



**PLAN DE SALUD
COMUNAL
LA HIGUERA 2016**

INDICE

- 1. Introducción**
 - 1.1. Visión y misión del Departamento de Salud**
 - 1.2. Objetivos Programación en Red**
 - 1.3. Objetivos estratégicos 2011- 2020**
- 2. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública**
 - 2.1. Enfoque de derechos ciudadanos y protección social**
 - 2.1.1. Ley de derechos y deberes de los pacientes**
 - 2.2. Enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS)**
 - 2.3. Enfoque de equidad en salud**
 - 2.3.1. Equidad de género en salud**
 - 2.3.2. Interculturalidad y pueblos indígenas**
 - 2.3.3. Inmigrantes**
 - 2.4. Gobernanza**
 - 2.4.1. Intrasectorialidad**
 - 2.4.2. Intersectorialidad**
 - 2.5. Participación social y transparencia**
- 3. Diagnóstico de la situación comunal**
 - 3.1. Descripción de factores condicionantes**
 - 3.1.1 Antecedentes Históricos de la Comuna de La Higuera**
 - 3.1.2 Situación Geográfica**
 - 3.1.2.1. Clima**
 - 3.1.2.2 Relieve**
 - 3.1.2.3. Vías de Acceso**
 - 3.1.2.4 Hidrografía**
 - 3.1.3. Población**
 - 3.1.3.2 Distribución en relación al borde costero.**
 - 3.1.3.3. Dinámica poblacional**
 - 3.1.3.4 Estructura según grupos etarios y género**
 - 3.1.3.1.3. Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)**
 - 3.1.4. Medio Cultural**
 - 3.1.4.1. Desarrollo Económico**
 - 3.1.4.2 Saneamiento básico.**
 - 3.1.4.3. Seguridad social**
 - 3.1.4.5 Vivienda**
 - 3.1.4.6. Transporte y comunicaciones.**
 - 3.1.4.7 Contaminación Ambiental.**
 - 3.1.4.6. Creencias y Cultura.**
 - 3.1.4.7. Organizaciones Comunitarias de La Higuera.**
 - 3.2 Diagnóstico de la situación comunal**
 - 3.2.1. Fuentes comunitarias**
 - 3.2.1.1 Identificación, análisis y priorización de problemas.**
 - 3.2.2 Fuentes Técnicas (registro de salud)**
 - 3.2.3 Descripción del nivel o Situación de salud**
 - 3.2.3.1. Mortalidad**
 - 3.2.3.2. Tasa de Natalidad**
 - 3.2.3.4. Población Económicamente Activa e Índice de Dependencia**
 - 3.2.3.5. Índice de Vejez**

- 3.2.3.6. Consultas Médicas
- 3.2.3.7 Egresos Hospitalarios
- 3.2.3.8. Enfermedades de Notificación Obligatoria
- 3.2.4. Morbilidad según Programas
- 3.2.4.1 Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)
- 3.2.4.2 Salud Respiratoria
- 3.2.4.3 Programa de Salud Infantil
- 3.2.4.4 Programa de Salud del Adulto Mayor
- 3.2.4.5 Programa de Salud Mental
- 3.2.4.6 Programa de salud sexual y reproductiva
- 3.2.4.7 Programa de Atención Domiciliaria a Usuarios con Discapacidad Severa (PADDS)
- 3.2.4.8 Programa Nutricional
- 3.2.4.8 Programa de apoyo al desarrollo Bio-psicosocial en las redes asistenciales (Chile Crece Contigo)
- 3.2.4.9. Otras prestaciones de Salud
- 3.2.4.9.1. Pensiones de Invalidez
- 3.2.4.9.2. Licencias Médicas
- 3.1.3.2. Análisis de la magnitud de los factores condicionantes
- 3.1.3.3. Responsabilidad y/o consecuencias del Sector Salud en el nivel de Salud
- 4. Sector Salud
- 4.1. Rol del Municipio
- 4.1.2 Sectorización
- 4.1.3 Situación actual de la atención primaria municipal.
 - 4.1.4 Acceso a la atención.
 - 4.1.5 Estrategias comunales
- 4.2 recursos y estimaciones periodo 2016
- 4.2.1 Recursos Financieros
- 4.2.2 . Recursos Humanos
- 4.2.3 Recursos Materiales
- 5.2.1.3. Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud.
- 5.2.1.4. Estimación del Programa Nacional de Inmunización
- 5.2.1.5. Estimación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria y Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.
- 5.2.1.7. Estimación de interconsultas al nivel de mayor complejidad.
- 6. Plan de capacitación
- 7.-Plan cuatrienal de mejoramiento de la satisfacción usuaria
- 8. Presupuesto
- 10..Anexos (funciones y cargos)

1. Introducción

El presente documento corresponde al Plan de Salud Comunal del año 2016 del Departamento de Salud de la Municipalidad de La Higuera , instrumento que define la orientación y guía del trabajo en salud para con la comunidad, la que cuenta con una amplia red de servicios integrada por un centro de salud, tres Postas de Salud Rural , cuatro estaciones medico rurales , los que en su conjunto permite acercar la totalidad de la cartera de prestaciones obligatorias para la atención primaria de salud, y que además otorgan servicios adicionales que hacen de nuestro municipio en materia de gestión de salud local,.

Con el objeto de brindar oportunamente prestaciones integrales a nuestros usuarios y sus familias, los Establecimientos pertenecientes a la red comunal de salud, los que están conformados por un gran equipo Multidisciplinario y por dos consejos consultivos de salud vigente .

Las acciones y tareas más adelante detalladas son pensadas en el correlato técnico y de obligaciones suscritas por este municipio y el Estado de Chile entre las que destacan las metas comunales del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), el Índice de Actividad de la Atención Primaria y las Metas Sanitarias, sin descuidar los aspectos de cobertura, calidad de las prestaciones y de la satisfacción de nuestros usuarios, con un esfuerzo y compromiso permanente de cada uno de los integrantes del equipo , bajo la premisa de que, aun cuando los recursos financieros sean exiguos, es posible pensar en un mejor y justo sistema de salud local.

El Plan Comunal de Salud formulado para el año 2016 está alineado con la visión y misión del Departamento de Salud de la Comuna, con los objetivos propuestos para la Programación en Red para el año 2016 y con los Objetivos Sanitarios 2011-2020 propuestos por el Ministerio de Salud (MINSAL), para que de esta forma se pueda:

1. Mejorar la salud de la población,
2. Disminuir las desigualdades en salud,
3. Aumentar la satisfacción de la población y
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

a. Visión y misión del Departamento de Salud de la municipalidad de la Higuera

Visión.

“El Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de La Higuera, pretende llegar a ser el eje de Salud integral con gran nivel de excelencia y de continuidad en la atención de salud primaria, formando parte de la red integral y asistencial del Servicio de Salud Coquimbo. La visión del desarrollo está basada en las personas, las que son y deben ser el centro y el propósito final de cada intervención social. Por lo que tendrán acciones más seguras eso es una atención en salud oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, con lo cual se sentirán acogidas y cercana, mejorando el acceso como puerta de entrada al sistema y en coordinación con el resto de la red de salud”.

Misión.

“Otorgar atención integral de Salud a nivel Primario, a los usuarios de la comuna de La Higuera, con un enfoque bio-psicosocial, para mejorar la calidad de vida de las personas, optimizando los recursos financieros y Humanos existentes, para entregar una atención oportuna, acogedora, equitativa, integral y de calidad, utilizando la experticia del equipo en beneficio de la comunidad”.

b. Objetivos Programación en Red

1. Destacar la importancia de considerar la salud, desde la perspectiva de ciclo vital individual y familiar.
2. Incorporar, una visión de mediano y largo plazo, a través de una Planificación de la Red Asistencial, y a corto plazo, a través de la Programación anual de la Red.
3. Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
4. Avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década, a partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

c. Objetivos estratégicos 2011- 2020

- *Objetivo Estratégico N° 1.* Se abordan tópicos relacionados con mantener los logros alcanzados en el control y eliminación de enfermedades transmisibles, reducir su carga sanitaria y contribuir a disminuir su impacto social y económico. Aborda los desafíos en el control de la tuberculosis, el VIH/SIDA y las infecciones respiratorias agudas.
- *Objetivo Estratégico N° 2.* Metas relacionadas con la prevención y reducción de la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
- *Objetivo Estratégico N° 3.* Vinculado al abordaje de los diversos factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población, como es el

desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables. Es importante destacar la meta relacionada con la “salud óptima”, cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población.

- Objetivo Estratégico N° 4. Incluye temas relacionados con el mejoramiento de la salud a lo largo del ciclo vital, en sus distintas etapas. Dentro de las metas se destaca la correspondiente a rezago del desarrollo en población infantil.
- Objetivo Estratégico N° 5. Se abordan tópicos relacionados con equidad y determinantes sociales de la salud. Se incorporaron también estrategias destinadas a disminuir las inequidades en salud de manera transversal en los otros objetivos del Plan.
- Objetivo Estratégico N° 6. Relacionado al medio ambiente, incorpora desde una perspectiva sanitaria varias metas vinculadas con agua segura, residuos sólidos, aire, ciudad e inocuidad de alimentos.
- Objetivo Estratégico N° 7. Contempla el fortalecimiento del sector salud, incorporando una meta sobre los recursos humanos, además de gobernanza y participación, investigación sanitaria, eficiencia financiera, relaciones internacionales, sistemas de información y la gestión de los Servicios de Salud.
- Objetivo Estratégico N° 8. Relacionado con la calidad de la atención, se destacan las metas dirigidas a disminuir las listas de espera para la atención de patologías que no son garantizadas por GES, a mejorar la satisfacción usuaria, la acreditación de establecimientos y las metas relacionadas con la calidad de las tecnologías sanitarias y de los fármacos.

- Objetivo Estratégico N° 9. Incorpora los desafíos en la preparación para enfrentar emergencias y desastres, incluyendo el concepto de “hospital seguro”

2. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública

a. Enfoque de derechos ciudadanos y protección social

Este enfoque considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales, reconociéndolo plenamente. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en las prestaciones de salud durante toda la vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce el derecho a la salud, el trabajo y la educación.

La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda la vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, la salud, la educación y la previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y oportunidades similares de progreso a todas las personas, en miras a una “sociedad de seguridades”.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos ellos de carácter intersectorial, como son: el Programa Ingreso Ético Familiar - Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

Desde un enfoque de Derechos Humanos, puede afirmarse que los esquemas de seguridad social constituyen el ejercicio de los derechos reconocidos expresamente en la normativa internacional de los Derechos Humanos, mientras que la asistencia social, si bien naturalmente es un derecho, representa en esencia una medida reparatoria de carácter transitorio para afrontar las negaciones de derechos que sufre un porcentaje de la población, es decir, y en el contexto que nos involucra, cuando un grupo de personas no puede ejercer el

derecho a la salud, el Estado asume la obligación de hacer efectivos los estándares mínimos relativos a la salud.

La protección social es una importante dimensión de la reducción de la pobreza y de la privación multidimensional, específicamente en el área de la salud, aún más en el sector rural. Las políticas de protección social, pueden apoyar en el cumplimiento de las obligaciones del Estado para asegurar los derechos básicos de todos los individuos.

La inversión en salud y servicios básicos, junto a la protección social, puede resultar en un mejoramiento del desarrollo humano, puede mitigar y apoyar las estrategias de las personas que enfrentan una amplia gama de riesgos y vulnerabilidades en salud.

Cabe señalar, que la normativa internacional de Derechos Humanos reconoce la seguridad social en casos de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, ancianidad, u otra falta de medios, con cuidados especiales y asistencia para la maternidad y la infancia. Todos los Derechos Humanos son pertinentes en materia de protección social, comenzando con el derecho a un nivel de vida adecuado, y deben extenderse a todo el rango de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Un enfoque de Derechos ciudadanos considera a los ciudadanos titulares de derechos y al Estado sujeto de obligaciones. Este enfoque exige fijar estándares mínimos, como formas básicas de educación, atención primaria de salud y requerimientos nutricionales. Considerando la protección social no solamente una cuestión de solidaridad o generosidad, sino una responsabilidad básica del Estado.

i. Ley de derechos y deberes de los pacientes

Desde el 01 de octubre del año 2012 entró en vigencia la Ley N° 20.584, sobre los Derechos y Deberes de los Pacientes, la cual establece los derechos y los deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud.

La ley estipula que toda persona tiene derecho a que -en el marco de la atención en salud que se le brinda- los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales, cumplan las normas vigentes en el país y los protocolos establecidos.

Entre los derechos de los pacientes que se encuentran consagrados en este cuerpo legal destacan:

1. Derecho a una atención segura y de calidad
2. Derecho a un trato digno
3. A tener compañía y asistencia espiritual
4. Derecho a la información (con excepción de la información delicada del historial clínico, datos sensibles)
5. A la reserva de la información
6. A la autonomía de las personas en su atención de salud, (consentimiento informado, estado de salud terminal, Comités de Ética, protección de la autonomía de las personas que participan en investigaciones científicas)
7. Derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual
8. Derecho a la participación activa de los usuarios.

b. Enfoque de determinantes sociales de la salud (DSS)

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial.

Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud.

Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

c. Enfoque de equidad en salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la equidad en salud puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”.

Avanzar hacia la equidad en salud implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos.

Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

i. Equidad de género en salud

El género es la construcción cultural que asigna, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a mujeres y hombres sobre la base

de su diferenciación sexual; a diferencia de “Sexo”, término que alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer.

Es importante destacar que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género. Este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran “innecesarias, evitables y, además, injustas” y que se asocian a desventajas en el plano socioeconómico y en la valoración social.

ii. Interculturalidad y pueblos indígenas

La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial, y en el Modelo de Atención Integral de Salud, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país y construir espacios de participación con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de mesas comunales y de región para abordar los problemas de salud que atañen a los pueblos indígenas. .

La interculturalidad, como propuesta teórica y reflexiva a nivel latinoamericano, fue acuñado por las ciencias sociales para abordar los temas relativos al movimiento indígena (relativismo cultural) y su visibilización en las últimas tres décadas.

La interculturalidad, más que un concepto, es una representación mental, es un proyecto de sociedad que requiere ser atendido y comprendido en su justa dimensión.

La interculturalidad en la planificación sanitaria, se basa en el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud de una población, lo que implica que el modelo científico “occidental” no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena, por ejemplo, también tiene un amplio desarrollo. En este sentido, el proceso de

cambio de modelo de atención en curso tiene como desafío considerar las necesidades y características socioculturales de la población indígena.

Por su parte, los pueblos indígenas a nivel país, aportan con su cultura, su modelo de vida y su sistema de salud para afrontar los procesos de salud - enfermedad. La riqueza del conocimiento de los pueblos es considerada un patrimonio del país, que los equipos de salud del sector público deben considerar, valorar e incorporar a su quehacer, particularmente en las zonas que concentran población indígena⁴. El conocimiento de la organización territorial en dichas áreas geográficas (mesas de participación provinciales y comunales), enriquecerá el trabajo multisectorial del equipo de salud y de la red asistencial.

Esto significa, traducir la equidad en acciones específicas: considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud mediante procesos de sensibilización que faciliten la comunicación, entre el personal de salud y la comunidad indígena; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías que en definitiva favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud.

iii. Inmigrantes

La población migrante beneficiaria de la Red Asistencial Pública se reconoce, en una alta proporción, por lo que el Ministerio de Salud (MINSAL) ha tomado acciones consistentes para mejorar las condiciones de salud de los inmigrantes y refugiados que se encuentran en nuestro país; colocando particular énfasis en el tratamiento de los grupos más vulnerables con la finalidad de formular líneas de acción para la promoción y protección social en salud.

A su vez, de acuerdo a informaciones del MINSAL, también se trata, en coherencia con las normativas migratorias vigentes, de dar especial atención a grupos humanos en riesgo social como son los niños y mujeres embarazadas independientemente de su situación migratoria. En este sentido, se ha acordado

proporcionar a todos los niños y niñas menores de 18 años extranjeros, atención de salud en los establecimientos de la red pública de salud, en igualdad de condiciones de sus pares chilenos. Lo anterior, será válido para todos los menores de 18 años, independiente de su situación migratoria en Chile. Para dar cumplimiento al punto anterior, se debe inscribir a los niños y niñas menores de 18 años en los establecimientos de atención primaria correspondiente a su domicilio, el menor podrá solicitar ante la autoridad migratoria que corresponda a su domicilio, un permiso de residencia temporaria.

Las mujeres embarazadas podrán ser atendidas por la red pública de salud en igualdad de condiciones que sus pares chilenas, y solo pueden acogerse a este beneficio, aquellas extranjeras que habiendo tenido una residencia en el país, ésta se encuentre vencida, debiendo acreditar su condición de irregularidad para que le otorguen residencia temporaria.

Los extranjeros que se encuentren en Chile sin haber regularizado aún su situación migratoria tienen derecho a la atención de urgencia. Asimismo, podrán atenderse en forma privada cancelando el valor de las prestaciones médicas u hospitalarias.

d. Gobernanza

Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común.

i. Intrasectorialidad

Es imprescindible la integración y complementariedad de la gestión de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud con la Red Asistencial, para ofrecer a la población acciones de prevención y fomento, atención de morbilidad,

de especialidades y hospitalización. Lo anterior ligado a la vigilancia epidemiológica coherentemente integrados para el logro de los objetivos sanitarios propuestos para la década.

ii. Intersectorialidad

La Coordinación intersectorial debe lograr la definición de objetivos comunes y complementarios, coordinar los recursos humanos y materiales y desarrollar actividades conjuntas orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas al trabajo entre distintos actores y participación ciudadana en salud (diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, etc.).

e. Participación social y transparencia

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud.

La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Estas modalidades no son excluyentes sino que pueden ser complementarias y se expresan a través de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios (as) organizados (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.

Participación en instancias de consulta ciudadana con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.

Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Deberes y Derechos.

Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.

Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.

Ejercicio de derecho a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

Se espera que la comunidad avance en la participación continua en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal. Esto supone, al momento de la Programación, generar los espacios y destinar recursos necesarios.

El estado reconoce un vínculo entre la Participación Social y la Transparencia, consagrado en la Ley N° 20.285 de Acceso a la Información Pública. Esta ley tiene como principios: el de relevancia y de libertad de la información, de apertura o transparencia, de máxima divulgación, y el de oportunidad y de gratuidad. Esta normativa se aplica a todos los organismos públicos del Estado, incluyendo a la Contraloría General de la República, Fuerzas Armadas y de Orden, Municipalidades, empresas públicas entre otros.

Los aspectos que busca regular esta ley, se refieren al principio de transparencia de la función pública como derecho que le cabe a todas las personas de tener acceso a la información de los organismo del Estado, los procedimientos para ejercer y proteger ese derecho y las excepciones para la publicación de la información

3. Diagnóstico de la situación comunal

a. Descripción de factores condicionantes

3.1.1 Antecedentes Históricos de la Comuna de La Higuera

La Comuna de La Higuera proviene de la familia “Higuera”, quienes, hacia 1842, poseían la fundición minera más importante de ese tiempo y eran los propietarios del lugar. También se señala que la presencia de una higuera indicó el lugar donde se encontraron vetas de cobre del cerro Cimarrona. También se describe la historia de cómo se mantuvo como un asentamiento humano por muchos años, y que sus costas fueron territorios ocupados por los pueblos Changos y Camanchacas.

La comuna nace como un asentamiento humano el año 1842, lo que es recordado cada 22 de diciembre. Esta comuna fue reconocida como tal por el Presidente José Manuel Balmaceda en el año 1891.

Entre los años 1855 y 1880 la comuna de La Higuera tuvo un gran auge cuprífero. En 1914 se instala la compañía “Bethlehem Chile Co.” en las cumbres costeras de El Tofo, con la más grande mina de hierro a tajo abierto, completamente mecanizada y electrificada. En 1954 la mina “El Tofo” se cierra y es reemplazada por “El Romeral” para abastecer a la compañía siderúrgica “Huachipato” y al mercado extranjero. A mediados de los años 1800 se descubren minerales de cobre, hecho que contribuyó al aumento de la actividad económica y al poblamiento del sector. Lamentablemente, la falta de antecedentes o de investigaciones no permite disponer de más precisión en la historia de uno de los territorios que más ha aportado a la idiosincrasia nacional.

La comuna de La Higuera está constituida por siete localidades rurales, siendo la principal la localidad de La Higuera cabecera comunal, además de cuatro poblados menores. Todas las localidades dependen de manera significativa de la cabecera comunal.

