



MUNICIPALIDAD DE CODEGUA
DEPARTAMENTO DE SALUD
CESFAM CODEGUA



PLAN DE SALUD COMUNAL CODEGUA 2018

CODEGUA, OCTUBRE 2017



Contenido

INTRODUCCION.....	3
MARCO Y PLANIFICACIÓN COMUNAL.....	5
CAPITULO I - DIAGNOSTICO DE SALUD LOCAL	6
1) INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	6
1.1 Población total, beneficiaria del sistema público e inscrita Percapita	6
1.2 Población por grupos de edad 2016	6
1.3 Distribución Geográfica	6
1.4 Pirámide Poblacional.....	7
2) INDICADORES SOCIO-CULTURALES	7
2.1 Población en situación de pobreza	7
2.2 Empleabilidad	8
2.3 Índices de hacinamiento	8
2.4 Tasa de denuncias de violencia intrafamiliar	9
2.5 Datos Sociales Actualizados año 2017	10
2.6 Organizaciones Comunitarias	18
2.7 Otras Características.....	20
CAPITULO II - DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO CON LA COMUNIDAD	33
CAPITULO III - PLANIFICACION SANITARIA.....	40
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 2017	58
CAPITULO IV - DOTACION DE SALUD	71
CAPITULO VI – PROGRAMA DE CAPACITACION	73



INTRODUCCION

El Plan de Salud comunal de Codegua 2017, marca una nueva etapa en el que hacer de la salud municipal territorial, con enfoques dirigidos a la promoción y prevención, enmarcado en líneas estratégicas emanadas por el gobierno de Chile a través de sus objetivos sanitarios dentro de un plan de acción que involucra la participación ciudadana de Codegua, con una perspectiva más cercana a la salud, con prestaciones de calidad que aseguren el bienestar de la población usuaria ayudando a fortalecer las actividades del sector y enfrentar los nuevos desafíos planteados por nuestra comunidad, funcionarios y el gobierno de Chile a través del MINSAL.

El MINSAL ha redefinido las políticas, prioridades y objetivos sanitarios para la década 2011-2020; para estos últimos, definió 9 Objetivos Estratégicos, con 50 Metas de Impacto a lograr al 2020, y en adición, introduce durante este período un total de 500 Resultados Esperados, lo que debiera permitir un mejor control de la gestión.

Conforme a lo propuesto en la estrategia nacional de salud 2011-2020 la cual dirige los cuatro objetivos sanitarios propuestos para esta década:

- 1- Mejorar la Salud de la Población.
- 2- Disminuir las Desigualdades en Salud.
- 3- Aumentar la satisfacción de la población frente a los Servicios de Salud.
- 4- Asegurar la calidad de las intervenciones Sanitarias.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PAIS 2011-2020 MINSAL

1. Reducir la carga sanitaria de las Enfermedades Transmisibles y contribuir a bajar su impacto social y económico.
2. Reducir la Morbilidad, la discapacidad, y mortalidad prematura por Afecciones Crónicas No Transmisibles, Trastornos Mentales, Violencia y Traumatismo.
3. Reducir los factores de Riego asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.
4. Reducir la Mortalidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
8. Mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante Emergencias, Desastres y Epidemias.



PRINCIPALES METAS AL 2020 MINSAL

Disminución en:

- 10 % consumo de alcohol.
- 10 % sobrepeso y la obesidad.
- 10 % embarazo adolescente.
- 5% consumo de tabaco.
- 15 % el suicidio adolescente.
- 20 % el gasto de las personas en salud.
- 40 % accidentes del Trabajo.
- 25 % inequidad en salud.

Aumento en:

- 30 % actividad física.
- 50 % tratamientos contra la hipertensión.
- 20 % tratamiento contra la diabetes.
- 20 % uso de preservativos.
- 90 % resolución de lista de espera.
- 20 % factores protectores.
- 10 % sobrevida del infarto.
- 10 % sobrevida ante accidente cerebro vascular.



MARCO Y PLANIFICACIÓN COMUNAL

Misión

Mejorar calidad de vida de nuestros usuarios a través de un trato preferencial, destacándose la atención respetuosa, digna y accesible, según las necesidades biopsicosociales de cada usuario. La participación activa del equipo de salud con enfoque familiar y comunitario será nuestro sello distintivo.

Visión

Consolidarnos como un Centro de Salud Familiar, el cual sea reconocido por nuestros usuarios por la entrega de un servicio de excelencia, en donde la base se encuentre enfocada en la prevención y promoción de la salud, a la vez nuestros usuarios se conviertan en actores relevantes de su propia salud a partir de un modelo familiar, integrador y comunitario.



CAPITULO I - DIAGNOSTICO DE SALUD LOCAL

1) INDICADORES DEMOGRÁFICOS

1.1 Población total, beneficiaria del sistema público e inscrita Percapita

AÑO 2017	Población		
	Total	Hombres	Mujeres
Población Total	15156	7605	7551
Población Inscrita validada per-cápita	15156	-	-

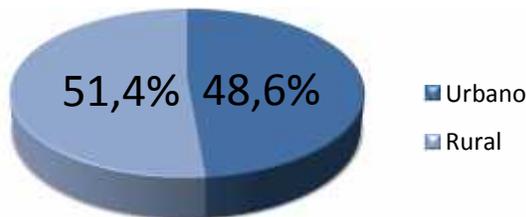
Fuente: Fondo Nacional de Salud, Repositorio Percapita

1.2 Población por grupos de edad 2016

Edad	2016	2016	
		femenino	Masculino
0 a 14	2968	1474	1494
15 a 29	3647	1871	1776
30 a 44	3217	1644	1573
45 a 64	3865	1872	1993
65 y más	1468	749	719
Total	15165	7610	7555

Fuente: Fondo Nacional de salud, Repositorio Percapita.

1.3 Distribución Geográfica



Fuente: INE 2002

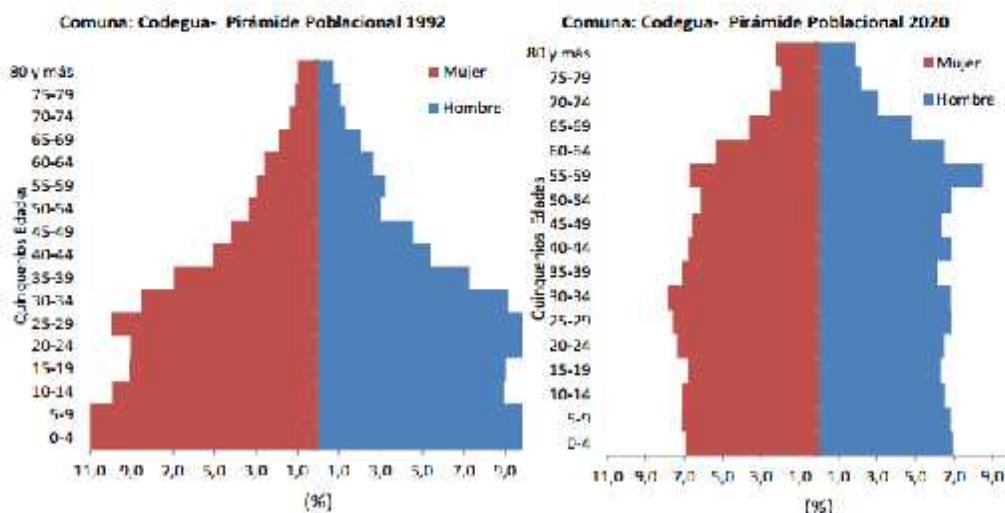


1.4 Pirámide Poblacional

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN¹ POR SEXO, AÑOS 1992, 2002, 2011 Y 2020

Años	País			Región: O'Higgins			Comuna: Codegua		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
1992	6.755.455	6.909.786	13.665.241	359.246	350.988	710.232	5.248	4.650	9.898
2007	7.293.208	7.952.375	15.245.583	410.373	401.441	811.814	5.851	5.514	11.365
2011	8.536.904	8.711.546	17.248.450	449.700	442.069	891.769	6.394	6.200	12.594
2020	9.170.100	9.378.995	18.549.095	489.666	478.659	968.325	6.923	6.871	13.794

Fuente: Elaboración propia según base datos INE, proyección de población.



Fuente: Elaboración propia según base datos INE, proyección de población.

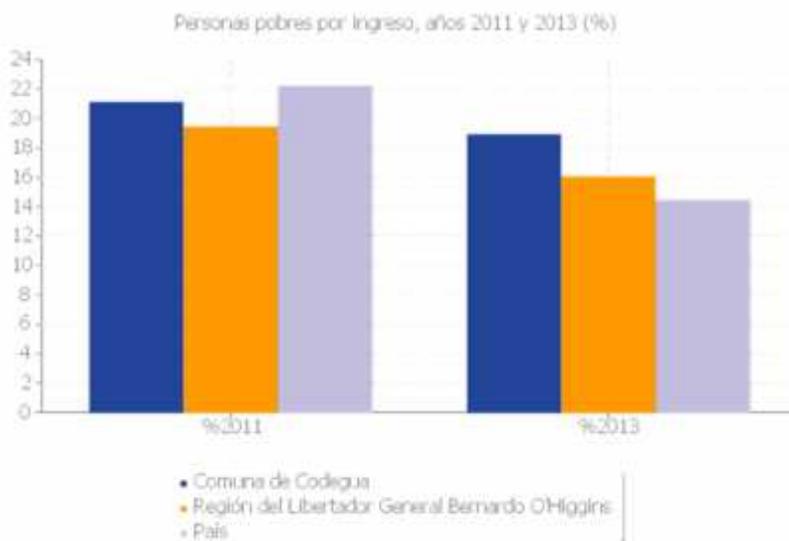
2) INDICADORES SOCIO-CULTURALES

2.1 Población en situación de pobreza

Estimaciones de Tasa de Pobreza por Ingresos por Comunas, según Nueva Metodología de Medición de Pobreza y Aplicación de Metodologías de Estimación para Áreas Pequeñas (SAE) e Imputación de Medias por Conglomerados (IMC), 2013

Nombre comuna	Número de personas* en situación de pobreza por ingresos 2013	Porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos 2013	Límite inferior	Límite superior
Codegua	2.581	18,9%	14,3%	25,0%

Fuente: encuesta CASEN 2013



2.2 Empleabilidad

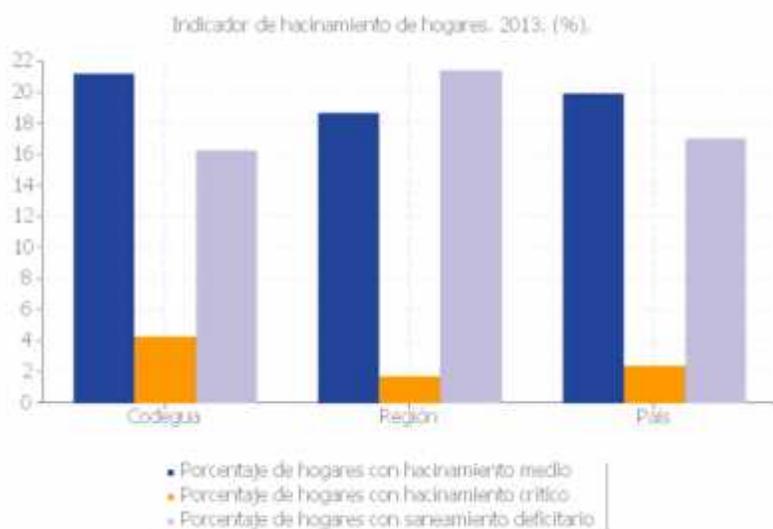
La comuna es un sector predominantemente agrícola, caracterizada por actividades hortofrutícolas, lo cual determina además la temporalidad del trabajo en las labores asociadas como la poda, la limpieza, la aplicación de fertilizantes y plaguicidas, además del trabajo en los packing. Concentrando así esta actividad, el 43,89% de la población económicamente activa.

2.3 Índices de hacinamiento

De hogares FPS julio 2013 e índice de saneamiento de hogares de FPS julio 2013

Indicadores	Porcentaje de Hogares		
	Comuna	Región	País
Porcentaje de hogares con hacinamiento medio	21,14	18,63	19,88
Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico	4,21	1,65	2,32
Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario	16,22	21,38	16,98

Fuente: Ficha de Protección social, Ministerio de Desarrollo Social 2013.





Distribución de Tipo de Hogar

Tipo de hogares	Nº de hogares por tipo	Selección 2011	Región (Región VI)	País (Chile)
- unipersonal	437	36 035	537 980	
- biparental	1 732	102 182	1 509 344	
- monoparental	739	42 475	654 727	
- extenso	394	33 005	593 765	

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social - Marzo - 2011



Distribución por tipo de hogar, 2011



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social - Marzo - 2011

Fuente: Ficha de Protección social, Ministerio de Desarrollo Social 2013.

2.4 Tasa de denuncias de violencia intrafamiliar

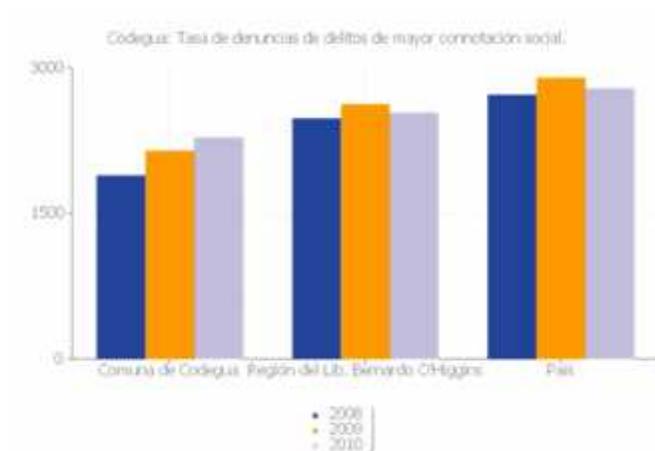
2008-2012 (por c/100.000 hab.), 2010-2011-2012-2013-2014, Interior

Territorio	2010	2011	2012	2013	2014
Comuna de Codegua	377,57	563,76	636,54	738,32	592,22
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	766,50	795,50	720,09	681,85	609,95
País	638,46	707,77	650,13	627,43	587,52

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior.

Tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social

Territorio	2008	2009	2010
Comuna de Codegua	1.881,70	2.136,60	2.273,50
Región del Lib. Bernardo O'Higgins	2.469	2.614,90	2.530,50
País	2.714,70	2.889,70	2.780,30



2.5 Datos Sociales Actualizados año 2017

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Tramo 40 CSE (Nº hogares)

1	1	139
2	10	180
3	11	164
4	12	142
5	2	431
6	3	588
7	4	271
8	5	115
9	6	144
10	7	15
11	8	104
12	9	86
Total		2.384



Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Jefatura femenina (Nº hogares)

1	1	160
2	10	164
3	11	130
4	12	129
5	2	393
6	3	601
7	4	211
8	5	87
9	6	113
10	7	10
11	8	99
12	9	79
TOTAL		2.181

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Indígenas (Nº personas)

1	1	4
2	10	16
3	11	7
4	12	11
5	2	37
6	3	23
7	4	14
8	5	15
9	6	6
10	7	1
11	8	13
12	9	9
	Total	156

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Número personas por hogar (promedio)

1	1	
2	10	374
3	11	344
4	12	336
5	2	715
6	3	1.088
7	4	429
8	5	201
9	6	226
10	7	27
11	8	215
12	9	181
		4.429

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Dependencia moderada o severa (Nº personas)

1	1	2
2	10	7
3	11	1
4	12	13
5	2	13
6	3	17
7	4	9
8	5	2
9	6	5
10	7	
11	8	5
12	9	2
	Total	76



Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Jefatura femenina (Nº hogares)

1	1	160
2	10	164
3	11	130
4	12	129
5	2	393
6	3	601
7	4	211
8	5	87
9	6	113
10	7	10
11	8	99
12	9	79
	Total	2.181

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins.
Niños (<= 17 años, Nº personas)

1	1	154
2	10	248
3	11	208
4	12	221
5	2	521
6	3	685
7	4	283
8	5	134
9	6	155
10	7	16
11	8	134
12	9	130
	Total	2.891

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Adultos mayores (>= 60 años, Nº personas)

1	1	145
2	10	153
3	11	139
4	12	139
5	2	222
6	3	409
7	4	179
8	5	81
9	6	105
10	7	10
11	8	83
12	9	71
	Total	1.742

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Jefatura adulto mayor (Nº hogares)

1	1	99
2	10	95
3	11	89
4	12	92
5	2	159
6	3	288
7	4	126
8	5	51
9	6	65
10	7	8
11	8	58
12	9	50
	Total	1.184



Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Jefatura femenina (Nº hogares)

1	1	160
2	10	164
3	11	130
4	12	129
5	2	393
6	3	601
7	4	211
8	5	87
9	6	113
10	7	10
11	8	99
12	9	79
TOTAL		2.181

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Indígenas (Nº personas)

1	1	4
2	10	16
3	11	7
4	12	11
5	2	37
6	3	23
7	4	14
8	5	15
9	6	6
10	7	1
11	8	13
12	9	9
Total		156

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Número personas por hogar (promedio)

1	1	
2	10	374
3	11	344
4	12	336
5	2	715
6	3	1.088
7	4	429
8	5	201
9	6	226
10	7	27
11	8	215
12	9	181
		4.429

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Dependencia moderada o severa (Nº personas)

1	1	2
2	10	7
3	11	1
4	12	13
5	2	13
6	3	17
7	4	9
8	5	2
9	6	5
10	7	
11	8	5
12	9	2
Total		76



Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Jefatura femenina (Nº hogares)

1	1	160
2	10	164
3	11	130
4	12	129
5	2	393
6	3	601
7	4	211
8	5	87
9	6	113
10	7	10
11	8	99
12	9	79
Total		2.181

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins.

