

## 1. INTRODUCCION

Plan de salud es un documento escrito en el cual se presentan en forma ordenada los diferentes tipos de actividades, sus cantidades y características (o atributos). Por ejemplo: consultas, hospitalizaciones, sesiones educativas, inspecciones, etc., a ser entregadas a una población determinada y de los recursos necesarios para su ejecución. Se formula sobre la base de un diagnóstico explícito de la población, sus características, situación de salud y de atención de salud, así como de un análisis de los problemas de salud, sus factores condicionantes y las intervenciones posibles. Explicita los métodos a usar y sus fundamentos

La Planificación de salud Constituye una orientación del quehacer de los equipos de salud en la aplicación de medidas promocionales, preventivas y recuperativas tendientes a mejorar y mantener los logros sanitarios alcanzados a nivel comunal y País, el énfasis está puesto en considerar como centro a los usuarios, familias y comunidad de manera integral concordante con la Visión Municipal y sus lineamientos.

Se adquiere un compromiso de trabajar en forma sistemática, continuada y encaminada a buscar la máxima eficacia, incorporando el diagnóstico participativo y epidemiológico, evaluando todas las actividades programas y objetivos previamente establecidos y de esta forma orientar la formulación de nuevos objetivos con vista al futuro.

Como herramienta de investigación, participación, planificación y trabajo que nos permite conocer las características de nuestra población, nuestros indicadores sanitarios y analizarlos para establecer estrategias y políticas locales que tiendan a la mejora de la calidad de vida de todas las personas que viven en esta Comuna

Por tanto el presente documento, pretende ser un aporte para contribuir a la integración de la red local y provincial contribuyendo con ello a una mejor satisfacción de nuestros usuarios y está basado en las prioridades nacionales MINSAL y prioridades locales en relación a diagnóstico de salud epidemiológico, diagnósticos participativos y diagnóstico en materia de gestión en salud de años precedentes y están fijadas en los Objetivos Sanitarios y objetivos estratégicos para la década 2011--2020:

1. Mejorar la salud de la población
2. Disminuir las inequidades
3. Aumentar la satisfacción de la población
4. Asegurar la calidad de las prestaciones

Manteniendo los énfasis asociados al Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, la continuidad de la atención, el buen trato al usuario, integralidad de las acciones y perspectiva de ciclo vital, es necesario destacar que desde el año 2015, se han realizado ingentes esfuerzos por relevar la iniciativa propuesta por la O P S orientada a poner en práctica efectiva “ Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria” (RISS), que permitan optimizar el uso de los diferentes dispositivos de atención que se encuentran disponibles en los territorios de cada uno de esos Servicios.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, ha sido definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

## 2. MARCO NORMATIVO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL

El artículo 58 de la ley 19.378 refiere que “las entidades administradoras de salud municipal formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud.

El PSC y sus principales fundamentos, deberán estar contenidos en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) que constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental. Su elaboración y ejecución, debe tener en cuenta a todos los sectores que operen en el ámbito comunal o ejerzan competencia en dicho ámbito (Ley 18.695).

Se ha considerado en esta planificación las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2018”, emanadas desde el MINSAL, que pretende contribuir a optimizar la gestión de Salud, en particular de los Centros de Atención Primaria de Salud; así como también, dar respuesta al rol normativo y regulador del Ministerio de Salud, y a mandato legal establecido en la Ley Nº 19.378 Estatuto de Atención Primaria.

Se considera:

a) Establecimientos municipales de atención primaria de salud: los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro que los administren en virtud de convenios celebrados con ellas.

b) Entidades administradoras de salud municipal: las personas jurídicas que tengan a su cargo la administración y operación de establecimientos de atención primaria de salud municipal, sean éstas las municipalidades o instituciones privadas sin fines de lucro a las que la municipalidad haya entregado la administración de los establecimientos de salud, en conformidad con el artículo 12 del decreto con fuerza de ley Nº 1-3.063, del Ministerio del Interior, de 1980.



3. VISION, MISION Y VALORES

Misión

“ Nuestro propósito es avanzar en una gestión basada en procesos, para entregar una atención de calidad, oportuna, eficiente y humanizada, con buen trato contribuyendo de este modo a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de las personas y/o familias de nuestra Comuna y alrededores, en coordinación con la red asistencial de Biobío “

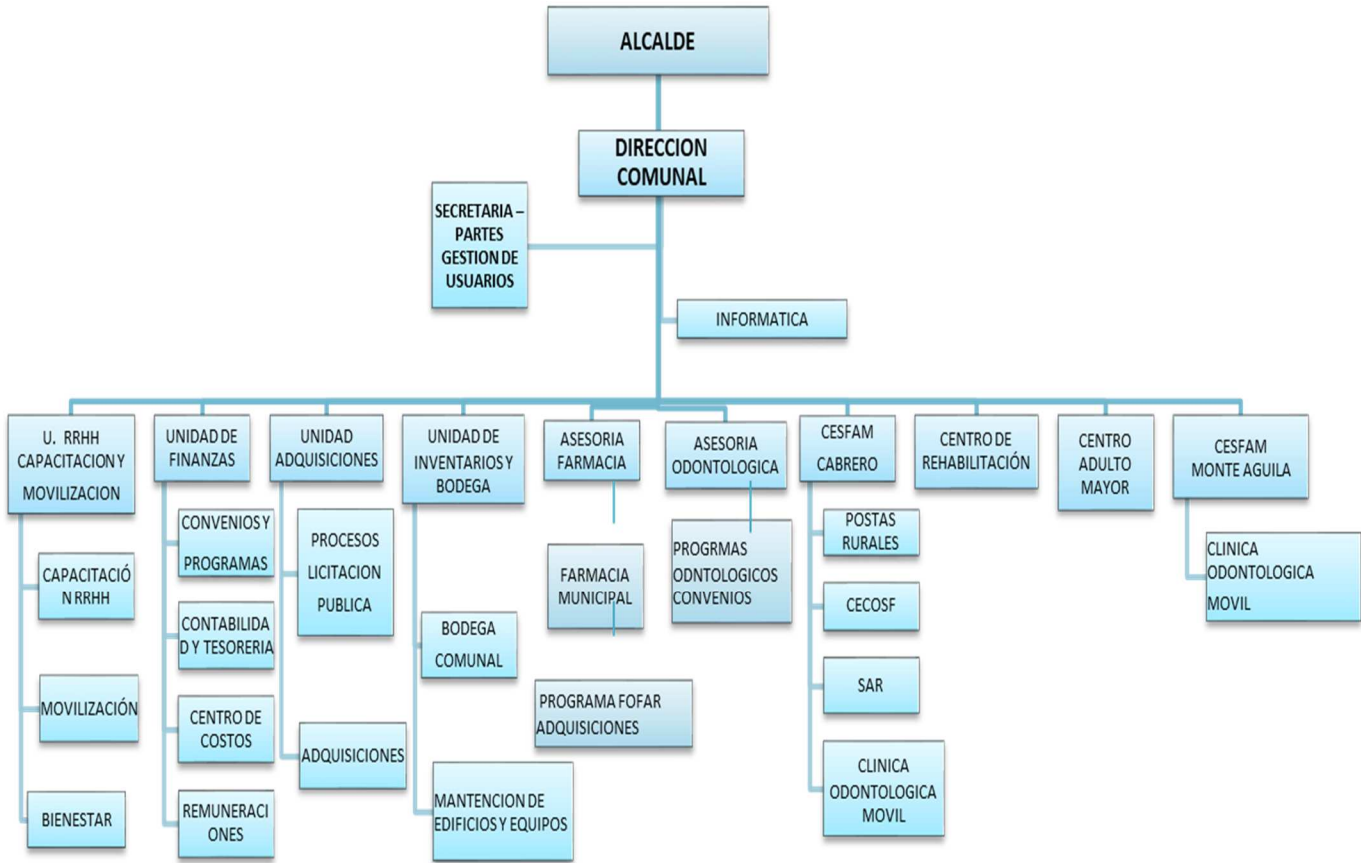
Visión

“Que la salud de nuestra población sea uno de los ejes centrales de desarrollo de la Comuna ,donde las personas puedan participar, sentirse seguros y sanos, con acceso a servicios de salud de calidad, éticos y con trato amable.”

Valores

Desarrollo, Compromiso ,Responsabilidad ,Calidad, Ética, Buen trato, Seguridad , Humanidad

4. ORGANIGRAMA



## 5.- DIAGNOSTICO DE SITUACION

### 5.1.- Diagnóstico Sanitario

#### 5.1.1 Descripción de la Red asistencial comunal y ubicación geográfica de la Comuna

La comuna de Cabrero, se sitúa en la Octava Región, Provincia del Bío Bío, sus cimientos están aprobados en el Decreto Ley Nº 1.325 de Noviembre de 1980.

Cabrero es la cabecera comunal, siendo Monte Águila, Charrúa y el sector Salto del Laja sus principales localidades.

LÍMITES COMUNALES:

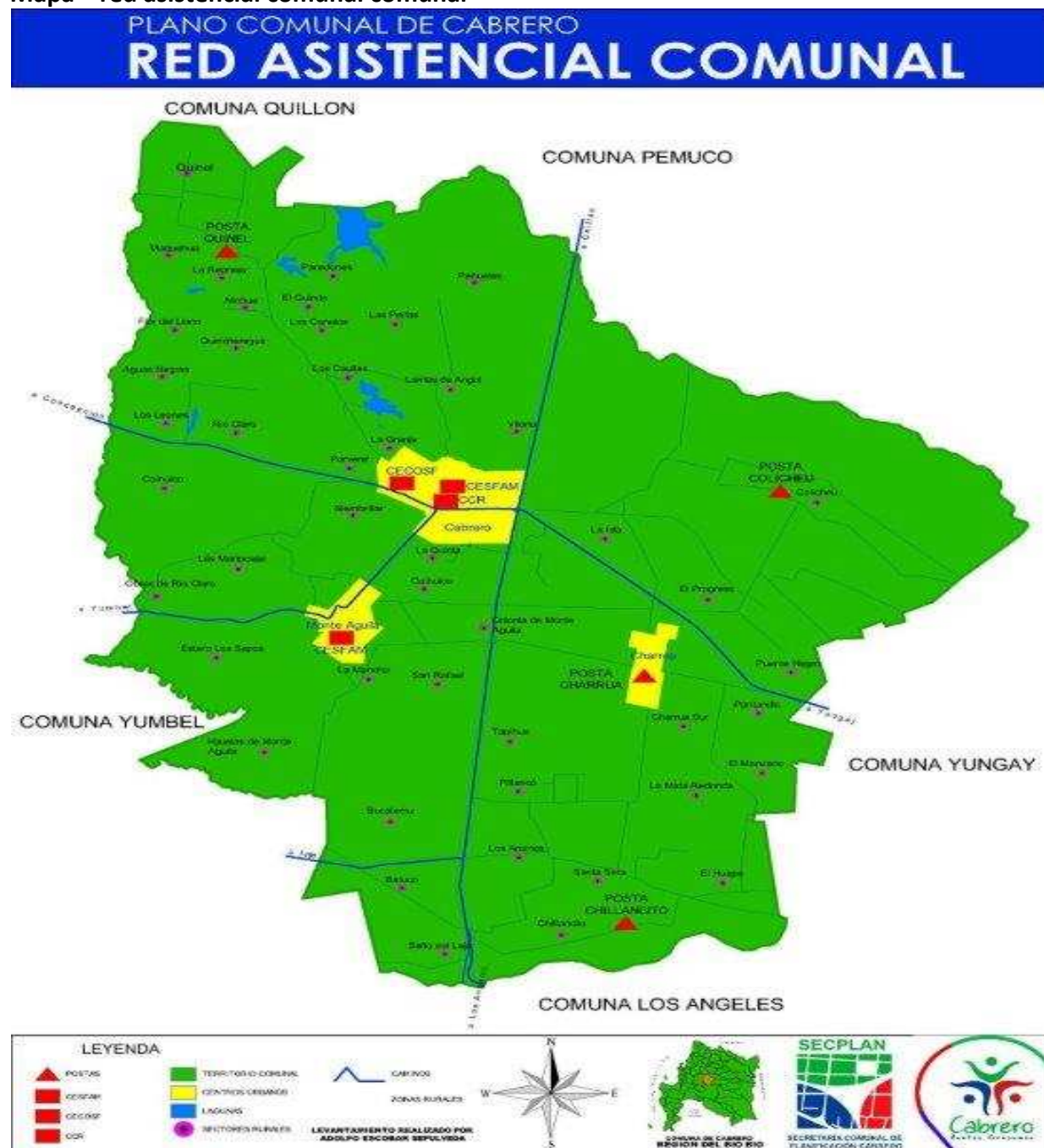
NORTE: Comuna de Quillón

SUR : Comuna de Los Ángeles

ESTE : Comunas de Yungay y Pemuco

OESTE: Comuna Yumbel

#### Mapa red asistencial comunal comunal





Red de derivaciones red asistencial local comuna de Cabrero y hacia red Provincial BIOBIO

Red de derivaciones comuna Cabrero



Localidades, Sectores y Distancias a centros de derivación Nivel secundario

Otras localidades pobladas de la comuna, además de la capital Cabrero son :Monte Águila, Charrúa, Chillancito, Los Aromos, Estero Los Sapos, El Manzano, la Laguna de Coihuico, Los Leones, Quinel, La Colonia, Colicheu, El Progreso y Los

ESTABLECIMIENTOS DE LA RED LOCAL	SECTOR ATENDIDO	AÑO CONSTRUCCION	DISTANCIA DE CENTRO PRINCIPAL O DERIVACION	TIPO CAMINO Y ESTADO	% RURALIDAD
COMUNA					23,64
CESFAM CABRERO	Sector urbano Cabrero ,La Isla, La Pradera, Vilorio, Peñuelas, Lomas de Angol, la Quinta Y otros aledaños	2010	60 km	pavimento/ bueno	
CECOSF	Sector oeste cabrero, Sectores: los Leones, membrillar, Coihuico, Los Caulles, Las pataguas, El Rosal, Paso Hondo, Camino a Quinel.	2016	1 Km	pavimento/bueno	
SAR	Comuna de Cabrero y sectores aledaños a la Comuna	2017	60 km	pavimento/bueno	
CCR	Comuna de Cabrero y sectores aledaños a la Comuna	2008	En recinto CESFAM	pavimento/bueno	
CESFAM M.AGUILA	Sector urbano y sectores San Luis, La Mancha, San Rafael, El Cortijo, La Colonia, Coihueco Sur, Estero Los Sapos.	2017	7,5 Km De Cabrero 54 Km de Los Ángeles	asfalto/regular	
POSTA CHARRUA	El Progreso, El Manzano, La Mata, Pillancó, Pantanillo, Tapihue.	1993	17,8	asfalto/tierra bueno	
POSTA CHILLANCITO	Los Encinos, Los Aromos, Pillanco, La Mata Sur, Salto del Laja, la Aguada, Santa Sara.	1989	27,5	asfalto/ tierra bueno	
POSTA COLICHEU	Parcelas de Colicheu, Ranchillo, Sector Las Islas.	1998	17,9	asfalto/tierra bueno	
POSTA QUINEL	Maquehua, Posa Hondo, Chancal, La Represa, Los Canelos, El Guindo, Buellelemu, Bodueca, Los Litres.	1987	14,5	pavimento/ tierra bueno	

Canelos

Mapa de sectores, rutas acceso urbano Comuna de Cabrero a Comunas Provincia BIOBIO

Distancias de la comuna	
Respecto de las Comunas de la Provincia del Biobío	
Comuna	Distancia en kilómetros
Los Ángeles	60
Antuco	101
Alto Biobío	139,44
Laja	53,8
Mulchén	84,08
Nacimiento	81,77
Negrete	82,99
Quilaco	94,55
Quilleco	78,24
Santa Bárbara	91,15
San Rosendo	55,6
Tú capel	48,88
Yumbel	18,11

MAPA DE UBICACIÓN CENTROS DE SALUD RURAL

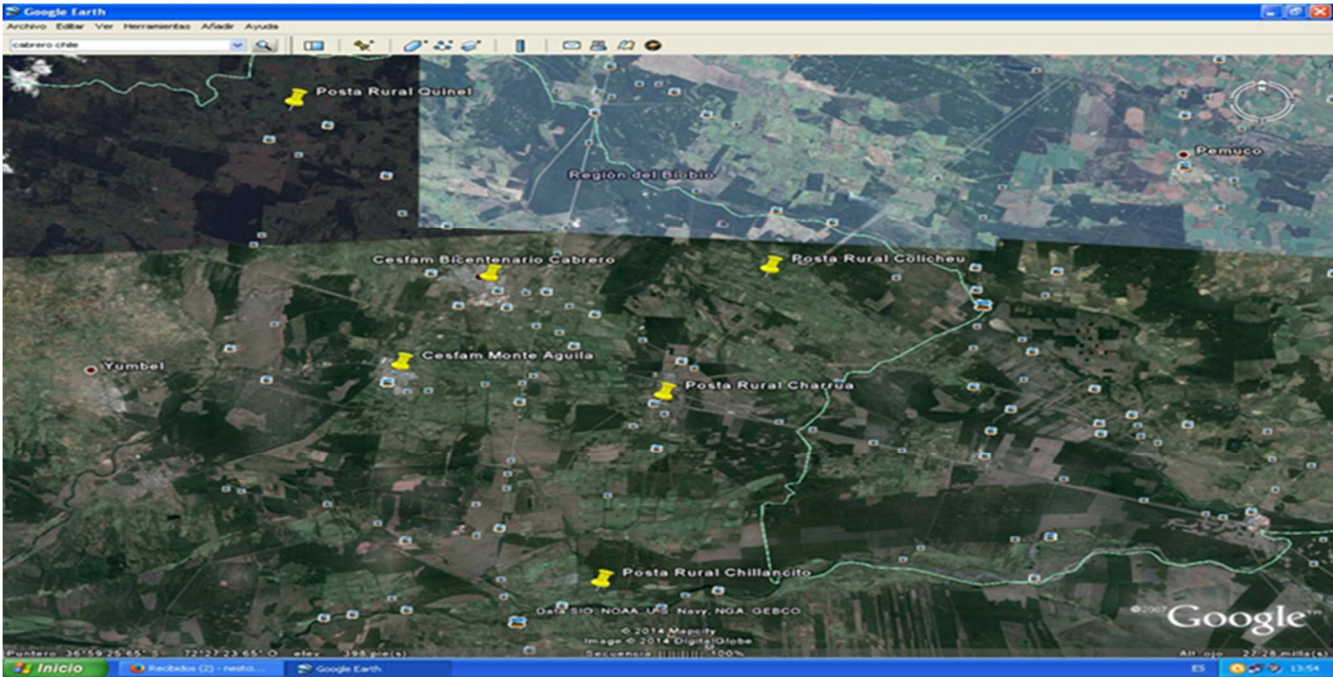


TABLA.ESTABLECIMIENTOS, POBLACIÓN FONASA INSCRITA Y SITUACIÓN SANITARIA AÑO 2017

ESTABLECIMIENTOS	POBLACIÓN	AUTORIZACIÓN SANITARIA/ DEMOSTRACIÓN
CESFAM CABRERO	13.399	SI
CECOSF	5.000	SI
SAR	27.760	SI
CCR	27.760	SI
CESFAM M.AGUILA	7.612	EN PROCESO
POSTA CHARRUA	990	EN PROCESO
POSTA CHILLANCITO	843	EN PROCESO
POSTA COLICHEU	644	EN PROCESO
POSTA QUINEL	272	EN PROCESO
SuB TOTAL POSTAS	2.749	
BASE SAMU BIOBIO	27.760	SI

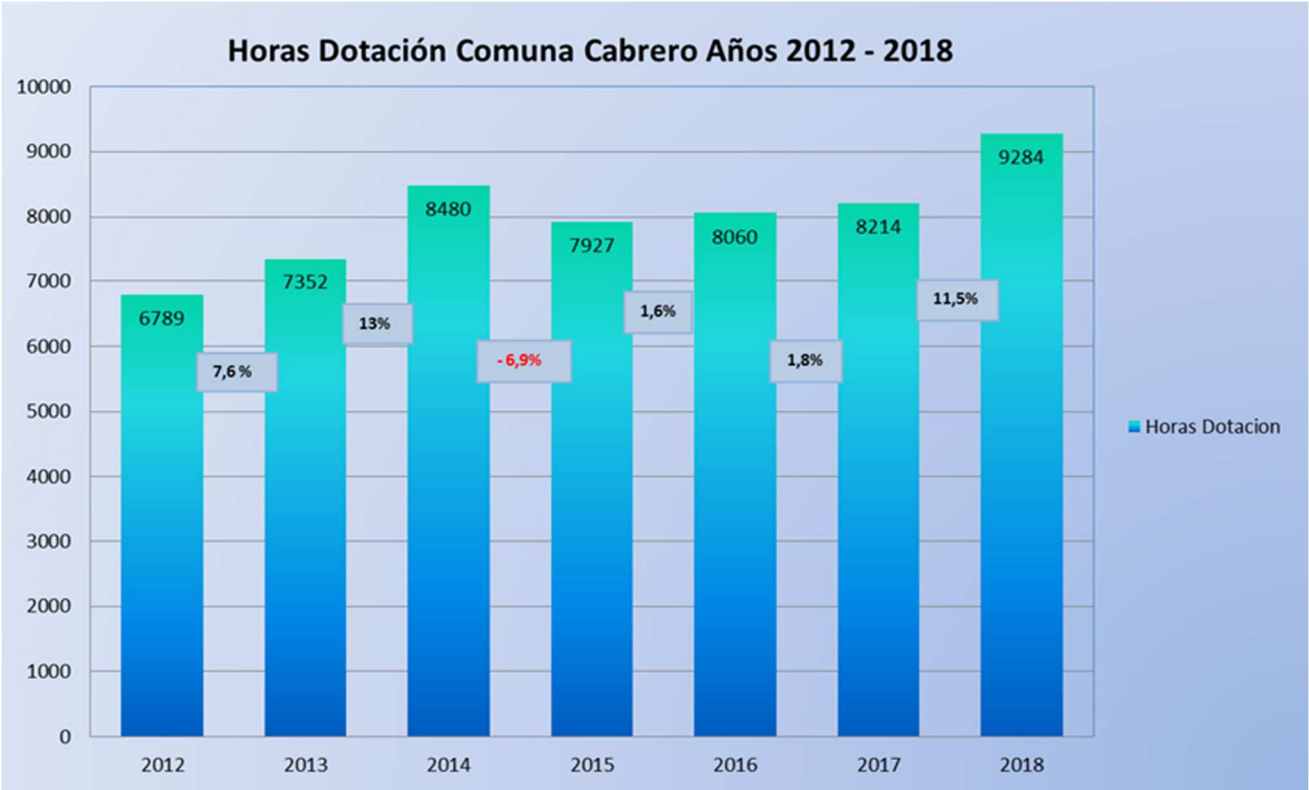
5.1.2 Descripción de la Oferta.

a) Recursos RRHH (dotación) Comuna año 2018

Total habitantes inscritos año 2017: 27.760.-

Categoría	Nº Funcionarios	Nº Hrs. Semanales	Nº de habitante inscrito por Profesional
Medico/a	16	704	1.735
Odontólogo/a	11	407	2.523
Químico Farmacéutico/a	3	132	9.253
Enfermero/a	13	550	2.135
Matrón/a	8	352	3.470
Nutricionista	8	352	3.470
A. Social	10	396	2.776
Psicólogo/a	5	220	5.552
Kinesiólogo/a	5	187	5.552
Tecnólogo Medico Oftalmología	1	44	27.760
Tecnólogo Medico Laboratorio	2	88	13.880
Tecnólogo Medico Rayos X	1	44	27.760
Profesor Educ. Física	1	44	27.760
Ed. Párvulos	2	66	13.880
Médico Veterinario	1	44	27.760
Ingeniero Comercial	3	132	9.253
Contador Auditor	2	88	13.880
Administrador Publico	1	44	27.760
Ingenieros ejec. Informática	1	22	27.760
TENS	53	2332	524
TPM Dental	7	308	3.966
TPM Farmacia	7	308	3.966
Of. Administrativo/a	29	1254	957
Choferes	14	616	1.983
Auxiliares de Servicio	8	330	3.470

GRAFICO 1: EVOLUCION DE LA DOTACIÓN AÑO 2012-2018





b) Horas semanales contratadas por estamento y establecimiento para planificación (dotación y honorarios

Profesionales	CESFAM CABRERO - CECOSF			CESFAM MONTE AGUILA			POSTAS RURALES		
	Nº	Hrs. Dotación	Hrs. Honorarios	Nº	Hrs. Dotación	Hrs. Honorarios	Nº	Hrs. Dotación	Hrs. Honorarios
Médicos	10	419	0	4	178	25	1	21	0
Odontólogos	9	253	44	4	132	22	0	0	0
Químico Farmacéuticos	1	44	0	1	44	0	0	0	0
Enfermera	9	355	0	3	132	0	1	19	0
Matrona	6	337	0	2	88	0	1	15.25	0
Nutricionista	6	205	44	3	132	0	0	15	0
Asistente Social	6	220	0	3	132	0	0	0	0
Kinesiólogo	7	143	126	3	44	66	0	0	0
Psicólogo	6	132	123	2	88	0	0	0	0
Tecnólogo Medico Laboratorio	2	88	0	0	0	0	0	0	0
Educadora de Párvulo	1	44	0	1	22	13	0	0	0
Profesor Educ. Física	2	44	44	0	0	0	0	0	0
Tecnólogo Medico Oftalmología	2	44	44	0	0	0	0	0	0
Tecnólogo Medico RX	1	44	0	0	0	0	0	0	0
Fonoaudiólogo	1	0	33	1	0	11	0	0	0
Terapeuta Ocupacional	2	0	88	1	0	44	0	0	0
TENS	29	1100	176	14	616	0	9	220	176
Técnico Dental	7	220	88	4	88	66	0	0	0

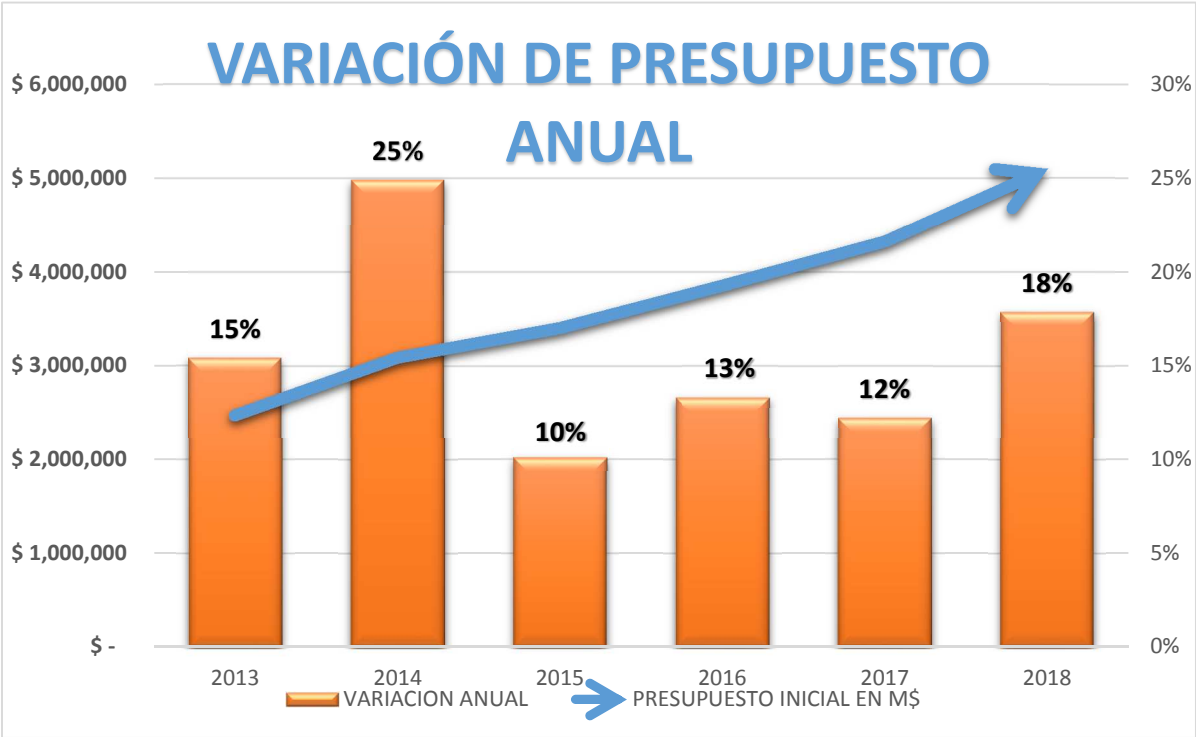
b) Recursos Financieros año 2018  
Cuenta de ingresos

CODIGO				DENOMINACION	PRESUPUESTO VIGENTE 2017 EN M\$	PRESUPUESTO 2018 EN M\$
ST	ITEM	ASIG.	SASIG.			
05				CUENTAS POR COBRAR TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4,908,499	4,971,600
05	01			DEL SECTOR PRIVADO	5,000	5,000
05	03			DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	4,903,499	4,966,600
		006		DEL SERVICIO DE SALUD	4,413,064	4,479,000
			001	ATENCION PRIMARIA LEY Nº 19.378 ART. 49	2,789,000	2,889,000
			002	APORTES AFECTADOS	1,642,064	1,608,000
			003	ANTICIPOS DEL APOORTE ESTATAL	-18,000	-18,000
		099		DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	30,000	37,600
		101		DE LA MUNICIPALIDAD A SERV. INCORPORADOS A SU GES	460,435	450,000
07				C x C INGRESOS DE OPERACION	45,000	45,000
	02			VENTA DE SERVICIOS	45,000	45,000
08				CxC OTROS INGRESOS CORRIENTES	56,000	85,000
	01			RECUPERACION Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS	55,000	80,000
	99			OTROS	1,000	5,000
15				SALDO INICIAL DE CAJA	534,319	0
TOTALES					5,543,818	5,101,600

Programa de Gastos

CODIGO		DENOMINACION	PRESUPUESTO VIGENTE 2017 EN M\$	PRESUPUESTO 2018 EN M\$
ST	ITEM			
21		C x P GASTOS EN PERSONAL	3,540,506	4,058,000
	01	PERSONAL DE PLANTA	1,882,514	1,973,000
	02	PERSONAL A CONTRATA	934,560	1,199,000
	03	OTRAS REMUNERACIONES	723,432	886,000
22		C x P BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1,766,917	923,600
	01	ALIMENTOS Y BEBIDAS	5,000	1,500
	02	TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	4,000	0
	03	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	70,000	50,000
	04	MATERIALES DE USO O CONSUMO	1,145,987	516,600
	05	SERVICIOS BASICOS	130,200	105,000
	06	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	29,000	20,000
	07	PUBLICIDAD Y DIFUSION	9,500	4,300
	08	SERVICIOS GENERALES	120,500	100,000
	09	ARRIENDOS	4,000	2,000
	10	SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	25,441	20,000
	11	SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	217,289	100,000
	12	OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	6,000	4,200
23		C X P PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	0	0
	01	PRESTACIONES PREVISIONALES	0	0
24		C X P TRANSFERENCIAS CORRIENTES	88,000	85,000
	01	AL SECTOR PRIVADO	23,000	25,000
	03	A OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	65,000	60,000
29		ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	120,343	35,000
	02	EDIFICIOS	2,010	0
	03	VEHICULOS	43,333	0
	04	MOBILIARIO Y OTROS	10,000	10,000
	05	MAQUINARIAS Y EQUIPOS	60,000	25,000
	06	EQUIPOS INFORMATICOS	5,000	0
	99	OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS	0	0
34		C X P SERVICIO DE LA DEUDA	163,968	0
	07	DEUDA FLOTANTE	163,968	0
35		SALDO FINAL DE CAJA	0	0
		TOTALES	5,679,734	5,101,600

GRAFICO: VARIACION DEL PRESUPUESTO DE SALUD AÑO 2012-2016





5.1.3 Determinación de la Demanda

a) Controles y consultas Morbilidad y urgencias por ciclo vital y profesional Comuna 2016

TABLA 1: CONTROLES Y CONSULTAS DE MORBILIDAD POR PROFESIONAL, TÉCNICOS, POR ESTABLECIMIENTO AÑO 2016

PROFESIONALES	TOTAL		CICLO VITAL INFANCIA		CICLO VITAL ADOLESCENTE		CICLO VITAL ADULTO		CICLO VITAL ADULTO MAYOR	
	consulta	control	Consulta	Control	Consulta	Control	Consulta	Control	Consulta	Control
MEDICO	31.898	10.847	5.287	933	2.818	197	17.231	5535	6.562	4.182
ODONTÓLOGO	21.667	171	1.941		5.368	5	12.999	152	1359	14
ENFERMERA	704	5.941	171	3.508	39	1	223	1282	271	1.150
NUTRICIONISTA	7.149	1.976	2.499	0	780	17	3.488	1.325	382	634
MATRON(A)	5.682	10.413	218	286	508	1.854	4.734	8.190	222	83
ASISTENTE SOCIAL	1.906	0	114		169		1.317		306	
KINESIÓLOGO	1.315	3.663	249	1.138	78	168	672	1.217	316	1.140
PSICÓLOGO	3.608	0	371		846		1.983		408	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	120	0	7		9		63		41	
OTROS PROFESIONALES										
FONOAUDIÓLOGA	226	0	174		11		30		11	
TECNÓLOGA OFTALMOLOGÍA	2.688	0	2		266		2.420			
EDUCADORA DE PARVULOS	1350	0	1.350							
TENS	12	0					6		6	
TOTAL	78.325	33.011	12.383	5.865	10.892	2.242	44.521	17.701	8.539	7.203

Fuente: DEIS 2016

GRAFICO1: CONTROLES Y CONSULTAS DE MORBILIDAD POR PROFESIONAL, TÉCNICOS POR ESTABLECIMIENTO Y COMUNA AÑO 2016



TABLA 2: CONTROLES Y CONSULTAS DE MORBILIDAD POR PROFESIONAL, TÉCNICOS, POR ESTABLECIMIENTO  
AÑO 2016

PROFESIONAL	COMUNA			CESFAM CABRERO			CESFAM			POSTAS		
							MONTE AGUILA					
TIPO PRESTACIÓN	Consultas	TASA	controles	consultas	TASA	controles	consultas	T A A S A	controles	consultas	TASA	controles
MEDICO	31.898	1.1	10.847	19.543	1.1	7.326	10.497	1.4	2.741	1.858	0.6	780
ODONTOLOGO	21.667		171	15.051		166	6.616		5	0		
ENFERMERA	704		5.941	567		4.202	92		1.258	45		481
MATRON/A	5.682		10.413	4.439		6.532	1.091		3.108	152		773
NUTRICIONISTA	7.149		1.976	5.904		1.264	1.091		558	154		154
PSICOLOGO/A	3.608		0	2.122			1.334			152		
KINESIOLOGO	1.315		3.663	950		2.961	365		702	0		0
TERAPEUTA OCUPACIONAL	120			120								
ASISTENTE SOCIAL	1.906		-	1096		-	791		-	19		-
TECNOLOGA UAPO	2.688			2.688								
FONOAUDIOLOGA	226			129			97					
EDUC.DE PARVULO	1350			961			389					
TENS	12									12		
TOTAL	78.325		33011	53.570		22451	22.363		8372	2.392		2188

GRAFICO 2: CONTROLES Y CONSULTAS DE MORBILIDAD POR PROFESIONAL, TÉCNICOS POR ESTABLECIMIENTO Y COMUNA AÑO 2016

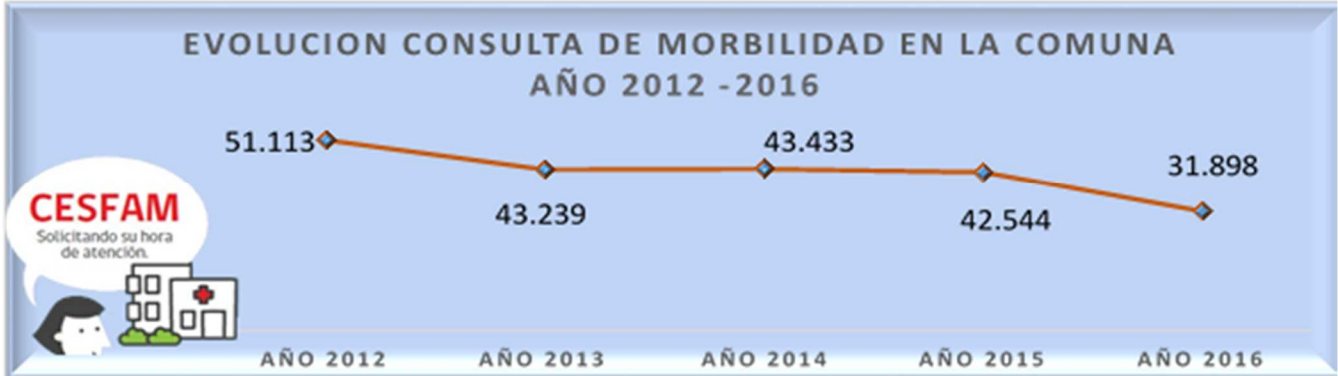


Fuente: DEIS 2016

TABLA :3 PRINCIPALES CAUSAS CONSULTAS DE MORBILIDAD POR GRUPOS SEGÚN DIAGNOSTICO AÑO 2012-2016

ENFERMEDADES SEGÚN DIAGNOSTICO	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	11.381	9.557	8.082	7.819	4.675
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	6.347	6.749	6.876	6.423	6.542
ENFERMEDADES ENDOCRINAS ,NUTRICIONALES Y METABOLICAS	3.845	4.287	4.338	4.469	3.248
ENFERMEDADES OSTEMUSCULARES Y TEJIDO CONJUNTIVO	3.029	3.239	3.424	3.683	2.633
ENFERMEDADES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	2.624	2.994	3.031	3.097	2.984
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y ALERGIAS	1.239	1.526	1.583	1.836	1.389
OTRAS	22.648	14.887	16.099	15.217	10.427

GRAFICO 1: VARIACION CONSULTAS DE MORBILIDAD POR MEDICO COMUNA AÑOS 2012 AL AÑO 2016



En el grafico se puede observar la disminución importante de las consultas de morbilidad en términos de acceso que coincide con la implementación de sistema dación de horas vía línea 800 Hall center. Lo que implica en tabla y grafico siguiente el aumento de las consultas de urgencia que duplica tasa en relación a la morbilidad.

