****

 **PLAN DE SALUD 2015**

**CESFAM QUINTA DE TILCOCO**



ÍNDICE

**CONTENIDOS PÁGINAS**

1. DIAGNOSTICO DE SALUD LOCAL
2. DEMOGRAFICAS……………………………………………………….…………………………………..3
3. SOCIO CULTURALES……………………………………………………..………………….….……….4
4. PERFIL EPIDEMIOLOGICO………………………………………………………..…………..………6
5. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS…………………………………………………13
6. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN SANITARIA COMUNA DE QUINTA DE TILCOCO…………………………………………………..………………………………………………….15
7. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO……………………………..………………………..…………..21
8. DOTACIÓN DE PERSONAL………………………………………….…………………..…………..22
9. PLANIFICACIÓN DE PROMOCIÓN…………………………….………………………………….23
10. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ANUAL……………………….……………………..……..24
11. **Diagnóstico de Salud Local**
12. **Demográficos**
	1. **Población total, Población inscrita validada per-cápita, Composición de la Población según grupo etareo y género, y Pirámide Poblacional**

La Comuna de Quinta de Tilcoco, según censo año 2002 tiene una población total de 11.380 habitantes, de los cuales 5.811 corresponden al sexo masculino y 5.569 de sexo femenino.

Por lo tanto la población femenina comprende un total del 49% y la población masculina es un total del 51%. (Ver Gráficos N° 1).

El Cesfam de Quinta de Tilcoco tiene una población inscrita validada a mayo de 2014 de 12.754 personas y la inscrita percapitada a noviembre de 2014 de 15.912 personas distribuyéndose la atención entre CESFAM de Quinta de Tilcoco y CECOF Guacarhue.

Según rango etarios ésta población inscrita validada al año 2014 se distribuye en 1.517 niños de 0 a 9 años, 1865 adolescentes de 10 a 19 años, 7.854 adultos de 20 a 64 años y 1,180 adultos mayores entre 65 y más años. (Ver Gráficos N° 2).

La Proyección de la población por sexo en el año 2011 en el País fue de 17.248.40, en la Región de 891.763 y en la Comuna de 12.102 (Ver tabla N° 3)

* 1. **Tasa de Natalidad-Tasa de Fecundidad**

La evolución de la natalidad entre 1990 y 2009, se reduce en un 63,3 en el país y en un 62,7 en la Región. En la Región la tasa de natalidad ha disminuido desde 16,8 en el 2000 a 14,6 en el año 2009. Quinta de Tilcoco se encuentra entre una de las Comunas que más ha bajado sus tasas, de 15,7 en el año 2000 a 12,3 en el 2009. Por otro lado la tasa de fecundidad también presentó tendencia a la disminución entre el año 2000 y 2009 de 76,1 y 67,60 respectivamente, mientras que en la comuna disminuyo aún más bajando de 75,1 en el 2000 a 57,21 en el año 2009 (Departamento de estadísticas e información en salud, Minsal).

* 1. **Índice vejez**

En el País se observa una tendencia al envejecimiento poblacional de un 31,3 en el 2002 a un 40,4 en el año 2012. Respecto al Índice vejez en la Región y Comuna se evidencia una marcada tendencia al envejecimiento poblacional, ya que el año 2012 registra un 44,7 y 56,3% respectivamente, correspondiente a mayores de 65 años y más, por cada 100 menores de 14 años, comparado con el año 2002 de un 29,7 y 29,5% (Censos 1992-2002, Proyección 2012, 2015 y 2020, INE)

* 1. **Distribución Geográfica (urbano/rural, densidad poblacional).**

La distribución de la población en la sexta región, corresponde a un 70,9% urbana y un 29,1% rural, existiendo un 43,2% y un 56,8%, respectivamente, en la comuna de Quinta de Tilcoco (casen 2009), con una densidad de 129,8 habitantes por kilómetro cuadrado.

* 1. **Esperanza de Vida**

La esperanza de vida es una cifra teórica de años potenciales por vivir de una cohorte de personas, si los riesgos de morir en cada edad se mantienen constantes a lo largo de la vida. La Esperanza de Vida según sexo, en la Región en el año 2009 es: al nacer 76,53 en hombres y 79,3 en mujeres; a los 20 años 56,66 en hombres y mujeres 59,47; a los 30 años 46,79 y 49,52; a los 40 años de 36,96 y 39,58; a los 50 años 27,17 y 29,69; a los 60 años de 17,52 y 19,9; y a los 75 años de 8,84 hombres y 10,62 mujeres

* 1. **Población Indígena**

La Población Indígena de Nuestra Comuna durante el año 2009 es de 0,19% Aymara y 1,05% Mapuche. Mientras que en el País y la Región se encuentra un 0,57% y 0,01% respectivamente de la Etnia Aymara y un 1,85 y 5,96 de la Mapuche. (Ver tabla Nº 4).

1. **Socio Culturales**
	1. **Pobreza Comunal**

La pobreza en las personas de la comuna según encuesta Casen 2009 se distribuye en: pobre indigente con 0,96%, pobre no indigente con 8,21% y no pobre con un 90,82%. Al comparar estos porcentajes con los del País y la Región se puede concluir que Quinta de Tilcoco se encuentra bajo los niveles de pobreza a nivel País y Región y con un mayor porcentaje de personas no pobre en el País y Región. (Ver tabla N º 5).

* 1. **Empleabilidad**

La comuna presenta una actividad, fundamentalmente agrícola, tanto en labores relacionadas directamente con el campo, como en los trabajos del proceso de exportación de ella. Esta característica implica una estacionalidad en la fuente de trabajo, observándose una mayor oferta durante los meses de primavera y verano, aumentando los niveles de cesantía durante los meses de invierno. La población ocupada según encuesta Casen 2009 es de 4,862, la población desocupada de 353 y la población inactiva de 4,421. (Ver tabla Nº 6).

* 1. **Nivel de Escolaridad**

El nivel del alfabetismo en mayores de 10 años alcanza el 94.6%; menor al valor nacional que corresponde a un 96.4, pero mayor al nivel regional que es de un 93.8 (Casen 2009). Correspondiendo a una tasa de analfabetismo en hombre de 6,9 y en mujeres 3,8 (Ver tabla Nº 7).

* 1. **Vivienda y saneamiento**

En la comuna, existen un total de 3.147 viviendas, de las cuales 1.569 (49,85%) son urbanas y 1.578 (50,14%) son rurales (Censo 2002). La calidad de la construcción es de regular a bueno; aún persisten, en algunos sectores, construcciones de adobe en diversos grados de conservación concentrándose, el mayor número de ellas, en la localidad de Guacarhue, ya que ésta es considerada patrimonio nacional y cultural. Cerca de un 30% de las viviendas corresponden a construcciones de tipo sólido, mientras que el 70% restante son casas de material mixto y ligero. El tipo de tenencia de las viviendas según Casen 2009 es de 69,52% viviendas pagadas, 0,39% viviendas pagándose, 10,71% arrendadas, 14,88% cedidas y 4,50 %de ocupación irregular; encontrándose sobre el porcentaje de viviendas pagadas a nivel País (54,94%) y Regional (60,21%). Por otro lado Quinta de Tilcoco presenta porcentajes de arriendo de viviendas bajo los nacionales (17%) y regionales (13,25%) con un 10,71% solamente de casas arrendadas, debido a que la mayor parte de éstas viviendas son propias. (Ver tabla Nº 8).

