

DECRETO ALCALDICIO N° 1969

QUINTERO 27 MAYO 2014

VISTOS:

1. *la necesidad de contar con un Plan de Salud Comunal para la comuna de Quintero;*
2. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la L.Municipalidad de Quintero para los años 2014 – 2016;*
3. *Sesión ordinaria N° 53 del concejo municipal de fecha 12 de mayo del 2014 en la cual se aprueba el Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud Municipal;*
4. *Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695. Orgánica Constitucional de Municipalidades;*

DECRETO

1.- APRUEBESE, en su totalidad, Plan de Salud Comunal Para la Comuna de Quintero 2014 - 2016 documento el cual consta de 53 páginas entre las cuales se detalla: Diagnóstico de Salud, Red Asistencial de Salud, Plan de acción Departamento de salud Municipal, Dotación, Plan de Capacitación del Departamento de Salud;

Anótese, comuníquese, cúmplase y archívese.



YESMINA GUERRA SANTIBAÑEZ
SECRETARIO MUNICIPAL



MAURICIO CARRASCO PARDO
ALCALDE

Distribución:

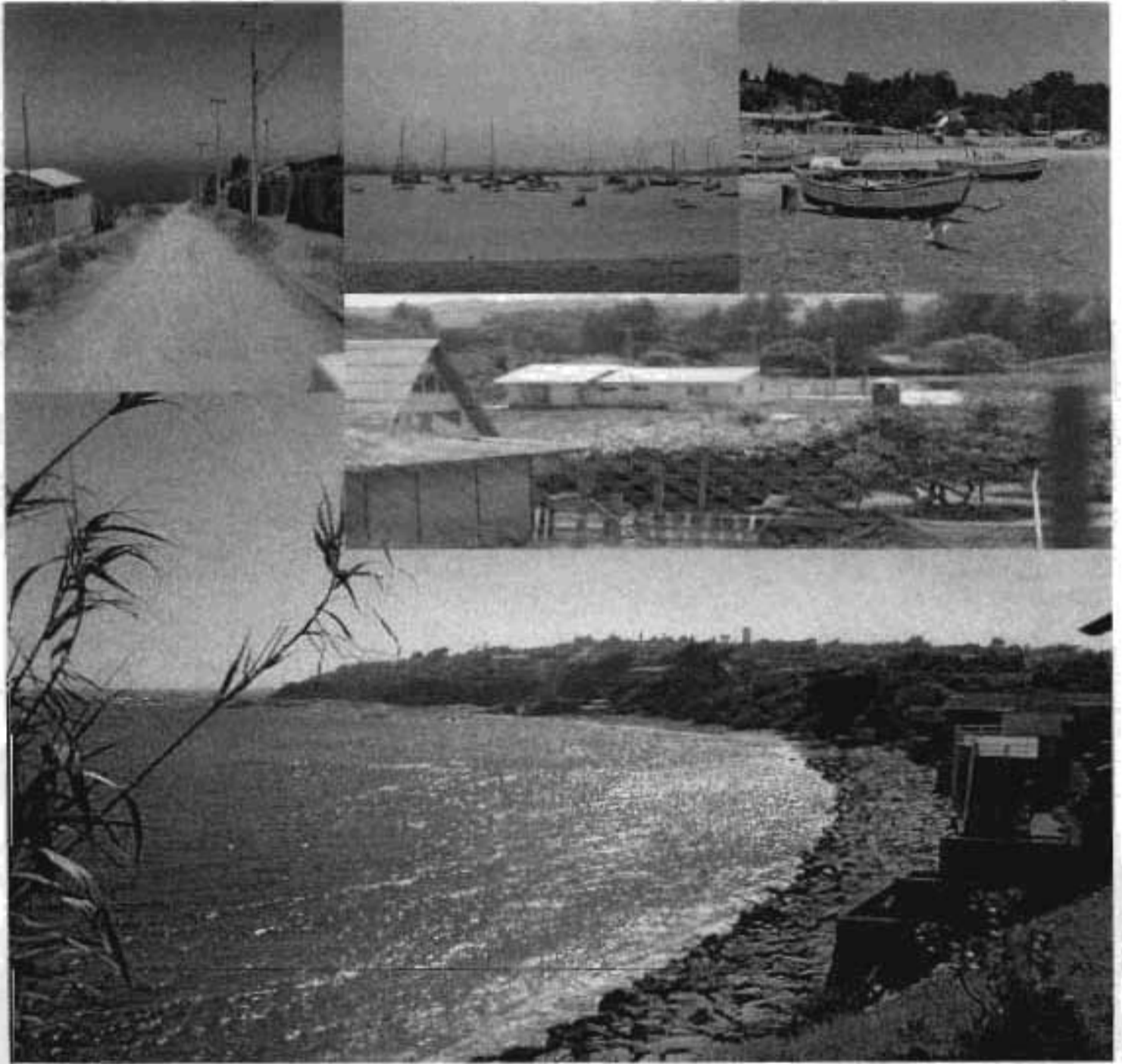
1. *Alcaldía*
 2. *Secretaría Municipal*
 3. *Finanzas*
 4. *Departamento de Salud.*
- MCP/YGS/JA/E/jav

*Amoldado
Según convenio con S3
12/5/14*



Plan de Salud Comunal Quintero 2014 – 2016

Departamento de Salud
I. Municipalidad de Quintero



INDICE DE CONTENIDOS

I.-INTRODUCCIÓN

Historia de Quintero

Características socio-demográficas de la Comunidad de Quintero

Características socio-económicas de la Comunidad de Quintero

Departamento de Salud de Atención Primaria Municipal

II.- DIAGNÓSTICO DE SALUD

Antecedentes Epidemiológicos

Diagnostico Participativo de Salud

III.- RED ASISTENCIAL DE SALUD

Red asistencial Servicio de Salud Viña del Mar Quilota

Red asistencial Hospital Adriana Cousiño de Quintero

IV.- PLAN DE ACCIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

V.- DOTACIÓN

VI.- PLAN DE CAPACITACION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I.- INTRODUCCIÓN

• HISTORIA DE QUINTERO

La bahía de Quintero, fue descubierta a fines de 1536 por el capitán español don Alonso de Quintero, quien al mando de la nave Santiaguillo acompañaba con hierro, telas y otros materiales a las huestes del descubridor don Diego de Almagro. Alonso de Quintero recala en esta bahía a mediados de 1536, en busca del Adelantado y al ver tan hermoso lugar le coloca su nombre, y así lo establece en la carta de navegación que dibuja.

Cerca de Quintero, en el área de Chilicaúquen, pasaba el Camino del Inca, obra de la ciencia de ingeniería indígena, que nacía en la ciudad del Cuzco, en Perú para llegar a la zona central de Chile.

Esta bahía no vuelve a ser visitada hasta 1587, año en que llega el corsario inglés Thomas Cavendish, este se abastece de agua, leña y algunos alimentos, pero su tranquilidad se rompe cuando soldados enviados desde Santiago por el corregidor Alonso Campofrío de Carvajal, que al tomar conocimiento de la llegada de los extranjeros, los envía a desalojar, produciéndose la primera batalla de este tipo en tierra chilena.

Los ingleses son vencidos, algunos de ellos mueren y otros son tomados prisioneros y llevados a Santiago, los más logran huir y refugiarse en el roquerío frente a Loncura, desde donde son rescatados por las embarcaciones inglesas.

En 1601, estos terrenos fueron entregados en Encomienda al soldado español de noble linaje Simón Diez de Hidaigo, natural de Toledo, y que se había destacado en la guerra de Arauco. Este desarrolla la agricultura, especialmente la plantación de vides. Vive en el sector hasta 1624, fecha en que enferma y muere en Quillota. En 1615 recala en la bahía otro corsario, esta vez es el marino alemán Joris Spilpergen, al mando de una flota de seis buques.

