u>	Otras Remuneraciones	<u>160.950</u>
<u>215</u>	<u>22</u>		<u>BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</u>	<u>742.200</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>01</u>	Alimentos y Bebidas	<u>4.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>02</u>	Textiles, Vestuario y Calzado	<u>25.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>03</u>	Combustibles y Lubricantes	<u>11.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>04</u>	Materiales de Uso o Consumo	<u>330.800</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>05</u>	Servicios Básicos	<u>94.000</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>06</u>	Mantenimiento y Reparaciones	<u>23.800</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>07</u>	Publicidad y Difusión	<u>12.500</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>08</u>	Servicios Generales	<u>48.300</u>
<u>215</u>	<u>22</u>	<u>09</u>	Arriendos	<u>103.800</u>

<u>215</u>	22	10	Servicios Financieros y de Seguros	8.000
<u>215</u>	22	11	Servicios Técnicos y Profesionales	22.000
<u>215</u>	22	12	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	59.000
<u>215</u>	24		<u>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</u>	<u>23.000</u>
<u>215</u>	24	01	Al Sector Privado	23.000
<u>215</u>	29		<u>ADQUISICIONES DE ACTIVOS NO FINANCIEROS</u>	<u>70.000</u>
<u>215</u>	29	01	Terrenos	0
<u>215</u>	29	02	Edificios	0
<u>215</u>	29	03	Vehículos	0
<u>215</u>	29	04	Mobiliario y Otros	15.000
<u>215</u>	29	05	Maquinas y Equipos	41.000
<u>215</u>	29	06	Equipos Informáticos	5.000
<u>215</u>	29	07	Programas Informáticos	4.000
<u>215</u>	29	99	Otros Activos no Financieros	5.000
<u>215</u>	31		<u>INICIATIVAS DE INVERSION</u>	<u>102.500</u>
<u>215</u>	31	01	Estudios Básicos	0
<u>215</u>	31	02	Proyectos	102.500
<u>215</u>	31	03	Programas de Inversión	0
<u>215</u>	34		<u>SERVICIO DE LA DEUDA</u>	<u>0</u>
<u>215</u>	34	07	Deuda Flotante	77.707

**DEPARTAMENTO DE SALUD I.
MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA**

PROGRAMA CAPACITACION 2011 SOLICITADO PARA EL PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR QUILLOTA																	
L. ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						N° DE HRS. PEDAGOGICAS	FECHA EJECUCION	MODALIDAD PRESENCIAL/ E- LEARNING	OFERENTE INTERNO/EXTERNO	FINANCIAMIENTO				
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis-trativos Salud)	F (Auxiliars servicios Salud)					TOTAL CAPACITADOS	ITEM CAPACITACION \$	FONDOS MUNICIPALES \$	OTROS FONDOS \$	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO \$
Fortalece r Modelo de Atención	Fondo Concursa ble Colectivo	Propiciar la mayor participación de los equipos de Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota en formulación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación Año 2011.	2	2	2	2	2	0	10	8	Dicie mbre	Prese ncial	Externo	\$600.000. -	0	0	\$600.000.-
Fortalece r Modelo de Atención	Fondo Concursa ble Individual	Propiciar la mayor participación de los equipos de Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota en formulación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación Año 2010.	1	1	0	0	0	0	2	8	Dicie mbre	Prese ncial	Externo	\$300.000. -	0	0	\$300.000

Consolidar Modelo de Atención en Red	Fondo Concursable Individual	Propiciar la mayor participación de los equipos de Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota en la formulación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación Año 2011.	1	1	0	0	0	0	2	8	Diciembre	Presencial	Externo	0	\$300.000	0	\$300.000
Consolidar Modelo de Atención en Red	Fondo Concursable Colectivo	Propiciar la mayor participación de los equipos de APS Municipal de Quillota en la formulación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación Año 2011.	2	2	2	2	2	0	10	8	Diciembre	Presencial	Externo	\$600.000.-	0	0	\$600.000
Fortalecer Sistema de Garantías Explícitas en GES	Actualización Patologías GES para centros urbanos y rurales.	Otorgar conocimientos actualizados en Patologías GES para fortalecer atención a usuarios/as.	4	4	4	4	0	0	16	2	Julio	Presencial	Interno	0	\$30.000	0	\$30.000
Fortalecer Sistema de Garantías Explícitas en GES	Actualización GES-IAAPS-REM para centros urbanos y rurales.	Otorgar conocimientos actualizados en GES - IAAPS - REM para fortalecer atención a usuarios/as.	3	8	4	6	10	0	30	8	Noviembre	Presencial	Interno	0	\$30.000	0	\$30.000
Mejorar la Calidad de Atención y Trato al Usuario	Fondo Concursable Colectivo	Propiciar la mayor participación de los equipos de Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota en formulación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación Año 2011.	2	2	2	2	2	2	12	8	Diciembre	Presencial	Externo	0	\$600.000	0	\$600.000-