El 95,5% de la población se abastece de agua, a través de red pública o privada. La población restante obtiene agua para el consumo desde norias y/o acequias.El 96% de las viviendas cuenta con suministro eléctrico, a través de medidor propio o compartido y sólo un 1,5% no cuenta con electricidad. El 2,5% restante, obtiene electricidad de forma ilegal.

Actualmente, el 45% de las viviendas de la comuna cuenta con alcantarillado y el resto (55%) cuenta con otros métodos de eliminación como son la fosa séptica o pozos negros. Cabe mencionar que el proyecto de alcantarillado del sector urbano de Guacarhue, se encuentra en etapa de evaluación.La recolección de basura es realizada dos veces por semana con una cobertura del 100% tanto en la zona Urbana como Rural. Aún persiste la costumbre de realizar quemas de basura, eliminación a canales, entre otros, de estos desechos.

* 1. **Tasas de denuncias por VIF**

Las tasas de denuncia por VIF han disminuido desde el año 2008 al 2010 en la Región (842,50 a 766,5) y Comuna (793,3 a 564,4), mientras que en el País ha presentado sólo una leve disminución de 677 a 638,5 denuncias por VIF durante el año 2008 y 2010 (subsecretaria de prevención del delito, Ministerio del interior).

* 1. **Acceso a centro de salud, Áreas verdes, Plazas Activas y Organizaciones comunitarias activas y su vínculo con el Centro de Salud.**

El acceso al Cesfam de Quinta de Tilcoco y al CecosfGuacarhue es en general expedito para la mayoría de la población, a través de bicicletas, colectivo, micros y taxis.

Nuestra Comuna cuenta con 10 multicanchas, 18 Clubes Deportivos, 33 Juntas de Vecino, 9 Centros de Organización del Adulto Mayor, 9 agrupaciones Religiosas y varias plazas activas.

* 1. **Características culturales con impacto en salud**

Según datos disponibles a partir del CENSO 2002, el 89,6% de la población profesa la religión Católica, el 2,2% otra religión o credo, el 2,09% se declara agnóstica y el 5,2% perteneciente a la religión Evangélica.Existen dos centros religiosos católicos principales, una iglesia en Quinta de Tilcoco y una Parroquia en Guacarhue, cada una a cargo de un sacerdote, existen capillas en las distintas localidades, en las cuales el sacerdote debe turnarse para la realización de las misas.

A nuestro Cesfamasiste una persona especialista en Medicina Tradicional China (Acupuntura) y una terapeuta en terapias alternativas que trabaja con imanes y flores de bach. Además, por cercanía geográfica, se sabe que parte de nuestra población asiste a “compositores” en la comuna de Coinco.

Quinta de Tilcoco a partir del 20 de enero de 2014 abre el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) para atención a público donde se abordan estrategias clínicas (usuarios con patologías agudas y crónicas, con discapacidad transitoria y permanente) y estrategias comunitarias (talleres, visitas domiciliarias integrales a personas en situación de discapacidad, reuniones y actividades de coordinación e intervención con entidades sociales locales).

1. **Perfil Epidemiológico: Indicadores de Salud**
	1. **Mortalidad**

La **mortalidad general** en Chile y Rancagua en el año 2010 presentan una tasa de 5,7 en ambos sexos siendo levemente mayor a la tasa de 5,4 del año 2009 a nivel regional y nacional, la tasa del 2010 se desglosa por sexo en 6,2 a nivel nacional y regional en hombres, mientras en las mujeres fue de 5,3 a nivel de país y 5,2 a nivel regional. Si comparamos estas tasas con la de nuestra comuna se observa que la tasa de mortalidad en ambos sexos es de 6,6, en hombres de 7,2 y en mujeres de 5,9 durante el año 2010, por tanto la tasa de mortalidad en ambos sexos de la comuna es mayor que la nacional y la regional, al igual que la tasa de mortalidad por sexo masculino y femenino son mayores que la nacional y la regional en este año, por lo que podemos interpretar que la probabilidad de morir en nuestra comuna es de 6,6 por cada 1000 habitantes siendo esta probabilidad mayor a la del país que es de 5,7 para ambos sexos (Ver tabla Nº 9).

A través del **Índice de Swaroop** (tasa de mortalidad proporcional), podemos realizar otra evaluación sobre la mortalidad, este nos permite comparar la mortalidad de diferentes regiones con diferente desarrollo económico (factor que también incide en la mortalidad), este se calcula identificando el número de muertes de personas de 50 años y más en un año especifico de un determinado lugar en relación a las defunciones totales en este mismo año en el mismo lugar, se dice que este índice es óptimo entre más cercano este al 100, refiriéndose que los países en desarrollo son los que más se acercan al optimo, este índice en el año 2010 se comportó de la siguiente forma; a nivel nacional en ambos sexos fue de 76,4, en hombres 71,1 y en mujeres 82,5. A nivel regional fue de 75,7 para ambos sexos, 71,4 en hombres y 81 en mujeres, por lo que no se observan mayores diferencias entre estos índices a nivel nacional y regional, lo que concuerda con lo esperado en países en vía de desarrollo que este índice debe ser mayor a 70. A nivel comunal el índice de Swaroop en el año 2010 informo que la tasa para ambos sexos fue de 83,5, en hombres fue de 81,8 y en mujeres de 85,7. Por lo que se define que este índice fue mucho más elevado en comparación a nivel nacional y regional siendo esto más notorio en el sexo masculino. Esto se puede interpretar de la siguiente manera, de cada 100 defunciones durante el año 2010 en nuestra comuna; 83,5 ocurren en personas de 50 años y más. Lo que habla bien que a pesar de las dificultades en el desarrollo económico de Quinta de Tilcoco, la fuerte lucha que se realiza para evitar las principales causas de muertes a temprana edad, el diagnostico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas no transmisibles que se realiza en nuestro consultorio, nos debe enfocar ahora en los nuevos lineamientos de la salud familiar actuando aún más sobre los factores de riesgos a través de la promoción y prevención participativa de nuestra comunidad (Ver tabla Nº 9).

La **mortalidad infantil** total en Chile en las tasas trienales del 2007-2009 informa una tasa nacional de 7,54 a nivel país y 7,97 a nivel regional, que se desglosa en una tasa neonatal de 5,15 a nivel nacional y 5,60 a nivel regional, la tasa de mortalidad neonatal precoz es de 4,15 y 4,64 a nivel nacional y regional respectivamente. Entre el 2007 y el 2009 en la comuna de Quinta de Tilcoco la tasa de mortalidad infantil era de 8,47, la neonatal de 4,24 y la neonatal precoz de un 4,24, observándose durante esta fase trienal una tasa de mortalidad infantil mayor al nivel nacional y regional, siendo la tasa de mortalidad neonatal de la comuna menor a la nacional y regional, observándose que la mortalidad neonatal precoz de Quinta de Tilcoco es menor que la tasa regional y similar a la del país, por lo que se presume que la tasa de mortalidad postneonatal incidió en tener una elevada mortalidad infantil total, si se observa la tabla de mortalidad infantil total, neonatal, neonatal precoz y postneonatal del año 2010; la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional y regional tiende a mantenerse estable, siendo la tasa mortalidad neonatal del 2010 de 5,1 y 4,9 a nivel nacional y regional respectivamente, mientras la tasa neonatal precoz fue de 3,9 a nivel país y 4, 1 en la sexta región, la comuna presento una defunción neonatal precoz que fijo una tasa de 5,7 produciendo que nuestra tasa neonatal y neonatal precoz fuera mayor a la del país, pero no existieron defunciones post neonatales, por lo que la tasa infantil total de 5,7 es menor a la del país y a la de la región en el año 2010 y existe un descenso con respecto a la tasa infantil trienal(2007-2010) de 8.47.(Ver tabla Nº 10).