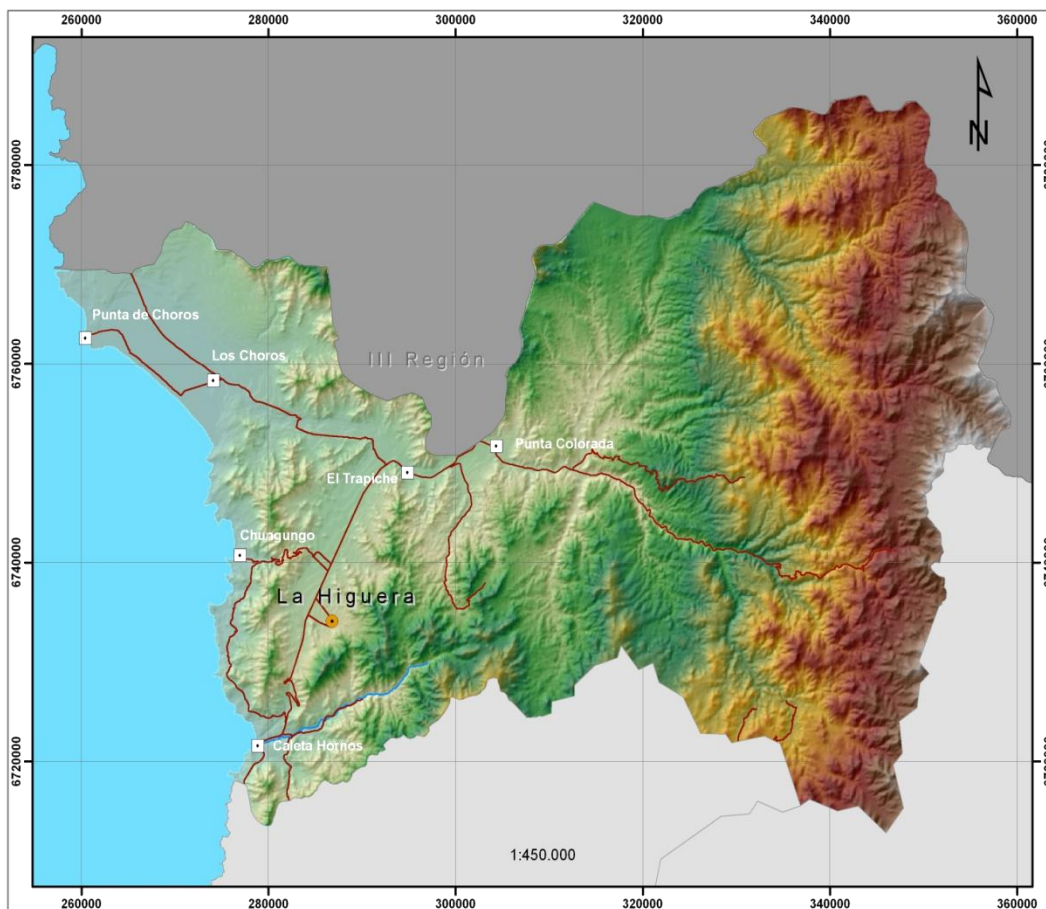
La población se reparte de manera heterogénea en el territorio, concentrándose preferentemente en La Higuera, Caleta Los Hornos, Punta de Choros, Los Choros, El Trapiche, Punta Colorada y Chungungo. Las localidades con menos población son: Quebrada Honda, Agua Grande, Los Morros y Rancho de Tierra.

3.1.2 Situación Geográfica

La comuna de La Higuera tiene una superficie de **4.158,2** kilómetros cuadrados. Se encuentra en el extremo norte de la Región de Coquimbo, limitando al sur con las comunas de La Serena y Vicuña y en su límite nororiental con la Tercera Región de Atacama, específicamente con las comunas de Alto del Carmen, Vallenar y Freirina.

Dentro de la comuna de La Higuera se distinguen los poblados de Caleta Los Hornos, Punta de Choros, Los Choros, Chungungo, Quebrada Honda, Agua Grande, Los Morros, Rancho de Tierra, Punta colorada, El Trapiche, Tres Cruces y Los Pajaritos.

Mapa Geomorfológico de la comuna de La Higuera.



3.1.2.1. Clima

En cuanto a las características climáticas, la comuna se encuentra ubicada en una zona de transición entre el clima desértico y uno de mayor humedad, asociada a la aparición de vegetación. Su tipología climática es de una zona semiárida cálida con variaciones a medida que se aleja del sector costero. Este clima se presenta bordeando la costa y se caracteriza por abundante nubosidad baja, localmente intensificada que se manifiesta con frecuentes nieblas y lloviznas que tienden a disipar al mediodía. Existen irregularidades en los periodos de precipitaciones desde fuertes sequías hasta torrenciales lluvias. Estas precipitaciones presentan un régimen frontal, con máximos en el invierno (junio, julio y agosto) donde precipita cerca del 80% del total anual. Asimismo, las precipitaciones aumentan hacia el sur y con la altura.

3.1.2.2 Relieve

El relieve de la comuna se caracteriza por planicies litorales, cordones transversales, encadenamiento andino y llanos de sedimentación fluvial, destacando la presencia de los cordones transversales que constituyen el Complejo Montañoso Andino-costero al oeste de la comuna, que corresponde a las áreas de contacto entre el sistema de montaña y los fondos de valle de las quebradas y terrazas fluviales

3.1.2.3. Vías de Acceso

La vía única de acceso a las localidades de Caleta Hornos y El Trapiche es la carretera Ruta 5 Norte, y para la localidad de La Higuera existe un desvío de 3 kilómetros hacia la cordillera.

El acceso a la localidad de Los Choros, se realiza a través de un desvío de la carretera de 24 kilómetros. Siguiendo en dirección noroeste, a unos 20 kms hacia la costa, se encuentra la localidad de Punta de Choros.

Dentro de los medios de transporte que existen encontramos, taxis interurbanos y buses de recorrido nacional por carretera (Ruta 5 Norte), permitiendo el acceso a las localidades de El Trapiche, Caleta Hornos y La Higuera. Sin embargo, para acceder a los pueblos del interior no existe locomoción formal, debido al mal estado de algunos caminos como es el caso del acceso a la localidad de Chungungo, Agua Grande, Los Morros, Punta Colorada, Los Choros y Punta de Choros.

3.1.2.4 Hidrografía

En cuanto a la hidrografía, la comuna de La Higuera posee un sistema hidrográfico importante, a saber: el río subterráneo Los Choros, cuyo régimen es mixto, con el máximo caudal en los meses de noviembre y diciembre, producto de

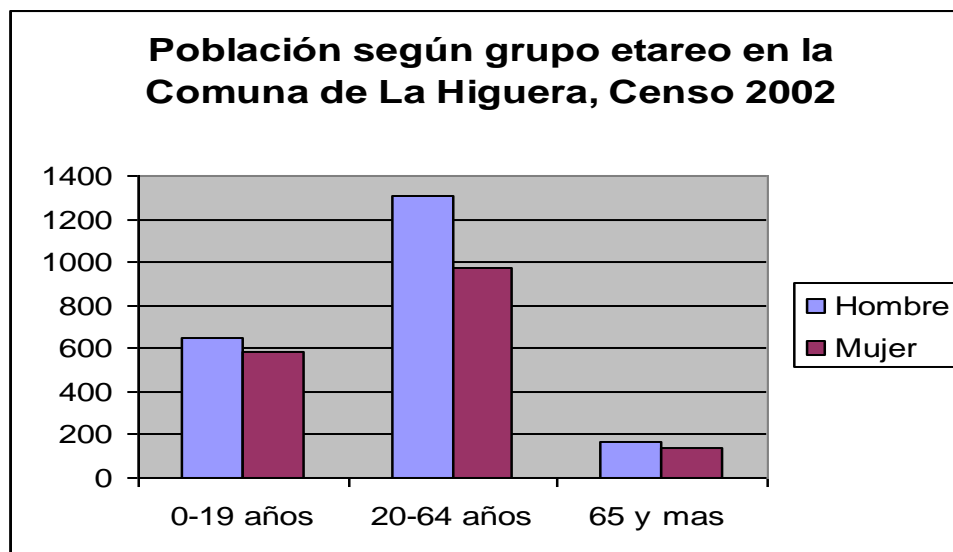
los deshielos estivales. También suele producirse un aumento considerable del caudal con motivo de inusitadas y torrenciales lluvias.

3.1.3. Población

La comuna de La Higuera, perteneciente a la Provincia de Elqui, cuenta con una población total de 3.941 habitantes según el censo de 2002, con un índice de ruralidad del 70,9%. Del total de la población un 56% son varones y un 44% son mujeres.

3.1.3.1. Distribución poblacional según grupo etario.

Población según grupo etario en la Comuna de La Higuera según censo 2002

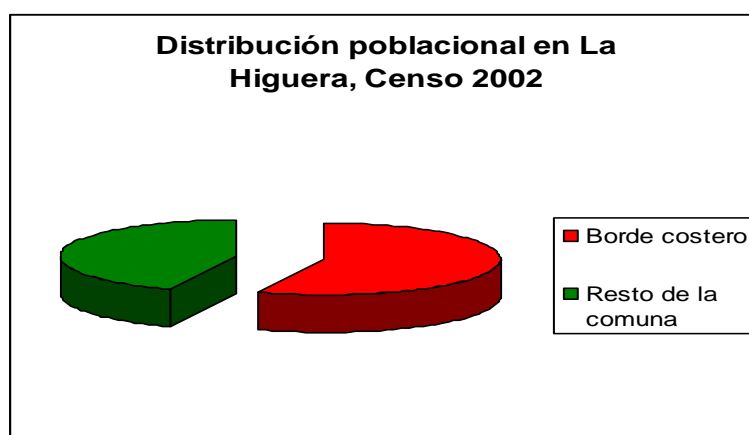


Comentario: En la gráfica, es posible observar la predominancia de la población económicamente activa, además de una mayor población masculina por sobre la femenina en todos los rangos etéreos, lo que podría ser explicado por las actividades económicas predominantes en la comuna, como lo son la pequeña minería y la pesca artesanal, actividades que históricamente han sido asociadas al trabajo masculino.

De acuerdo a los rubros económicos, los empleados no tienen sistema de previsión social ni de salud, por tratarse de trabajos esporádicos, de temporada, no formalizados o independientes como la pequeña minería y la pesca artesanal.

3.1.3.2 Distribución en relación al borde costero.

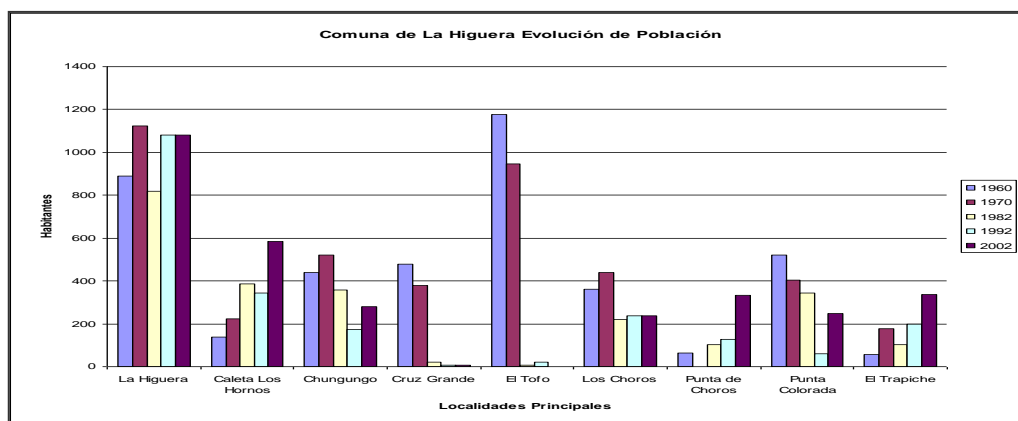
Un punto importante a considerar dentro de la distribución de la población es su condición de cercanía al borde costero, puesto que se reconoce como la principal fuente de recursos para la comuna.



Comentario: El Territorio del Borde Costero Norte cuenta con una población de 2.107 habitantes, correspondiente al 66.1% del total de la población comunal.

3.1.3.3. Dinámica poblacional

Es muy importante el desarrollo migratorio que ha tenido la comuna, en función a las actividades económicas de los asentamientos.



Fuente: PLADECO 2010. **Comentario:** Como se observa, las localidades a partir de la década de 1960 tuvieron un alza poblacional, lo que está muy ligado a la fuente de trabajo, específicamente de El Tofo. Desde su cierre en 1956 aproximadamente, el flujo poblacional fue variable, siendo los pueblos más pequeños los más afectados con la disminución poblacional. Sin embargo se comienzan a descubrir nuevos yacimientos minerales, lo que mantiene cierta población principalmente en los poblados de más fácil acceso

3.1.3.4 Estructura según grupos etarios y género

El tamaño de la población de la comuna de La Higuera es de un total de 3.952. Este valor aporta solo un 0.02% del población chilena y un 1.87% a la región de Coquimbo. La Higuera cuenta con 1.802 mujeres y 2150 hombres, equivalente al 45,04% y 54,96% respectivamente.

La estructura poblacional de la comuna de La Higuera refleja los grupos de poblaciones por quintiles muy parecidos entre sí, a excepción de los mayores de 60 años con lo que la pirámide luce ligeramente cuadrada. Llama especial atención la alta carga poblacional que constituyen los hombres de 20 a 54 años, esta situación podría deberse a la migración de trabajadores del sector minero y pesca artesanal. A partir de los 30 años y hasta los 70 años se observa un

predominio de la población masculina lo que significará un alto índice de masculinidad.

La mayor cantidad de población se encuentra ubicada entre los quintiles que van desde los 30 a los 49 años, especialmente de hombres, lo que se explicaría por las actividades desarrolladas en la zona, como lo son la minería y la pesca artesanal, que en mayor medida agrupa a hombres para desarrollar la actividad y atrae inmigrantes (Comercio 51.1%, minería 10.7%, agroindustria 7%, silvícola agropecuario 6.3%).¹ Tal como se observa, la base de esta pirámide se encuentra en un claro proceso de expansión, lo cual muestra la alta fecundidad que existe en la comuna. En contraposición se observa el descenso en la cantidad de jóvenes (de 15 a 29 años) en la comuna, explicándose por la migración provocada por la falta de centros de estudios que le permitan continuar su vida en la zona, teniendo que obligadamente migrar a centros urbanos que le permitan continuar los estudios de Enseñanza Media y Superior.

3.1.3.1.3. Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)

En la comuna de La Higuera se aprecia una alta distribución rural por la cantidad de localidades dispersas geográficamente, lo que arroja un 67,14% de predominio rural.

3.1.4. Medio Cultural

3.1.4.1. Desarrollo Económico

En la actividad económica, los ingresos están distribuidos según los recursos naturales que presenta La Higuera. En primer lugar, la pesca artesanal y la minería, luego ganadería caprina y los productos derivados del cultivo olivícola, como el propio aceite de oliva y las aceitunas, actividad económica que ha

conseguido importantes proyectos del INTA con asesoramiento del SAG, o capital semilla para emprendedores.

De acuerdo al censo 2002 la comuna de La Higuera tenía una población de 15 años y más de 2.700 personas, de las cuales poco más de la mitad, 51,6% estaban calificadas como activas y el resto inactivas.

Si el análisis de la población económicamente activa se hace de acuerdo al sexo, de cuatro trabajadores, tres son del sexo masculino, esto se debe a que en la minería generalmente los trabajadores son hombres. Por otro lado, en estos rubros de actividad económica se insertan tempranamente en el trabajo y las mujeres se dedican a ser dueñas de casa. Esta situación se vincula con el bajo nivel educacional de la población y la falta de proyecciones laborales y económicas.

La población de La Higuera, se encuentra en parte importante en condiciones de pobreza. De acuerdo a la ficha CAS 2002, el 89% de la población se encuentra en situación de pobreza y el 6,9% en condición de indigencia.

Las cifras que entrega la encuesta CASEN 2000 entrega cifras diferentes, señalando que 1 de cada 5 habitantes es pobre o indigente.

En la Comuna de La Higuera existen 243 familias beneficiarias por el sistema de protección social Chile Solidario.

Finalmente, existe la creación del parque eólico en Punta Colorada se aprecia en forma muy positiva, pues se vislumbra un futuro mejor.

3.1.4.2 Saneamiento básico.

No todas las viviendas cuentan con saneamiento básico completo, de cada cinco viviendas ocupadas en La Higuera, cuatro disponen de agua potable de la red pública, la cual es transportada desde El Trapiche a través de tuberías hacia La Higuera, lo cual a veces dificulta la frecuencia del agua, quedando algunos sectores con abastecimiento día por medio, y otros sin suministro de manera

temporal, hasta por tres días. En el sector urbano el 92% de las viviendas ocupadas tienen agua potable de la red pública. En el sector rural, el 75% está en esa condición.

Las localidades que tienen agua potable rural son Caleta Los Hornos, Chungungo, La Higuera, Los Choros, Punta de Choros, El Trapiche y Punta Colorada. Esto a través de la formación de comités de agua potable rural

Existen emergencias sanitarias cada cierto tiempo asociado precisamente a la escasez de Agua Potable en la comuna.

Otro punto importante a tratar es la calidad de las viviendas en la comuna. Cerca del 90% de las viviendas es de material sólido, de adobe y madera. Por otro lado, cerca del 90% tiene mera posesión natural del terreno con postulación a subsidio, lo que actualmente se busca regularizar para conservar una distribución armónica y acorde con el desarrollo de la comunidad. Otro dato de interés es que de cada cinco viviendas, cuatro son casas y la restante es una mejora, una mediagua, un rancho o una choza; y que de cada cinco viviendas, una se encuentra en el sector urbano y cuatro en el sector rural, por tratarse de una comuna eminentemente rural.

De las casas ocupadas en La Higuera, un 18% no posee alumbrado eléctrico de ningún tipo. Una de cada tres viviendas ocupadas en el sector rural no posee alumbrado eléctrico. En el sector urbano la situación no es dramática, pues sólo el 5% de las viviendas no lo posee. En contraparte, en la localidad de Agua Grande existen celdas fotoeléctricas.

Solo en las localidades de Caleta Hornos y El Trapiche tienen alcantarillado, en el resto de las localidades el manejo es a través de sistema de fosas.

En cuanto a los animales domésticos estos están presentes en la vía pública y en la mayoría de los hogares, además de animales para ganadería. También existe la crianza de burros, los cuales deambulan por la comuna, generando en algunas ocasiones accidentes carreteros.

3.1.4.3. Seguridad social

La Seguridad Social se encuentra establecida por la Constitución Política como un Derecho, el cual se integra a todos los ciudadanos, para entregar protección ante las eventualidades que surjan por causa de algún riesgo social y que generasen estados de necesidades en estos. Deben existir leyes que regulen la seguridad social y una acción del Estado a garantizar el acceso de los habitantes a prestaciones básicas, a través de instituciones públicas y privadas, permitiendo que las leyes establezcan cotizaciones obligatorias, como así la supervigilancia por parte del estado del derecho a la seguridad social. Está regida para los efectos del trabajo por la Ley N° 16.744, la cual establece un seguro social de tipo obligatorio, que es por parte de los empleadores proteger a los trabajadores de los accidentes que sufran estos a causa u ocasión del trabajo que ejerzan, como así también las enfermedades causadas de forma directa por el ejercicio de la labor que este realice.

Actualmente en Chile, existen leyes y decretos que cumplen la función de establecer los parámetros y reglamentos en que los programas existan y los organismos del seguro social puedan ejercer sus funciones. De lo anterior, podemos mencionar al Antiguo Sistema de Pensiones DL 3.502, el nuevo sistema de Pensiones DL 3.500, la Ley N° 18.469 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y se crea un régimen de prestaciones de salud, la Ley N° 18.020 del Seguro Obligatorio del Seguro Social contra riesgos de Accidentes del Trabajo, el DL 869 que establece el régimen de Pensiones Asistenciales para Inválidos y Ancianos carentes de recursos, la Ley N° 19.728 que establece un seguro de Desempleo.