Consultas de urgencia en la Comuna año 2016 y su variación años 2012-2016

TABLA 1: CONSULTAS DE MORBILIDAD, CONSULTAS DE URGENCIA Y TASA POR CICLO VITAL Y SEXO AÑO 2016

CONSULTAS MEDICAS	TASA	TOTAL	NIÑO	ADOLESCENTE	ADULTO	ADULTO MAYOR	HOMBRE	MUJER
CONSULTAS DE MORBILIDAD	1,1	31.898	5.287	2.818	17.231	6.562	12.444	19.454
CONSULTAS DE URGENCIA	2,02	59.386	14.004	8.206	30.264	6.934	26.453	32.933

GRAFICO 1: RELACION CONSULTAS DE URGENCIA Y MORBILIDAD COMUNA AÑO 2016



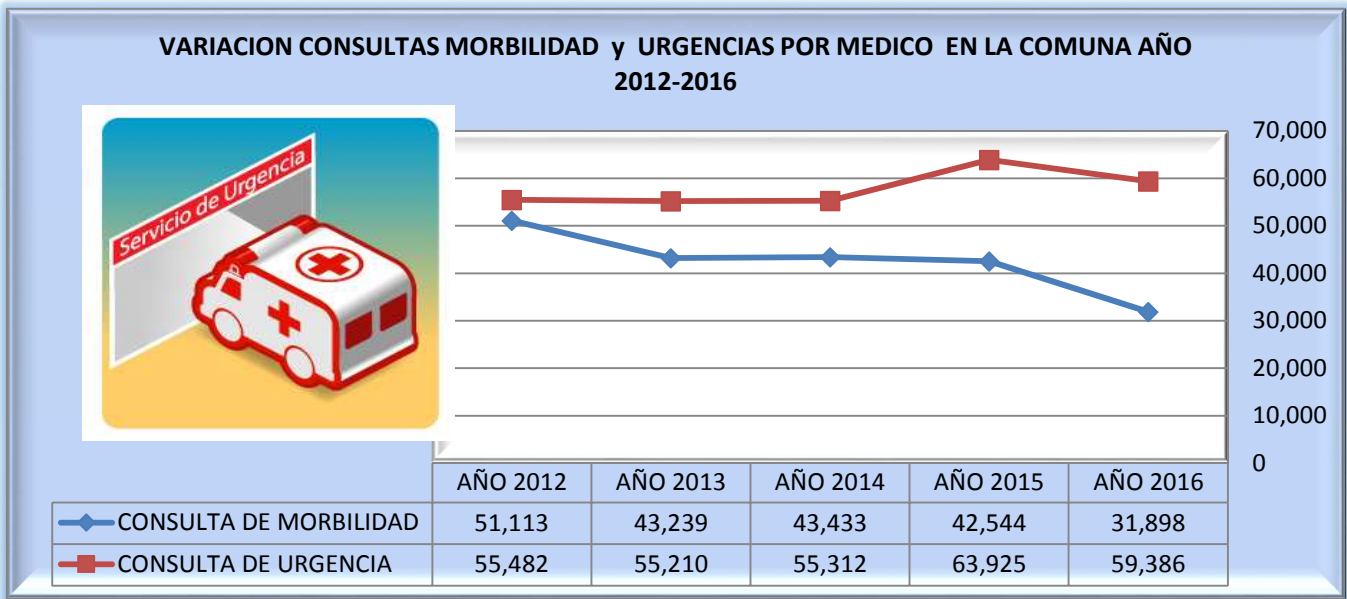
En tabla y grafico 1 relación consultas de morbilidad y urgencia se observa tasa de urgencia duplica tasa de consulta de morbilidad en términos de acceso.

GRAFICO 2: VARIACION CONSULTAS DE URGENCIA EN LA COMUNA ENTRE AÑO 2012-2016



Se observa un aumento significativo de las consultas de urgencia sobre todo año 2015

GRAFICO 3: VARIACION CONSULTAS DE URGENCIA Y CONSULTAS DE MORBILIDAD DE LA COMUNA AÑO 2016



Se observa que entre estos años hay una evidente disminución de la morbilidad y aumento de las consultas de urgencia.

b) Actividades de Promoción Educativas y Comunitarias

Actividades de participación social

- 1. Atención oficinas de informaciones OIRS.
- 2. Actividades por estrategia/línea de acción o espacio / instancia de participación social

TABLA 1: ATENCIÓN OFICINAS DE INFORMACIONES OIRS (SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A USUARIOS AÑO 2016

ACTIVIDADES	Nº DE ATENCIONES EN EL AÑO			CESFAM CABRERO	CESFAM M.AGUILA
	COMUNA	HOMBRES	MUJERES		
RECLAMOS	35	9	26	26	9
SUGERENCIAS	6	0	6	6	0
FELICITACIONES	55	14	41	50	5
CONSULTAS	29.514	12.848	16.616	23.699	5815
SOLICITUDES	9	4	5	9	0

Fuente: DEIS 2016

TABLA 2: ACTIVIDADES POR ESTRATEGIA/LÍNEA DE ACCIÓN O ESPACIO / INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL AÑO 2016

TIPO DE ACTIVIDADES	ESPACIO/INSTANCIA		ESTRATEGIAS/LÍNEAS DE ACCIÓN				ASISTENTES		
	CONSEJOS CONSULTIVOS, DE DESARROLLO Y COMITÉS LOCALES	MESAS TERRITORIALES	RENDICIÓN DE CUENTAS (CUENTAS PUBLICAS)	SATISFACCIÓN USUARIA	CORRESPONSABILIDAD EN SALUD / TRABAJO	PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA	TOTAL PARTICIPANTES	TOTAL HOMBRES	TOTAL MUJERES
REUNIONES INTERSECTOR	7	0	0	4	4	1	81	17	64
ACTIVIDADES DE MONITOREO	1	0	0	1	0	0	0	0	0
ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN	29	0	1	4	23	2	246	0	0
EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN COMUNITARIA	10	0	0	4	6	0	71	11	60
EVENTOS MASIVOS (ASAMBLEAS, CABILDOS, OTROS)	1	0	0	0	0	1	60	0	0
TOTAL DE ACTIVIDADES	48	0	0	13	33	4	458	28	124

TABLA 3: ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD INTRA ESTABLECIMIENTO AÑO 2016

ÁREAS TEMÁTICAS DE PREVENCIÓN			COMUNA NUMERO DE SESIONES REALIZADAS	PARTICIPANTES
EDUCACION DE GRUPO	ESTIMULACIÓN DESARROLLO PSICOMOTOR NUTRICIÓN		4	20
		RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO	0	0
		MALNUTRICIÓN POR EXCESO	0	0
		MALNUTRICIÓN DE DÉFICIT	0	0
	PREVENCIÓN DE IRA - ERA		2	5
	PREVENCIÓN DE ACCIDENTES		1	31
	SALUD BUCO-DENTAL		25	403
	PREVENCIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO		2	50
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		11	213
	PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA CRIANZA		123	281
	PROMOCION DE SALUD MENTAL		0	0
	PROMOCION DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	DEL LENGUAJE	6	27
		MOTOR	10	51
		OTROS	1	5
		NADIE ES PERFECTO	67	79
	HABILIDADES PARENTALES	FAMILIAS FUERTES	0	0
		OTROS	0	0
			38	152
	AUTOCUIDADO		0	0
	APOYO MADRE A MADRE		0	0
	PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL	PREVENCIÓN SUICIDIO	0	0
		PREVENCIÓN TRASTORNO MENTAL	0	0
			0	0
	PREVENCIÓN ALCOHOL Y DROGAS		0	0
	ANTITABÁQUICA (excluye REM 23)		0	0
	PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH-SIFILIS		0	0
	OTRAS ÁREAS TEMÁTICAS		3	13
	EDUCACIÓN ESPECIAL EN ADULTO MAYOR	ESTIMULACIÓN DE MEMORIA	0	0
		PREVENCIÓN CAÍDAS	0	0
		ESTIMULACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA	8	0
			2	21
	USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS		2	21
	TOTAL		303	1351

Fuente: DEIS 2016

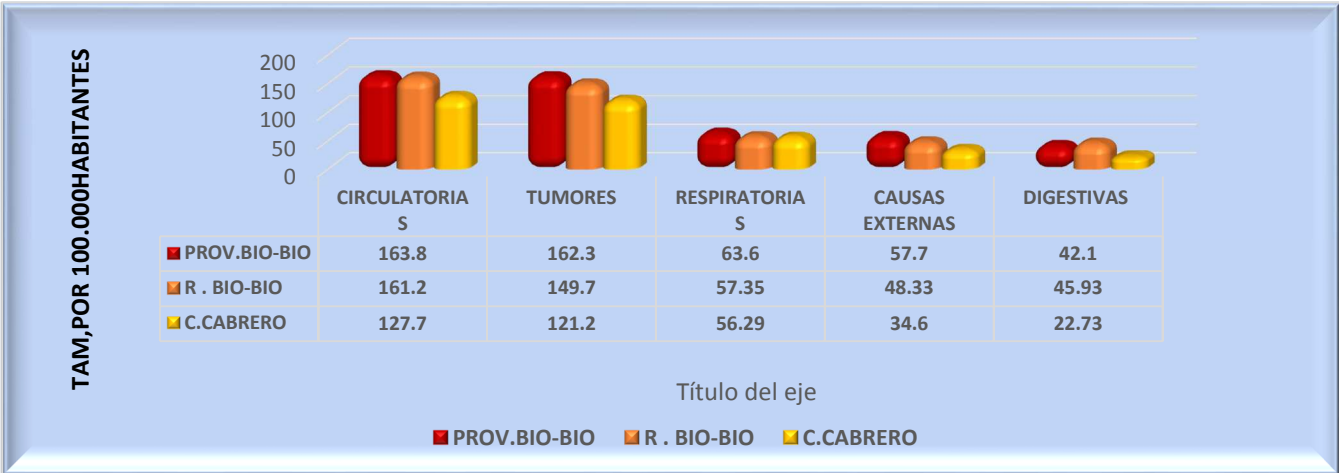
5.2 Diagnóstico Epidemiológico

5.2.1 Cinco Primeras causas de mortalidad Comuna De cabrero trienio 2011-2013

GRAFICO: NÚMERO DE FALLECIDOS POR SEXO POR DIFERENTES CAUSAS COMUNA CABRERO AÑO 2016



GRAFICO: PRIMERAS 5 CAUSAS DE MORTALIDAD REGIÓN DEL BIOBÍO, PROVINCIA DE BIOBÍO Y COMUNA DE CABRERO TRIENIO 2011-2013



Fuente: Datos DEIS y locales: Tasas Ajustadas de Mortalidad (TAM) por causa de muerte, ambos sexos, Región, Provincia de Biobío y comuna trienio 2011-2013. Tasa por 100.000 habitantes



TABLA Y GRAFICO N° 2 Primeras 5 causas de muertes Comuna de Cabrero trienio 2011-2013

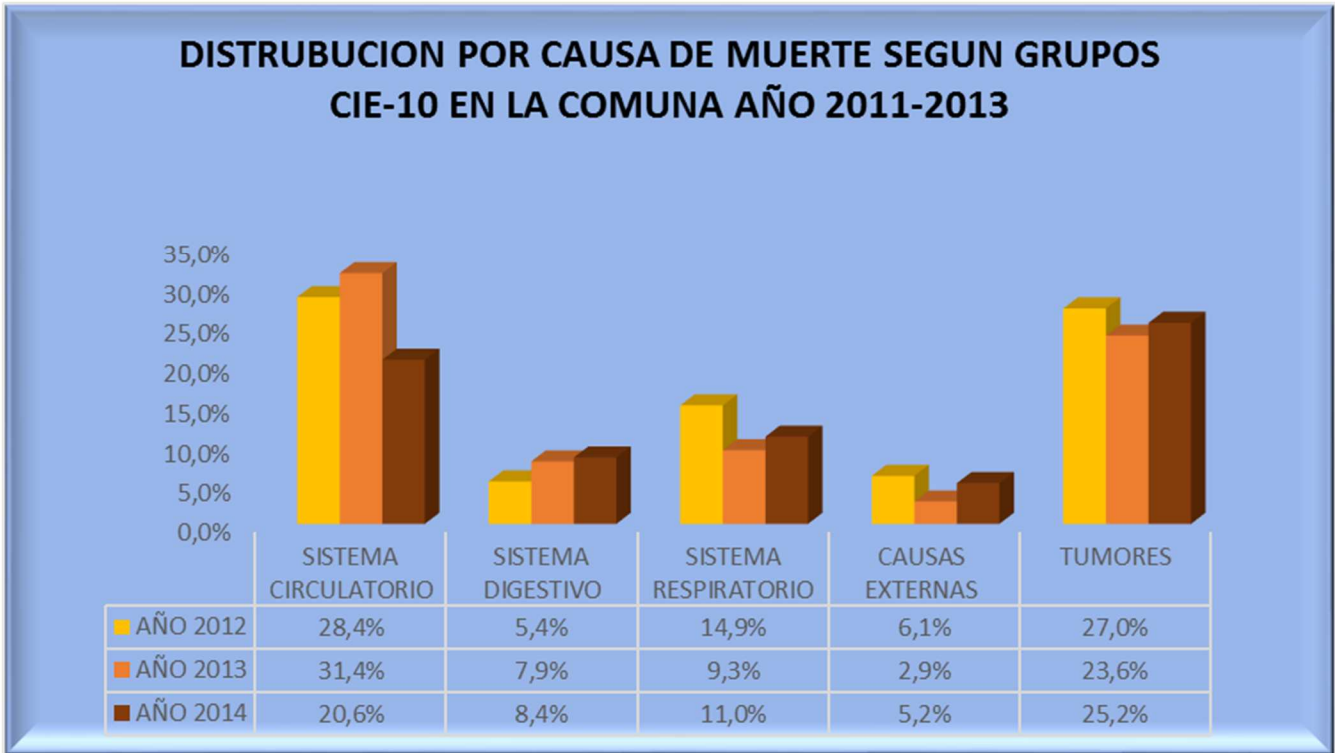


TABLA Y GRAFICO 3: TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD Y N° DE CASOS 5 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE TRIENIO 2011– 2013.

Cabrero	Circulatorias		Tumores		Respiratorias		Causa externas Accidentes, envenenamiento, otras		Digestivas	
	TASA	N.º CASOS	TASA	N.º CASOS	TASA	N.º CASOS	TASA	N.º CASOS	TASA	N.º CASOS
	127,7	118	121,2	112	56,2	52	22,73	21	34.6	32

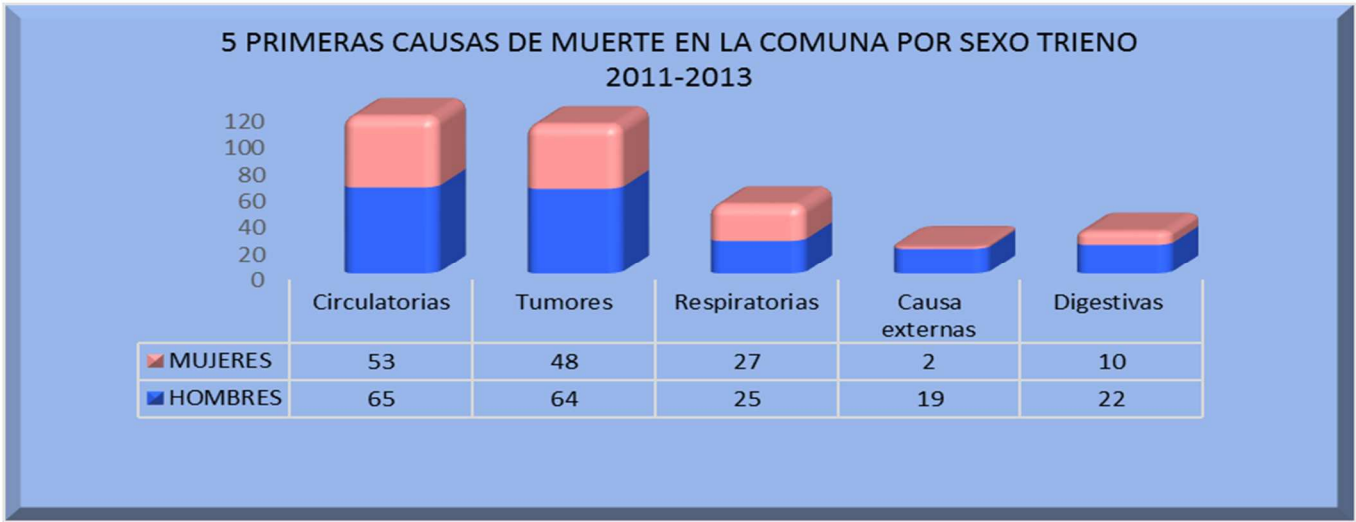
Datos DEIS y Locales



FUENTE: DEIS y datos locales año 2013

Grafico muestra claramente las primeras causas de muerte de nuestra Comuna (circulatoria (infarto),Tumores (estómago ,próstata y otros tumores ), respiratorias(neumonía), digestivas (cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado) y causas externas(accidentes de tránsito y suicidios)

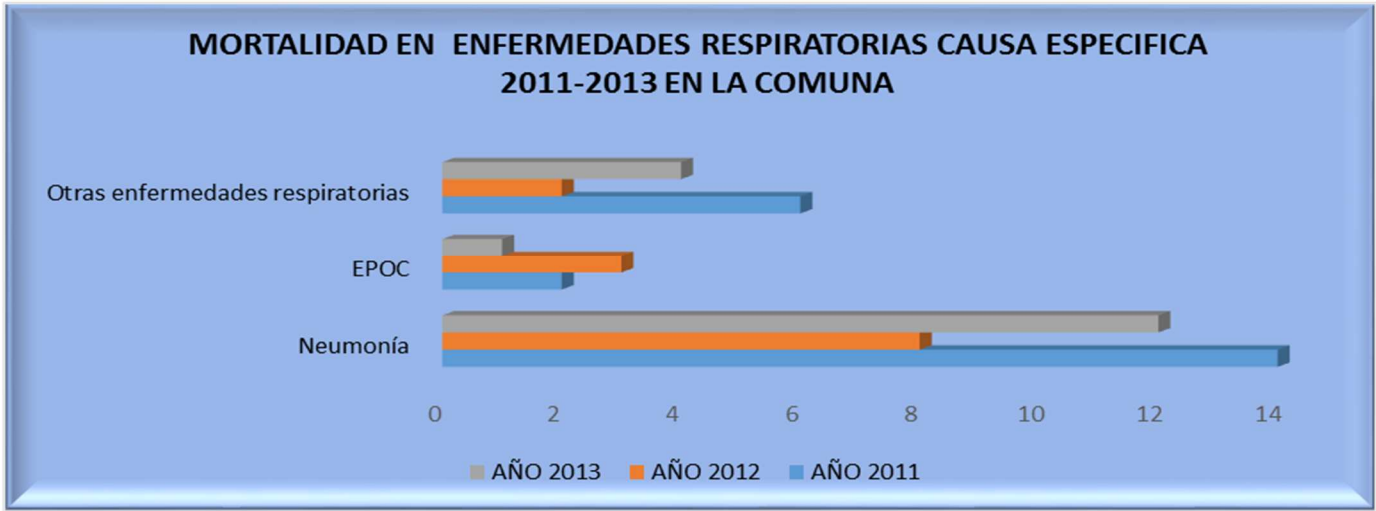
GRAFICO 4: PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN LA COMUNA POR SEXO TRIENIO 2011-2013



FUENTE: DEIS y datos locales año 2013

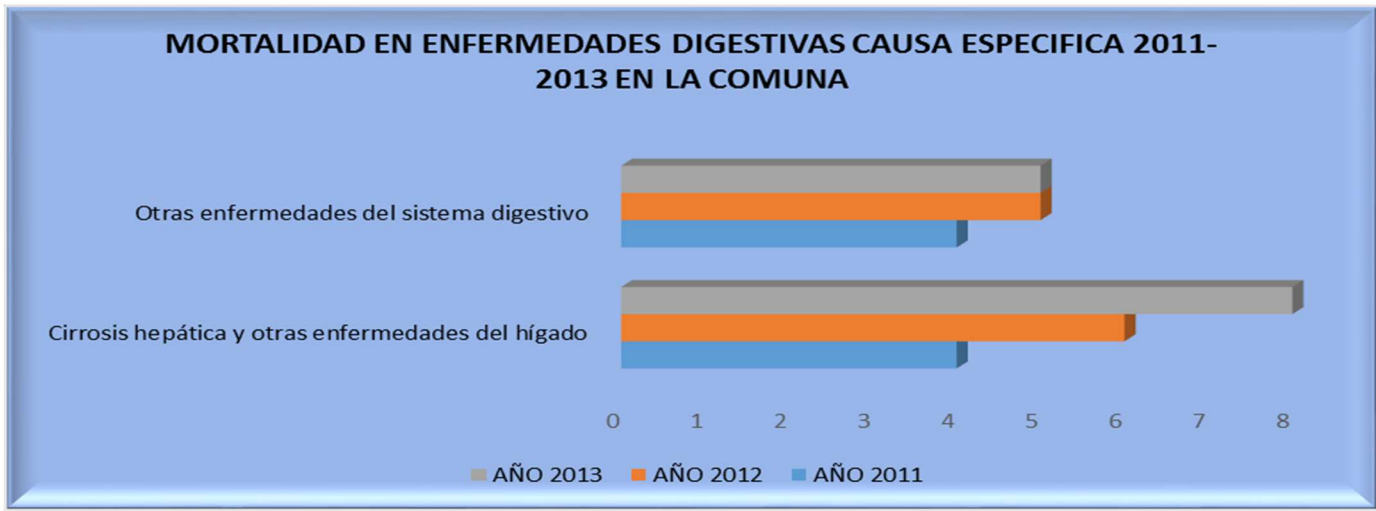
MORTALIDAD 5 PRIMERA CAUSAS POR CAUSAS ESPECÍFICAS

GRAFICO 1: RESPIRATORIAS



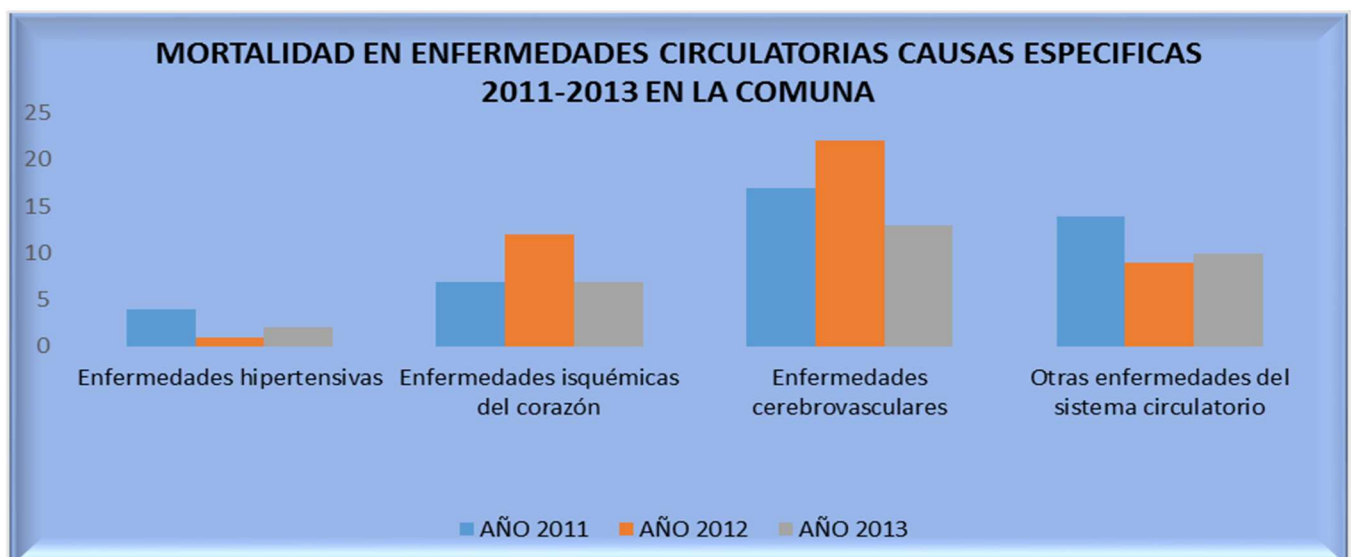
Fuente: Datos DEIS, elaboración local

GRAFICO 3: ENFERMEDADES SISTEMA DGESTIVO



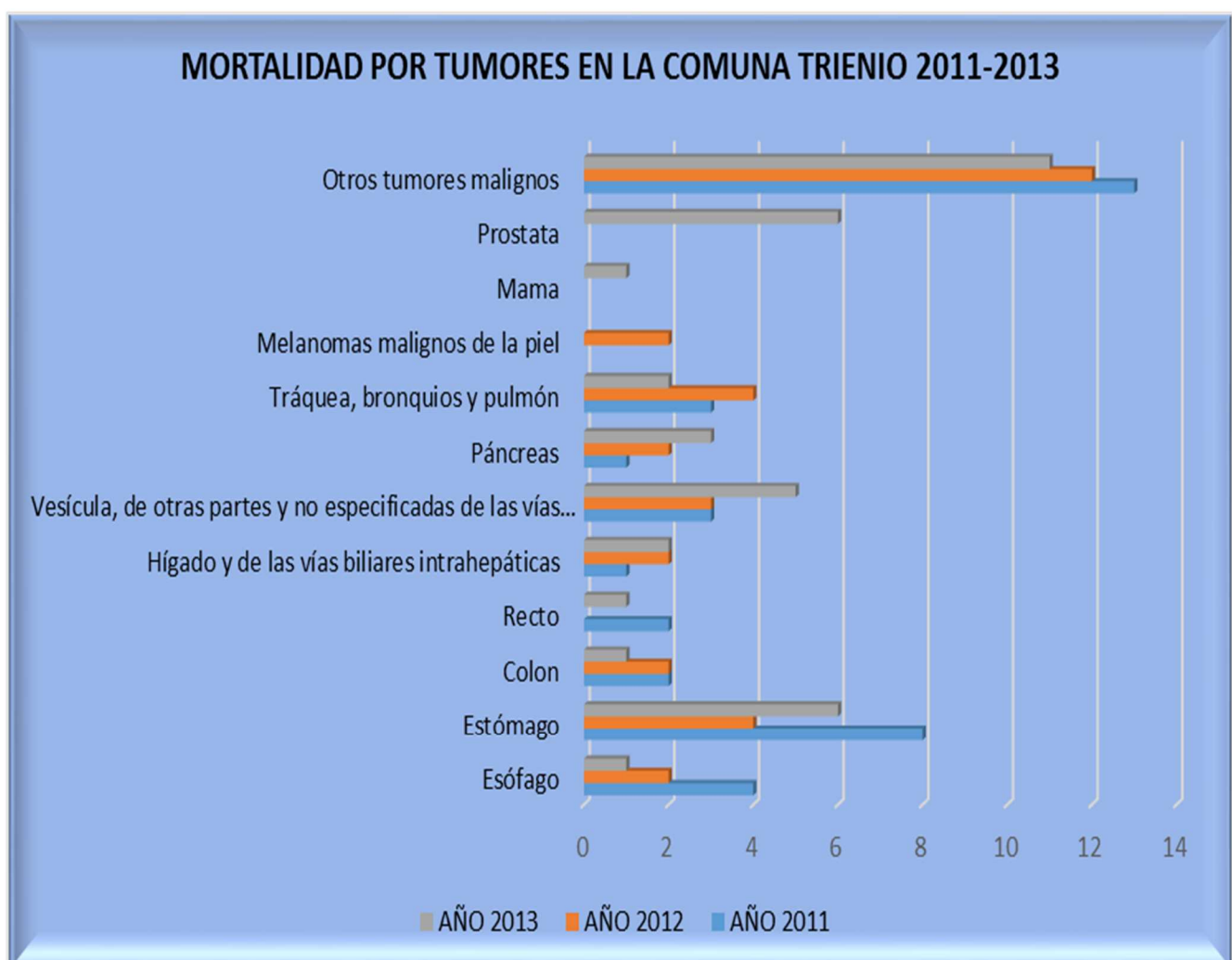
Fuente: Datos DEIS, elaboración local

GRAFICO 3: ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO



Fuente: Datos DEIS, elaboración local

GRAFICO 4: MORTALIDAD POR TUMORES año 2011-2013



Fuente: Datos DEIS, elaboración local

TABLA: MORTALIDAD POR CAUSAS, SEGÚN SEXO. Comuna Cabrero, año 2011-2013

Código CIE-10	Causas	H	M	H	M	H	M		TOTAL TRIENIO		TASA
									Nº	%	
	Todas las causas										
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0	2	1	1	5	5		14	3,16%	15,16
A15-A19	Tuberculosis	0	0	0	0	0	0		0	0	0
B20-B24	Enfermedad por VIH/SIDA	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Resto de A00-B99	Demás infecciosas y parasitarias	0	2	1	1	5	5		14	3,16%	15,16
C00-C97	Tumores Malignos	22	18	18	15	24	15		112	25,28%	121,20
C15	Esófago	3	1	1	1	0	1		7	1,58%	7,58
C16	Estómago	7	1	3	1	6			18	4,10%	19,49
C18	Colon	1	1	0	2	0	1		5	1,13%	5,41
C20	Recto	1	1	0		0	1		3	0,68%	3,25
C22	Hígado y de las vías biliares intrahepáticas	0	1	0	2	2	0		5	1,13%	5,41
C23-C24	Vesícula, de otras partes y no especificadas de las vías biliares	3	3	10	2	2	3		14	3,16%	15,16
C25	Páncreas	1	0	1	1	0	3		6	1,35%	6,50
C33-C34	Tráquea, bronquios y pulmón	0	3	2	2	0	2		9	2,03%	9,74
C43	Melanomas malignos de la piel	0	0	0	2	0	0		2	0,45%	2,17
C50	Mama	0	0	0	0	1	0		1	0,23%	1,08
C61	Próstata	0	0	0	0	6	0		6	1,35%	6,50
Resto de C00-C97	Otros tumores malignos	6	7	10	2	7	4		36	8,13%	38,97
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4	3	1	3	1	2		14	3,16%	15,16
E10-E14	Diabetes mellitus	3	2	1	2	0	0		8	1,81%	8,66
Resto de E00-E90	Otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	1	0	1	1	2		6	1,35%	6,50
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	23	19	25	19	17	15		118	26,64%	127,70
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	2	2	1	0	1	1		7	1,58%	7,58
I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	9	8	11	11	8	5		52	11,74%	56,29
Resto de I00-I99	Otras enfermedades del sistema circulatorio	10	4	4	5	4	6		33	7,45%	35,73
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	9	13	7	6	9	8		52	11,7%	56,20
J12-J18	Neumonía	6	8	4	4	8	4		34	7,67%	36,81
J40-J44	EPOC		2	2	1		1		6	1,35%	6,50
Resto de J00-J99	Otras enfermedades respiratorias	3	3	1	1	1	3		12	2,71%	12,99
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	5	3	9	2	8	5		32	7,22%	34,60
K70-K76	Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	2	2	5	1	7	1		18	4,06%	19,49
Resto de K00-K93	Otras enfermedades del sistema digestivo	3	1	4	1	1	4		14	3,16%	15,16
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0	0	0	0		0	0%	0,00
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2	0	0	1	1	0		4	1%	4,33
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	0	0	1	1	6	2		10	2,26%	10,83
V01-Y98	Causas externas	8	1	4	0	7	1		21	4,74%	22,73
V01-V89**	Accidentes de tránsito	4	0	1	0	2	1		8	1,81%	0,01
Resto de V01-V89	Otros accidentes de transporte	2	0	1	0	2	0		5	1,13%	5,40
X60-X84	Lesiones auto infligidas intencionalmente (Suicidios)	2	1	2	0	2	0		7	1,58%	7,58
W00-W99, X00-X59, X85-Y98	Demás causas externas	0	0	0	0	1	0		1	0,23%	1,08
Resto de códigos	Resto de causas	10	6	15	11	13	11		66	15%	71,45

Fuente: DEIS Y datos locales 2013

5.2.2. Cinco primeras causas de morbilidad y % Comuna de Cabrero 2011-2013

- 1.-Enfermedades del sistema circulatorio: Enfermedades cardiovasculares (accidentes cerebrovasculares, enfermedad isquémica (infarto), otras cardiopatías, enfermedad hipertensiva, otras)
- 2.- Cáncer: Tumores
- 3.-Enfermedades del sistema respiratorio: Enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma, infecciones respiratorias agudas)
- 4.- Enfermedades Digestivas
- 5.- Por causas externas: otras causas externas, accidentes (traumatismos múltiples), traumatismos cabeza, suicidios

TABLA Y GRÁFICO 1: Cinco primeras causas de morbilidad , % y tasa Mortalidad Comuna de Cabrero, 2011-2013