La **mortalidad materna** en Chile alcanza una tasa de 18,3, mientras que en la Región del Libertador Bernardo O’Higgins disminuye en 2,6 puntos, obteniendo de ésta manera una tasa de mortalidad materna a nivel regional de un 15,7, no se precisa la tasa de mortalidad materna de nuestra comuna (Ver tabla Nº 10).

Las cifras de **Mortalidad por causaCardiovascular**en la Región muestran que en el año 2009, el grupo de causas correspondientes a enfermedades del sistema circulatorio, constituyen el que presenta la más alta tasa, con 1.201 defunciones. Sin embargo al analizar por sexo, en mujeres aparece nuevamente con la mayor tasa las de enfermedad cardiovascular con 584 fallecimientos. Si se observa la gráfica de tasa ajustadas por afecciones cardiovasculares, acumulada del año 2008-2009, se observa que la comuna Quinta de Tilcoco tiene aproximadamente una tasa de 102 por 100.000 habitantes por debajo de la tasa regional y nacional (Ver Gráfico Nº 11).

Las enfermedades específicas que causaron mayor proporción de muertes dentro del grupo de las cardiovasculares fueron la Hipertensión Arterial, el Infarto del Miocardio (26,8%) y la enfermedad Cerebrovascular (25,5%), estas tres causas en conjunto dan cuenta de más del 75% de las muertes por Enfermedades Cardiovasculares. La evolución en el tiempo de la mortalidad por Infarto agudo de Miocardio y de la enfermedad cerebrovascular muestra que las tasas están tendiendo a disminuir. El Infarto Agudo de Miocardio como causa de mortalidad en nuestra comuna presenta una tasa de aproximadamente 14,38 defunciones por 100.000 habitantes expresada en la gráfica acumulada del 2008-2009 por comunas, siendo la comuna con más baja mortalidad por esta causa en la región y muy por debajo de la tasa nacional (Ver Gráfico Nº 12).

El grupo de causas correspondiente a tumores constituyen el grupo que presenta la segunda tasa más alta de mortalidad en la población general, con 1140 defunciones. En Chile la mortalidad por tumores es de una tasa de 140 por cada 100.000 habitantes en el 2009 y en la Región alcanza tasas de 123,3 durante el 2009, mientras que en Quinta de Tilcoco disminuye aún más logrando una tasa de 116,6 fallecimientos al año por cada 100.000 habitantes en el 2009. (Ver Gráfico Nº 13). La **Mortalidad por Causas Externas** presenta la tercera causa más alta tasa de mortalidad en la Región, con una cifra de 64,7 fallecimientos al año por cada 100.000 habitantes en 2009, valor mucho más alto que el de la tasa nacional, que alcanza a 48,2 fallecimientos al año en 2009. La comuna de Quinta de Tilcoco se encuentra bajo la tasa regional y sobre la nacional con 56 fallecimientos al año 2009 y según distribución por comunas es la décima comuna con menos fallecimientos en el año 2009. Las causas específicas dentro de este grupo, que aportan la mayor mortalidad son los accidentes de tránsito y los suicidios (Ver gráfico Nº 14). Se observa que la tendencia de la tasa de accidentes de tránsito ocurrido en la región entre el 2000 y 2010 ha aumentado considerablemente pasando de 162,7 a 433,9 por 100.000 hab. Tasa, ésta última muy por encima del registro que alcanza el País (337,8). La tasa acumulada por comuna entre el 2006 y 2010 a nivel regional es de 319, y en la comuna una tasa de 152 (Ver gráfico Nº 15).

La tasa de Mortalidad por Suicidios en la Región constituye la segunda causa de muerte más frecuente del grupo de causas externas durante el 2009 con una cifra de 15,5 fallecimientos, mientras que la Comuna alcanza una tasa de 10,5 fallecimientos al año en 2009 (Ver gráfico Nº 16).

El análisis de los **AVPP** (años de vida potencialmente perdidos) por ambos sexos en nuestra comuna en el año 2009 es de aproximadamente 96 años perdidos por mil habitantes para ambos sexos, siendo mayor en los hombres con aproximadamente 135 años por mil habitantes y en mujeres 58 años por mil habitantes, todas estas tasas mayor a la regional (Ver gráfico Nº 17).

En los AVPP por causa en el 2009 en nuestra comuna tenemos 13 años perdidos por mil habitantes por causa cardiovascular para ambos sexos, en tumores 16 años perdidos por mil habitantes para ambos sexos, por causas externas 27 años perdidos por mil habitantes para ambos sexos, estas tres tasas son mayores a la regional. Por tanto debemos reforzar nuestros esfuerzos en el ítem de educación en salud, diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que las causas cardiovasculares, por tumores y causas externas pueden ser modificables si enfocamos nuestro trabajo sobre los factores de riesgos asociados, mejorando las expectativas y calidad de vida de nuestros habitantes (Ver gráfico Nº 18, 19 y 20).

* 1. **Morbilidad**

Durante el periodo de octubre 2013 a septiembre 2014 se aplicaron 1,432 **examen de medicina preventivo** (EMP), de los cuales 90 personas fueron pesquisadas con presión arterial elevada, 111 con glicemia en ayuno alterada y 104 personas con colesterol total elevado, cifras muy similares al año 2013.

Las **consultas de salud** con mayor frecuencia en el **Servicio de 24 horas**. del Cesfamdurante el año 2013 fueron por Enfermedades Respiratorias (congestión nasal, odinofagia, faringitis, amigdalitis, gripe, crisis asmática), las Enfermedades Gastrointestinales (dolor abdominal, diarrea, vómito, abdomen agudo), Otros (picadura de insecto, celulitis, conjuntivitis, adenopatía, cefalea, mareos, dolor, fiebre, crisis convulsiva, reacción alérgica.), por accidentes (contusiones, caídas, heridas, quemaduras, mordeduras, observación de TEC) y Musculo-esquelética (dolor lumbar o de extremidades). El grupo etareo que más consultas de salud realiza ésta comprendido entre los 15 a 64 años.

En las **atenciones de morbilidad** realizadas por médicos durante el periodo de marzo a noviembre de 2014 las IRA alta alcanzan un 20,37%, otras patologías un 15,04%,musculo esqueléticas 14,21%, digestivas 8,4%, piel y subcutáneas 6,89%, enfermedades respiratorias 4,87%, ORL y ojo 4,71%, endocrinas y matabólicas 4,48%, urinario y reproductivas 4,19%, salud mental 3,88%, SBO 3,3%, sistema nervioso 3,05%, circulatorio 2,92%, neumonía 1,38%, asma 1,05%, hematológico e inmunológico 0,88%, EPOC 0,35%.

Durante el año 2013, se realizaron 11.363 **consultas médicas**, de las cuales 8.427 consultas corresponden a otras morbilidades. De las consultas por otras morbilidades, 1.069 consultas corresponden a enfermedades musculoesqueléticas, equivalentes al 12,68% de otras morbilidades y al 9,4% del total de consultas médicas.