3.1.4.3 Vivienda

En la comuna de La Higuera, se puede visualizar mayormente la existencia de viviendas construidas con el enfoque del programa del Subsidio Habitacional Rural con carácter de viviendas básicas, tanto del antiguo programa como del nuevo, traducido lo anterior, en las edificaciones de madera y de ladrillos con soluciones sanitarias según la realidad de la infraestructura comunal. Cabe señalar, que dicho

programa tiene por objetivo ofrecer subsidios y soluciones habitacionales a las familias que viven en condiciones de pobreza o vulnerabilidad social en el contexto rural, construyendo viviendas sociales, en forma individual o colectiva como son los villorrios, lo cual, refleja el alto número de habitantes que cumplen con la condición de vulnerabilidad social.

El otro tipo de viviendas que se presenta con mayor presencia, dice relación a las casas construidas con adobe, participando de una de las características propias del sector rural del país, destacando, que este tipo de viviendas por lo general contempla un mayor espacio interno y externo respecto a las casas pertenecientes al programa de Subsidio Habitacional Rural, lo cual, implica mejor esparcimiento de las personas que moran en su interior.

Las viviendas de la comuna, mayormente tienen la posibilidad de estar conectadas a los sistemas de Agua Potable Rural existentes en el sector, y al sistema eléctrico, no así en cuanto a las soluciones de saneamiento rural conocido como sistemas de tratamiento de aguas servidas, ya que sólo dos localidades (Caleta Los Hornos y El Trapiche), cuentan con dichos sistemas como puede apreciarse mayormente en el ítem de Saneamiento Básico, por lo cual, disponen de soluciones individuales de pozos negros o fosas sépticas.

3.1.4.4. Transporte y comunicaciones.

Dentro de los medios de transporte que existen encontramos, taxis interurbanos y buses de recorrido nacional que dejan en la carretera, permitiendo el acceso a las localidades de El Trapiche, Caleta Hornos y La Higuera, sin embargo, para los pueblos del interior no existe locomoción formal, dado el mal estado de algunos caminos específicamente, Chungungo, Agua Grande, Los Morros, Punta Colorada, Los Choros y Punta de Choros.

3.1.4.5 Contaminación Ambiental.

Respecto a la contaminación ambiental, a lo largo del paisaje natural y en la cercanías de los propios centros poblacionales de la comuna es posible observar cerros de Borra; una sustancia química expulsada por la mina de hierro El Tofo, que al reiniciar su funcionamiento, no ha presentado estudios de impacto ambiental respecto a la presencia del contaminante en el sector. Ningún proyecto minero del sector cuenta con sistemas de tratamiento de residuos industriales

No existe un sistema de disposición y tratamiento de residuos sólidos urbanos, además está muy ligado al saneamiento básico el Insuficiente sistema de alcantarillado y plantas de tratamiento de aguas servidas, que a la vez tiene repercusiones ambientales. Inexistencia de sitios de disposición final y sistemas de tratamientos de residuos sólidos industriales.

En relación a los Residuos Sólidos domiciliarios y asimilables su disposición final es en el Relleno Sanitario del Panul, en espera del relleno sanitario biprovincial en la Provincia de Elqui.

En relación a los residuos contaminados como lo son los desechos corto punzante y con contaminación biológica, se firmó un contrato con la empresa "Procesos Sanitarios " comuna de Santiago quien realiza el retiro y destrucción de estos.

3.1.4.6. Creencias y Cultura.

Por tratarse de una comuna con una especial importancia del borde costero, la comuna de La Higuera posee en todas sus localidades diversas manifestaciones culturales propias que las distinguen de las demás localidades.

Esta situación es posible evidenciarlo en cada una de las presentaciones en las fiestas de la cultura y tradiciones, organizadas por el municipio, que cada verano han recorrido la región mostrando los atractivos turísticos y especialmente culinarios de la comuna. Así, las localidades de los Choros, Punta de Choros, La Higuera, El Trapiche, etc. se han presentado en los stands habilitados en las mismas localidades y en dependencias del gobierno regional, mostrando trabajos

manuales, gastronómicos y proyectos de desarrollo económico como la producción olivícola por parte de las organizaciones comunales.

El aspecto religioso, al igual que en el resto de las comunas rurales de la región, cobra especial importancia el día 8 de diciembre en la celebración de la inmaculada concepción, momento en que se rinde tributo a la virgen mediante el bailes chinos, a cargo de la Agrupación Cultural Baile Chino número 12 Arturo Zarate, que cumplió 155 años de vida y está integrado por personas de toda la comuna.

Otro punto importante a considerar dentro de la valoración son las creencias en salud que presenta la comunidad. De acuerdo a breve espacios de conversación directa con usuarios, mucho tiempo que no contaban con profesional de Enfermería, por lo que asumen que puede no ser tan necesario, en circunstancias que han podido estar sin profesional durante mucho tiempo.

Por otro lado, los pacientes no están acostumbrados a tomar hora para la atención con profesional, no existiendo así una agenda formal; la situación entonces colapsa, puesto que la principales consultas son de morbilidad, y de pacientes espontáneos, sin previa toma de hora. Esta situación genera descontento en la población que no es atendida en sus horarios.

3.1.4.7. Organizaciones Comunitarias de La Higuera.

La comuna de La Higuera cuenta con una gran cantidad de organizaciones comunitarias dispersas geográficamente en todas las localidades, siendo la localidad de Los Morros aquella con el menor número de organizaciones sociales, mientras que el resto cuenta con un número muy similar en organizaciones dispuestas para los habitantes del sector.

A continuación se presenta un catastro de las organizaciones comunitarias de la zona, separadas en diversas categorías, tales como:

Instituciones Formales de Apoyo a la Comunidad.

Clasificadas de tal forma, con el fin de agrupar aquellas organizaciones, entidades y/o departamentos dependientes de: municipio, gobierno central, instituciones de voluntariados, de orden público, eclesiásticas, entre otras; que no formen parte de organizaciones creadas y organizadas específicamente al interior de la comuna de La Higuera.

Desarrollo Comunal y Calidad de Vida:

En esta categoría se incluyen las organizaciones cuyos objetivos son fomentar el desarrollo de la comuna y contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida.

Trabajo:

Forman parte de esta categoría las organizaciones que pretenden mejorar las condiciones de trabajo y facilitar la comercialización de sus productos

Salud:

Organizaciones conformadas con el fin de trabajar a favor de las condiciones de salud de la comuna y de cada uno de los individuos

Cultura.

En esta categoría se encuentran las organizaciones que pretenden conservar las tradiciones, el saber popular, el folklor y cualquier forma de manifestación cultural.

Organizaciones Locales de Participación Social.

Forman parte de esta categoría aquellas organizaciones legítimas y legales territoriales reconocidas por las autoridades locales y que forman parte importante para la toma de decisiones políticas comunales. Estas se rigen por la ley 20.500 de febrero del presente año.

Deportes y Recreación.

Como su nombre lo indica, se agrupan en esta categoría las organizaciones que tienen fines deportivos o lúdicos

3.3 Diagnóstico de la situación comunal

3.2.1. Fuentes comunitarias

El Centro de Salud de La Higuera, considera de suma importancia conocer la visión de sus usuarios, para así poder realizar mejoras en pro de poder garantizar en un futuro próximo, una atención de excelencia para cada uno de los usuarios de la comuna de La Higuera.

A Continuación, se dan a conocer los resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría 2013, aplicada a los Usuarios del CES La Higuera, Postas Rurales y Estaciones Médico Rurales, pertenecientes a la comuna de La Higuera.

3.2.1.1 Identificación, análisis y priorización de problemas.

- Identificar las principales problemáticas en el ámbito de la salud que afectan a los habitantes de la comuna de La Higuera, a través de diagnósticos participativos.
- Difundir y facilitar a la comunidad mediante talleres educativos y material de lectura los nombres de las instituciones de emergencia y respectivos números telefónicos. Así como también coordinar actividades de difusión del plan de emergencia comunal en situaciones de catástrofes a las diferentes organizaciones comunitarias de la comuna.
- Capacitar a la Comunidad en General sobre Oficina de Informaciones, Reclamos, Felicitaciones y Sugerencias ciudadanas (OIRS).
- Difusión y Conocimiento de Ley de Garantías Explicitas a través de jornada de capacitación comunal entregada por Superintendencia de Salud.
- Conocer la Percepción de los usuarios en relación a la calidad en la prestación de los servicios entregados por los funcionarios del Centro de Salud, a través de instrumento de recopilación de datos (encuesta).

- Determinar la Percepción de los funcionarios del Centro de Salud de La Higuera a través de aplicación de instrumento de recopilación de datos (encuesta) auto evaluativos.
- Conocer la percepción de los usuarios a través de Encuesta de satisfacción y utilizar dichos resultados para evaluar el cumplimiento del Plan de Mejora planteado en el año, trabajando en forma participativa con la ciudadanía y analizando detenidamente los resultados, para lograr establecer áreas prioritarias a mejorar.
- Difundir y Capacitar a la comunidad en Sistema de Protección Social Chile Crece Contigo; Así como también realizar esta actividad con los funcionarios del CES.
- Promover el buen trato hacia los usuarios del Centro De Salud de La Higuera, Postas y Estaciones médicas de la comuna, a través de jornada de capacitación con el fin de empoderar a los funcionarios de la importancia y uso de buen trato.
- Difundir y dar a conocer a la comunidad las prestaciones de servicios entregados por el Centro de Salud, Postas y Estaciones médicas, así como también por los programas que se ejecutan a través del mismo.
- Realización de jornadas de 2da Capacitación en Primeros Auxilios, la cual dispondrá de un número de personas con conocimiento en primeros auxilios en cada pueblo de la comuna.
- Activar Red de Voluntariado que vera casos de adultos mayores en situación de abandono y enfermos postrados.
- Efectuar actividades de carácter educativo, recreativo, cultural y de difusión.

- Crear la Unión Comunal de Consejos Consultivos de Salud de la comuna de La Higuera.

3.2.2 Fuentes Técnicas (registro de salud)

Las fuentes de registros de salud son aquellos sistemas los cuales facilitan la organización administrativa, resguardan el trabajo efectuado en los establecimientos y llevan un historial de todas las prestaciones de salud otorgadas.

Las más importantes son:

1. **SIDRA:** Sistema de Información de Redes Asistenciales, su propósito es impulsar una estrategia y un plan de acción para digitalizar los establecimientos que conforman la red asistencial de salud. Este sistema está vinculado con el Registro Clínico Electrónico, más conocido como “TRAKCARE” sistema que reemplazará la ficha clínica de papel permitiendo integrar y almacenar digitalmente toda la información de los pacientes. Todos los profesionales y administrativos estarán conectados a través de SIDRA.
2. **REM:** Registros Estadísticos Mensuales, organizan sobre la base de las actividades de los programas, divididos por edad y sexo, a la cual se agrega datos de la población bajo control. Además, incluye datos de actividades de apoyo diagnóstico, algunas de apoyo terapéutico e intervenciones quirúrgicas, realizadas en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, sean éstas efectuadas a pacientes ambulatorios u hospitalizados. Estos datos conforman la base de un sistema de información de carácter nacional, cuya recolección y procesamiento es realizado a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud.

3. **SIGGES:** Sistema de Información para la Gestión de Garantías de Salud, es una herramienta tecnológica que tiene como objetivo monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por los Decretos GES.
4. **Hojas Diarias:** Documento que registra diariamente todas las actividades y prestaciones realizadas por los profesionales del establecimiento. Solo de uso interno del centro de Salud.

3.2.3 Descripción del nivel o Situación de salud

3.2.3.1. Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad para La Higuera (2,03 por 1000 habitantes) se encuentra por debajo de la registrada por Coquimbo (4,76 por 1000 habitantes). Llama la atención que la tasa de la comuna de La Higuera se encuentre muy por debajo del valor nacional (5,27 por 1000 habitantes).

3.2.3.2. Tasa de Natalidad

La tasa bruta de natalidad para La Higuera (13,45 por 1000 habitantes), el país (14,42 por 1000 habitantes) y la región de Coquimbo (14,54 por 1000 habitantes) no muestran mayores diferencias.

3.2.3.3 Índice de masculinidad

En la comuna existen más hombres que mujeres, esto es, 122,03 hombres por cada 100 mujeres, lo que se podría explicar por la Población Económicamente

Activa (PEA) que en su mayoría son hombres que se dedican a la extracción minera o a la pesca artesanal, a lo que se suman hombres o inmigrantes provenientes de otras zonas de la región y del país.

3.2.3.4. Población Económicamente Activa e Índice de Dependencia

En la comuna de La Higuera se puede apreciar una Población Económicamente Activa (PEA) de 2.620.- habitantes, lo que equivale a un 66,48% del total de la población, por lo que se deduce que el 66,48% de ellos tiene bajo su dependencia a la población tercera edad y a los menores de 14 años, que en total es del orden de 33,52%; de muy similares características a la realidad país. Sin embargo, es importante destacar que la pequeña diferencia en la PNEA se debe a la mayor cantidad de ancianos que existe en la comuna de La Higuera, ya que en términos porcentuales, este grupo (quintiles desde 65 años y más) representa un 10,40% de la población total de la comuna y a nivel país, éste es de un 9,02%; mostrando una clara evidencia de que existe una mayor cantidad de ancianos dependientes dentro de la comuna de La Higuera.

3.2.3.5. Índice de Vejez

En La Higuera existe una gran cantidad de adultos mayores, cuya relación es de 45,01 ancianos por cada 100 jóvenes, observándose claramente el envejecimiento de la población

3.2.3.6. Consultas Médicas

Son aquellas citas que un usuario, enfermo, realiza con un médico para tratar determinadas dolencias que padece. Estas normalmente se llevan a cabo en establecimientos de salud en el cual atiende el médico, el paciente deberá

comentarle toda su dolencia o bien el motivo de su consulta para que éste pueda responder satisfactoriamente a su demanda y resolverla.

| ESTABLECIMIENTO | CONSULTAS DE ENERO A DICIEMBRE 2014 | CONSULTA DE ENERO A SEPTIEMBRE 2015 |
|--------------------------|--|--|
| <i>CES LA HIGUERA</i> | 560 | 708 |
| <i>PSR CALETA HORNOS</i> | 361 | 569 |
| <i>PSR LOS CHOROS</i> | 161 | 195 |
| <i>PSR EL TRAPICHE</i> | 253 | 248 |

FUENTE: DEIS, Minsal

3.2.3.7 Egresos Hospitalarios

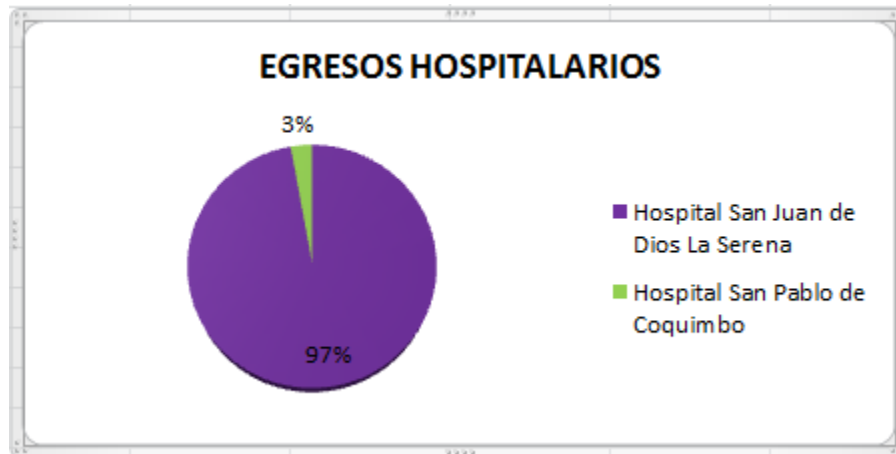
Es el retiro de los servicios otorgados por el hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, fallecimiento, retiro voluntario del paciente u otro.

Egresos hospitalarios por comuna de residencia del paciente

AÑO 2012

| COMUNAS | ESTABLECIMIENTOS | | | | | | | | | TOTAL |
|------------|--------------------|-------------------|-----------------|------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-----------------|--------------------|-------|
| | HOSPITAL LA SERENA | HOSPITAL COQUIMBO | HOSPITAL OVALLE | HOSPITAL ILLAPEL | HOSPITAL SALAMANCA | HOSPITAL COMBARBALA | HOSPITAL ANDACOLLO | HOSPITAL VICUÑA | HOSPITAL LOS VILOS | |
| LA HIGUERA | 411 | 12 | . | . | . | . | . | . | . | 423 |

Fuente: Egresos Hospitalarios 2012



FUENTE: DEIS MINSAL

Se realizan cuando el médico o profesional de la salud considera necesario que el usuario sea evaluado por un médico especialista, son creadas en el consultorio o por otro especialista cuando es visto por un médico del hospital.

Si la enfermedad es GES existe un plazo definido para que el usuario sea visto por el especialista, los otros casos son vistos de acuerdo a la lista de espera.

Se estima que para el año 2016 aumenten en un 20% el número de interconsultas es decir un total de 210 interconsultas.

3.2.3.8. Enfermedades de Notificación Obligatoria

Las enfermedades infecciosas en las últimas décadas, han representado una pesada carga de morbilidad debido a la emergencia y reemergencia de patógenos. Los cambios demográficos, ambientales y sociales a nivel mundial, han creado las condiciones para este constante resurgimiento de nuevas formas de expresión de las enfermedades. El mundo globalizado de hoy requiere de una capacidad de alerta y respuesta coordinada y exige un nuevo tipo de organización

en red, donde la detección y la alerta sean inmediatas, lo que supone una respuesta de Salud Pública, oportuna y adecuada.

Acorde con el nuevo escenario en salud, el Departamento de Epidemiología del MINSAL modificó el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, surgiendo en 2005, el Decreto Supremo N° 158. Este, actualiza el listado de enfermedades transmisibles y deja abierta la posibilidad de notificar nuevas enfermedades y brotes de cualquier enfermedad en que se sospeche causa infecciosa.

Nuestro Centro de salud ha incorporado los compromisos asumidos por la autoridad sanitaria en relación a la vigilancia epidemiológica con un equipo local (delegados) que trabaja en coordinación con el Departamento de Epidemiología de la SEREMI de Salud.

Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria

| Enfermedades Transmisibles | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Vigilancia Universal | N° Casos Notificados |
| Botulismo (CIE 10: A05.1). | 0 |
| Brucelosis (CIE 10: A23). | 0 |
| Carbunco (CIE 10: A22). | 0 |
| Cólera (CIE 10: A00). | 0 |
| Coqueluche (CIE 10: A37). | 0 |
| Dengue (CIE 10: A90 - A91). | 0 |
| Difteria (CIE 10: A36) | 0 |

| | |
|---|---|
| Enfermedad De Chagas (Tripanosomiasis Americana) CIE 10:B57 (Enfermedad De Chagas); P00.2 (Chagas congénito); Z 22.8 (Portador T. Cruzi). | 0 |
| Enfermedad de Creutzfeldt Jakob (CIE 10: A81.0). | 0 |
| Enfermedad Invasora por Haemophilus Influenzae B (A41.3; G00.0; J14.X). | 0 |
| Enfermedad Meningocócica (CIE 10: A39). | 0 |
| Fiebre Amarilla (CIE10: A95). | 0 |
| Fiebre del Nilo Occidental (West Nile) (CIE10: A92.3). | 0 |
| Fiebre Tifoidea y Paratifoidea (CIE 10: A01.0 - A01.4). | 0 |
| Gonorrea (CIE 10: A54). | 0 |
| Hepatitis A, Viral sin otra especificación (CIE 10: B15.0; B15.9; B19.0 Y B19.9) Hepatitis E (CIE 10: B17.2). | 0 |
| Hepatitis B (CIE 10: B16; B18.0- B18.1). | 0 |
| Hepatitis C (CIE 10: B17.1; B18.2). | 0 |
| Hidatidosis (Equinococosis) (CIE 10: B67). | 0 |
| Infección por Hantavirus (CIE 10: B33). | 0 |
| Infección por VIH y SIDA (CIE 10: B20-B24; Z21.X). | 1 |
| Infección Respiratoria Aguda Grave por Influenza (CIE 10:J09, J10-J11). | 0 |
| Lepra (Enfermedad de Hansen) (CIE10: A30). | 0 |

| | |
|---|---|
| Leptospirosis (CIE 10: A27). | 0 |
| Malaria (CIE 10: B50-B54). | 0 |
| Meningitis Bacterianas (CIE 10: A39 - G00 - A32.1). | 0 |
| Parotiditis (CIE 10: B26). | 0 |
| Peste (CIE 10:A20). | 0 |
| Poliomielitis (CIE 10: A80). | 0 |
| Psitacosis (CIE 10: A70). | 0 |
| Rabia Humana (CIE 10: A82). | 0 |
| Rubéola (CIE 10: B06). | 0 |
| Rubéola Congénita (CIE 10: P35). | 0 |
| Sarampión (CIE 10: B05). | 0 |
| Sífilis (CIE 10: A50-A54). | 2 |
| Tétanos (CIE 10: A34 - A35.X) Tétanos Neonatal (CIE 10: A33). | 0 |
| Tifus Exantemático Epidémico (CIE 10: A75). | 0 |
| Triquinosis (CIE 10: B75). | 0 |
| Tuberculosis (CIE 10: A15-A19). | 0 |

En el contexto del Reglamento Sanitario Internacional -2005, se incorporan al DS N°158/04 la notificación de brotes de causa infecciosa e incluye también los accidentes químicos y radio nucleares. Todos los brotes son notificados en forma

inmediata. La información a notificar contiene las siguientes variables: (1) enfermedad o Síndrome; (2) agente, en caso que se haya identificado; (3) alimento en caso de brote de enfermedades transmitidas por alimento (ETA); (4) lugar y fecha de inicio del brote; (5) número de casos y fallecidos; (6) modo de transmisión; (7) factores asociados a la ocurrencia del brote; y (8) medidas de control adoptadas. Se define como brote la ocurrencia de toda agrupación de casos relacionados en el tiempo y en el espacio, donde se sospeche una causa infecciosa transmisible, incluidos los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimento (ETA).