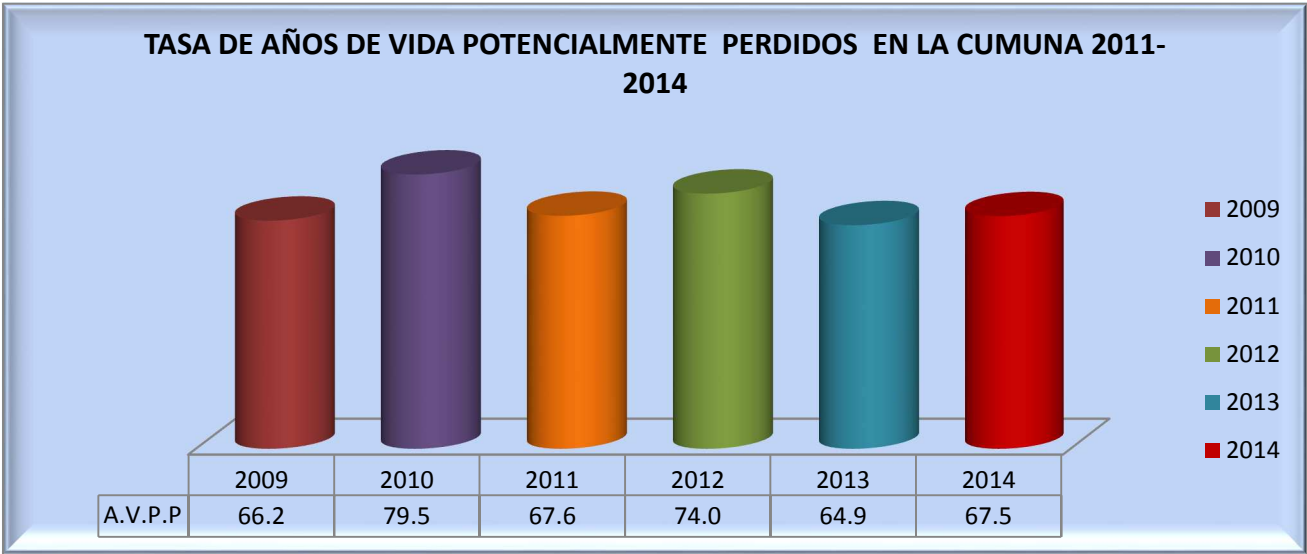
		AÑO 2011		2012		2013		TOTAL TRIENIO		
Código CIE-10	Causas	H	M	H	M	H	M	Nº AMBOS SEXOS	%	TASA
	Todas las causas									
TUMORES MALIGNOS	Tumores Malignos	22	18	18	15	24	15	112	25,28%	121,2
	Esófago	3	1	1	1		1	7	1,58%	7,58
	Estómago	7	1	3	1	6		18	4,1%	19,49
	Colon	1	1		2		1	5	1,13%	5,41
	Recto	1	1				1	3	0,68%	3,25
	Hígado y de las vías biliares intrahepáticas	0	1	0	2	2	0	5	1,13%	5,41
	Vesícula, de otras partes y no especificadas de las vías biliares	3	3	1	2	2	3	14	3,16%	15,16
	Páncreas	1		1	1		3	6	1,35%	6,50
	Tráquea, bronquios y pulmón	0	3	2	2	0	2	9	2,03%	9,74
	Melanomas malignos de la piel	0	0	0	2	0	0	2	0,45%	2,17
	Mama	0	0	0	0	1	0	1	0,23%	1,08
	Próstata	0	0	0	0	6	0	6	1,35%	6,50
	Otros tumores malignos	6	7	10	2	7	4	36	8,13%	38,97
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (CIRCULATORIAS )	Enfermedades del sistema circulatorio	23	19	25	19	17	15	118	26,64%	127,7
	Enfermedades hipertensivas	2	2	1	0	1	1	7	1,58%	7,58
	Enfermedades isquémicas del corazón(infarto)	2	5	9	3	4	3	26	5,87%	28,15
	Enfermedades cerebrovasculares	9	8	11	11	8	5	52	11,74%	56,29
	Otras enfermedades del sistema circulatorio	10	4	4	5	4	6	33	7,45%	35,73
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	Enfermedades del sistema respiratorio	9	13	7	6	9	8	52	11,7%	56,2
	Neumonía	6	8	4	4	8	4	34	7,67%	36,81
	EPOC		2	2	1		1	6	1,35%	6,50
	Otras enfermedades respiratorias	3	3	1	1	1	3	12	2,71%	12,99
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	Enfermedades del sistema digestivo	5	3	9	2	8	5	32	7,22%	34,6
	Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	2	2	5	1	7	1	18	4,06%	19,49
	Otras enfermedades del sistema digestivo	3	1	4	1	1	4	14	3,16%	15,16
CAUSAS EXTERNAS	Causas externas	8	1	4	0	7	1	21	4,74%	22,7
	Accidentes de tránsito	4	0	1	0	2	1	8	1,81%	8,66
	Otros accidentes de transporte	2	0	1	0	2	0	5	1,11%	5,41
	Lesiones auto infligidas intencionalmente (Suicidios)	2	1	2	0	2	0	7	1,58%	7,58
	Demás causas externas	0	0	0	0	1	0	1	0.23%	1,08



5.2.3 Otros indicadores epidemiológicos relevantes de la Comuna.

a) Años de vida potencialmente perdidos

GRAFICO: AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS COMUNA AÑOS 2011-2014



Fuente: DEIS 2014

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, tanto a nivel nacional, como para efectuar comparaciones a nivel. El análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables

b) Tasas de mortalidad

TASA BRUTA DE MORTALIDAD COMUNA DE CABRERO AÑO 2014



**Tasa Bruta de Mortalidad General**  
Cabrero en el año 2014 fue 5,5 defunciones por cada /1000 hab.

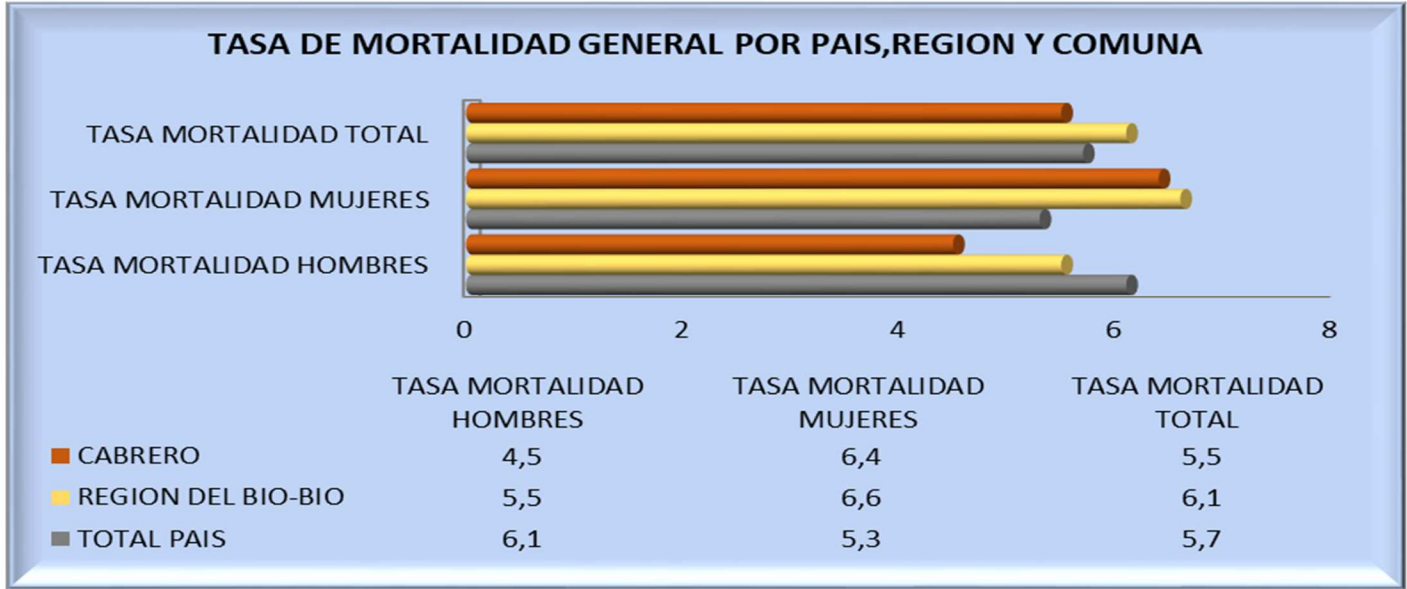
TABLA 1: MORTALIDAD GENERAL E ÍNDICE DE SWAROOP, SEGÚN PAÍS REGIÓN Y COMUNA, AÑO 2014

Región y comuna	Mortalidad General*							ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total		Hombre		Mujer		Indeterminado			
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Total	Hombre	Mujer
Total País	101.960	5,7	53.975	6,1	47.968	5,3	17	77,9%	72,7%	83,7%
Del Biobío	12.752	6,1	6.845	6,6	5.903	5,5	4	77,9%	73,5%	83,0%
Cabrero	159	5,5	94	6,4	65	4,5	0	81,1%	80,9%	81,5%

FUENTE: DEIS 2014

Índice de Swaroop, que representa la proporción de fallecimientos entre personas de 50 años o más por cada 100 defunciones totales (un valor más elevado indica una mejor situación sanitaria). Se obtiene en un año, y el 100% se obtendría si todas las personas vivieran más de 50 años. En los países desarrollados este índice ronda el 90%.

GRAFICO: TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR SEXO, COMUNA, REGION Y PAIS ,2014



Fuente DEIS 2014

TABLA 2 : TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL AÑO 2013

Territorio	Tasa de Natalidad (TBN) X 1000 nacidos vivos	Tasa de Mortalidad General Defunciones por cada 1000 hab.	Tasa de Mortalidad Infantil Defunciones menores de 1 año
Comuna de Cabrero	15,3	5,5	10,8 (4 casos)
Región del Biobío	13,8	6,1	7,3 (205 casos)
País	14,01	5,7	7,7 (1908 casos)

Fuente DEIS 2014

La utilidad de la tasa de natalidad se manifiesta en el nivel local porque es la base para el cálculo de, por ejemplo, las vacunas de recién nacidos que serán requeridas, o el número de partos que se podrían producir, si la tendencia no experimenta cambios.

TABLA 3: DEFUNCIONES INFANTIL Y SUS COMPONENTES, POR REGION Y COMUNA DE RESIDENCIA DE LA MADRE AÑO 2013

Región y Comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Post neonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa*	Defunciones menores 28 días	Tasa*	Defunciones menores 7 días	Tasa*	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa*
País	1.692	7,0	1.253	5,2	1.014	4,2	514	2,0
Biobío	206	7,8	149	5,7	116	4,4	49	1,8
Cabrero	1	2,7	1	2,7	0	0	0	0,0

c) Problemas específicos de salud

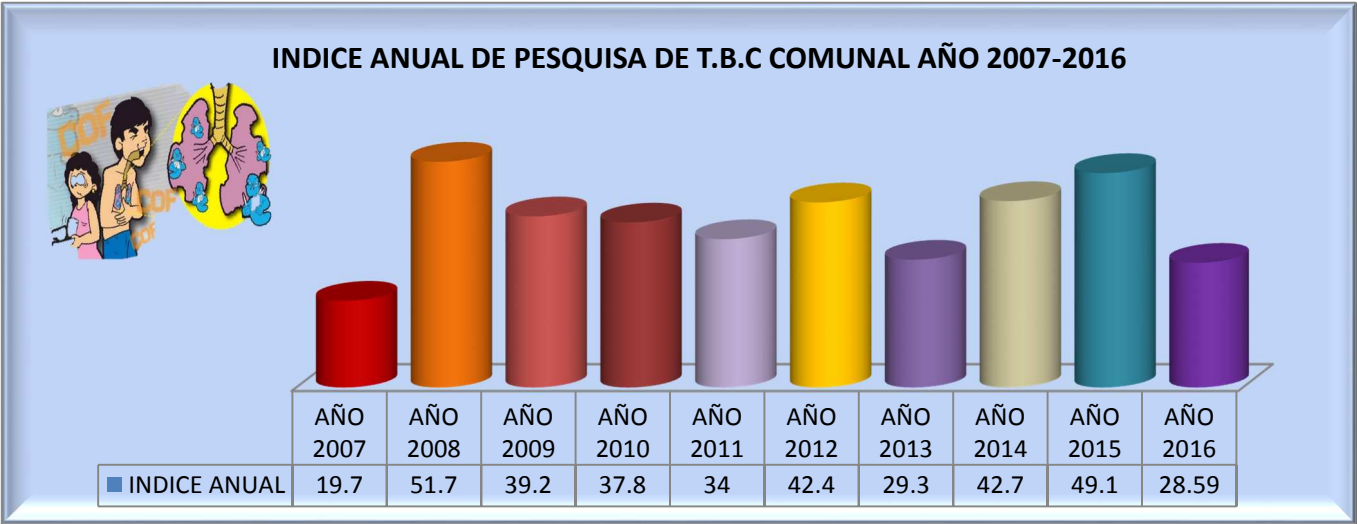
- 1. Índice de pesquisa TBC
- 2. Exámenes de bacilos copia (pesquisa)

TABLA: INDICE DE PESQUISA TBC COMUNA DE CABRERO 2007-2016

AÑO	INDICE ANUAL
2007	19,7
2008	51,7
2009	39,2
2010	37,8
2011	34,0
2012	42,4
2013	29,3
2014	42,7
2015	49,1
2016	28,59

Fuente: DEIS 2016

TABLA Y GRAFICO: INDICE DE PESQUISA: BACILOSCOPIAS REALIZADAS EN LA COMUNA AÑO 2016



INDICE DE PESQUISA T.B.C	BACILOSCOPIAS TOMADAS	CONSULTAS DE MORBILIDAD POBLACION MAYOR DE 15 AÑOS	TASA X 1000 HABITANTES
COMUNA	726	25.391	28,59
CABRERO + POSTAS	449	16.969	26,46
MONTE AGUILA	277	8.422	32,89

Fuente: DEIS 2016

5. 2.4. Coberturas alcanzadas en cada etapa del ciclo vital, Principales características de riesgo y daño Comuna de Cabrero

TABLA 1: POBLACIÓN BAJO CONTROL COMUNA POR CICLO VITAL AÑO 2016

COMUNA		TOTAL	INFANCIA	ADOLESCENTE	ADULTO	A.MAYOR
SALUD DE LA MUJER (Rem P.1)						
1a. Regulación fertilidad (total fila 20)		4096	-	428	3668	
1b. Gestante en control (total fila 36)		170	-	16	154	
1c. Control climaterio (total fila 67)		15	-		15	
INFANCIA (Rem P2)						
2.1. Niños en control (fila 11)		2529	2529			
2.2. Diagnóstico nutricional integrado (fila 24 a la 30)	Riesgo/Bajo peso	80	80			
	Desnutrido	4	4			
	Sobre peso/Riesgo Obesidad	584	584			
	obesos	376	376			
	Normal	1477	1477			
2.3. Según evaluación del desarrollo psicomotor	Riesgos (total)	8	8			
	Retraso (total)	0	0			
2.4 Con consulta	Del 5to mes	115	115			
	De los 3 años y 6 meses	79	79			



nutricional según estrategia (fila 55 y 56)							
OTROS PROGRAMAS ( Rem P3)							
3.1 Respiratoria (suma fila 12 a 20)		919	253	107	257	302	
3.2 Oxígeno dependiente (fila 22)		9	2	1	3	3	
3.3 AVNI (fila 23)		0	0	0	0	0	
3.4 Dependencia	LEVE	139	0	1	8	130	
	MODERADA	81	0	0	13	68	
	SEVERA	157	8	10	22	117	
CARDIOVASCULAR ( Rem P4)							
4.1 N° personas en PSCV (fila 12)		6340		23	3692	2625	
4.2 Clasificación de riesgo, Bajo control según patología y progresión de riesgo... Incluir detalle de toda la sección A	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	1441		11	970	460
		MODERADO	2257		7	1337	913
		ALTO	2642		5	1385	1252
	PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	4676		7	2376	2293
		DIABETICOS	2153		5	1207	941
		DISLIPIDEMICOS	3593		10	2136	1447
		TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	417		0	227	190
		ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	136		0	47	89
		ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	154		0	54	100
		DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)	3549		13	2183
	ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)	1110		0	671	439	
	ETAPA G3a (VFG ≥45 a 59 ml/min)	403		0	46	357	
	ETAPA G3b (VFG ≥30 a 44 ml/min)	218		0	10	208	
	ETAPA G4 (VFG ≥15 a 29 ml/min)	70		0	10	60	
ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)	30		0	10	20		
ADULTO MAYOR ( Rem P 5)							
5.1 Autovalente sin riesgo		863				863	
5.2 Autovalente con riesgo		677				677	
5.3 Riesgo de dependencia		599				599	
5.4 Total de dependientes (suma de filas 16 a19)		320				320	
5.5 Total adultos mayores institucionalizados		0				0	
SALUD MENTAL ( Rem P 6)							
6.1 N° de personas en control en el programa		1285	66	193	940	86	
SALUD FAMILIAR ( Rem P7)							
7.1 N° de familias inscritas		7086					
7.2 N° de familias evaluadas		2510					
7.3 N° de familias riesgo Alto y Medio		1584					
REHABILITACIÓN FÍSICA ( Rem P8)							
8.1 N° de personas en control		1147	21	66	791	269	
8.2 Artrosis leve y moderada		209	0	0	95	114	
8.3 Secuela ACV		31	0	0	10	21	



TABAL 2.POBLACIÓN BAJO CONTROL CESFAM CABRERO Y POSTAS POR CICLO VITAL AÑO 2016

ESTABLECIMIENTO			TOTAL	INFANCIA		ADOLESCENTE		ADULTO		A.MAYOR	
CESFAM CABRERO + POSTAS			CESFAM CABRERO	POSTAS	CESFAM CABRERO	POSTAS	CESFAM CABRERO	POSTAS	CESFAM CABRERO	POSTAS	CESFAM CABRERO
SALUD DE LA MUJER (Rem P.1)											
1a. Regulación fertilidad (total fila 20)			2.633	295		0	233	29	2.400	266	0
1b. Gestante en control (total fila 36)			119	5		0	12	0	107	5	0
1c. Control climaterio (total fila 67)			3	12		0		0	3	12	0
INFANCIA (Rem P2)				0		0		0		0	0
2.1. Niños en control (fila 11)			1.608	191	1.608	191		0		0	0
2.2. Diagnóstico nutricional integrado (fila 24 a la 30)	Riesgo/Bajo peso		66	2	66	2		0		0	0
	Desnutrido		4	0	4	0		0		0	0
	Sobre peso/Riesgo Obesidad		375	44	375	44		0		0	0
	obesos		216	32	216	32		0		0	0
	Normal		939	113	939	113		0		0	0
2.3. Según evaluación del desarrollo psicomotor :	Riesgos (total)		4	0	4	0		0		0	0
	Retraso (total)		0	0	0	0		0		0	0
2.4 Con consulta nutricional según estrategia (fila 55 y 56)	Del 5to mes		93	2	93	2		0		0	0
	De los 3 años y 6 meses		63	3	63	3		0		0	0
OTROS PROGRAMAS ( Rem P3)				0		0		0		0	0
3.1 Respiratoria (suma fila 12 a 20)			668	0	191	0	84	0	189	0	204
3.2 Oxígeno dependiente (fila 22)			7	0	2	0	1	0	1	0	3
3.3 AVNI (fila 23)			0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.4 Dependencia	LEVE		80	14	0	0	1	0	8	0	71
	MODERADA		72	5	0	0	0	0	12	1	60
	SEVERA		101	11	8	0	6	0	15	2	72
CARDIOVASCULAR ( Rem P4)				0		0		0		0	0
4.1 Nº personas en PSCV (fila 12)			3.905	619		0	11	1	2.330	336	1.564
4.2 Clasificación de riesgo ,Bajo control según patología y progresión de riesgo.....Incluir detalle de toda la sección A	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	773	105		0	4	0	527	65	242
		MODERADO	1.515	231		0	3	0	923	128	589
		ALTO	1.617	283		0	4	1	880	143	733
	PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	2.916	469		0	6	0	1.521	225	1.389
		DIABETICOS	1.342	243		0	4	1	774	122	564
		DISLIPIDEMICOS	2.288	213		0	3	0	1.391	127	894
		TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	246	43		0	0	0	136	29	110
		ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	97	8		0	0	0	34	4	63
		ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	99	11		0	0	0	37	5	62
		SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)	1.647	599		0	9	1	1.162	335	476
		ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)	1.098	1		0	0	0	666	0	432
		ETAPA G3a (VFG ≥45 a 59 ml/min)	337	10		0	0	0	41	0	296
		ETAPA G3b (VFG ≥30 a 44 ml/min)	166	4		0	0	0	8	0	158
ETAPA G4 (VFG ≥15 a 29 ml/min)	54	4		0	0	0	9	0	45		
ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)	26	0		0	0	0	9	0	17		
ADULTO MAYOR ( Rem P 5)				0		0		0		0	
5.1 Autovalente sin riesgo			569	165		0		0		569	
5.2 Autovalente con riesgo			561	62		0		0		561	
5.3 Riesgo de dependencia			509	68		0		0		509	
5.4 Total de dependientes (suma de filas 16 a19)			210	26		0		0		210	
5.5 Total adultos mayores institucionalizados			0	0		0		0		0	
SALUD MENTAL ( Rem P 6)				0		0		0		0	
6.1 Nº de personas en control en el programa			911	0	44	0	132	0	704	0	31
SALUD FAMILIAR ( Rem P7)				0		0		0		0	
7.1 Nº de familias inscritas			4.373	889		0		0		0	
7.2 Nº de familias evaluadas			2.024	94		0		0		0	
7.3 Nº de familias riesgo Alto y Medio			1.334	6		0		0		0	
REHABILITACIÓN FÍSICA ( Rem P8)				0		0		0		0	
8.1 Nº de personas en control			1.099	0	21	0	63	0	762	0	253
8.2 Artrosis leve y moderada			195	0	0	0	0	0	86	0	109
8.3 Secuela ACV			31	0	0	0	0	0	10	0	21



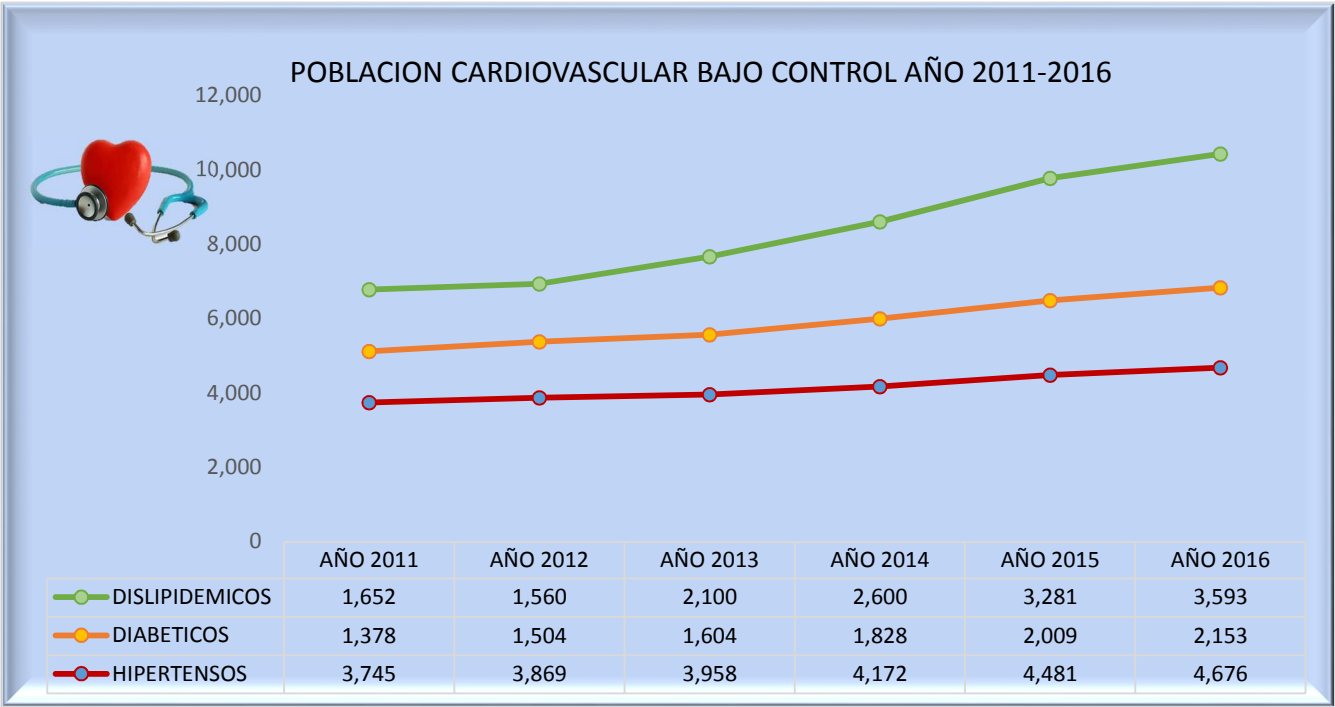
TABLA3: POBLACIÓN BAJO CONTROL CESFAM M.AGUILA POR CICLO VITAL AÑO 2016

ESTABLECIMIENTO			TOTAL	INFAN CIA	ADOLESC ENTE	ADULT O	ADULTO MAYOR
CESFAM MONTE AGUILA							
SALUD DE LA MUJER (Rem P.1)							
1a. Regulación fertilidad (total fila 20)			1.168		166	1.002	
1b. Gestante en control (total fila 36)			46		4	42	
1c. Control climaterio (total fila 67)			0				
INFANCIA (Rem P2)							
2.1. Niños en control (fila 11)			730	730			
2.2. Diagnóstico nutricional integrado (fila 24 a la 30)	Riesgo/Bajo peso		12	12			
	Desnutrido		0	0			
	Sobre peso/Riesgo Obesidad		165	165			
	obesos		128	128			
	Normal		425	425			
2.3. Según evaluación del desarrollo psicomotor :	Riesgos (total)		4	4			
	Retraso (total)		0	0			
2.4 Con consulta nutricional según estrategia (fila 55 y 56)	Del 5to mes		20	20			
	De los 3 años y 6 meses		13	13			
OTROS PROGRAMAS ( Rem P3)							
3.1 Respiratoria (suma fila 12 a 20)			251	62	23	68	98
3.2 Oxígeno dependiente (fila 22)			2	0	0	2	0
3.3 AVNI (fila 23)			0	0	0	0	0
3.4 Dependencia	LEVE		45	0	0	0	45
	MODERADA		4	0	0	0	4
	SEVERA		45	0	4	5	36
CARDIOVASCULAR ( Rem P4)							
4.1 Nº personas en PSCV (fila 12)			1.816		11	1.026	779
4.2 Clasificación de riesgo ,Bajo control según patología y progresión de riesgo.....Incluir detalle de toda la sección A	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	563		7	378	178
		MODERADO	511		4	286	221
		ALTO	742		0	362	380
	PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN Y PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	1.291		1	630	660
		DIABETICOS	568		0	311	257
		DISLIPIDEMICOS	1.092		7	618	467
		TABAQUISMO ≥ 55 AÑOS	128		0	62	66
		ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO (IAM)	31		0	9	22
		ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	44		0	12	32
		SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)	1.303		3	686	614
	DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC).	ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)	11		0	5	6
		ETAPA G3a (VFG ≥45 a 59 ml/min)	56		0	5	51
		ETAPA G3b (VFG ≥30 a 44 ml/min)	48		0	2	46
		ETAPA G4 (VFG ≥15 a 29 ml/min)	12		0	1	11
		ETAPA G5 (VFG <15 ml/min)	4		0	1	3
ADULTO MAYOR ( Rem P 5)							
5.1 Autovalente sin riesgo			129				129
5.2 Autovalente con riesgo			54				54
5.3 Riesgo de dependencia			22				22
5.4 Total de dependientes (suma de filas 16 a19)			84				84
5.5 Total adultos mayores institucionalizados			0				0
SALUD MENTAL ( Rem P 6)							
6.1 Nº de personas en control en el programa			374	22	61	236	55
SALUD FAMILIAR ( Rem P7)							
7.1 Nº de familias inscritas			2.713				
7.2 Nº de familias evaluadas			486				
7.3 Nº de familias riesgo Alto y Medio			250				
REHABILITACIÓN FISICA ( Rem P8)							
8.1 Nº de personas en control			48	0	3	29	16
8.2 Artrosis leve y moderada			14	0	0	9	5
8.3 Secuela ACV			0	0	0	0	0

TABLA 4: POBLACION BAJO CONTROL SEGÚN PROBLEMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN LA COMUNA AÑO 2011-2016

DIAGNOSTICO	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
HIPERTENSOS	3.745	3.869	3.958	4.172	4.481	4.676
DIABETICOS	1.378	1.504	1.604	1.828	2.009	2.153
DISLIPIDEMICOS	1.652	1.560	2.100	2.600	3.281	3.593

GRAFICO 1: EVOLUCION POBLACION DE SALUD CARDIOVASCULAR AÑOS 2011-2016

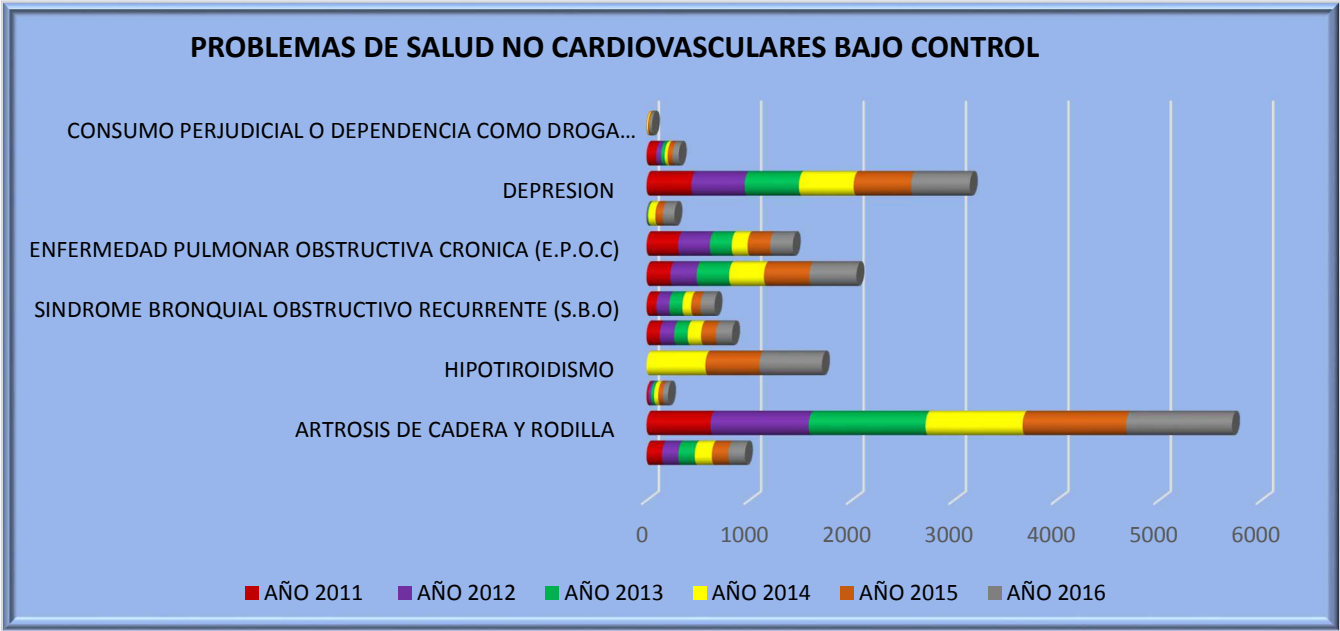


En el gráfico se observa aumento progresivo de problemas de salud CV.

TABLA 5: POBLACION BAJO CONTROL SEGÚN PROBLEMA DE SALUD NO CARDIOVASCULAR EN LA COMUNA AÑO 2011-2016

DIAGNOSTICO	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
OTROS PROBLEMAS DE SALUD						
EPILEPSIA	151	160	161	166	161	162
ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	625	959	1.141	948	1.011	1.034
PARKINSON	19	25	30	40	47	49
HIPOTIROIDISMO	-	-	-	575	527	611
CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA SEVERA	129	141	132	131	145	157
RESPIRATORIO						
SINDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE (S.B.O)	98	124	129	85	91	137
ASMA	232	257	318	340	443	460
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (E.P.O.C)	309	309	214	155	221	220
OTRAS RESPIRATORIAS	3	4	11	68	74	112
SALUD MENTAL						
DEPRESION	438	520	531	534	562	572
CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	95	48	35	28	50	59
CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL	2	1	0	11	14	25

GRAFICO 2: POBLACION BAJO CONTROL SEGÚN PROBLEMA DE SALUD **NO** CARDIOVASCULAR EN LA COMUNA AÑO 2011-2016

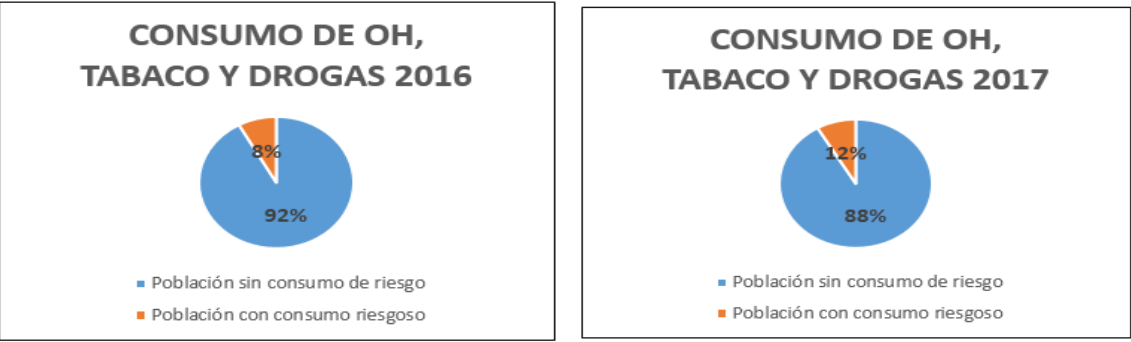


En tabla y grafico se observa el aumento progresivo entre el año 2011 y 2016 de 5 problemas de salud: artrosis de cadera y rodilla, hipotiroidismo, depresión, asma, EPOC.

**DIAGNÓSTICO DE PROGRAMA DIR (Programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (2017))**

El año 2017 el “Programa Vida Sana Alcohol y Drogas” cambia de nombre a “Programa DIR Alcohol, Tabaco y Drogas”, este último modifica dentro de sus bases la edad de aplicación de los instrumentos de tamizaje de las diversas drogas, ampliándose el rango desde los 15 años hasta la adultez mayor. Al igual que el año 2016, la aplicación de los diversos instrumentos se realiza en dependencias del CESFAM, empresas privadas, establecimiento educacional (LMAZZ) y otras instancias en las que se presente la población objetivo del programa

1. **Consumo de la población:** Tiene como finalidad conocer el patrón de consumo del usuario.