Niños (<= 17 años, Nº personas)

1	1	154
2	10	248
3	11	208
4	12	221
5	2	521
6	3	685
7	4	283
8	5	134
9	6	155
10	7	16
11	8	134
12	9	130
Total		2.891

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Adultos mayores (>= 60 años, Nº personas)

1	1	145
2	10	153
3	11	139
4	12	139
5	2	222
6	3	409
7	4	179
8	5	81
9	6	105
10	7	10
11	8	83
12	9	71
Total		1.742

Base RSH a junio del 2017; Comuna de Codegua de la Región de O'Higgins. Jefatura adulto mayor (Nº hogares)

1	1	99
2	10	95
3	11	89
4	12	92
5	2	159
6	3	288
7	4	126
8	5	51
9	6	65
10	7	8
11	8	58
12	9	50
Total		1.184



Unidad Vecinal Nº 1		Unidad Vecinal Nº 2	
Manzana 001	Calle O'Higgins	Manzana 049	Calle Los Cabros
	Pasaje Municipal		Calle Centra
	AV. Santa Gemita		Calle O'Higgins
	Camino Santa Blanca		Pasaje Adriana Somoza
Manzana 002	Calle O'Higgins		Pasaje Adriana Gatica
	Calle Los Cabros		Pasaje 5 de abril
Manzana 003	Jacinto Márquez	Manzana 051	Calle Lo Silva
	Calle O'Higgins		Calle Los Trapenses Oriente
	Pasaje Los Ramos		Calle los Trapenses Poniente
Manzana 004	Calle Andes		Calle Nuestra Sra. Del Carmen
	Calle O'Higgins		Calle O'Higgins
Manzana 046	Jacinto Márquez		Calle Santa Teresa
	Calle O'Higgins		Calle Santa Rosa
Manzana 047	Calle Proyectada		Pasaje 5 de abril
	Calle O'Higgins		Pasaje Abraham Carreño
	Callejón Castañeda		Pasaje Adriana Gatica
	Callejón José Báez		Pasaje José Orellana
			Pasaje José Salinas
			Pasaje José Vargas
		Manzana 053	Calle Central
			Calle Los Pinos
			Calle O'Higgins
			Pasaje El Bosque

Unidad Vecinal Nº 3			
Manzana 005	Calle Andes	Manzana 018	Calle Estancilla
	Calle Los Paltos		Pasaje Frey Camilo Henríquez
	Pasaje El Canal		Pasaje Inés de Suarez
Manzana 011	Calle Estancilla		Pasaje Ignacio Carrera Pinto
	Calle Patricio Gallegos	Manzana 019	Calle Estancilla
	Callejón Los Bravos		Pasaje Arturo Pérez
	Camino Vecinal		Pasaje Frey Camilo Henríquez
	Pasaje Los Magnolios		Pasaje Ignacio Carrera Pinto
	Pasaje Las Petunias	Manzana 020	Avenida la Concepción
	Pasaje Los Copihues		Calle Estancilla
	Pasaje El Rocío		Pasaje Arturo Pérez
	Pasaje Las Camelias		Pasaje Ignacio Carrera Pinto
	Pasaje Cruz del Sur	Manzana 021	Avenida la Concepción
	Pasaje El Alba		Pasaje Arturo Pérez
	Pasaje Tres Marías		Pasaje Julio Montt
	Pasaje El Lucero	Manzana 022	Pasaje Estancilla
	Pasaje Los Claveles		Pasaje Ignacio Carrera Pinto
	Pasaje Los Gladiolos		Pasaje Julio Montt
	Pasaje Los Tronos		Pasaje Luis Cruz Martínez
Manzana 015	Calle Andes	Manzana 023	Calle Estancilla
	Calle Estancilla		Camino Vecinal
	Pasaje Vicente Huidobro		Pasaje Ignacio Carrera Pinto
Manzana 016	Calle Estancilla		Pasaje Luis Cruz Martínez
	Pasaje Gabriela Mistral	Manzana 024	Avenida la Concepción
	Pasaje Manuel Rojas		Calle Grandes Alamedas
			Camino Vecinal



	Pasaje Oscar Castro			Pasaje Ignacio Carrera Pinto	
Manzana 017	Calle Estancilla		Manzana 025	Avenida la Concepción	
	Calle Carlos Valenzuela Ríos			Calle Grandes Alamedas	
	Pasaje Ignacio Carrera Pinto			Calle Patricio Gallegos	
	Pasaje Inés de Suarez			Calle Carlos Valenzuela Ríos	
	Pasaje Luis Duran			Calle Reina Juliana	
				Pasaje Blest Gana	
				Pasaje Ignacio Carrera Pinto	

Manzana 026	Calle Reina Juliana		Manzana 035	Pasaje Baldomero Lillo	
	Pasaje Pablo de la Roca			Calle Patricio Gallegos	
Manzana 027	Calle Grandes Alamedas		Manzana 036	Calle Patricio Gallegos	
	Calle Reina Juliana			Pasaje Pablo Neruda	
	Pasaje Blest Gana			Pasaje Violeta Parra	
Manzana 028	Calle Holanda		Manzana 037	Calle Patricio Gallegos	
	Calle Patricio Gallegos			Pasaje Baldomero Lillo	
	Pasaje Mariano La Torre			Pasaje Pablo Neruda	
	Pasaje Víctor Jara		Manzana 038	Calle Patricio Gallegos	
Manzana 029	Calle Grandes Alamedas			Pasaje Baldomero Lillo	
	Calle Patricio Gallegos			Pasaje Víctor Jara	
	Pasaje Pablo Neruda		Manzana 039	Calle Patricio Gallegos	
Manzana 030	Calle Grandes Alamedas			Pasaje Víctor Jara	
	Calle Patricio Gallegos		Manzana 040	Calle Patricio Gallegos	
	Pasaje Pablo Neruda		Manzana 041	Calle Andes	
	Pasaje Violeta			Calle Estancilla	
Manzana 031	Calle Estancilla			Calle Holanda	
	Calle Rosa Elvira			Calle Patricio Gallegos	
	Pasaje Víctor Jara			Calle Carlos Valenzuela Ríos	
Manzana 032	Calle Grandes Alamedas		Manzana 042	Calle Andes	
	Calle Patricio Gallegos			Calle Estadio	
	Calle Rosa Elvira			Calle Los Aromos	
	Pasaje Los Magnolios			Pasaje Los Almendros	
	Pasaje Las Petunias			Pasaje Los Duraznos	
	Pasaje Los Copihues			Pasaje Las Rosas	
Manzana 033	Calle Patricio Gallegos		Manzana 043	Calle Los Aromos	
	Calle Rosa Elvira			Calle Patricio Gallegos	
	Pasaje Las Violetas			Pasaje Los Almendros	
	Pasajes Los Ramos		Manzana 044	Calle Andes	
	Pasaje Los Gladiolos			Pasaje Los Almendros	
Manzana 034	Pasaje Patricio Gallegos			Calle Estadio	
	Calle Rosa Elvira				
	Pasaje Violeta Parra				

Unidad Vecinal Nº 4		Unidad Vecinal Nº 5	
Manzana 013	Calle Principal	Manzana 017	Camino La Leonera
	Callejón Cordillera		Callejón Los Olivos
	Callejón El Pastor	Manzana 018	Camino La Leonera
	Callejón Lo Acevedo		Camino Público
	Callejón Los Bravos	Manzana 032	Camino San Joaquín
	Callejón Los Morenos		
	Callejón Modesto Pinto		
	Callejón Padilla		
		Unidad Vecinal Nº 6	
Manzana 010	Callejón Lo Pinto		



	Callejón Pardo				Camino Rancho Grande
	Callejón Tamayo				Camino La Caldera
	Camino Estancilla				Pasaje Amable Astorga
	Camino Público				Manzana 015 Callejón Lo Pinto
	Pasaje Eduardo Barrios				Callejón El Peumo
Manzana 025	Callejón Los Silva				Callejón Los Meneses
	Camino Público				Camino Estero Codegua
Manzana 039	Calle Central				Camino Isla Norte
	Pasaje Uno				Camino La Isla
	Pasaje Dos				Pasaje Ana Castro
	Pasaje Tres				Pasaje La Bahía
	Pasaje Cuatro			Manzana 023	Avenida Santa Gemita
	Pasaje Cinco				Callejón Lo Amparo
	Pasaje Seis				Callejón Los Cabros
	Pasaje Siete				Camino Isla Norte
	Pasaje Ocho				Pasaje Ana Castro
Unidad Vecinal Nº 7					
				Manzana 033	Camino Cachapoal
					Camino Santa Blanca
					Carretera Panamericana Sur
					Ruta H-30

Unidad Vecinal Nº 8					
Manzana 009	Camino el Piuchén				
	Camino Jacinto Márquez				
	Carretera Panamericana sur				
Manzana 022	Carretera Panamericana sur				
	Pasaje Sol Sur				
	Pasaje Tierra Norte				
Manzana 024	Calle Jacinto Márquez				
	Camino Las Tres Erres				
	Carretera Panamericana sur				
Manzana 002	Calle Agricultores				
	Camino Callejones				
	Pasaje Agua Norte				
	Pasaje Agua Sur				
	Pasaje Aldea				
	Pasaje Sol Sur				
Manzana 003	Calle los Plátanos				
	Camino Callejones				
	Carretera Panamericana sur				
	Ruta H-30				
Unidad Vecinal Nº 9					
Manzana 016	Calle Las Rosas				
	Calle San Juan				
	Callejón Los Valenzuela				
	Camino La Compañía H-15				
	Camino La Leonera				
	Camino Los Pidenes				
Unidad Vecinal Nº 10					
Manzana 008	Callejón Las Peras				
	Camino El Maitén				
	Camino La Compañía Ruta H-30				
Manzana 011	Camino El Romeral				
	Camino La Morera				
Manzana 020	Calle Estadio				
	La Morera				
	Ruta H-17				
Unidad Vecinal Nº 11					
Manzana 021	Camino Las Delicias				
	Pasaje Benito Gálvez				
	Ruta H-17				
Manzana 026	Callejón El Parque				
	Camino Estero Machalí				
	Camino Interior				
	Camino Miraflores				
Manzana 035	Callejón El Cristo				
	Callejón La Viña				
Manzana 036	Camino Tuncahue				
	Rita H-17				
	Camino Estero Machalí				
	Camino Interior				
	Camino Santa Teresa de Tunca				
	Camino a Tunca				
	Ruta H-17				
Manzana 040	Camino Miraflores				
	Pasaje Las Araucarias				



	Camino Santa Gemita				Pasaje los Alerces
	Calle Principal				Pasaje los Cipreses
Manzana 034	Camino La Blanquina				Pasaje los Robles
	Camino La Leonera			Unidad Vecinal Nº 12	
	Camino Los Pidenes		Manzana 004		Calle Sergio Errazuriz
	Camino Santa Gemita				Callejón Los Rodríguez
					Camino El Carmen
			Manzana 006		Camino El Carmen
			Manzana 007		Camino El Carmen
					Ruta H-17
			Manzana 019		Callejón La Virgen
					Callejón Los Conejos
					Camino La Medialuna
			Manzana 037		Calle Fundación La Dehesa
					Calle Sergio Errazuriz
					Callejón Los Rodríguez
					Pasaje Dos
					Pasaje El Esfuerzo
					Pasaje El Trébol
					Pasaje Esperanza
					Pasaje Los Alerces
					Pasaje Los Andes
					Pasaje Millaray
			Manzana 041		Callejón Cristo del Parque
					Pasaje Colonial
					Pasaje Dos
					Pasaje Uno

2.6 Organizaciones Comunitarias

Con respecto a las organizaciones formales e informales se puede informar que la comuna se encuentra geográficamente dividida en dos distritos:

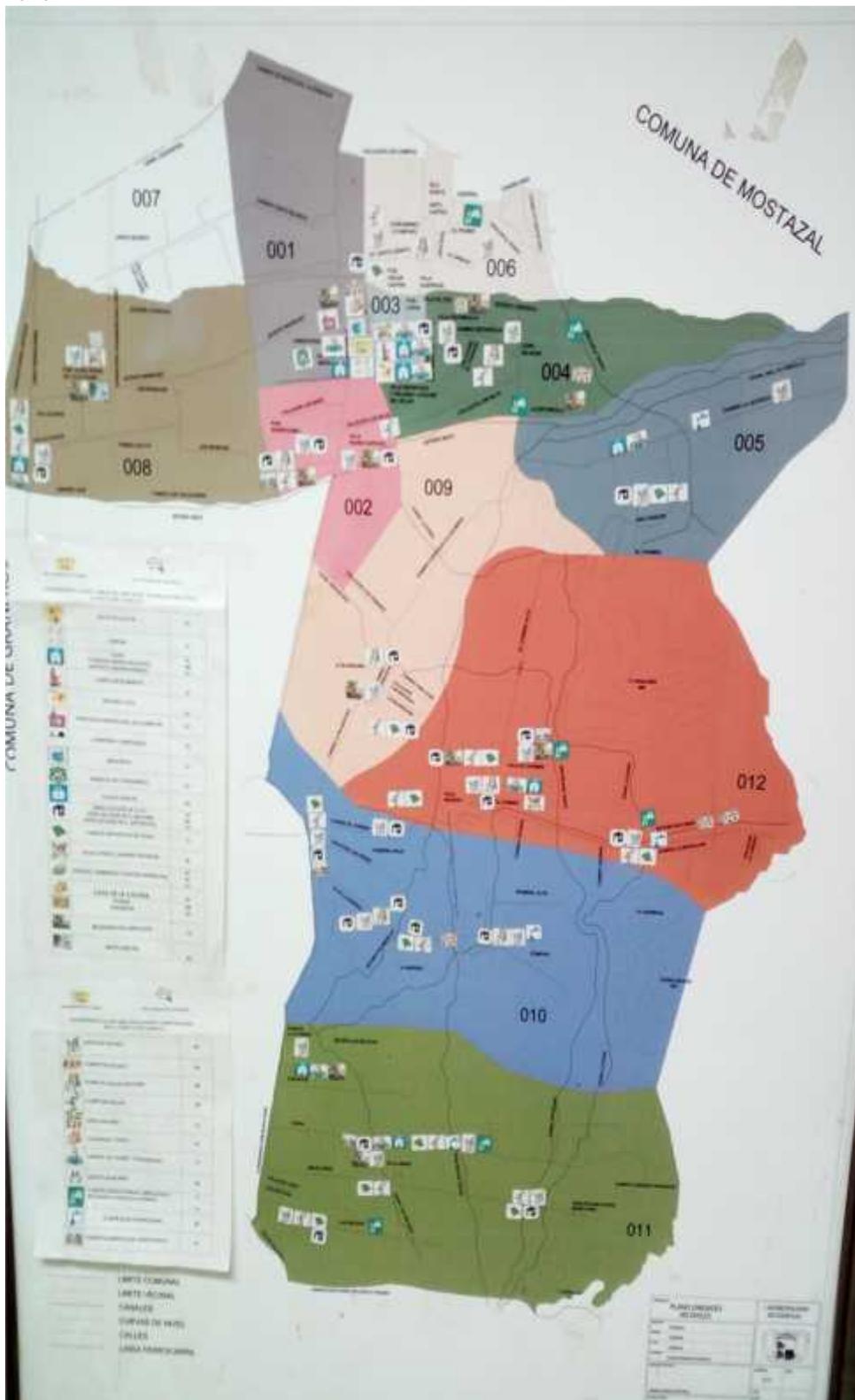
Distrito Nº 1 (urbano-rural)

Distrito Nº 2 (netamente rural)

La comuna cuenta con 12 unidades vecinales, en las cuales existen 29 Juntas de vecinos y una Unión Comunal de Juntas de Vecinos. Cuenta además con 123 funcionales, todas con su respectiva personalidad jurídica. Vinculadas todas con el CESFAM a través del Consejo de Desarrollo Local, del Programa de Promoción de Salud y del Diagnóstico Participativo.



Mapa referencial de la comuna de Codegua en la actualidad se dividirá en color urbano y rural



INDICADORES DE SEGURIDAD

Las bases de datos de denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS) y denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) son llevadas por el Ministerio del Interior desde 1999 por medio de la confrontación de la información de denuncias provista por Carabineros y Policía de Investigaciones y se expresan en tasas por cada 100.000 habitantes.

Las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto, las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados.



Según las encuestas de victimización, cerca de un 50 por ciento de los delitos no son denunciados.