Mejorar la Calidad de Atención y Trato al Usuario	Escuelas de Ciudadanía	Otorgar herramientas teóricas y prácticas que fortalezcan el proceso de ciudadanía de la salud.	4	14	20	20	10	8	76	24	Abril y Noviembre	Presencial	Interno/externo	\$3.000.000	\$7.000.000	\$10.000.000
Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de Vida Funcionaria	Fondo Concursable Colectivo	Propiciar la mayor participación de los equipos de Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota en formulación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación Año 2011.	2	2	2	2	2	2	12	8	Diciembre	Presencial	Externo	0	\$600.000	0 \$600.000
Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs)	Optimización uso sistemas informáticos para funcionarios Departamento de Salud	Otorgar herramientas técnicas que optimicen uso de las TICs.	2	2	3	0	8	0	15	4	Agosto	Presencial	Interno	0	\$50.000	0 \$50.000
Desarrollar la gestión Administrativa, Física y Financiera.	Fondo Concursable Individual	Propiciar la mayor participación de los equipos de Atención Primaria de Salud Municipal de Quillota en formulación, ejecución y evaluación del Plan de Capacitación Año 2011.	1	1	0	0	0	0	2	40	Junio	Presencial/E-Learning	Externo	0	\$2.000.000	0 \$2.000.000
Desarrollar la gestión Administrativa, Física y Financiera.	Taller de llenado de datos de Certificaciones de Defunción	Capacitar a médicos recién ingresados en dotación en completar datos adecuadamente de Certificados de defunción.	2	0	0	0	0	0	2	2	Marzo	Presencial	Interno	0	\$10.000.-	0 \$10.000.-
Desarrollar la gestión Administrativa, Física y Financiera.	Escuela de Temporada para Directivos Saludquillota.	Otorgar herramientas teóricas y prácticas que favorezcan el desarrollo de una gestión más eficiente	2	8	1	0	1	0	12	16	Septiembre	Presencial	Interno/Externo	0	\$1.000.000	0 \$1.000.000

		y eficaz.																
Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas	Manejo de marco legal del personal APS	Otorgar herramientas teóricas que permitan desempeño laboral en mejores condiciones.	2	4	0	0	0	0	6	8	Junio	Prese ncial	Interno	0	\$30.000.-	0	\$30.000	
Mejorar la Prevención y Manejo de las Contingencias, Emergencias y catástrofes	Curso de Primeros Auxilios para personal PGF y Centro de Promoción.	Otorgar herramientas teóricas y prácticas que permitan a personal enfrentar situaciones menores de urgencia.	0	4	0	0	1	2	1	6	4	Mayo	Prese ncial	Externo	0	0	\$100.000	\$100.00.-

IMPORTANTE: El Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quillota, incorpora dentro de su Plan Anual de Capacitación todas aquellas actividades de formación que imparta el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, como asimismo las ofrecidas por el Ministerio de Salud y las que realicen los/as funcionarios/as, previamente autorizadas por esta entidad administradora.

Asimismo, y en atención al éxito que la Modalidad de Fondos Concursables ha tenido en el desarrollo del Plan de Capacitación, para este año se considera su ampliación y evaluación, por cuanto son ellos/as quienes pueden hacer un diagnóstico más cercano respecto a sus requerimiento de formación, se asegura la participación de representantes de los/as trabajadores/as en la asignación de los recursos (2 dirigentes de Asociación participan en Comisión de Selección), se fomenta la integración intra e inter equipos en la Modalidad de Fondos Concursables Colectivos, se produce mayor adherencia de los/as participantes, por cuanto ellos/as mismos/as son quienes han definido las capacitaciones, se ha descentralizado la gestión de la formación y se posibilita el mayor manejo por parte de equipos directivos y funcionarios/as de procesos administrativos y de licitaciones.

Sin perjuicio de lo anterior, la Dirección de Salud y los equipos Directivos mantienen la facultad de asignar recursos a actividades de capacitación que se estiman pertinentes para el mayor desarrollo de la organización.