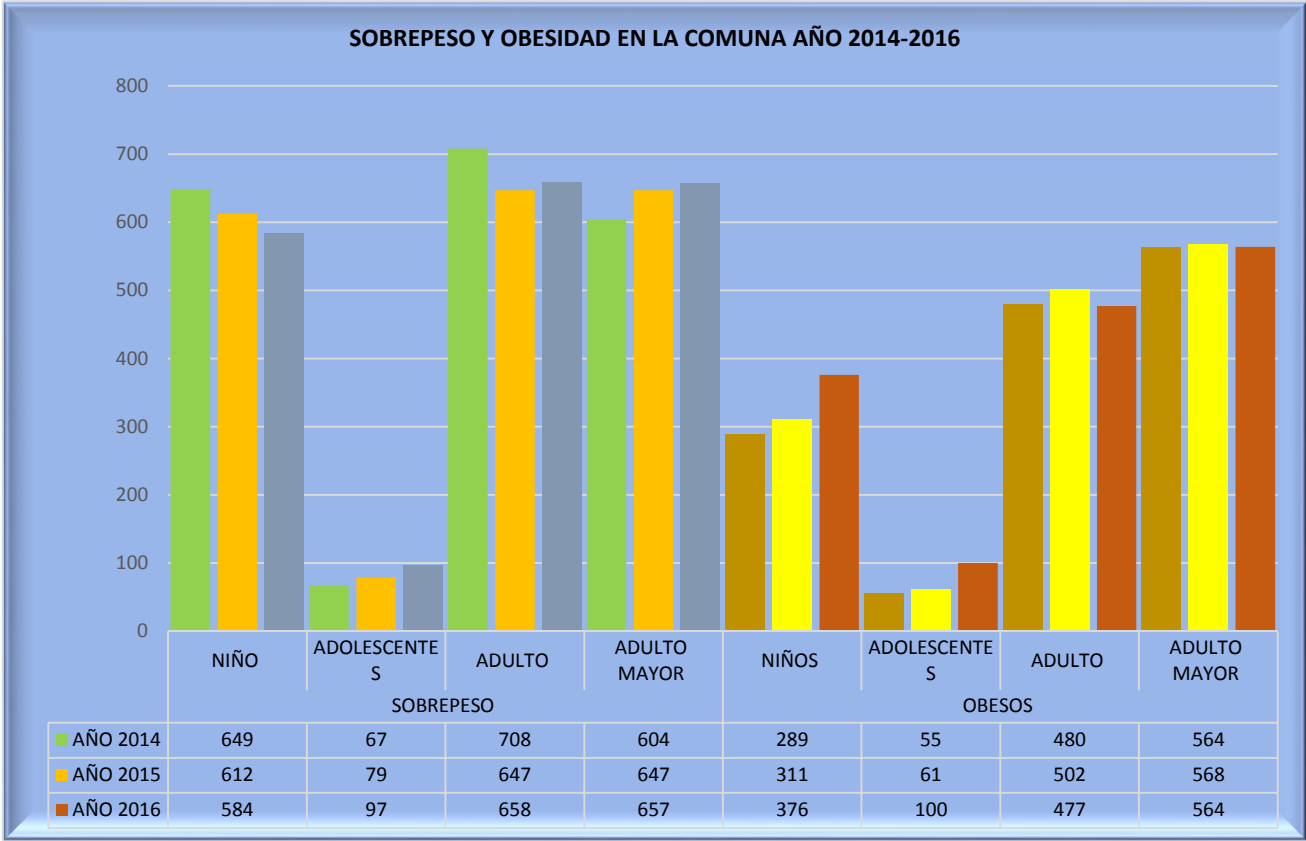
\*\* El aumento del consumo de riesgo de la población se puede entender debido a que el año 2016 se aplicó en mayor medida el instrumento de tamizaje alusivo al consumo de alcohol, y durante el año 2017 se comenzaron a ocupar otros instrumentos que median además, consumo de tabaco y otras drogas.

2. **Consumo Adolescente:** En relación al consumo desde los 15 a las 19 años, los resultados señalan:



\*\* Grafico muestra el aumento consumo año 2016 y 2017 de un 13% a un 14% en los adolescentes, entre 15 y 19 años presenta consumo de riesgo por uso de sustancias, ya sea alcohol, tabaco u otras drogas. Además, cabe mencionar que dentro de este porcentaje también se encuentran jóvenes que no consumen mencionadas drogas pero sí se han visto expuestos/as a situaciones riesgosas productos del consumo de alcohol de terceros, como por ejemplo: subir a un vehículo motorizado el cual ha sido manejado por alguien bajo los efectos del alcohol.

GRAFICO 3: POBLACION BAJO CONTROL DE SOBREPESO Y OBESOS SEGÚN CICLO VITAL AÑOS2014-2016



En gráfico se observa aumento de obesidad grupo infancia y adolescente

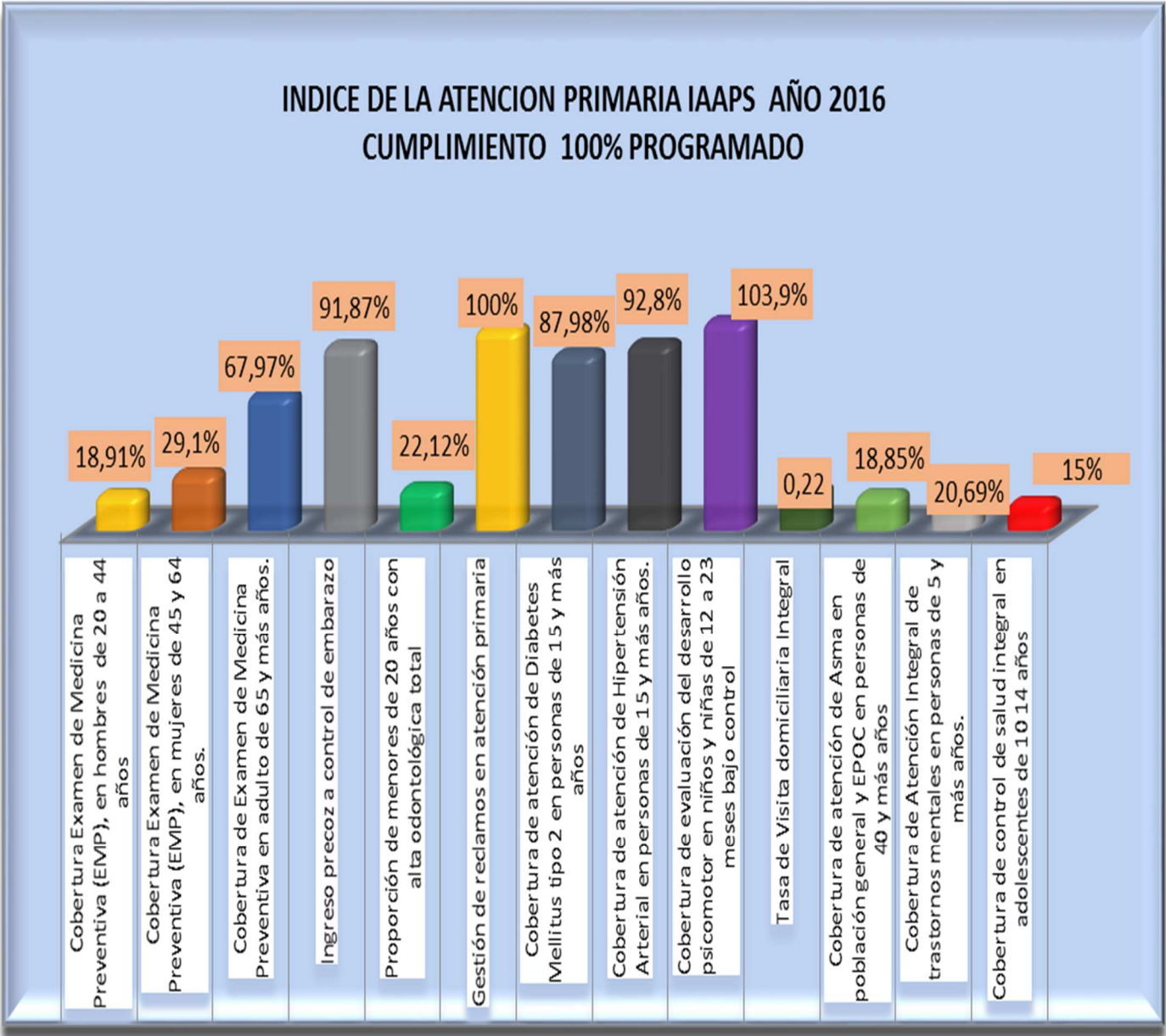
5.3 Acciones y estrategias realizadas por ciclo vital

5.3.1 Índices de la Atención Primaria IAAPS año 2016

Nº	COMPONENTES	META NACIONAL 2016	META LOCAL 2016	INDICADOR		% CUMPLIMIENTO COMPROMETIDO
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP) hombres de 20 a 44 años	25,00%	20,01%	874	4.622	18,91%(98%)
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP) mujeres de 45 a 64 años.	26,00%	28,97%	454	1.560	29,10%(+100%)
3	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en adultos de 65 y más años.	55,00%	72,36%	2.154	3.169	67,97%(98%)
4	Ingreso precoz a control de embarazo	87,00%	88,00%	305	332	91,87%(+100%)
5	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	24,00%	21,83%	1.732	7.831	22,12%(+100%)
6	Gestión de reclamos en APS	97,00%	100,00%	35	35	100,00%(100%)
7	Cobertura de atención de DM II en personas de 15 y más años	55,00%	78,00%	2.379	2.704	87,98%(+100%)
8	Cobertura de atención de HTA en personas de 15 y más años.	71,00%	91,29%	4.676	5.039	92,80%(+100%)
9	Cobertura e.v desarrollo psicomotor niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	94,00%	97,00%	346	333	103,90%(+100%)
10	Tasa de Visita domiciliaria Integral	0,22	0,22	1.523	6.972	0,22(100%)
11	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años	22,00%	18,52%	688	3.649	18,85%(+100%)
12	Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	17,00%	18,24%	1.189	5.748	20,69%(+100%)
13	Cobertura de control de salud integral en adolescentes de 10 a 14 años	15,00%	15,04%	301	1.995	15,09%(100%)

Indices de actividad con continuidad de atencion IAAPS 2016

COMPONENTES	META NACIONAL 2016	META LOCAL 2016	INDICADOR		CUMPLIMIENTO
Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas de Lunes a Viernes	100%	100%	2	2	100%
Disponibilidad de fármacos trazadores	100%	100%	2	2	100%

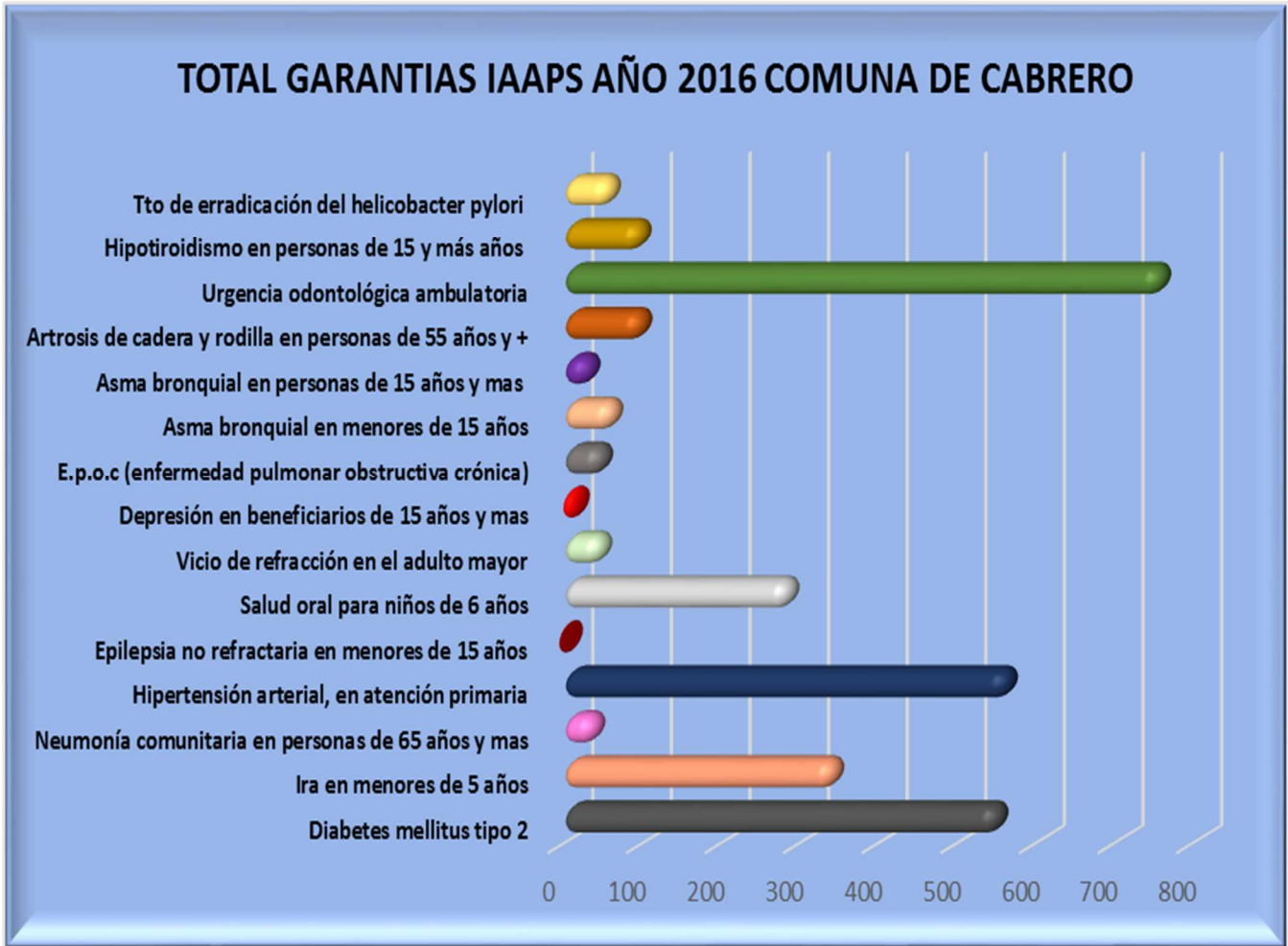




Índices de la atención primaria IAAPS GES año 2016

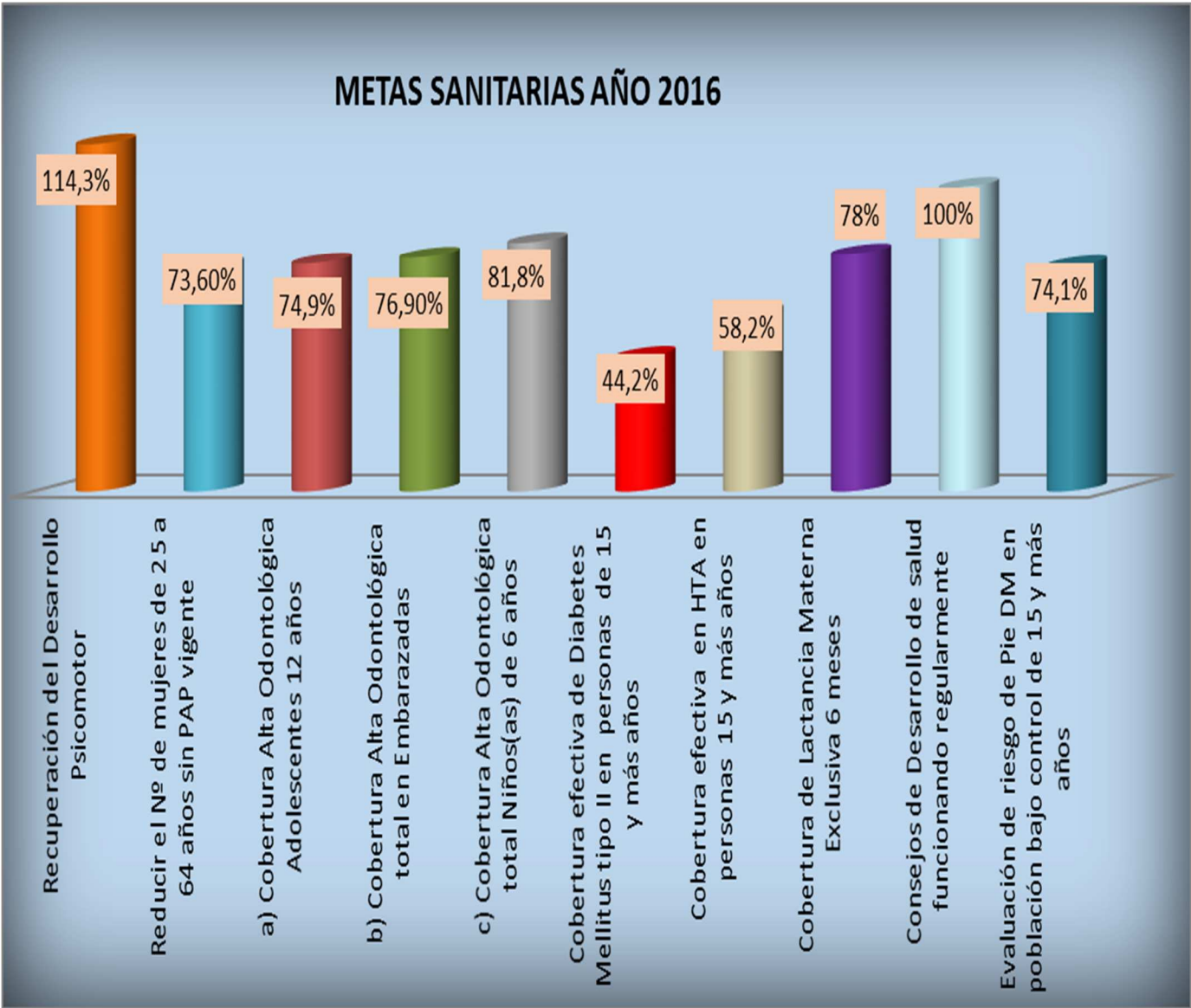
INDICES DE LA ATENCION PRIMARIA IAAPS GES AÑO 2016

AAPS EVALUACION COMUNAL		AAPS ENERO - DICIEMBRE 2016					
Nº	PROBLEMA DE SALUD	Cumplidas	Exceptuadas	Incumplí C/Ev	Retrasadas	Total, General	IAAPS
7	Diabetes mellitus tipo 2	487	64	0	0	551	100%
19	Ira en menores de 5 años	342	0	0	0	342	100%
20	Neumonía comunitaria en personas de 65 años y mas	38	0	0	0	38	100%
21	Hipertensión arterial, en atención primaria	469	94	0	0	563	100%
22	Epilepsia no refractaria en menores de 15 años	1	0	0	0	1	100%
23	Salud oral para niños de 6 años	285	0	0	0	285	100%
29	Vicio de refracción en el adulto mayor	47	0	0	0	47	100%
34	Depresión en beneficiarios de 15 años y mas	15	0	0	0	15	100%
38	E.p.o.c (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	42	6	0	0	48	100%
39	Asma bronquial en menores de 15 años	58	3	0	0	61	100%
61	Asma bronquial en personas de 15 años y mas	28	4	0	0	32	100%
41	Artrosis de cadera y rodilla en personas de 55 años y +	98	0	0	0	98	100%
46	Urgencia odontológica ambulatoria	758	0	0	0	758	100%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 y más años	97	0	0	0	97	100%
80	Tto de erradicación del helicobacter pylori	58	0	0	0	58	100%
OTALES		2.823	171	0	0	2.994	100%



5.3.2 Metas sanitarias y mejoramiento A.P.S municipal - ley 19.813 año 2016

EVALUACION LEY METAS SANITARIAS 2016			CUMPLIMIENTO COMUNAL		
Indicadores	Meta Nacional	Meta Local	INDICADOR		Cumplimiento
Recuperación del Desarrollo Psicomotor	90	95,00	8	7	114,3%
74,1%	Reducir el Nº de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente	PAP	5.407	7.348	73,6%
a) Cobertura Alta Odontológica Adolescentes 12 años	74	74	298	398	74,9%
b) Cobertura Alta Odontológica total en Embarazadas	68	76	256	333	76,9%
c) Cobertura Alta Odontológica total Niños(as) de 6 años	79	82,28	284	347	81,8%
Cobertura efectiva de Diabetes Mellitus tipo II en personas de 15 y más años	24	41,59	1.195	2.704	44,2%
Cobertura efectiva en HTA en personas 15 y más años	50	57,97	2.932	5.039	58,2%
Cobertura Lactancia Materna Exclusiva 6 meses	60%	77,87%	220	282	78%
Consejos de Desarrollo de salud funcionando regularmente	100% de los Consejos de Desarrollo de Salud con plan evaluado y ejecutado a diciembre de 2014.	80%	2	2	100,0%
Evaluación Anual del pie en personas DM de 15 y más años	90	89%	1.596	2.153	



5.3.3 Programa chile crece contigo comuna año 2016

INDICADORES DE INVERSION

Id	Indicador	Meta	Pond.	Diciembre	% Cumpl
A01	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según Epsa que presentan al menos 3 riesgos psicosociales	4	5%		
A02	Porcentaje de gestantes que ingresan a control grupal: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	80%	4%	280	84,8
				330	
A03	Porcentaje de diadas controladas dentro de los 10 días de vida del recién nacido(a)	70%	12%	230	79,3
				290	
A04	Porcentaje de madres, padres o cuidadores (as) de niños (as) menores de 6 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto en relación a la población bajo control de niños(as) menores de 5 años	abril: 1%jun: 2,9%	12%	79	5,0
		dic: 5,5%		1570	
A05	Promedio de talleres Nadie es Perfecto iniciados por facilitador vigente a la fecha de corte	abril: 0,7%jun: 1,7%	10%	10	3,3
		dic: 3,4%		3	
A06	Porcentaje de niños(as) menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo: sicomotor y lenguaje	22%	15%	78	35,5
				220	
A07	Porcentaje de niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación	90%	15%	41	105,1
				39	
A08	Promedio de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias, niños(as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI	1,5	12%	85	2,2
				39	

INDICADORES DE CONTEXTO AÑO 2016

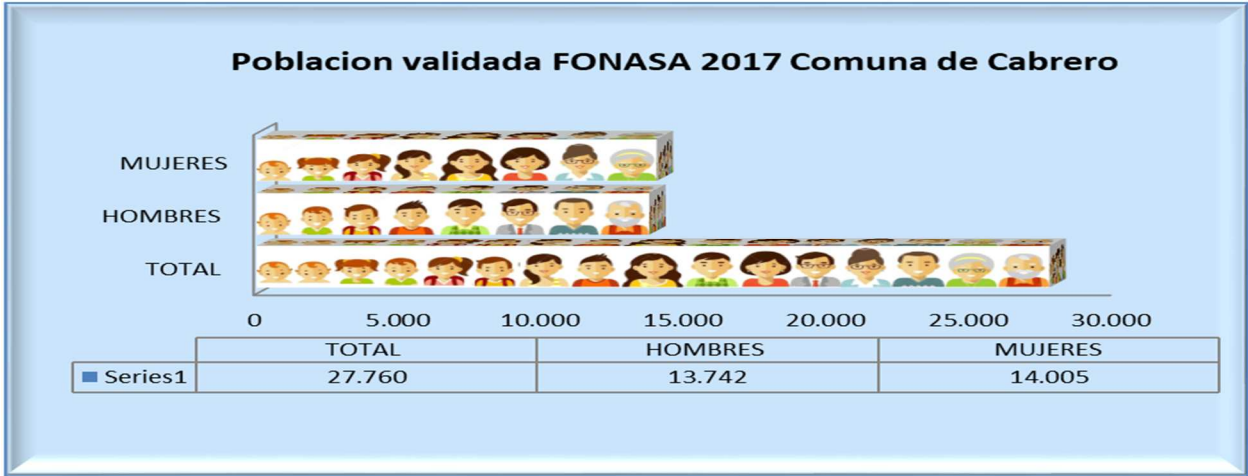
Id	Indicador	Meta	Pond.	Diciembre	% cumpl
B1	Porcentaje de controles prenatales realizados en presencia de pareja, familiar u otro	30%	3%	1094	43,6
				2509	
B2	Porcentaje de controles de salud entregados a niños(as) menores de 4 años en los que participa el padre.	25%	3%	609	19,3
				3148	
B3	Porcentaje de niños(as) con rezago derivados a modalidad de estimulación.	80%	2%	33	100,0
				33	
B4	Porcentaje de niños(as) de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM reevaluados y recuperados	80%	7%	5	55,6
				9	

}

5.4 Población

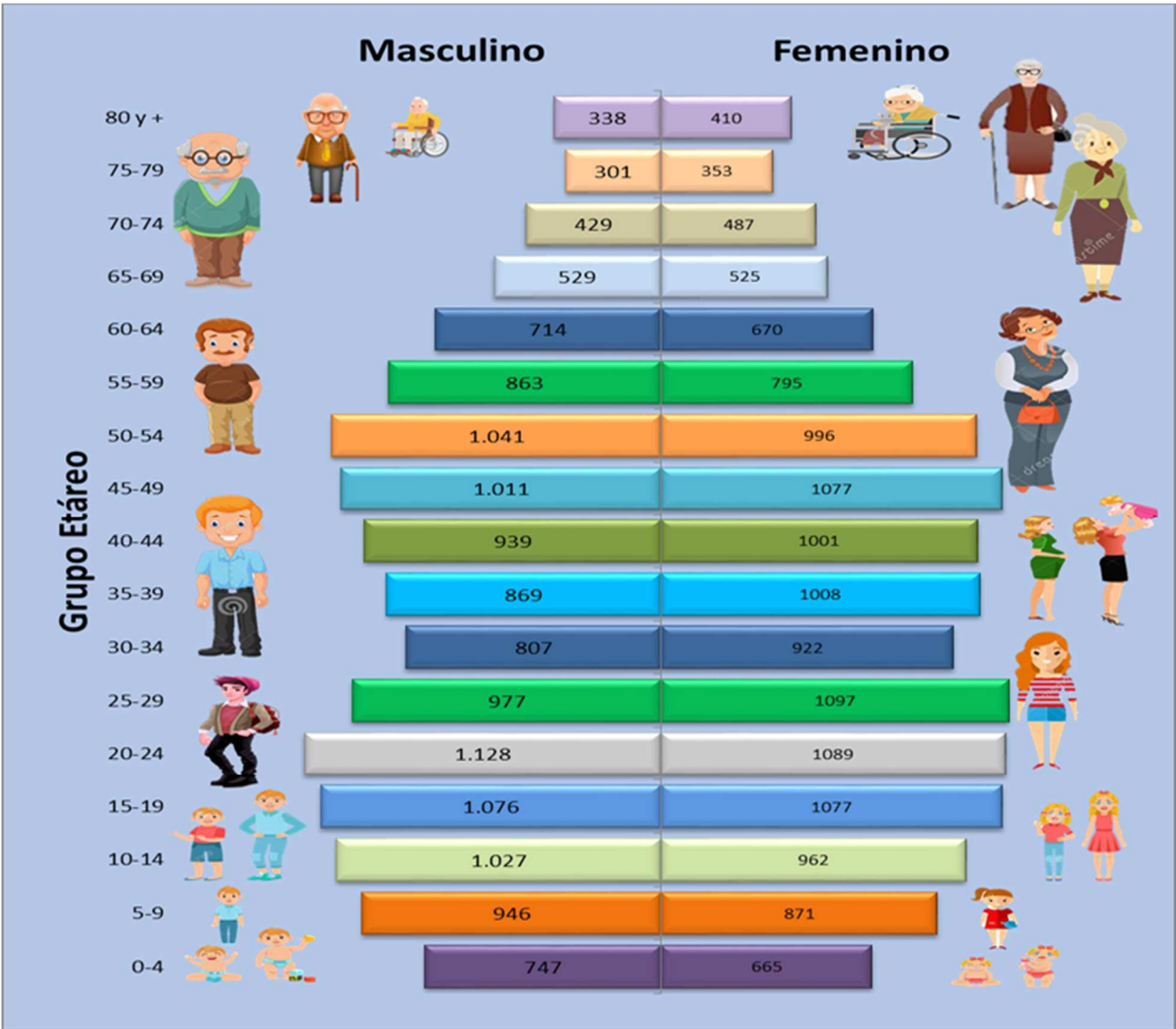
5.4.1 Población validada FONASA año2017

GRAFICO1: POBLACIÓN VALIDADA FONASA COMUNA DE CABRERO, POR SEXO AÑO 2017



Al observar la estructura de la población por sexo de la Comuna las mujeres superan a los hombres, es decir participan con más del 50,0% de la población de la Comuna

b) Pirámide población validad FONASA corte Agosto 2017



COMUNA CABRERO	POBLACION FONASA		INDICE DE MASCULINIDAD
	HOMBRE	MUJERES	
AÑO 2015	13.927	13.962	0,99
AÑO 2016	13.776	13.991	0,98
AÑO 2017	13.742	14.005	0,98

GRAFICO 2: PIRÁMIDES VARIACIÓN DE LA POBLACIÓN COMUNA DE CABRERO AÑO 2013-2017

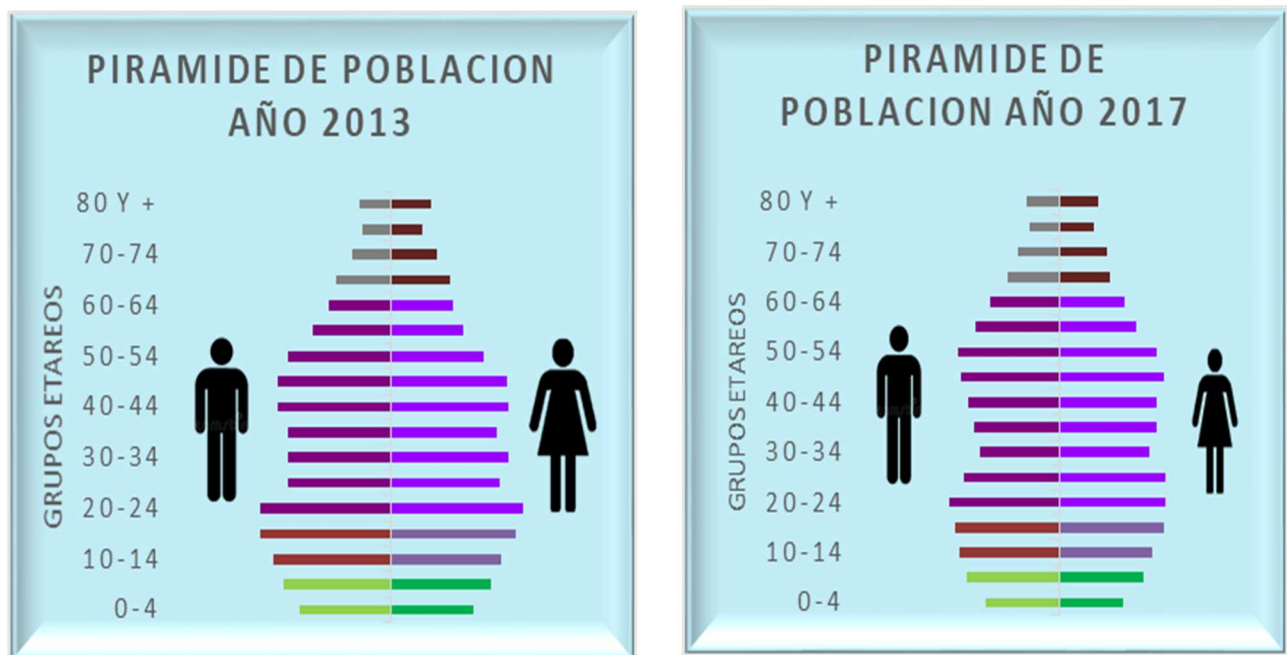


Grafico3: VARIACIÓN DE LA POBLACIÓN VALIDADA FONASA EN GRANDES GRUPOS DE EDAD 2013-2017 (EN PORCENTAJE) COMUNA DE CABRERO.

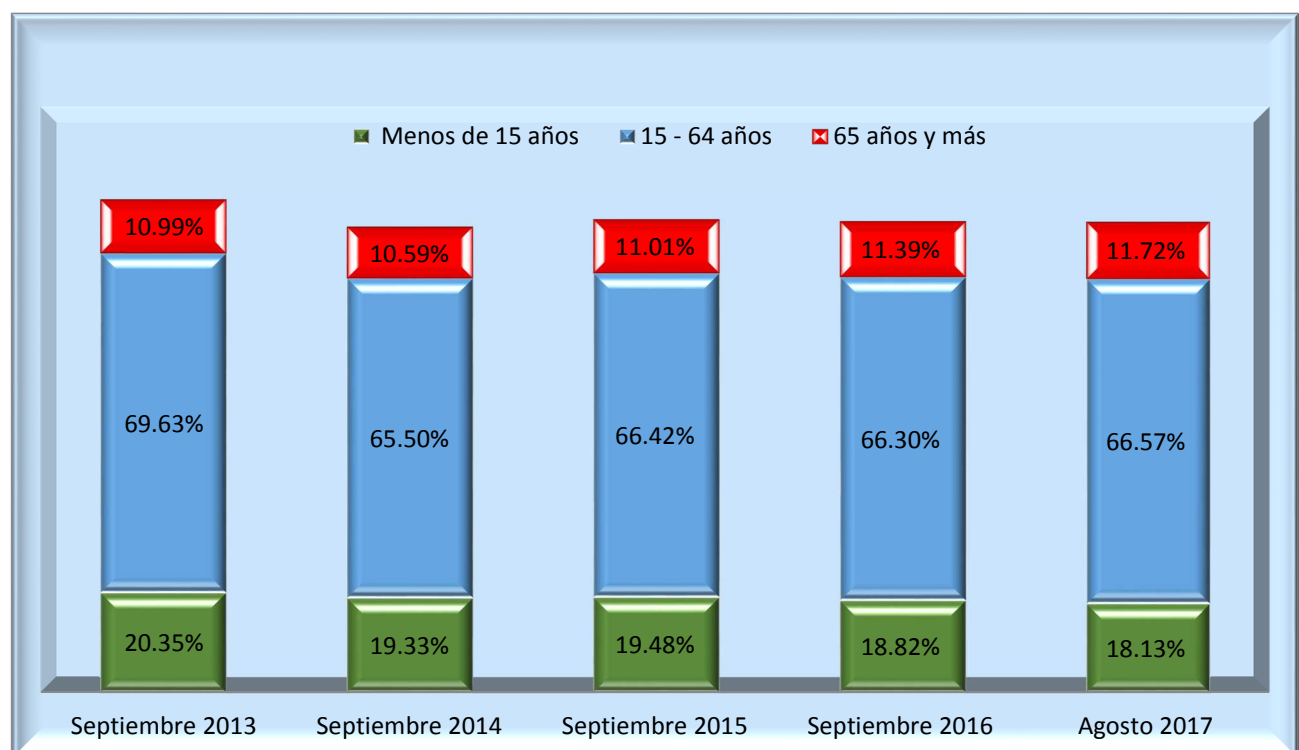




TABLA.POBLACIÓN INSCRITA POR ESTABLECIMIENTO, SECTORES Y CICLO VITAL AÑO 2017

Fuente: FONASA población válida al 30 de agosto 2017

	TOTAL, GRAL CABRERO			Infancia		Adolescencia		Adulto		AM : 65 y más años	
	TOTAL	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
COMUNA	27.760	13.742	14.005	1.693	1.536	2.103	2.039	8.349	8.655	1.597	1.775
CESFAM CABRERO/CECOSF	17.399	8.509	8.882	1.107	1.018	1.345	1.300	5.171	5.537	886	1.027
CESFAM MONTE ÁGUILA	7.612	3.776	3.832	481	428	594	580	2.258	2.289	443	535
POSTA CHARRUA	990	497	492	46	44	74	64	283	302	94	82
POSTA CHILLANCITO	843	435	408	38	28	44	56	285	269	68	55
POSTA COLICHEU	644	371	273	19	15	38	27	249	181	65	50
POSTA QUINEL	272	154	118	2	3	8	12	103	77	41	26
SUB TOTAL POSTAS	2.749	1.457	1.291	105	90	164	159	920	829	268	213
*13 PERSONAS NO TIENEN EDAD NI SEXO DE LOS CUALES 8 SON DE CESFAM CABRERO 4 CESFAM MONTE AGUILA Y 1 DE POSTAS											

5.4.2 Número de familias a cargo por establecimiento

TABLA: FAMILIAS A CARGO POR ESTABLECIMIENTO AÑO 2017

ESTABLECIMIENTOS	CESFAM CABRERO	CECOSF	POSTAS	CESFAM MAGUILA
POBLACION	17.399	4.205	2.749	7.612
NUMERO FAMILIAS	3.998	1.274	914	2.304

FUENTE: DEIS REM P 07

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	COMUNA CABRERO		CESFAM CABRERO +CECOSF		CESFAM M. AGUILA		TOTAL, POSTAS	
N° FAMILIAS INSCRITAS	8490	15,45%	5272	7%	2304	5,64%	914	88,29%
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	1312		375		130		807	
N° FAMILIAS CON PLAN DE INTERVENCIÓN	432		355		26		51	6,3%
N° FAMILIAS SIN PLAN DE INTERVENCIÓN	880		20		104		756	

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS POR SECTOR	TOTAL, POSTAS		POSTA CHARRUA		POSTA CHILLANCITO		POSTA COLICHEU		POSTA QUINEL	
N° FAMILIAS INSCRITAS	914	88,29%	289	100%	269	60,22%	237	100%	119	100%
N° FAMILIAS EVALUADAS CON CARTOLA/ENCUESTA FAMILIAR	807		289		162		237		119	
N° FAMILIAS CON PLAN DE INTERVENCIÓN	51	6,3 %	18		15		12		6	
N° FAMILIAS SIN PLAN DE INTERVENCIÓN	756		271		147		225		113	



### 5.4.3 Estratificación de la Población por riesgo:

PIRAMIDE ESTRATIFICACION DE RIESGO (ER) DE LA POBLACION DE LA COMUNA Y POR CENTROS DE ATENCION SEGÚN MODELO DE KAISER.