Vigilancia centinela: es la vigilancia de un suceso de salud determinado, en una muestra de población en riesgo utilizando una muestra de centros informantes. Las enfermedades de vigilancia centinela son: Influenza, Diarreas Agudas en Menores de 5 Años (CIE 10: A00-A09) y Varicela (CIE 10: B01-B02).

3.2.4. Morbilidad según Programas

3.2.4.1 Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en la población adulta chilena, con un aumento porcentual progresivo entre todas las defunciones, llegando al 28,2% de ellas en el año 2004 (26,4% en 1990, 27% año 1999). Son a su vez la tercera causa de pérdida prematura de años de vida, lo que significó una pérdida de 188.979 años de vida por muertes por ECVs en 1996 (Arcil).

El riesgo de morir por causa Cardiovascular (CV) aumenta progresivamente con la edad, siendo mayor en los hombres en todas las etapas de la vida. El 44% de las defunciones se produce en personas menores de 75 años. Al analizar las tasas

ajustadas por edad, se observa que el riesgo de morir en los hombres es, en promedio, un 52% más alto.

El conocimiento científico actual permite reconocer y manejar adecuadamente los factores de riesgo (FR) de estas afecciones, las medidas de diagnóstico precoz, la terapéutica médica y quirúrgica y una rehabilitación cada vez más efectiva.

En nuestra realidad, si bien algunos Servicios de Cardiología han logrado un desarrollo significativo e incluso un nivel de punta similar al de países desarrollados, en otros aún persisten ineficiencias, problemas de desarrollo, carencias tecnológicas y fallas de financiamiento, que se ven acentuadas en aquellas situaciones en que la APS no responde de manera satisfactoria.

El Programa de Salud Cardiovascular en Atención Primaria, corresponde al conjunto de estrategias y actividades destinadas a mejorar la calidad, cantidad y resolutivez de las acciones sanitarias efectuadas por los equipos de salud, tendientes a disminuir la morbilidad y mortalidad de las ECV.

Antecedentes epidemiológicos

Los factores de riesgo condicionantes más importantes son la obesidad y sedentarismo, que están directamente relacionados con la incidencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia. Además se sabe que el 22% de la población chilena es obesa, cifra que aumenta a 29% en las personas de 65 y más años y el sedentarismo sobrepasa el 90%.

En relación a diabetes tipo 2, la Encuesta Nacional de Salud 2003 demostró una prevalencia por grupo de edad de; 15 a 24 años 0,4%; 25 a 44 años 0,1%; 45 a 64 años 9,4% y 65 y más años 15,2%, las que se utilizan para las estimaciones de población esperada a partir del año 2007.

En la distribución de los FR de las ECVs no sólo hay diferencias de género, sino también sociales. Es así como en nuestro país, al igual que otros países del mundo, la prevalencia de obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia e hipertensión, es más alta en los grupos de nivel socioeconómico más bajo (Programa CARMEN, Valparaíso, 1997).

Poblacion Bajo control Comunal a junio 2015

| PATOLOGIA | TOTAL | MUJERES | HOMBRES |
|----------------|-------|---------|---------|
| HIPERTENSOS | 427 | 154 | 273 |
| DIABETICOS | 181 | 53 | 128 |
| DISLIPIDEMICOS | 298 | 83 | 215 |

Principales limitaciones:

- 1-Bajo nivel cultural de la población (analfabetismo de un 9%, y promedio de años de estudios de 7 años). Situación que dificultó inicialmente la asimilación de la sistematización.
- 2.-La baja red de apoyo de los familiares en el proceso de tratamiento (toma de exámenes, retiro de medicamentos, asistencia a controles de salud), especialmente en la población adulto mayor.
- 3.- Aumento de inasistencia a controles de usuarios del programa

3.2.4.2 Salud Respiratoria

Como lo demuestran los principales indicadores sanitarios, en Chile, las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un problema de gran relevancia epidemiológica, por lo cual el Ministerio de Salud las considera una prioridad técnica y de política sanitaria, en todo el país.

Para reducir la morbilidad, mortalidad y letalidad de las enfermedades respiratorias, y de esta manera mejorar la calidad de vida de las personas se ha

instaurado en la política sanitaria la creación de un Programa de Control de las enfermedades respiratorias. Este Programa de Control constituye un sistema nacional que debe coordinar las acciones que se lleven a cabo sobre este tema en los 3 niveles de atención, ejecutado preferentemente en la Atención Primaria y cuyas normas deben ser aplicadas progresivamente en todos los establecimientos de salud.

Los objetivos fundamentales de este Programa son:

1. Dotar a los Centros de Salud con Salas de Apoyo Respiratorio del Niño y del Adulto (Salas IRA- ERA) para diagnosticar, tratar y rehabilitar de acuerdo a las normas, a pacientes con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, particularmente en la Atención Primaria.
2. Mejorar la capacidad resolutive del nivel primario de atención, con el fin de aumentar el nivel de satisfacción de la población usuaria de los Servicios de Salud.
3. Promover y desarrollar a mediano plazo acciones específicas para disminuir la prevalencia del Tabaquismo en la población.

Situación Comunal

La Sala de Atención de Enfermedades Respiratorias funciona como una Sala Mixta articulada con la Red de Salud, dotada de dos kinesiólogos y un médico con atenciones programadas en sala y visitas domiciliarias. En cuanto al equipamiento e infraestructura la sala no cuenta con exclusividad en la atención, debiendo destinar horarios diferenciados para la atención según rango etario. La

superficie en metros cuadrados no es óptima para la atención encontrándose fuera de los estándares mínimos sugeridos por la autoridad sanitaria.

El registro de la atención de salud respiratoria se realiza en “Tarjetones” del programa y en la ficha electrónica (SIDRA) y/o papel.

Población bajo control

Según el Informe de Visita de Asesoría y Supervisión Técnica a nivel local del Programa IRA-ERA del Servicio de Salud Coquimbo, la población bajo control se encuentra distribuida, según patologías crónicas, de la siguiente forma:

Sala IRA

Además de la atención de controles de salud respiratoria de pacientes crónicos se realiza la atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas con un promedio de 93 consultas espontáneas mensuales en Sala IRA-ERA.

| PROGRAMAS | | TOTAL | | |
|--|----------|-------------|---------|---------|
| | | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR) | LEVE | 27 | 20 | 7 |
| | MODERADO | 10 | 2 | 8 |
| | SEVERO | | | |
| ASMA BRONQUIAL | LEVE | 56 | 23 | 33 |
| | MODERADO | 27 | 9 | 18 |
| | SEVERO | 1 | | 1 |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) | TIPO A | 44 | 15 | 29 |
| | TIPO B | 15 | 11 | 4 |

Sala ERA

| PROGRAMAS | | TOTAL | | |
|--|---------------------------|-------------|---------|---------|
| | | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| ASMA BRONQUIAL | Controlado | 46 | 16 | 30 |
| | Parcialmente Controlado | 16 | 5 | 11 |
| | No Controlado | 19 | 11 | 8 |
| | No evaluada | 2 | | 2 |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) | Logra Control Adecuado | 31 | 13 | 18 |
| | No Logra Control Adecuado | 18 | 8 | 10 |
| | No evaluada | 11 | 5 | 6 |

3.2.4.3 Programa de Salud Infantil

El Programa de Salud Infantil incluye la atención integral a la población infantil, y corresponde a un conjunto de acciones destinadas a vigilar en conjunto con la familia el proceso de normal crecimiento y desarrollo de niños y niñas, pesquisar riesgos potenciales en su salud, y apoyar procesos de rehabilitación dependiendo de las necesidades de salud. Las prestaciones otorgadas a niños, niñas y sus familias deben considerar el enfoque del ciclo vital.

Para otorgar las prestaciones es necesario contar con estándares de recurso humano, físicos y financieros que permitan medir la calidad de la atención proporcionada a los niños(as) y sus familias. Este Programa, incluye además,

distintos programas que complementan la atención del niño en sus distintas etapas:

- **Chile Crece Contigo:** El Sistema de Protección Integral a la Infancia tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, desde su primer control de gestación en el sistema público de salud hasta que ingresan al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre-kinder, y sus familias.
- **Programa Nacional de Alimentación Complementaria:** Es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a niños/as, adolescentes y gestantes.
- **Inmunizaciones:** Es la actividad derivada del control de salud, mediante la cual se genera o refuerza la respuesta del organismo frente a afecciones específicas, a través de la administración de un producto biológico con capacidad inmunogénica.

Derivaciones

Los niños y niñas beneficiarios del sistema FONASA, que requieran prestaciones diferenciadas, requerirán una atención con un equipo multidisciplinario (nutricionista, psicólogo, asistente social, etc.), por lo cual deben ser derivados según la oferta programática disponible en la red comunal según corresponda. En el caso de los niños(as) que poseen otro sistema previsional, se deberá intencionar su derivación previa comunicación a padres, madres y/o cuidadores informando la razón de la derivación y la necesidad de la atención según sea el sistema previsional de la familia.

En la actualidad, según reportes del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), existe una población de 322 niños (as) bajo control en la comuna de La Higuera, que se encuentran entre los 0 y 5 años 11 meses y 29 días de edad, que es cuando se les da el alta por edad.

3.2.4.4 Programa de Salud del Adulto Mayor

El programa de Salud del Adulto Mayor es un conjunto de acciones destinadas a “contribuir a un envejecimiento saludable y a un mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores”, a través de la prestación de distintos servicios y atenciones de salud realizadas por los profesionales del Centro de Salud La Higuera. Estas prestaciones incluyen:

- Ingreso al Programa de Salud del Adulto Mayor al cumplir los 65 años de edad, a través de la aplicación de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EMPAM, EFAM).
- Controles de salud anuales del adulto mayor, en donde se realiza examen físico: en donde se incluye el control de signos vitales y el examen físico focalizado; indagación sobre antecedentes personales de salud: estados de salud, enfermedades, alimentación, eliminación, actividad física, sueño y descanso, redes de apoyo, entre otros.
- Ingreso al Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), al cumplir 70 años de edad, lo que permite retirar alimentación mensualmente (leche y sopa).
- Administración de vacuna del adulto mayor que protege contra enfermedades provocadas por Neumococo, a adultos cuya edad sea de 64 años pronto a cumplir lo 65 años o adultos que ya tengan cumplido los 65 años de edad.
- Entrega de lentes para presbicia para adultos mayores con visión alterada por edad.
- Actividades grupales organizadas por los propios adultos mayores y funcionarios del Centro de Salud.
- Derivaciones a especialidades en caso de necesitar atención más específica.
- Administración de vacunas de campañas dirigidas al adulto mayor.
- Realización de exámenes sanguíneos y urinarios de control.

Actualmente en el Centro de Salud La Higuera, existe una baja adherencia a los controles de salud del adulto mayor, esto debido principalmente a la ausencia de cuidadores que se hagan cargo de aquellos ancianos que no puedan acudir por sus propios medios o, simplemente, debido al desconocimiento de las prestaciones que pueden otorgarse en salud.

Para el desarrollo de estas estrategias será necesario contar con los diversos profesionales que forman parte del Centro de Salud La Higuera:

- Enfermera
- Médico
- Psicólogo
- Asistente Social
- Kinesiólogo
- Nutricionista
- Tecnicos en enfermería
- Odontólogo
- Matrona

3.2.4.5 Programa de Salud Mental

El programa Salud Mental Integral está desglosado en 4 componentes que son:

- 1.- Depresión, cuyos pacientes reciben tratamiento basado en la psicoeducación, orientaciones, visitas domiciliarias (rescate o seguimiento) y la posibilidad de atención en consultoría en los casos más complejos.
- 2.- Violencia Intrafamiliar (VIF): componente que se basa principalmente en la sensibilización de la comuna en el tema de violencia, a través de talleres y otras actividades a organizaciones comunitarias.

3.- Prevención y tratamiento Integral de Alcohol (OH) y otras Drogas, que busca la atención de pacientes para evaluación y derivaciones a Centros de ayuda. Además de establecer un grupo de autoayuda en la comuna con la finalidad de constituirse en red de apoyo Psicosocial, para el tratamiento y el seguimiento de las personas con consumo problemático y dependencia de alcohol y Drogas.

4.- Componente Infanta Juvenil, se subdivide en atenciones a niños con Trastorno Hipercinéticos de la Atención (TDA-H), maltrato infantil, Trastornos emocionales o conductuales de la infancia y la adolescencia, además de intervenciones a padres y profesores sobre temáticas relacionadas con la promoción y prevención de problemas de Salud Mental de niños y niñas y adolescentes.

Población bajo control a junio 2015

| CONCEPTO | | TOTAL |
|---|--|-------|
| NÚMERO DE PERSONAS EN CONTROL EN EL PROGRAMA | | 241 |
| FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL | | |
| VIOLENCIA DE GÉNERO | VICTIMA | 12 |
| | AGRESOR | 2 |
| VIOLENCIA HACIA EL ADULTO MAYOR | | 0 |
| MALTRATO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES | | 0 |
| ABUSO SEXUAL | | 0 |
| CONSUMO BAJO RIESGO DE ALCOHOL | | 0 |
| CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL | | 5 |
| CONSUMO RIESGOSO DE DROGAS | | 2 |
| PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES | | 205 |
| TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) | DEPRESIÓN LEVE | 85 |
| | DEPRESIÓN MODERADA | 11 |
| | DEPRESIÓN GRAVE | 0 |
| | DEPRESIÓN POST PARTO | 0 |
| | TRASTORNO BIPOLAR | 0 |
| TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS | CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE DROGAS | 0 |
| | CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL | 0 |
| | POLICONSUMO | 0 |
| TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA | TRASTORNO HIPERCINÉTICO | 5 |
| | TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA | 0 |
| | TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA | 0 |
| | OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA | 45 |
| TRASTORNOS DE ANSIEDAD | | 63 |
| ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS | | 0 |
| TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS A DEMENCIA | | 0 |
| ESQUIZOFRENIA | | 0 |
| PRIMER EPISODIO ESQUIZOFRENIA CON OCUPACION REGULAR | | 0 |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA | | 0 |
| RETRASO MENTAL | | 0 |
| TRASTORNO DE PERSONALIDAD | | 0 |
| TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO | | 0 |

El total de Pacientes controlados actualmente es de 241 de los cuales algunos presentan dos o más diagnósticos. Se presenta mayor control de pacientes en la Localidad de La Higuera.

3.2.4.6 Programa de salud sexual y reproductiva

Salud de la población femenina

Las mujeres tienen necesidades muy relevantes y específicas según el proceso que se encuentren viviendo. Las pacientes gestantes son atendidas de forma integral y completa, solicitando exámenes específicos, evaluaciones complementarias utilizando ecografías y derivación a nivel secundario de Salud en los casos pertinentes.

Las puérperas y los recién nacidos son atendidos a los siete días post parto. En esta etapa es relevante la asistencia a control con matrona ya que se presentan los principales temores e inseguridades con respecto al cuidado de su hijo (a) y existe la necesidad de evaluar, educar, enseñar y promover la lactancia materna.

Las pacientes en edad fértil son atendidas en la regulación de la fertilidad otorgándoles información, consejerías y entrega de métodos anticonceptivos. Además se entrega información sobre la anticoncepción de emergencia a aquellas pacientes que no desean el embarazo.

Con respecto a las Infecciones de transmisión sexual (ITS) se solicitan dos exámenes con mayor frecuencia: el RPR (examen para detectar sífilis) y test ELISA para VIH . Cabe destacar que el examen para VIH es confidencial y voluntario.

El cáncer cervical es detectado con el examen ginecológico Papanicolaou (PAP). Esta meta sanitaria involucra a las mujeres que se encuentran en un rango etario entre 25- 64 años. Sin embargo, otras pacientes (fuera del rango etario) que hayan iniciado su actividad sexual o tengan antecedentes de Cáncer cervicouterino también pueden acceder a este examen.

Por otro lado se realiza el examen físico de mamas y se educa en la importancia del autoexamen de mamas con la finalidad de pesquisar alteraciones

mamarias o cáncer de mama. Además, se utilizan exámenes complementarios como la mamografía y la eco tomografía mamaria.

Población bajo control a junio 2015 (método anticonceptivo)

| MÉTODOS | | TOTAL |
|--------------------------|-------------------------|------------|
| D . I . U . | | 29 |
| HORMONAL | Oral Combinado | 159 |
| | Oral Progestágeno | 28 |
| | Inyectable Combinado | 86 |
| | Inyectable Progestágeno | 15 |
| | Implante | 13 |
| SÓLO PRESERVATIVO | Mujer | 7 |
| | Hombres | 0 |
| TOTAL | | 337 |

Fuente : REM junio 2015

Población bajo control con pap vigente a junio 2015

| GRUPOS DE EDAD (en años) | Población Femenina con PAP Vigente (Menor o igual a 3 años) |
|--------------------------|---|
| Menor de 25 años | 0 |
| 25 a 29 años | 135 |
| 30 a 34 años | 70 |
| 35 a 39 años | 85 |
| 40 a 44 años | 74 |
| 45 a 49 años | 59 |
| 50 a 54 años | 49 |
| 55 a 59 años | 30 |
| 60 a 64 años | 41 |
| 65 y más años | 10 |
| TOTAL | 553 |

3.2.4.7 Programa de Atención Domiciliaria a Usuarios con Discapacidad Severa (PADDS)

El Programa de Atención Domiciliaria a Usuarios con Discapacidad Severa (PADDS) es el “conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de discapacidad física, temporal o definitiva, que les impide desplazarse fuera de su hogar”.

Este programa incluye la primera visita domiciliaria realizada por kinesiólogo y/o enfermera en donde se aplica el Índice de Barthel. Esta evaluación, a través de su puntaje final, logra discriminar el grado de dependencia de los usuarios en: leve, moderada, severa o total. Así, por medio de ese resultado es posible llevar a cabo el plan de atención necesario para dicho usuario, por lo tanto, de acuerdo al nivel de dependencia y la necesidad particular de cada paciente, se otorgan visitas periódicas y en algunos casos, se realizan procedimientos en el domicilio del paciente. De este modo, los usuarios con puntajes que revelan Discapacidad Severa o Total, son beneficiarios de dicho programa de salud.

El equipo de cabecera de este programa está integrado por: enfermera, médico, kinesiólogo y asistente social. Sin embargo, es importante considerar que en caso necesario, otros profesionales pueden complementar las atenciones a fin de contribuir a su integralidad.

Prestaciones del PADDS

- Evaluación de las necesidades psicosociales del paciente y familia para prestarles el apoyo que requieran.
- Evaluación física general, lo que incluye examen físico completo, control de signos vitales, toma de exámenes de control, entre otros.
- Evaluación de situación económica-financiera y de la vivienda.
- Evaluación de la capacidad del posible cuidador para prestar cuidados.