En cuanto a las **listas de Espera** que mantiene nuestra comuna los índices más altos de espera lo tienen las especialidades de Cirugía Adulto con un 48% y Endodoncia con un 59% y Traumatología adulto sin respuesta. Y dentro de las Patologías Auge, el porcentaje mayor de espera es de Oftalmología adulto, con un 26 % y Otorrino Adulto con un 61%. Esto es medido desde septiembre 2012 a septiembre 2013, cifras muy similares al periodo 2014.

Los resultados de la **Encuesta Nacional de Salud** desarrollada en los años 2009 y 2010 nos entregaron resultados significativos para el nivel Regional. Entre estos encontramos los estados nutricionales a nivel País y Región donde se advierte que en nuestra Región los parámetros de estado nutricional están más deteriorados que el promedio País, resaltando el sobrepeso y la Obesidad mórbida que presentan prevalencias mayores que el País. De este modo, es que la prevalencia de normalidad nutricional en la Región es extremadamente baja, no alcanzando siquiera el 21% (Ver tabla Nº 21).El porcentaje de **obesidad en niños menores de 6 años** aumentó de un 9,2% durante el año 2013 a un 9,7% durante el periodo 2014, pero a través de los meses ha ido aumentando considerablemente en el periodo actual, llegando a un 11% en septiembre de 2014.La malnutrición **en adolescentes** detectada a través del Programa Joven Sano es de 44,2% (sobrepeso 24,5%, obesidad 19,72%). Según EMP nuestra **población adulta** tiene una malnutrición por exceso que alcanza el 63,5%, desglosándose en 38,1% de sobrepeso y 25,4% de obesidad, porcentajes muy similares a los obtenidos en la Encuesta de Salud a nivel País y Región y durante el periodo anterior. En **embarazadas** la malnutrición por exceso alcanza un 69% (sobrepeso 35,4%, obesidad 33,6%)y en **puérperas al octavo mes postparto** un 64,2% (sobrepeso 37,7%, obesidad 26,5%), observándose una baja de 7.1% de obesidad y un aumento de estado nutricional normal en 5,4%al octavo mes postparto, sin embargo cabe destacar el considerable incremento de obesidad en gestantes a lo largo del tiempo (25% año 2012, 28,4% año 2013, 33,6% año 2014) y disminución de obesidad en puérperas al octavo mes postparto de un 32% año 2013 a un 26,5% año 2014. La malnutrición por exceso en los **adultos mayores** según EMPAM es de 53,9% (sobrepeso 32,7%, obesidad 21,2%), cifra que se mantiene constante al periodo anterior, pero disminuye la obesidad en 3,9% (25,1% año 2013).

Durante el periodo de Octubre 2013 a Septiembre 2014 se han aplicado 286 **pautas de desarrollo psicomotor**(8, 18 y 36 meses), de las cuales 259 pautas son normales (90,55%), 8 pautas con riesgo (2,79%), 1 pauta a los 8 meses con retraso (0,34%) y normal con rezago 27 niños (6.64%).Cabe señalar que el niño identificado con retraso en desarrollo psicomotor está siendo tratado por el equipo de salud de la comuna, se elaboró un plan de intervención en conjunto con la familia, estimulación psicomotora en domicilio, siendo además atendido en diversas instituciones como Teletón y Hospital Regional Rancagua. Los niños con rezago son derivados a sala de estimulación, donde el 100% logra recuperar el área deficitaria a través de intervenciones en domicilio, talleres de crianza, intervenciones grupales, trabajo con familias y visitas domiciliarias integrales. Con respecto a los niños con riesgo en desarrollo psicomotor hemos logrado recuperar al 100 % de los niños, a través de las 3 reevaluaciones realizadas en conjunto por enfermera, educadora de párvulos, estimulación en sala, estimulación en domicilio, plan de intervención familiar, empoderamiento de los padres en el proceso continuo de estimulación del menor, seguimiento de casos, análisis de casos en reuniones CHCC y evaluación de metas IAAPS.

El **Protocolo Neurosensorial** durante este periodo se aplicó a 72 niños, de los cuales 60 pautas son normales, 11 pautas anormales y 1 muy anormal, estas dos últimas fueron derivadas a nivel secundario con interconsulta a neurología.

En las pautas de **Escala de Edimburgo** aplicadas en el periodo se identifican un total de 219 pautas, de las cuales 175 son normales (79,90%) y 44 presentan sintomatología depresiva (20,09%).

Según las **Escalas de Massie Campbell** aplicadas en los controles sanos realizados en la comuna de Quinta de Tilcoco a los 4 y 12 meses de edad del menor, encontramos el 100 % de las pautas aplicadas a madres e hijos con apego seguro, pauta sin variación en los resultados con respecto a los años anteriores.

Referente a las **enfermedades respiratorias crónicas** SBOR, asma bronquial, fibrosis quística y otras, en pacientes de 0 a 9 años de edad en nuestra comuna se encuentran en control 38 pacientes, lo cual corresponde al 27,9% del total de las enfermedades respiratorias crónicas controladas. La población infantil actual en control por enfermedades respiratorias crónicas, representa el 2,3% del total de la población infantil validada. En cuanto a la población adolescente actual en control representa el 0,59% de la población validada. La población adulta actual en control es de 0,67% y la población adulta mayor representa en 2,46%.

El **Programa de Salud Cardiovascular** (PSCV) en nuestra comuna actualmente tiene bajo control a 2.015 personas, de las cuales el 55% tiene un RCV bajo, y el 9% tiene un RCV muy alto (la mayoría por antecedentes personales de algún evento cardiovascular). Al comparar los pacientes en control del PSCV del año 2013 y 2014, según su clasificación de RCV se observa un aumento en la cobertura total del programa de 1.789 año 2013 a 2.015 personas año 2014, y un marcado aumento en la proporción de RCV muy alto, pasando de un 7,7% en el 2013 a un 9.1% en el 2014 con un aumento neto de 46 pacientes con RCV muy alto.

A nivel nacional y regional, nos damos cuenta que nuestra región es la que tiene la mayor prevalencia de presión arterial elevada. A nivel nacional se estima una prevalencia de **Hipertensión Arterial** (HTA) de 15,7% para el grupo etario entre 15 y 64 años y una prevalencia estimada mayor para los de 65 y más años que corresponde a un 64,3%. En nuestra comuna, la población estimada según prevalencia corresponde a 2.272 pacientes.Durante el año 2014, 1662 personas hipertensos se encuentran bajo control alcanzando una cobertura de 73,2% de la población hipertensa estimada, de éstos sólo 1118 personas se encuentran con su patología bajo meta terapéutica, logrando una compensación del 67.2% de los pacientes bajo control y alcanzando una cobertura efectiva de 49,2%. En el presente año se logra un aumento de la cobertura de atención en un 3,4%, en comparación con el año 2013 y un aumento de la cobertura efectiva en un 6,6%.