La estratificación es importante porque permite un abordaje de base poblacional (es decir que incluye a toda la población asignada a una unidad de servicios) y de forma proactiva donde reconocer con antelación a aquellas personas que con alta probabilidad tendrán un evento o un problema en un futuro próximo. A si mismo permite aborda la población de mayor riesgo con planes de cuidados específicos para evitar aumente su daño y eventos adversos.

Agrupando los individuos según los diferentes riesgos podemos clasificar la población en diferentes estratos o segmentos. Estos modelos predictivos permiten, por tanto, estratificar a la población en función del riesgo creciente de padecer el evento adverso definido para construir estrategias de abordaje proactivo o de anticipación al daño.

En la base de la Pirámide (G0) estarían agrupados los usuarios donde debemos aplicar estrategias de promoción y prevención que representan un 58,8 %, en el estrato que sigue G 1 soporte e autogestión corresponde a pacientes crónicos (24,6%) Y G2 gestión del problema de salud, pacientes de alto riesgo (15,6%) y G3 gestión preferencial de cuidados, pacientes de alto riesgo (1%)

Algunas enfermedades crónicas como la insuficiencia cardiaca, asma, diabetes y EPOC son de las patologías que más se podrían beneficiar de intervenciones preventivas ya que se considera que son patologías “impactables”, es decir, hay evidencia de que intervenir sobre estas poblaciones con unas determinadas actividades preventivas y de autocuidado puede influir positivamente en su salud. Un abordaje más proactivo por lo tanto en estos pacientes complejos permitiría:

- Evitar descompensaciones con medidas de promoción y prevención: abandono de hábitos nocivos, adherencia a la medicación, vacunaciones... y establecer programas de autocuidado.
- Detectar precozmente las descompensaciones por medio del empoderamiento y evitar un posible ingreso o una visita a urgencias.
- Facilitar al clínico la detección de pacientes con mayores necesidades sociales (en aquellos pacientes con mayor riesgo).
- Seleccionar a los pacientes a incluir en programas específicos de atención, que, en función de su morbilidad, se beneficien de una adecuada coordinación entre niveles que garantice un continuo asistencial.

La estratificación de riesgos es una herramienta que nos permite identificar y/o agrupar pacientes con mayor riesgo de empeorar o de padecer un nuevo problema de salud, que requieran una atención más intensa y mayores recursos de salud en el futuro. Sirve así para definir anticipadamente intervenciones que se adapten a sus necesidades de cuidados sanitarios futuros



# Pirámide Comuna Cabrero 2018

Población identificada

<ul style="list-style-type: none"><li>• Pobl. BC atención domiciliaria (dependencia severa, paliativos, cáncer, colostomizados, oxígeno requirientes, Demencia)</li><li>• Pobl. con necesidades especiales (sd. Down, retardo mental, autismo)</li><li>• Pobl. con esquizofrenia descompensada - Depresiones graves</li><li>• Pobl. Con IRC</li></ul> <b>I: 22 (0,6%) Adol: 21 (0,5%) Ad: 87 (0,5%) Ad M: 147 (4,5%)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pobl. Infantil con Retraso en DSM, trastornos de Hiperkinético, Prematuros, IRA grave, SBO</li><li>• Pobl. con maltrato o VIF o abuso sexual, Depresión moderada y leve, otras vulnerabilidades psicosociales</li><li>• Pobl. Gestantes derivadas a FAR</li><li>• Pobl. con infecciones de transmisión sexual / VIH derivadas a ITS</li><li>• Pobl. con mas de una ECNTs: Epilepsia, Artrosis, Parkinson, BC por alcohol y Drogas, ASMA, EPOC, RCV Alto</li><li>• Pobl. con derivación a UPC, UPM y ginecología</li><li>• Pobl. con perdida de la funcionalidad Leve o Moderada</li><li>• Daño odontológico que requiere derivación a nivel secundario</li></ul> <b>I: 105 (3,1%) Adol: 92 (2,2%) Ad: 2482 (14,7%) Ad M: 1641 (49,7%)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pobl. con malnutrición por exceso o déficit</li><li>• Pobl. Infantil con Trastornos del DSM (riesgo y rezago) T. del comportamiento, las emociones y ansioso</li><li>• Pobl. con 1 ECNTs ( Hipotiroidismo, EPI, en control en sala ERA, IRA, CCR o Salud Mental)</li><li>• Pobl. RCV Bajo o Moderado</li><li>• Pobl. Gestantes y Puérperas con riesgo psicosocial</li><li>• Pobl. con ITS tratadas en APS</li><li>• Pobl. AM Autovalentes con riesgo o Riesgo de dependencia</li><li>• Embarazo en adolescente</li></ul> <b>I: 1083 (31,5%) Adol: 370 (8,9%) Ad: 3974 (23,6%) Ad M: 1408 (42,6%)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Población sana</li><li>• Población sana bajo control</li></ul> <b>I: 2223 (64,8%) Adol: 3695 (88,4%) Ad: 10299 (61,2%) Ad M: 105 (3,2%)</b>

G3

277 (1%)

G2

4320 (15,6%)

G1

6835 (24,6%)

G0

16322 (58,8%)

- Visitas domiciliarias
- Talleres al cuidador
- CCR-IVADEC
- Ic especialista
- PNI
- MAIS

- CHCC
- MAIS
- Talleres Educativos
- CCR-IVADEC-Sala ERA IRA
- MAS
- PNI

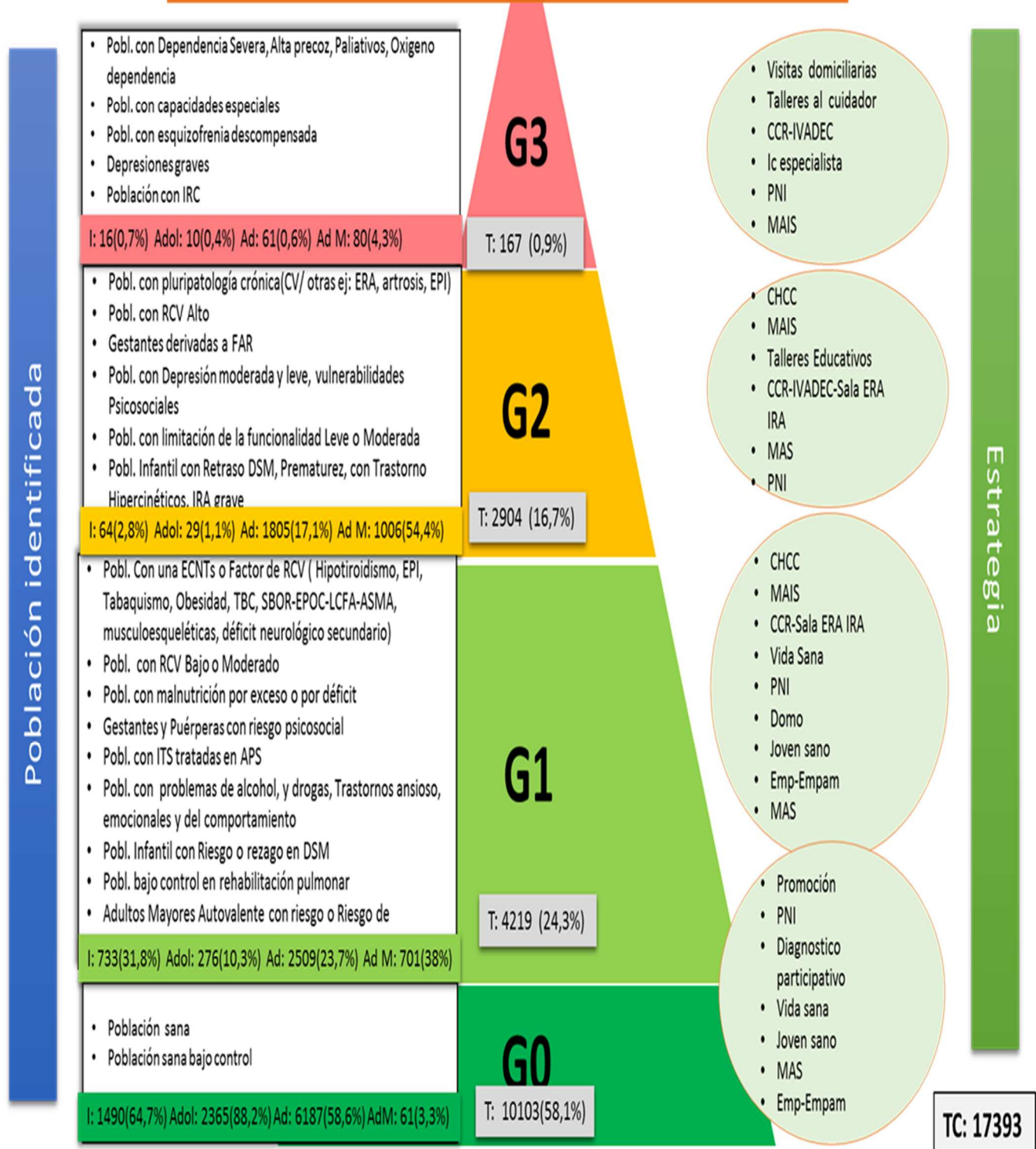
- CHCC
- MAIS
- CCR-Sala ERA IRA
- Vida Sana
- PNI
- Domo
- Joven sano
- Emp-Empam
- MAS

- Promoción
- PNI
- Diagnostico participativo
- Vida sana
- Joven sano
- MAS
- Emp-Empam

Estrategia

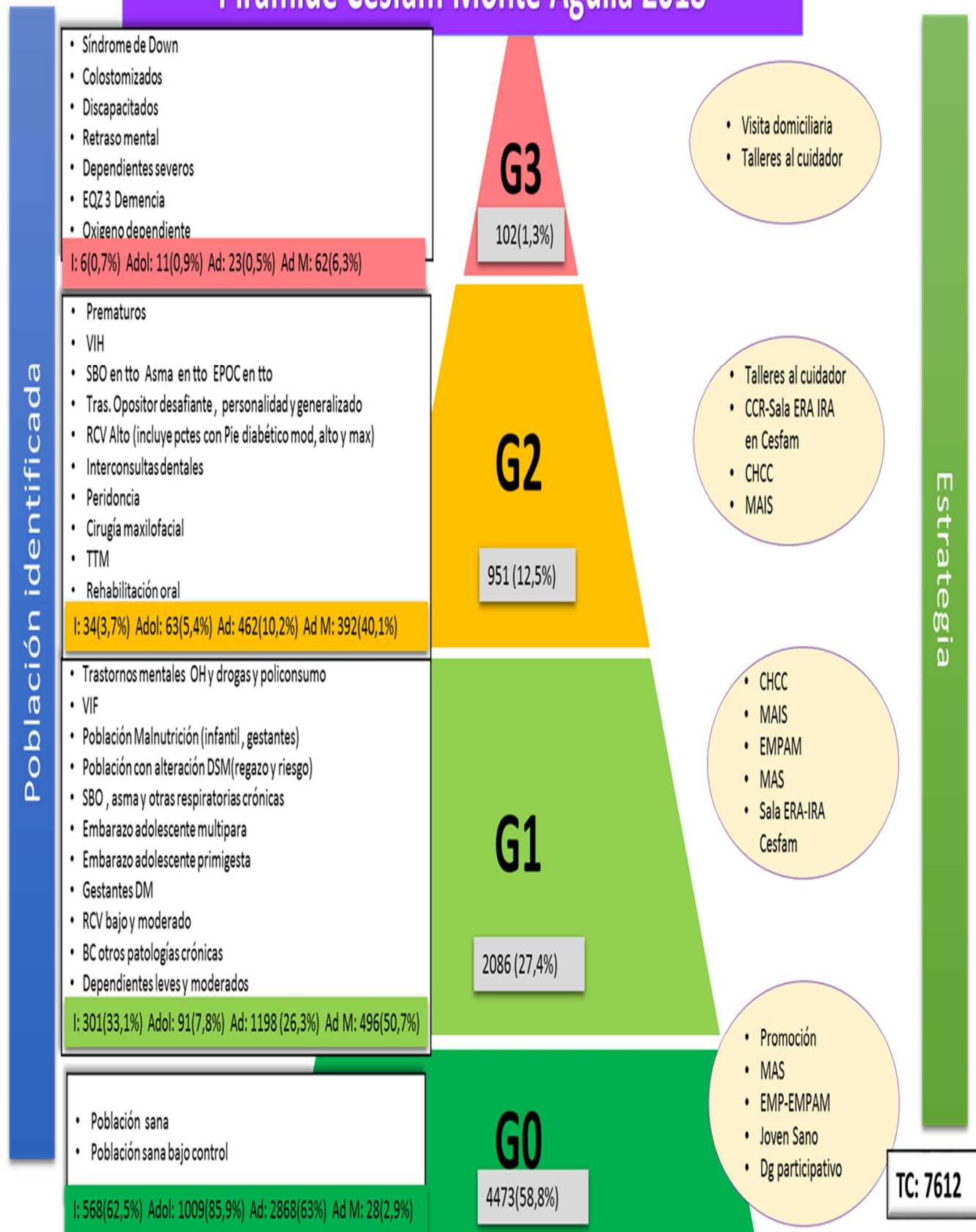
TC: 27754

## Pirámide Cefam Cecosf Cabrero 2018

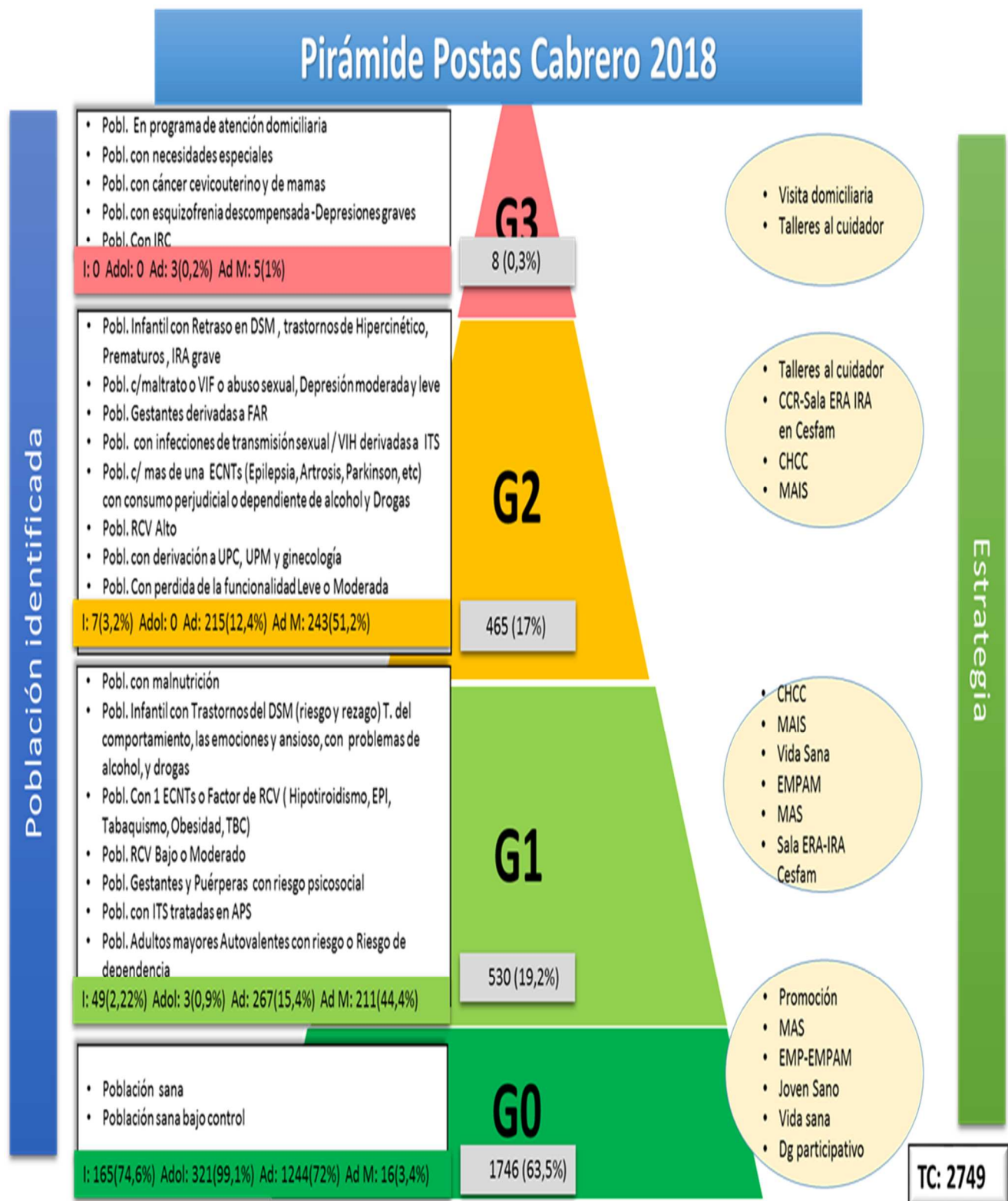




## Pirámide Cefam Monte Águila 2018







La estratificación de riesgo poblacional busca:

La identificación proactiva de pacientes con diferentes riesgos.

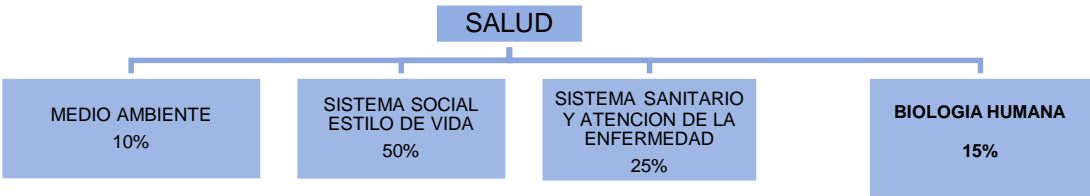
Asignar programas de intervención para anticiparnos a la aparición de problemas evitables.

5.5 Determinantes de salud: Indicadores de caracterización social

Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciables por factores individuales, sociales  
Culturales económicos y ambientales

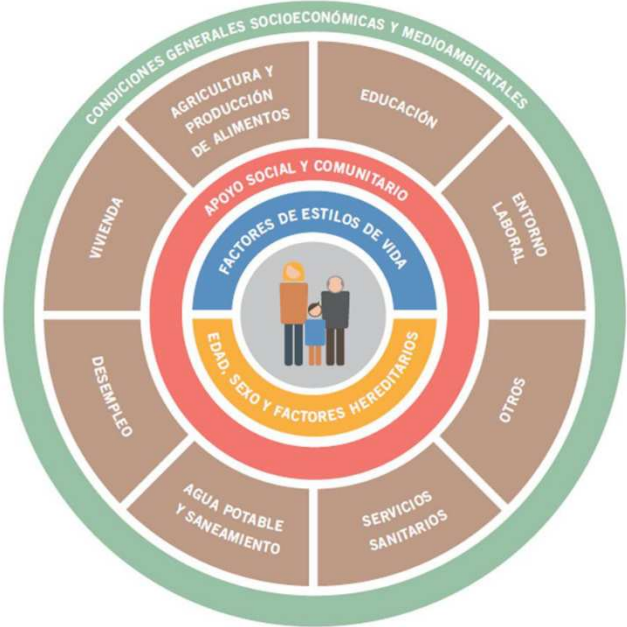
Determinantes de salud en una Comunidad:

¿Cuáles son los principales determinantes de la salud?



Fuente:OMS AÑO 2008

1. Biología humana a humana (15 %): Carga genética, envejecimiento
2. Medio ambiente Medio ambiente o entorno (10%): Contaminación física, química, biológica, social y cultural.
3. Estilos de vida y conductas de salud (50%) : Drogas, sedentarismo, nutrición, estrés, violencia.
4. Sistema sanitario y atención de la enfermedad (25%): Tipo de servicios sanitarios, equidad y utilización de los mismo:



Fuente: Dahlgren G, Whitehead M, 1991.<sup>15</sup>

El modelo de los determinantes sociales de la salud mantiene que la atención sanitaria no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja

5.5.1. Envejecimiento de la Población y dependencia.

INDICADORES	AÑOS	
	2016	2020
Índice de Adultos Mayores o vejez (pcm15)	72,03	88,08
HOMBRES	70,28	86,85
MUJERES	73,81	89,30
Índice de dependencia demográfica(IDD)	57,44	62,26
HOMBRES	56,04	60,84
MUJERES	58,89	63,73



Respecto al Índice de vejez en la Comuna de Cabrero en el año 2016 es de 72,03 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, en cambio al 2020 será de 88,08. El Índice de Adultos Mayores observa claramente una tendencia creciente al año 2020, llegando a 89 adultos mayores por cada cien menores.



Si se tiene en cuenta que, como consecuencia del descenso de la fecundidad y de la disminución de la mortalidad, la población menor de 15 años tiende a disminuir su representación porcentual en el total de población y, a la vez, los adultos mayores tienden a aumentar la suya, se espera que el índice de adultos mayores aumente en el tiempo.

La Tasa de Crecimiento Vegetativo, nacidos vivos por cada 1.000 habitantes de la Comuna es de un 0.8.

En la comuna de Cabrero se aprecia alza en el Índice de Dependencia Demográfica (IDD) de 57,44 en el 2016 a 62,26 en el 2020. Esto significa que habría 62 dependientes por cada 100 personas potencialmente activas (menores de 15 y 60 años o más) en el año 2020. Este índice sería mayor al de la región que en el año 2016 es de 55,26

5.5.2-El Desarrollo Humano... comuna año 2013 y otras de BIOBIO

Comuna	Desarrollo Humano	Ranking según IDH	Salud	Ranking según Salud	Educación	Ranking según Educación	Ingreso	Ranking según Ingreso
Los Ángeles	0,720	81	0,666	232	0,780	98	0,713	33
Cabrero*	0,616	308	0,632	281	0,694	260	0,522	316
Yumbel*	0,565	333	0,478	332	0,694	265	0,522	321

FUENTE: Estudio comisión unidad de epidemiología departamento salud pública seremi de salud región del BIO BÍO año 2013  
\*Comunas con IDH estimados.

\*\* Comunas con menos de 1.000 habitantes. Recuérdese en estos casos la prevención general respecto del indicador "Años de Vida Potencial Perdidos" "(AVPP). Este indicador, construido en base a los perfiles de mortalidad observados y analizados en un año puntual, resulta más apropiado para reflejar la situación de las comunas con más de 1.000 habitantes. Por ello, en el caso de estas comunas será preciso estudiar la evolución de este indicador en un número mayor de años para obtener una visión más certera del estado general de salud de la población.

5.5.3 Nivel educacional de la Población

TABLA: PORCENTAJE DE ANALFABETISMO PAÍS Y COMUNA AÑOS 2003,2006, 2009,2012

Ámbito	2003	2006	2009	2012
Cabrero	11,20%	11,40%	8,50%	4,43%
País	4,00%	3,90%	3,50%	2,24%

Fuente: INE, Censo 2012.

La tabla señala que el 4,43% de la población de Cabrero al año 2012 es Analfabeta, superior al promedio país con un descenso importante respecto a años anteriores

TABLA: NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACIÓN POR SEXO, CASEN 2011

Nivel más alto alcanzado en el Sistema Educacional (Casen 2011)	Hombre	Mujer
Nunca asistió	4,6	5,1
Jardín infantil/Sala cuna	0,6	0,9
Kínder/Pre-kínder	2,0	0,9
Educación especial (Diferencial)	0,0	0,3
Primaria o Preparatoria (Sistema Antiguo)	1,7	4,0
Educación Básica	14,9	14,9
Humanidades (Sistema Antiguo)	1,4	1,1
Educación Media Científico-Humanista	14,0	14,6
Técnica, Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)	0,6	0,3
Educación Media Técnica Profesional	1,7	4,9
Técnico Nivel Superior	1,4	3,1
Profesional	4,3	2,3
Postgrado	0,3	0,3

Fuente: Elaboración diagnóstico PLADECO con Datos Casen 2011

El porcentaje analfabetismo en la comuna de Cabrero entre el año 2009 y 2012 es 3,50% y 2,24%

5.5.4 Índice de vulnerabilidad de la población

TABLA: ÍNDICE DE VULNERABILIDAD ESCOLAR (IVE) COMUNA DE CABRERO

Promedio Comunal índice de vulnerabilidad (%)					
2011	2012	2013	2014	2015	2016
76.25	83.01	81.60	84.56	84,56	78,1

PADEM / Fuente: (SINAE) Sistema Nacional de Asignación con Equidad para Becas JUNAEB

Promedio país es de un 78,7 , entre más alto el porcentaje es más bajo el índice vulnerabilidad.

TABLA. SISTEMA NACIONAL DE ASIGNACIÓN CON EQUIDAD SINAE- IVE DE JUNAEB, POBLACIÓN FONASA

5.5.5 Etnias Pueblos originarios/ Culturas relevantes

ESTABLECIMIENTOS	POBLACION TRAMO A	%
CESFAM CABRERO	5.009	29,3
MONTE AGUILA	2.364	
POSTA CHARRUA	303	
POSTA CHILLANCITO	212	
POSTA COLICHEU	184	
POSTA QUINEL	63	
SUB TOTAL POSTAS	762	
TOTAL, COMUNA	8.135	

Respecto de la etnicidad de acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta CASEN 2013, la comuna de Cabrero la población mayoritariamente se declara “No pertenece a ningún grupo”, esto con un 92,90%. Los que si señalan pertenecer a una etnia, indican que es la “Mapuche” representando el 6,80%; el total comunal de personas que se declaran pertenecientes a alguna etnia alcanza al 7,1%.

5.5.6 Estimación Inmigración de la población

Para el año 2014 se estimó cerca de 411.000 migrantes permanentes residiendo en Chile, lo que correspondería al 2,3% de la población nacional. Si bien es un porcentaje bajo en comparación al promedio de migrantes residentes en los países desarrollados (11,3%, según cifras de la División de Población de la ONU para el año 2015), el país demuestra un crecimiento de aproximadamente un punto porcentual desde el Censo de 2002 (en 12 años se duplicó el porcentaje de población migrante con respecto a la población nacional). Este incremento, como también la concentración territorial de la población en algunas ciudades y comunas, y el arribo de nuevos flujos migratorios racializados (en gran medida población indígena andinos y afro descendientes) hace que la opinión pública nacional perciba que el país se está “llenando” de migrantes, aunque el bajo porcentaje de extranjeros residentes frente a la población nacional indique lo contrario. Según (CASEN) 2013 un 8,9% de la población inmigrante no está afiliada a ningún sistema previsional de salud, situación que ha presentado una reducción desde el año 2006, donde un 14,6% de dicha población no se encontraba afiliada, lo que constituye una barrera de acceso a la salud.

A las dificultades mencionadas se suman determinantes sociales que pueden incidir en la salud de esta población, destacándose la falta de acceso a servicios básicos tales como educación, vivienda, empleo y salud entre otros, además del nivel de ingreso económico. Según CASEN 2013 un 25,2% de los inmigrantes vive en situación de pobreza, siendo el hacinamiento crítico una de las condiciones de mayor gravedad, ya que 9,1% de ellos vive en esta condición. Existen distintas barreras para acceder a los servicios de salud como las económicas, previsionales, de información, geográficas, culturales, lingüísticas y administrativas. Las mayores dificultades de acceso la presentan los migrantes no regularizados.

El Ministerio de Salud ha establecido una serie de medidas afirmativas orientadas a mejorar el acceso a la atención de salud de grupos prioritarios de migrantes. Así, la Circular A 15 N°06 del 9/06/2015 determina respecto a la atención de salud a personas inmigrantes, que se desligará la atención de salud de la tramitación de permisos de residencia, situación que ha operado como barrera de acceso para que los derechos que se han asegurado se puedan ejercer en el caso de la atención de embarazadas, niños y niñas menores de 18 años y atenciones de urgencia.

5.5.7 Pobreza en la Comuna

	Comuna	Región	País
Porcentaje de personas en situación de pobreza, 2011. Estimaciones para Áreas Pequeñas, Ministerio de Desarrollo Social	31,0		
Porcentaje de personas en situación de pobreza, 2011. Metodología de Imputación de Medias por Conglomerados. Ministerio de Desarrollo Social	23,4	21,15	14,4
Porcentaje de personas en situación de indigencia , 2011	3,5		

Fuente : INE Proyección de población a Junio 2013 (base Censo de Población 2002 Estadísticas

En los sectores rurales se observa disminuida en cerca de un menos 2,5% la condición de “pobreza” y en un 0,7% para la condición de “indigencia”.

5.5.8 Ocupación, Desocupación y Participación

Según CASEN año 2011, las tasas de ocupación de la comuna de Cabrero presentó un sostenido crecimiento hasta el año 2009, sin embargo, el año 2011, esta tasa cayó desde un 43,9% a un 40,3%. Si bien a primera vista podría ello ser un antecedente negativo, una mirada a las variables complementarias entregan una visión distinta.

Al respecto, se observa que la tasa de desocupación, que aumentó paulatinamente hasta el año 2009, presenta una favorable y notable contracción al año 2011, desde un 15,4% a un 10,9%. Esta visión aparentemente contradictoria, se explica por el comportamiento de la tasa de participación, donde la fuerza de trabajo (la población económicamente activa, respecto de la población total mayor a 15 años), muestra una importante reducción el 2011 respecto al 2009, desde un 51,9% a un 45,3%. Esta reducción de la tasa de participación, se debe a una mejoría en la situación económica comunal, que se traduce en el retiro de personas que buscan trabajo al mejorar los ingresos familiares.

5.5.9 Vivienda

Características de la vivienda	Comuna	Región	País
Porcentaje hogares con Hacinamiento medio	17,4	19,1	2,3
Porcentaje de hogares con Hacinamiento crítico	1,3	2,2	2,3
Porcentaje de hogares con Saneamiento deficitario	20,7	19,9	17,0

Fuente: Ficha de protección social, Julio 2013

El saneamiento deficitario considera a las viviendas que disponen de agua a través de llave dentro del sitio pero fuera de la vivienda o bien a viviendas que no disponen de agua (ni al interior de la vivienda o del sitio) y la acarrear, además el sistema de eliminación de excretas que posee la vivienda corresponde a letrina sanitaria conectada a pozo negro o cajón sobre pozo negro ó cajón sobre acequia o canal ó cajón conectado a otro sistema ó no tiene sistema de eliminación de excretas.

5.5.10 Seguridad ciudadana

TABLA: TASA DENUNCIAS POR VIF Y CASOS POLICIALES DE MAYOR CONNOTACION POR 100.00 HAB COMUNA, REGION Y PAIS AÑO 2012

	Comuna	Región	País
Tasa de denuncias por delitos de violencia intrafamiliar por cada 100.000 habitantes ,2012	607	734	550
Tasa de casos policiales por delitos de mayor connotación social por cada 100.000 habitantes, 2012	2.767	3.079	3.434

Fuente: Subsecretaría prevención del delito. Ministerio del interior

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.

5.6. Medio natural

5.6.1 Ruralidad

Porcentaje de ruralidad, superficie y densidad, INE 2016

COMUNA	POBLACION COMUNAL	POBLACION RURAL	POBLACION URBANA	SUPERFICIE (KM2)	DENSIDAD HAB/KM2
Numero Habitantes	28.145	21.492	6.653	639,8	45,9
Porcentaje	100%	23,64	76,36		

Fuente: INE 2016

La situación en Áreas Rurales y Territorios Aislados constituye un típico ejemplo de la Interacción entre desigualdades socioeconómicas y territoriales:

- Menos establecimientos de Salud
- Menos Saneamiento Básico
- Limitado acceso a transporte
- Falta Oportunidades Laborales



## 5.6.2 Geomorfía

La comuna de Cabrero se emplaza en el valle longitudinal de la región, denominado también, depresión central, específicamente ubicado al norte de la provincia de BioBío, cuyo límite comunal norte deslinda con la comuna de Quillón. El territorio comunal abarca una superficie aproximada de 639,8 Km<sup>2</sup>.

La geomorfología en Cabrero está determinada por modelados de erosión y modelados de acumulación; respecto de los primeros, se expresan en el paisaje mediante una plataforma de erosión y lomajes bajos en roca granítica, localizados en el extremo noroeste de la comuna, en los sectores de Quinel y Los Litres. Estos lomajes de erosión alcanzan los 100 a 150 m.s.n.m. de altitud, en promedio, con pendientes que oscilan entre los 5° y 13°, y corresponden a los relieves más orientales de la Cordillera de La Costa en el área.

Las unidades geomorfológicas identificadas en la comuna de Cabrero son:

Llanura y terraza fluviovolcánica inferior (Laja-Itata)

Terrazas fluviales

Terrazas laháricas

Campos de dunas

Suelos anegadizos o hidromorfos

Paleocanales

## 5.6.3 Clima

El clima de la comuna es templado de tipo mediterráneo, característico del valle central en esta área. Hacia el límite NW de su territorio, y localizado sobre la cordillera de la costa, está dominado por el clima mediterráneo marino. Este tipo de clima está sometido a un proceso de continentalización, por efecto del relieve costero que atenúa la influencia marítima. El régimen térmico se caracteriza por una temperatura media anual de 14° C, con una máxima del mes más cálido (Enero) de 28,8 °C y una mínima media del mes más frío (Julio) de 3,5 °C. Informe Final 66 La precipitación media anual es de 1.025 mm, siendo el mes de julio el más lluvioso, con 217 mm. La estación seca dura 4 meses correspondientes al período entre diciembre y marzo.

### 5.6.4 Calificación trayecto de usuarios a centros de salud Suelo natural



En el sector oeste el límite del cono de arenas negras es la Cordillera de la Costa, zona de contacto o transición marcada por pequeños valles del macizo costero, que han sido represados por estas arenas negras modeladas en dunas, y que han conformado los pequeños sistemas lacustres de Los Litres, Guape, Las Perlas y Los Caulles. El origen volcánico del relieve se puede apreciar, además, en las geoformas excepcionales que constituyen las terrazas laháricas, formadas en una brecha volcánica de constitución heterogénea, sobre las cuales se desarrollan los Saltos del Laja, en el límite sur de la comuna.

5.6.5 Vías de acceso, movilización, transporte



5.6.6 Calidad del aire

Actualmente, en la comuna de Cabrero existen 7 centrales de monitoreo para medir las partículas contaminantes presentes en el aire, a saber:  
Central Campanario  
Charrúa, Los Pinos  
Colicheu  
Progreso  
Quinel

TABLA .ESTACION DE MONITOREO COLICHEU Abril año 2012 a Abril año 2013

Fuente: SINIA (sistema nacional de información ambiental Julio 2013

Según la legislación actual vigente en Chile y según los parámetros recogidos dela estación de Monitoreo de Colicheu, los niveles de compuestos presentes en el aire, están dentro de los rangos permitidos por el ministerio de medio ambiente. La mayor concentración de estos compuestos se produce en los meses de invierno, en donde la ciudadanía utiliza calefacción a combustión lenta y se usa en mayor frecuencia el automóvil.