Los primeros en habitar Quintero como puerto de mar fueron los jesuitas, quienes lo empezaron a utilizar como tal para sacar por este punto la producción de sus haciendas que iban desde Viña del Mar hasta sus tierras de Ocoa.

En 1822, llega a Quintero el ilustre vicealmirante Tomás Alejandro Cochrane, Conde Dundonald, quien había adquirido una hacienda al sudeste de la península que cierra por el sur de la bahía de Quintero. Se construye

una casa de dos pisos en la ladera oriente del Cerro Centinela, trae nuevas semillas para la actividad agrícola, abre los potreros a los pescadores. En esa época recibe a su amiga la escritora Mary Graham en su casa, y ella vive el terremoto de 1822, el que describe en su libro *Diano de Mi Residencia en Chile*. También describe las bellezas de Quintero, en especial su avifauna.

El 24 de noviembre de 1865, el Presidente José Joaquín Pérez dicta un Decreto Ley que dice " Créase el Puerto Mayor de Quintero, en la bahía que lleva su nombre".

En 1870 el intendente de Valparaíso, admirador de Lord Cochrane impulsa la idea de convertir este lugar en Población Cochrane, pero la idea no prospera.

En 1891, en la extensa playa de la herradura de Quintero las tropas Congressistas contrarias a Balmaceda al mando del capitán de navío Jorge Montt, desembarcan en plena guerra civil para dirigirse a Concón y Placilla, lugares en que se desarrollan dos cruentas batallas.

Antes en 1871, Luis Cousiño Squeña motivado por Benjamín Vicuña Mackenna había comprado la península y amplias franjas de terreno de su zona rural. La familia Cousiño inicia la formación de Quintero como ciudad, y mediante decreto 4.004 el Presidente Barros Luco aprueba el 7 de septiembre de 1912 el plano de la población de Quintero " que forma parte de los planos presentados por don Alberto Cousiño, concesionario del ferrocarril de San Pedro a Quintero".

Creación de la comuna y su municipalidad:

El 22 de diciembre de 1891, nace la Ilustre Municipalidad de Quintero, cuando mediante el Decreto 2297 del Ministerio del Interior, el Presidente Montt crea las 195 Comunas Autónomas con sus propias Municipalidades, la número 55 de ese decreto es Quintero.

Tiene en sus inicios el territorio de tres subdelegaciones 17 Quintero, 18 Puchuncaví y 19 Boco.

En 1921 se establece la Armada, y en 1930 en su lugar se instala la Fuerza Aérea de Chile.

• **CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS DE LA COMUNA DE QUINTERO:**

La comuna de Quintero se encuentra localizada en la V Región, específicamente en el litoral norte de la Provincia de Valparaíso. Se ubica a 50 kilómetros de Valparaíso y a 41 kilómetros Viña del Mar. Se accede a través de las Rutas F-30 E, F-210. Dista a 170 Kilómetros de Santiago, a través de las Rutas 5, F-20, E- 30 F y F- 210. De Mendoza (República Argentina) dista a 484 Kilómetros y se accede a través de las Rutas 60, 5, F - 30 E y 210. Asimismo, dista a 141 Kilómetros, de Los Andes, a 45 Kilómetros de Quillota y a 22 Kilómetros de Concón.

Sus Límites corresponden a: al norte, con la comuna de Puchuncaví, al Este con la comuna de Quillota, al sur con la comuna de Concón de la cual la separa el río Aconcagua y al Oeste limita con el Océano Pacífico. La comuna se encuentra ubicada en una zona de clima mediterráneo marítimo, con temperaturas suavizadas por la acción del mar (promedio de 15° C) que produce nubosidad y vientos frescos, influyendo directamente en el tipo de vegetación que se desarrolla en el lugar. Las precipitaciones se concentran normalmente entre los meses de Abril y Septiembre, por lo que cuenta con una estación seca prolongada. En el lugar predomina el viento sudoeste, que sopla con fuerza sobre la península, especialmente en primavera y verano.

Se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el mar, cuenta con una superficie de 174 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1,43 % de la superficie regional, cuenta con una población total de 21.174 habitantes, que se distribuyen en un 88,4% en el área urbana y un 11,6 % en el área rural de la comuna. (Tabla nº 1, Gráfico nº 1)

La población de Quintero representa un 1,3% de la población regional (Tabla nº 2). Siguiendo con la tendencia regional en la comuna de Quintero predomina en género femenino.

Tabla nº 1: Población comunal por grupos etáreos, género y edad.

	Cantidad	%	Hombres	%	Mujeres	%
Urbano	18.719	88,4	9.081	42,8	9.638	45,6
Rural	2.455	11,6	1.309	6,2	1.146	5,4
Total	21.174	100	10.390	49	10.784	51

Fuente: Censo 2002

Gráfico 1: Distribución de Población por área administrativa y sexo



Tabla n° 2: Comparación Población Regional y Comunal.

	Población	Hombres	Mujeres
Región de Valparaíso	1.539.852	752.828	787.024
Comuna de Quintero	21.174	9.081	9.638

Fuente: Censo 2002

La ciudad misma está enclavada en una planicie costera, la cual se encuentra dividida en tres distritos: Quintero, conformado por las localidades de Quintero, Ritoque y Loncura; Valle Alegre, con las localidades de Valle Alegre y Santa Julia y, el distrito de Dumuño, conformado por Mantagua, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo. La población se concentra principalmente en el área urbana. (Tabla N° 3)

Tabla n° 3: Distribución de población por distritos y localidades.

Censo Población año 2002							
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR DISTRITOS Y LOCALIDADES							
Distrito	Localidad	Resumen Comunal	Población oficial	Hombres	Mujeres	Viviendas particulares	Viviendas colectivas
Quintero	Quintero	16567	16690	8041	8649	6598	79
	Loncura	2024	2024	1022	1002	3467	6
	Ritoque	69	69	34	35	105	1
	TOTAL	18660	18783	9097	9686	10170	86
Valle Alegre	Valle alegre	312	372	200	172	104	-
	Sta. Julia	280	280	144	136	65	1
	TOTAL	652	652	344	308	250	2
Dumuño	Mantagua	470	470	247	223	158	1
	San Ramón Sta. Isabel	115	115	62	53	53	-
	Sta. Adela	335	335	175	160	92	4
	El Mirador	431	431	223	208	132	2
	Las Gaviotas	282	282	151	131	94	2
	Sta. Rosa de Colmo	106	106	60	46	38	-
	TOTAL	1739	1739	918	821	567	9
TOTAL QUINTERO		21051	21174	10379	10795	10987	97

Fuente: Censo 2002

Al realizar un estudio de la población de la comuna para los años 2001 a 2009, se puede apreciar que la evolución de la población aumenta gradualmente, sin grandes alteraciones, la que fluctúa en un 1,56% entre el año 2008 y 2009, la Tasa de Crecimiento Anual de la Población 2001 a 2009 se refleja a continuación:

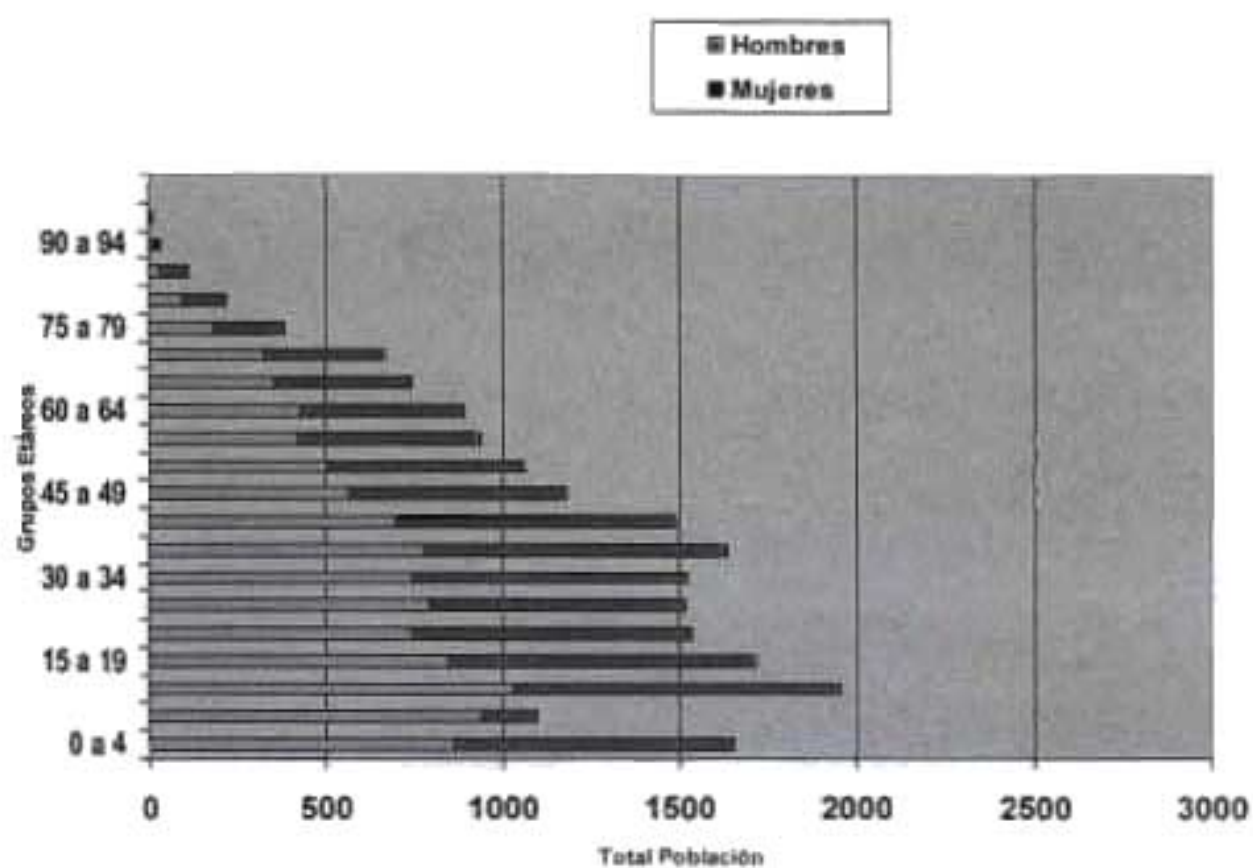
Tabla n° 4: Tasa de Crecimiento poblacional

TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN								
COMUNA DE QUINTERO								
Periodo	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Población	22.306	22.714	23.108	23.508	23.892	24.277	24.661	25.054

(Fuente: INE "Población Estima: 1990-2020")

En cuanto a la distribución de la población por grupo etáreo y sexo (Gráfico n° 2), y la tabla de distribución de la población por grupo etáreo (Tabla n° 5), se observa que predomina el grupo Adulto medio con un 33,8% de la población, en segundo lugar esta el grupo de adulto Joven con un 21,45 de la población y en tercer lugar el grupo etáreo de adolescentes con un 17,35 de la población. Por otra parte, es posible observar que no existe gran diferencia en cuanto a sexo durante todo el ciclo vital, sin embargo en el ciclo de adultos mayores predominan las mujeres.

Grafico n° 2: Distribución de la población de acuerdo a sexo y grupo etáreo.



Fuente: censo 2002

Tabla nº 5: Distribución de la población por Grupo Etáreo.

Grupo etáreo	Nº Población	Etapas	Predominio
0 a 4 años	1.654	infancia	16,8%
5 a 9 años	1.907	infancia	
10 a 14 años	1.952	Adolescencia	17,3%
15 a 19 años	1.717	Adolescencia	
20 a 24 años	1.536	Adulto Joven	21,4%
25 a 29 años	1.516	Adulto Joven	
30 a 34 años	1.521	Adulto Joven	
35 a 39 años	1.636	Adulto medio	33,8%
40 a 44 años	1.489	Adulto medio	
45 a 49 años	1.180	Adulto medio	
50 a 54 años	1.061	Adulto medio	
55 a 59 años	936	Adulto medio	
60 a 64 años	891	Adulto medio	
65 a 69 años	742	Tercera Edad	8,4%
70 a 74 años	669	Tercera Edad	
75 a 79 años	387	Tercera Edad	
80 a 84 años	220	Cuarta Edad	1,6%
85 a 89 años	111	Cuarta Edad	
90 a 94 años	36	Cuarta Edad	
95 a 99 años	12	Cuarta Edad	
100 o +	1	Quinta Edad	
Total	21.174		100%

Fuente: censo 2002

En relación a las etnias presentes en la comuna se censaron 254 personas que pertenecen a un grupo étnico 131 hombres y 123 mujeres. Las etnias existentes corresponden a las siguientes (Tabla nº 6)

Tabla nº 6: Porcentaje de Etnias presentes en la comuna de Quintero.

Etnias Comuna de Quintero	Nº	Porcentaje
Atacameños	7	2,7
Aimara	16	6,2
Mapuches	225	88,5
Rapa Nui	6	2,3
TOTAL	254	100%

Fuente: censo 2002

• CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA COMUNA DE QUINTERO

La economía de la comuna de Quintero se basa principalmente en la actividad industrial, portuana y servicios. En el sector urbano se desarrollan la pesca y el comercio. En el sector rural se desarrolla la actividad agrícola. Por otra parte, es importante destacar que en el plan de desarrollo comunal se describe la potenciación del Turismo como una de las principales actividades económicas que se pretenden desarrollar en la comuna debido a que en la mayoría de su terrenoitoral, se ubican playas que constituyen un gran atractivo turístico.

Como se menciona anteriormente en la comuna existe una gran actividad industrial a continuación se detallan las industrias presentes en la comuna y sus alrededores:

Sector Industrial:

- Planta de Lubricantes COPEC
- OXIQUIM
- Terminal Quintero ENAP
- CODELCO División Ventanas
- Termoeléctrica Las Ventanas AES GENER
- GASMAR
- GNL

- Puerto Ventanas
- Asfaltos Chilenos.
- Maderas Concón.
- Faenadora Hesklin.
- BASF CHILE
- Fabrica de Harina de crustáceos
- Javier Margas y CIA Ltda.

Sector Industrial/ Productivo Centro

- Pesquera Quintero
- Marlimar
- ASIMAR
- ESVAL
- Antecedentes Económicos:

De acuerdo al censo del 2002, la población de la comuna económicamente activa corresponde a 13.936 personas y la no económicamente activa corresponde a 7.049.

La población económicamente activa que se mantiene ocupada corresponde a un 80,7%, la población cesante corresponde a un 16,6% y la población que busca trabajo por primera vez corresponde a un 2,5%.

(Tabla nº 7)

Tabla nº 7: Población de 15 años y más económicamente activa:

Comuna de Quintero	Población Total Económicamente activa	Ocupados	Cesantes	Buscando trabajo por primera vez
Ambos Sexos	7.480	6.043	1.248	189

Fuente: Censo 2002

La población ocupada de 15 años y más se desempeña principalmente en las siguientes áreas: (Tabla nº 8)

Tabla nº 8: Distribución de la población económicamente activa ocupada, por Rama económica.

Comuna de Quintero	Población Total Económicamente activa ocupada	A	B	C	D	E	F	G
Ambos Sexos	6.043	232	327	258	625	80	610	1.087

Fuente: Censo 2002

Definición Ramas Económicas:

A Agricultura, ganadería, caza y silvicultura.

B Pesca.

C Explotación de minas y canteras.

D Industrias manufactureras.

E Suministro de electricidad, gas y agua.

F Construcción.

G Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos.