La Prevalencia de **Diabetes Mellitus**en la Región es mayor que en el país y más del doble de la prevalencia de la Región con menor tasa. A nivel nacional se estima una prevalencia de DM2 del 10% para las personas entre 15 y 64 años y una prevalencia estimada mayor para los de 65 y más años que corresponde al 25%. Según estos datos nacionales la población diabética estimada en nuestra comuna son 1.226 personas.Las actividades de prevención en general, y de fomento y promoción de la calidad de la alimentación en particular aparecen como estrategias necesarias para mejorar este indicador. Los pacientes diabéticos bajo control en Quinta de Tilcoco en el 2014 alcanzan las 744 personas bajo control, con una cobertura del 60,7% de la población diabética estimada (aumento de cobertura en 5,6% comparado con el año 2013). De éstos solo 337 personas se encuentran con su patología bajo meta terapéutica, logrando una compensación del 45,2% de los pacientes en control y alcanzando una cobertura efectiva del 27,5% (aumento de 7,1% con respecto al año 2013).

Según datos nacionales la **Dislipidemia** en la VI región tiene una prevalencia de colesterol LDL alto del 21,9 lo cual es levemente menor a la prevalencia nacional estimada en 22,7.A nivel nacional se estima una prevalencia de dislipidemia del 20%.Según estos datos nacionales la población dislipidémica estimada en nuestra comuna debería ser de 2.040.Durante el año 2014 1.069 pacientes están bajo control, alcanzando una cobertura del 52,4%. No existen datos concretos acerca de la compensación de esta patología porque no se encuentra dentro del registro estadístico del centro de salud.Durante el 2014, la cobertura de pacientes dislipidémicos se ha mantenido estable (54% año 2013 y 52,4% año 2014).

Según datos nacionales la VI región tiene una prevalencia de **función renal** baja del 3,2, quinto lugar a nivel nacional, lo cual está por sobre la prevalencia nacional estimada en 2,7.Durante el 2014 se aplicó la pauta de detección precoz de ERC a 353 pacientes de nuestra comuna, dentro de los cuales el 45,3% no tiene ERC, y sólo 1 paciente resultó con una velocidad de filtración glomerular que necesita ingresar a diálisis.Con respecto al año 2013 se mantiene una similar tendencia en lo que se refiere a diagnósticos otorgados por las pautas de ERC, casi un 50% de los pacientes evaluados no presentan ERC, mientras que en el otro extremo, el 0,8% presentan ERC en etapa V.No sólo los factores de riesgo influyen en la probabilidad de que un paciente tenga una enfermedad crónica no transmisible, sino que también son muy importantes la obesidad y el sedentarismo.

La **prevalencia de consumo de tabaco** diario en la Región alcanza un 32,1%, mientras que en el País se eleva a un 40,5%. El número promedio diario de cigarrillos consumidos en nuestra Región es de 11 y el País 10,4. En nuestra comuna del total de usuarios a los que se aplicó el EMP (1.432 personas) 236 son fumadores, lo que representa un 16,5%de total de EMP, de los cuales 151 personas son hombres y 85 mujeres (hombres 64%y mujeres un 36%),cifras muy similares al año 2013 (64,1% hombres y 35,9% mujeres)

El resultado de **actividad física** se presenta en la clasificación de “bajo nivel de actividad”, donde la Región aparece con una prevalencia algo superior a la nacional (28,1%).

En la Región, como en el País, aproximadamente un tercio de la población mayor de 20 años presenta **Síndrome Metabólico**, se sabe además que las personas que lo tienen mueren por diversas causas 3 a 4 veces más que los que no lo tienen y por enfermedad cardiovascular, 5 a 6 veces más. La prevalencia en la Región alcanzó un 33,9% y a nivel País un 35,3%.Para determinar la presencia de depresión se aplicó la encuesta CIDI-SF que mide presencia de disforia (sensación de pena o desagrado) y anhedonia (incapacidad para disfrutar); complementada con la exploración de 7 síntomas complementarios. Se definió depresión si había disforia o anhedonia más al menos 5 de los 7 síntomas complementarios(Ver tabla Nº 22).

En las **Enfermedades de Notificación Obligatoria** (ENO), se analizaron solo aquellas de mayor prevalencia en la Región, durante el periodo 2001 al 2011, donde se realiza la comparación regional y país. Cuando se realiza la comparación a nivel comunal se hace análisis quincenal del periodo 2007-2011

* **Sífilis:** En la distribución de las tasas acumuladas según sexo, se observa que estas se concentran en las mujeres, principalmente en los grupos de edad de 15 a 24 (24,1 x 100.000 hab.) y 25 a 34 años (22,5 x 100.000 hab.), valores muy por encima del registrado en el contexto regional. En el caso de las tasas acumuladas según mujeres éstas se concentran en las comunas de Palmilla, Pichilemu y **Quinta de Tilcoco**(Ver gráfico Nº 23).
* **Fiebre tifoidea y Paratifoidea:** Se observa que la tendencia histórica del periodo analizado anual, ha sido a la disminución, fluctuando de 7,5% en el año 2001 a 0,4 en el año 2011. Entre los años 2008 y 2010 la tasa nacional de esta enfermedad es inferior a la que registra el país. Las tasas acumuladas de la Comuna de Quinta de Tilcoco es 6,7, lo que supera ampliamente a la Región (1,5) y a la del País (1,3). Además se puede mencionar que en los hombres las mayores tasas acumuladas se presentan en las comunas de Litueche, Quinta de Tilcoco y La Estrella (Ver gráfico Nº 24).
* **Parotiditis:** Entre el periodo 2001 y 2008 las tasas anuales se mantuvieron estables y desde el 2009 al 2011 hay una disminución hasta llegar a una tasa 4,0. A nivel comunal tenemos una tasa acumulada del periodo 2007-2011 de 6,7, los que nos deja sobre la Regional (6,4) y País (6,2). (Ver gráfico N 25º).
* **Tuberculosis:** Se observa que las tasas anuales de tuberculosis en la región disminuyeron entre los años 2001 -2013. Al analizar las tasas por comuna se observa que Lolol (21.2%) y Quinta de Tilcoco (24,8%) registrando las tasas acumuladas más altas en el periodo 2009-2013.En el mismo periodo, la proporción de casos de tuberculosis por sexos es 36,7%mujeres y 63,3% de hombres.

Con relación a **Salud Ocupacional**, se utilizó como fuente de información las notificaciones de intoxicación por plaguicidas, realizadas entre los meses de Octubre de 2013 y Septiembre de 2014. En este período se registró un total de 15 casos en total(12% menos que el año anterior), siendo 13 de ellos de tipo accidental laboral y 2 de tipo voluntario, disminuyendo significativamente el número de intoxicaciones por plaguicidas de tipo voluntario, alcanzando en este período un porcentaje de 13.3 % comparado con el 23,5% del periodo anterior, A la luz de estos resultados, se hace necesario mantener estrategias en el área de prevención desarrollando un programa educativo hacia la población que se desempeña como trabajador agrícola en nuestra comuna, ejecutando acciones tales como orientación del examen de salud preventiva del adulto con el objetivo de educar a la población expuesta al riesgo en relación a deberes y derechos, enfermedades profesionales y riesgos laborales, así como también realizar educaciones incidentales sobre la materia a los asistentes a extensión horaria, que es el horario en que asisten mayoritariamente la población que desempeña estas labores y seguir utilizando el espacio radial.

En nuestra Comuna para **certificar a las personas con discapacidad**, se realizaron 2 operativos durante el año 2012 y un operativo durante el 2013, donde se realizaron 134 certificaciones. Según tipo de discapacidad certificada encontramos un 55,2% con discapacidad física, un 18,7% con discapacidad mental, 11,2% con discapacidad física-mental, 8,2% con discapacidad sensorial-física, y finalmente un 0,75% de personas certificadas con discapacidad mental-sensorial y mental -física –sensorial.