Compuestos Químicos registrados Estación Colicheu	Metano (CH4mg/m3N	Monóxido de Carbono (CO) pg./m3N	Material Respirable pg./m3N	Particulado (MP10)	Dióxido de Azufre (SO2) pg./m3N
Promedio Anual	1,848	0,894	20,481		3,179

6 Apreciación y pronostico Sector Salud

La salud de la Comuna de Cabrero se ha caracterizado por desarrollar variados proyectos y programas relacionados con infraestructura, servicios y equipamiento tecnológico para prestar servicios resolutivos y con calidad a la población de Comuna de Cabrero por tanto cuenta con centros de salud de distinto nivel de resolutividad, siendo el más resolutivo el CESFAM de Cabrero, por capacidad de espacios, población y acceso.

El aumento de la esperanza de vida junto con la evolución de las condiciones de vida y de trabajo y del medio ambiente físico y social a nivel nacional y de nuestra comuna, han producido un incremento progresivo de la prevalencia de patologías crónicas CV y otras no cardiovasculares como artrosis cadera y rodilla, hipotiroidismo, depresión ,EPOC, Asma ,Dependencia severa y de situaciones de multimorbilidad, especialmente en los estratos de edad más avanzada de la población (índice de vejez 72%) y un índice de dependencia de un 54,4%).  
Considerando también los problemas de estilos de vida y alimentación de la población de lo cual se deriva el sobrepeso y obesidad de grupos de la población y la que ha ido en aumento sobre todo en ciclo vital del niño y adolescente entre los años 2012 y 2016.

Las primeras 5 causas de mortalidad en la Comuna son:  
1: Circulatorias (26,64%): infarto agudo al miocardio que ocupa el primer lugar con un 5,87 % de todas las enfermedades del sistema circulatorio



2. Tumores malignos (25,28%): estomago 4,10%)
3. Respiratorias (11,7%): Neumonía (11,74%)
4. Digestivas (7,22%): cirrosis hepática y otras enfermedades del Hígado
5. Causas externas que representan un 4,74 % y dentro de ellas los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar con un casi un 2 %.

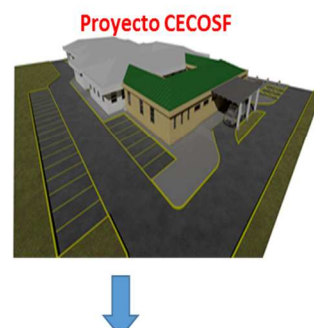
Nuestros centros de salud de la Comuna tienen un nivel de resolutivez y una amplia cartera de servicios que nos permite estar en condiciones para atender bajo el modelo de salud integral y comunitaria a nuestra población sana, (promoción y prevención), con estados crónicos y también para enfrentar episodios agudos de enfermedad.

Teniendo dificultades para dar respuesta a las necesidades más complejas de atención que las personas de todo el ciclo vital y con enfermedades crónicas que requieren cuidados especiales más complejos, donde estamos haciendo los esfuerzos para resolver a nivel local y a través de la red asistencial esta problemática.

Para lo anterior ha sido importante la coordinación con nivel secundario de la Red asistencial provincial para la referencia y contra referencia con protocolos establecidos para la resolución especialidades GES y no GES y la Gestión de los diferentes contratos programas que se ejecutan en la Comuna. A si mismo hemos avanzado en implementar algunos servicios para resolver alguna especialidades en la Comuna tanto en odontología como de ramas de la medicina, complementado con el apoyo formación de especialistas, mediante convenios.

## 6.1 Desarrollo y evolución de nuestros centros de salud para dar respuesta a demandas de la población:

### Desarrollo de la infraestructura e importantes Servicios de Salud en la Comuna de Cabrero al año 2017



## 6.2 Cartera de servicios por establecimiento y ciclo vital

### UNIDADES GESTION CLINICA Y ADMINISTRATIVA CESFAM CABRERO

ATENCION EN  
DOMICILIO



CAUDAD



ENTREGA  
LECHE



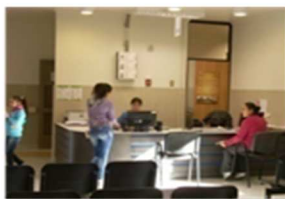
ESTADISTICAS



ESTERILIZACION



OIRS



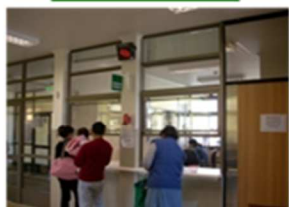
RAYOS



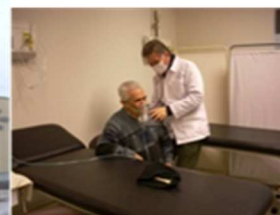
SALA DE  
ESTIMULACION



FARMACIA



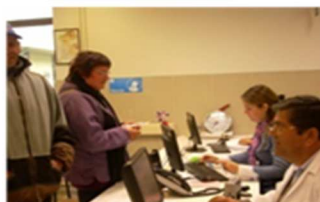
SALA ERA



LABORATORIO



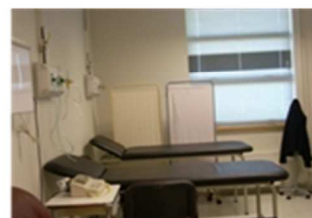
SOME  
CENTRAL



SOME  
SATELITE



SALA IRA



MOVILIZACION



TOMA DE  
MUESTRAS



UAPO



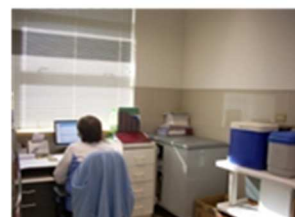
SERVICIO  
EXTERNO DE ASEO



SALA TIC



VACUNATORIO





6.2.1 CARTERA DE SERVICIOS SEGÚN PLAN DE SALUD FAMILIAR Y POR CICLO VITAL CESFAM CABRERO

<b>Salud de la infancia</b>
Control Salud Niño Sano
Evaluación Desarrollo Psicomotor
Control Malnutrición
Control lactancia Materna
Control Odontológico preescolar y 6 años
Educación a grupos de riesgo
Consulta Nutricional
Consulta Morbilidad
Control de Enfermedades Crónicas
Consulta por Déficit Desarrollo Psicomotor.
Consulta Kinésica
Consulta y Consejería Salud Mental
Vacunación
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental con Profesores de establecimientos educacionales.

<b>Salud del Adolescente</b>
Control Salud
Consulta Morbilidad
Control Crónico
Control Prenatal
Control de Puerperio
Control de regulación fecundidad
Consejería en salud sexual y reproductiva
Control Ginecológico Preventivo
Educación Grupal
Consulta Morbilidad obstétrica
Consulta Morbilidad Ginecológica
Intervención Psicosocial
Consulta y Consejería Salud Mental
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental con Profesores de establecimientos educacionales.
Atención Odontológica

<b>Salud del Adulto</b>
Control Prenatal
Control de Puerperio
Control Paternidad Responsable
Control Climaterio
Consejería en salud Sexual y Reproductiva
Control Ginecológico Preventivo
Educación Grupal
Consulta Morbilidad Obstétrica
Consulta Morbilidad Ginecológica
Consulta Nutricional
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Ecografía Obstétrica del primer semestre
Atención Integral a Mujeres mayores de 15 años que sufren Violencia Intrafamiliar
Control Odontológico 60 años
Consulta de Morbilidad General
Control de salud Enfermedades Crónicas
Intervención Psicosocial
Consulta y/o Consejería Salud Mental
Atención a domicilio
Atención Podológica a pacientes DM
Curación pie diabético
Consulta Enfermedades Crónicas
Consulta Kinésica
Intervención Grupal de Actividad Física
Electrocardiograma
Vacunación Anti Influenza
Curación Pie Diabético
Atención a Domicilio
Atención Podológica SOS



Salud del Adulto mayor
Consulta Morbilidad
Control de Salud Enfermedades Crónicas
Control de Salud
Consulta Enfermedades Crónicas
Intervención Psicosocial
Educación Grupal
Consulta Salud Mental
Consulta Ginecológica
Consulta Nutricional
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Consulta Kinésica
Electrocardiograma
Vacunación Anti Influenza
Curación Pie Diabético
Atención a Domicilio
Atención Podológica

SERVICIOS TRANSVERSALES
Visita Domiciliaria Integral
Educación a grupos de riesgos
Diagnóstico y control TBC
Consulta de Urgencia Dental
Rx Osteopulmonar
Rx Dental
Tratamientos y curaciones con indicación médica
Farmacia
Vacunación
Urgencia dental
Exámenes de Laboratorio
Endodoncia
Cirugía maxilofacial
Ortodoncia
Especialidades Oftalmológicas (UAPO)

6.2.2 CARTERA DE SERVICIOS CESFAM DE MONTE AGUILA



Salud de la infancia
Control Salud Niño Sano
Evaluación Desarrollo Psicomotor
Control Malnutrición
Control lactancia Materna
Control Odontológico preescolar y 6 años
Educación a grupos de riesgo
Consulta Nutricional
Consulta Morbilidad
Control de Enfermedades Crónicas
Consulta por Déficit Desarrollo Psicomotor.
Consulta Kinésica
Consulta y Consejería Salud Mental
Vacunación
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental con Profesores de establecimientos educacionales.



Salud del Adolescente
Control Salud
Consulta Morbilidad
Control Crónico
Control Prenatal
Control de Puerperio
Control de regulación fecundidad
Consejería en salud sexual y reproductiva
Control Ginecológico Preventivo
Educación Grupal
Consulta Morbilidad obstétrica
Consulta Morbilidad Ginecológica
Intervención Psicosocial
Consulta y Consejería Salud Mental
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental con Profesores de establecimientos educacionales.
Atención Odontológica

Salud del Adulto
Control Prenatal
Control de Puerperio
Control Paternidad Responsable
Control Climaterio
Consejería en salud Sexual y Reproductiva
Control Ginecológico Preventivo
Educación Grupal
Consulta Morbilidad Obstétrica
Consulta Morbilidad Ginecológica
Consulta Nutricional
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Ecografía Obstétrica del primer semestre
Atención Integral a Mujeres mayores de 15 años que sufren Violencia Intrafamiliar
Control Odontológico 60 años
Consulta de Morbilidad General
Control de salud Enfermedades Crónicas
Intervención Psicosocial
Consulta y/o Consejería Salud Mental
Atención a domicilio
Atención Podológica a pacientes DM
Curación pie diabético
Intervención Grupal de Actividad Física
Consulta Kinésica
Consulta Enfermedades Crónicas

Salud del Adulto mayor
Consulta Morbilidad
Control de Salud Enfermedades Crónicas
Control de Salud
Consulta Enfermedades Crónicas
Intervención Psicosocial
Educación Grupal
Consulta Salud Mental
Consulta Ginecológica
Consulta Nutricional
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Consulta Kinésica
Vacunación Anti Influenza
Curación Pie Diabético
Atención a Domicilio
Atención Podológica

SERVICIOS TRANVERSALES
Visita Domiciliaria Integral
Educación a grupos de riesgos
Diagnóstico y control TBC
Consulta de Urgencia Dental
Rx Dental
Tratamientos y curaciones con indicación médica
Farmacia
Vacunación
Urgencia dental
Toma muestra Exámenes de Laboratorio

6.2.3 CARTERA DE SERVICIOS SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR)



Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR) están concebidos como dispositivos de funcionamiento vespertino-nocturno (funcionamiento de 17:00 PM a 08:00 AM) y de 24 horas en día no hábiles y que otorgan, preferentemente, atención médica y procedimientos relacionados con las categorías C3-C4-C5, con equipos de rayos sote-pulmonar, kit de laboratorio básico y acceso a telemedicina. Los cuales como estrategia local se pueden hacer funcionar con recursos propios durante las 24 hrs.

SAR es un dispositivo que por su mayor capacidad resolutive pasa a ser parte integrante de al menos dos sub redes de la Red de Salud, de la Red de Atención Primaria Comunal y de la Red de Urgencia, por lo que se considera un dispositivo en el que concurren y se expresan las características y/o principios propias de cada sub-red.

CONSULTAS DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS MEDICOS	SAR Urgencia
Consulta médica de urgencia	✓
Sutura cara menor 5 cm piel, heridas de cara –simples: 1 o varias de hasta 5 cms. que sólo comprometen piel.	✓
Sutura, cabeza, cuello, genitales, hasta 3 lesiones	✓
Sutura resto de cuerpo hasta 3 lesiones	✓
Sutura cuerpo más 5 cms compromete piel herida cortante o contusa NO complicada, reparación y sutura (una o múltiples de más de 5 cms de largo total y/o que comprometa sólo piel)	✓
Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quística o abscesos	✓
Onisectomía total o parcial simple (sólo en caso de ser traumática, otros casos se resuelven en Cirugía Menor)	✓
Estabilización para traslado Luxaciones de articulaciones medianas (hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, tarso y esternoclavicular)	✓
Estabilización para traslado Luxaciones de articulaciones mayores (columna, cadera, pelvis)	✓
Estabilización para traslado fracturas medianas (diáfisis humeral, radial, cubital, diáfisis femoral, tibial, peroneal, clavicular, platillos tibiales)	✓
Estabilización para traslado Fracturas menores (el resto)	✓
Cardioversión	✓
Desfibrilación	✓
Intubación endotraqueal	✓
Monitoreo parámetros vitales	✓
Vac. Vesical por sonda uretral, (proc. Aut.)... sólo Adultos	✓
Curación simple ambulatoria	✓
Curaciones avanzadas en patologías determinadas	✓
Electrocardiogramas	✓
Instalación sonda rectal	✓
Colocación sonda naso-gástrica	✓
Instalación vesical (incluye colocación de sonda) proc. Aut.	✓
Lavada gástrico	✓
Lavado oído	✓
Técnicas reanimación cardiopulmonar básico	✓
Técnicas reanimación cardiopulmonar avanzado	✓
Aseo ocular	✓
Colocación inyecciones	✓
Flebocclisis	✓
Administración tratamiento intravenoso, subcutáneo	✓
Administración tratamiento intramuscular	✓
Vacunas (antirrábica, antitetánica)	✓
Toma muestra baciloscopía	✓
Consultas respiratorias agudas	✓
Sesiones de kinesioterapia respiratoria	✓
Oxigenoterapia	✓
Nebulización	✓
Intervención en crisis respiratoria	✓
IMAGENOLOGIA (TÉCNICO EN RAYOS SUPERVISADO POR MÉDICO Y TENS CAPACITADAS )	✓
Tórax Simple (Frontal o Lateral) (1 PROY.) (1 EXP. PANORAMICA)	✓
Ex. Rayos Tórax Simple (Frontal o Lateral) (1 PROY.) (2 EXP. PANORAMICA) (2 EXP)	
Ex Rayos Cavidades perinales, orbitas, articulaciones, temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arcococigomatico, cara c/u (3 EXP)	✓



Pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales; (rotación interna, abducción, lateral, lawenstein u otras) c/u (1 EXP)	✓
Columna Cervical o atlasaxis (frontal y lateral) (2 exp)	
Columna lumbar o lumbosacra (ambas incluyen quinto espacio) (3-4 Exp)	✓
Pelvis, cadera o coxofemoral, c/u (1Exp)	✓
Brazo, antebrazo, codo,muñeca,mano,dedos,pie o similar (frontal y lateral) c/u (e exp)	✓
Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp	✓
Ecografía (sólo en caso que establecimiento habilite ecógrafo pre-existente en espacio SAR)	✓
EXÁMENES DE TAMIZAJE (KIT RAPIDOS)	SAR Urgencia
Enzimas cardíacas: Troponina	✓
Glucosa	✓
Creatinina	
PCR(proteína C reactiva)	✓
Electrolitos: Sodio, Potasio, Cloro, Calcio	
Hematocrito y Hemoglobina	
Orina físico-química con tiras reactivas, que incluyan al menos: glucosa, proteinuria, leucocitos, nitritos.	✓

TELEMEDICINA	SAR Urgencia
Tele-electrocardiografía	✓
Teleconsultas	✓
Tele-radiología (caso a caso)	✓
OTRAS PRESTACIONES	SAR Urgencia
Constatación de lesiones requeridas por fiscalía, Carabineros, o solicitada directamente por menores de edad	✓
Atención de víctimas (incluye manejo de Cadena de Custodia)	✓
Otorgación licencia médicas, certificados de atenciones, certificados defunciones cuando corresponda.	✓
Toma de muestra Alcholeミア (definición local a través de convenio con SMA y Municipio, en coordinación con red del Servicio de Salud	✓
Traslado en Móvil Básico M-1	✓

6.2.4 CARTERA DE SERVICIOS SEGÚN PLAN DE SALUD FAMILIAR Y POR CICLO VITAL CECOSF MEMBRILLAR



SALUD DE LA INFANCIA
Control Salud Niño Sano
Consulta de morbilidad
Evaluación Desarrollo Psicomotor
Control Malnutrición
Control lactancia Materna
Educación a grupos de riesgo
Consulta Nutricional
Control de Enfermedades Crónicas
Consulta por Déficit Desarrollo Psicomotor.
Consulta Salud Mental
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental establecimientos educacionales.
Consulta lactancia materna



<b>SALUD DEL ADOLESCENTE</b>
Control Salud joven sano
Control Crónico
Control Prenatal
Control de Puerperio
Control de regulación fecundidad
<b>Consulta de morbilidad</b>
Consejería en salud sexual y reproductiva
Control Ginecológico Preventivo
Educación Grupal
Consulta Morbilidad Ginecológica
Intervención Psicosocial
Consulta Salud Mental
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental con establecimientos educacionales.
<b>Atención Odontológica</b>
<b>Consulta lactancia materna</b>
<b>Consejería VIH</b>
<b>Consulta ITS</b>

Salud del Adulto
<b>Control Prenatal</b>
<b>Consulta de morbilidad</b>
<b>Control de Puerperio</b>
<b>Control Paternidad Responsable</b>
<b>Control Climaterio</b>
<b>Consejería en salud Sexual y Reproductiva</b>
<b>Control Ginecológico Preventivo</b>
<b>Educación Grupal</b>
<b>Consulta Morbilidad Obstétrica</b>
<b>Consulta Morbilidad Ginecológica</b>
<b>Consulta Nutricional</b>
<b>Programa Nacional Alimentación Complementaria</b>
<b>Ecografía Obstétrica del primer semestre</b>
<b>Atención Integral a Mujeres mayores de 15 años que sufren Violencia Intrafamiliar</b>
<b>Control Odontológico 60 años</b>
<b>Consulta de Morbilidad General</b>
<b>Control de salud Enfermedades Crónicas</b>
<b>Intervención Psicosocial</b>
<b>Consulta y/o Consejería Salud Mental</b>
<b>Atención a domicilio</b>
<b>Atención Podológica a pacientes DM</b>
<b>Curación pie diabético</b>
<b>Consulta Enfermedades Crónicas</b>

Salud del Adulto mayor
<b>Consulta Morbilidad</b>
<b>Control de Salud Enfermedades Crónicas</b>
<b>Control de Salud anual y evaluación de la funcionalidad</b>
<b>Consulta Enfermedades Crónicas</b>
<b>Intervención Psicosocial</b>
<b>Educación Grupal</b>
<b>Consulta Salud Mental</b>
<b>Consulta Ginecológica</b>
<b>Consulta Nutricional</b>
<b>Programa Nacional Alimentación Complementaria</b>
<b>Vacunación Anti Influenza</b>
<b>Vacunación Antineumocócica</b>
<b>Curación Pie Diabético</b>
<b>Atención a Domicilio</b>
<b>Atención Podológica</b>
<b>Derivación a CCR CESFAM Cabrero</b>



CARTERA DE SERVICIOS TRANSVERSALES EN EL CICLO VITAL SERVICIOS TRANSVERSALES
Visita Domiciliaria Integral
Educación grupal
Trabajo comunitario
Diagnóstico y control TBC
Atención de Urgencia
Rx Dental
Tratamientos y curaciones con indicación médica
Botiquín
Toma muestra exámenes
Actualización de ficha familiar
Consejería familiar
Taller de promoción y prevención
Actividades masivas
Difusión
Evaluación Familiar e Intervención según Riesgo Familiar

SALUD DEL ORAL
Examen de salud
Altas integrales (embarazadas y 60 años)
Urgencias
Exodoncias
Destartajes y pulido coronario
Obturaciones temporales y definitivas
Aplicación de sellantes
Pulpotomías
Barniz de flúor
Programa más sonrisas para Chile
Atención a domicilio
Programa resolutividad de prótesis
Programa cero (control 6 meses)

6.2.5 CARTERA DE SERVICIOS SEGÚN PLAN DE SALUD FAMILIAR Y POR CICLO VITAL POSTAS DE SALUD RURAL

Convenio Apoyo a la Gestión SS. BIOBIO :Mejoramientos infraestructura y equipamiento postas de salud rural 2016-2017



Posta de Quinel antes



Posta de Quinel hoy





Posta Chillancito antes





Posta Colicheu antes



Posta Colicheu hoy



Posta Charrúa antes



Posta Charrúa hoy



Posta Chillancito hoy



Salud de la infancia

Control Salud Niño Sano
Evaluación Desarrollo Psicomotor
Control Malnutrición
Control lactancia Materna
Educación a grupos de riesgo
Consulta Nutricional
Consulta Morbilidad
Control de Enfermedades Crónicas
Consulta por Déficit Desarrollo Psicomotor.
Consulta Salud Mental
Vacunación (PNI, Anti Influenza)
Derivación a CESFAM para control odontológico preescolar y 6 años
Derivación a CESFAM para consulta Kinésica
Derivación a CESFAM Sala de Estimulación
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental con Profesores de establecimientos educacionales.

Salud del Adolescente

Control Salud
Consulta Morbilidad
Control Crónico
Control Prenatal
Control de Puerperio
Control de regulación fecundidad
Consejería en salud sexual y reproductiva
Control Ginecológico Preventivo
Educación Grupal
Consulta Morbilidad obstétrica
Consulta Morbilidad Ginecológica
Intervención Psicosocial
Consulta Salud Mental
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención a Domicilio
Actividades Comunitarias en Salud Mental con Profesores de establecimientos educacionales.
Derivación a CESFAM para atención odontológica embarazadas.

Salud del Adulto

Control de Salud
Control Prenatal
Control de Puerperio
Control Paternidad Responsable
Control Climaterio
Consejería en salud Sexual y Reproductiva
Control Ginecológico Preventivo
Educación Grupal
Consulta Morbilidad Obstétrica
Consulta Morbilidad Ginecológica
Consulta Nutricional
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Atención Integral a Mujeres mayores de 15 años que sufren Violencia Intrafamiliar
Consulta de Morbilidad General
Control de salud Enfermedades Crónicas
Intervención Psicosocial
Consulta y/o Consejería Salud Mental
Atención a domicilio
Atención Podológica a pacientes DM
Curación pie diabético
Consulta Enfermedades Crónicas.
Intervención Grupal de Actividad Física
Derivación a CESFAM para atención odontológica embarazadas.
Derivación a CESFAM para atención odontológica Programa de los 60 años

SERVICIOS TRANSVERSALES
Visita Domiciliaria Integral
Educación a grupos de riesgos
Evaluación familias
Intervención familias riesgo
Trabajo Comunitario
Diagnóstico y control TBC
Atención de Urgencia
Tratamientos y curaciones con indicación médica
Botiquín
Toma de muestra de exámenes
Toma de Electrocardiograma
Esterilización Autoclave de URGENCIA
Derivación a UAPO CESFAM Cabrero
Derivación a CESFAM para consulta Kinésica

Salud del Adulto mayor
Consulta Morbilidad
Control de Salud Enfermedades Crónicas
Control de Salud anual y evaluación de la funcionalidad
Consulta Enfermedades Crónicas
Intervención Psicosocial
Educación Grupal
Consulta Salud Mental
Consulta Ginecológica
Consulta Nutricional
Programa Nacional Alimentación Complementaria
Vacunación Anti Influenza
Vacunación Antineumocócica
Curación Pie Diabético
Atención a Domicilio
Atención Podológica
Derivación a CCR CESFAM Cabrero





6.2.6 ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS (SOSSPECHA, DIAGNOSTICO Y TRATMIENTO<9

Nº	PROBLEMA DE SALUD G.E.S EN A.P.S.
3	SCREENING CANCER CERVICOUTERINO
7	DIABETES MELLITUS TIPO 2
19	RA EN MENORES DE 5 AÑOS
20	NEUMONIA COMUNITARIA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS
21	HIPERTENCION ARTERIAL, EN ATENCION PRIMARIA
22	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN MENORES DE 15 AÑOS
23	SALUD ORAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS
29	VICIO DE REFRACCION EN EL ADULTO MAYOR
34	DEPRESION EN BENEFICIARIOS DE 15 AÑOS Y MAS
36	ORTESIS O AYUDAS TECNICAS (MAYORES DE 65 AÑOS)
38	EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA)
39	ASMA BRONQUIAL EN MENORES DE 15 AÑOS
41	ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y +
46	URGENCIA ODONTOLOGICA AMBULATORIA
47	SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS
53	CONSUMO ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS
60	EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN MAYORES DE 15 AÑOS
51	ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
54	PREVENCION SECUNDARIA DE IRC TERMINAL
55	DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS (SCREENING)
56	SALUD ORAL INTEGRAL PARA LA EMBARAZADA
76	HIPOTIROIDISMO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS
30	TO DE ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI

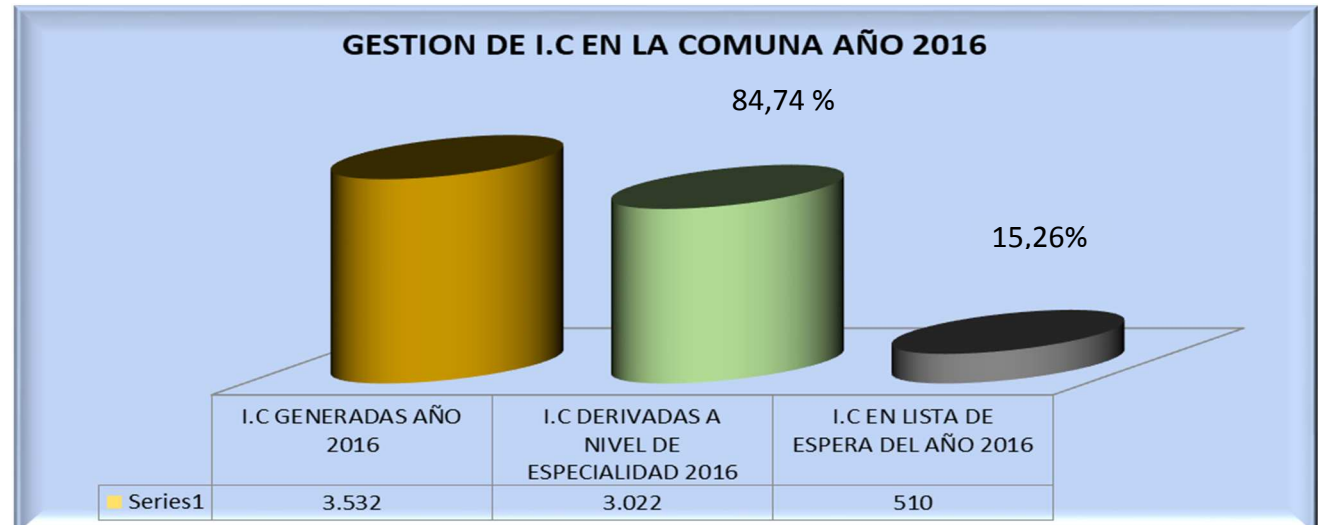
6.3 Resolución de especialidades

a) Resolución especialidades en la Red asistencial de BIOBIO

TABLA : MOTIVOS DE REFERENCIA Y ESPECIALIDAD POR CICLO VITAL COMUNA DE CABRERO AÑO 2016

ESPECIALIDADES Y SUB-ESPECIALIDADES	SIC GENERADAS MENOR DE 15 AÑOS	SIC DERIVADAS MENOR DE 15 AÑOS	%	SIC GENERADAS DE 15 Y MAS AÑOS	SIC DERIVADAS DE 15 Y MAS AÑOS	%
Pediatría	48	26	54,17	0		
Medicina Interna	0			26	10	38,46
Broncopulmonar	7	11	157,14	29	12	41,38
Cardiología	11	12	109,09	62	31	50
Endocrinología	4	8	200	41	23	56,10
Gastroenterología	4	4	100	133	37	27,82
Hematología Oncológica	2	1	50	6	6	100
Nefrología	7	9	128,57	83	53	63,86
Reumatología	1		0,00	42	41	97,62
Dermatología	21	18	85,71	80	56	70,00
Inf. Transmisión Sexual (excluye VIH/SIDA)	0			10	10	100
Medicina Física y Rehabilitación	0			183	104	56,83
Neurología	48	50	104,17	75	34	45,33
Oncología	1		0,00	14	5	35,71
Psiquiatría	2		0,00	23	2	8,70
Cirugía Infantil	57	56	98,25	1		0,00
Cirugía Adulto	0			186	24	12,90
Cirugía de Mamas (excluye Patología Mamaria)	0			2	2	100
Cirugía de Mamas con Patología Mamaria	0			6	6	100
Cirugía Máxilo Facial	0			11		0,00
Cirugía Proctológica	0			37	16	43,24
Cirugía Vascular Periférica	0			8	45	562,50
Neurocirugía	3	4	133,33	50	11	22,00
Anestesiología	0			18		0,00
Obstetricia	1	1	100	110	115	104,55
Ginecología (excluye Patología Cervical e Infertilidad)	2	2	100	101	118	116,83
Ginecología Patología Cervical	0			3		0,00
Ginecología Infertilidad	0			5	7	140,00
Oftalmología en UAPO		35		1006	1395	138,67
Oftalmología (excluye UAPO)	35	6	17,14	334	165	49,40
Otorrinolaringología	65	37	56,92	156	109	69,87
Traumatología	70	77	110	171	96	56,14
Urología	14	14	100	117	118	100,85
TOTAL	403	371	92,06	3129	2651	84,72

GRAFICO 1: GESTION INTERCONSULTAS ESPECIALIDADES GENERADAS EN LA COMUNA Y RESUELTAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL Y EN LA COMUNA AÑO 2016



Se observa que en menores de 15 años las especialidades de mayor demanda son traumatología, otorrinolaringología, cirugía infantil, neurología, pediatría. Las cuales tuvieron una resolución de un 92,06%.

En relación a Interconsultas en personas mayores de 15 años la demanda es mayor en las especialidades de OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, TRAUMATOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, CIRUGIA ADULTO y otras de la cuales se resolvió un 84,72%



## b) Resolución de especialidades en la Comuna

### Programas de resolutiveidad en APS y otros gestionados por Convenios SSBI0BIO

#### Programa de Resolutiveidad en APS

Mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en al derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidades:

- 150 Atenciones integrales otorrino
- 15 Endoscopias(gastroenterología)
- 400 cirugías menores
- 4000 pares de lentes
- 3000consultas de tecnólogo médico



#### Programa Apoyo Radiológico





## Resolutividad salud bucal en la comuna por gestión de Convenios Programas odontológicos MINSAL

### Programas Odontológicos en la Comuna Monto

#### 1. Ges Odontológico

Atención dental a niños (6años), Embarazadas y adultos de 60 años la cual incluye rehabilitación protésica si corresponde en estos adultos.

#### 2. Mejoramiento al Acceso a la Atención Odontológica

a) Atención Odontológica de Morbilidad para población mayor de 20 años con una meta de 1920 atenciones

b) Atención Odontológica Integral a Estudiantes de Cuartos año de Educación Media. ,meta 309

#### 3. Odontológico Integral

Resolución de especialidades odontológicas en APS, como objetivo para el año es de 80 endodoncia, 190 prótesis, altas odontológicas integrales en mujeres mas sonrisas para Chile 340 y hombres escasos recursos 8

#### 4. Sembrando sonrisas:

Prevención en población parvularia, el cual para este año su meta es de 761 niños

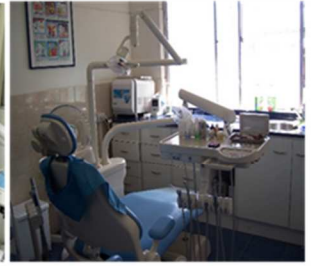
5.- Convenio Resolución de otras especialidades como: Ortodoncia. Cirugía maxilo facial y endodoncia.



Renovación dos unidades dentales en CESFAM M.Aguila



Renovación unidades odontológicas en CESFAM Cabrero



- Contratación de RRHH profesionales odontólogos y técnicos
- Adquisición de 2 clínicas odontológicas móviles
- Mejoramiento de infraestructura ,habilitación e implementación de pabellón de cirugía menor especialidades medicas y odontológicas
- Convenio con SSBIOBIO atención por odontólogos especialistas en la Comuna: Endodoncia, cirugía maxila – facial y ortodoncia
- Adquisición unidades dentales



Pabellón de cirugía menor



Implementación unidades dentales en Liceos de la comuna

## Tecnología y Servicios de resolutividad de especialidades en la Comuna financiamiento Convenios SSBIOBIO

### Flujo grama tele-radiografía



Videoconferencias en la Comuna conectados con BIOBIO



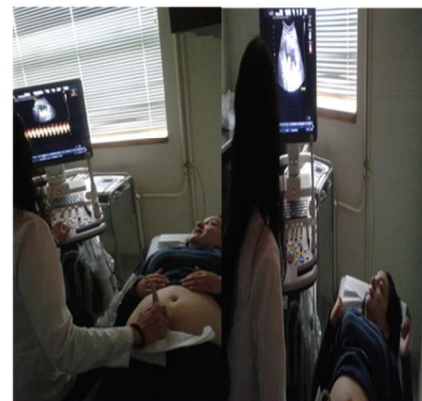
Telemedicina o tele asistencia en CESFAM para resolución especialidades

Entregar en forma oportuna y remota asesoría médica especializada

Desarrollar y planificar un eficiente Trabajo en Red, resguardando la continuidad de cuidados de salud establecido en el Proceso Clínico Asistencial.

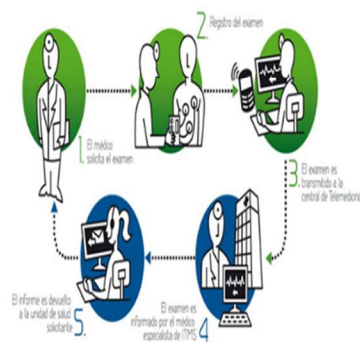
Evitar posibles traslados desde CESFAM a Hospital de Baja Complejidad, Hospital de Alta o Mediana Complejidad, optimizando las derivaciones cuando sean pertinentes.

Hacer extensiva la utilización de **Dispositivos Móviles de Tele asistencia** en consulta remota de Médicos Especialistas para impactar en la reducción de pacientes en Lista de Espera.



Ecografías obstétrica a embarazadas Especialización de matronas

### Tele-electrocardiograma en SAR



### Desarrollo de servicios de en la Comuna Programa FOFAR MINSAL(fármacos ,RRHH)



### Mejoramiento equipos Laboratorio básico y algunas especialidades en la Comuna





## GESTION VEHICULOS DEPARTAMENTO DE SALUD



Adquisición de dos furgonetas para atención domiciliaria CESFAM



Reposición ambulancia CESFAM M. Águila año 2016



Furgón ronda medica año 2016



Clínica Odontológica móvil Renovada año 2017



Adquisición de una camioneta Red asistencial Dpto. salud año 2017



Clínica odontológica de arrastre año 2017



Tres ambulancias convenio MINSAL año 2017 CESFAM M. Águila, SAR Y CESFAM Cabrero



Implementación CECOSF y postas con bicicletas visita domiciliaria año 2017

## Proyecto JICA Centro de Rehabilitación

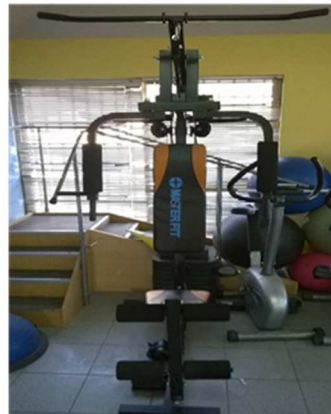


## Proyecto JICA(Agencia de cooperación internacional del Japón) Programa Voluntario Japonés



## PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL BASADO EN LA COMUNIDAD

El objetivo de estos programas es contribuir a la mejoría de la calidad de vida de personas de discapacidades diferentes y sus familias en establecimientos de atención primaria de salud y centros de rehabilitación integral, permitiendo su acceso a un proceso de rehabilitación con el objeto de facilitar su inclusión social. Para contribuir a este proceso se adquirieron renovaron implementos y equipos, para mejorar la calidad de atención en el centro de rehabilitación.