Los DMCS involucran una serie de delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones, entendiéndose que su comisión acarrea una importante alarma pública. Las denuncias por violencia intrafamiliar se registran en forma separada.

En términos de evolución, el año 2010 rompe la tendencia ascendente de las denuncias por DMCS y VIF, experimentando leves bajas en las tasas de denuncias cada 100.000 habitantes.

2.7 Otras Características

Actualmente la comuna cuenta 2 Estaciones medico rurales en las localidades de La Blanquina, El Carmen y 1 CECOSF de Tuncahue, las cuales complementan las atenciones entregadas por el CESFAM en el sector urbano.

Como principal recinto deportivo se encuentra el Estadio Municipal, el cual, además de contar con buenas condiciones de accesibilidad dispone de la siguiente infraestructura:

- a). - Gimnasio Techado con camarines.
- b). - Cancha de fútbol con camarines, Graderías Techadas con capacidad de 4.000 personas.
- c). - Oficina del Deporte.
- d). - Piscina Municipal y camarines
- e). - Skate Park
- f). - Plazas activas.

También existe una red de multicanchas y plazas activas que satisfacen la demanda de los residentes de cada comunidad. Además, en la mayoría de Sectores de la Comuna se cuenta con Sedes Comunitarias y canchas de futbol que permiten la práctica de deportes en sectores rurales.

2 MORTALIDAD

2.1 Mortalidad General en la región

	Cantidad	Tasa
Total	5430	5.9%

Fuente: <http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/anuario-de-estadisticas-vitales-2015.pdf?sfvrsn=14>

2.2 Mortalidad Infantil

Región	Infantil		Neonatal		Post-neonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Codegua	Defunciones menores 28 días	Codegua	Defunciones 28 días a 11 meses	Codegua
O'HIGGINS	6.3	0	4.6	0	1.7	0

<http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2017/anuario-de-estadisticas-vitales-2015.pdf?sfvrsn=14>

3.3 Defunciones y Mortalidad* en el embarazo, parto o puerperio, según grupo de causas. Chile 2012



GRUPO	Total	2012	
		Defunciones	Tasa
Total general		54	22,1
O00-O07 Aborto		4	1,6
O10-O16 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y el puerperio		10	4,1
O20.-; O46.-; O67.-; O72.- Hemorragia en el embarazo, parto y el puerperio		2	0,8
O21-O26; O29-O45; O47-O48; O60-O66; O68-O71; O73-O75 Complicaciones predominantes, relacionadas con el embarazo y el parto		6	2,5
O85.-; O86.-; O91.- Sepsis puerperal y otras infecciones		2	0,8
O87-O90; O92.- Complicaciones relacionadas con el puerperio		0	0,0
O95.- Muertes obstétricas de causa no específica		2	0,8
O96.-; O97 Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, pero antes de un año del parto		12	4,9
O98.-; O99.- Muertes obstétricas indirectas		16	6,6
Fuente: DEIS – MINSAL		42,0	17,2

3 MORBILIDAD

4.1 Consultas de Morbilidad 2016 a primer semestre 2016

El registro de la morbilidad es fundamental en un sistema de información que va más allá de la producción de indicadores de gestión y/o rendimiento. Gobierno de Chile | Ministerio de Salud Su magnitud hace laborioso disponer de información, no tan sólo de la cantidad de prestaciones que se otorga, sino saber qué enfermedades o lesiones originaron esas atenciones.

Para que exista un registro acertado de todas las prestaciones de salud, es necesario que se coordinen en forma interna el médico y/o profesional, el sistema de registro y el personal estadístico, para así validar, corregir, describir y analizar los datos codificados, para entregar información de calidad a las autoridades de salud.

A nivel local presentamos un dato importante en lo referentes a las consultas de morbilidad. El año 2015 se realizaron 9781 consultas por distintas patologías de morbilidad, 6983 consultas hasta el mes de agosto 2016, dando un promedio de 870



prestaciones por morbilidad. A ello hay que diferenciar a todas las otras consultas médicas que se demandan por los programas cardiovascular, salud mental, programa ira-era, entre otros que se asigna horas de crónicos para atender a la población en control correspondiente.

Consultas Médicas por Morbilidad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total Consultas Médicas Morbilidad 2016	800	914	746	854	952	1034	886	797	769	680	626	565
Total Consultas Médicas Morbilidad 2017	785	680	815	661	607	773	635	622	-	-	-	-

Fuente: REM A04 – 2015-2016

4.2 Población Bajo Control en Programa Infantil

El Programa Nacional de Salud de la Infancia propone un marco coherente y consistente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de niños y niñas menores de 10 años, tiene un enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud.

Este Programa, espera fortalecer el proceso continuo de atención de salud con el fin de promover el desarrollo integral óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad en esta etapa y seguir avanzando en la reducción de la mortalidad infantil.

El Programa entrega una oferta integrada de actividades con intervenciones costo-efectivas basadas en evidencia que protegen los derechos de niños y niñas, promueven su desarrollo, identifican riesgos biopsicosociales y entregan intervenciones de tratamiento y rehabilitación. Del mismo modo, el presente documento espera contribuir al fortalecimiento de la gestión del Programa Nacional de Salud de la Infancia, en SEREMIS y Servicios de Salud.

Actualmente se tiene una población total de 1087 niños beneficiarios de las distintas atenciones en el Centro de Salud Familiar Codegua, destacándose que un 32.0 % de la población presenta un diagnóstico nutricional integrado de mal nutricional por exceso integrado y clasificado como normal un 67% lo que refleja la gran importancia de fortalecer aún más que nuestras acciones tengan sus controles de salud al día con la calidad profesional correspondiente.

El equipo que lleva las atenciones de nuestra población infantil son médicos, nutricionista, enfermera, kinesiólogo, odontólogo y educadora de párvulos.

INDICADOR NUTRICIONAL CESFAM CODEGUA AÑO 2016		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO / BAJO PESO	8	3	5
	DESNUTRIDO			
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	248	131	112
	OBESO	100	55	45
	NORMAL	731	361	370
	SUBTOTAL	1087	550	537
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA			
	T O T A L	1087	550	537

Fuente: REM P02,

Dic 2016, CESFAM Codegua



Cabe destacar que el índice de mal nutrición por exceso incluida la población hasta 9 años alcanza el 32.0% de la población total en control. Lo que demuestra que fortalecer nuestras intervenciones para disminuir tales porcentajes estadísticos y tener una población infantil dentro de rangos de normalidad.

INDICADOR NUTRICIONAL CESFAM CODEGUA AÑO 2016		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO	RIESGO / BAJO PESO	16	10	6
	DESNUTRIDO	0	0	0
	SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	264	144	120
	OBESO	107	60	47
	NORMAL	801	416	385
	SUBTOTAL	1.188	630	558
	DESNUTRICIÓN SECUNDARIA	0	0	0
	T O T A L	1.188	630	558

Fuente: REM P02, junio 2016, CESFAM Codegua

Cabe destacar que desde año 2015 a 2016 el estado nutricional de Obesidad ha aumentado un 1%, es decir de un 8% a 9%. Ello refleja que tenemos que fortalecer nuestras intervenciones para disminuir tales porcentajes estadísticos y tener una población infantil dentro de rangos normales en su estado nutricional.

4.3 Entrega de Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC año 2016

ALIMENTOS	TOTAL EN KILOS	Total en \$\$ año 2016
PNAC		
LECHE PURITA FORTIFICADA	3.396	12.120.324
PURITA CEREAL	5.305	14.740.473
PURITA MAMA	1.745	6.208.710
CREMA MI SOPITA	182	685.41
TOTAL PNAC	10.628	33.138.048
PREMATUROS		
PROMIL GOLD C/ LUT Tarros de 900 gramos	70	258.230
SMA GOLD TRANSICION Tarros de 400 gramos	24	136.250
TOTAL PREMATUROS	94	394.480

Fuente: NTC C.D.M/enero 2016

El aporte que hace el programa nacional de Alimentación complementaria es de sobre los 37.6 millones de pesos anuales, en entrega de alimentación en sus distintas versiones, Leche Purita Fortificada, Purita Cereal, Crema Mi Sopita entre otros.



4.4 Población Bajo Control Programa Cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en Chile las que se deben a la combinación de diferentes factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol y sedentarismo.

A pesar que la mayoría de las ECV se manifiestan en pacientes mayores de 50 años, el proceso de aterosclerosis se inicia precozmente en la vida y se ve acelerado por la exposición acumulativa a los Factores de Riesgo (FR). A diferencia de esto, la evaluación de RCV a lo largo de la vida traduce el riesgo acumulativo de desarrollar una enfermedad CV durante el resto de la vida del individuo, incorporando como variable adicional el tiempo de exposición a los FR. A mayor duración, número y severidad de los FR, mayor riesgo cardiovascular a lo largo de la vida.

Al realizar un análisis solamente de patologías de Base como lo son la Diabetes, Hipertensión Arterial y Dislipidemia, cercano a un 16,6% de la población de la población general mayor de 15 años presenta riesgo cardiovascular relacionado a patologías crónicas no transmisibles y que llevan a un deterioro funcional y por consiguiente de la calidad de vida del usuario.

Dato importante a destacar que dentro de la población en control un 13,4% presenta un daño renal, por consiguiente, es de suma importancia que la población lleve sus controles Médicos, Nutricionales y de Enfermería, ya que la prevención en sus intervenciones es de vital importancia para evitar su progreso.

PROGRAMA CARDIOVASCULAR		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV		2.055	907	1.148
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO	HIPERTENSOS	1.798	756	1.042
	DIABETICOS	579	235	344
	DISLIPIDEMICOS	536	221	315
	TABAQUISMO 55 AÑOS	215	108	107
	ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	41	24	17
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	2		2
DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)	1.720	759	961
	ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)	249	97	152
	ETAPA G3a (VFG 45 a 59 ml/min)	18	10	8
	ETAPA G3b (VFG 30 a 44 ml/min)	4	2	2
	ETAPA G4 (VFG 15 a 29 ml/min)	2	1	1
	ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)	2	1	1
	TOTAL	1.995	870	1.125

Fuente: REM P04, Sept 2016, CESFAM Codegua

5.0- Población Bajo control en Programa Vida Sana

¿En qué consiste el programa Vida Sana?



Es un tratamiento integral y gratuito que busca reducir en las personas los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Tipo 2 e Hipertensión Arterial, a través de una intervención en los hábitos de alimentación y en la condición física.

El programa contempla:

- 8 atenciones individuales (1 de médico, 5 de nutricionista, 2 de psicólogo).
- 5 intervenciones grupales (talleres de Nutricionista - Psicólogo).
- Sesiones guiadas de actividad física por 12 meses a cargo de un profesor de educación física 3 veces por semana.
- 2 exámenes de glicemia y perfil lipídico.

¿A quiénes está dirigido este programa?

A personas desde los 2 a 64 años con diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad, de pre diabetes o pre hipertensión. También considera a las mujeres que en su último control de embarazo fueron diagnosticadas con obesidad.

Equipo:

El equipo del programa Vida Sana está formado por:

- 1 Médico.
- 2 Nutricionistas.
- 1 Psicólogo.
- 2 Profesores de Educación Física.

SECCION A: POBLACIÓN EN CONTROL

USUARIOS		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
NUMERO DE PERSONAS EN PVS		67	17	50
CON ESTADO NUTRICIONAL	OBESO	30	10	20
	SOBREPESO	33	5	28
	NORMAL	4	2	2

Fuente: Estadística nutrición, CESFAM Codegua

5.1.- Población Bajo Control en Programa IRA-ERA

El propósito de los Programas IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) y ERA (Enfermedades Respiratorias del Adulto) es otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las guías y normas ministeriales existentes.

En la actualidad, existe una cobertura total del 2,53% de la población inscrita y validada en los centros de Atención Primaria con patología respiratoria crónica (SBOR, Asma y EPOC) a nivel nacional (DEIS 2013) y la meta comprometida al 2020 en la ENS es llegar a una cobertura del 5% para esta población.

Descripción de los Programas:

Estos programas, desarrollados a lo largo del País deben realizar actividades de promoción, prevención, pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de usuarios con enfermedades respiratorias agudas y crónicas de su población a cargo, bajo el modelo de atención integral y enfoque familiar, estableciendo coordinación con nivel secundario, incorporando determinantes psicosociales en la



evaluación de los pacientes y sus familias, involucrando a estas en el autocuidado y manejo de los problemas de salud, trabajando con el intersector.

Objetivo General:

Entregar atención oportuna, personalizada y de calidad a usuarios que cursan con infecciones respiratorias agudas y presentan enfermedades respiratorias crónicas, contribuyendo a disminuir complicaciones y mortalidad prematura, como también a la mejoría de la calidad de vida de éstas.

Objetivos Específicos:

- Contribuir a la disminución de la mortalidad prematura por enfermedades respiratorias agudas y crónicas, alcanzando la meta definida en la estrategia nacional de salud para el 2020.

- Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

Estrategias Complementarias para Programas IRA-ERA en la Atención Primaria:

- Programa Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)

- Programa de apoyo a la gestión local fortaleciendo estrategias de manejo de campañas de invierno con refuerzo en vacunación anti influenza y mejora en la dotación para enfrentar periodos invernales en el Servicio de Urgencia local.

Las distintas estrategias para entregar una atención de calidad hacen necesaria que el equipo considere los siguientes aspectos estratégicos:

- Manejo de Infecciones Respiratorias en el niño (IRA).
- Manejo y control de las patologías respiratorias del adulto (ERA).
- Rehabilitación Pulmonar.
- Interpretación de Radiografía de tórax.
- Exámenes funcionales respiratorios: Espirometría, Test de provocación bronquial por ejercicio.
- Educación para la Salud.
- Integración de los equipos en aspectos de Salud Familiar y comunitaria.

A septiembre de 2017 se cuenta con una población bajo control de 312 usuarios, ya sea con diagnósticos de Asma bronquial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente, Bronquiectasias, Fibrosis Pulmonar, Oxígeno Dependientes entre otros. Además, se entrega atención oportuna a usuarios que cursan patologías agudas, como lo son Infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años (Bronquitis, neumonías entre otras), Neumonías en los mayores de 65 años de manejo ambulatorio y derivaciones correspondientes al nivel secundario, ya sea Servicio de urgencia hospitalario y/o a especialista broncopulmonar si es necesario.

PROGRAMAS		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
ASMA BRONQUIAL	LEVE	160	58	102
	MODERADO	37	12	25
	SEVERO	18	4	14
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	TIPO A	52	27	25
	TIPO B	45	19	26
PACIENTE OXIGENODEPENDIENTE	PROGRAMA OXIGENO DOMICILIARIO	6	3	3



Fuente: REM P03, junio 2016, CESFAM Codegua

6.0.- Población Bajo Control Programa Adulto Mayor

La misión del Programa Adulto Mayor es, contribuir al desarrollo y mejoría de la calidad de vida de las personas mayores del país, para que permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible, resolviendo sus problemas de salud con una atención de calidad, óptima, eficaz y eficiente en la red asistencial.

CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	TOTAL		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	302	131	171
AUTOVALENTE CON RIESGO	195	81	114
RIESGO DE DEPENDENCIA	112	46	66
SUBTOTAL (EFAM)	609	258	351
DEPENDIENTE LEVE	48	18	30
DEPENDIENTE MODERADO	4	1	3
DEPENDIENTE GRAVE	9	1	8
DEPENDIENTE TOTAL	31	16	15
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	92	36	56
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	701	294	407

Fuente: REM P05, junio 2017, CESFAM Codegua

Es por ello que es imprescindible desarrollar estrategias de promoción y prevención orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral de las personas mayores, con intervenciones basadas en la familia y la comunidad.

Actualmente con la valoración integral que se realiza en el examen anual a los adultos mayores de la comuna, se pesquiza su riesgo funcional y con ello se puede trabajar con el intra e intersector para mejorar la calidad de vida en esta etapa de la vida, como en actividades de fomentar el autocuidado, la participación social (asistencia a club de adultos mayores), intervenciones médicas y/o kinésicas y seguimientos en lo referente al área salud.

El equipo que se encarga en nuestro Centro de Salud Familiar de llevar en control a la población adulta mayor es el equipo de enfermería, con cooperación principalmente de servicios de vacunatorio y entrega de alimentación complementaria.

ALIMENTOS PACAM	TOTAL EN KILOS	Total en \$\$ año 2016
BEBIDA LACTEA A.D.	4.640	11.473.792
CREMA A. D	4.640	5.929.920
TOTAL PACAM	9.280	17.403.712

Fuente: NTC C.D.M/enero 2016

El Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) es un conjunto de actividades de apoyo alimentario-nutricional de carácter preventivo y de recuperación, que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, en los



Establecimientos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Su propósito es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del Adulto Mayor, como también aminorar las brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar la calidad de vida de éstos.

7.0.- Población en Control Programa Salud Mental

El programa describe el conjunto de actividades para realizar en los distintos establecimientos para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Las actividades del Programa de Salud Mental y Psiquiatría se basan en la evidencia existente respecto a la efectividad y costo de las intervenciones para cada una de las prioridades, en las opiniones de expertos nacionales y en normativas técnicas internacionales.