- Capacitación o refuerzo al familiar cuidador de persona postrada y o con pérdida de autonomía, si procede.
- Atención médica, de enfermería, psicológica, kinesiológica, nutricional, entre otros, si procede.
- Aplicación de Escala de Zarit al cuidador, con el propósito de medir su nivel de estrés o cansancio.
- Visitas periódicas programadas por el profesional de enfermería y el técnico en enfermería a cargo del programa.
- Entrega de ayudas técnicas según sus requerimientos.
- Realización de procedimientos en domicilio, si procede.
- Entrega de medicamentos y toma de exámenes en domicilio.
- Entrega de Estipendio a usuarios inscritos y registrados como dependientes severos, en la página web del programa.
- Entrega de cheque de Estipendio al cuidador por parte del Asistente Social, en su domicilio, una vez al mes.
- Posibilidad de traslados en ambulancia a establecimientos de salud u otros.

Requisitos para entrega del beneficio del Estipendio

- Índice de Barthel con clasificación severa.
- Paciente incluido en el programa atención domiciliaria APS.
- Paciente que cuente con un cuidador responsable, que viva con él y esté capacitado por el equipo del Centro de Salud para realizar los cuidados necesarios.
- Paciente clasificado como pobre no indigente o indigente mediante evaluación social del municipio o por la Asistente Social del equipo de salud y con calificación FONASA tipo A o B.
- Situación económica que amerite entrega del beneficio.

Situación Actual

Actualmente, en la comuna de La Higuera, contamos con 13 usuarios en condición de dependencia severa, los cuales mantienen atenciones de salud programadas y supervisadas por los encargados del programa.

Para el año 2016 se pretende aumentar los cupos para la entrega del beneficio del estipendio, con el propósito de incluir a aquellos usuarios que se encuentran en lista de espera. Para ello, será necesario coordinar y solicitar dichos cupos con el Servicio de Salud de la Región. Por otra parte, contamos con la posibilidad de tener un espacio en donde reunir a los cuidadores de aquellos usuarios para realizar distintos talleres educativos a fin de prepararlos en los cuidados necesarios y requeridos por los dismovilizados, así como para situaciones complejas que puedan ocurrir en sus hogares.

3.2.4.8 Programa Nutricional

Estado Nutricional en menores de 6 años (Distribución del estado nutricional de niños entre 0 a 71 meses según género).

El problema de malnutrición por exceso es de índole mundial, incluso se le ha llamado la epidemia del siglo. Chile es el sexto país con más niños con sobrepeso, de acuerdo al ranking "Obesity: update 2012". Según datos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), el 22% de los menores de 2 a 5 años tiene sobrepeso y un 10% padece de obesidad. El Centro de Tratamiento de la Obesidad de la Universidad Católica de Chile refiere que las causas, en un 90% de los casos, se deben al sedentarismo y malos hábitos alimentarios con dietas ricas en calorías y grasas. Cabe destacar que la comuna de La Higuera presenta un porcentaje de obesidad menor a la media nacional y regional.

| | País | Región | La Higuera |
|---------------|-------------|---------------|-------------------|
| % Obesidad | 11,8% | 11.33% | 10,5% |

FUENTE: rem 2015 junio.

Por otra parte, un factor protector de una nutrición saludable en los niños es la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses. Según la estadística regional del 2012 se observa que el 73% de los niños de 1 mes mantienen lactancia materna exclusiva y a medida que pasan los meses este porcentaje disminuye, a los 3 meses solo el 64,4% y al 6° mes sólo el 42,7% mantiene LME. Por lo tanto, este factor protector se pierde tempranamente, iniciando así la alimentación artificial en los menores de 6 meses, gatillando una malnutrición, ya que no reciben el alimento adecuado para la etapa de vida en que se encuentra.

| | País | Región | La Higuera |
|-------|-------------|---------------|-------------------|
| % LME | 43,1% | 42,7% | 28,1% |

FUENTE: SEREMI de Salud Coquimbo, año 2012.

Además, es importante señalar la distancia geográfica de la comuna, respecto a la zona urbana (La Serena), lo cual hace que se presente una dificultad para la obtención de alimentos de origen vegetal (frutas, verduras y hortalizas), tanto por su periodicidad y alto valor monetario.

A continuación, se observa la distribución del Estado Nutricional de la comuna de La Higuera, además de la distribución según género y edad.

- Menores de 6 años de Bajo Control según Estado Nutricional.

| INDICADOR NUTRICIONAL Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN | | TOTAL | | |
|--|---------------------------------|----------------|---------|---------|
| | | Ambos sexos | Hombres | Mujeres |
| TOTAL DE NIÑOS EN CONTROL | | 322 | 169 | 153 |
| DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO | RIESGO / BAJO PESO* | 9 | 7 | 2 |
| | DESNUTRIDO | | | |
| | SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD* | 57 | 25 | 32 |
| | OBESO | 34 | 15 | 19 |
| | NORMAL | 218 | 120 | 98 |
| | SUBTOTAL | 318 | 167 | 151 |
| | DESNUTRICIÓN SECUNDARIA | | | |
| | TOTAL | 318 | 167 | 151 |

Distribución del Estado Nutricional por género en población bajo control.

3.2.4.8 Programa de apoyo al desarrollo Bio-psicosocial en las redes asistenciales (Chile Crece Contigo)

Chile Crece Contigo forma parte de la red de Protección Social de Chile – Protege, que apoya y acompaña a las personas desde la gestación y hasta la vejez. En este contexto, se inscribe el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, destinado a igualar oportunidades de desarrollo de los niños y niñas desde su gestación y en sus primeros años de vida.

Este sistema provee a los niños, niñas y sus familias acceso a un conjunto de servicios y prestaciones de carácter universal, y otras diferenciadas de acuerdo a sus particulares condiciones de vulnerabilidad, en base a las necesidades de desarrollo para cada etapa del ciclo vital.

En la comuna de La Higuera hasta junio del año 2015, se contabiliza una población objetiva de 322 niñ@s

Las acciones y prestaciones que el Sistema Contempla para toda la población en primera infancia que se atiende en el Sistema Público de Salud, se expresa en lo que se denomina Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial y la puerta de entrada es el primer control de gestación en el Sistema Público de salud y contempla, acciones e intervenciones diferenciadas en tres grupos:

- A) Todos los niños, niñas y sus familias que constituyen la población nacional
- B) Todos los niños, niñas y sus familias que son atendidos en el sistema público de salud
- C) Los niños, niñas y sus familias que pertenecen a hogares del 60% más vulnerable del país, que no perteneciendo a este grupo, presentan una situación de alto riesgo de vulnerabilidad especial Este Sistema de Protección propone corregir las desigualdades que existen entre las personas en razón de su origen social, étnico, geográfico y de las condiciones en las que transcurren sus primeros años.

Para evitar la reproducción intergeneracional de la desigualdad, es necesario actuar en la etapa del ciclo en que los determinantes sociales impactan con mayor fuerza, tanto para favorecer una vida plena, como para condicionar mejores capacidades para enfrentar con éxito el desafío de vivir.

Principios orientadores

- a). Todos los niños y las niñas tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades. Como lo define la Convención sobre los Derechos del Niño, los derechos deben ser garantizados a todos los niños y las niñas sin distinción, e independientemente de cualquier característica personal o de su familia. Por ello, es fundamental informar a la familia cuáles son estos derechos y la forma de ejercerlos.
- b). Durante la infancia se establecen los cimientos del desarrollo futuro de las personas, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continúa en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida.

c). Las políticas destinadas a acompañar el desarrollo de niñas y niños deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y que se adapten flexiblemente a la diversidad de sus necesidades, de manera de complementar los recursos para apoyar su desarrollo, que se encuentran disponibles en su familia y comunidad.

d). Las comunidades en sus procesos de desarrollo local, deben considerar que con la participación activa de sus ciudadanos, las autoridades deben comprometer disponibilidad y acceso a servicios y ambientes locales inclusivos que favorezcan la cohesión social e impacten positivamente la salud de niños y niñas, en cada etapa de su desarrollo.

El Sistema de Protección a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, tiene por objeto ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales adecuados a las necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad.

El componente de salud de Chile Crece Contigo considera iniciar la vigilancia epidemiológica universal de factores de riesgo psicosocial durante gestación y los primeros años de vida, dar un renovado énfasis al monitoreo de hitos del desarrollo no incluidos en el modelo clásico de seguimiento al desarrollo infantil, esto es, los propios del desarrollo emocional y social, además de facilitar el acceso a los dispositivos necesarios para disminuir tales riesgos y atender a los rezagos.

Las prestaciones y servicios del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial se agrupan en las siguientes áreas o dimensiones:

Fortalecimiento del desarrollo prenatal

1. Fortalecimiento de los cuidados prenatales

Enfatizando la detección del riesgo biopsicosocial y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar.

- Protocolo estandarizado para el ingreso al control prenatal (incluye detección de factores de riesgo mediante la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada EPsA)

- Entrega de la Guía de la Gestación y el Nacimiento “Empezando a Crecer

2. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial:

- Formulación de plan de salud personalizado para cada gestante y su familia, en situación de vulnerabilidad psicosocial.

- Incorporación al programa de Visita Domiciliaria Integral a gestantes en situación de vulnerabilidad psicosocial.

- Activación de la Red Comunal Chile Crece Contigo.

3. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)

Fortalecimiento del control de salud del niño o niña, con énfasis en el logro de un desarrollo integral

1. Primer control de salud madre, padre, cuidador-hijo, hija de ingreso a la atención primaria:

- Atención antes de los 7 días.

- Seguimiento de factores de vulnerabilidad psicosocial detectados durante la gestación.

- Apoyo en lactancia.

- Evaluación del ajuste o acoplamiento inicial entre las características del recién nacido y su madre.

- Pesquisa de signos tempranos de depresión y derivación oportuna.

- Visita domiciliaria integral al recién nacido y su familia en caso de vulnerabilidad psicosocial.

- Seguimiento al plan de trabajo del equipo de salud.

2. Ingreso al Control de Salud del niño y la niña:

- Aplicación del protocolo neurosensorial.
- Identificación de factores de riesgo.
- Identificación y promoción de factores protectores del desarrollo integral (lactancia materna exclusiva, interacciones vinculares sensibles,
- participación activa del padre en el cuidado del niño o niña. Plan de salud personalizado.
- Entrega de material educativo

3. Control de salud con evaluación y seguimiento del desarrollo integral del niño o niña:

- Evaluación de la presencia de sintomatología ansioso-depresiva (Pauta de Edimburgo para la detección precoz de depresión post parto) a los 2 y 6 meses.
- Evaluación de la relación vincular (4 y 12 meses).
- Evaluación periódica del desarrollo psicomotor (Aplicación test TEPSI y EEDP).
- Entrega de material educativo

4. Intervención psicoeducativa grupal o individual enfocada en el desarrollo de competencias parentales:

- Taller Nadie es Perfecto, 6 a 8 sesiones por cada taller, para el fomento de habilidades de los padres, madres y cuidadores en la crianza de niños y niñas, y autocuidado del adulto de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentran sus hijos o hijas.
- Entrega de material educativo a los participantes.

Fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral

1. Atención de salud al niño y niña con déficit en su desarrollo integral:

- Detección de déficit y derivación a modalidades de estimulación por déficit.
- Plan de intervención personalizado en función de déficits detectados.
- Revisión y seguimiento del plan de intervención.
- Derivación a sala cuna o jardín infantil, según corresponda.
- Derivación preferencial de madres y padres a talleres de habilidades parentales Nadie es Perfecto.
- Incorporación al programa de visita domiciliaria integral para el déficit en el desarrollo psicomotor.

2. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial del niño o niña:

- Programa de visita domiciliaria integral de acuerdo a las prioridades definidas.
- Implementación de plan de continuidad de las intervenciones.

3. Sala de estimulación en el centro de salud:

- Evaluación del desarrollo psicomotor y formulación de plan de trabajo.
- Consejería individual y sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil.
- Talleres de confección de juguetes y desarrollo de actividades de apoyo al aprendizaje.
- Educación a la familia sobre desarrollo infantil

NOTA: En la comuna no contamos con facilitador acreditado para realizar los talleres de NADIE ES PERFECTO, se espera que el Minsal pueda el año 2016, realizar nuevamente la certificación y podamos contar con un facilitador comunal

3.2.4.9. Otras prestaciones de Salud

3.2.4.9.1. Pensiones de Invalidez

La Pensión de Invalidez es un beneficio que se otorga en forma mensual a la que tiene derecho el imponente que presenta un estado de incapacidad física o mental, de carácter temporal o definitivo, que lo inhabilite para el desempeño de su trabajo.

El procedimiento de acceso corresponde a solicitar el beneficio en el Instituto de Previsión Social o la empresa en que se desempeña.

Requisitos:

- a) Ser declarado inválido parcial o absoluto por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, COMPIN, del Servicio de Salud correspondiente al domicilio del interesado.
- b) Que la invalidez no genere derecho a pensión por accidente del trabajo o enfermedad profesional u otras.
- c) Reunir el mínimo de año de imposiciones según la caja de previsión a la que haya estado afiliado.

Para los afiliados a la ex caja de previsión de Empleados Particulares, reunir como mínimo tres años de imposiciones continuas o discontinuas y no haber transcurrido más de dos años entre la fecha en que se cesó en servicios y aquellos desde la cual fue declarada la invalidez. Para los afiliados a la ex caja de seguro social, tener a lo menos 50 semanas de imposiciones, una densidad no inferior al 50% en el periodo de afiliación, y una densidad del 40% en el periodo que sirve para determinar el salario base mensual. Para los afiliados a la ex caja de Empleados Públicos y Periodistas; si se trata de invalidez común, tener a lo menos 10 años de imposiciones.

En los casos que la invalidez sea como consecuencia de enfermedades como cáncer, tuberculosis, enfermedades cardiovasculares o de la vista, reunir a lo menos 5 años de servicio.

El procedimiento requerido es el Certificado Médico que acredite la incapacidad para que el Instituto de Previsión Social entregue la solicitud de Invalidez, la que llevará al médico tratante, el cual hará el informe de incapacidad y luego derivará a la COMPIN, comisión que resolverá la invalidez, posteriormente la COMPIN, envía la resolución final que acredita la invalidez iniciando el trámite ante el Instituto de Previsión Social.

3.2.4.9.2. Licencias Médicas

Con fecha 11 de mayo de 2012 fue publicada en el Diario Oficial la Ley N° 20.585, como nueva normativa en materia de otorgamiento y uso de licencia médicas. El objetivo es el establecer medidas que permitan asegurar el correcto otorgamiento y uso de las licencias médicas, además de una adecuada protección al cotizante y beneficiarios de las instituciones de salud previsional y del Fondo Nacional de Salud, estableciendo medidas de control, fiscalización y de sanciones respecto de medidas fraudulentas, ilegales o abusivas.

En función de lo anterior, la Superintendencia de Seguridad Social podrá:

- a) Investigar la denuncia contra el profesional habilitado para otorgar las licencias médicas y que emita licencias con evidente ausencia de fundamento médico.
- b) Investigar la denuncia en contra del Contralor médico de una institución de salud previsional cuya función sea la autorización, modificación o rechazo de las licencias médicas, que ordene bajo su firma rechazar o modificar una licencia médica sin justificación que respalde su resolución, o sin expresión de causa.
- c) Resolver el reclamo presentado por el profesional que emite licencias médicas y que fue sancionado por la COMPIN.

Influencia de los factores condicionantes en la situación de salud de la Comunidad

3.1.3.2. Análisis de la magnitud de los factores condicionantes

La realidad que forma la suma de las condiciones locales, en sus distintas áreas, crea un ambiente propicio que suscita complicaciones y problemáticas a nivel transversal tanto de los pobladores de la comuna como de los trabajadores que se desempeñan en ella. Estos factores cobran relevancia al considerar las características geográficas de la comuna, así como los demás determinantes sociales de la salud, generando un impacto desfavorable en la salud de la población.

De este modo, no se visualizan prácticas de autocuidado en la población respecto de sus problemáticas de salud mental y física, lo que se observa en la escasa adherencia a los tratamientos con los diferentes profesionales. Esto genera bajas competencias preventivas en la población, saturando el servicio de urgencia con problemáticas que requieren un tratamiento sistemático al cual el paciente no adhiere.

Respecto a la salud mental, la población en general está expuesta a diferentes componentes de riesgo (entorno social, medio natural y cultural) que exacerban las respuestas de estrés en cada individuo. Con ello se percibe una alta demanda de los pacientes respecto del Centro de Salud, exhibiendo escasa tolerancia a la frustración y ocasionalmente reaccionando conflictivamente con los funcionarios.

Por lo anterior, se han desarrollado programas de apoyo a personas con problemáticas de violencia intrafamiliar, alcohol y drogas, cuidado del lactante y del adulto mayor, y en las cuales se realizan actividades como talleres y entrega de información. Sin embargo, existe una escasa participación de la comunidad en dichas actividades, mostrando apatía y poco compromiso ante sus problemas de salud.

3.1.3.3. Responsabilidad y/o consecuencias del Sector Salud en el nivel de Salud

El Centro de Salud, se ve condicionado por determinantes sociales y medioambientales que inciden en su funcionamiento. Asimismo, el Centro de Salud se transforma en una nueva variable que afecta a la comunidad, como un determinante asistencial, percibido por la comunidad como uno de sus principales condicionantes en sus problemas de salud.

En este contexto, las responsabilidades que atañen al sector salud en nuestra comuna, corresponden a generar estrategias para mejorar la Promoción y prevención de salud, y entregar atenciones oportunas y de calidad a todos los habitantes de la comuna. El centro de salud cuentan con profesionales y técnicos idóneos para el desarrollo de las acciones de salud, sin embargo algunas de las estrategias no han alcanzado los resultados deseados, dificultando el manejo de los problemas de salud en sus fases tempranas. No obstante, el equipo de salud realiza evaluaciones periódicas de los programas, para determinar su real impacto sobre la comunidad y de ser necesario modificar las estrategias y actividades a realizar, lo que representa una oportunidad de desarrollar un trabajo sistemático en las problemáticas de la población.

4. Sector Salud

4.1. Rol del Municipio

El Municipio representa el ente articulador entre necesidades comunitarias y esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas. Es el responsable de implementar las estrategias que apunten al desarrollo y calidad de vida de las comunidades.

La municipalidad es el mejor espacio donde confluye el aporte comunitario y las respuestas institucionales a las diversas necesidades de la familia y comunidad.

La Ilustre Municipalidad de La Higuera representada por su Alcalde, quién administra los bienes de Atención Primaria a través del Departamento de Salud, servicio traspasado desde 1996

4.2.2 Sectorización

| Establecimiento | Tipo Est | Tipo de atención | Dotación funcionaria |
|------------------------|-----------------|-------------------------|--|
| La Higuera | CGR | Paramédico | 2 TENS (sistema de turnos atención 365 días /24 horas) |
| Caleta Hornos | PSR | Permanente | 2 TENS (sistema de turnos atención 365 días /24 horas) |
| El Trapiche | PSR | Permanente | 2 TENS (sistema de turnos atención 365 días /24 horas) |
| Los Choros | PSR | Permanente | 2 TENS (sistema de turnos atención 365 días /24 horas) |
| Punta de Choros | EMR | Permanente | 2 TENS (sistema de turnos atención 365 días /24 horas) |
| Chungungo | EMR | Permanente | 2 TENS (sistema de turnos atención 365 días /24 horas) |
| Punta Colorada | EMR | Permanente | 2 TENS (sistema de turnos atención 365 días /24 horas) |
| Los Morros | EMR | Permanente | PROGRAMADO |
| Rancho tierra | EMR | PROGRAMADO | PROGRAMADO |

Dicho estamento entrega atención de salud a las 10 localidades rurales ya mencionadas, en las cuales existe un Centro de Salud ubicada en la localidad de La Higuera, 3 Posta de Salud Rural (PSR) 6 Estación Médico Rural (EMR), Las localidades de Chungungo, Pta. De Choros y Punta Colorada cuentan con paramédico permanente lo que les da la característica de postas sin serlo.

4.2.3 Situación actual de la atención primaria municipal.

Cuenta con un equipo multidisciplinario, capacitado con formación y experiencia en atención primaria, en proceso de formación en el nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar.

4.1.4 Acceso a la atención.

El acceso al sistema aún no está condicionado a la inscripción per cápita puesto que La Higuera es una comuna de costo fijo. a partir de Enero de 2016 con la implementación del nuevo sistema digital de Inscripción se comenzara la inscripción y actualización masiva de los usuarios en las distintas localidad de la comuna lo que permitirá tener un mayor control de la población vigente debido a que la nueva forma de inscripción va asociado aun sistema de biométrico que permitirá la firma electrónica del usuario a cada establecimiento y esto evitara la doble inscripción en otros establecimientos de la región. Este nuevo procedimiento se implementara en cada PSR de la comuna y cada establecimiento estará tendrá funcionarios capacitados para la calificación de de derecho en nuestra comuna. Lo cual permitirá por fin poder establecer un sistema de cobro a las personas pertenecientes al sistema de salud Privado y a su vez incentivar en cada posta la inscripción de los usuarios para que puedan tener la calidad de beneficiario del sistema público de salud, (FONASA.)