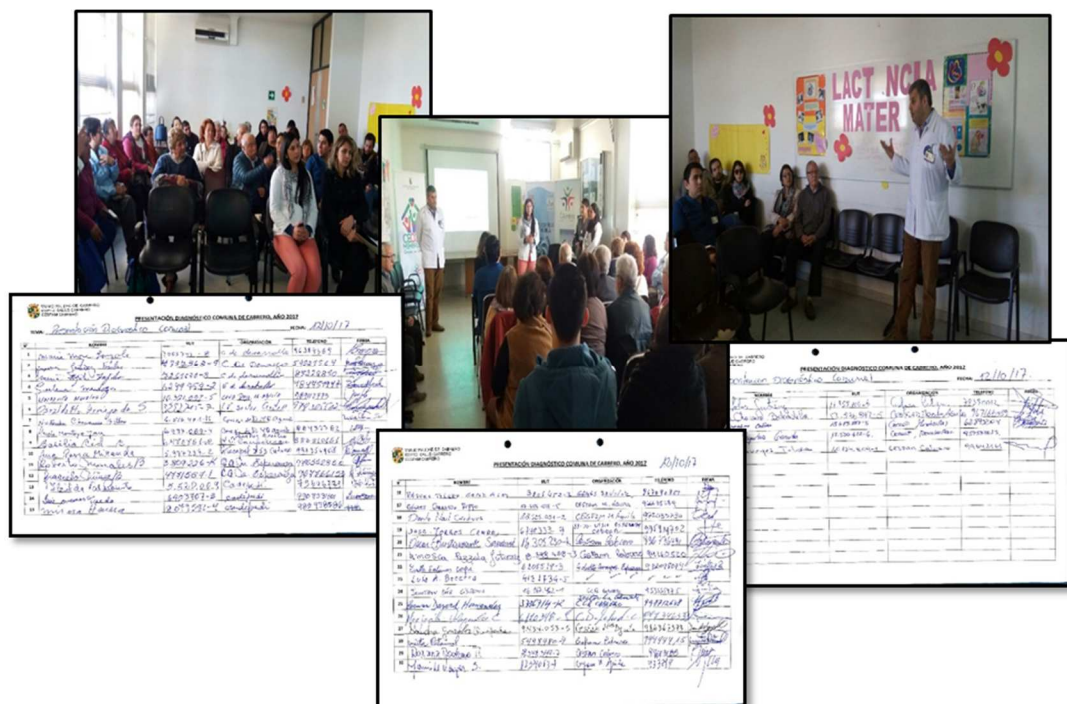
## Centro de Rehabilitación en la Comuna de Cabrero



## RESUMEN CONVENIO CELEBRADOS ENTRE EL SERVICIO DE SALUD BIOBIO Y MUNICIPALIDAD ÑO 2017

Servicio de Urgencia Rural SUR •\$25.836.929	Centros Comunitarios de Salud Familiar •\$100.484.563	Servicio de Urgencia de Alta Resolución •\$672.159.408	Rehabilitación Integral •\$27.991.104	Imágenes Diagnósticas •\$49.919.135	Vida Sana •\$37.874.602	Espacios Amigables para Adolescentes •\$2.742.349
Odontológico Integral •\$77.056.640	Ges Odontológico •\$45.148.758	Sembrando Sonrisas •\$4.297.367	Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica •\$31.796.772	Más Adultos Mayores Autovalentes •\$29.454.317	Apoyo a la Gestión Digitadores •\$8.230.200	Mejoría de la Equidad en Salud Rural •\$25.357.191
Fondo de Farmacia •\$99.530.873	Resolutividad en APS •\$145.430.299	Apoyo al Diagnóstico Radiológico •\$35.344.141	Chile Crece Contigo •\$17.073.718	Modelo de Atención Integral •\$9.006.759	Capacitación y Formación Funcionaria •\$4.632.210	D.I.R en Alcohol, Tabaco y otras Drogas •\$7.429.787
Inmunización de Influenza y Neumococo •\$419.503	Infecciones Respiratorias Infantiles •\$2.047.999	Acompañamiento a Niños, Adolescentes y Jóvenes •\$10.907.674	Plan de Invierno •\$3.299.273	Misiones de Estudio •\$105.162.548	Promoción de la Salud •\$14.877.480	Recursos Reasignados •25.000.000
Buenas Prácticas •\$15.000.000	Apoyo a la Gestión Puesta en Marcha •\$105.162.548	Apoyo a la Gestión a Nivel Local en APS •\$15.000.000	Apoyo a la Gestión SAR \$54.382.207	Apoyo a la Gestión APS municipal \$95.610.000	Apoyo a la Gestión impresoras \$2.041.095	Desarrollo RRHH Mandatados gestión Comuna \$100.100.000
Apoyo a la Gestión Refuerzo APS •\$6.000.000						

### 7. Diagnostico participativo





5.7.DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO AÑO 2017		
COMUNA	CABRERO	
POBLACION	27.760 usuarios inscritos validados FONASA	
QUIENES PARTICIPARON EN EL DIAGNOSTICO	EQUIPO DE SALUD / INSTITUCIONES a) Directora Comunal de Salud b) Directoras de CESFAM c) Equipo de Salud CESFAM Cabrero, CESFAM Monte Águila, CECOSF, Postas, SAR: Equipo Participación Social y Promoción de la salud – Equipo CCR – Jefes de programa ciclo vital - Equipo MAS. d) DIDECO e) DAEM f) Carabineros g) Bomberos h) Liceo Manuel Zañartu i) Escuela Enrique Zañartu j) Colegio San José k) Cruz Roja Cabrero l) Cruz Roja Monte Águila	
	ORGANIZACIONES – COMUNIDAD a) Unión Comunal del Adulto Mayor b) Consejos de Desarrollo CESFAM Cabrero c) Consejo de Desarrollo CESFAM Monte Águila d) Comités de Salud Postas e) CADEPEDI f) JJVV Villa Esperanza g) JJVV Caupolicán h) JJVV Villa Esperanza i) JJVV Cabrero Norte j) JJVV Manuel Rodríguez k) JJVV Monte Águila Centro l) JJVV Nueva vida m) JJVV Los Leones n) JJVV El Rosal o) JJVV Renacer p) JJVV Sector Centro Cabrero q) Club Adulto Mayor Esperanza r) Club Adulto Mayor Ganas de vivir s) Club Adulto Mayor El esfuerzo	
METODOLOGÍA UTILIZADA	El Diagnostico Participativo año 2018 fue trabajado en forma sistemática durante el año, generando diferentes convocatorias e instancias de participación con la comunidad, las cuales contaron con la presencia de diversas instituciones y organizaciones comunitarias.  La metodología utilizada comprendió principalmente: Lluvia de ideas Matriz de priorización de problemas Matriz FODA	
RESULTADOS CUANTITATIVOS	Asistentes: 215 personas Nº de organizaciones comunitarias representadas: 18 Nº de instituciones representadas: 9	
RESULTADOS CUALITATIVOS	PROBLEMAS PRIORIZADOS	ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / REGISTROS ESTADÍSTICOS
	Envejecimiento de la Población	Índice de vejez proyectado en la comuna:  Año 2013: 45.11% Año 2017: 53.67% Año 2020: 60.20%
	Altos índices de obesidad	Porcentaje de personas con obesidad según ciclo vital: Niños (0 a 9 años): 14.91% Adolescentes (10 a 19 años): 14.79% Adultos ( 20 a 64 años): 32.5% Adultos Mayores (65 y más años): 26.2%
	Lenta resolución de especialidades y procedimientos no GES.	Interconsultas generadas año 2016: 1627 Interconsultas resueltas año 2016: 1095 Lista de espera resultante año 2016: 532 Lista de espera acumulada 2015 al 2017: 2901 interconsultas
	Dificultad en el acceso a la atención de morbilidad	Tasa de morbilidad comuna año 2016: 1.1 Tasa consultas de urgencia comuna año 2016: 2.02
	Dificultad de traslado de personas con capacidades diferentes hacia los centro de atención de rehabilitación (CCR, Teletón, entre otros)	22 niños con dependencia severa 1149 personas bajo control rehabilitación CCR.
	Alto número de personas con problemas de salud mental	Personas con diagnóstico de trastornos mentales comuna año 2016: 1189 personas  (Depresión, Consumo Perjudicial o Dependencia de Alcohol, Trastornos de Ansiedad, Otros trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia entre otras)





	Enfermedades circulatorias como primera causa de mortalidad en la comuna	Trienio 2011-2013,2012:28.4%,2013:31.4%,2014:20.6%
	Tumores Malignos como segunda causa de mortalidad en la comuna	Trienio 2011-2013 2012: 27% 2013: 23.6% 2014: 25.2%
	Enfermedades respiratorias como tercera causa de mortalidad en la comuna	Trienio 2011-2013 2012: 14.9% 2013: 9.3% 2014: 11%
	Enfermedades digestivas como cuarta causa de mortalidad en la comuna	Trienio 2011-2013,2012: 5.4%,2013: 7.9%, 2014: 8.4%
	Causas externas como quinta causa de mortalidad en la comuna (accidentes, envenenamiento, otras)	Trienio 2011-2013,2012: 6.1%, 2013: 2.9%, 2014: 5.2%
OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN	Identificar los principales problemas que afectan la salud de la comuna, a través de un trabajo conjunto entre el equipo de salud, comunidad e instituciones de la comuna.	
DESARROLLO DE LAS PROBLEMÁTICAS	MATRIZ FODA / DAFO	
	<p>DEBILIDADES</p> <p>Falta de atención integral al adulto mayor en la comuna.</p> <p>Falta de espacios de residencia permanente para adultos mayores en situación de abandono.</p> <p>Falta de trabajo educativo con la comunidad en temáticas de alimentación y estilos de vida saludable y uso servicio de urgencia.</p> <p>Falta de capacitación al equipo de salud en análisis epidemiológico.</p> <p>Falta de difusión a la comunidad respecto de la cartera de prestaciones existente.</p> <p>Falta de Hospital en la comuna.</p> <p>Falta de móvil para traslado de usuarios con discapacidades diferentes a centro de rehabilitación y otros como teletón.</p> <p>Dificultad de acceso de usuarios a la atención de morbilidad.</p> <p>Bajo índice de pesquisa TBC</p> <p>Existencia de usuarios poli consultantes</p> <p>Falta educación grupal a usuarias en temática de polifarmacia</p> <p>Bajo abordaje comunitario de patologías de salud mental.</p>	<p>AMENAZAS</p> <p>Pérdida de auto valencia del adulto mayor.</p> <p>Aumento de adultos mayores con dependencia severa.</p> <p>Abandono del adulto mayor.</p> <p>Aumento de enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Aumento índice de vejez.</p> <p>Kioscos no saludables en establecimientos educacionales</p> <p>Falta de regulación municipal en temáticas de alimentación saludable (ordenanza municipal para kioscos, puntos de venta de comida rápida, etc.)</p> <p>Falta de conocimiento de la población de los servicios sanitarios implementados.</p> <p>Falta horas atención especialista CAVRR</p> <p>Aumento problemas agudos multimorbilidad</p> <p>Aumento de usuarios con patologías crónicas en la comuna</p> <p>Alto daño en salud bucal de la población</p> <p>Existencia clandestinos venta de bebidas alcohólicas</p> <p>Ruidos molestos</p> <p>Existencia micro basurales en lugares periféricos</p> <p>.existencia de tráfico y consumo drogas jóvenes</p> <p>Existencia de venta clandestina alcohol</p> <p>Falta de autocuidado de la población y corresponsabilidad</p> <p>Falta de adherencia a tratamientos enfermedades crónicas que van en aumento.</p> <p>Mal uso del servicio de urgencia</p> <p>Sobre demanda de atención en salud mental y falta de continuidad psicoterapia.</p> <p>Falta de centros de derivación para internación usuarios salud mental descompensados.</p> <p>VIF</p>

	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>Programa MAS (adulto mayor autovalente) funcionando con kinesiólogo y TERAPEUTA.</p> <p>Proyecto de Centro atención Integral del Adulto mayor en la comuna.</p> <p>Proyecto de ampliación CCR Cabrero.</p> <p>Proyecto de construcción CCR Monte águila</p> <p>Existencia de 12 plazas implementadas con máquina de actividad física</p> <p>Existencia de 1 circuito de calistenia en Monte águila y uno por construir en cabrero</p> <p>Existencia de domo de actividad física en cabrero y uno en construcción en monte águila</p> <p>Ejecución de programa vida sana en la comuna</p> <p>Ejecución programa de reforzamiento “Detección, Intervención y Referencia Asistida en Alcohol, Tabaco y Otras Drogas –</p> <p>Implementación de Gimnasio domos con bicicletas y equipamiento deportivo</p> <p>Celebración de hitos deportivos</p> <p>Talleres de alimentación saludable en niños menores de 5 años</p> <p>Proyecto de mejoramiento de Kioscos saludables.</p> <p>Atención oftalmológica de la Población a través de la UAPO que cuenta con 2 profesionales tecnólogos médicos y oftalmólogo 11 hrs.</p> <p>Equipo de Salud del Programa de Rehabilitación Basada en la comunidad mejoran calidad de vida de los usuarios mediante acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>Estimulación Temprana para los niños de la comuna mediante la existencia de 2 Salas de estimulación con Profesional Educadora de Párvulos y fonoaudióloga.</p> <p>Aumento resolutividad en salud bucal (cirugía maxilofacial, ortodoncia, endodoncias, prótesis).</p> <p>Unidades odontológicas instaladas en Liceos de la comuna.</p> <p>2 clínicas odontológicas móviles en la comuna</p> <p>4 móviles ambulancias en la comuna (2 SAR 2 SUR)</p> <p>Implementación pabellón resolutividad médica y odontológica.</p> <p>Laboratorio clínico en CESFAM Cabrero con equipamiento y arsenal de insumos para responder a las necesidades de la población.</p> <p>Nueva infraestructura para el servicio de urgencia y aumento de resolutividad a través de SAR implementado y funcionando.</p> <p>Equipo de Rayos resuelve demanda de exámenes de imagenología como Rx caderas, columnas, extremidades inferiores y superiores, con informes de radiólogo para radiografías de TORAX y caderas.</p> <p>Servicio cuenta con profesional Tecnólogo médico.</p> <p>Proyecto ampliación a 24 hrs. Servicio de rayos de urgencia.</p> <p>Talleres nadie es perfecto</p> <p>Matronas capacitadas en ecografías obstétricas y visualización de dispositivos intrauterinos.</p> <p>Programa de atención domiciliaria con horas protegidas.</p> <p>CECOSF implementado y funcionando en sector Membrillar con cobertura para población vulnerable adulto mayor.</p> <p>4 postas rurales en proceso de demostración sanitaria.</p> <p>Funcionarios capacitados en RCP</p> <p>Extensión horaria marrón, odontólogo, UAPO, farmacia, vida sana, RAYOS</p> <p>Existencia programa control joven sano</p> <p>Recursos destinados a cobertura de tratamiento farmacológico de pacientes cardiovasculares (FOFAR).</p> <p>Equipo de videoconferencia, tele-dermatología, telemedicina en CESFAM Cabrero.</p> <p>TENS capacitadas en podología (4).</p> <p>✓ Existencia equipo promoción de la salud y participación ciudadana.</p>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p>Existencia de 19 clubes de adulto mayor funcionando en la comuna.</p> <p>Oferta de viajes para el adulto mayor a través de programa SERNATUR</p> <p>Programa vinculo implementado en la comuna.</p> <p>Canal de televisión que televisa programa educativo “receta perfecta”</p> <p>Presencia de patinodromo en la comuna</p> <p>3 multicanchas de pasto sintético</p> <p>Remodelación estadio de Monte águila</p> <p>Remodelación gimnasio Osvaldo Muñoz</p> <p>Existencia Gimnasio Municipal</p> <p>Implementación de huertos escolares</p> <p>Existencia de farmacia Municipal gestión otros fármacos a la población</p> <p>Nueva infraestructura para CESFAM Monte Águila (reposición)</p> <p>Proyecto de ampliación CCR Cabrero y construcción sala de rehabilitación Monte Águila.</p> <p>Proyecto construcción piscina temperada A Mayor</p> <p>Equipo de Rehabilitación rural SSBIOBIO con cobertura para sectores rurales de la comuna.</p> <p>Proyecto Método TOMATIS implementado en la comuna para la intervención de niños con problemas de comunicación.</p> <p>Proyecto JICA con profesional terapeuta ocupacional Japonés. (talleres de yoga a la comunidad)</p> <p>Trabajo en Red con distintas instituciones de salud de la comuna (Red CHCC, Tribunal de Familia, PDI, Carabineros, Cruz Roja, SERNAM)</p> <p>Existencia de programas de reforzamiento de la APS MINSAL</p> <p>Consultorías de salud mental cada 2 meses.</p> <p>Profesionales Diplomados Salud Familiar, Participación ciudadana.</p> <p>Base SAMU en la comuna</p> <p>Existencia de grupo CADEPEDI</p> <p>Existencia de OPD</p> <p>Consejos de desarrollo y comités de salud posta Charrúa y CECOSF.</p> <p>Cajas de compensación instaladas en la comuna.</p> <p>Oficina FONASA en dependencias de CESFAM.</p> <p>Ejecución diagnóstico seguridad ciudadana.</p> <p>4 farmacias privadas en la comuna.</p> <p>Gimnasios de fitness privados presentes en la comuna.</p> <p>Módulo dental JUNAEB.</p> <p>Programa de acreditación establecimientos educacionales promotores de la salud (SEREMI de salud).</p> <p>Existencia de la mesa COMSE.</p> <p>Empresas privadas relacionadas con salud instaladas en la Comuna (Imagen logia)</p> <p>Elaboración de Diagnostico de seguridad ciudadana</p>
--	--	--

## 8.- PLAN DE ACCION ESTRATEGICO DE SALUD AÑO 2018



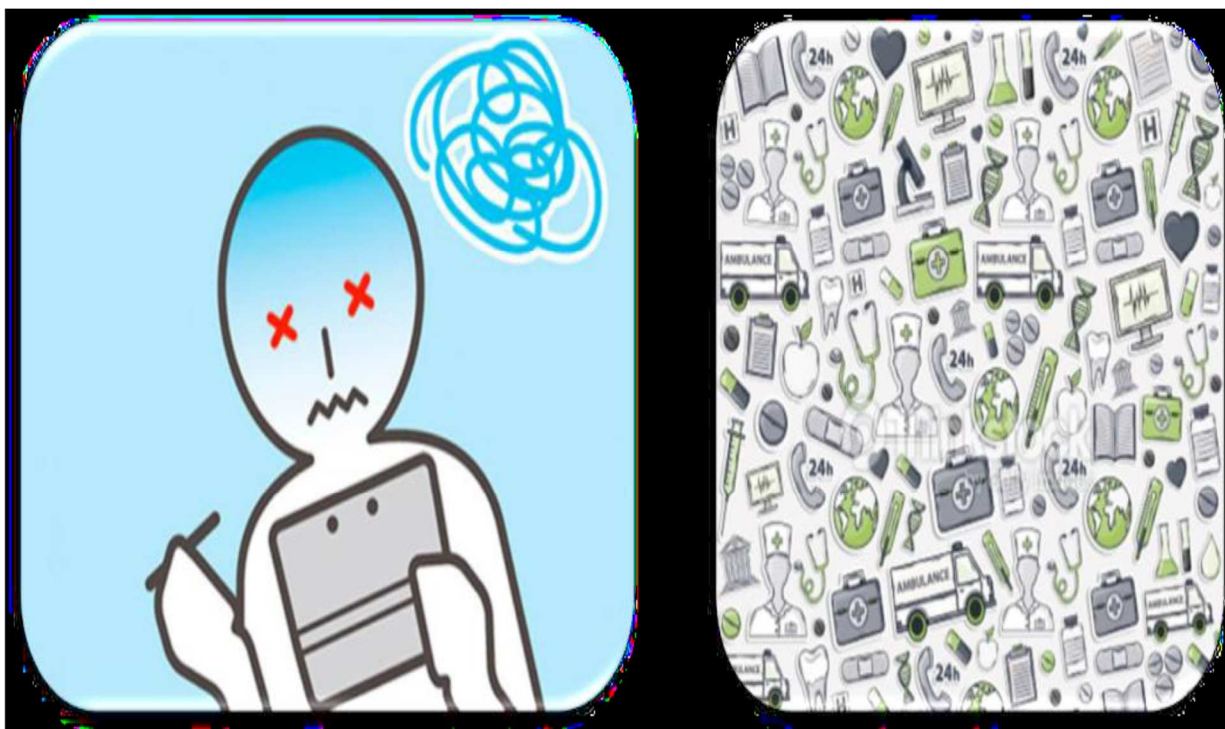
Haciendo un análisis de diagnóstico epidemiológico y participativo nuestro sistema de salud de la Comuna debe aproximarse al modelo de determinantes sociales de la salud y hacia un enfoque poblacional de la atención de salud, por el alto porcentaje en estrato G0 (58,8%). En la base de la Pirámide (G0) donde debemos aplicar estrategias de promoción y prevención principalmente.

El modelo de los determinantes sociales de la salud mantiene que la atención sanitaria no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas y la atención sanitaria ayuda a las personas cuando enferman. El reto está en actuar proactivamente antes de que los problemas o eventos adversos ocurran.

Así pues, estamos en un escenario que explica el interés creciente de reformular la entrega de servicios sanitarios y sociales sobre todo a personas con enfermedades crónicas que tienen en un aumento progresivo en la comuna reforzando la acción sobre los determinantes sociales, estilos de vida y con un enfoque poblacional.

Hemos observado que los pacientes muestran escasa adherencia a los regímenes de tratamiento y ello, tiene un impacto negativo en la calidad de los cuidados e incrementa el consumo de recursos sanitarios.

Por lo anterior para mejorar la atención de las personas con enfermedades crónicas debemos identificar los pacientes de alto riesgo para adaptar los procesos de atención a sus necesidades diferenciadas.





8.1 Lineamiento estratégico: Fortalecimiento de la salud Municipal (PLADECO)

- A. FORTALECER LA CONTINUIDAD, LA OPORTUNIDAD Y ACCESO A LA ATENCION DE SALUD
- B. FORTALECER EL MODELO DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL CON ENFOQUE COMUNITARIO Y APORTAR AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS Y ESTRATEGICOS MINSAL.

A.- FOTALECER LA CONTINUIDAD, LA OPORTUNIDAD Y ACCESO A LA ATENCION DE SALUD

1. Constituir Mesa de Trabajo Municipio, Servicio de Salud Biobío, SEREMI, para avanzar en la Construcción y o mejoramiento de infraestructura de salud municipal con autorización sanitaria que incluya; CESFAM, Postas Rurales, CECOF, entre otros.
2. Estudios de Factibilidad, Infraestructura Establecimientos de Salud (Proyectos correspondientes, para el mejoramiento y la construcción de infraestructura para los establecimientos de salud municipal, que incluyan el entorno de los recintos, ampliaciones, reposiciones y/o construcciones cuando sea pertinente).
3. Implementación un programa de Atención exclusiva del Adulto Mayor, en infraestructura de salud existente, remodelada.
4. Elaborar un Programa de Educación en Autocuidado, Promoción y Prevención en Salud año 2018
5. Implementación de un programa de atención odontológica de acercamiento de la atención de Usuarios pertenecientes a área influencia de Postas Rurales, establecimientos educacionales y lugares apartados de CESFAM.
6. Difusión del resultado anual del Programa sobre satisfacción usuaria que incluye evaluación del servicio y la capacitación del personal relacionada con trato.
7. Fortalecer Programa de prevención de cáncer cervico uterino y mamas: Implementación Clínica Ginecológica móvil para atención rural bimensual en diversos sectores de la comuna.
8. Constituir Mesa de Trabajo DAEM – Salud Municipal (Programa Comer Sano – Salud Escolar – Educación Sexual – Estilos de Vida Saludable – Prevención de la Drogadicción y Alcoholismo - Protocolos de Derivaciones, Atención Psicosocial, etc.). Año 2018
9. Avanzar hacia la resolución de especialidades en la APS: Implementación y funcionamiento de un pabellón de cirugía menor en la Comuna con autorización sanitaria para resolución especialidades médicas y odontológicas. e
10. Mejora sistema agenda médica TICS’ s, dación horas de Morbilidad
11. Elaboración de un Programa de perfeccionamiento del Personal de Salud (Desarrollo de RRHH)
12. Implementación de Transporte especial usuarios con capacidades diferentes, para acercamiento al centro de rehabilitación u a otros de la red asistencial
13. Mantener funcionamiento de farmacia Municipal con profesional QF y TENS

A.- FORTALECER LA CONTINUIDAD, LA OPORTUNIDAD Y ACCESO A LA ATENCION DE SALUD (PLADECO)			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	METAS DE EFECTIVIDAD	INDICADORES /RESULTADOS	MEDIO DE VERIFICACION
1. Constituir Mesa de Trabajo Municipio, Servicio de Salud Biobío, SEREMI, para avanzar en la Construcción y o mejoramiento de infraestructura y equipamiento de salud municipal con autorización sanitaria que incluya; CESFAM, Postas Rurales, CECOF, entre otros.	1. Contar con 5 establecimientos con infraestructura y o servicios certificados por la autoridad sanitaria  2.Fortalecer el desarrollo del modelo de Salud Familiar en 3 establecimientos de la comuna 3.Contar con Plan de calidad para acreditación de 2 CESFAM 4.Contar con establecimiento con infraestructura y equipamiento sanitario adecuado a normas sanitarias 5. Contar con un profesional capacitado en acreditación de calidad, implemente, dirija y coordine planes de calidad.	1.Cinco establecimientos de salud con autorización sanitaria  2. Recertificación de CESFAM y CECOSF modelo de salud familiar y comunitario 3. Existencia de plan de calidad por establecimiento con avance indicadores acreditación de calidad en un 80% año 2018 y 100% año 2019 4. Equipo gestor y de calidad constituido 5.- Contar con un profesional nombrado por resolución para dar cumplimiento a temas de calidad.	FOTOS/ACTAS  1Reuniones y mesas de trabajo con SSBIOBIO. Gestión de recursos a través de Convenios año 2018 2.Reuniones y Mesa de trabajo con SEREMI Salud autorización sanitaria de establecimientos 2018 3.Reuniones con MINSAL gestión recursos financieros año 2018 4.Reuniones gestión Proyectos con Servicio de Salud Biobío Recursos Físicos 2018 5.Reuniones técnico financieras con Servicio de Salud Biobío 2018 ( 4 anuales) 6.Resolución Autorizaciones sanitarias



2.Estudios de Factibilidad, Infraestructura y o equipamiento Establecimientos de Salud (Proyectos correspondientes, para el mejoramiento y la construcción de infraestructura para los establecimientos de salud municipal, que incluyan el entorno de los recintos, ampliaciones, reposiciones y/o construcciones cuando sea pertinente).	<p>1.-Contar con una sala de rehabilitación en el CESFAM de M.Aguila.</p> <p>2.- Contar con Proyecto mejoramiento entorno y área verde recintos CESFAM Cabrero</p> <p>3.- Contar con Proyecto mejoramiento infraestructura existente para la atención diferenciada del Adulto mayor</p> <p>4.- Contar con Proyecto ampliación CCR.</p> <p>5. Contar con Levantamiento de información directa e indirecta en base a reuniones técnicas y encuentros de participación ciudadana, análisis de estadísticas comunales, entre otros años 2017-2018</p> <p>6.- Contar con una piscina para adultos mayores según normas sanitarias en la Comuna</p> <p>7.- Gestiones para implementar una posta o dispositivo de salud autorizado en el sector del Progreso.</p>	<p><b>1.-Levantamiento de información directa e indirecta en base a reuniones técnicas y encuentros de participación ciudadana, análisis de estadísticas comunales, entre otros años 2017-2018</b></p> <p><b>2.-Estudios de Factibilidad, Infraestructura y o equipamiento.</b></p> <p><b>3.-Existencia de recursos a través de convenios y programas SSBIOBIO-MINSAL año 2018</b></p> <p><b>4.- Gestión de recursos a través de convenios apoyo a la gestión SSBIOBIO-MINSAL año 2018 para proyectos menores y ampliación CCR Cabrero</b></p> <p><b>5.- Ejecución sala de rehabilitación CESFAM M.Aguila 2018</b></p> <p><b>6.- Ejecución mejoramiento entorno y área verde de CESFAM Cabrero año 2018</b></p>	<p>1.FOTOS /ACTAS</p> <p>2.Listado de proyectos presentados y aprobados</p> <p>3.Proyectos ejecutados</p> <p>4.Recursos gestionados a través de convenios , programas</p> <p>5. Reuniones realizadas</p>
3.Implementación un programa de Atención diferenciada del Adulto Mayor, en infraestructura de salud existente.(2018)	<p>1.- Contar con un centro en la Comuna el año 2018 para atención diferenciada de adultos mayores</p> <p>2.-Contar con apoyo del Programa MINSAL adulto mayores (MAS) más adultos mayores autovalentes</p> <p>3 Contar con un programa de atención del Adulto mayor</p> <p>4.Contar con equipo de salud para la atención de adulto mayor capacitado</p>	<p><b>1.Ejecución y funcionamiento remodelación centro de salud para la atención de adultos mayores</b></p> <p><b>2 Adultos mayores bajo control.</b></p> <p><b>3. Visita domiciliaria integral.</b></p> <p><b>4. Aplicación de instrumentos de salud familiar.</b></p> <p><b>5.Plan de cuidados del adulto mayor</b></p> <p><b>6. Plan de cuidados enfermedades crónicas</b></p>	<p>1.Programa de atención de Adulto mayor</p> <p>2.Bajo control Adulto mayor</p> <p>3.Informe estadístico</p> <p><b>4.Resultados plan de cuidados</b></p>
4. Elaborar un Programa de Educación en Autocuidado, Promoción y Prevención en Salud año 2018	<p>1.-Contar con plan de PROMOS que abarque los componentes de:</p> <p>Alimentación saludable.</p> <p>Actividad física.</p> <p>Participación ciudadana.</p>	<p>1. Existencia de Plan de intervención TRIENAL 2016-2018.</p> <p>2Recuperación de espacios públicos.: 2 Plazas saludables por año.</p> <p>3. Implementación deportiva, 19 bicicletas estáticas año 2018</p> <p>4. Programa de actividad física de salud.</p> <p>. Corrida /caminata familiar</p> <p>-Circuito deportivo calistenia.</p> <p>Mejora de kiosco escolar. Kiosco saludable.</p> <p>5. Funcionamiento gimnasios DOMO en M.Aguila y Cabrero con profesor de educación física.</p> <p>6.Programa Tv canal</p> <p>7.-Diagnóstico participativo con equipo de participación ciudadana sistematizado al 30 de Septiembre.</p>	<p>1.Fotos</p> <p>2.Proyectos y eventos ejecutados</p> <p>3.PLAN PROMOS Comunal y de CESFAM</p> <p>4.Rendición Financiera</p> <p>5.Diagnostico participativo sistematizado en plan de salud</p> <p>6.Datos estadísticos plan de difusión Tv canal</p>

5.- Implementación de un programa de atención odontológica de acercamiento de la atención de Usuarios pertenecientes a área influencia de Postas Rurales, establecimientos educacionales y lugares apartados de CESFAM.	<p>1.- Mejorar acceso a aquellos beneficiarios del sistema público de salud a los cuales se les dificulta trasladarse a los establecimientos sanitarios por temas de recursos, y otros de acceso y oportunidad de la atención</p> <p>2.Contar con dos clínicas dentales móviles funcionando el año 2018</p> <p>3.-Contar con tres establecimientos de educación dela Comuna con unidades dentales y profesional odontólogo trabajando para la atención de alumnos de 4 medios y otros prioritarios no cubiertos por JUNAEB.</p> <p>4.- Establecer línea base de bajo control niños 0 a 6 años</p>	<p>1. Dos Clínicas odontológicas funcionando : 1 en cabrero y otra en M.Aguila</p> <p>2.- Aumentar la instalación de una unidad dental en establecimiento de salud a definir en la Comuna.</p> <p>3. Bajo control en salud bucal niños de 0 a 6 años.</p> <p>4.Altas odontológicas alumnos de cuartos medios</p>	<p>1.Calendario trabajo de clínica dental móvil</p> <p>2.Actividades realizadas por clínicas móviles (producción)</p> <p>3.Actividades realizadas en unidades dentales de establecimientos educacionales(alta odontológicas cuartos medios9</p> <p>4. Cobertura de niños de 0 a 6 años bajo control.</p>
6. Difusión del resultado anual del Programa sobre satisfacción usuaria que incluye evaluación del servicio y la capacitación del personal relacionada con trato año 2018	1. Contar con a lo menos una aplicación de encuesta de satisfacción usuaria anual de establecimientos.	Ranking de puntajes ubicación centros de salud resultados encuestas	<p>1.Evaluación Satisfacción usuaria</p> <p>2.Bono trato usuario</p>
7. Fortalecer Programa de prevención de cáncer cervico uterino y mamas: Implementación Clínica Ginecológica móvil para atención rural bimensual en diversos sectores de la comuna.	<p>1.Aumentar Prevención cáncer cervico uterino y mamas</p> <p>2.-Aumento Dotación matrona año 2018</p> <p>3. Gestión y postulación proyecto Clínica Ginecológica móvil para la Comuna</p> <p>4. Gestión de clínica móvil ginecológica a nivel SSBI/OBIO para cubrir brechas de mujeres sin PAP</p> <p>5. Reducir el Nº de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente Cobertura mujeres PAP vigente(cumplir meta fijada año 2018 en un 100%</p> <p>6.Contar con Clínica Trabajando en la Comuna según calendario 2018</p>	<p>-Fijación Metas de cumplimiento de Mujeres con Examen PAP vigente 2018</p> <p>-Número de Mujeres PAP vigente años 2017-2018</p> <p>--Calendarización de trabajo de clínica ginecológica en diversos sectores de la Comuna 2017-2018</p> <p>-Implementación Clínica Ginecológica móvil para atención rural bimensual en diversos sectores de la comuna</p>	<p>1.Calendario trabajo PAP Móvil Provincial FOTOS</p> <p>2.Recursos proyecto clínica</p> <p>3.Clínica Trabajando en la Comuna según calendario 2018</p> <p>4. N° PAP tomados.</p> <p>5.Cobertura mujeres PAP vigente en la Comuna años 2017 y 2018</p>
8. -Constituir Mesa de Trabajo DAEM – Salud Municipal (Programa Comer Sano – Salud Escolar – Educación Sexual – Estilos de Vida Saludable – Prevención de la Drogadicción y Alcoholismo - Protocolos de Derivaciones, Atención Psicosocial, etc.). Año 2018	<p>1.Fortalecer la intersectorial dad y participación ciudadana</p> <p>2. Mejorar el nivel de salud de población escolar (obesidad, salud bucal consumo tabaco y otros)</p> <p>3.- Mantener Financiamiento de estrategia funcionamiento de clínicas dentales en establecimientos de educación para atención jóvenes de 4tos medios</p> <p>4.- Aumentar una clínica de atención más durante el año 2018 en un establecimiento de educación a definir</p> <p>5.- Mantener Programa de Detección, Intervención y Referencia Asistida en Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas (2017)</p>	<p>1.- reuniones de coordinación realizadas por Departamento de Salud y Departamento de educación relacionados con temas relacionados con la salud de niños y adolescentes de la comuna de Cabrero.</p> <p>2-Ejecución Programa de control salud adolescente MINSAL.</p> <p>3.- Ejecución programa Vacunación escolar según calendario ministerial.</p> <p>4. Aplicación de TEST AUDIT en establecimientos de educación</p> <p>5.- Tamizaje a 10% población de 15 a 65 años</p> <p>6.- Intervenciones Preventivas</p>	<p>1. Fotos.</p> <p>2.Indicador bajo control adolescentes</p> <p>3.- Programa Vacunación escolar</p> <p>4. TEST AUDIT aplicados.</p> <p>Intervenciones realizadas por equipo de programa</p>
1.-Mejora la resolutiveidad especialidades en APS año 2018	1-Disminuir lista de espera procedimientos quirúrgicos especialidades año 2018	1. Gestión recursos vía convenios para equipamiento aumentar resolutiveidad en la Comuna .	<p>1.Convenio Municipalidad y SSBI/OBIO Resolutiveidad APS</p> <p>2.Pabellón funcionando</p> <p>3.Inventario de equipamiento</p>