Desde enero a septiembre del año 2014,en el **Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR)** se han efectuados 374 interconsultas de derivación a Rehabilitación por profesionales de la salud. Del total de interconsultas, 66 se han derivado para atención en servicio de rehabilitación de nivel secundario donde 4 se han rechazado y 5 han iniciado su atención en nivel secundario y continuadas con su tratamiento en APS, por ende el servicio de rehabilitación del Hospital de Rengo, solo ha recibido 62 interconsultas de las 374 generadas en APS. De las mismas 374 interconsultas, 11 están en lista de espera de CCR y 306 interconsultas han sido recibidas para rehabilitación en CCR, lo que, en conclusión, equivale a un 81,8% de resolución en CCR de APS, de la demanda de rehabilitación comunal.

Actualmente se han realizado 382 ingresos al CCR.Dentro de los ingreso se destaca la incorporación de adultos mayores con Riesgo de Dependencia y Dependencia Leve, los cuales, desde este año, cuentan con planes de intervención enfocados en la mantención o recuperación de sus AVD, prevención y promoción de la actividad física y cognitiva, con fomento individual y familiar en su inserción comunitaria y social. Cabe observar que, hasta el momento, existe una baja cantidad de ingresos de usuarios con patologías neurológicas adquiridas (8,4% del total de ingresos) y no existen ingresos de usuarios con enfermedades neurológicas congénitas o adquiridas de menos de 20 años de edad. De lo anterior, se conoce la existencia de este perfil de usuarios en situación de discapacidad, pero se desconoce su real magnitud. Para lo cual, se evaluará la posibilidad de ampliar y reformular la cartera de prestaciones del equipo de rehabilitación para el año 2015, creando planes de intervenciones en este segmento de la población.De los ingresos anteriores, 176 usuarios han sido egresados de CCR (46% del total de ingresos), donde 99 usuarios han sido egresados con inclusión social, equivalente a un 25,9% del total de ingresos, evidenciado en una mejor evolución de sus síntomas, retorno a sus actividades sociales, laborales y/o de la vida diaria, cumpliendo los objetivos del plan de trabajo de rehabilitación. Solo 6 usuarios (1,57% del total de ingresos), han tenido baja o nula respuesta a la intervención en rehabilitación de APS, donde se han dado de alta de CCR, pero creando las derivaciones pertinentes a otros profesionales de la red de salud local para el seguimiento y continuidad de la situación del usuario. Asimismo, 71 usuarios han hecho abandono de la terapia de rehabilitación (18,6% del total de ingresos).

El número de personas ingresadas al **Programa de Postrados** durante el año 2014 son 80, 5 personas más comparadas con el periodo anterior (75 personas). El cumplimiento de visitas domiciliarias integrales (2 VDI por paciente) por sectores es: sector verde 77,3%, sector azul 66,6% y sector lila 48%. El porcentaje de cuidadores con capacitación es de 86,4%, sector verde, 94% azul y 68% sector lila. Los pacientes que tienen actualizado el índice de barthel al 2014 son 68,2% sector verde, 84,8% azul, 72% sector lila.

Población bajo control según tarjetero de **Salud Mental** a diciembre de 2014 es de 196 personas, de las cuales 122 ingresan a sigges (62,2% de cumplimiento). Del total de la población bajo control 12 son atendidas por VIF víctima y 11 por VIF agresor.

Las personas que consumen alcohol como droga principal son 47 y consumo de otras drogas 5 personas.

La Población bajo control **Salud Mental Infanto adolescente** es de 246 personas, las que ingresan al programa por las siguientes causas: trastornos hipercineticos principal causa que representa el 36,2% de los ingresos, el 34,5% ingresa por otros trastornos del comportamiento y las emociones, trastornos de ansiedad 19,5%, depresión 3,2%, maltrato infantil 2,4%, trastorno disocial desafiante 2% y trastorno de la conducta alimentaria 2%

En número de casos de **intento suicidio** de enero a diciembre de 2014 es de 30 personas (14,3%), según registro de notificaciones de Servicio de Atención 24 horas, de los cuales las mujeres representan el 76,7% y los hombres 23,3%. Si bien los datos muestran un descenso en el número de suicidios en comparación con periodo anterior (35 casos), es importante mencionar un considerable aumento en el sector lila de nuestra comuna (aumento en un 400%).

1. **MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**

|  |
| --- |
| **Matriz de Priorización de Problemas de Salud** |
|  | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Factibilidad | Puntaje |
| **Problema** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| 1. En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 se registraron 19 casos de Diabetes Gestacional, lo que corresponde al 64% del total de patologías derivadas al nivel secundario.
2. En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 se registró un total de 27 ingresos de embarazo adolescente, lo que corresponde a un 16% del total de ingresos, representando un aumento de un 7% en relación al periodo anterior.
3. En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 existe obesidad con incremento constante a través de los años en niños menores de 6 años y embarazadas, alcanzando un 9,7% y 33,6% respectivamente.
4. En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 se observa disminución a través del tiempo de niños con lactancia materna exclusiva al 1, 3 y 6 mes alcanzando cifras bajo la media nacional (79,5%, 68,47% y 63,10% respectivamente).
5. En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 existe un índice COP de 13,5 en embarazadas con incremento constante a través de los años.
6. Falta de apoyo a cuidadores de personas con Personas en situación de discapacidad (PsD)
7. En las pautas de escala de Edimburgo aplicadas en el periodo se identifican 44 pautas con sintomatología depresiva (20,09%).
8. Existe una baja cantidad de ingresos de usuarios con patologías neurológicas adquiridas (8,4% del total de ingresos) y ningún ingreso de usuarios con patologías neurológicas congénitas, especialmente, en menores de 20 años de edad.
9. La primera causa de consulta por morbilidad son las IRA altas con un 20,37% del total de consultas

 1. Dificultades en alcance de implementación del modelo de salud familiar: trabajo intersectorial
2. No existe plan de intervención en las personas con EMPA alterado.
3. Niños de 8 a 36 meses normal con rezago en DSM.
4. Protocolo neurosensorial anormal y muy anormal.
5. Bajo N° de pacientes con pautas de pie diabético realizadas por enfermera durante el año 2014
 |  | 4 | 34 | 44443 | 434445 | 55533545254435 |  |  |  |  |  |  | 3 | 54 | 52444553345 |  | 4 | 44 | 5254 | 5543434 | 1618171711181617161714151419 |