Según los datos proporcionados la población se dedica principalmente a la rama económica G (comercio al por mayor y menor) , en segundo lugar encontramos la rama D (Industrias Manufactureras) y en tercer lugar la rama F (Construcción)

El desempleo en la comuna esta a 2,3 % mas bajo que el desempleo provincial y a un 1,4% del desempleo Regional. A pesar de estar por debajo de la media regional el porcentaje de desempleo en la comuna es bastante alto esto se explica en gran medida a que la mayoría de las industrias ubicadas en la zona no contratan mano de obra local. (Tabla nº 9)

Tabla n° 9: Tasa de desempleo a nivel Regional, Provincial y Comunal.

Antecedentes Empleo	Feb-Abr 2006	Ene-Mar 2007	Feb-Abr 2008	Ene - Mar 2009
Desempleo Provincial	10,5	10,5	7,7	8,7
Desempleo Regional	9,6	9,6	6,4	7,8
Desempleo Comunal	8,2	8,1	6,2	5,1

Fuente: INE, Encuesta Empleo

- Antecedentes socioeconómicos:

Distribución de pobreza: La distribución de pobreza en la comuna se da de la siguiente forma (Tabla n° 10)

Tabla n° 10: Indigencia Comuna de Quintero.

Antecedentes Socioeconómicos	N° Personas	% Comunal	% Variación 2003-2006
Población Indigente	925	3,81	57,24
Población Pobre No Indigente	2.964	12,21	39,33
Total Población Pobre	3.890	16,02	44,83

Fuente: Casen, 2003 - 2006

El porcentaje de indigencia de la comuna representa el nivel más bajo dentro de la pobreza.

Vivienda: A nivel regional se cuenta con un total de 532.641 viviendas de ellas el 81% corresponde a casas, el 16 % a departamentos y el 4 a otro tipo de viviendas, como piezas mediaguas, ranchos. (Censo 2002)

La realidad comunal indica que en Quintero existen 10.949 viviendas, siguiendo con la media regional la mayor cantidad de viviendas existentes corresponden a casas 89%, 3,7 % a departamentos y 6,7 % a otro

tipo de viviendas. Entre la categoría otro tipo de viviendas es importante destacar que un 57 % corresponde a mejoras o mediaguas. (Tabla nº 11)

Tabla nº 11: Tipo de viviendas a nivel Regional y Comunal.

Tipos de Vivienda	Nº de viviendas nivel regional	Nº Viviendas nivel Comunal
Casa	423.249	9.801
Departamentos	83.444	406
Otros (Piezas, chozas, mejoras mediaguas)	25.948	742
TOTAL	532.641	10.949

Fuente: Censo 2002

Nivel Educativo de la Población: La comuna de Quintero cuenta con un total de 18 establecimientos, 6 de ellos de dependencia municipal y 8 de ellos con dependencia particular subvencionada. Por otra parte, del total de establecimientos 12 de ellos se encuentran en el área urbana y 2 de ellos en el área rural. El nivel educativo que entregan los establecimientos de la comuna se distribuye de la siguiente forma: (Tabla nº 12)

Tabla n° 12: Tipo de educación otorgada en comuna de Quintero.

Tipo de educación	N° de establecimientos
Parvularia	9
Básica niños	9
Básica adultos	1
Educación especial deficiente mental	1
Educación especial alteraciones al lenguaje	2
Media humanística científica niños	5
Media adultos Decreto 12	3
Media TP Industrial niños diurna	1
Media TP Marítima niños diurna	1

Fuente: SEREMI EDUCACIÓN

Los años de escolaridad promedio en la comuna corresponden a un 10, 2 % por ciento, la tasa de analfabetismo corresponde a un 2,87 %.

La educación municipal tiene una cobertura de un 33,53 %.

Condiciones Sanitarias y de Infraestructura (Medio ambiente físico): De acuerdo a los datos recopilados es posible observar que la mayoría de la Comuna de Quintero cuenta con los servicios básicos de Agua Potable, Electricidad y Alcantarillado. La escasez de estos servicios se explica por la ausencia de ellos en la parte rural de la comuna, las localidades de Valle Alegre, Santa Julia, Mantagua, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo, cuentan con el servicio de agua potable rural. En la localidad de Loncura aún no existe alcantarillado.

La zona urbana cuenta con una cobertura total de los servicios.

Tabla 13: Cobertura de Servicios básicos de la Comuna de Quintero.

Antecedentes de Infraestructura	
Cobertura de Agua potable (%)	86,51
Cobertura de Alcantarillado (%)	89,28
Cobertura de Luz eléctrica (%)	97

Fuente: Censo 2002

Organización Comunitaria: De acuerdo a la información otorgada por la DIDECO de la comuna de Quintero, existen 30 juntas de Vecinos, 7 ubicadas en el sector rural y 23 ubicadas en la zona urbana y dos uniones comunales una para el sector rural y otra par el sector urbano.

Las juntas de vecinos corresponden a:

ORGANIZACION	NOMBRE
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 6	Alonso De Quintero
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 5	Anibal Godoy Lazo
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 10	El Bosque de Loncura
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 11	El Cristo de Ritoque
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 15	El Mirador de Santa Luisa
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 1	Félix Sanfuentes
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 10	Las Brisas de Loncura
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 2	Las Brisas de Quintero
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 18	Mantagua
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 7	Manuel Rodríguez
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 11	Normandie
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 2	Nueva Serena
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 3	Porvenir
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 2	Ritoque Alto
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 2	Ritoque
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 15	Santa Adela
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 13	Santa Julia
JUNTA DE VECINOS	Unión de Juntas de Vecinos
JUNTA DE VECINOS U.V. Nº 10	Unión y Progreso

JUNTA DE VECINOS U.V. N° 12	Valle Alegre
JUNTA DE VECINOS U.V. N° 11	Villa El Mirador
JUNTA DE VECINOS U.V. N° 11	Villa La Roca
JUNTA DE VECINOS	Villa Mar Azul
JUNTA DE VECINOS U.V. N° 1	Vista al mar
JUNTA DE VECINOS	San Ramón
JUNTA DE VECINOS	Santa Rosa de Coimo
JUNTA DE VECINOS	Los Boidos
JUNTA DE VECINOS	Las Lomas de Quintero
JUNTA DE VECINOS	El Estuche
JUNTA DE VECINOS	Aliwen

La comuna cuenta además con 42 organizaciones funcionales entre ellas encontramos club del adulto mayor, agrupaciones de mujeres, folklóricas, juveniles.

Por otra parte existen 19 club deportivos, 15 organizaciones culturales y 18 organizaciones sociales.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL

Situación Actual de la Atención Primaria en Salud

Hoy en día los centros de atención en salud primaria se han vuelto una parte importante dentro de la comunidad sirviendo como apoyo fundamental en el proceso de salud – enfermedad de los usuarios, promoviendo los estilos de vida saludables de la población, previniendo las enfermedades a través de la intervención por medio de un equipo multidisciplinario en los factores de riesgo de la salud.

Es este equipo multidisciplinario quienes en conjunto con la comunidad buscan conocer, interpretar y dar solución a su situación de salud actual a través de la elaboración de un diagnóstico comunitario que permita intervenir en todas las etapas de la vida de un paciente, familia y comunidad, logrando mantener y/o prolongar la calidad de vida de estos, a través del fomento del autocuidado y la adopción de conductas saludables.

La importancia de la creación de un diagnóstico comunitario radica en el acercamiento del centro de salud a la comunidad, haciendo a esta participe del proceso de reconocimiento, jerarquización y solución de los problemas detectados junto al equipo de salud. Este proceso permite que la comunidad se empodere de su

situación real de salud, dando una oportunidad de mejora de su situación actual por medio de la realización de acciones de promoción de salud

La Ilustre Municipalidad de Quintero en su constante preocupación por el bienestar de la comunidad dispuso en el mes de Abril del año 2010 la formación del Departamento de Salud Municipal. Es así como nace la necesidad de implementar un centro de salud en Loncura.