Estrategias comunales

| OBJETIVO | MEJORAR LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS EXTERNOS RESPECTO A LOS SERVICIOS OTORGADOS POR LA SALUD MUNICIPAL | | | |
|---|--|---------------------------|---------------------------------------|---|
| ESTRATEGIA | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PLAZO FINAL Y FRECUENCIA DE MONITOREO | INDICADOR ESTRATEGICO |
| Evaluación de la satisfacción usuaria. (incluye trato al usuario) | Aplicación en 2 oportunidades de encuesta de satisfacción usuaria pacientes CES Y PSR | ENCARGADA OIRS | semestral | N° de aplicaciones de encuestas de satisfacción usuaria efectuadas/ N° de aplicaciones de encuestas de satisfacción usuaria programadas |
| | Analizar, ejecutar y evaluar plan de intervención según resultados de encuesta satisfacción usuaria | ENCARGADA OIRS | Semestral | Aumenta el grado de satisfacción usuaria luego de aplicación de plan de mejoras Sí / NO |
| | Aplicación del protocolo de buen trato | ENCARGADA OIRS | Mensual | N° de funcionarios que aplican protocolo/ N° totales N° Reclamos por trato al usuario/Nª Reclamos totales |
| Evaluación de la satisfacción usuaria. (incluye trato al usuario) | Solicitud de Capacitación en comunicación efectiva | Encargado de Capacitación | Comienzos de año | Capacitación incluida en Plan de capacitación comunal pendiente 2015 |

| | | | | |
|---|--|----------------------------|---------------------------------|--|
| | Participación del 10% de los funcionarios en reuniones del CDL | Encargada OIRS | Mensual | % funcionarios asistentes a reuniones de CDL /Nº funcionarios totales |
| Gestión de reclamos | Mantener comité gestión de reclamos con integrante de la comunidad. | Encargada OIRS | Semestral Monitoreo semanal. | Nº reuniones realizadas/Nº reuniones programadas. |
| | Difusión permanente de flujograma de atención en OIRS | Encargada OIRS | Semestral | Nº reclamos que siguen flujograma establecido/Nº total de reclamos |
| Gestión de reclamos | Mantener respuesta oportuna a las demandas efectuadas por la comunidad a través de consultas ciudadanas en OIRS | Encargada Oirs | Semestral | Nº de reclamos con repuesta enviada en 20 días hábiles año 2016/ Nº total de reclamos del año 2016 |
| | Realizar reportes periódicos en instancias de reunión de CDL | Encargada de Participación | Trimestral | Acta de CDL |
| Disminución de los tiempos de espera | Analizar, ejecutar y evaluar plan de intervención según resultados de diagnostico de tiempos de espera del usuario | Jefe de SOME | trimestre | Se mantiene uso documento de registro Sí / No |
| | | | | |

| | | | | |
|---|--|---|------------------|---|
| DISMINUCION DE LOS TIEMPOS DE ESPERA | Mantener uso de documento de registro entrega de horas con recordatorio acerca de llegada anticipada | Dirección CES, , jefes de programa. | ENERO SEMESTRAL | Agendas disponibles para 6 semanas. |
| Disminución de los tiempos de espera | <i>Implementación de Video de información en salas de espera con prestaciones del CESFAM y/o contenidos educativos</i> | Encargado de informática y Encargado Oirs | 1ºtrimestre 2016 | Video en permanente exhibición en salas de espera |
| | Aviso oportuno de imprevistos del profesional al Director de acuerdo a reglamento interno | DIRECTOR | Diario | Nº avisos oportunos de acuerdo a reglamento/ NºTotal de avisos |
| | Aviso oportuno a usuarios de imprevistos | Jefe SOME | Diario | Nº avisos oportunos de imprevistos/ NºTotal de avisos % de reclamos por tiempos de espera Documentos existentes y disponibles SOME y Unidades |
| | Reorganización de mesón de SOME | Director | 1ºtrimestre 2015 | Reorganización implementada/reorganización programada |

| | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------------------|--|
| Disminución de los tiempos de espera | Capacitación permanente a administrativos en flujograma de atención de programa cardiovascular e infantil. | Dirección | junio y diciembre | Capacitaciones realizadas/capacitaciones programadas |
| | Diseñar carnet de control para pacientes con patología crónica que informe sobre atención, profesional responsable y permita consolidar la entrega de medicamentos. | Dirección Jefes de programa. | semestral | Carnet diseñado |

| OBJETIVO | MANTENER LA COMUNICACIÓN EXPEDITA Y OPORTUNA CON EL USUARIO | | | |
|---|--|--------------------|--|------------------------------|
| Diagnóstico de la situación comunicacional | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PLAZO FINAL Y FRECUENCIA DE MONITOREO | INDICADOR ESTRATEGICO |

| | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--|
| | Plan de mejora para las brecha detectadas relacionadas con comunicación | Directora Encargado Promoción | Primer semestre | Plan realizado/ Plan programado |
| | Promover el conocimiento y uso de la OIRS | Encargada OIRS | Monitoreo mensual (censo) | Información sectores/inf. OIRS |
| | | | | |
| OBJETIVO | CUMPLIMIENTO DE GARANTIAS DE SALUD | | | |
| ESTRATEGIA | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PLAZO FINAL Y FRECUENCIA DE MONITOREO | INDICADOR ESTRATEGICO |
| Disminuir los errores de digitación GES APS en SIGGES | Actualización en manejo SIGGES a digitadores | Encargado GES | Junio | Nº de capacitaciones <u>realizadas</u> Nº de capacitaciones programadas |
| | Actualización a profesionales en relación a protocolos GES | Encargada SIGGES y Jefe de Programa | Junio, monitoreo semestral | Nº de profesionales actualizados/Nº total de profesionales |
| | Monitoreo de manejo de digitadores, identificando errores más comunes | Dirección | Quincenal | Documento con el resultado del monitoreo |
| | Entrega de Información del Monitoreo a digitadores | Encargado GES | Quincenal | Documento con el resultado del monitoreo entregado a digitadores |

| | | | | |
|--|--|----------------------------|---|--|
| Disminuir incumplimiento por vencimiento de garantías APS | Establecer flujogramas de acción y derivación según guías clínicas que faciliten el acceso usuario en las patologías GES | Encargado GES Dirección | 1° semestre 2016 monitoreo semestral | N° de flujogramas realizados/ N° de patologías GES APS |
| | Auditorías de cumplimiento de flujogramas según guía clínica | Encargado GES Dirección | 1° semestre Monitoreo bimensual | N° de auditorías realizadas/N° de auditorías programadas |

RECURSOS PARA INVERSION

| OBJETIVO | OPTIMIZAR EL USO DE RECURSOS | | | |
|-----------------------------|---|------------------------------------|---|---|
| ESTRATEGIA | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PLAZO FINAL Y FRECUENCIA DE MONITOREO | INDICADOR ESTRATEGICO |
| Contención de Gastos | Protocolización de esquemas de tratamiento de patologías por Comité de Farmacia Local | Director/Comité de Farmacia Local. | Plazo Final Diseño: Junio . Monitoreo: Mensual | <u>Total Patologías Protocolizadas x100</u> Total patologías existentes |
| | Contención de Gastos Operacionales (Servicios Básicos) Campaña de difusión de ahorro de energía | Director y Finanzas | Indefinido/Evaluación Mensual. | <u>gasto de consumos básicos 2016 x100</u> Gasto programado consumo básico 2016 |

| | | | | |
|-----------------------------|--|------------------------|------------|---|
| | Control mensual de stock de medicamentos | Dirección | Mensual | existencia stock mensual |
| | auditoria de fichas, análisis de la información, definición de estrategias | encargados de programa | Semestral | Nº auditorias realizadas |
| | Mantenición de inventario actualizado | encargados de programa | Mensual | Documento "Inventario Actualizado" |
| Contención de Gastos | Mantenición de inventario actualizado | encargados de programa | Mensual | Documento "Inventario Actualizado" |
| | análisis costo-efectividad medicamentos | comité de farmacia | Anual | Nº fármacos evaluados |
| | Elaborar sistema de control de gasto de insumos | Comité farmacia | Semestral | existencia de sistema de control |
| | Educación a la comunidad sobre utilización de la cartera de servicios | Jefes de programas | Semestral | Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones programadas |
| | Publicación del costo de cada prestación | Director | Anual | Costo de prestaciones publicado |
| | Plan de mantención y monitoreo de equipamiento e infraestructura | Director | Trimestral | Plan de mantención monitoreado |

| | | | |
|--|--|----------------------|---|
| Crear y gestionar implementación de plan de mantención preventivo para equipos | Director y depto. de salud | dic-15 semestral | N° equipos con mantenciones realizadas/N° equipos |
| Aplicación de auditorías clínicas del cumplimiento de protocolos de indicación farmacológica | Director Asesores Técnicos de programas | dic-15 trimestral | N° de auditorías clínicas efectuadas / N° auditorías clínicas programadas |
| Conocer presupuesto año anterior | Dirección Depto. de salud | Enero Anual | Presupuesto conocido y difundido |
| Definir áreas prioritarias y críticas de gastos | Equipo directivo | Septiembre | Áreas prioritarias definidas |
| Elaborar presupuesto | Equipo directivo | Septiembre | Presupuesto 2015 elaborado |
| Revisión de gastos con encargado comunal | Directora | Bimensual | Revisión de <u>gastos realizados</u> Revisión de gastos programados |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Gestión del Recurso Financiero | Revisión de la dotación de funcionarios actual | Director | Semestral | revisión de la dotación SI – NO |
| | Modificación presupuestaria de acuerdo a evolución del Gasto | equipo directivo | Semestral | modificación presupuestaria realizada gasto total realizado/ gasto total programado |
| | Realización de campaña de difusión con CDL para disminuir inasistencias a horas médicas | Equipo de Promoción y CDL | Bimensual | Campaña efectuada Sí / No |
| | Implementar Recordatorio de Asistencia a citas medicas vía telefónica automática | Equipo Gestor y Encargado de Informática | Plazo Final marzo 2016 Evaluación Trimestral | Número de Horas medicas perdidas por inasistencias 2016/ Numero de Horas medicas perdidas por inasistencias 2011*100 |
| | Realizar Rendiciones de los Convenios del Servicio de Salud | Presupuesto Departament o de Salud | Mensual | Número de Convenios rendidos/ numero de convenios ejecutados. |
| | control de cumplimiento de indicadores de convenios, u otras metas asociadas a recursos | encargados de programa | Trimestral | % cumplimiento de indicadores |

| OBJETIVO | INCREMENTAR INGRESOS | | | |
|---|--|---|-----------------------|--|
| Mantenición o aumento de adscritos | Realizar campaña que permita aumentar numero de inscritos | Equipo Gestor y participación y CDL | Bimensual | Campaña realizada Sí/ NO |
| | Monitoreo de la aplicación del protocolo de buen trato | Jefes de equipo | Mensual | Monitoreo realizado/Monitoreo aplicado |
| | Coordinar procesos periódicos de actualización y limpieza de duplicidades en base de datos de usuarios | Director/Encargado de Informática local | Indefinido/ Semestral | <u>N° de usuarios con probl. de inscripción 2016</u> x100 Total de población inscrita |
| Mantener cumplimiento de IAAPS y Metas de Desempeño Colectivos | control de cumplimiento de indicadores | equipo directivo | mensual | planilla de cumplimiento revisada |
| | definir estrategias para mejorar y mantener cumplimientos | equipo directivo | trimestral | IAAPS > 90% cumplimiento Metas sanitaria >90% |

AREA PROCESOS

| OBJETIVO | FOMENTO DE LA PREVENCION Y LA PROMOCION EN SALUD | | | |
|------------------------------------|--|------------------------|---------------------------------------|--|
| ESTRATEGIA | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PLAZO FINAL Y FRECUENCIA DE MONITOREO | INDICADOR ESTRATEGICO |
| Actividad física y deportes | Realización de actividades deportivas y/o recreativas en coordinación con C.D.L. | Encargado de Promoción | Semestral | Nº de actividades efectivamente realizadas y Nº de participantes |
| | Mantener al equipo sensibilizado para la derivación | Encargada de Programas | Mensual. | Nº reuniones realizadas/Nº reuniones programadas |
| | Realizar examen de EMP y EMPAM según programación | Jefe de programa | Semestral | % de cumplimiento |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------------|---|
| Exámenes Controles Preventivos | y | Realizar monitoreo de Exámenes Preventivos en relación a EMPA | Encargada de Apoyo Clínico y Jefe Programa del Adulto | Trimestral | N° de Exámenes Realizados a Pacientes con EMPA /N° Total de EMPAS Tomados |
| | | Nombramiento de 6 líderes internos en forma mensual que fomenten la captación de usuarios que requieran Exámenes preventivos | Equipo Gestor | Diciembre Evaluación Mensual | N° de meses del año con nombramiento efectuado/ N° de meses del año |
| | | Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas que lo solicitan voluntariamente o con consejería pre y post test según normativa vigente | Asesor técnico programa SSyR | Diciembre Evaluación | N° de consejería pre test realizadas/ número de exámenes VIH realizados N° de consejería post test realizadas/ número de test VIH realizados |
| Estilos de Vida Saludable | | Utilización de guías de estilo de vida saludable por ciclo vital | Jefes de programa | Mensual | Registro SIDRA |
| | | Realizar actividades de difusión de estilos de vida saludable en colegios y jardines infantiles | Jefes de programa | 1 trimestral | N° de actividades programada/n° de actividades realizada |

| | | | | |
|--|--|--------------------------------------|-------------------|---|
| | Consejería breve en distintas áreas. | Jefe programa adolescente y adulto. | Trimestral | Nº consejerías breves realizadas/ Nº de consejerías programadas |
| | Consejería familiar en estilos de vida saludable | Jefe de programas Jefe de equipo | Mensual | Nº de consejerías realizadas / Nº de consejerías programadas |
| Educaciones Preventivas y Promocionales | Mantener trabajo con la CUMNIDAD | Jefes de programa Jefes de equipo | Monitoreo mensual | Nº talleres realizados/ Nº talleres programados |
| | Campaña de vacunación escolar | Equipo de promoción | Trimestral | Nº reuniones realizadas/Nº reuniones programadas |

PROGRAMA INFANTIL

| OBJETIVO | OTORGAR SERVICIOS DE SALUD | | | |
|--|--|------------------------------------|--------------------|---|
| Supervisión del Desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas (actividades preventivas) | Realizar actividades de rescate de inasistentes en fechas hitos del desarrollo (calendario de controles y vacunas) | Jefes de Programa | Mensual | Nº de actividades de rescate/ Nº de inasistentes. |
| | Realizar talleres de preparación para la crianza en embarazadas | Jefe de Programa | Mensual | Nº Embarazadas que participan en talleres año 2016/Nº Ingresos Embarazo año 2016 |
| | VDI a embarazadas con factores de riesgo | Jefe de programa Encargada CHCC | Mensual | Nº de VDI realizadas a gestantes con factores de riesgo/ Nº total de gestantes con factores de riesgo |
| Supervisión del Desarrollo Biopsicosocial de niños y niñas (actividades preventivas) | Monitorizar el control precoz de la diada | Jefe de programa | Mensual Mensual | Nº de gestantes derivadas/Nº total de gestantes bajo control Ingreso a control antes de 10 días/ ingreso RN |

| | | | | |
|-------------|--|------------------------------------|------------------------|---|
| preventivas | Aplicación de Pauta de riesgo Biopsicosocial a diada | Jefe de programa | | Nº de pautas aplicadas/ Nº de ingresos diada |
| | Consejería Familiar a diada con RN riesgo leve | Jefe de programa Encargada CHCC | Mensual | Nº de consejerías familiares/Nº total de RN con riesgo leve |
| | VDI a RN con factor de riesgo moderado y severo | Encargada CHCC | Mensual | Nº de VDI realizadas a RN con factor de riesgo moderado o severo/ Nº total de RN con factor de riesgo moderado o severo |
| | Identificar cuantitativamente Nº RN que ingresan a APS con fórmula láctea incluida | Jefe Prog. Infantil | Indicadores Trimestral | Nº RN con fórmula láctea incorporada NºRN ingresados |
| | Aplicación de Test de Edimburgo en el segundo mes de vida. | enfermera | Mensual | Test de Edimburgo aplicados a los 2 m/PBC < 1año; Test de Edimburgo alterados/Total Edimburgo aplicados |
| | Aplicación de Test de Edimburgo en el sexto mes de vida. | nutricionista | Mensual | Test de Edimburgo aplicados a los 6 m/PBC < 1año; Test de Edimburgo alterados/Total Edimburgo aplicados |

| | | | |
|---|---|---------------------|---|
| Aplicación de Escala Massie-Campbell al cuarto mes de vida | enfermera | Mensual | Nº escalas Massie-Campbell aplicadas 4to mes/PBC < 1 año |
| Intervención a madres con Test de Edimburgo alterado | Enfermera, Psicóloga, Médico Adulto | Mensual | Nº de madres con Test de Edimburgo alterado con psicoeducación/ Nº de madres con Test de Edimburgo alterado ; Nº de madres con diagnóstico de DPP intervenidas por médico / Total de madres con Test de Edimburgo alterado |
| Rescate de madres con Edimburgo alterado, inasistentes a controles psicológicos. | Psicóloga CHCC/ Encargada de Programa | Monitoreo mensual | Nº de rescatas realizados/ Número de madres inasistentes |
| Realizar talleres preventivos para padres, madres y/o cuidadores de niños/as para el desarrollo en habilidades parentales | jefe de programa | Mensual | Nº talleres realizados/programados |
| Reactivar actividades de prevención en salud oral en jardines infantiles | Jefe Odontológico | Sept adelante en | Nº de actividades programadas/realizadas |
| Aplicar test de DSM a los 12-23 meses | enfermera | Mensual | Nº EEDP 12-23 meses/ PBC 12-23 meses |

| | | | |
|--|---------------------------|---------|---|
| Aplicar test de DSM a los 3 años | Educadora de Parvulos | Mensual | Nº TEPSI 3 años/ PBC 2-5 años |
| Monitorizar el cumplimiento de tasa de consulta de morbilidad en población infantil según programación | Jefe de Programa | Anual | Número de consultas de morbilidad/ Población inscrita menor de 10 años |
| Monitorizar cumplimiento de actividades de recuperación del DSM (riesgo, rezago, déficit) | Jefe de Programa | Anual | Nº de niños/as con déficit y rezago del DSM incorporados a salas de estimulación/ total de niños con déficit y rezago del DSM |
| Monitorizar recuperación de niños(as) con déficit del DSM de 12 a 23 meses | Jefe de programa infantil | Anual | Nº de niños/as con déficit del DSM cuya reevaluación es normal/ total de niños con déficit del DSM |