	<p>2- Resolución local de especialidades odontológicas y medicas</p> <p>3.-Implementa un pabellón de cirugía menor en la Comuna</p> <p>4.- Implementar equipamiento imágenes diagnosticas : Mamografo</p>	<p>2- Autorización sanitaria pabellón cirugía menor</p> <p>3.- Autorización sanitaria Mamografo</p> <p>2.Cirugías menores realizadas de tipo medico</p> <p>3.Cirugías menores oftalmológicas</p> <p>4. Cirugías maxilofaciales realizadas</p> <p>Biopsias realizadas</p> <p>5- Mamografías realizadas en la Comuna</p>	<p>4.Lista de espera</p> <p>5.- Cobertura de mujeres con PAP vigente.</p>
<p>10. Mejora sistema agenda médica TICS´ s, dación horas de Morbilidad Programa Asistencial (GDA)</p> <p>Sistema de información de petición de horas médicas a través de una plataforma virtual telefónica, que tiene por finalidad evitar las filas de madrugada de los usuarios</p>	<p>1.Contar con Sistema de Agenda Médica (Tics ) y GDA mejorado año 2018 , con financiamiento Municipal</p> <p>2.- Mejorar el acceso al atención de morbilidad por médico</p>	<p><b>Renovación Y REVISION Sistema de Agenda Médica (Tics ) y GDA año 2018</b></p> <p><b>Gestión de la demanda</b></p> <p><b>Disminuir filas de madrugada</b></p> <p><b>Cobertura usuarios atendidos</b></p> <p><b>N° de personas filas</b></p>	<p>1. Estadística de usuarios hora gestionad</p> <p>2.Tasa de consulta de morbilidad</p>
<p>11.- Elaboración de un Programa de perfeccionamiento del Personal de Salud.</p>	<p>1.- Contar con un programa de Capacitación y Formación atención primaria de salud según orientaciones MINSAL año 2018 para el 100% del personal</p>	<p><b>1.-Diagnostico de necesidades de Capacitación del personal año 2018</b></p> <p><b>2.-Existencia de Comité Bipartito de capacitación año 2018 con plan de trabajo.</b></p> <p><b>3.-Gestión de convenio financiar parte capacitación a funcionarios 2018</b></p> <p><b>4.-Elaboración de un Programa de perfeccionamiento del Personal de Salud año 2018 según Lineamientos MINSAL</b></p> <p><b>5.- Aprobación de plan de capacitación anual del personal 2018(incorporado en plan de salud)</b></p> <p><b>6.Ejecución y evaluación programa de capacitación a funcionarios 2018</b></p>	<p>1.Cobertura de funcionarios capacitados</p> <p>2.Puntaje de capacitación funcionarios</p>
<p>12.- Implementación de Transporte especial usuarios con capacidades diferentes, para acercamiento al centro de rehabilitación u a otros de la red asistencial</p>	<p>1.Contar con Diagnostico de personas en situación discapacidad severa en sectores rurales de 4 postas de salud rural 2018</p> <p>2 Contar con monitoras formadas en rehabilitación en sectores rurales y urbanos</p> <p>3. Fomentar la rehabilitación y uso de ayudas técnicas en domicilio.</p> <p>4.Postular proyecto vehículo especial personas con capacidades diferentes</p> <p>5.Gestión para mantener equipo móvil del SSBIOBIO con profesionales capacitados en rehabilitación para atención personas en situación discapacidad en sectores rurales y urbanos apartados</p>	<p><b>1.Indicadores de programa Rural de rehabilitación basado en la Comunidad SSBIOBIO</b></p> <p><b>2.-Monitoras en rehabilitación formada en sectores rurales</b></p> <p><b>3.Gestion recursos para adquisición vehículo usuarios con discapacidades diferentes</b></p> <p><b>4.Equipo de salud de rehabilitación rural del SSBIOBIO , trabajando en la Comuna</b></p>	<p>1.Diagnóstico de discapacidad sectores rurales</p> <p>2. Monitoras formada en rehabilitación</p> <p>3. Recursos para vehículo especial</p> <p>4 .indicadores de equipo e rehabilitación rural del SSBIOBIO</p>
<p>13.- Mantener funcionamiento de farmacia Municipal con profesional QF y TENS</p>	<p>1.- Mantener política de gestión de fármacos a bajo costo que no están en arsenal APS para usuarios tanto FONASA como ISAPRES o particulares.</p> <p>2.- Contar con farmacia funcionando y equipada</p>	<p><b>Arsenal fármacos gestionados Intermediación CENABAST</b></p>	<p>1.Fármacos gestionados y despachados</p>



**B. FORTALECER EL MODELO DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL CON ENFOQUE COMUNITARIO Y APORTAR AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS MINSAL.**

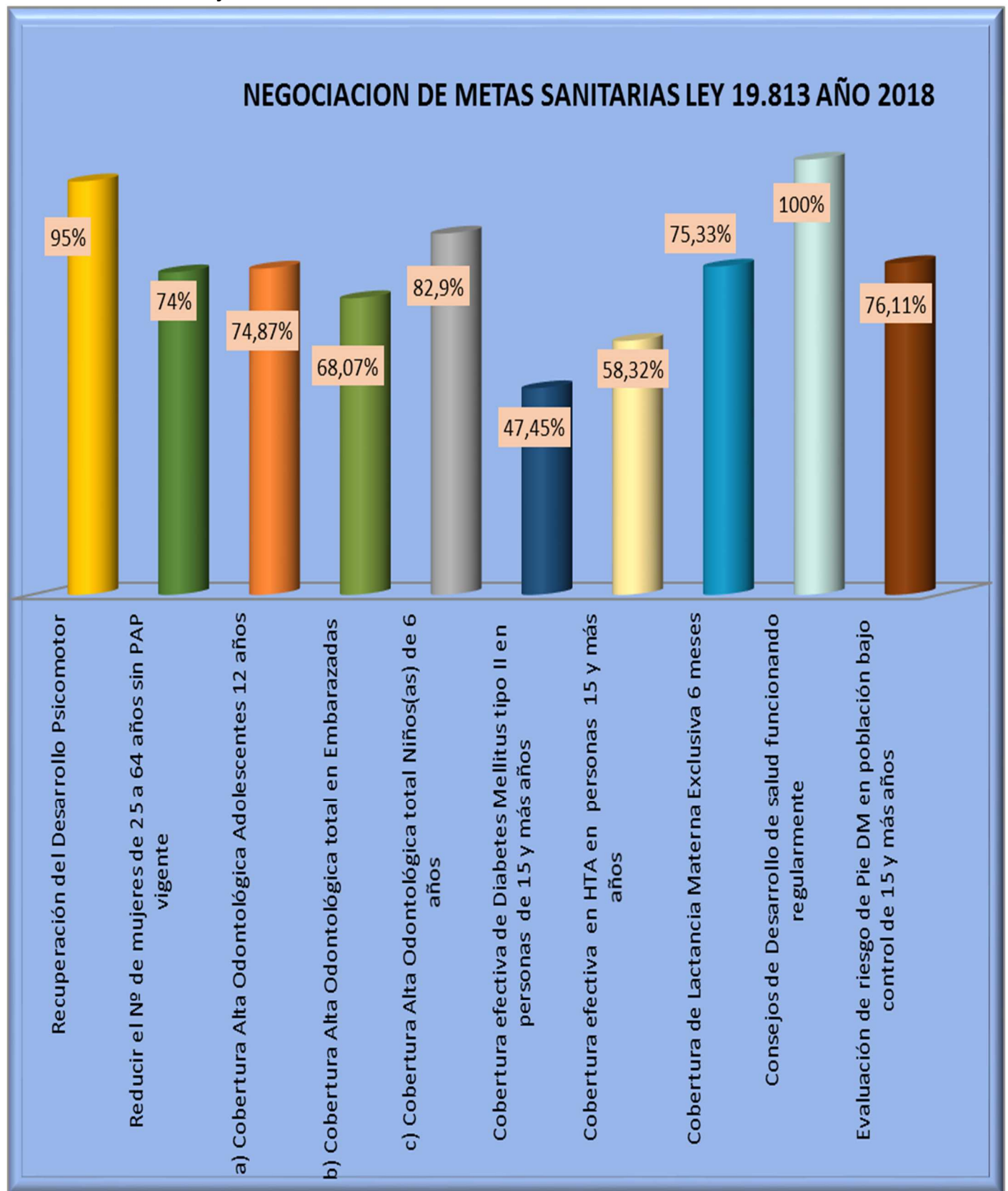
- 1. Programa de mejora continua de calidad para promover los modelos de excelencia y calidad en los procesos clínicos.
- 2. Asegurar el cumplimiento del Plan de salud con enfoque familiar y comunitario, Plan de Garantías Explícitas en Salud, metas sanitarias, IAAPS y planes de cuidados por ciclo vital.
- 3. Fortalecer la resolutiveidad de la atención primaria de salud a nivel local
- 4. Mejorar la calidad de la Atención y servicios percibidos por el usuario
- 5. Participación ciudadana: continuar incorporando la opinión de los usuarios y comunidad en general en la toma de decisiones en salud (Consejos de Desarrollo, Cuenta Pública)
- 6. Fortalecer el análisis epidemiológico en el nivel local
- 7. Desarrollo de RRHH en salud familiar

B.FORTALECER EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR CON ENFOQUE COMUNITARIO Y APORTAR AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS SANITARIOS MINSAL.			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	METAS DE EFECTIVIDAD	INDICADORES/RESULTADOS	MEDIOS DE VERIFICACION
1. Programa de Mejora continua de calidad para Promover los modelos de excelencia y calidad en los procesos clínicos.	1.Asegurar la acreditación como centros de salud prestadores de problemas de salud garantizados al año 2019 2.Formacion de equipo gestor con competencias 3.-Contar con plan de calidad para la acreditación 4. Cumplimiento guías clínicas AUGE. 5.Auditorías de fichas clínicas 6. Auditorías a postas rurales 7.Manual de procedimientos de establecimiento y unidades 8. Mejorar protocolos existentes (enfermedades cardiovasculares por riesgo , protocolos de urgencia, procedimientos , derivaciones ,etc) 9. Lograr Autorización sanitaria de establecimientos,	1. CESFAM con pre evaluación de calidad para acreditación 2- Equipo gestor formado y capacitado en acreditación de calidad 3.Contar con plan de calidad 4.Auditorias  5.Protocolos existentes 6. CESFAM, Postas y CECOSF con autorización sanitaria año2018	1. N° de Centros en proceso de acreditación 2.Plan de trabajo 3.Calendario de reuniones equipo gestor 4.- Evaluación proceso acreditación 5.Informes de auditorias .protocolos existentes y conocidos por la organización. 6.Resoluciones autorización sanitaria

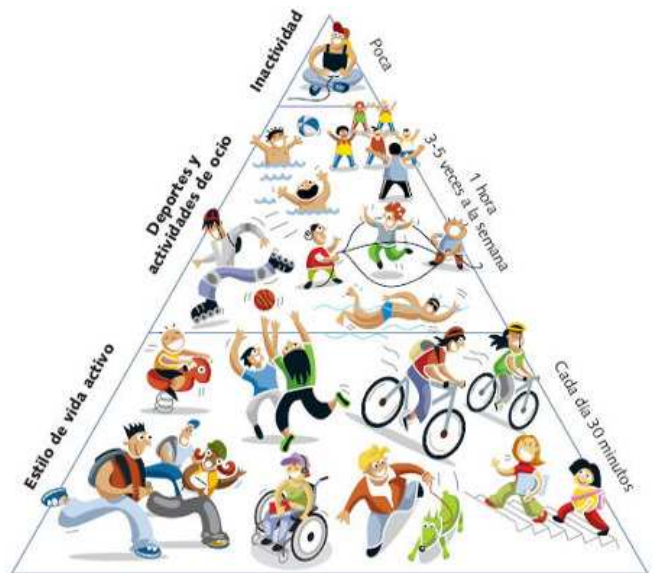


2. Asegurar el cumplimiento del plan de salud integral Comunal con garantías GES, metas sanitarias, IAAPS y planes de cuidados por ciclo vital de los establecimientos	<p>1.- Contar con Planes de cuidados por ciclo vital por establecimiento y sector.</p> <p>2 Contar con programación de actividades por ciclo vital cuantitativa</p> <p>3.- Contar con cartera de servicios definida por ciclo vital y establecimiento</p> <p>4. Contar con Plan de salud con diferenciación problemas de salud garantías GES</p> <p>5.-Fijación Metas sanitarias(indicadores) e indicadores IAAPS</p>	<p>1. Dar cumplimiento a 100 % de planes de cuidados por establecimiento</p> <p>2. cumplimiento 100% de programación local</p> <p>3. Dar cumplimiento a cartera de prestaciones</p> <p>4.Dar cumplimiento indicadores metas sanitarias fijadas en un 100%</p> <p>5.100% cumplimiento metas IAAPS fijadas</p>	<p>1.- Planillas monitoreo y evaluación Indicadores IAAPS y metas sanitarias.</p> <p>2.-Porcentaje de pacientes AUGE con garantías cumplidas (Total de pacientes AUGE con garantías cumplidas/total de pacientes AUGE).</p> <p>3.indicadores de programación local</p>
3.Fortalecer la resolutivez de la atención primaria de salud a nivel local	<p>1.- Gestión de Programas de reforzamiento de la atención primaria de Salud (PRAPS)</p> <p>2.- Firma de Convenios con Servicio de salud de Biobío (PRAPS)</p> <p>3.- Contar con Programas de resolutivez especialidades a nivel APS por compra de servicios (listas de espera de oftalmología, Otorrino, imágenes diagnósticas, otros )</p>	<p>1. Convenios firmados con SSBIOBIO</p> <p>2. Ejecución de Convenios de programas de reforzamiento de la APS</p> <p>3.- Profesional con dedicación exclusiva rendición convenios</p> <p>4. Proyectos de infraestructura e inversión gestionados con fondos Convenios.</p> <p>5.- Resolución de Problemas de salud, brechas existentes en materia de recursos y resolución de algunas especialidades prioritarias</p>	<p>1. Recursos Financieros ingresados por programas de reforzamiento de la APS.</p> <p>2.- % ejecución de Convenios</p> <p>3.- Logros sanitarios</p>
4.Mejorar la calidad de la Atención y servicios percibida por el usuario	<p>1.- contar con encuestas de satisfacción usuaria</p> <p>2. Difusión en un 100% las carteras de servicios asociadas a las prestaciones a funcionarios y comunidad</p> <p>3. Contar con sistema de difusión de cartera de prestaciones a usuarios en establecimientos</p>	<p>1 .Implementar en los CESFAM de la Comuna con letreros que publiquen cartera de servicios</p> <p>3. Publicidad en el periódico local</p> <p>4. Cartera de prestaciones publicada en establecimientos y sedes comunitarias</p>	<p>1. Reclamos relacionados con la calidad / Nº reclamos totales.</p> <p>2. Reuniones con la Comunidad y equipo de Salud</p> <p>3- Reclamos por servicios prestados a la comunidad</p>
5.Participación ciudadana: continuar incorporando la opinión de los usuarios y comunidad en general en la toma de decisiones en salud (Consejos de Desarrollo, Cuenta Pública)	<p>1.-Reuniones con consejos de desarrollo y comités de salud</p> <p>2.-Contar con Diagnósticos participativos para la gestión</p> <p>3.- Cuenta Pública de la gestión</p> <p>4Fomentar la realización de proyectos Comunitarios participativos</p>	<p>1.Reuniones realizadas al año con comités de salud y consejos de desarrollo</p> <p>2.Diagnostico participativo incorporado al plan de salud</p> <p>3.Cuenta pública de la gestión</p> <p>4.-proyecto comunitario ejecutado por la comunidad</p>	<p>1.Actas de reuniones, fotos</p> <p>2.Recepción de diagnóstico participativo</p> <p>3.Ceremonia cuenta pública</p> <p>4Indicadores de proyecto comunitario (rendición ,resultados)</p>
6. Fortalecer el análisis epidemiológico para la gestión local	<p>1. Diagnóstico epidemiológico actualizado de la comuna.</p> <p>2. Contar con equipo de salud encargado de epidemiologia capacitado</p>	<p>1.Contar con un equipo de salud encargado de epidemiologia</p> <p>2.- Contar con Diagnóstico realizado 30/06/2018 2018 por equipo encargado de epidemiologia</p>	<p>1.-Registro de estadísticas actualizado</p> <p>2.-Diagnostico epidemiológico entregado 30 de junio2018</p>
7. Desarrollo de RRHH en salud familiar	<p>1.Apoya postulación formación especialidad medico familia</p> <p>2.- Gestionar cupos diplomado en salud familiar</p> <p>3.- Contar con un programa anual de capacitación en salud familiar para 80 % dotación</p>	<p>1.Logro cupos beca medico familia</p> <p>2. Cupos diplomado en salud familiar gestionados</p> <p>3.- Programa de capacitación en salud familiar ejecutado</p>	<p>1.Nº Medicos realizando beca especialidad salud familiar</p> <p>2.Nº cupos diplomados en salud familiar gestionados</p> <p>3.Nº y % funcionarios capacitados en salud familiar</p>

## 8.2 Metas sanitarias Fijadas año 2018



### 8.3 Plan trienal 2016- 2018 promoción de la Salud comunal.



Plan de promoción comunal, plan celebrado bajo convenio de la SEREMI de Salud y la Ilustre Municipalidad de Cabrero, que tiene como objetivo general contribuir a la mejora de los estilos de vida de la comunidad, para de esta forma dar cumplimiento a las metas sanitarias de la década.

Principales componentes a trabajar:

- A) Alimentación saludable.
- B) Actividad física.
- C) Participación ciudadana.

Plan de intervención TRIENAL 2016-2018.

- Recuperación de espacios públicos. 2 Plazas saludables por año.
- Implementación deportiva, 19 bicicletas estáticas por año, programa de actividad física de salud.
- Bicicletas comunitarias, 9 bicicletas por año, fomento de la actividad física.
- Corrida familiar
- Circuito deportivo calistenia.
- Mejora de kiosco escolar. kiosco saludable.
- Talleres de alimentación saludable en los primeros años.
- Diagnostico comunitario.
- Domo actividad física.
- Celebración hitos
  - Día de la alimentación saludable.
  - Mes del corazón.
  - Semana de la lactancia materna.
- feria de la salud

8.4 Plan de desarrollo de RRHH

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2018 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD BIO BIO COMUNA DE CABRERO									
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							HORAS PEDAG.
		A (Médicos, Odontólogos, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos salud)	E (Adminis-trativos)	F (Auxiliares servicio)	TOTAL	
L.E.1 Fortalecer el modelo de atención de salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.	Curso de Actualización en Salud Familiar	2	5	3		1	1	12	8
	Curso de Instrumentos de Salud Familiar para profesionales nuevos	2	8					10	8
L.E.3 Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red del Servicio Público de Salud	Taller Actualización en GES	5	10	10	2	5	5	37	8
	Curso prevención y detección precoz del cáncer	5	10	10	2	5	5	37	11
	Curso Medición estandarizada de Presión Arterial		5	10				15	8
L.E.4 Mejorar la calidad de atención y trato al Usuario.	Curso de Calidad en Salud: diseño de indicadores y protocolos	2	8	5				15	21
	Curso de Trato al usuario	10	20	30	2	5	5	72	8
	Curso de RCP y uso de DEA	5	10	15		2	2	34	8
	Curso Ley Deberes y derechos de Pacientes	3	5	7		3	3	21	8
L.E.5 Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la Calidad de Vida laboral.	Curso de Autocuidado del personal	10	20	30	2	5	5	72	8
	Curso Calidad de vida laboral (resolución de conflictos, buenas relaciones laborales, clima laboral)	20	30	2	5	5	10	72	8
	Curso Prevención de eventos adversos	5	10	10				25	8
L.E.8 Mejorar la gestión y desarrollo de las personas.	Curso Manejo del estrés (administrativos)			10		5		15	8
	Capcitación en Diagnóstico Epidemiológico comunal		30					30	16
L.E.9 Mejorar la prevención, y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes	Curso de Emergencia y desastres	5	10	10	1	3	2	31	8
Totales	15	74	181	152	14	39	38	498	152

9.-Planes de cuidados por ciclo vital y planillas programación por establecimiento (cuadernillos adjuntos)



*Todo lo que se hace se puede medir, sólo si se mide se puede controlar, sólo si se controla se puede dirigir y sólo si se dirige se puede mejorar"*

*Dr. Pedro Mendoza Arana*

*"A veces creemos que lo que hemos logrado es sólo una gota en el océano, pero sin ella el océano estaría incompleto"*

*Madre Teresa de Calcuta*

NORA REBOLLEDO FERNANDEZ  
DIRECTORA DE SALUD



# ANEXOS

## ANEXO Nº 1

**Tipo de Administración del Sistema Salud:** Se refiere al tipo de administración que posee el área de Salud municipal, la cual puede ser: *Dirección ó Departamento, Corporación, o No Tiene Sistema* de Salud Municipal.

### APS: Atención Primaria de Salud

**APSM : Atención Primaria de Salud Municipal**, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos

#### **PSC: Plan de Salud Comunal:**

Documento escrito en el cual se presentan en forma ordenada los diferentes tipos de actividades, sus cantidades y características (o atributos). Por ejemplo: consultas, hospitalizaciones, sesiones educativas, inspecciones, etc., a ser entregadas a una población determinada y de los recursos necesarios para su ejecución. Se formula sobre la base de un diagnóstico explícito de la población, sus características, situación de salud y de atención de salud, así como de un análisis de los problemas de salud, sus factores condicionantes y las Intervenciones posibles. Explicita los métodos a usar y sus fundamentos. Se acompaña del presupuesto correspondiente. Contiene asimismo un diseño de las evaluaciones a realizar.

**Factores determinantes de la salud:** Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones.

#### **CG: Consultorios Generales:**

Son los establecimientos esenciales para dar la Atención Primaria de salud; corresponde al que tiene por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y que cuenta con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos o rurales según se ubiquen en localidades de iguales características.

Realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan todo el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan, y para realizar sus actividades trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan sus prestaciones con pertinencia cultural.

#### **CESFAM: centro de salud familiar**

Corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas.

Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el auto cuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias tales producidas por disfunciones tales como VIF, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.

#### **CECOF:**

No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

**COSAM ó Centro Comunitario de Salud Mental Familiar** para áreas con población de alrededor de 50.000 habitantes; pertenecen al nivel secundario de atención (la definición de este establecimiento se incorporara en las normas técnicas del programa de salud mental del MINSAL por publicarse)

#### **CCR: Centro de rehabilitación comunitaria**

##### **PSR: Posta de Salud rural**

“Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social.”

##### **Estaciones Médico Rurales:**

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

**Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):** Es el establecimiento de salud perteneciente al nivel primario de atención, que resuelve la demanda de emergencia /urgencia médica de mediana y baja complejidad, generalmente en horario no hábil.

**Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU):** Forma parte del sistema de atención pre hospitalario consta de atención, traslado y coordinación de urgencia-emergencia, individual y colectiva, por medio de ambulancias equipadas y con personal idóneo para resolver emergencias. Este componente es entregado por centros reguladores que dependen administrativamente de un Servicio de Salud de la Región, aunque el territorio de éstos centros puede abarcar a varios Servicios.

**Per Cápita en Salud:** El sistema de financiamiento ‘per cápita’ consiste en que cada municipio recibe recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada centro de salud de la comuna (población inscrita validada). Los recursos entregados tienen un valor por persona establecidos por promedios históricos que aumenta según las características de cada comuna (rural o urbana, niveles de pobreza, indicador de dificultad de desempeño etc).

#### **MECANISMO DE PAGO PER CÁPITA.**

El Per Cápita, es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar, sus programas y la inscripción de la población beneficiaria.

Con relación al cálculo del plan de salud familiar (PSF), se efectúa con base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la Atención Primaria.

El plan de salud familiar, considera los distintos programas de salud, tales como: programa de salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente y la mayor parte de las garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. Para el 2013, el PSF incluye un total de 96 prestaciones.

Para el cálculo del plan de salud familiar, se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley Nº 19.378 - Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, contemplan grupo objetivo y coberturas; se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con base a todos los anteriores costos, se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

**Población Asignada:** Es la población que **potencialmente** puede acceder a atención de salud que otorgan los establecimientos asistenciales, por residir en un **área geográfica accesible** a éstos. Se determina mediante los censos.

**Población Beneficiaria:** La población adscrita de cada consultorio: población beneficiaria de FONASA que se inscribe voluntariamente según domicilio (o lugar de trabajo) en el Establecimiento de atención primaria donde desea ser atendida. Los beneficiarios de los servicios de salud municipal

**Población Inscrita validada en Salud:** Se refiere al total de personas inscritas en el servicio de salud municipal y validada por FONASA.

#### **CASEN (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional)**

**Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR):** El FNDR. es el principal instrumento financiero, mediante el cual el Gobierno Central transfiere recursos fiscales a cada una de las regiones, para la materialización de proyectos y obras de desarrollo e impacto regional, provincial y local. Su administración corresponde principalmente a los Gobiernos Regionales ya la Subsecretaría de Desarrollo regional y Administrativo.

**SENDA:** El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) es la entidad del Gobierno de Chile responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por estas sustancias

**FNDR Salud:** Total de recursos destinados del Fondo Nacional de Desarrollo Regional al área de Salud en el municipio.

**Población Indigente:** Se considera en situación de "indigente" a aquellos hogares que, aun cuando destinaran todos sus ingresos a la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus integrantes, no lograrían satisfacerlas adecuadamente. Y se considera en situación de "pobre" a aquellos hogares cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, alimentarias y no alimentarias, de sus miembros (definición MIDEPLAN).

**Línea de Indigencia:** Se denomina al costo de la canasta alimentaria mensual per cápita y se define como indigentes a las personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es inferior a este valor. Vale decir, hogares que aunque dedicaran la totalidad de sus ingresos a comprar alimentos, no lograrían cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de sus integrantes. Se estiman dos líneas de indigencia, una correspondiente a las zonas urbanas y otra a las zonas rurales.

**Población según Línea de Pobreza:** Corresponde a los hogares que clasifican en indigentes o pobres no indigentes de acuerdo al método de la Línea de Pobreza.

**Población Pobre No Indigente:** Se le considera "pobre" si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas.

El valor de la **Línea de Pobreza** para las zonas urbanas se obtiene duplicando el valor de la Línea de Indigencia, en tanto que el de las zonas rurales se calcula incrementando en 75 % el presupuesto básico de alimentación estimado para estas zonas, los hogares cuyos ingresos per cápita se encuentren por debajo de estas líneas,

están en condiciones de satisfacer sus necesidades alimentarias pero no el conjunto de necesidades básicas, y se definen como "pobres no indigentes".

**Población en Condiciones de Pobreza:** Se refiere a la población que vive en condiciones de pobreza (indigentes y no indigentes), según CASEN. A un individuo se le considera "**pobre**" si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas; e "**indigente**" si éste no le permite satisfacer sus necesidades alimentarias. Estos mínimos se denominan "línea de pobreza" y "línea de Indigencia", respectivamente (definición MIDEPLAN).

**Población Rural:** Asentamiento humano concentrado o disperso con 1.000 ó menos Habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes en los que menos del 50% de la población Económicamente activa se dedica a actividades secundarias.

**Población Urbana:** Conjunto de viviendas concentradas en que residen más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes con 50% o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias.

Excepcionalmente, se consideran urbanos los centros de turismo y recreación que cuentan con más de 250 viviendas concentradas y que no cumplen el requisito de población se consideran urbanos.

**Urbano y Rural:** El concepto urbano es usado para denominar los lugares caracterizados como tales por sus condiciones poblacionales. Los criterios utilizados para identificar las zonas urbanas y rurales, varían de un país a otro y además tienen variaciones en el tiempo dentro de un mismo país, que dificultan la comparabilidad. En el caso de los dos últimos Censos realizados en Chile (1992 y 2002) las definiciones han sido las mismas.

**NEDU:** Nivel educacional

#### **ACTIVIDAD:**

Combinación o conjunto de tareas (o intervenciones) que se dirigen directamente a solucionar algunos problemas de salud de las personas, las familias o las comunidades, así como de salud ambiental. Tienen diversos atributos de los cuales los más importantes son: El tipo, la cantidad, la calidad, el contenido, la cobertura, la concentración y el costo unitario.

#### **COBERTURA:**

Relación (expresada habitualmente en porcentaje) entre la población que ha recibido, o va a recibir una determinada actividad y la población que debería recibirla o haberla recibido.

#### **CONCENTRACIÓN:**

Relación (expresada habitualmente por unidad de población) entre el número de actividades de un determinado tipo y la población que recibe o debiera recibir esas actividades.



**DEMANDA:**

Es una conducta o una actitud de las personas o de la población, que pueden ser expresión de una necesidad objetiva de atención o bien de una necesidad subjetiva, producto de creencias, expectativas, información incompleta o errónea, e incluso inducida por los propios proveedores de servicios directos e indirectos.

**ESTRATEGIAS:**

Conjunto de medidas que permiten sortear o superar los obstáculos (cuellos de botella) que impiden o dificultan la consecución de los objetivos de una política, un plan o un programa. La estrategia permite modificar el pronóstico en un sentido favorable a los objetivos fijados.

**INDICADOR:**

Indicador es cualquier término verbal o numérico que resume y representa a un fenómeno Social que deseamos medir. Los indicadores de salud son habitualmente de carácter numérico, aunque también se pueden incorporar conceptos cualitativos a esta categoría.

Los indicadores numéricos de carácter estadístico no tienen valores específicos, por lo que el término no puede ser confundido con el de norma técnica o norma administrativa técnica, que es un determinado rango de valores que esperamos asuma un indicador que hemos elegido como criterio de medición de algún efecto o de comportamiento de un fenómeno, en el contexto del desarrollo de cualquier programa de salud.

**INTERVENCIÓN O TAREA:**

Son las acciones directas que en diferentes combinaciones componen una actividad. Por ejemplo, para la actividad “control de niño sano por enfermera” las intervenciones serían: anamnesis, examen físico, medición de peso y de estatura, educación, indicación, etc.

**INSTRUMENTO:**

Combinación de “recursos reales” con que se ejecutan las diversas actividades. Existe un tipo de instrumento de específico para cada tipo de actividad. Por ejemplo, para la actividad “consulta médica” el instrumento es la “hora-médica”; para la actividad “egreso hospitalario” el instrumento es el “día-cama”. Los instrumentos tienen atributos, de los cuales los más importantes son el tipo, la cantidad, la calidad, la composición, el rendimiento y el costo unitario.

**OFERTA:**

Es la capacidad potencial de proveer Servicios de Salud por parte de todos los componentes del sistema de atención.

**PROGRAMA DE SALUD:**

Conjunto de actividades agrupadas de acuerdo a ciertos criterios convencionales. Por ejemplo: a) Objeto del Programa (personas o medio ambiente); b) Grupos de edad; c) Problemas de salud a abordar, d) Tecnologías; e) Otros. En Chile el criterio ordenador principal, en el caso de los programas de salud dirigidos a las personas, es por grupos etáreos. Es así como hoy tenemos: El programa de Salud del Niño, el del Adolescente; el del Adulto; el del Adulto Mayor, y el de la Mujer. Un segundo criterio ordenador es por problemas. Por ejemplo; Salud Mental; Salud Buco-Dental; Hipertensión; Diabetes, etc.

**DOTACIÓN:** la cantidad de horas de personal que la Entidad Administradora Municipal requiere para realizar el Programa de Salud que ha elaborado.

**RENDIMIENTO:** Número de actividades de un tipo que se deben ejecutar por hora.



ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD

Acceso Universal con Garantías Explícitas	AUGE
Adulto Mayor	AM
Alcohol	OH
Antígeno Prostático Específico	APE
Atención Primaria de Salud	APS
Bacilos copia	BK
Cáncer	CA
Cáncer cérvico-uterino	Ca Cu
Centro de Salud Familiar	CESFAM
Centro de Salud Mental	COSAM
Chile crece contigo	CHCC
centro diagnostico terapéutico	CDT
Dirección de estadísticas e información en salud	DEIS
Desarrollo Psicomotor	DSM
Diabetes Mellitus	DM
Diagnóstico	Dg
Enfermedades Cardiovasculares	ECV
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	EPOC
Enfermedades de Transmisión Sexual	ETS
Enfermedades Respiratorias del Adulto	ERA
Escala de Evaluación Desarrollo Psicomotor	EEDP
Evaluación del Desarrollo Psicomotor	EDSM
Examen Funcional del Adulto Mayor	EFAM
Examen Médico Preventivo	EMP
Examen Médico Preventivo del Adolescente	EMPAD
Factores de Riesgo	FR
Garantías Explícitas de Salud	GES
Hemoglobina	HB
Hipertensión Arterial	HTA
Infecciones Respiratorias Agudas	IRA
Instituto Nacional de Estadísticas	INE
Junta Nacional de Jardines Infantiles	JUNJI
Kinesiólogo	KNT
Lactancia Materna Exclusiva	LME
Mamografía	MX
Ministerio de salud	MINSAL
Neumonía Adquirida en la Comunidad	NAC
Obeso (a) OB	OB
Oficina de Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias	OIRS
Personas en situación de discapacidad	PsD
Papanicolaou	PAP
Presión Arterial	PA
Programas de reforzamiento de la Atención primaria de alud	PRAPS
Programa de Salud Cardiovascular	PSCV
Plan nacional de inmunizaciones	PNI
Plan nacional de alimentación complementaria	PNAC
Radiografía	Rx
Recién Nacido	RN
Riesgo Cardiovascular	RCV
	SENDA
Servicio nacional dela Mujer	SERNAM
Servicio de Orientación Médico Estadístico	SOME
Sistema Computacional de Registro Auge	SIGGES
Sobrepeso	SP
Tuberculosis	TBC
Técnico de enfermería nivel superior	TENS
Técnico Paramédico TPM	TEN
Unidad de Patología Cervical	UPC
Violencia Intrafamiliar	VIF
Visita Domiciliaria Integral	VDI
	AUDIT
Test de Identificación de Trastornos debido al consumo de Alcohol, por sus siglas en Inglés), fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un instrumento de apoyo en la intervención breve	
Sistema nacional de información ambiental	SINIA

## **ANEXO 2 BIBLIOGRAFIA**

- 1.- ORIENTACIONES MNSAL 2018
- 2.-ORIENTACIONES LOCALES SSBIOBIO
- 3.-DIGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO LOCAL CON DATOS SSBIOBIO - DEIS -MINSAL
- 4.- ENCUESTA CASEN 2013
5. PLADECO 2014-2017
- 6.- DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO SALUD 2017 Y PLADECO
- 7.- INFORMES OMS 2008-2010
8. Centro de Investigacion de Cronicidad Pais Vasco (Kronikgune)