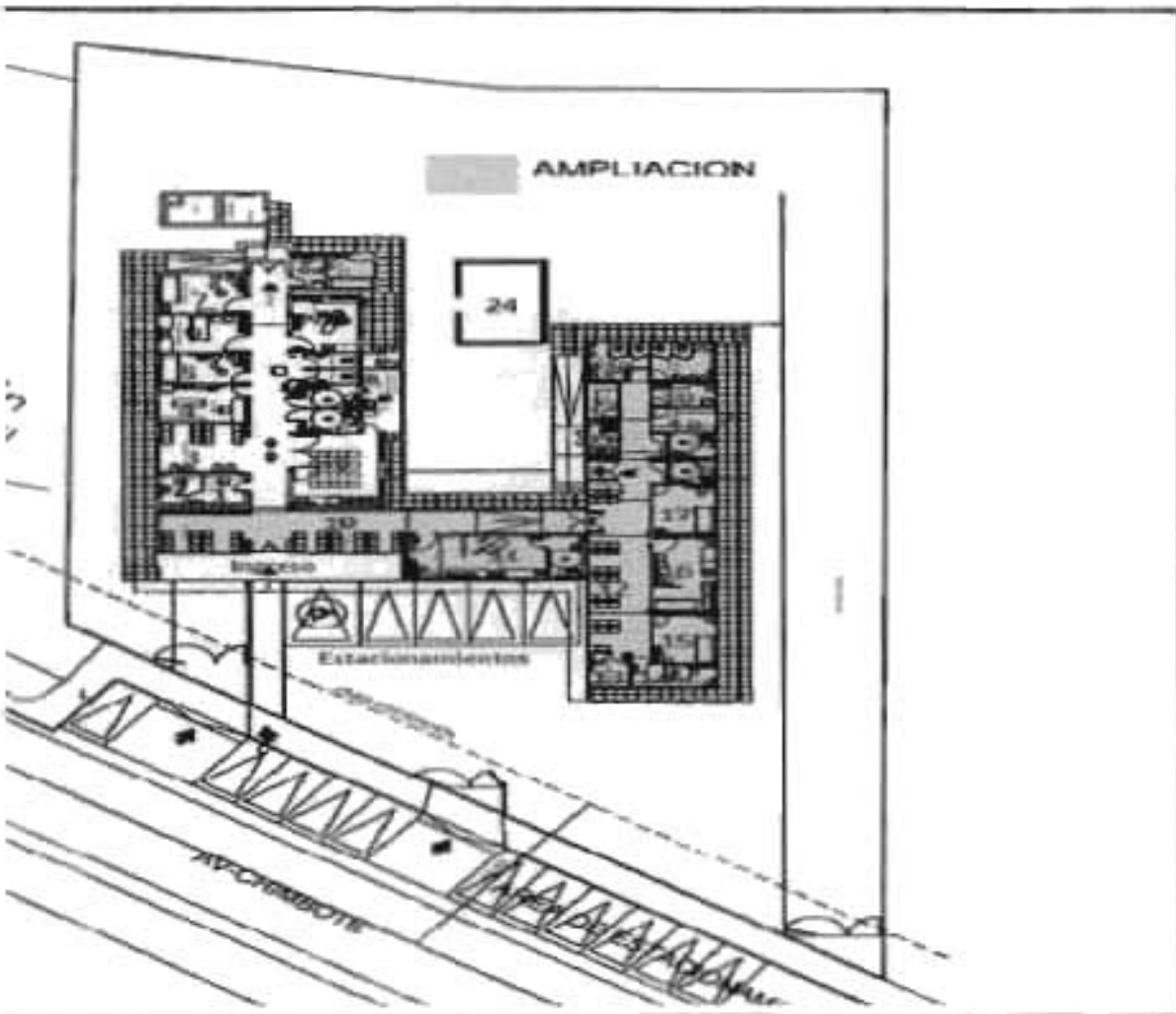
La Posta de Salud Rural de Loncura tiene como objetivo aportar en la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial mejorando el acceso, oportunidad y resolución de los problemas de salud de su comunidad.

Población asignada:

Actualmente la población per cápita perteneciente a la Posta Rural de Loncura es de 8.161 personas de las cuales, la población femenina corresponde a 4.169 personas y la masculina a 3.992 personas. Siendo el grupo etario menor de 15 años el grupo predominante en la población femenina con 1.002 personas.

La Posta Rural de Loncura corresponde al Servicio de Salud de Viña del Mar-Quilota y dado que la localidad no cuenta con un Establecimiento Hospitalario tiene como Red de apoyo asistencial al Hospital de Quintero como al Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, siendo estos su red de derivación al segundo y tercer nivel por medio de interconsultas otorgadas por los profesionales durante la atención.

Actualmente la Posta de Loncura cuenta con 34 funcionarios distribuidos en una planta física de aproximadamente 2024 metro cuadrados de terreno y 605 metros cuadrados construidos



Planta Física

- 1 SONE
- 2 PFIAC
- 3 Sala de Espera
- 4 Farmacia
- 5 BOX nutricionista
- 6 BOX Procesoamiento
- 7 Oficina Director
- 8 BOX Dental
- 9 Sala Multisala
- 10 Sala Espera
- Ginecologica
- 11 BOX Matrona
- 12 Sala de Espera
- 13 BOX Preparacion
- 14 BOX Psicologa
- 15 BOX Medico
- 16 BOX Kinesioologa
- 17 Vacunatorio
- 18 BOX Adoloscenza Sexual
- 19 BOX Enfermera
- 20 Bodega Farmacia
- 21 Bodega General
- 22 Sala Lavado Manos
- 23 Sala de Espera Infantil
- 24 Casino.

II- DIAGNOSTICO DE SALUD:

- **ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

La tasa de natalidad de la comuna de Quintero esta por debajo de la tasa de natalidad nacional. Sin embargo, podemos observar que a nivel comunal presenta un leve aumento de la tasa de natalidad a nivel regional.

(Tabla nº 14)

Tabla nº 14: Tasa de Natalidad Regional y Comunal 2006

REGIÓN Y COMUNA	Nº HABITANTES	TASA DE NATALIDAD
CHILE	16.432.674	14,8
DE VALPARAÍSO	1.682.005	13,6
QUINTERO	23.892	13,8

Fuente: DEIS - MINSAL

La tasa de mortalidad general e índice de swaroop, en la comuna de Quintero cuenta con una tasa similar al índice nacional de mortalidad general y se encuentra por debajo de la media regional. Es posible observar además que en la comuna existe una mayor tasa de mortalidad general en hombres. (Tabla nº 15)

Tabla n° 15: Mortalidad General e Índice de Swaroop según región y Comuna 2007.

REGIÓN Y COMUNA	Mortalidad General						Índice Swaroop		
	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)			
CHILE	93.000	5,6	49.753	6,1	43.247	5,2	85,0	81,2	89,5
DE VALPARAÍSO	10.912	6,4	5.608	6,7	5.304	6,1	88,3	84,9	91,9
Valparaiso	2.221	8,1	1.102	8,1	1.119	8,1	88,7	85,2	92,1
Casablanca	126	4,7	76	5,5	50	3,8	85,7	82,9	90,0
Concón	158	3,2	76	3,2	82	3,3	86,1	82,9	89,0
Juan Fernández	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Puchuncavi	83	5,5	50	6,5	33	4,4	85,5	82,0	90,9
Quilpué	957	6,4	473	6,5	484	6,3	88,3	82,9	93,6
Quintero	137	5,6	79	6,7	58	4,6	85,4	82,3	89,7
Villa Alemana	673	5,7	334	5,8	339	5,6	90,2	88,9	91,4
Viña del Mar	2.165	7,4	1.081	7,7	1.084	7,1	89,9	86,1	93,7
Isla de Pascua	15	3,3	8	3,5	7	3,1	86,7	75,0	100,0

Al analizar la mortalidad infantil y sus componentes en la Comuna de Quintero, es posible describir que el componente de defunciones de menores de un año (Infantil), se encuentra muy por debajo de la tasa nacional y regional, además representa una de las tasa más bajas de la Región de Valparaíso con un 3,1.