PROGRAMA SALUD DE LA MUJER

| OBJETIVO | MANTENER COBERTURA DE INGRESO PRECOZ A CONTROL PRENATAL | | | |
|--|--|---------------|--|--|
| ESTRATEGIA | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PLAZO FINAL Y FRECUENCIA DEL MONITOREO | INDICADOR ESTRATEGICO |
| Mejorar la cobertura del EMP en mujeres | Focalizar la realización de EMP en mujeres de 45 a 64 años. | JEFE PROGRAMA | Mensual y semestral | Nº EMP en mujeres de 45 a 64 años / mujeres inscritas de 45-64 años |
| Asegurar el ingreso precoz de control de embarazo | Mantener agenda protegida diaria para realizar ingresos de embarazo en forma precoz. | Matrona | Mensual y Semestral | Existencia agenda protegida SI NO Nº ingresos < de 14 semanas/Total de Ingresos a CPN x 100 |

| OBJETIVO | PARTICIPAR EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE CASOS Y PLANES DE INTERVENCIÓN CONSENSUADOS DE EMBARAZADAS Y RECIÉN NACIDOS DE RIESGO BIOSICOSOCIAL DETECTADOS EN EL CONTROL PRENATAL Y DE DIADA. | | | |
|---|---|---|---------|---|
| Identificar embarazadas y Recién Nacidos de Riesgo, mediante aplicación de Pautas de riesgo. | Clasificar embarazadas de riesgo según pauta EPSA y recién nacidos de Riesgo según Pauta. | Matrona y Jefes de Programa | Mensual | Nº de embarazadas de riesgo/Nº de embarazadas ingresadas Nº de RN de riesgo/Nº de RN ingresados |
| Identificar embarazadas y Recién Nacidos de Riesgo, mediante aplicación de Pautas de riesgo. | Realización de VDI a embarazadas y Recién Nacidos de riesgo | Equipo CHCC | Mensual | Nº de VDI de riesgo realizadas/ Nº de embarazadas de riesgo pesquisadas Nº de VDI de RN de riesgo realizadas/Nº de VDI en RN de riesgo pesquisados |
| Realizar intervención sicosocial según necesidad a embarazadas y/o recién nacidos de riesgo. | Participación en estudios de casos y elaboración de planes consensuados de intervención en embarazadas y/o recién nacidos de riesgo | Equipos de cabecera o duplas en coordinación con equipo CCC | Mensual | Nº de estudios de caso + plan consensuado realizados/Nº de embarazadas o recién nacidos de riesgo pesquisadas X 100 |

| | | | | |
|---|--|-------------------------|---------|--|
| OBJETIVO | CONTROL DE LA DÍADA MADRE HIJO ANTES DE LOS 10 DÍAS DE VIDA. | | | |
| Ingreso control Diada antes de los 10 días post nacimiento. | Realizar ingreso de Diada antes de los 10 días post parto, en horarios protegidos para esta actividad. | JEFE DE PROG | Mensual | N° de ingresos Diada Menor 10 días/ N° de recién nacidos Ingresados X 100 |
| OBJETIVO | AUMENTAR COBERTURA DE MUJERES EN CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD, INCLUIDA POBLACIÓN ADOLESCENTE. | | | |
| Aumentar la Cobertura de la Población General Femenina en control de Regulación de Fecundidad. | Realizar ingreso de regulación de fecundidad a toda mujer que lo requiera, en horarios protegidos para esta actividad. | Matrona | Mensual | N° de ingresos a Regulación de Fecundidad según grupos etáreos/ N° de población adscrita de mujeres en edad fértil |
| | Aumento Cobertura de Ingresos de Adolescentes a Regulación de fecundidad. | Matrona | Mensual | N° de ingresos a Regulación de Fecundidad adolescente/ N° de población adscrita adolescente |
| Mejorar Coordinación con Programa Espacios Amigables para adolec | Realización de reuniones de coordinación | Encargados de Programas | Junio | Reuniones realizadas/ Reuniones programadas. |

| OBJETIVO | AUMENTAR COBERTURA DE PAPANICOLAOU EN LA POBLACIÓN DE 25 A 64 AÑOS | | | |
|---|---|---------|------------------------|---|
| Mejorar la cobertura de PAP en mujeres de 25 a 64 años | Toma de Papanicolaou libre demanda a toda paciente que corresponda según edad y vigencia. | Matrona | Trimestral y Semestral | Nº de PAP tomados entre 25 - 64 años/ Población inscrita de 25 a 64 años |
| | Derivación interna desde otras actividades del CESFAM y,PSR Y EMR Rescate de usuarias inasistentes a PAP | | | Nº PAP procedentes de rescate/ Nº inasistentes |

| OBJETIVO | MANTENER BAJO CONTROL LA MUJER EN PERIODO DE CLIMATERIO, CON EL FIN DE MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA | | | |
|---|--|-------------------|-------------------|--|
| Aumentar la cobertura de mujeres climática bajo control | Control de Climaterio, con énfasis en acciones de promoción y prevención. | Matrona | Semestral | Nº de mujeres de 45-64 años ingresadas/ Nº de mujeres de 45-64 años inscritas |
| Favorecer y estimular estilos de vida saludables en el climaterio. | Consejerías en EVS a toda mujer que ingrese a programa | Matrona | Mensual | Nº de consejerías en EVS realizadas en mujeres ingresadas a climaterio/Nºde mujeres ingresadas a programa climaterio |
| | Talleres de Climaterio | Jefe de programay | A Septiembre 2015 | Nº de Talleres realizados/ Nº de talleres programados |

RECURSO HUMANO

| OBJETIVO | MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNA | | | |
|---|--|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Fortalecer los canales de comunicación interna | Formalización de Calendario de Reuniones Generales. | Director/Equipo | Plazo Diseño: Enero | Cronograma Reuniones SI - NO |
| | Calendarización Reuniones de Equipo. | Jefes de Programas | Evaluación: Trimestral. | |
| | Mantener actualizada la información en el correos de los equipos | Jefes Programas | Plazo Diseño: Enero 2015 | Evaluación Mensual |
| | Diseño de página web o símil | Encargado de Informática | Monitoreo mensual | Monitoreo mensual |
| | | | | Página operativa (SI-NO) |

4.3 Recursos y estimaciones periodo 2016

4.2.1 Recursos Financieros

El presupuesto de ingresos del Departamento de Salud Municipal está integrado por lo siguiente:

Ingresos de Operación

- a.-) Aportes del Ministerio de Salud a través de la asignación costo fijo
- b.-) Ingresos por licencias médicas, (reintegros).

Transferencias

- a.-) Transferencia del presupuesto municipal.
- b.-) Aguinaldos y Bonos.

Otros financiamientos

Vía convenios, proyectos y programas especiales tales como:

1. Sala de Control Enfermedades respiratorias del Niño.
2. Programa Mejoría de la Equidad Rural
3. Programa Servicio Urgencia Rural.
4. Programa Biopsicosocial
5. Programa Rehabilitación
6. Laboratorio Complementario GES

7. Desarrollo Funcionario (PAC)
8. Promoción de Salud
9. Odontológico Integral
10. Odontológico GES.
11. Apoyo a la Gestión , mejoría de la Eficacia

4.2.2 . Recursos Humanos

La salud primaria comunal cuenta con profesionales formados en Salud Familiar, a través de capacitaciones entregadas a todo el personal y las adquiridas por los profesionales en forma particular en el Modelo de Salud Familiar.

Se ha alcanzado una buena capacidad resolutive de la demanda, actualmente contamos con una dotación de profesionales que ha permitido satisfacer la demanda de la población, un 80% de las consultas son resueltas en la APS. Aquellos pacientes que deben ser atendidos por problemas específicos y de especialidad son derivados al Hospital de La Serena y Coquimbo que son parte de la Red de Salud Regional.

Las horas de algunas especialidades como, traumatología, reumatología, neurología, dermatología, otorrinolaringología y todas las especialidades odontológicas, en estos centros de referencia son insuficientes para resolver la demanda de atención generando largas listas de espera, lo que produce malestar e insatisfacción en nuestra población usuaria. Para mejorar la satisfacción usuaria en relación a la falta de horas a especialista el municipio ha firmado convenios con el Servicio de salud Coquimbo en las áreas de apoyo de Imágenes Diagnósticas para la resolución de Mamografías, Ecotomografía Mamarias y abdominales,

Radiografías de Tórax y Pelvis a menores de 3 meses, así como los Convenios de Resolutividad de Especialidades Otorrinolaringología, Oftalmología y Programa Odontológico Integral Familiar y Preventivo.

Cabe señalar, que la población aún es altamente demandante de los servicios de salud, dado que prevalece en los usuarios el Modelo Biomédico, utilizado con éxito en décadas anteriores, sin embargo, en forma paulatina se está incorporando el autocuidado en salud, mediante acciones de promoción en la comunidad.

La alta demanda asistencial en periodo de invierno don de aumentan las consultas por morbilidades respiratorias ha sido parcialmente controlada con el desarrollo de la realización extensión horaria de profesional médico y de kinesiólog@ después de las 17:30 horas. Durante los días hábiles de la semana, de igual modo se realizan atención de Servicio de Urgencia con supervisión medica y de profesional Enfermera .

En el caso del abastecimiento de fármacos, insumos de laboratorio y odontológicos y procedimientos diagnósticos, éste ha mejorado por una adecuada gestión financiera y los aportes extraordinarios del Ministerio de Salud, a través del Convenios.

El Departamento de Salud Municipal de La Higuera define el siguiente equipo de salud para satisfacer los requerimientos de salud de la población. Junto a la descripción de funciones que se detala en Anexo 1.

Dotación recurso humano 2016 Departamento de Salud Municipal comuna de La Higuera

| CAT. | ESCALAFON | DOTACION SOLICITADA AÑO 2016 | | | | | | |
|---|--|--|----|----|----|----|-------------|-------|
| | | N° FUNCIONARIOS SEGÚN N° HORAS CONTRATADAS | | | | | | |
| | | N° FUNC. | 44 | 33 | 22 | 11 | TOTAL HORAS | CANT. |
| A | CIRUJANO DENTISTA | 1 | 1 | | | | 44 | 132 |
| | MEDICO CIRUJANO | 1 | 1 | | | | 44 | |
| | MEDICO (EX. MGZ) | 1 | 1 | | | | 44 | |
| B | ASISTENTE SOCIAL | 3 | 3 | | | | 132 | 704 |
| | ENFERMERA/O | 2 | 2 | | | | 88 | |
| | MATRONA/ON | 1 | 1 | | | | 44 | |
| | NUTRICIONISTA | 1 | 1 | | | | 44 | |
| | PSICOLOGA/O | 2 | 2 | | | | 88 | |
| | KINESIOLOGA/O | 3 | 3 | | | | 132 | |
| | EDUCADORA DE PARVULOS | 1 | 1 | | | | 44 | |
| | INGENIERO | 1 | 1 | | | | 44 | |
| | JEFE DEPTO. SALUD | 1 | 1 | | | | 44 | |
| | OTRO PROFESIONAL kinesiologo Director ces | 1 | 1 | | | | 44 | |
| | C | TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN SALUD | 13 | 13 | | | | |
| TECNICO DE NIVEL SUPERIOR EN GESTION DE APOYO | | 1 | 1 | | | | 44 | |
| D | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 6 | 6 | | | | 264 | 264 |
| E | ADMINISTRATIVO/A | 6 | 6 | | | | 264 | 308 |
| | SECRETARIA/O | 1 | 1 | | | | 44 | |
| F | AUXILIAR DE SERVICIO | 2 | 2 | | | | 88 | 528 |
| | CHOFER | 10 | 10 | | | | 440 | |
| | OTROS | 0 | | | | | 0 | |
| TOTALES | | 58 | 58 | 0 | 0 | 0 | 2552 | 2552 |

4.2.3 Recursos Materiales

Desde este año se encuentra en construcción en NUEVO centro de salud de La Higuera, el que vendrá a dar mejores condiciones para entregar una atención de calidad a los usuarios internos como externo, debido a que en el que actualmente se labora, no reúne los requisitos, puesto su construcción data del año 1928.

Las edificaciones en las localidades como Caleta Los Hornos, Los Choros, Punta de Choros se encuentran en regulares condiciones, los requerimientos actuales de la Autoridad Sanitaria no permiten la acreditación por lo que se hace imprescindible financiar sus adecuaciones con recursos de Gestión. Para la localidad de Chungungo la construcción del nuevo establecimiento se encuentra en Proceso de Licitación. La Estación Médico Rural de Punta colorada se encuentra actualmente Operativa y entregando una atención de calidad en un Lugar físico especialmente construido para este Fin con Recursos FDNR y la implementación de la misma gracias a fondos otorgados por Barrick.

Campo automotriz

El campo automotriz del departamento se encuentra con su vida útil cumplida, por lo que se hace necesaria la renovación de los vehículos que cumplen una función imprescindible tanto para el traslado de pacientes como de los profesionales para realizar sus funciones. Durante el año 2014 en el mes de Diciembre se adquirió una Ambulancia marca Mercedes Benz vitto que fue destinada a la Localidad de El Trapiche , Para el año 2016 se espera que con la puesta en Marcha del Nuevo CESFAM , la llegada de una nueva ambulancia

para el Centro de Salud , permitiendo así, la destinación de una ambulancia para la EMR de Chungungo.

A partir de enero del 2016 se contempla la atención odontológica en el nuevo CLINIMOVIL DENTAL que en estos momentos está en proceso de entrega y adaptación del vehículo el cual fue postulado al FDNR , Por otra parte el año 2016 se entregó a Servicio de Salud Coquimbo el catastro de vehículos del Departamento , de los cuales 2 ambulancias han sido priorizadas para postular por dicho servicio para la renovación de vehículos.

| Cantidad | Vehículo | Condiciones |
|-----------------|--|------------------------|
| 1 | Ambulancia Nissan Navara XE MT 4x4 2010 | Regular (1 sept. 2010) |
| 1 | Clínica Móvil Dental Mercedes Benz Sprinter 413 año 2006 | Regular estado |
| 1 | Bus Mitsubishi Fuso- Rosa 2012 | Nuevo Dic. 2011. |
| 1 | Ambulancia Ford Transit 2012 | Nuevo Febrero 2012. |
| 1 | Ambulancia Mercedes Benz Sprinter 313 CD 2005 | Regular |
| 1 | Furgón Jin Bei 2012 | Regular |
| 1 | Ambulancia Mercedes Benz vitto 2015 | Nueva |
| 1 | Ambulancia Mercedes Benz vitto 2014 | Nueva |

Estimación de Procedimientos en Atención Primaria Rural

El Servicio de Urgencia Rural (S.U.R.) es una unidad dependiente del Centro de Salud La Higuera que tiene como finalidad otorgar prestaciones de salud a las personas que se encuentran en condición de salud o cuadro clínico de

emergencia o urgencia, y deriva a otros establecimientos de mayor complejidad de la Red Asistencial las situaciones que superan su nivel de resolutive. Junto a esta atención de urgencia se llevan a cabo una gran cantidad de procedimientos derivados principalmente de las condiciones de salud en las que se encuentre cada usuario que asiste a esta unidad..

A estos procedimientos se suman también aquellos que no se llevan a cabo directamente en el Centro de Salud pero sí son derivados desde este lugar para ser realizados en establecimientos de mayor complejidad o especializados, a través de convenios o compra de servicios, entre los que podemos nombrar: radiografías, mamografías, Eco tomografía, entre otros. Por otra parte, se realizan traslados a otros establecimientos de mayor complejidad, lo que es considerado también como una prestación del Servicio de Urgencia Rural.

En lo que va del año 2015 se han llevado a cabo aproximadamente 18.000 procedimientos, tomando en consideración también aquellos realizados en las distintas unidades de atención que forman parte del Centro de Salud de La Higuera.

Se estima que el próximo año, con la puesta en funcionamiento del nuevo consultorio la cantidad de procedimientos realizados en el S.U.R. disminuya considerablemente debido a que contaremos con salas especialmente habilitadas para tales procedimientos como sala de toma de muestra y de curaciones

Procedimientos realizados en el Centro de Salud La Higuera

| Procedimientos | Especialidad |
|--|--------------------------|
| Electrocardiograma | Cardiología |
| monitoreo continuo de presión arterial | |
| Aerosolterapia (nebulización) | Neumología |
| Espirometría basal | |
| Espirometría basal y con broncodilatador | |
| Intubaciones con sonda gástrica | Gastroenterología |
| Vaciamiento manual de fecaloma | |
| Instilación vesical | Urología |
| Vaciamiento vesical, por sonda uretral | |
| Colocación y extracción de D.I.U. | Ginecología |
| Curación simple ambulatoria | Misceláneos |
| Oxigenoterapia a domicilio | |
| Extracción cuerpo extraño ojo | |
| Extracción cuerpo extraño otro lugar | |
| Lavado gástrico | |
| Lavado oído | |
| Técnicas reanimación cardiopulmonar básico | |
| Técnicas reanimación cardiopulmonar avanzado | |
| Aseo ocular | |
| Colocación inyecciones | |
| Administración fleboclisis | |
| Curación compleja | |
| Administración oxígeno | |
| Aspiración secreciones | |
| Colocación sonda | |

Unidad Toma de muestras

La unidad de Toma de muestras es una unidad dependiente del Centro de Salud La Higuera que, actualmente, funciona a través de la compra de servicios utilizando como Laboratorio de Análisis el Laboratorio Clínico del Hospital de La Serena . El convenio realizado con este laboratorio implica el análisis de las muestras así como también, la entrega de los insumos para su toma a saber, los frascos de exámenes para cada tipo de muestra.

En estos momentos, dicha unidad funciona cada Jueves en el Centro de Salud La Higuera y otros jueves en las distintas localidades, coordinados con el paramédico de cada Posta de Salud Rural y/o Estación médico rural, y

| prcodfonasa | prcodigo | Prestación |
|--------------------|-----------------|------------------------------------|
| 0301034 | 1034 | GRUPO SANGUINEO |
| 0301041 | 1041 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA, A1c |
| 301067 | 1067 | PLAQUETAS |
| 0301045 | 1045 | HEMOGRAMA |
| 0301059 | 1059B | TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) |
| 0301085 | 1085 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP-A) |
| 0302005 | 2005 | ACIDO URICO |
| 0302015 | 2015 | CALCIO |
| 0302023 | 2023 | CREATININA, sangre |
| 0302032 | 2032 | ELECTROLITOS PLASMATICOS, en sangr |
| 0302034 | 2034 | PERFIL LIPIDICO |
| 0302047 | 2047 | GLICEMIA |
| 0302048 | 2048 | PRUEBA TOLERANCIA GLUCOSA: PTGC |
| 0302057 | 2057U | UREMIA |
| 0302060 | 2060A | ALBUMINA |
| 0302060 | 2060 | PROTEINAS TOTALES |
| 0302067 | 2067 | COLESTEROL TOTAL |
| 0302076 | 2076 | PERFIL HEPATICO |
| 0305019 | 5019 | FACTOR REUMATOIDEO |
| 030503 | 5030 | PROTEINA C REACTIVA |
| 0306011 | 6011 | UROCULTIVO |
| 0306038 | 6038 | R.P.R. |
| 0306061 | 6061 | AC. ANTI CHAGAS |
| 0306169 | 6169 | H.I.V. |
| | | Creatinuria |
| 0309013 | 9013 | MICROALBUMINURIA AISLADA |
| 0309022 | 9022 | ORINA COMPLETA |
| 0320064 | 2064 | TRIGLICERIDOS |
| 306048 | 6048 | COPROPARASITOLOGICO SERIADO PSI |
| 309024 | 9024 | SEDIMENTO URINARIO |
| 303024 | 3024 | HORMONA TIROESTIMULANTE |
| 303024 | 3024 | TIROXINA T4L |
| 306051 | 6051 | TEST DE GRAHAM |
| 306002 | 6002 | BACILOSCOPIA |
| | | Coprocultivo |
| | | Amilasa |
| 309028 | 9028 | PROTEINA ORINA |

planificados semestralmente. Esta unidad está a cargo de la enfermera del Centro de Salud junto a la Técnico en Enfermería a cargo de la ejecución de la toma de muestras.

Cuadro: Canasta Básica y Complementaria de exámenes, año 2015.

PROGRAMA COMPLEMENTARIO GES

| prcodfonasa | prcodigo | Prestación |
|-------------|----------|-------------------------------------|
| 0302032 | 2032 | ELECTROLITOS PLASMATICOS, en sangre |
| | | Creatinuria |
| 0309013 | 9013 | MICROALBUMINURIA AISLADA |
| 0302023 | 2023 | CREATININA, sangre |
| 0302034 | 2034 | PERFIL LIPIDICO |
| 0301041 | 1041 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA, A1c |
| 0306011 | 6011 | UROCULTIVO |
| 0302047 | 2047 | GLICEMIA |
| 0302067 | 2067 | COLESTEROL TOTAL |

5.2.1.3. Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud.

El Programa Comunal de Promoción de la Salud (PCPS), con el objetivo de generar buenas prácticas y fortalecer los factores protectores que vayan en beneficio de mejorar la calidad de vida ha definido una lista de acciones a seguir en los distintos ámbitos de intervención en los Centro de Salud Municipal y en el trabajo sectorial con las diversas instituciones de la red que contribuyen a mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas. Se han establecido actividades de tipo educativo promocional y preventivo, desarrollando el trabajo en el área educacional como escuelas y jardines infantiles, actividades en organizaciones sociales de tipo territorial y funcional, y actividades de tipo masivo.

A continuación, se encuentra el detalle de las actividades más importantes realizadas el año 2015 desde el Programa de Promoción en Salud.

Condicionante Vida Libre del humo tabaco:

- Difusión de material de vida libre del humo del tabaco.
- Celebración a nivel comunal de el 31 de mayo del “ Dia sin Fumar”.