El programa tiene el propósito de servir de instrumento orientador de la programación de los recursos y prestaciones del sistema, definiendo un conjunto de actividades básicas para dar respuesta a las necesidades de atención de una población determinada.

La articulación interna permite a los equipos de atención especializada reservar sus recursos para la atención de las personas que, por la gravedad de su enfermedad y condición, necesariamente lo requieren, accediendo a este tipo de atención en la forma más oportuna y rápida posible.

A continuación, se describe las personas que se encuentran en el programa de Salud Mental con los distintos trastornos, los cuales son tratados por profesional Médico, Psicóloga y Asistente Social.

PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES		358	81	277
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	DEPRESIÓN LEVE	35	6	29
	DEPRESIÓN MODERADA	145	20	125
	DEPRESIÓN GRAVE	12	1	11
	DEPRESIÓN POST PARTO	6	0	6
	TRASTORNO BIPOLAR	2	0	2
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	7	6	1
	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL	4	4	0
	POLICONSUMO	10	10	0
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	TRASTORNO HIPERCINÉTICO	18	10	8
	TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA	1	0	1
	TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA	2	2	0
	OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	13	9	4
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		87	13	74
TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS A DEMENCIA		2	0	2
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		3	0	3
TRASTORNO DE PERSONALIDAD		11	0	11

Fuente: REM P06, junio 2016, CESFAM Codegua

8.0.- Epidemiología CESFAM Codegua



La unidad de Epidemiología de CESFAM Codegua, actualmente conformada por Tecnólogo Médico Fernanda Duarte delegado de Epidemiología y por Enfermera Universitaria Paola Gamboa Delegado subrogante de Epidemiología, tiene como objetivo la vigilancia de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria orientada en base al Decreto Supremo Nº 158, con el objetivo de dar estricto cumplimiento a la notificación oportuna frente a los casos de las enfermedades mencionadas en dicho decreto en nuestro CESFAM, mediante la directa comunicación con la Unidad de Epidemiología de SEREMI de Salud O'Higgins.

Como obligación de la unidad es registrar todas aquellas patologías que son de importancia epidemiológica, es así que en la siguiente tabla podemos observar un detalle de todas las notificaciones año 2016 y el sumativo año 2017, destacándose una leve alza en la mayoría de patologías informadas, siendo relevante un aumento significativo de los casos de Tuberculosis, Sífilis, VIH y Enfermedad de Chagas, esto debido al aumento de la pesquisa de estas patologías, extendiéndose la solicitud de examen de RPR (Sífilis) a adultos mayores, ofreciendo el examen VIH a gran parte de la población y enfocándose en factores de riesgo asociados, lo que genera un aumento de casos confirmados, a su vez se evidencia una disminución en casos de escabiosis y pediculosis comparadas al año 2016, solo evidenciándose en focos delimitados

Patología	Notificaciones enero a septiembre 2016	Notificaciones enero a septiembre 2017
Intentos de Suicidio	19	14
Enfermedad de Transmisión alimentaria (ETA)	10	0
Sífilis	4	13
Mordedura de animal	0	10
VIH	0	1
Accidentes Laborales	0	0
Chagas	6	8
Parotiditis	0	2
Varicela	0	0
Hidatidosis	0	0
Intoxicación Aguda por Plaguicida	3	2
Escabiosis (Brote)	10	2
Tuberculosis	0	3
Gonorrea	1	0
Pediculosis (Brote)	53	0

Fuente: Unidad Epidemiológica CESFAM Codegua

8.0.- Laboratorio

El Servicio de Laboratorio Clínico tiene como misión apoyar el diagnóstico médico y/o profesional de los usuarios del CESFAM Codegua. El objetivo principal es proveer de exámenes oportunos y de calidad al equipo clínico, lo que permitirá ayudar al diagnóstico y control de distintas patologías para nuestros pacientes.

Entre los exámenes que se encuentran disponibles podemos mencionar perfil hematológico, perfil lipídico, exámenes de función renal, exámenes de orina, exámenes de deposición, baciloscopia, entre otros, a su vez se cuenta con convenio de derivación de exámenes para aquellas prestaciones que no pueden realizarse en el establecimiento, con el fin de completar la canasta básica de atención primaria.

Actualmente se cuenta con un cupo diario de 30 pacientes, más 2 cupos de postrados y 6 cupos para Estación Médico Rural, y 6 cupos para CECOSF Tuncahue, con prioridad de cupo para exámenes de Embarazadas y Pre Operatorios (solicitados desde Hospital



Regional o Fundación Los Andes), a estos cupos se incorporan exámenes de urgencia (U1) con un cupo de 3 pacientes extras.

En el año 2016 se tomaron un total de 52.582 exámenes a la población y el acumulado del año 2017 llevamos una cantidad de 36.752 exámenes realizados.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2016	4238	2481	5363	4860	5515	6852	3348	5316	3967	3734	3954	2955
2017	4201	2315	4669	3996	4582	4324	3619	4916	4130			

Fuente: Unidad Epidemiológica CESFAM Codegua

10.- Egresos Hospitalarios <http://www.deis.cl/estadisticas-egresoshospitalarios/>

Egresos Hospitalarios Según Edad y Causa - Servicios

EGRESOS	Grupos de edad (en años)									
	Total	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y más
Libertador B. O'Higgins	50.150	2.942	1.854	1.361	1.369	3.165	17.911	10.426	7.413	3.709
Total	50.150	2.942	1.854	1.361	1.369	3.165	17.911	10.426	7.413	3.709
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	1.250	159	212	71	49	32	223	195	180	129
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	2.406	3	12	15	24	33	532	1.003	659	125
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	249	9	11	19	6	5	43	73	55	28
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	1.438	6	19	15	49	32	224	535	399	159
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	754	-	-	5	15	86	349	235	44	20
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	610	61	67	62	30	26	135	151	61	17
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	700	12	25	9	10	15	132	211	203	83
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas (H60-H95)	95	2	9	11	10	4	28	21	8	2
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	4.001	4	5	15	35	31	434	1.345	1.417	715
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	4.718	549	635	327	112	79	383	616	991	1.026
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	7.682	35	149	261	351	403	2.341	2.458	1.298	386
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	847	9	33	36	29	35	232	242	153	78
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	1.226	-	16	28	61	33	332	464	251	41
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	3.716	113	183	162	99	117	945	1.142	687	268
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	11.134	-	-	-	67	1.766	9.244	57	-	-
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	1.728	1.728	-	-	-	-	-	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	335	129	67	40	32	8	37	16	6	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1.158	49	101	64	66	63	231	241	206	137
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	4.739	37	288	207	287	286	1.512	1.119	604	399
Códigos para propósitos especiales (U00-U99)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y98)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.364	37	22	14	37	111	554	302	191	96

Fuente: DEIS Minsal 2011

10. Farmacia

La unidad de Farmacia es un servicio de apoyo transversal a las atenciones efectuadas en el CESFAM Codegua, es la responsable del despacho de medicamentos prescritos por los profesionales de salud.

La unidad se encarga de la compra, almacenaje y distribución de los medicamentos e insumos necesarios para cumplir con una atención oportuna y de calidad, además, monitorea la correcta gestión de los insumos y la educación a los usuarios para su correcta administración, su almacenaje y cuidados que necesitan en el hogar.



Es responsabilidad de la farmacia mantener en stock los medicamentos necesarios para dar cumplimiento al tratamiento de las patologías GES y las contempladas en el Fondo de farmacia como lo son la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial junto al resto de medicamentos contemplados en la canasta básica destinados para la atención primaria en salud.

SECCIÓN F: DESPACHO DE RECETAS (Todos los establecimientos)

TIPO DE PACIENTE/ATENCIÓN	RECETAS DESPACHADAS		PRESCRIPCIONES		RECETAS DESPACHADAS CON OPORTUNIDAD (entrega el mismo día)
	DESPACHO TOTAL	DESPACHO PARCIAL	SOLICITADAS	RECHAZADAS	
CRONICOS	6969	1036	30615	1436	6969
MORBILIDAD GENERAL	6277	641	17127	803	6277
TOTAL	13246	1677	47742	2239	13246

Fuente: REM mayo - agosto 2016

12.- ANALISIS

Hablar del desarrollo económico local se hace complicado toda vez que en torno al concepto es posible encontrar una polisemia de significados. Esto explicado principalmente en la genealogía del término, sin embargo, para efectos del presente instrumento y de la información obtenida de Pladeco municipalidad de codegua 2014-2017, La actividad agropecuaria de la Comuna de Codegua es la reconocida por los habitantes y que está en plena coherencia con la información entregada por SII, sobre los trabajadores dependientes que se encuentran asociados al rubro.

Los indicadores demográficos de la comuna de Codegua, proporcionan información que permite visualizar, comparar, medir y analizar la realidad comunal frente a la regional y a nivel país, pudiendo establecer visiones futuras, respecto a la variedad de combinaciones relacionados con cada uno de los aspectos, independientes entre sí, de esta forma se proporcionan datos que son útiles para intervenir y tener una caracterización local y territorial.

La Comuna de Codegua tiene una población inscrita de 15.156, y el número de habitantes es de 12.725 al año 2012 según proyección del INE realizado el año 2002, lo que refleja que las prestaciones, atenciones y servicios que debe otorgar en Centro de Salud Familiar de Codegua debe satisfacer las necesidades de su población rural y urbano incorporando a los sectores de los marcos, la punta, la candelaria, nuevos campos, la compañía y Rancagua.

El crecimiento de la población de la comuna según CENSO año 2002 es de 1.4% a un 0.13% nivel país y nivel regional 0.12 % al igual que la pirámide poblacional nivel país, regional y comunal, tenemos un aumento de la población adulto y una disminución del porcentaje de natalidad.

El índice de pobreza, es posible apreciar que de un 18.86 % con respecto a la población total de la comuna.

Según la encuesta Casen del año 2011, la comuna cuenta con 3.435 hogares, una dimensión relevante en la condición social de la población es la vivienda.



Finalmente, y en relación a los aspectos epidemiológicos, la mayor causa de muertes en nuestra comuna, es por enfermedades cardiovasculares; El ingreso de pacientes por morbilidad durante el último período corresponden a las enfermedades y/o síndrome bronquial obstructivo; y los intentos de suicidios en la Comuna de Codegua ocupan el primer lugar en las enfermedades de notificación obligatoria.

13.- PRIORIZACION DE PROBLEMAS

Los problemas más relevantes en nuestra comuna, han sido determinados de acuerdo a la prevalencia de datos estadísticos que la caracterizan. Como fuente de información hemos considerado los Indicadores de Estadísticas Vitales Mortalidad, Morbilidad y Fecundidad.

Matriz de Priorización de Problemas de Salud

PROBLEMA	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Puntaje
Desde el punto de vista odontológico, < de 20 años y recuperar < de 6 años	3	5	5	3	16
Obesidad y Sobrepeso entre 10 y 19 años	5	5	5	3	18
Alcohol, Drogas, V.I.F, Suicidio y V.I.H.	5	5	5	2	17
OM EESS – Artrosis (Crónico)	5	5	5	3	18
Embarazo Adolescente y Cáncer de mama	5	5	5	1	16
Cardiovascular y Enfermedad Renal	5	5	5	1	16



CAPITULO II - DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO CON LA COMUNIDAD

Durante el periodo 2010 nuestro Consultorio se convirtió en el Nuevo Centro de Salud Familiar de la ciudad de Codegua, a nivel medio, quedando reflejado todo el trabajo técnico que conllevó esta labor. Siendo un hito histórico no solo en la comunidad, sino que también como equipo de salud.

Cambiar la visión de asistencialismo personal a visualizar al individuo de manera holística junto con su grupo familiar, no es una tarea fácil, es por eso que día a día es un desafío el implementar el Modelo Integral de Salud Familiar (MAIS) de manera comprensiva y efectiva. La idea es responder las incógnitas que se presentan en las historias del ciclo vital familiar en los ámbitos de Promoción, Participación, Curación, Rehabilitación y Cuidados Domiciliarios.

Uno de los requerimientos del modelo es el trabajo vinculado con la comunidad para elaborar estrategias de atención conjuntamente que resulten enriquecedoras de manera recíproca. Es por eso que durante este periodo 2016-2017 se realizó la elaboración y puesta en marcha de un diagnóstico participativo. El cual no solo contiene las metas y objetivos exigidos a nivel ministerial, sino que también se trabajara a nivel comunal en conjunto con el equipo de salud.

El diagnóstico para ser llevado a cabo requería de la participación de las entidades más representativas de la comunidad como Juntas de vecinos y clubes de adulto mayor, pero además este año 2016-2017 esta invitación se extendió a la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), al Departamento Administrativo de Educación Municipal (DAEM) y La Oficina de Protección de los Derechos de la Infancia (OPD).

Resultado enriquecedor poder vislumbrar las diferentes posturas que posee la comunidad en conjunto con las personas que los atienden diariamente y así obtener un conjunto de ideas que de por sí se entrelazan dando a conocer que las preocupaciones de la comunidad son muy similares a las que tienen los equipos municipales.

Al diagnóstico participativo del año 2017 se unen nuevos Integrantes que expusieron sus inquietudes:

Programa Vínculo; Señorita Lisette Arancibia Alarcón.

- En reunión se trataron temas como el beneficio que se obtiene de la participación como adultos mayores. Exponen su mirada en las falencias y aciertos del funcionamiento de la atención dirigido al adulto mayor.

Unos de los puntos importantes referidos por la asamblea:

- La aprensión en la atención en la entrega de medicamentos ya que consideran que la una de las personas a cargo no especifica en la caja de los medicamentos los horarios de suministrarlos en letra clara y de mayor tamaño.
- Acotaron que se debería tener un orden en la entrega de horas de un mes a otro ya que los citan a todos en el mismo horario que las entregadas diariamente.



- Las horas de crónicos son para el mes siguiente y se forma un desorden entre los usuarios formándose en ocasiones discusiones entre los mismos.

La reunión se realiza en conjunto con la encargada del programa Señorita Lisette Arancibia Alarcón.

En la reunión los jóvenes realizaron una lluvia de ideas resultando 9 inquietudes de los jóvenes a las cuales les gustaría que CESFAM, atendiera. Se acuerda que cada presidente de curso asistentes expondrá a sus compañeros, priorizarán y pondrán en orden de importancia para ellos. Cuando se tenga esos datos se hablará en reunión equipo de profesionales del CESFAM, para dar respuesta a sus inquietudes en el orden que los alumnos/as, nos indiquen

Temas propuestos:

- EDUCACION SEXUAL SIN CENSURA POR SEXO
- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SIN CENSURA
- CHARLAS PRIMEROS AUXILIOS
- CHARLAS DE DROGAS TIPOS DE DROGAS Y COMO INFLUYEN EN EL ORGANISMO
- CHARLAS DE PREVENCIÓN NUTRICIONAL
- FORMACIÓN DE MONITORES GIMNASIA DE PAUSA
- TÉCNICAS DE RELAJACIÓN CUARTOS MEDIOS RINDEN PSU
- TALLERES DE MASAJES

13.1.- Primer paso: Identificar el problema central

Para que la comunidad comprendiera de mejor manera el fin de un diagnóstico se trabajó en cuatro mesas de trabajo con las técnicas del "Focus group" y el "FODA" donde la comunidad plasmo las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que ellos visualizaban sobre la atención en salud. Luego cada representante, elegido por el grupo, expuso a los asistentes los resultados obtenidos de su trabajo, peticiones y las actividades que podrían llevarse a cabo.

Las mesas trabajaron en la elaboración de una tabla donde se identificaron los problemas y sus posibles soluciones o bien sus fortalezas y la manera en que se pudieran potenciar. Esta priorización se llevó a cabo en cuatro mesas de trabajo donde cada una expuso lo que identificó para retroalimentarse de lo que los otros grupos lograron percibir de acuerdo a lo presentado. De acuerdo a la matriz FODA estas fueron las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas visualizadas por la comunidad:

Fortalezas

1. *"En el CESFAM de Codegua la gente de diferentes partes de la comuna nos prefiere por su buena atención"*: Nuestro CESFAM cuenta con 15.428 inscritos de habitantes que se atienden diariamente, además de localidades fuera de nuestro rango que nos prefieren por la calidad de la atención.
2. *"Este CESFAM cuenta con un laboratorio clínico"*: Poseemos un laboratorio de toma de muestras el cual está al servicio de nuestros usuarios de manera permanente evitando que viajen a otros lugares a realizarse algunos exámenes.
3. *"En el CESFAM de Codegua se cuenta con Kinesiólogo de rehabilitación más sala IRA Y ERA"*: Contamos con especialistas encargados en la rama de enfermedades respiratorias lo cual agiliza de manera óptima la atención, sobre todo en las épocas de invierno donde este tipo de enfermedades se ven en aumento.

Oportunidades



1. *“Mayor acceso y cobertura en información y atención para la comunidad”*: El trabajar en estaciones medico rurales nos permite estar más cerca de los usuarios y sus familias.
2. *“Trabajo en Red (DAEM, DIDECO, OPD)”*: Al encontrarnos tan cerca, físicamente, de las diferentes entidades municipales nos permite un fácil acceso en cuanto comunicación y resolución de conflictos, pudiendo abordar las diferentes problemáticas desde un equipo en red multidisciplinario.
3. *“Mayor fuente laboral (médicos, administrativos, profesionales, etc.)”*: Visualizan la construcción del nuevo CESFAM como una oportunidad de nuevos puestos de trabajo.