El componente de defunciones de menores de 28 días (Neonatal) es considerablemente mayor que la tasa a nivel nacional y regional. Sin embargo es posible mencionar que el número de defunciones en la comuna fue 1 en comparación a las 143 defunciones a nivel Regional y las 1356 defunciones a nivel nacional.

El componente de defunciones de menores de 7 días (Neonatal Precoz), esta por debajo de la tasa nacional y Regional, solo existió una defunción de este tipo durante el año 2007.

El componente de defunciones de 28 días a menores de 11 meses 8 (Post neonatal) corresponde a un 6,2 no existiendo defunciones de este tipo durante el año 2007. (Tabla n° 16)

Tabla n° 16: Mortalidad infantil y sus componentes por Región y Comuna, 2007.

REGIÓN Y COMUNA	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones menores de 1 año	Tasas (*)	Defunciones menores 28 días	Tasas (*)	Defunciones menores 7 días	Tasas (*)	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasas (*)
CHILE	2.009	8,3	1.356	5,6	1.049	4,3	653	2
DE VALPARAÍSO	201	8,8	143	6,3	114	5,0	58	2
Valparaíso	38	10,0	18	4,7	13	3,4	20	5
Casablanca	1	3,0	1	3,0	1	3,0	0	0
Concón	1	2,3	1	2,3	1	2,3	0	0
Juan Fernández	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
Puchuncaví	2	10,8	1	102,2	1	5,4	1	26
Quilpué	24	12,2	19	0,5	16	8,1	5	0
Quintero	1	3,1	1	28,0	1	3,1	0	6
Villa Alemana	11	8,0	9	16,7	7	5,1	2	8
Viña del Mar	35	8,5	23	0,0	20	4,8	12	0
Isla de Pascua	0	0,0	0	54,8	0	0,0	0	27

En cuanto, a la mortalidad en la niñez de acuerdo a grupos de edad, es posible analizar que es mayor a la media nacional y regional con una tasa de un 0,6. Al desglosar el grupo etáreo es posible describir que en el grupo de edad de entre 1 a 4 años existieron 2 defunciones, en cambio en el grupo de edad de 5 a 9 no existieron defunciones. Por otra parte a nivel de la provincia de Valparaíso la tasa de mortalidad en la niñez corresponde a la más alta. (Tabla n° 17)

Tabla n° 17: Mortalidad en la niñez, según grupos de edad, por Región y Comuna, 2007

REGIÓN Y COMUNA	GRUPOS DE EDAD (años)					
	TOTAL		1 a 4		5 a 9	
	Defuncione s	Tas a (%)	Defuncione s	Tas a (%)	Defuncione s	Tas a (%)
CHILE	519	0,2	309	0,3	210	0,2
DE VALPARAÍ S	49	0,2	30	0,3	19	0,2
Valparaiso	8	0,3	4	0,3	4	0,2
Casablanca	1	0,2	0	0,0	1	0,4
Concón	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Juan Fernández	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Puchuncaví	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Quilpué	2	0,1	0	0,0	2	0,2
Quintero	2	0,6	2	1,3	0	0,0
Villa Alemana	5	0,3	5	0,8	0	0,0
Viña del Mar	6	0,2	5	0,3	1	0,1
Isla de Pascua	0	0,0	0	0,0	0	0,0

La mortalidad de los adolescentes en la comuna se encuentra por debajo de la media Nacional y Regional, al comparar con el resto de las comunas es posible observar que existe una tendencia similar, las tasas varían entre un 0,0 y un 0,4. Se puede describir además que la defunción que existe en la comuna de este grupo etáreo corresponde al género femenino. (Tabla n° 18)

Tabla n° 18: Mortalidad de los adolescentes según sexo por Región y Comuna, 2007.

REGIÓN Y COMUNA	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
CHILE	1.001	0,4	667	0,5	334	0,2
DE VALPARAÍSO	89	0,3	67	0,5	22	0,2
Valparaíso	12	0,3	9	0,4	3	0,1
Casablanca	1	0,2	1	0,4	0	0,0
Concón	1	0,1	1	0,2	0	0,0
Juan Fernández	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Puchuncaví	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Quilpué	8	0,3	7	0,6	1	0,1
Quintero	1	0,2	0	0,0	1	0,5
Villa Alemana	5	0,2	3	0,3	2	0,2
Villa del Mar	17	0,4	14	0,8	3	0,1
Isla de Pascua	0	0,0	0	0,0	0	0,0

- Al observar la tabla que nos indica las tasas de mortalidad en los adultos de la comuna, podemos analizar que en el rango etáreo de 20 a 44 años, la comuna se encuentra por debajo de la tasa Nacional y Regional. Sin embargo podemos describir que es una de las tasas más altas de la provincia de Valparaíso, encontrándose en tercer lugar, por debajo de la comuna de Valparaíso y Quilpué. Por otra parte observamos que en este rango etáreo predomina la mortalidad masculina al igual que la tendencia nacional.
- En el rango etáreo de 45 a 62 años, las tasas son más altas que la media Nacional y Regional en ambos géneros, al igual que en el rango etáreo descrito con anterioridad predomina la mortalidad masculina y corresponde a una de las tasas más altas de mortalidad de la provincia de Valparaíso encontrándose en segundo lugar por debajo de la comuna de Valparaíso. (Tabla n° 19)

- Tabla n° 19: Mortalidad de los adultos según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna, 2006.

REGIÓN Y COMUNA	20 a 44 años				45 a 64 años			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Defun- ciones	Tasa*	Defun- ciones	Tasa*	Defun- ciones	Tasa*	Defun- ciones	Tasa*
C H I L E	5.131	1,63	1.967	0,63	10.731	6,57	6.545	3,82
DE VALPARAÍSO	451	1,44	203	0,65	1.142	6,71	724	3,88
Valparaíso	108	1,94	37	0,72	251	9,03	150	4,81
Casablanca	7	1,33	6	1,24	15	6,07	8	3,33
Concón	8	0,92	5	0,55	18	4,14	12	2,50
Juan Fernández	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Puchuncavi	5	1,78	2	0,77	9	5,54	4	2,48
Quilpué	31	1,16	16	0,58	97	6,33	57	3,24
Quintero	6	1,51	2	0,47	19	8,26	10	3,85
Villa Alemana	18	0,86	8	0,37	48	4,16	37	2,81
Viña del Mar	70	1,28	38	0,69	198	6,89	132	3,81
Isla de Pascua	1	1,12	1	1,13	3	7,08	4	9,43

- La mortalidad en los adultos mayores de la comuna de Quintero en el grupo etáreo de 65 a 79 años masculino es más baja que la tasa Nacional y Regional y es similar a las de las otras comunas de la Provincia de Valparaíso. El panorama es totalmente opuesto, con respecto al género femenino, la tasa es mayor que la tasa Nacional y Regional y representa la tercer tasa más alta en la Provincia de Valparaíso solo está por debajo de la Isla de Juan Fernández y Isla de Pascua.
- En el grupo etáreo de 80 años y más, con respecto al género masculino la tasa es más baja que la tasa Nacional y Regional, representando además la segunda tasa más baja de las comunas de la Provincia de Valparaíso.
- En cuanto al género femenino la tasa de mortalidad es más baja que la tasa Nacional y Regional, y representa la segunda tasa más baja de la Provincia de Valparaíso.

Tabla n° 20: Mortalidad de los adultos mayores, según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna.