Condicionante alimentación saludable:

- Creación, gestión, mantención, de huertos comunitarios.
- Difusión de Guías Alimentarias para la población chilena en programas de Tv, cápsulas radiales y otros medios locales.
- Ferias gastronómicas y capacitaciones para hurtos familiares

Condicionante actividad Física:

- Instalación de circuitos de máquinas para plazas saludables.
- Elaboración de campaña de difusión a través de medios digitales, escritos y audiovisuales de temas relacionados con la actividad física.
- Realización de eventos deportivos masivos

Las condicionantes o factores de riesgos que se abordaran para el ejercicio del año 2015 serán determinadas por el diagnostico participativo que se esta realizando para el plan trienal de promoción de salud

El desafío para este año sigue siendo vincular las acciones promocionales con actividades en el centro de salud. Es fundamental darle orgánica a las actividades que se realizan desde los programas que incluyan las actividades a desarrollar por ciclo vital. La oferta de servicios debe estar vinculada a los profesionales y se hace indispensable la creación de una cartera promocional de servicios que esté incluida como acciones al interior del centro de salud.

5.2.1.4. Estimación del Programa Nacional de Inmunización

Se estima que para el próximo año 2016, la cobertura del PNI aumente, debido al aumento de la cantidad de niños nacidos y, a su vez, aumente el número de vacunas incluidas en dicho programa. Esto, con el fin de cubrir una mayor cantidad de enfermedades, entre ellas: Papilomavirus y Enfermedad Meningocócica.

Se espera que para el próximo año, las madres y/o cuidadores de niños que requieran de inmunización, aumenten su adherencia a los controles de salud infantil por medio de la utilización de estrategias dirigidas a educar a la población. Esto mejorará desde el mes de noviembre del año 2015 luego de la instalación de un televisor en la Sala de Espera, lugar donde las madres se reúnen al solicitar o esperar una atención, que permitirá entregar información de forma mucho más didáctica y entretenida.

5.2.1.5. Estimación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria y Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).

Es un sistema de distribución gratuita de alimentos para la población infantil y para las embarazadas de nuestro país, independiente de su situación previsional de salud. Su objetivo tradicionalmente ha sido (1952-2002) el de mantener un óptimo estado nutricional de las embarazadas para asegurar un desarrollo fetal armónico, una lactancia materna exitosa, y un crecimiento y desarrollo normal del niño. Dados los cambios epidemiológicos en nuestro país se incorpora como nuevo objetivo el de contribuir a la reducción de la obesidad y de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) del adulto.

Objetivos del Programa

- Proteger salud de la madre durante embarazo y lactancia, promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño.
- Introducir prácticas adecuadas de destete.
- Disminuir la proporción de neonatos con bajo peso de nacimiento.
- Fomentar crecimiento y desarrollo normal del menor de 6 años desde la gestación.
- Prevenir y corregir el déficit nutricional.
- Estimular la concurrencia a los controles de salud.
- Distribuir alimentos adecuados a las necesidades de los grupos objetivos, al perfil alimentario nutricional de la población y a los conocimientos científicos vigentes.
- Servir de centro articulador para la intervención nutricional a través del ciclo vital, detectando, previniendo y controlando aumentos de peso excesivo en la población beneficiaria.
- Mantener dentro de canales de crecimiento aceptables al Recién Nacido, identificados como en mayor riesgo de malnutrición y ECNTs.

Distribución de Productos del PNAC. (Promedio mensual)

| Producto | Entregado | Solicitado |
|--------------------------|------------------|-------------------|
| Leche Purita Fortificada | 111 kg | 140 kg |
| Leche Purita Cereal | 199 kg | 260 kg |
| Leche Purita Mamá | 36 kg | 60 kg |
| Mi Sopita | 6 kg | 20 kg |

Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).

Los Adultos Mayores se encuentran en una clara situación de riesgo nutricional, la que se origina por cambios fisiológicos y/o patológicos que acompañan al proceso de envejecimiento y por la situación socioeconómica en que se encuentran en nuestro país.

Los objetivos principales de este programa alimentario son:

- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales del adulto mayor.
- Entregar un complemento nutricional a los adultos mayores en riesgo.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor.
- Incentivar una mayor adherencia a las actividades de atención primaria para el adulto mayor.
- Mejorar la detección y control de factores de riesgo de la pérdida de funcionalidad.

- Promover en los Consultorios, Postas Rurales y otros establecimientos de atención primaria, una modalidad de trabajo integral con relación al adulto mayor, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad.

Distribución de Productos del PACAM. (Promedio mensual)

| Producto | Entregado | Solicitado Cenabast |
|----------------------------|-----------|------------------------|
| Crema Años Dorados | 111 kg | 120 kg |
| Bebida Láctea Años Dorados | 111 kg | 120 kg |

5.2.1.7. Estimación de interconsultas al nivel de mayor complejidad.

Durante el año 2014 se generaron 391 interconsultas a centros de mayor complejidad para médicos especialista a octubre del 2015 en sistema hay 111 interconsultas generadas es importante señalar que durante este año se realizaron operativos médicos que vinieron a disminuir la generación de interconsultas a especialistas pues se solucionaron los problemas y se priorizaron las interconsultas a Hospital La Serena y Coquimbo Se realizan cuando el médico o profesional de la salud considera necesario que el usuario sea evaluado por un médico especialista, son creadas en el consultorio o por otro especialista cuando es visto por un médico del hospital.

Si la enfermedad es GES existe un plazo definido para que el usuario sea visto por el especialista, los otros casos son vistos de acuerdo a la lista de espera.

Se estima que para el año 2016 aumenten de 198 interconsultas en un 20% es decir un total de 232 interconsultas.

7. Plan de capacitación

El sistema de salud chileno se encuentra en un profundo proceso de reforma, en el cual se considera la Atención Primaria como uno de sus pilares fundamentales. Dicha reforma ha introducido un Modelo de Salud que tiene como uno de sus principales objetivos satisfacer las necesidades de atención en salud, así como las expectativas de la población, la que apunta a mejorar la calidad de la atención y la dignificación del trato al usuario, contribuyendo a una mayor eficiencia del sistema de salud. Para ello es necesario contar con una amplia gama de herramientas que abarquen desde la atención directa del individuo hasta la gestión de la demanda.

Debido a estas innovaciones en salud, se ha hecho necesario entregar herramientas técnicas al personal vinculado que faciliten la comprensión del proceso salud/enfermedad, proporcionando contenidos teóricos y prácticos necesarios para favorecer la gestión en salud, así como habilidades específicas para responder a estos cambios y a los nuevos requerimientos, satisfaciendo las necesidades y expectativas individuales y colectivas en el marco de eficiencia y mejoramiento continuo de la calidad.

El Centro de Salud de La Higuera cuenta con un Programa de Capacitación Funcionaria a cargo de un profesional de salud y un Comité de Capacitación Funcionaria encargado de la formulación de los Planes y Programas de Capacitación del Equipo de Salud (Plan de Actividades de Capacitación, PAC) dirigidos tanto al personal de la Red Asistencial adscrito a la Ley N° 19378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, perteneciente a las Plantas de

Directivos, Profesionales, Técnicos, Administrativos y Auxiliares, como a los profesionales de las Leyes N° 19.664 y 15.076.

El Comité de Capacitación Funcionaria tiene como función establecer las prioridades de las actividades de capacitación de acuerdo a la realidad local, a las definiciones de su plan estratégico, considerando las orientaciones y lineamientos de los Servicios de Salud para la elaboración de sus Planes y Programas Anuales e incorporar las líneas de desarrollo impulsadas por el Ministerio a nivel nacional. Este proceso, complementado con los resultados del diagnóstico de necesidades, permite establecer los requerimientos de capacitación para elaborar el Plan de Capacitación de corto, mediano y largo plazo.

El Plan de Capacitación tiene como objetivo central contribuir al desarrollo de capacidades y competencias laborales, necesarias para la implementación de los objetivos y desafíos sectoriales en salud, considerando los énfasis y ámbitos prioritarios establecidos por el Ministerio de Salud. Además se establecen como objetivos de este programa:

1. Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.
2. Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local, regional y supra regional (macro y micro redes).
3. Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.
4. Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.
5. Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la Calidad de Vida Funcionaria.
6. Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones.
7. Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera.
8. Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas.

9. Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc. que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

| PROGRAMA DE CAPACITACION AÑO 2016 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD COQUIMBO - COMUNA:LA HIGUERA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|----|----|---|---|----|-------|-------------------------|-------------------|--------------------|--------------|----------------------------|--------------------|---------------|--------------------|
| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | ACTIVIDADES DE CAPACITACION | OBJETIVOS EDUCATIVOS | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA | | | | | | | NUMERO HRS. PEDAGOGICAS | FINANCIAMIENTO | | | | ORGANISMO EJECUTOR | COORDINADOR | FECHA DE EJECUCION |
| | | | A | B | C | D | E | F | TOTAL | | ITEM CAPACITACION | FONDOS MUNICIPALES | OTROS FONDOS | TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO | | | |
| 1. Fortalecer el MODELO DE ATENCION EN SALUD, junto con los valores y principios que lo sustentan | Curso actualización del modelo de salud Familiar | Fomentar y fortalecer las habilidades en el trabajo con familias en el ámbito de la APS. Actualizar conocimientos en bases conceptuales de Salud Familiar . Actualizar Conocimiento de la Ley Derecho y deberes de los Pacientes Actualizar habilidades en la buena atención pública y el trato al usuario *Mejorar y desarrollar las herramientas adquiridas para enfrentar dificultades en la atención al usuario | 3 | 16 | 14 | 6 | 4 | 12 | 55 | 20 | 1.267.353 | 160.000 | | 1.427.353 | EXTERNO | DIRECTOR CES | JUNO |
| SUBTOTAL 1 | | | | | | | | | 0 | | 1.267.353 | 160.000 | | 1.427.353 | | | |
| 4. Mejorar la CALIDAD DE LA ATENCION Y TRATO AL USUARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBTOTAL 4 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | 0 | | | |
| 5. Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA. | Taller Desarrollo Organizacional | Desarrollar un plan de mejoramiento laboral orientado al cambio, desarrollo o mantención de los factores diagnósticos Favorecer el generar una identidad común en la organización de salud y sus funcionarios -Incorporación y desarrollo de buenas prácticas laborales - Fomentar actividades Recreativas | 3 | 16 | 14 | 6 | 4 | 12 | 55 | 20 | 840.000 | 100.000 | | 940.000 | EXTERNO | ENCARGADA RHH | ABRIL |
| SUBTOTAL 5 | | | | | | | | | | | 840.000 | 100.000 | | 940.000 | | | |
| 8. Mejorar la GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUBTOTAL 8 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | | 0 | | | |
| TOTALES | | | | | | | | | | | 2.107.353 | 260.000 | | 2.367.353 | | | |

8.-

**PLAN CUATRIENAL DE MEJORAMIENTO DE LA SATISFACCIÓN USUARIA
AÑO 2015**

Servicio de Salud : REGIÓN DE COQUIMBO
 Establecimiento : CENTRO DE SALUD RURAL LA HIGUERA
 Responsable : T.S. ANNITSA INDA ALFARO/ DIRECTOR: DIRECTOR FRANCISCO MENÉNDEZ ROCO
 Fecha : 07 DE OCTUBRE DE 2015

| Objetivo | Actividad | Producto Esperado/ Resultados/ Impacto | Calendarización/ Fechas de cumplimiento | Responsable | Observaciones |
|--|---|--|--|---|---------------------------------|
| Mejorar la distribución de espacios físicos, por medio de la construcción del centro de salud La Higuera | Elaboración de estrategias de acción Dirección de CES en conjunto con la comunidad | 100% elaborada estrategias y 100% realizadas | Diciembre 2015 a Diciembre 2018 | Dirección de CES La Higuera CCS CES La Higuera | 100% Realizado a Diciembre 2018 |
| Realizar Plan de Mejora Satisfacción Usuaría 2015 | Elaboración de Reuniones Informativas en instancias de participación de los funcionarios y la comunidad | N° de personas participantes | Diciembre de 2015 a Diciembre 2018 | Comité de Satisfacción Usuaría. Encargada de participación social y Operadora OIRS Dirección de CES La Higuera Funcionarios de CES | 100% Realizado a Diciembre 2018 |
| Crear Protocolo OIRS para CES, Postas y EMR | Elaboración de talleres internos respecto al protocolo OIRS. | N° personas participante | Diciembre 2015 a Diciembre 2018 | Comité de Satisfacción Usuaría. | 100% Realizado a Diciembre 2018 |

| | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|--|---------------------------------|
| Disminuir el número de reclamos realizados por el usuario en relación al Trato, Tiempo de Espera y Procedimiento Administrativo | Elaboración de talleres de sensibilización dirigida a los funcionarios de CES La Higuera, Postas Y EMR que permita mejorar el trato al usuario Tiempo de Espera y Procedimiento Administrativo | Reducir en un 75% los reclamos en relación a Trato, Tiempo de Espera y Procedimiento Administrativo | Diciembre 2015 a Diciembre 2018 | Encargada de participación social y Operadora OIRS | 100% Realizado a Diciembre 2018 |
| Sensibilizar a funcionarios de la Red Comunal de Salud La Higuera, Consejo Consultivo y comunidad en general respecto al Buen Trato que deben recibir Transgéneros y otros grupos vulnerables. | Realización de taller informativo respecto a las circulares 21 y 34 Transgéneros y otros grupos vulnerables. | Nº de personas participantes | Septiembre 2015 a Diciembre 2018 | Encargada de participación social y Operadora OIRS | 100% Realizado a Diciembre 2018 |
| Informar a la comunidad acerca de las prestaciones de Servicios del Centro de Salud La Higuera. | Elaboración de talleres semestrales de carácter informativo acerca de las prestaciones de Servicios de CES La Higuera | Nº personas capacitadas | Diciembre 2015 a Diciembre 2018 | Dirección de Centro de Salud La Higuera | 100% Realizado a Diciembre 2018 |
| Disminuir el número de reclamos realizados por el usuario en relación al Trato, Tiempo de Espera y | Evaluación de Atención Recibida de los usuarios que se atienden en Centro de Salud, Postas y EMR | Reducir en un 75% los reclamos en relación a Trato, Tiempo de Espera y Procedimiento Administrativo/ Mejorar | Diciembre 2015 a Diciembre 2018 | OIRS | 100% Realizado a Diciembre 2018 |

| | | | | | |
|---|---|--|------------------------------|--|---------------------------------|
| Procedimiento Administrativo o/ Mejorar relaciones internas entre funcionarios | | relaciones internas entre funcionarios | | | |
| Sensibilizar a Usuarios internos respecto a la evaluación continua que debe tener la OIRS | Conocimiento de Supervisión y Evaluación que realiza el Servicio de Salud a través de pauta de aplicada a OIRS, tanto para Centro de Salud La Higuera, Postas y EMR | N° de personas participantes | Agosto 2015 a Diciembre 2018 | Encargada de participación social y Operadora OIRS | 100% Realizado a Diciembre 2018 |

ESTRUCTURA DE PRESUPUESTO AREA SALUD 2016

| | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE: | La Higuera |
| PERIODO: | AÑO 2016 |
| SECTOR: | SALUD MUNICIPAL (GASTOS) |

GASTOS SALUD MUNICIPAL

| SUB TITULO | ITEM | ASIGNACION | SUB ASIG. | SUB SUB ASIG. | DENOMINACION | PRESUP. INICIAL |
|------------------------------|------|------------|-----------|---------------|--|-----------------|
| 21 | | | | | GASTOS EN PERSONAL | 646.757 |
| 21 | 01 | | | | PERSONAL DE PLANTA | 387.756 |
| 21 | 02 | | | | PERSONAL A CONTRATA | 259.001 |
| 21 | 03 | | | | OTRAS REMUNERACIONES | 0 |
| 21 | 04 | | | | OTROS GASTOS EN PERSONAL | 0 |
| 22 | | | | | BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO | 183.040 |
| 22 | 01 | | | | ALIMENTOS Y BEBIDAS | 1.500 |
| 22 | 02 | | | | TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO | 2.000 |
| 22 | 03 | | | | COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES | 20.000 |
| 22 | 04 | | | | MATERIALES DE USO O CONSUMO | 49.700 |
| 22 | 05 | | | | SERVICIOS BASICOS | 13.300 |
| 22 | 06 | | | | MANTENIMIENTO Y REPARACIONES | 13.500 |
| 22 | 07 | | | | PUBLICIDAD Y DIFUSION | 2.000 |
| 22 | 08 | | | | SERVICIOS GENERALES | 9.300 |
| 22 | 09 | | | | ARRIENDOS | 8.340 |
| 22 | 10 | | | | SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS | 5.500 |
| 22 | 11 | | | | SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES | 54.700 |
| 22 | 12 | | | | CONSUMO | 3.200 |
| 23 | | | | | PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL | 7.000 |
| 23 | 01 | | | | PRESTACIONES PREVISIONALES | 7.000 |
| 24 | | | | | TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 4.100 |
| 24 | 01 | | | | AL SECTOR PRIVADO | 4.100 |
| 24 | 03 | | | | A OTRAS ENTIDADES PUBLICAS | 0 |
| 24 | 04 | | | | A EMPRESAS PUBLICAS NO FINANCIERAS | 0 |
| 24 | 05 | | | | A EMPRESAS PUBLICAS FINANCIERAS | 0 |
| 24 | 06 | | | | A GOBIERNOS EXTRANJEROS | 0 |
| 24 | 07 | | | | A ORGANISMOS INTERNACIONALES | 0 |
| 25 | | | | | INTEGROS AL FISCO | 0 |
| 25 | 01 | | | | IMPUESTOS | 0 |
| 26 | | | | | OTROS GASTOS CORRIENTES | 0 |
| 26 | 01 | | | | DEVOLUCIONES | 0 |
| 26 | 02 | | | | COMPENSACIÓN POR DAÑOS A TERCERO Y/O A LA | 0 |
| 26 | 04 | | | | APLICACIÓN FONDOS DE TERCEROS | 0 |
| 29 | | | | | ADQUISIC. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS | 6.000 |
| 29 | 01 | | | | TERRENOS | 0 |
| 29 | 02 | | | | EDIFICIOS | 0 |
| 29 | 03 | | | | VEHICULOS | 0 |
| 29 | 04 | | | | MOBILIARIO Y OTROS | 1.500 |
| 29 | 05 | | | | MAQUINAS Y EQUIPOS | 2.500 |
| 29 | 06 | | | | EQUIPOS INFORMATICOS | 2.000 |
| 29 | 07 | | | | PROGRAMAS INFORMATICOS | 0 |
| 29 | 99 | | | | OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS | 0 |
| 30 | | | | | ADQUISIC. DE ACTIVOS FINANCIEROS | 0 |
| 30 | 01 | | | | COMPRA DE TITULOS Y VALORES | 0 |
| 30 | 02 | | | | COMPRA DE ACCIONES Y PARTIC. DE CAPITAL | 0 |
| 30 | 03 | | | | OPERACIONES DE CAMBIO | 0 |
| 30 | 99 | | | | OTROS ACTIVOS FINANCIEROS | 0 |
| 31 | | | | | INICIATIVAS DE INVERSION | 0 |
| 31 | 01 | | | | ESTUDIOS BASICOS | 0 |
| 31 | 02 | | | | PROYECTOS | 0 |
| 31 | 03 | | | | PROGRAMAS DE INVERSION | 0 |
| 32 | | | | | PRESTAMOS | 0 |
| 32 | 02 | | | | HIPOTECARIOS | 0 |
| 32 | 06 | | | | POR ANTICIPOS A CONTRATISTAS | 0 |
| 32 | 07 | | | | POR ANTICIPOS POR CAMBIO DE RESIDENCIA | 0 |
| 32 | 99 | | | | POR VENTAS A PLAZO | 0 |
| 33 | | | | | TRANSFERENCIAS DE CAPITAL | 0 |
| 33 | 01 | | | | AL SECTOR PRIVADO | 0 |
| 33 | 03 | | | | A OTRAS ENTIDADES PUBLICAS | 0 |
| 34 | | | | | SERVICIO DE LA DEUDA | 1.000 |
| 34 | 01 | | | | AMORTIZACION DEUDA INTERNA | 0 |
| 34 | 03 | | | | INTERESES DEUDA INTERNA | 0 |
| 34 | 05 | | | | OTROS GASTOS FINANC. DEUDA INTERNA | 0 |
| 34 | 07 | | | | DEUDA FLOTANTE | 1.000 |
| 35 | | | | | SALDO FINAL DE CAJA | 0 |
| TOTAL GASTOSM\$ | | | | | | 847.897 |