Debilidades

1. *“Sistema de asignación de horas”*: Las horas a los profesionales son entregadas de un día para otro o bien varios días después, es por eso que la comunidad expresa su malestar de que esto debería ser diariamente.
2. *“Desorden en urgencia, la gente debe regular el orden de llegada”*: Los usuarios comentan que deben ordenarse ellos mismos en la sala de espera de urgencia, que no se respeta el orden de llegada.
3. *“Carencia de sala de curación”*: Una sala o box exclusivo solo para cubrir esta área.
4. *“Hora de exámenes muy alejados”*: Que exista una mayor agilidad en la entrega de horas desde el hospital.
5. *“Ausencia de espacio infantil”*: La no existencia de ciertos implementos de entretenimiento en la sala de espera se vuelve tedioso para el usuario sobre todo cuando los niños se aburren.

Amenazas

1. *“Falta de información”*: Los usuarios dicen no estar informados sobre los diferentes programas del CESFAM, saber quiénes están a cargo de estos y que les gustaría que la información se les hiciera llegar en reuniones vecinales.
2. *“Actualización de datos”*: Los usuarios plantean que no se les llama o informa de manera oportuna porque sus datos en las fichas no han sido actualizados.
3. *“Infraestructura”*: El constante hacinamiento de los funcionarios, el que no posean un lugar fijo de atención es de molestia para los usuarios ya que la mayoría de las veces no tienen un lugar donde dirigirse.
4. *“Falta de especialistas”*: Los usuarios explican que si existiera atención de médicos especialistas dentro del CESFAM no habría necesidad de viajar a Rancagua y esperar que se les dé una hora.

14.- Diagnóstico Participativo Equipo de Salud

El diagnóstico participativo con los funcionarios se llevó a cabo el 12 de febrero del 2016 donde se utilizó la técnica FODA a mano alzada para oír las posturas del equipo de salud.



Se analizaron las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas tanto a nivel funcionario como a nivel usuario.

Cabe destacar que se priorizo las problemáticas que iban de la mano con la de la comunidad, debido a que es la primera instancia en la que se efectúa y se lleva a cabo un diagnóstico participativo en funcionamiento y trabajando en conjunto.

Este diagnóstico no fue elaborado con una problemática central, sino que se acogieron las que la comunidad consideró las problemáticas expuesta por la comunidad y el equipo de salud unificándolas en “Debilidades y Amenazas” que fueron las más representativas al momento de realizar la actividad.

Segundo paso: Plan de trabajo del diagnóstico

Plan Participativo

El CESFAM Codegua durante el año 2015 se comprometió en la elaboración de un Diagnóstico participativo funcionando y puesto en marcha en el periodo 2016. Es por eso que se decidió trabajar en primera instancia con las problemáticas prioritarias de la comunidad (debilidades y amenazas) dejando como reto para el año 2017 las oportunidades y fortalezas expuestas en el FODA comunitario.

Tercer paso: Realizar el diagnóstico

Elaboración del Plan Participativo

Para que el plan participativo se lleve a cabo es necesaria la participación de toda la comunidad funcionaria en conjunto de la comunidad de esta manera la retroalimentación será reciproca en la ayuda de cumplimiento de metas en salud como en las necesidades de la comunidad.

El plan participativo para ser ejecutado debe contener:

- Problema Identificado
- Objetivo
- Actividades
- Cronograma
- Medios de Verificación
- Número de actividades comprometidas/número de actividades ejecutadas*100
- Responsables

Al poseer estos componentes ayudara a informar tanto a la comunidad como al equipo de salud de que las problemáticas expuestas por ellos se pueden trabajar de manera conjunta e informada. Además, que al existir un orden de actividades ayudará a generar una correcta ejecución del plan participativo.

Cuarto paso: Comunicar los resultados a la comunidad

Plan de acción

Durante los meses de abril y mayo, la comunidad y el equipo de salud elaboraron propuestas de mejoramiento para llevar a cabo el plan. (Revisar documento de Plan participativo 2018)

Quinto paso: Conclusiones



En la elaboración del plan participativo se priorizo las problemáticas de la comunidad y que iban de la mano con el equipo de salud.

Diferentes representantes de juntas de vecinos y del inter-sector se mostraron colaborativos al momento de solicitarles su ayuda en planteamientos y estrategias de solución o de potenciar ideas ya prevista. Cabe destacar que el equipo de salud se vio también empapado de estas iniciativas mostrándose colaborativos al momento de generar el diagnóstico y su, aún, aplicación.

En el siguiente recuadro se mostrará la priorización de problemas de acuerdo a nivel de importancia que consideraron los integrantes de dichos diagnósticos:

ACTIVIDADES	META	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	Facilitar el acceso a la atención en salud a los usuarios	Director CESFAM Jefe SOME	marzo a diciembre 2017	Horas Profesionales
Realizar a lo menos dos encuentros de satisfacción usuaria interna.	Alcanzar el 70 % de satisfacción usuaria.	Profesionales de la salud CESFAM, SOME	marzo a diciembre	Horas Profesionales Instrumento de evaluación
El servicio de urgencia contará con un protocolo interno de atención (Elaborado por Encargado del Servicio de urgencia)	Facilitar el acceso a la atención en salud a los usuarios	Jefe de Urgencia y equipo de urgencia	marzo a diciembre 2017	Horas profesionales Papelería e impresiones
Entrega de folletería en salas de espera de urgencia, entregada en Some, explicando que la espera no es por orden de llegada sino por gravedad. Entregando clasificación (C1, C2, C2 Y C4)	Facilitar el acceso a la atención en salud a los usuarios	Jefe de Urgencia, equipo de urgencia y SOME	marzo a diciembre 2017	Papelería e impresiones
Reuniones periódicas con juntas vecinales para dar a conocer los programas de salud y saber en qué se encuentra trabajando el CESFAM	Facilitar el acceso a la información en salud a los usuarios	Encargada Consejo Desarrollo Local Equipo de Salud	marzo a diciembre	Horas profesionales Papelería e impresiones
Capacitación dirigida al cuidador de postrados	Facilitar el acceso a la información en salud a los usuarios	Encargada Programa Adulto Mayor	marzo a diciembre	Horas profesionales Papelería e impresiones Data



Elaboración de documento de perfiles del Equipo de Salud	Facilitar el acceso a la información en salud a los usuarios	Encargada Eje Desarrollo De las personas	marzo a diciembre	Horas profesionales Papelería e impresiones Data
Actualización de datos en SOME a través de un buzón donde los usuarios depositen sus datos actualizados	Facilitar el acceso a la atención en salud a los usuarios	Equipo SOME	marzo a diciembre	Recurso humano
Informar a la comunidad de los avances de la construcción del nuevo CESFAM	Facilitar el acceso a la información en salud a los usuarios	Director Departamento de Salud	marzo a diciembre	Horas profesionales
Incorporar a los jóvenes de la comuna en el diagnóstico participativo y plan comunal.	Facilitar el acceso a la información y reuniones para definir temáticas de interés.	Encargada de Participación	julio a diciembre	Horas profesionales

Soluciones propuestas

- Informar a la comunidad de los avances y fechas de la construcción del nuevo CESFAM
- Determinar oficinas para los funcionarios que atienden usuarios diariamente dentro del CESFAM. **Dentro del presente año (2017) se entrega un nuevo edificio en donde funcionara el CESFAM, de la comuna en donde se pretende subsanar esta debilidad.**

RESULTADOS: Se entrega CECOSF, a la comunidad el mes de Julio de 2017, lo que permite acercar a los sectores más alejados del CESFAM, además de acercar a la comunidad, se descongestiona el CESFAM, este cuenta con profesionales permanentes que darán respuesta a los casos de morbilidad y sociales de la población.

RESPUESTA

27 de junio de 2017.- Más de 4 mil personas de Codegua tendrán una salud más digna y de calidad, gracias al nuevo Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), que pronto será inaugurado formalmente, ya que está en marcha con todo su personal. Esta obra se une al nuevo CESFAM de Codegua, que también culminó su obra gruesa y se encuentra a la espera del equipamiento y recepción sanitaria.

El nuevo recinto cuenta con SOME, 2 box consulta, 1 box ginecológico, 1 box dental con Rx, 1 sala de procedimientos, 1 sala de Rehabilitación, Botiquín y P.N.A.C. Prontamente se instalarán paneles fotovoltaicos, para el consumo de iluminación del recinto.

Los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) buscan plasmar la esencia del Plan de Salud Familiar, integrando el trabajo con la comunidad, en la perspectiva de corresponsabilidad en el cuidado de la salud, previniendo el daño en los individuos y sus familias, y promoviendo estilos de vida saludables a través del autocuidado.



Con la apertura del CECOSF, se darán respuesta a muchas de las debilidades y amenazas de los pobladores de la comuna expusieron en el presente diagnóstico, además de la inauguración del nuevo CESFAM, en donde se espera otorgar a cabalidad el MODELO ATENCION INTEGRAL SALUD.



Como se puede apreciar en el presente Diagnostico, una parte importante de las debilidades y amenazas que presentaban el actual CESFAM, se están dando cumplimiento al menos en los sectores rurales de la Comuna, otra importante tarea es la incorporación de los Adolescentes en donde sus inquietudes serán abordadas por los profesionales del área de consulta.

Que nos queda como desafío importante para el año 2018, la incorporación de las familias que dentro de su grupo familiar se encuentra un adulto mayor, desarrollar un plan de trabajo que les permita pesquisar las enfermedades propias de esta etapa etaria como la demencia senil, Alzheimer, postrados y puedan recibir los medicamentos para control de estos últimos. Con esto evitar el gran número de familias pidiendo la internación de su familiar adulto mayor. En la Comuna se encuentra un gran porcentaje de adultos mayores por lo que con esta medida se puede evitar el abandono, maltrato al adulto mayor.

Realizar encuestas de satisfacción a usuarios y personal CESFAM, en las nuevas dependencias des CECOSF y CESFAM Nuevo, para conocer su opinión y ver cuántas Amenazas y debilidades se superan con las nuevas instalaciones, con esto además se pretende conocer nuevas brechas que se medicarán en el Diagnostico del año 2018.

Se realiza reunión con los profesionales para exponer las inquietudes de los adolescentes, el día 18/08/2017. Llegando a acuerdo con los profesionales para abordar las diferentes temáticas en año en curso.



CAPITULO III - PLANIFICACION SANITARIA

Plan de participación:

ESTABLECIMIENTO	DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO		RESUMEN DEL PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL										EJECUCIÓN AL 31 DE DICIEMBRE						
	FECHA DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO	PROBLEMA IDENTIFICADO	OBJETIVO	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA										MEDIOS DE VERIFICACIÓN	NUMERO DE ACTIVIDADES COMPROMETIDAS/NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS*100	RESPONSABLES		
					1	2	3	4	5	6	7	8						9	10
	13 de febrero del 2016 Diagnostico con el Equipo de Salud				X														



	03 de marzo del 2016 Diagnostico con la Comunidad	Sistema de asignación de horas para el adulto mayor El equipo de asistencia al adulto mayor debe tener lineamientos de trabajo	Facilitar el acceso a la atención en salud a los usuarios Informar tanto al equipo de salud como a los usuarios del CESFAM Codegua de las funciones de las encargadas de la asistencia del adulto mayor	3 cupos adicionales a médico preferenciales a adultos mayores Redacción de informe que especifique lineamientos Entrega de documento por escrito. Directores y encargada de OIRS Presentación de informe de lineamientos al equipo de salud y a la comunidad Elaboración y entrega de trípticos informativos de las funciones de las encargadas de asistencia al adulto mayor							X	X	X	X	X	X	X	Copia de oficio con autorización de cupos otorgados Documento por escrito de informe de lineamientos. Fotografías Y power point Trípticos impresos	Director CESFAM Jefe SOME Encargada Programa Adulto Mayor Asistente Social
		Desorden en la sala de espera de urgencias	Facilitar el acceso a la atención en salud a los usuarios	El servicio de urgencia contará con un protocolo interno de								X						Informe escrito de Protocolo	Jefe de Urgencia y equipo de urgencia



		Falta de especialistas	Facilitar el acceso a la información en salud a los usuarios	<p>Informar a través de reuniones comunitarias las diferencias en atención en los servicios de salud</p> <p>Dar a conocer a la comunidad los roles de los funcionarios que ocupan dentro del CESFAM</p>							X					Lista de asistencia Fotografías		Encargada Participación
												X				Lista de asistencia Fotografías		Encargada Participación



Programación del adulto año 2017

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DE INFORMACION	Edad	Cobertura	Población Objetivo	Concentración	Meta Anual	Recurso Humano	Rendimiento	HORAS ANUALES
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del adulto (EMP)	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar en un 15% la cobertura con respecto a lo realizado en el año 2016	Numero de empa realizados	Rem 02 sección B	20-64	16.79%	660	1	660	ENF. /NUTRI/ KINE/ MATR/MED	3	220
Aumentar el número de usuarios especialmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular	Control de Salud cardiovascular	Aumentar 10% respecto del año anterior la cobertura de hombres bajo control de PCVS	Número de hombres bajo control	REM PO4	20-64	10%	33	4	132	ENF/NTC/MED	3	44
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 años y más años bajo control en pcvs, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular	Control de Salud cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de enfermedades cerebrovasculares	Número de personas bajo control con enfermedades cerebrovasculares	REM P O4 SECCION, REM P O4 SECCION B	20-64	100%	18	4	72	ENF/NTC/MED/	3	24
Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto	Control de Salud cardiovascular	Aumentar 5% respecto del año anterior la cobertura de compensación de personas bajo control	Número de personas compensadas	REM P O4	20-64	5%	15	4	60	ENF/MED/	3	20
Prevenir o detener la progresión de enfermedad renal crónica de las personas con riesgo	Control de Salud: ficha de riesgo ERC	100% de las personas bajo control PCVS con aplicación de ficha de enfermedad renal crónica aplicada y clasificada según etapa de clasificación	clasificación de ERC	REM PO 4 SECCION B	20-64	100%	20	4	80	ENF/NTC/MED/	3	27
Aumentar coberturas de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en la consulta de morbilidad	Aumentar el 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión	Número de personas con hipertensión	REM PO 4 SECCION A	20-64	3%	36	1	36	MED	3	12
Aumentar coberturas de personas adultas con DM 2	Detección de personas DM 2 a través del EMP en la consulta de morbilidad	Aumentar el 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con DM 2	Número de personas con DM	REM PO 4 SECCION A	20-64	3%	11	1	11	MED	3	4



Mejorar la compensación de personas no diabéticas de riesgo alto	control de salud	5% de las personas bajo control	Número de personas en riesgo PCVS	REM P 4 SECCION A	20-64	5%	15	4	60	ENF/NTC/MED/	3	20
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en personas diabéticas	Evaluación anual de pie diabético	100% de personas ingresadas diabéticas	Número de personas diabéticas que se realizó evaluación de pie diabético	REM P 4 SECCION A	20-64	100%	267	1	267	ENF	4	67
Garantizar la realización de detección de VIH/SIDA	Consejería Pre y Post Test	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con pre y post test	Numero de consejería realizadas	REM A 19 SECCION A 2, REM A 11 SECCION B 2	20-64	1	según demanda	1	20	MATRONA	0.5	4
Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de hipertensión (p/a inferior a 140/90 mm hg en el último año)	Control de Salud cardiovascular	Al menos 2.5% incrementar la cobertura efectiva de personas bajo control de hta menor a 140/90	Número de personas HTA con P/A menor a 140/90	REM PO4	20-64	2.5%	13	4	52	ENF/NTC/MED/	3	17
Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas de trastornos mentales	Tratamiento integral a toda persona con diagnóstico de depresión leve y moderada.	100% de tratamiento integral a toda persona con diagnóstico de depresión leve y moderada.	Número de personas con depresión	REM 06	20-64	1	43	4	172	MEDICO / PSICO	2	86
Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de DM 2	Control de Salud con Hemoglobina < 7%	Incrementar al menos un 1% de pacientes con hemoglobina < 7%, con respecto del año anterior	Número de personas DM con HG menor a 7%	REM PO4	20-64	1%	1	4	4	ENF/NTC/MED/	3	1
Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y /o VIH	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento de tuberculosis	100% de las personas en control por tuberculosis, se realizan examen de VIH	Número de personas con tratamiento de tuberculosis que se realicen VIH	REM A 10 Y REM A 11	20-64	100%	105	1	105	TEGNOLOGA	2	53
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres	Aumentar en un 10% la cobertura con respecto al año anterior	Número de mujeres con Mamografía	REM P12	20-64	0,1	137	1	137	MATRONA	3	46
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	PAP cada 3 años	Alcanzar cobertura de PAP, cada 3 años en mujeres.	Número de mujeres con PAP vigente	Citoexpert REM – P 12	20-64	0,52	2012	1	2012	MATRONA	3	671
Brindar atención integral y oportuna a personas con trastornos de salud mental y sus familias	# Visita domiciliaria integral a madres en tratamiento por depresión post parto para evaluar las condiciones familiares #Intervención preventiva y terapéutica	#100% de las madres que presentan depresión post parto #100% personas detectados con problemas de adicciones	# Numero de madres con diagnóstico de depresión # Número de personas detectados con consumos de riesgo	registro local , rem p 6	20-64	1	20	4	80	MATRONA	2	40
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de la atención de pacientes crónicos respiratorios	Controles kinésicos, atención de crisis en urgencia	Aumentar 30% de los controles kinésico, 100% de atención de urgencia	Número de controles, Numero de intervenciones en crisis	REM A 23, REM P3, REGISTRO LOCAL	20-64	30%-100%	15	6	90	klgo/medico	3	30



OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DE INFORMACION	Edad	Cobertura	Población Objetivo	Concentración	Meta Anual	Recurso Humano	Rendimiento	Horas Año
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	65 y mas	47.6%	658	1	658	ENFERMERA	1 POR HORA	658
Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárido	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárido a los 65 años de edad	Incrementar en un 50% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año Anterior.	(Nº de personas de 65 años vacunadas/ Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada Fonasa	65 y mas	100%	116	1	116	TENS	10 POR HR.	12
Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*. *Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o Domicilio.	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	Nº de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ Nº total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio) *100	Registro PRAPS	65 y mas	100%	7	1	7	ENFERMERA	1 SECCION EDUCATIVA POR HORA	7
Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan úlceras activas, retinopatía diabética	Detección de personas diabéticas de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	100% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(Nº de AM diabéticas bajo control con riesgo alto y máximo de ulceración de los pies (puntaje>25 puntos) en los últimos 12 meses/ Nº Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso	REM P04; Sección C. REM P04, sección A	65 y mas	100%	17	4	68	ENFERMERA	4 POR HORA	17



			al programa al corte) x 100									
	Examen de Fondo de ojo a los 12 meses del diabetes.	Al 100% de las personas diabéticas a los 12 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo en el nivel primario cuando disponga de UAPO u otra estrategia y secundario de atención	(Nº de AM diabéticas ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 12 meses/ Nº total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección	65 y mas	100%	230	1	230	MEDICO	4 POR HORA	58
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de Alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de Alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(Nº de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ Nº total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A	70 y mas	10%	433	12	5196	TENS	25 KILOS POR HR.	208
Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 10% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(Nº de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04	65 y mas	10%	75	1	75	MEDICO	2 POR HR	150
Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 10% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(Nº de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x100	REM P04	65 y mas	10%	23	1	23	MEDICO	2 POR HR	46



Aumentar la cobertura efectiva de personas con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 2,5% de incremento de cobertura efectiva de hipertensos con PA <140/90 respecto al año Anterior	Nº de personas hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04	65 y mas	2.5%	10 10 10	2 1 1	20 10 10	MEDICO ENFERMERA NUTRICIONI	2 POR HR 2 POR HR 2 POR HR	40 20 20
Aumentar la cobertura efectiva de personas con Hb1ac inferior a 7% en el Último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1,0% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1ac <7% respecto al año anterior	Nº de personas Diabéticas con Hb1ac <7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010)x 100	REM P04	65 y mas	1.0%	1 1 1	2 1 1	2 1 1	MEDICO ENFERMERA NUTRICIONI	2 POR HR 2 POR HR 2 POR HR	4 2 2
Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios	Examen de baciloscopia en adultos mayores con síntomas respiratorios	Baciloscopia en el 100% de los adultos mayores con síntomas respiratorios	(Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / Nº total de consultas de Morbilidad)*100.	REM A10	65 y mas	100%	90	1	90	TECNOLOGO MEDICO	2 POR HORA	45
Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión.	100%	(Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y más/ Nº total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REMP06	65 y mas	100%	35 35 35	12 12 4	420 420 140	MEDICO PSICOLOGO TRABAJADORA SOCIAL	2 POR HORA 2 POR HORA 1 POR HORA	210 210 140



SALUD MENTAL

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Consumo de alcohol y drogas ilícitas. Consejo Infanto-Juvenil	OE 3(3.7)	Otorgar a través de acciones de tratamiento integral (promoción, prevención y grupo de autoayuda) a cargo del equipo de salud mental en la comunidad de Codegua, que permitan reducir sistemáticamente el consumo de alcohol y drogas.	Detectar activamente riesgos y problemas asociados al consumo de alcohol y drogas entregando información y consejería para el auto cuidado y proporcionar un tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz.	Disminuir el riesgo de consumo de alcohol y drogas, en la población de mayores de 10 años	Detección y evaluación diagnóstica, motivación al tratamiento, integral y actividades comunitarias	Cuatro Personas mayores de 10 años con consumo problema o dependiente de alcohol y drogas reciben intervención terapéutica. Dos Agrupaciones de autoayuda se constituyen en red de apoyo psicosocial para el tratamiento y el seguimiento de las personas con consumo problema y dependencia de alcohol y drogas.	Marzo a Diciembre 2017	Equipo Salud Mental (Medico, Psicóloga, Asistente Social)	50 % del paciente ingresado por consumo de alcohol y droga ilícitas recibirá tratamiento farmacológico
Salud mental Infanto – adolescente		Asignar a niños (as), adolescentes, apoderados y profesores de establecimientos educacionales intervención integral (promoción, prevención) para brindar apoyo a la salud mental Infanto Adolescente a cargo del equipo de salud mental en la comunidad de Codegua.	Entregar un tratamiento integral, a la salud mental infanto – adolescentes	Actividades de prevención, promoción en actividades de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes	detección y evaluación diagnóstica, tratamiento integral, actividades con establecimiento educacionales y organizaciones de padres	Una Organización de padres y/u organizaciones comunitarias que recibirán por parte del Cesfam de Codegua, actividades de prevención de problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Dos Establecimientos educacionales recibirán capacitación para sus profesores, por parte del Cesfam de Codegua, promoción de salud mental y prevención de problemas y trastorno de niños y niñas en esta área Comunicación directa con OPD	Marzo a Diciembre 2017	Equipo Salud Mental (Medico, Psicóloga, Asistente Social)	100% de los ingresos de salud mental infanto - adolescente, recibirán atención



Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Violencia Intrafamiliar (VIF)		Contribuir a través de acciones de intervención sensibilización y grupos de autoayuda cargo del equipo de salud mental del Cesfam de Codegua, para brindar un apoyo psicosocial a mujeres que viven violencia intrafamiliar	Prevenir y entregar un tratamiento integral, a mujeres que sufren violencia intrafamiliar	Crear dos Agrupaciones de autoayuda se constituyen en red de apoyo psicosocial para mujeres que viven violencia intrafamiliar	Detección y evaluación diagnóstica, tratamiento integral, actividades comunitarias, grupos de autoayuda	Diez seis mujeres que Viven VIF ingresadas tratamiento Una Agrupación de autoayuda que recibirán apoyo técnico del CESFAM para constituirse en red de apoyo psicosocial de mujeres que viven VIF Dos Organizaciones comunitarias recibirán acciones de sensibilización y prevención de violencia intrafamiliar	Marzo a diciembre 2017	Equipo Salud Mental (Medico, Psicóloga, Asistente Social)	100% de los ingresos de violencia intrafamiliar, recibirá atención.



PLAN DE PREVENCIÓN Y PESQUISA DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
ITS Infección Trasmisión Sexual	OE 1 (1.1.)	Promover la Conducta Sexual Segura en el contexto de la prevención de enfermedades de transmisión sexual.	Realizar consejerías en ITS a adolescentes para fomentar el autocuidado.	Aumentar 5% la población educada en prevención de ITS	Readecuación horas de matrona para realización de consejerías y charlas en ITS a adolescentes de la Comuna	Promoción	Marzo a noviembre 2017	Matrona	Nº de participantes 2016/ Nº de participantes 2017
			Consejo Adulto Joven	Aumentar en 5% la solicitud de exámenes VIH y RPR		Taller de ITS adolescente en algunos colegios de la comuna			
			Pesquisar infecciones de transmisión sexual y tratarlas	Información a usuarios de toma del examen del VIH por forma espontánea		Entrega de folletos informativos en OIRS.			
			Aumentar la cobertura de la toma de examen VIH y RPR.	Solicitud por profesionales clínicos del CESFAM de examen de VIH y RPR		Solicitud de exámenes VIH y RPR por parte de los profesionales clínicos en la atención de morbilidad o consulta.	Enero a Diciembre 2017	OIRS	Nº de talleres 2016/ Nº de talleres 2017
						Capacitación al equipo de salud en ITS	Enero a diciembre 2017	Profesionales Clínicos	% de toma de examen 2016 / % de toma de examen 2017
								Encargada Epidemiología y encargada de ITS	



Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
TUBERCULOSIS	OE 1 (1.2.)	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud en la Comuna de Codegua.	Aumentar la pesquisa de pacientes sintomáticos respiratorios de la comuna, identificando los síntomas comunes de la enfermedad en todos los servicios del establecimiento.	Disminuir a 5 por 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de tuberculosis Alcanzar un Índice de pesquisa de 40 baciloscopias mensuales a nivel local	Hacer partícipes a todos los funcionarios del establecimiento acerca de la solicitud e importancia del examen (baciloscopia)	Promoción	Enero a Diciembre 2017	Equipo de Tuberculosis	Nº de Baciloscopias de diagnóstico /Nº de consultas de Adulto mayores de 15 años *100.
						Recordar en reuniones generales del establecimiento la importancia de la solicitud de la baciloscopia.	Enero a Diciembre 2017	Equipo de Tuberculosis	
						Prevenición		Confección de informativos y afiches educativos para los usuarios	
Implementación del "Programa Control Joven Sano" y Controles Ficha Clap.	Diagnóstico y tratamiento	Enero a diciembre 2017	Equipo de Tuberculosis						
						Se hará mediante el resultado del examen de baciloscopia (48 hrs). Un examen positivo indicara diagnóstico y por consiguiente el inicio de su tratamiento			



PLAN DE PROMOCION

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo Especifico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Sedentarismo, malnutrición por exceso y sexualidad responsable.	OE. Nº 3	Disminuir el sedentarismo y mejorar hábitos alimenticios fomentando factores protectores a través de hábitos de vida saludable como la práctica de actividad física y alimentación saludable, paralelamente a la sexualidad responsable.	<p>Aumentar oferta de calidad y cantidad de actividad física.</p> <p>Mejorar eficiencia de horas de educación física en escolares.</p> <p>Mejorar calidad de espacios físicos para la práctica de actividad física tanto en los establecimientos educacionales como en la comuna.</p> <p>Disminuir la prevalencia de malnutrición por exceso en la población infantil y adolescente.</p> <p>Promover sexualidad responsable y autocuidado en salud sexual.</p>	<p>Intervenir un 20% de las plazas de la comuna haciéndolas entornos saludables.</p> <p>Celebración de al menos 4 hitos deportivos anuales relacionados a la actividad física.</p> <p>Que en el 100% de los establecimientos educacionales de la comuna se adopten medidas nuevas para fomentar la práctica de actividad física.</p> <p>Establecer porcentaje de sedentarismo de la población infantil y juvenil de la comuna y supervisar clases de actividad física por parte de los mismos establecimientos.</p> <p>Aumentar 20% la</p>	<p>Incorporar a la comunidad en la promoción de salud como actores activos.</p> <p>Empoderar a la comunidad a través de una mayor difusión de la promoción de salud.</p> <p>Aumentar la cantidad de establecimientos educacionales promotores de la salud.</p> <p>Proveer de los elementos necesarios a la comunidad para realizar actividad física de manera adecuada.</p> <p>Realizar intervención escolar integral y específica.</p> <p>Motivar a la comunidad para incorporar hábitos de vida saludable a sus vidas.</p> <p>Incluir en todas las</p>	<p>Abogar por decretos u ordenanzas relacionadas a hábitos de vida saludable.</p> <p>Generar estrategia comunicacional de difusión radial y también difusión en el mismo centro de salud a través de folletería dentro del marco del MAIS.</p> <p>Realizar mesas de trabajo con la comunidad de promoción de salud.</p> <p>Incorporar más establecimientos educacionales a la estrategia de establecimientos educacionales promotores de la salud y reconocer los ya comprometidos.</p> <p>Contribuir con más entornos saludables que sean inclusivos y motivadores (plazas activas).</p> <p>Proveer una mayor variedad de tipos de actividad física, implementando talleres deportivos y artísticos en los establecimientos educacionales y fomentando recreos activos con la implementación de material e infraestructura.</p> <p>Aumentar cantidad de actividades relacionadas a la actividad física en la comuna como hitos deportivos, realizando trabajo intersectorial, apoyando, organizando y difundiendo.</p> <p>Realizar estrategia de supervisión de horas de educación física, velar por su correcto cumplimiento, encuestar alumnos para ver sedentarismo y motivaciones respecto de la actividad física.</p>	Todas las actividades desde Enero de 2017 a Diciembre de 2017.	Equipo intersectorial de promoción de la salud formalizado por decreto Alcaldicio, equipo intersectorial de la salud formalizado por decreto Alcaldicio, establecimientos educacionales promotores de la salud, autoridades, comunidad.	<p>Encuesta de sedentarismo de todos los alumnos de la comuna.</p> <p>Nº de usuarios < 6 años con ENN/ Nº de usuarios <6 años con malnutrición por exceso x 100.</p> <p>Nº de plazas activas de la comuna/ Nº de plazas activas inclusivas de la comuna x100.</p> <p>Nº de usuarios entre 10-19 años con ENN/Nº de usuarios entre 10-19 años con malnutrición por exceso x 100.</p> <p>Nº plazas de la comuna/ Nº de entornos saludables de la comunax100.</p> <p>Nº de adolescentes bajo control en Vida Sana/ Nº total de adolescentes comprometidos x 100.</p> <p>Nº de embarazos adolescentes año 2016/ Nº de embarazos adolescentes año 2017 x100.</p>



				<p>prevalencia de actividad física en población infantil y adolescente.</p> <p>Instalar máquinas para práctica de actividad física dirigida a niños y personas en situación de discapacidad, así como también para adultos mayores, instalar bebederos, señalética, árboles y luminaria para al menos un 20% del total de los entornos saludables de la comuna.</p> <p>Disminuir en un 15% la prevalencia de malnutrición por exceso en la</p>	<p>intervenciones dirigidas a adolescentes relacionadas a sexualidad responsable y autocuidado.</p>	<p>Realizar intervenciones en los establecimientos educacionales hacia alumnos y apoderados relacionadas con alimentación saludable por parte de profesionales de salud, además de apoyar los talleres de cocina saludable con implementación e insumos.</p> <p>Apoyándose en el programa Vida Sana tener control de los jóvenes en riesgo o alguna situación anómala nutricional.</p> <p>Charlas educativas, entrega de preservativos, actividades que tengan como eje central una sexualidad responsable y difusión para tener una mejor salud sexual y reproductiva.</p>			
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--



				población infantil <6 años y 10% adolescentes 10-19 años. Disminuir prevalencia de embarazo adolescente y ETS.					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--



PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 2017

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

PROGRAMA DE SALUD INFANTIL 2017

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Edad	Cobertura	Poblac. Objetivo	Concen.	Meta Anual.	Recurso Humano	Rendimiento	Hrs
											Año.
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Incorporar consejos breves en alimentación saludable y actividad física en todos los controles del niño sano. Mais	100% de los controles de niños sano se entregan consejos breves en alimentación saludable y actividad física.	100% de los controles de niños sano se entregan consejos breves en alimentación saludable y actividad física / Nº Total de niños bajo control	Mayor de 1 año y menor de 5 años	100%	589	1 1	589	Enf	2	294
	Incorporar consejos breves en alimentación saludable y lactancia materna en todos los controles de la gestante. (Basados en las Guías para una Vida Saludable y en el Manual de Lactancia Materna. Mais	100% de los controles de la gestante se entregan consejos breves en alimentación saludable y lactancia materna basados en las Guías para una Vida Saludable y en el Manual de Lactancia	Nº de controles de la gestante con consejos breves en alimentación saludable y lactancia materna/ Nº total de controles de la gestante)*100	15 -38 años R./Nac.	100% 100%	156 10	1 1	156 120	Mat Mat	1 1	156 120
	Consulta nutricional individual o al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes.	80% Cobertura de consulta nutricional individual o grupal al 5º mes de vida del menor bajo control, con refuerzo en lactancia materna y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes; con énfasis en las Guías de Alimentación	Nº de niños/as con consulta nutricional individual o grupal del 5º mes de vida/ Nº Total de niños/as bajo control del menor de un año (niños(as) de 6 a 11 meses) x 100	5º mes	90%	97	1	97	Ntc	2	48.5
	Consulta nutricional individual con componente salud bucal a los 3 años 6 meses de vida y refuerzo de guías alimentarias y de actividad física; según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	50% Cobertura de consulta nutricional individual o grupal con componente salud bucal a los 3 años y 6 meses de vida del menor bajo control con refuerzo de guías alimentarias y de actividad física; según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años	Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ Nº Total de niños/as de 3 a 4 años bajo control) x 100	3 años 6 meses	95%	140	1	140	Ntc	2	70



Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Realizar a lo menos 4 talleres con metodología Nadie es Perfecto a padres, madres y/ o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control por Establecimiento	(Nº Talleres con metodología Nadie es Perfecto a padres, madres y/ o cuidadores de niñas y niños menores de 72 m. bajo control por establecimiento/ Total de establecimientos de la comuna) x 100.	Menor de 6 años	10%	10	4	40	Psicol	2	26.6
	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta breve de evaluación Del desarrollo Psicomotor.	90% niños/as de 4 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100 (Nº de niños/as con pauta breve alterada a los 12	4 meses	100%	16	1	16	Enf.	2	8
Detección oportuna de niños y niñas con déficit en su desarrollo Integral.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 1 mes de edad con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado	(Nº de aplicaciones de protocolo NS realizadas al grupo de 28 días a 5 meses Nº Total de niños y niñas de 28d a 5 meses bajo control) x 100 (Nº de niños con evaluación neuro sensorial alterada derivados según protocolos/ Nº total de niños de niños con evaluación neurosensorial aplicada en el control del 1 mes/100	1 mes	100 %	84	1	84	Med	2	42
	Control de salud a los 8 meses con aplicación de Evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	(Nº aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor () realizadas al grupo de 6 meses a 11mese/ Total de niños y de 6 a 11 meses bajo control. X 100	8 meses	100%	115	1	115	Enf	1	115
	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación Del desarrollo Psicomotor.	90% niños/as de 12 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100 (Nº de niños/as con pauta breve alterada a los 12 meses de edad/ Nº aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 23 meses x 100	12 meses	100%	130	1	130	Enf	2	65
	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100. (Nº de aplicaciones con resultado alterado (normal con rezago) realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Total de aplicaciones realizadas al grupo de 12 a 23 x 100	18 meses	100%	156	1	156	Enf	1	156



	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños/as de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	24 meses	50%	145	1	145	Enf	2	73
	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI.	90% Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI.	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor (TEPSI) realizadas al grupo de 24 a 47 meses. / Nº Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	36 meses	50%	156	1	156	Enf	1	156
Fortalecer el control de salud del niño/a para la pesquisa de enfermedades prevalentes menor de 10 años	Control de Salud del niño/a en el establecimiento educacional en 1º básico	5 % de los niños de Primero básico de los establecimientos educacionales con controles realizados.	Nº de niños/as inscritos Fonasa con control de salud realizado en el establecimiento educacional/ Total de niños inscritos matriculados	6 años	5 %	168	1	168	Enf	2	84
Reducir la carga de enfermedades inmuno-prevenibles.	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente Polio Oral y Antineumocócica a los 6 meses de edad	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%	(Nº de vacunas Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad /Nº Total de niños menores de 1 año de edad de la comuna correspondiente) x 100	6 meses	100%	168	1	168	Tens	10	16
Reducir la carga de enfermedad por primera dosis de vacuna TRIVIRICA al año de edad.	Administración de la vacuna trivírica a los 12 meses de edad.	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%	(Nº de vacunas trivíricas 1ª dosis administrada a los 12 a 23 meses de edad con/Nº de niños de 12 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100	12 meses	95%	65	1	65	Tens	10	6
Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en la población de niños y niñas menores de 6 años.	Consulta nutricional a niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso; según la norma para manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño	100% de cobertura niños/as menores de 6 años bajo control con malnutrición por exceso reciben consejería en alimentación saludable	(Nº de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as con malnutrición por exceso) x 100	0-72 m. Obes= 69 S. Peso 194	100%	69 69 194	5 1 4	345 69 776	Ntc Med Ntc	2 5 2	172 13.8 388
Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses	Derivación a radiografía de caderas.	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera	(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control x 100	3 meses	90%	110	1	110	Med	2	48
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación hasta los 3 meses de edad.	Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación hasta los 3 meses de edad.	Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación hasta los 3 meses de edad del niño MAIS	Nº de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA – ERA/ total de gestantes bajo control	14-38 años	100%	156	1	8	Klgo	1	8
Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 7 meses con riesgo moderado- grave de morir por Neumonía.	Controles en sala IRA de niños menores de 7meses con síntomas de infección respiratoria.	Controlar al 100% de los niños menores de 7 meses con diagnóstico de IRA baja. MAIS.	(Nº de atenciones de niños menores de 7 mes Con dg. de IRA baja/ Nº total de consultas por IRA en pediatría a menores de 7 mes x 100	< 7 meses	100%	400	3	120 0	Klgo	3	400
Disminuir la incidencia de Déficit de Desarrollo sicomotor en los niños y/o niñas detectadas con rezago	Actividades de estimulación en el en la comunidad	100% de niños y niñas evaluados con rezago en su desarrollo sicomotor son derivados efectivamente a alguna modalidad	(Nº de niños/as evaluados con rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº Total de niñas y niños menores de 4	< 6 años	100 %	48	5	240	Educ	1	240



en su evaluación del DSM		de estimulación temprana	años con rezago en su desarrollo sicomotor) x 100								
Aumentar el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo.	Consulta del niño o niña con déficit en su desarrollo psicomotor	90 % de los niños o niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 y 36 meses recuperadas/os	Nº de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 y 36 meses recuperadas/os / total de Nº de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 y 36 meses	8- 36 meses	90%	48	2	96	Enf	1	96
	Actividades de estimulación en la comunidad	90 % de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	Nº de ingresos a modalidades de Estimulación del DSM de niños y niñas con déficit en el DSM / Total de niños y niñas diagnosticados(as) con déficit del DSM Nº de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con riesgo	<4 años	90%	48	4	96	Educ	2	96
	Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales.	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo sicomotor x 100.	< 4 años	90%	96	1	96	Enf	1	96
Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) en la población de niños y niñas 6 de 9 años.	Consulta nutricional a niños/as de 6 a 9 años con malnutrición por exceso; según la norma para manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niño	100% de cobertura niños/as de 6 a 9 años bajo control con malnutrición por exceso reciben consejería en alimentación saludable	(Nº de niños/as de 6 a 9 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as con malnutrición por exceso) x 100	Ob 38	100%	38	4	Ntc	152	2	76
				S. Peso 70	100%	70	3	Ntc	210	5	7.6



	El 90% de los niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención reciben Tratamiento Integral según Guía Clínica	El 90% de los niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención reciben Tratamiento Integral según Guía Clínica	(Nº de niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención que recibe Tratamiento Integral según Guía Clínica/ Nº total de niñas/os con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención x 100	< 10 años.	90%	15	3	45	Med	5	9
	100% de niñas/s menores de 6 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica para diagnóstico	100% de niñas/s menores de 6 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica para diagnóstico	(Nº de niñas/os menores de 6 años bajo control con sospecha de maltrato infantil que reciben consulta médica para diagnóstico/Nº Total niñas/os menores 6 años bajo control con sospecha de maltrato x 100	Menores de 9 años.	100%	12	1	12	Med	5	2.4

Programa de la salud de la mujer

PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

Objetivo	Meta	Indicador	Actividad	Edad	Cobertura	Población Objetivo	Concentración	Meta Anual	Recursos Humanos	Rendimiento	Horas Año
Favorecer la toma de decisiones informada en Salud Sexual Reproductiva	100% de personas que soliciten servicios de Regulación de Fertilidad reciben Consejería en Salud Sexual Reproductiva	(Nº de personas que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva/Nº de personas que soliciten servicios de regulación de la Fertilidad)*100	Control de paternidad responsable	Mayor de 20 años a 50 años	100%	3541	1	3541	Matrona	2	1771
Ingreso precoz a control prenatal (<14 semanas)	Ingreso precoz de embarazo	Nº de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas/Total gestantes bajo control*100	Control prenatal	Menor de 20 años a 45 años	100%	200	1	200	Matrona	1	200



Vigilar el aumento de peso excesivo durante la gestación.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición	(Número de gestantes con malnutrición bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición) * 100	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición. Participación de embarazadas en talleres de Chile Crece Contigo	Menor de 20 años a 45 años	80%	160	4-5	800	Nutricionista	2	400
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante30	80% gestantes en control participan en taller para gestantes	N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total de gestantes que ingresan a control prenatal) x 100 (N° de gestantes que participo de talleres con capacidad de auto cuidado/ N° total de gestantes que participo de talleres) x 100	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes31 ChCC	Menor de 20 años a menor de 45 años	80%	160	4	640	Matrona Psicóloga Asistente social Kinesióloga Nutricionista	1	640
Realizar el control integral de puerperio oportuno a la madre y control de recién nacido al hijo/a antes de los 10 días de vida	Atención, por matrn/a, antes de los 10 días de vida al 70% de las puérperas y Recién Nacidos del Centro de Salud	(N ° Puérperas y Recién Nacidos con control de salud antes de los 10 días de vida/ N° Total de controles binomio madre/hijo* 100.	Primer Control de Salud de la Puérpera y Recién Nacido en APS por matrn / a antes de los 10 días de vida.	Menor de 20 años a 45 años	70%	140	1	140	Matrona	1	140
Control integral de puerperio a la madre y control de recién nacido al hijo posterior a los 10 días de vida	Atención, por matrn/a, posterior a los11 días de vida al 30% de las puérperas y Recién nacidos del Centro de Salud	(N ° Puérperas y Recién Nacidos con control de salud posterior a los 11 días de vida/ N° Total de controles binomio madre/hijo* 100.	Primer Control de Salud de la Puérpera y Recién Nacido en APS por matrn posterior a los 11 días de vida/total de recién nacidos que realizan control binomio en establecimiento	Menor de 20 años a 45 años	30%	60	1	60	Matrona	1	60
Apoyar a mujeres puérperas que presentan condiciones de riesgo Psicosocial.	90% de las gestantes con riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	N° de puérperas y familia con riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de puérperas y familia con riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	Menor de 20 años a 45 años	90%	12	1	12	Matrona	1	12



Ingreso control climaterio		Nº mujeres 45-64 años ingresadas a control climaterio/Nº total de mujeres de 45-64 años	Control climaterio	45-64	3 %	56	1	56	matrona	1	56
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años)	2 % aumento de cobertura	Nº de mujeres en control de salud en etapa de climaterio/ Nº de población inscrita de 45 a 64 años * 100	Control de salud de la mujer en etapa de climaterio.	45-64	3%	56	3	168	Matrona	2	84
Control preconcepcional	2 %de mujeres en edad fértil	Nº mujeres en control preconcepcional/Nº mujeres 15-44 años	Control preconcepcional	15-44	2 %	3637	1	73	Matrona	2	36
Ingreso a control prenatal	100 % de la demanda	Nº mujeres que solicitan hora ingreso embarazo/Nº mujeres ingresadas a control embarazo	Ingreso prenatal	Menos de 15-44 años	100% de la demanda	200	1	200	Matrona	1	200
Control prenatal	100% de la población gestante en control	Nº embarazadas en control/Nº embarazadas en control	Control prenatal	Menos de 15-44 años	7 controles	200	7	1400	Matrona	2	700
Control ginecológico	25% de la población inscrita	Nº mujeres en control ginecológico/población 20 años y mas	Control ginecológico	5623	25%	1406	1	1406	Matrona	2	703
Control paternidad responsable	50 % de población inscrita de menos de 50 años accede a control paternidad responsable	Nº mujeres fértiles ingresadas en control por p. responsables/Nº mujeres en edad fértil inscritas en Cesfam	Control paternidad responsable	3541	15 %	1771	3	10623		3	3541

EMBARAZO ADOLESCENTE

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo General	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Embarazo Adolescente	OE 4 (4.4.)	Disminuir el embarazo Adolescente en la Comuna de Codegua (13 a 19 años)	Promover la Conducta Sexual Segura en el contexto de la prevención del Embarazo Adolescente	100% de las consejerías planificadas, realizadas	Contratación de Matrona 44 horas (promoción, prevención, educación Educación en Salud Sexual y	Promoción 1 Taller Educativo por ciclo 7º y 8º básicos. Y 1º,2º,3º y 4º medios.	Abril a noviembre 2017	Matrona	Nº de consejerías de salud sexual reproductivas y/o en prevención de embarazo de adolescentes / por Nº de consejerías sexual reproductiva y/o en prevención de embarazos adolescentes planificadas *100.



					Reproductiva.				
			Aumentar el Ingreso a control de regulación de fertilidad adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa.	100% de los adolescentes hombre y mujeres que solicitan un método anticonceptivo, ingresan a control de regulación de fertilidad.	Implementación del "Programa Control Joven Sano" y Controles Ficha Clap. Aumento de agendas para control Adolescente	Prevención Control de Regulación de Fertilidad	Marzo a diciembre 2017	Matrona	Nº de adolescentes bajo control con método anticonceptivo, según sexo/por el número total de población bajo control de regulación de fertilidad *100
			Aumentar el Nº de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir segundo embarazo adolescente.	100% de visita domiciliaria planificada realizadas.	Visitas Domiciliarias Integrales	Visita domiciliaria integral con enfoque a la prevención de segundo embarazo adolescente gestantes, adolescente puérpera y/o madres adolescentes de niños (as) menores de un año en riesgo psicosocial.	Enero a diciembre 2017	Asistente Social Matrona Psicóloga	Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera y/o madre adolescente de un niño o niña menor de un año en riesgo psicosocial / Nº de visitas domiciliarias integrales planificadas a adolescentes gestante y/o adolescente puérpera, y/o madres adolescentes de un niño o niña menor de un año en riesgo psicosocial * 100.
				100% de adolescentes madres en control de fertilidad.	Aumentar Horas Matronas	Control de regulación de fertilidad.	Enero a diciembre 2017	Matronas	Nº de adolescentes madres en control de regulación de fertilidad/población bajo control en regulación de fertilidad *100



Programa Adolescente:

Objetivo General	Objetivo específico	Indicador	Actividad	Población Objetivo	Cobertura	Concentración	Rendimiento	Recurso Humano	hora mensual	Total horas anual
Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de adolescentes y jóvenes de la comuna de Codegua en materia de salud	Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, pesquisando y otorgando manejo inicial, asegurando la continuidad de salud en atención primaria	% de adolescentes de 10 a 14 años, con control de salud integral "joven sano"/ N° de adolescentes inscritos en centro de salud	Aplicación de control de salud en educación básica, y CESFAM	1141	13%	1	1,5	Matrón	13,4	107
		% de adolescentes de 15 a 19 años, con control de salud integral "joven sano"/N° de adolescentes inscritos en centro de salud	Aplicación de control de salud en Liceo de Codegua y CESFAM	1161	9%	1	1,5	Matrón	9,7	78
		% de adolescentes detectados con riesgo de embarazo adolescente y/o VIH-ITS /N° de adolescentes atendidas por riesgo de embarazo adolescente	Control de paternidad Responsable	40	100%	1	3	Matrona	1,6	13,3
		% de consejerías realizadas en el ámbito de salud sexual reproductiva	Consejería salud sexual reproductiva	40	100%	1	2	Matrón	2,5	20



		% de adolescentes derivados por problemas de salud mental / N° de adolescentes atendidos con problemas de salud mental	Consulta Psicológica	14	100%	2	2	Psicóloga	7	14
		% de adolescentes derivados por malnutrición por déficit o exceso/ N° de adolescentes atendidos por malnutrición	Consulta Nutricional	110	100%	4	2	Nutricionista	7,4	59,5

PROGRAMA ODONTOLOGICO

PROBLEMA DE SALUD PRIORIZADO	RELACION CON ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO GENERAL	META	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PLAZO	RESPONSABLE	INDICADORES
Priorizar la Salud Bucal para los menores de 20 años priorizando los niños de 6 años	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los más vulnerables	< 20 años	Dar cobertura a la población < de 20 años	Cubrir demanda mediante coordinación de derivación en control sano	Promocionar mediante charlas educativas en Kinder- Pre-kínder y Jardines infantiles	ENERO A DICIEMBRE 2017	Odontólogos CESFAM Codegua	REM 09 Sección B1
					Prevenir mediante la aplicación de flúor barniz a este grupo			REM 09 Sección B2
					Diagnóstico y Tto: Actividades a realizar en el Box			REM 09 Sección B3



					Dental			
					Rehabilitación: Mediante las citas periódicas de los pacientes			REM 09 Sección B3
		6 años	Prevalencia de libres de caries en niños de 6 años	Mediante Control Escolar	Promocionar mediante charlas educativas en niños de 1ro Básico	ENERO A DICIEMBRE 2017	Odontólogos CESFAM Codegua	REM 09 Sección B1
					Prevenir mediante la aplicación de flúor barniz a este grupo			REM 09 Sección B2
					Diagnóstico y Tto: Actividades a realizar en el Box Dental			REM 09 Sección B3
					Rehabilitación: Mediante las citas periódicas de los pacientes			REM 09 Sección B3
		12 años	Promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal	Mediante Control Escolar	Promocionar mediante charlas educativas en niños escolares			REM 09 Sección B1
					Prevenir mediante la aplicación de flúor barniz a este grupo		Odontólogos CESFAM Codegua	REM 09 Sección B2
					Diagnóstico y Tto:	ENERO A DICIEMBRE 2017		REM 09 Sección B3



					Actividades a realizar en el Box Dental			
					Rehabilitación: Mediante las citas periódicas de los pacientes			REM 09 Sección B3