REGIÓN Y COMUNA	65 a 79 años				80 años y más			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Defun- ciones	Tasa*	Defun- ciones	Tasa*	Defun- ciones	Tasa*	Defun- ciones	Tasa*
C H I L E	16.248	34,3	12.530	20,8	11.835	124,6	17.242	101,0
DE VALPARAÍSO	2.009	35,4	1.596	21,4	1.479	4.382	2.221	107,5
Valparaíso	381	42,7	314	23,8	264	144,7	448	112,6
Casablanca	29	33,6	14	16,9	32	174,9	25	114,7
Concón	37	36,7	16	10,9	22	126,4	26	49,4
Juan Fernández	0	0,0	1	45,5	1	333,3	0	0,0
Puchuncaví	22	40,0	9	14,3	14	132,1	14	95,9
Quilpué	181	35,6	146	20,4	113	105,5	218	203,5
Quintero	33	32,3	39	33,7	14	69,7	26	91,2
Villa Alemana	144	40,9	89	18,0	96	131,3	170	119,0
Viña del Mar	400	38,2	337	21,2	318	136,3	519	105,6
Isla de Pascua	3	30,0	4	40,0	1	66,7	2	133,3

III.- RED ASISTENCIAL DE SALUD

La Red Asistencial se entiende como el conjunto de Establecimientos y Servicios de Salud, en sus diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una Red de procesos clínicos, que debe asegurar la continuidad de la atención en función de las necesidades de la población.

Para la óptima articulación de todo el sistema, es necesario contar con un Mapa de derivación local y de una Macrored que indique cómo circularán los usuarios en los distintos procesos de atención.

La interacción entre los establecimientos de la Red debe tener un lenguaje común, que se establece con Normas de Referencia y Contrareferencia y elaboración de Protocolos y Guías Clínicas.

La Referencia y Contrareferencia en salud, se entiende como el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar atención adecuada al usuario dentro de un Servicio de Salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los establecimientos con la debida oportunidad y eficacia. Este proceso facilita el flujo de usuarios y de elementos de ayuda diagnóstica y tratamientos, entre estos establecimientos, considerando siempre que el paciente pertenece a la Red y no a algún componente específico de ella, permitiendo y garantizando un flujo dinámico y permanente de los usuarios con conocimiento de todos los participantes.

Para un óptimo trabajo en Red es fundamental asegurar la participación de todos los actores en el proceso de planificación de la atención. La instancia de participación la constituyen los Consejos Integradores de la Red Asistencial CIRA. El consejo tiene carácter asesor y consultivo, siendo presidido por el Gestor de Red. A este consejo le corresponde proponer al Gestor de Red todas las medidas que considere necesarias para la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección y sus establecimientos de todos los niveles de atención.

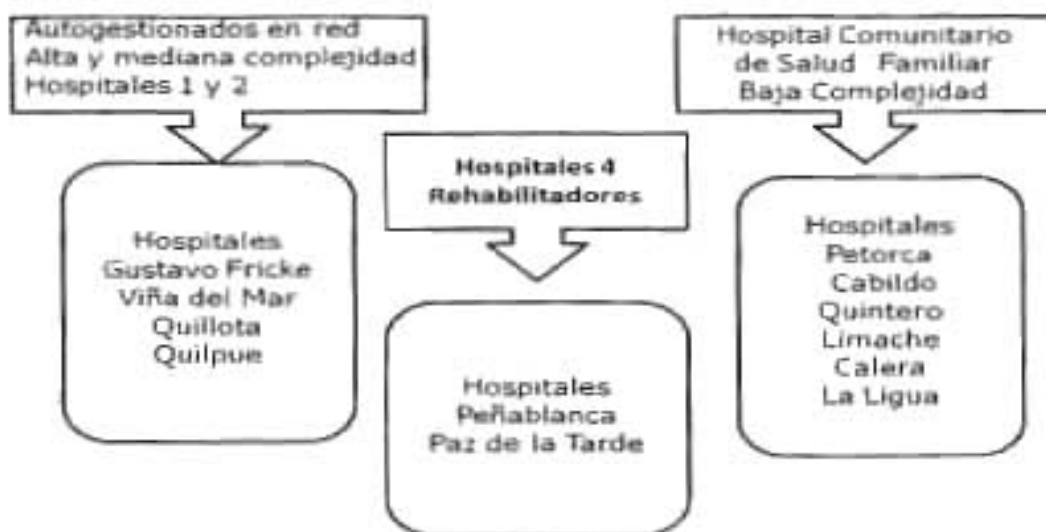
Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota

La red asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota está constituida por centros de distintos niveles de complejidad que corresponde a:

- 11 hospitales; 1 de alta complejidad, 2 de mediana complejidad y 8 de menor complejidad

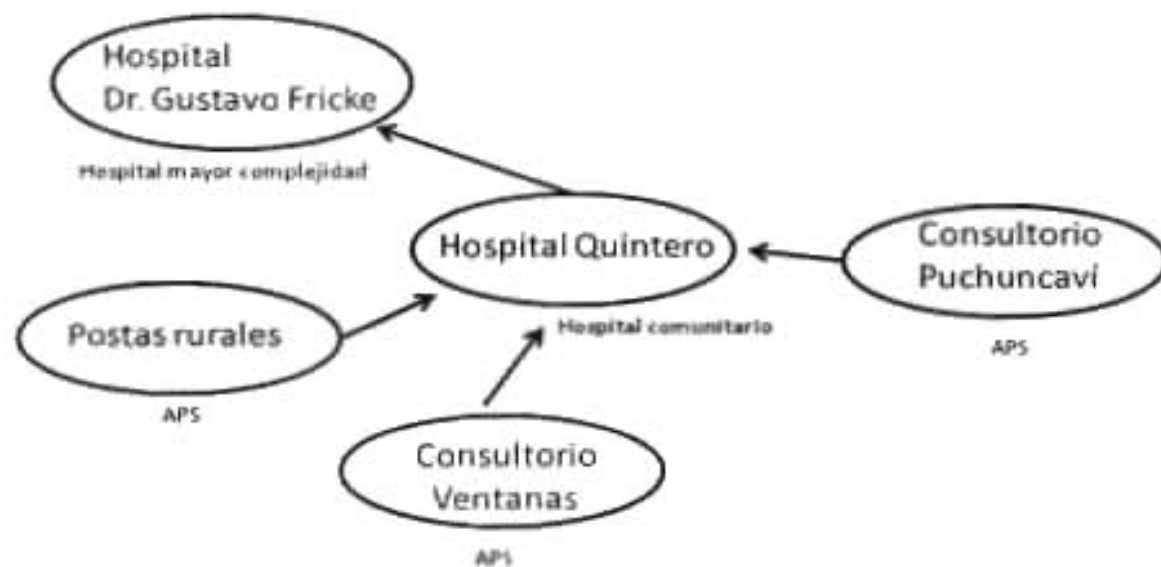
Y una gran red de establecimientos de atención primaria, la cual se compone de:

- 15 Consultorios Generales urbanos
- 17 Centros de Salud Familiar
- 04 SAPUS
- 04 CECOSF (Centros comunitarios de salud familiar)
- 02 Módulos dentales
- 06 Consultorios adosados a hospitales de menor complejidad
- 34 Posta de salud rurales

Red asistencial Servicio de Salud Viña del Mar Quillota

Red Asistencial del Hospital Adriana Cousiño de QuinteroRed Asistencial Intra Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Las principales derivaciones de pacientes de nuestro hospital son al Hospital de mayor complejidad de la red asistencial que es el Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Red Asistencial extra Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Por otro lado el Hospital deriva pacientes a una red asistencial extra servicio que comprende las derivaciones hacia y desde otros hospitales regionales y nacionales como por ejemplo:

- Hospital Van Buren, Valparaíso
- Hospital Psiquiátrico Putaendo.
- Hospital El Salvador, Valparaíso
- Vinculos con otras instituciones relacionadas, como el Instituto de Salud Pública e Instituto Médico Legal.