1. **MATRIZ DE PLANIFICACIÓN SANITARIA COMUNA DE QUINTA DE TILCOCO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Problema de salud priorizado | Relación con estrategia nacional de salud | Objetivo general | Objetivo especifico | Meta | Estrategias | Actividades | Plazo | Responsable | indicadores |
| 1) En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 se registró un total de 27 ingresos de embarazo adolescente, lo que corresponde a un 16% del total de ingresos, representando un aumento de un 7% en relación al periodo anterior. | Reducir la mortalidad, morbilidad ymejorar la salud de las personas, alo largo del ciclo vital | Disminuir elembarazoadolescente | 1) Identificar puntos de acceso de adolescentes a métodos anticonceptivos2) Establecer espacios amigables para adolescentes3) identificar diversas intervenciones individuales, grupales y masivas en adolescente | 1) 100% de los adolescentes que solicitan métodos anticonceptivos acceden a estos2) 70% de los adolescentes entre 14 a 19 años de edad incorporados en los establecimientos educacionales municipales de la comuna reciben educación en sexualidad responsable. | 1)Mejorar acceso de adolescentes a métodos anticonceptivos y preservativos2)Implementar intervenciones individuales y/o grupales, através de consejería para una sexualidad saludable3) HabilitarEspacios amigables diferenciados parala atención de adolescentes y jóvenes4) Desarrollar intervenciones de comunicación masiva. | Promoción1)Consejerías individuales y grupales2)talleres grupales3)conmemoración de hitos importantes4)comunicación masiva5) formación de monitores | año | 1)Equipo de salud | 1)Nº de consejerías realizadas/Nº de consejerías programadas \*1002)Nº de talleres realizadas/Nº de talleres programadas \*1003)Nº de hitos conmemorados/Nº de hitos programados\*1004)Nº de actividades masivas realizadas/Nº de actividades masivas programadas \*1005) N° de monitores formados/N° monitores programados x 100 |
| Prevención1)Entrega de preservativos2) control joven sano |  |  | 1)Nº de adolescentes que reciben preservativos/ Nº de adolescentes que consulta \*1002)N° de control joven sano realizados/ N° de control joven sano programados |
| Diagnóstico y tratamiento |  |  |  |
| Rehabilitación |  |  |  |
| 2) En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 existe obesidad con incremento constante a través de los años en niños menores de 6 años y embarazadas, alcanzando un 9,7% y 33,6% respectivamente. | Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad , a través del desarrollo de hábitos y estilo de vida saludable  | Desarrollar estrategias para fomento de estilos de vida saludable en los grupos riesgo identificados | 1)Identificar estilos de vida saludables y no saludables en grupos riesgo2)Demostrar a grupo riesgo consecuencias de la malnutrición por exceso y sedentarismo a corto y largo plazo3) Establecer sesiones de actividad física guiadas por profesor de educación física a niños pertenecientes a prog. Vida Sana. | 1)100% metas del programa vida sana 2)80% de colegios y jardines de la comuna con talleres en alimentación saludable 3)70% de niños menores de 6 años y madres con talleres sobre alimentación saludable. 4) 100% de los ingresos de embarazadas con tallares de alimentación saludable | -Realizar programa vida sana en menores de 6 años con malnutrición por exceso- Talleres educativos en embarazadas sobre alimentación saludable durante embarazo | Promoción1) Talleres de alimentación saludable a madres y niños menores de 6 años en establecimientos educativos y jardines2) Sesiones de actividad física 3 veces por semana durante mínimo 4 meses a niños pertenecientes al Prg. Vida Sana 3) Talleres educativos a las embarazadas sobre alimentación saludable.4) realizar al menos un taller sobre alimentación saludable en los colegios y jardines de la comuna | 1 año | Equipo promoción comunal  | 1) Nº de talleres realizados a madres y niños menores de 6 años /Nº de talleres programados a madres y niños menores de 6 años2) Nº de sesiones de actividad física realizadas/ Nº de sesiones de actividad física programadas según norma vida sana3) Nº de embarazadas que reciben taller nutricional/Nº de embarazadas ingresadas4) Nº de talleres realizados en los colegios y jardines/ Nº de colegios y jardines de la comuna |
| Prevención |  |  |  |
| Diagnostico y tratamiento1)consultas nutricionales, médico y sicóloga | 1 año | Equipo de programa vida sana | 1) Nº de consultas nutricionales, médico y sicóloga realizadas/Nº de consultas nutricionales, médico y sicóloga que exige el prog. Vida sana. \* 100 |
| Rehabilitación |  |  |  |
| Prevención |  |  |  |
| Diagnostico y tratamiento |  |  |  |
| Rehabilitación |  |  |  |
| 3)En la comuna de Quinta de Tilcoco durante el periodo octubre 2013 a septiembre 2014 se observa disminución a través del tiempo de niños con lactancia materna exclusiva al 1, 3 y 6 mes alcanzando cifras bajo la media nacional (79,5%, 68,47% y 63,10% respectivamente). | Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad , a través del desarrollo de hábitos y estilo de vida saludable  | Aumentar el porcentaje de niños amamantados con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida | 1)Fomento de lactancia materna exclusiva en cesfam y comunidad2)desarrollar talleres de crianza enfocados a fomento de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida | 5% más de niños amamantados con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida | 1)Reactivar comité comunal de lactancia materna2) trabajar en acreditación como establecimiento amigo de la lactancia materna3) talleres de crianza enfocados a fomento de lactancia materna | Promoción1)comité comunal de lactancia materna2) acreditación como establecimiento amigo de la lactancia materna3) talleres de crianza enfocados a fomento de lactancia materna | 1 año | Equipo de salud y promoción | 1) Acta de comité de lactancia materna2) Acta de reuniones3)N° de talleres de crianza enfocados a fomento de lactancia materna/ N° de talleres de crianza enfocados a fomento de lactancia materna programados x 100 |
| Prevención |  |  |  |
| Diagnostico y tratamiento |  |  |  |
| Rehabilitación |  |  |  |
| 4) Existe una baja cantidad de ingresos de usuarios con patologías neurológicas adquiridas (8,4% del total de ingresos) y ningún ingreso de usuarios con patologías neurológicas congénitas, especialmente, en menores de 20 años de edad. | Reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo | Disminuir discapacidad | 1)Incorporar la neuro-Rehabilitación (NR) formal como prestación del CCR 2)Realizar talleres en pacientes con riesgo cardiovascular3) Mejorar la pesquisa y derivación de pacientes con déficit neurológico | 15% de los ingresos a CCR son de origen neurológico  | Fortalecer el Programa de Rehabilitación Integral | Promoción |  |  |  |
| Prevención1)Talleres en pacientes con riesgo cardiovascular  | 1 año | Equipo de salud | N° de talleres a pacientes con riesgo cardiovascular realizados/ N° de talleres a pacientes con riesgo cardiovascular programados |
| Diagnostico y tratamiento1)Desarrollo de un diagnóstico situacional de los usuarios con déficit neurológico2)derivación del equipo de salud y desde la comunidad a CCR | 1 año | Equipo de CCR | N° de actividad desarrollada/N° de actividades programas x100N° de derivaciones de origen neurológico/ N° total de ingresos neurológicos x100 |
| RehabilitaciónIngreso de usuarios con patologías neurológicas | 1 año | Equipo de CCR | N° de ingresos de origen neurológico / total de ingresos a CCR X 100 |
| 5) Dificultades en alcance de implementación del modelo de salud familiar: trabajo intersectorial | Fortalecer la institucionalidad del sector salud | fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector | 1)sensibilizar en la importancia del trabajo intersectorial2)fomentar la participación del intersector | Mesa intersectorial formada | 1)conformar mesa intersectorial2)establecer un plan de trabajo | Promoción1)Difusión del modelo de salud familiar2) reuniones de trabajo intersectorial | 1 año | Equipo gestor | Actas de reunionesRegistro de asistencia |
| Prevención |  |  |  |
| Diagnostico y tratamiento |  |  |  |
| Rehabilitación |  |  |  |
| 6) Bajo N° de pacientes con pautas de pie diabético realizadas por enfermera durante el año 2014 | Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidady mortalidad prematura por afecciones crónicasno transmisibles, trastornos mentales, violenciay traumatismos | Incrementar la proporciónde personas con diabetescontrolada  | Aumentar la cobertura de la realización de la pauta pie diabético a toda la población diabética bajo control | 90% de cobertura de pautas aplicadas a pacientes diabéticos bajo control | Fortalecer la prevención de complicaciones neuroisquémicas en los pacientes diabéticos | Promoción1 taller educativo por semestre sobre cuidados de los pies y empoderamiento del pacte diabético | 1 año | Enfermeras, médicos y psicóloga del Cesfam | N° talleres educativos por semestre realizados/ N° talleres educativos por semestre programados. |
| Prevención1)Aplicación de la pauta al ingreso del PSCV por profesional médico del equipo de salud2)Derivación de pactes diabéticos a control de enfermera con pautas no vigentes por profesionales de salud |  |  | N° de pautas aplicadas al ingreso del PSCV/ N° total de pautas aplicadas durante un año.N° de pactes DM controlados por enfermera con pauta no vigentes/ total de pactes DM controlados durante el año |
| Diagnóstico y tratamiento1) Derivar al 100% de pactes con complicaciones de difícil manejo de nivel secundario. |  |  | N° total de pactes con complicaciones derivadas a nivel secundario/ N° de interconsultas a nivel secundario |
| Rehabilitación |  |  |  |