PROGRAMA POSTRADOS

Problema de salud priorizado	Relación con estrategia nacional de salud	Objetivo general	Objetivo específico	Meta	Estrategias	Actividades	Plazo	Responsable	Indicadores
Dependencia Severa/ total o dependencia leve, moderada, severa	Conforme según envejecimiento poblacional chileno y medidas de plan de salud nacional.	Mejorar la calidad del cuidado de la persona con dependencia severa y aliviar a la familia cuidadora, disminuyendo su carga, e impidiendo de este modo la institucionalización.	1. Evaluación inicial de condición de pacientes candidatos a ingresar a programa y criterios para obtención de estipendio. 2. Realización de visitas domiciliarias integrales para control de patologías	1. 100% de Usuarios Pertenecientes a Programa de Visita Domiciliaria con su EMPAM y BARTHEL al día. 2. 100% de Usuario con evaluación integral al día.	<p>Contar con TENS de apoyo permanente a programa.</p> <p>Movilización exclusiva para profesionales pertenecientes al programa</p> <p>Horas mensuales exclusivas de reunión técnica entre integrantes de equipo.</p>	Promoción	Taller de capacitación a cuidadores	Equipo multidisciplinario	Nº de cuidadores beneficiarios capacitados/total de cuidadores beneficiarios de estipendio * 100
						Prevenición	Educación continua a cuidadores durante cada visita domiciliaria	Equipo multidisciplinario	Nº de pacientes con plan de cuidados en domicilio / Nº total de pacientes con dependencia severa.
						Entrega de ayudas técnicas para prevención de caídas y UPP	Equipo de dependencia severa y A. Social	Nº de pacientes con ayuda técnica / Nº de pacientes con dependencia severa que requieran ayuda técnica	



			crónicas.			Diagnóstico y tratamiento	Evaluación AVD según índice de Barthel	Enfermera	Nº de pacientes con el I. de Barthel actualizado / Nº total de pacientes con dependencia severa
			3. Realizar capacitación permanente y apoyo comunitario a cuidadores.	3. 100% de cuidadores beneficiarios de estipendio con talleres de capacitación al día.			Visita domiciliaria integral por parte del equipo de salud	Equipo multidisciplinario	Nº de pacientes Visitados por el equipo de salud / Nº de pacientes con dependencia severa.
						Rehabilitación	Visita domiciliaria de Kinesiólogo a pacientes con dependencia severa	Kinesiólogo	Nº de pacientes con dependencia severa con rehabilitación kinésica / Nº de pacientes que requieren rehabilitación.
							Entrega de Ayudas técnicas a pacientes que requieran	Equipo de postrado y A. Social	Nº de pacientes con ayuda técnica / Nº de pacientes postrados que requieran ayuda técnica



CAPITULO IV - DOTACION DE SALUD

DOTACION CESFAM DE CODEGUA PARA EL AÑO 2018, SEGÚN EL ARTICULO 11° DE LA LEY 19378/95 (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal)

CARGO	DOTACION 2018
1 DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD	44
1 DIRECTOR CESFAM	44

CATEGORIA A

4 MEDICO (44 c/u)	176
1 MEDICO CECOSF (TUNCAHUE)	44
4 ADONTOLOGOS /(CESFAM)	176
1 ODONTOLOGO CECOSF (TUNCAHUE)	44

CATEGORIA B

3 ENFERMERA (CESFAM)	132
1 ENFERMERA CECOSF (TUNCAHUE)	44
2 MATRON (A) (CESFAM)	88
1 MATRON (A) CHILE CRECE CONTIGO	44
1 TECNOLOGO MEDICO	44
1 NUTRICIONISTA	44
1 NUTRICIONISTA	22
1 NUTRICIONISTA (PROGRAMA VIDA SANA)	22
2 KINESIOLOGO	88
1 ASISTENTE SOCIAL	44
3 PROFESIONAL DE APOYO EN SALUD	132
1 AGENTE COMUNITARIO CECOSF (TUNCAHUE)	44
1 ASISTENTE SOCIAL CECOSF (TUNCAHUE)	44
1 KINESIOLOGO CECOSF (TUNCAHUE)	33
1 ENCARGADO DE FINANZAS Y RRHH	44
1 EDUCADORA DE PARVULO	22
1 TERAPEUTA OCUPACIONAL	44

CATEGORIA C

15 TECNICO EN ENFERMERIA (44 c/u)	660
1 TECNICO EN ENFERMERIA	22
2 TECNICO EN ENFERMERIA CECOSF (TUNCAHUE)	88
2 TECNICO DENTAL	88



3 TECNICOS ADMINISTRATIVOS	132

CATEGORIA D

1 PODOLOGA	44
1 PODOLOGA	22
1 PODOLOGA	22
3 AUXILIAR DENTAL	132
1 AUXILIAR DE LABORATORIO	44
1 AUXILIAR DE FARMACIA	44
1 AUXILIAR DE ENFERMERIA	44

CATEGORIA E

10 ADMINISTRATIVOS	440

CATEGORIA F

7 CONDUCTORES (44 horas c/u).	308
1 CONDUCTOR CECOSF (TUNCAHUE)	44
4 AUXILIARES DE SERVICIO	176
TOTAL	3.729



CAPITULO VI – PROGRAMA DE CAPACITACION

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2018 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD.....2018..... COMUNA.....CESFAM CODEGUA.....																
ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO					ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
		A (Médicos, Odón, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL	ITEMS CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO				
Capacitación en Planificación de Estrategias en Gestión APS.	Adquirir conocimiento de Planificación en Gestión de Recursos.	10	19	19				48	16	500.000		50000			Entre enero y Diciembre	
Educación en Seguridad Laboral Bioseguridad y Ergonomía.	Conocer aspectos básicos relativos a accidentes y enfermedades laborales.	10	19	19	8	11	11	78	8	300000		3000			Entre enero y Diciembre	
Capacitación en Infecciones asociados a la Atención en Salud (IAAS).	Disminuir la incidencia de infecciones cruzadas dentro del Cesfam.	10	19	19	8	11	11	78	20	1.000.000		1000000			Entre enero y Diciembre	



Capacitación y actualización en Salud Familiar.	Adquirir y reforzar conocimiento en Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS).	10	19	19	8	11	11	78	20	1.500.000	1500000	Entre enero y Diciembre
Capacitación y actualización de conocimientos en Primeros Auxilios y reanimación, básico y avanzado, actualización en Técnica de curaciones y otros procedimientos básico y avanzado.	Actualizar conocimientos sobre Primeros Auxilios y reanimación y otros procedimientos.	10	19	19	8	11	11	78	16	500.000	500000	Entre enero y Diciembre
Actualización sobre agenda FONENDO.	Adquirir conocimientos actualizados acerca de agenda fonendo, ficha electrónica.	10	19	19	8	11	11	78	16	300.000	300000	Entre enero y Diciembre
fonendo.	agenda fonendo y ficha electrónica.											
Capacitación en Clima Organizacional.	Fortalecer el clima laboral en la organización, entregando a los participantes distinciones y prácticas que les permitan mejorar sus relaciones interpersonales y las comunicaciones en el trabajo. Identificar y modificar las percepciones y prejuicios interpersonales que entorpecen las relaciones.	10	19	19	8	11	11	78	16	1.000.000	1000000	Entre enero y Diciembre
Capacitación en computación básica, intermedia y avanzada.	Entregar herramientas básicas de aplicaciones comúnmente utilizadas en el ámbito laboral.	10	19	19	8	11	11	78	16	500.000	500000	Entre enero y Diciembre
Capacitación Programa Odontológico y odontología comunitaria	Adquirir conocimientos y desarrollo de herramientas que permitan una buena atención a la comunidad.	10						10	8	200.000	250000	Entre enero y Diciembre



Capacitación y actualización de manejo Programa PNAC y PACAM, y manejo de bodega.	Entregar los conocimientos necesarios para el manejo de los programas alimenticios PNAC y PACAM, en forma actualizada.		4	19	8	5	0	40	8	250.000	250.000	Entre enero y Diciembre
Actualización de patologías crónicas y garantías implícitas en Salud.	Entregar herramientas para la identificación de patologías crónicas, garantías implícitas en Salud y su manejo según corresponda a su función.	10	19	19	8	11	11	78	8	200.000	200.000	Entre enero y Diciembre
Capacitación de Técnicas Dentales actualizadas.	Entregar conocimientos actualizados, en técnicas dentales.			19				19	8	200.000	200.000	Entre enero y Diciembre
Capacitación en trato al usuario.	Conocer técnicas en trato al usuario.	10	19	19	8	11	11	78	8	500.000	500.000	Entre enero y Diciembre
Capacitación manejo paciente quemado.	Actualizar los conocimientos de manejo de heridas.	7	4					11	16	500.000	500.000	Entre enero y Diciembre
Capacitación en rehabilitación Kinesiológica enfocada en la comunidad.	Entregar las herramientas para el manejo de rehabilitación.		4					4	8	250.000	250.000	Entre enero y Diciembre
Capacitación en reanimación básica y avanzada, actualización manejo DEA.	Adquirir conocimientos y técnicas en reanimación. Adquirir y actualizar técnicas manejo DEA.	7	10	19	8			44	8	200.000	200.000	Entre enero y Diciembre
Capacitación en Técnicas de aseo en el área Salud y actualización en manejo REAS.	Reconocer y aplicar los conceptos de limpieza, desinfección e higiene, señalando la importancia de este quehacer frente a la salud pública. Adquirir herramientas para el trabajo en equipo, la gestión y el mejoramiento continuo del programa de aseo y REAS.	5	19				11	35	8	300.000	300.000	Entre enero y Diciembre



Capacitación de Toma de Radiografías.	Adquirir los conocimientos de riesgos radiológicos y manejo de toma de radiografías.	10	10	19	8			47	16		500.000	500.000		Entre enero y Diciembre
Capacitación en liderazgo	Conocer las habilidades para liderar equipos de trabajo.	10	19	19	8	11	11	78	16		500.000	500.000		Entre enero y Diciembre
Educación sobre la Normativa vigente en Atención Primaria.	Dar a conocer la Normativa de las diferentes instituciones del Estado que regulan el sistema de Atención Primaria referente a lo sanitario y lo laboral (Leyes, reglamentos etc.).	10	19	19	8	11	11	78	16		500.000	500.000		Entre enero y Diciembre
Políticas de Recursos Humanos	Obtener destrezas de manejo de Recursos Humanos de acuerdo a la normativa vigente.		2	2		4		8	16		300.000	300.000		Entre enero y Diciembre
Actualización en estadística en atención de Salud Primaria.	Conocer el sistema de estadística del Cesfam. Operar los REM estadísticos.	10	9	10	6	5	4	44	8		500.000	500.000		Entre enero y Diciembre
Educación integral en manejo de farmacia y Bodega de Medicamentos.	Conocer el manejo integral de farmacia: administración, atención al usuario, abastecimiento, entre otros.	2	4	4	2			12	8		300.000	300.000		Entre enero y Diciembre
Capacitación en gestión de los recursos físicos, materiales y humanos.	Identificar herramientas para el manejo financiero de Salud. Identificar las principales herramientas de gestión financiera (Presupuestos, informes etc.)	10	19	19	8			56	16		500.000	500.000		Entre enero y Diciembre
Capacitación en mecánica básica.	Adquirir conocimientos de mecánica básica.					2	9	11	16		200.000	200.000		Entre enero y



																Diciembre
Actualización sobre agenda FONENDO.	Adquirir conocimientos sobre manejo de Agenda electrónicas, fichas electrónicas, farmacia entre otros.	10	19	19	8	11	11	78	8		250.000		250.000			Entre enero y Diciembre
Capacitación en Terapias complementarias.	Entregar herramientas en terapias complementarias asociadas a la atención de Salud Familiar.	10	19	19	8			56	16		500.000		500.000			Entre enero y Diciembre
Capacitación sobre técnicas de relajación, pausas activas, manejo de stress.	Prevenir y desarrollar hábitos posturales saludables. Integrar la Salud como un hábito de vida y trabajo. Compensar los desajustes provocados por las exigencias laborales.	10	19	19	8	11	11	78	8		400.000		400.000			Entre enero y Diciembre
Capacitación en rescate vehicular.	Proporcionar a los participantes conocimientos generales de lo que es el rescate vehicular y los procedimientos a realizar ante este tipo de emergencias.			19	8	11	11	78	16		200.000		200.000			Entre enero y Diciembre
Capacitación y actualización en técnicas y manejo de equipo (Autoclave) e hidro lavadora en Servicio de Esterilización.	Actualizar las diferentes técnicas de preparación, lavado y tiempos de esterilización del material y equipos. Manejar adecuadamente equipos y productos utilizados en el proceso de esterilización.		19	19	8			46	16		500.000		500.000			Entre enero y Diciembre
Capacitación en técnicas e Inmunización y cadena de frío.	Actualizar conocimientos respecto a Inmunización y cadena de frío.		19	19	8			46	8		250.000		250.000			Entre enero y Diciembre
Capacitación en técnicas de urgencia ante situaciones de emergencia.	Capacitar a todos los integrantes del equipo de salud en el manejo de técnicas de emergencia. Lograr una adecuada coordinación con los diferentes servicios del consultorio e instituciones externos a este como son Carabineros, Bomberos, Colegios, etc. Manejo adecuado del TRIAGE.	10	19	19	8	11	11	78	16		400.000		400.000			Entre enero y Diciembre
Capacitación en Técnicas de Laboratorio y Gestión de calidad de Laboratorios.	Entregar conocimientos actualizados, en técnicas de Laboratorio.		19	19	8			46	16		300.000		300.000			Entre enero y



	Fortalecer el trabajo a través de la Gestión de calidad.																Diciembre
Capacitación en intervención en crisis.	Entregar las herramientas para el manejo en crisis de pacientes (alcoholismo, drogas, etc.).	10	19	19	8	11	11	78	16		500.000		500.000				Entre enero y Diciembre
Actualización de patologías crónicas y garantías implícitas en Salud.	Entregar herramientas para la identificación de patologías crónicas, garantías implícitas en Salud y su manejo según corresponda a su función.	10	19	19	8	11	11	78	16		500.000		500.000				Entre enero y Diciembre
Capacitación sobre actualización en SIGEES y Percapita.	Entregar técnicas y herramienta para el manejo del SIGEES y Percapita.	10	19	19	8	11	11	78	16		500.000		500.000				Entre enero y Diciembre
Capacitación en trato al usuario.	Conocer técnicas en trato al usuario.	10	19	19	8	11	11	78	8		550.000		550.000				Entre enero y Diciembre
Capacitación manejo avanzado de heridas.	Actualizar los conocimientos de manejo de heridas.		4					4	32		350.000		350.000				Entre enero y Diciembre
Capacitación Mercado público.	Entregar las herramientas para manejo del mercado público, normativas y procedimientos.		6	2		4		12	16		300.000		300.000				Entre enero y Diciembre
Actualización de Pie Diabético.	Entregar las herramientas para el manejo de procedimiento de pie diabético.		4					4	32		350.000		350.000				Entre enero y Diciembre
Cursos de Contabilidad avanzada y básica	Entregar las herramientas para el manejo Contable y Administración de recursos financieros.		2	3	4			9	16		250.000		250.000				Entre enero y Diciembre
Capacitación de Leyes que rigen para la Atención Primaria	Adquirir los conocimientos de legales para cumplir con toda la normativa vigente y mejor administración en el área de recursos humanos.		2	3	4			9	18		250.000		250.000				Entre enero y Diciembre
Gestión de Establecimientos de APS	Adquirir conocimientos para una mejor gestión en APS	10	19	2				31	40		800.000		800.000				Entre enero y Diciembre

CURSO OBLIGATORIO PARA EL AÑO 2018



Actividades de Capacitación	Objetivos Educativos	Nº DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA				Nº de Horas Pedagógicas	FINANCIAMIENTO			TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	organismo ejecutor	Coordinador	Fecha probable de ejecución			
		CATEGORIA					F	TOTAL								
		A	B	C	D	E				Ítem Capacitación	Fondos Municipales	Otros Fondos				
Capacitación en Calidad y acreditación de atención abierta.	Contar con las herramientas para otorgar una Salud de Calidad y manejar las Normas de acreditación según las disposiciones del Minsal.	10	19	19	8	11	11	78	40	1.200.000	1.500.000		2.500.000	Agosto 2018		Agosto 2018



MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN

Se realizara una evaluación semestral de los problemas priorizados en la matriz de planificación, y/o problemas de Salud Local; a través de los medios de verificación (REM), indicadores establecidos por cada Problema y Programa, lo que nos permitirá evaluar el estado de avance e identificar los obstáculos para el cumplimiento de las actividades que se deben realizar, además usaremos verificadores tales como exámenes de control, lista de asistencia, registro fotográficos, estado nutricional de población objetivo, ingreso de gestantes según grupo etéreo.

Para finalizar se realizara el análisis FODA, y posteriormente la sistematización de la información, con el fin de poder detectar las brechas existentes en el plan de salud comunal de la comuna de Codegua y lograr realizar planes de mejora para cada brecha que se nos presenta en la evolución del análisis FODA.