1. **DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO**

Para la elaboración del presente diagnóstico se convocaron a diversos dirigentes de las organizaciones funcionales y territoriales de distintos sectores de la comuna: dirigentes de juntas de vecinos, unión comunal de adultos mayores, unión comunal de juntas de vecinos, Agrupación Indígena ÑakuMapu, Agrupación Pro Discapacitados Renacer, Asociación Comunal de Fútbol, representantes de las diferentes iglesias y los directores de los establecimientos educacionales.

En virtud de la metodología empleada se dividió en tres grupos a los participantes, en donde se les solicito que pudieran identificar las principales problemáticas relacionadas a la salud de sus sectores y organizaciones a las cuales representan, pudiendo plasmar de esta manera su percepción de este tema.

Posterior a esta visualización de problemas y a su exposición, se efectúa en una segunda reunión la priorización de estos, en base a la magnitud y factibilidad, siguiendo las orientaciones programáticas recibidas.

En la siguiente tabla se detallan los problemas visualizados por la comunidad:

|  |
| --- |
| PROBLEMAS VISUALIZADOS POR LA COMUNIDAD |
|  CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN EDAD ESCOLAR |
|  OBESIDAD  |
|  TENENCIA IRRESPONSABLE DE ANIMALES  |
|  CONSUMO DE ALCOHOL EXCESIVO EN EL TRABAJO  |
| FALTA DE BASUREROS PUBLICOS  |
| FALTA DE AUTOCUIDADO  |
|  PODOLOGIA PARA EL ADULTO MAYOR  |
| PREVENCION DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL  |
| PREVENCION EN SALUD MENTAL |
|  NO ASISTIR A CONTROL ANUAL  |
| SALUD BUCAL  |
|  FALTA DE INFORMACION EN LA ENTREGA DE EXÁMENES  |
| DESINFORMACION EN RELACION A DISCAPACIDAD INFANTIL  |
| SEGUIMIENTO AL PACIENTE DIABETICO Y PREVENCION EN EL GRUPO FAMILIAR  |
| REALIZAR CONTROLES PREVENTIVOS EN EL NUCLEO FAMILIAR A TRAVES DEL PACIENTE QUE CONSULTA  |
| TABACO  |
| DROGAS  |

Así mismo la comunidad priorizó tres de estas problemáticas, para ser desarrolladas en la matriz de priorización de problemas en conjunto al equipo de salud, generando las respectivas estrategias para cumplir los objetivos planteados, las metas, en los plazos propuestos a través de las actividades de promoción y prevención.

|  |
| --- |
| PROBLEMAS PRIORIZADOS POR LA COMUNIDAD |
| CONSUMO DE ALCOHOL Y DORAS EN EDAD ESCOLAR |
| OBESIDAD |
| FALTA DE AUTOCUIDADO |

1. **DOTACION DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNA QUINTA DE TILCOCO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CATEGORIA | Nº total Funcionarios | Total Horas semanales(Suma a +b +c) | Horas semanales plazo fijo (a) | Horas semanales plazo indefinido (b) | Horas semanales honorarios (c) |
| Médico/a | **7** | **332** | **176** | **0** | **156** |
| Odontólogo/a | **2** | **88** | **44** | **44** | **0** |
| Enfermero/a | **3** | **132** | **44** | **88** | **0** |
| Matrón/a | **3**  | **88** | **22** | **66** | **0** |
| Tecnólogo Médico | **1** | **44** | **0** | **44** | **0** |
| Nutricionista | **2** | **88** | **44** | **44** | **0** |
| A. Social | **2** | **66** | **22** | **44** | **0** |
| Psicólogo/a | **3** | **88** | **44** | **44** | **22** |
| Kinesiólogo | **2** | **88** | **44** | **44** | **0** |
| Laboratista dental | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| Profesor Ed. Física | **1** | **16** | **0** | **0** | **16** |
| Terapeuta Ocupacional | **1** | **44** | **44** | **0** | **0** |
| Ed. Párvulos | **1** | **44** | **44** | **0** | **0** |
| Tec. Paramédico/a | **23** | **1012** | **352** | **660** | **0** |
| TPM Farmacia | **1** | **44** | **0** | **44** | **0** |
| TPM Laboratorio | **2** | **88** | **0** | **88** | **0** |
| TPM Dental  | **2** | **88** | **44** | **44** | **0** |
| Of. Administrativo/a | **14** | **550** | **198** | **352** |  |
| Auxiliares de Servicio | **3** | **132** | **44** | **88** | **0** |
| Conductores | **6** | **264** | **88** | **176** | **0** |

1. **Planificación de Promoción**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivo General del Plan Comunal de Promoción de la Salud** | 1. Impulsar la formulación e implementación de políticas locales en promoción de la salud en los entornos comunales, laborales y educacionales, construyendo oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos que faciliten los estilos de vida saludables.
 |
| **Objetivos Específicos** | 1. Promover la incorporación de lugares de trabajo y establecimientos educacionales a un proceso voluntario de diagnóstico de sus entornos, con la posibilidad de desarrollar programas de mejoramiento continuo para lograr el reconocimiento como entornos promotores de salud.
2. Fomentar la participación ciudadana en acciones de promoción de la salud a nivel local.
3. Difundir Propuesta de Ordenanza Municipal “Promoción en estilos de vida saludable” en colegios, jardines, liceo y comunidad, para su posterior aprobación por Consejo Comunal.
 |
| **Intervenciones temáticas en Promoción de la Salud y Entornos** | Las Intervenciones temáticas a tratar son: Alimentación Saludable, Actividad física, Vida libre del humo del tabaco, sexualidad y Factores Protectores psicosociales; en entorno Comunal, Educacional y Laboral. En cada uno de los entornos mencionados, las intervenciones de promoción tienen como desafío para el año 2015 desarrollarse con los siguientes focos estratégicos:1. **Gestión local:** abogacía, medidas estructurales, recuperación de entornos y uso de espacios públicos.
2. **Coordinación Intersectorial:** Fortalecimiento de redes para la construcción de políticas locales de Promoción.
3. **Comunicación Social y educativa:** Sensibilización y educación para la salud.
4. **Participación Social y Comunitaria:** Fortalecimiento Comunitario y Asociatividad.
 |