VI.- PLAN DE ACCIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD 2014 – 2016

OBJETIVOS ESTRATEGICOS 2011 - 2020

OE 1.- "Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a bajar su impacto social y económico".

Objetivo Especifico

a.- Disminuir Morbimortalidad por Tuberculosis

- Meta
 - Índice de Pesquisa de 60 bac./ 1000 consultas año.
- Estrategia
 - Aplicar la normativa de TBC vigente

b.- Mejorar la adherencia al tratamiento de TBC.

- Meta
 - Disminuir Tasa de Abandono al Tratamiento de TBC a un 5% o menos.
 - Realizar Visita Domiciliaria al 100% de los casos de abandono presentados
- Estrategia
 - Coordinación con la red asistencial, con el fin de mejorar sistema de referencia y contra referencia.

c.-Definir estrategias orientadas a la detección oportuna y manejo adecuado de personas con VIH/SIDA

- Meta
 - Aumentar consejería para prevención de VIH y ETS al 100% de los consultantes en riesgo.
 - 100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pretest y consejería post test de detección de VIH/SIDA.
 - 100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH
- Estrategias
 - Capacitación en consejería VIH-SIDA al equipo de salud.
 - Establecer redes de derivación para manejo y tratamiento en nivel primario y en niveles de mayor complejidad
 - Realización de consejería de VIH- SIDA por los equipos de salud. Coordinación inter programa en actividades de prevención y control de enfermedades de transmisión sexual.

d.- Detección oportuna y manejo adecuado de enfermedades emergentes y re-emergentes (VIH, Sífilis, Hepatitis y otras entéricas).

➤ Metas

- Vigilar incidencia de enfermedades emergentes y re-emergentes de acuerdo a normativa.

➤ Estrategias

- Incorporar la vigilancia epidemiológica como parte del quehacer del equipo de salud de la Posta de Salud Rural.

e.- Diseños de planes de inmunización en conjunto Posta de Salud Rural y hospital para el incremento de cobertura de PNI en toda la comuna.

➤ Meta

- Logra el 90 % de cobertura.

➤ Estrategia

- Coordinación con otros prestadores autorizados para inmunizar, con el fin de contar con información más completa en cuanto a cobertura de PNI

f.- Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación.

➤ Estrategia

- Realización de taller a madres desde el período de gestación.

g.- Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas.

➤ Estrategia

- Realización de visitas domiciliarias.
- Taller de prevención de enfermedades respiratorias en niños y niñas menores de 5 años.

OE 2.-"Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo".

Objetivo Específicos

a.- Controlar, vigilar y disminuir factores de riesgo cardiovascular de la población y disminuir el daño y la mortalidad asociados a enfermedad cardiovascular".

➤ Metas

- Incrementar 15% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2011

- Aumentar 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV
- 100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas
- Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control
- De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión
- De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2
- % de personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial <140/90mmHg y colesterol LDL <100mg/dl
- Al menos 2.5 % de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.
- Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años con DM 2 (Hb A1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.
- 20% de las personas bajo control participan en el módulo de actividad física u obesidad según corresponda.
- Lograr que al menos un 15% de los pacientes obesos bajo control baje al menos un 5% de su peso inicial.
- Control de calidad de la atención médica medido con instrumento Qualisoft al 100% de la población que ingresa al PSCV.
- Mejorar los Factores de RCV en al menos al 30% de los pacientes bajo control (Obesidad, Tabaquismo, Sedentarismo)

➤ Estrategias

- Implementar guía de práctica clínica basada en evidencia en salud cardiovascular (DM2 e HTA), incorporando las recomendaciones y garantías GES
- Implementar consejerías individuales y grupales sobre alimentación saludable, actividad física, antitabaco
- Adecuar los controles de seguimiento según necesidad del usuario
- Evaluar en cada control etapa de cambio en la que se encuentra el usuario para la toma de decisiones
- Incorporación de un integrante del grupo familiar o red primaria del usuario , para que asista a los controles de seguimiento CVs, con el objetivo de fomentar cambios de conducta a nivel de grupos de relaciones
- Enfatizar las consejerías individuales durante los controles
- Capacitación de profesionales clínicos de la red de salud comunal en la detección y manejo de problemas de salud cardiovascular.

b.- Otorgar la atención de las personas con problemas de salud cardiovascular en la red comunal y en la red SSVQ relevando la coordinación en caso de las complicaciones agudas (IAM-AVE)

➤ Estrategias

- Fortalecimiento de la red de salud cardiovascular que asegure la continuidad de la atención.

- Planificar las intervenciones del equipo de salud considerando las características de los usuarios y sus familias.

c.- Prevención y tratamiento de las complicaciones secundarias de la DM y la HTA

- Meta
 - 90% de las personas diabéticas bajo control con úlcera activa de pié reciben manejo avanzado de heridas
- Estrategia
 - Protocolo de manejo avanzado de heridas.

d.-Fortalecer la rehabilitación de aquellos usuarios secueñados por patologías cardiovasculares.

- Estrategia
 - Gestionar convenio con agrupación de discapacitados (AGRADIS)

e.- Detectar, diagnosticar, tratar oportunamente y referir cuando corresponde a personas y/o familias con depresión, consumo problemático de alcohol y drogas (riesgo, abuso y dependencia) y episodios de violencia intrafamiliar.

- Meta
 - Establecer línea base y flujos de ingreso precoz para tratamiento integral de depresión, VIF y consumo problemático de alcohol y drogas.
- Estrategias
 - Dar cumplimiento a los protocolos GES de problemas de salud mental y coordinarlos a nivel de red asistencial.
 - Generar actividades psicoeducativas de prevención y promoción en salud mental
 - Generar y fortalecer instancias de coordinación con redes sociales
 - Capacitar a los equipos de cabecera en detección y manejo de depresión, VIF y consumo problemático de alcohol y drogas.

OE 3.-"Reducir los factores de riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable".

Objetivo Especifico

a.-Fortalecer la promoción de estilos de vida saludable y la participación comunitaria en salud y autocuidado".

- Meta
 - Desarrollo de un plan comunal de promoción

➤ Estrategias

- Creación de equipo de trabajo de Promoción con la responsabilidad de gestionar, monitorear y evaluar las actividades realizadas a nivel comunal de promoción en cuanto a su efectividad y costo.

b.- Implementar actividades de promoción efectivas a nivel comunal

➤ Estrategias

- Creación de equipos de trabajo del departamento de Salud y Medio Ambiente municipal y que genere diversas intervenciones en salud ambiental para la Red de Salud Comunal.
- Estimular y apoyar el desarrollo de proyectos que consideren la promoción de la actividad física, deporte, educación y cultura
- Realización de feria de la salud comunal
- Realización de talleres de sexualidad en establecimientos educacionales.

c.- Capacitación en herramientas de promoción para la red de salud comunal.

➤ Estrategias

- Participación activa de los equipos de salud y representantes municipales en las acciones de promoción en Quintero
- Capacitación a los profesionales de los centros de salud de la red comunal, para la realización de consejería en estilos de vida saludable

d.- Favorecer las iniciativas y acciones de trabajo con la comunidad que surjan desde el equipo de salud de la Posta de Salud Rural.

➤ Estrategias

- Coordinación de acciones entre distintos estamentos de la Posta de Salud Rural, con las redes de apoyo y la comunidad, organizadas en planes de trabajo intersectorial que integren distintas instancias y niveles de intervención

e.- Posicionamiento e integración de la Posta de Salud Rural en el espacio comunitario en el que se inserta, tanto desde lo territorial, como desde lo relacional y de redes sociales

➤ Meta

- Haber constituido el Consejo de desarrollo local en salud en la Posta de Salud Rural

➤ Estrategias

- Conocimiento y comunicación fluida con los distintos puntos de la red de apoyo y las instancias comunitarias
- Fluidez en los contactos y entrega de información desde y hacia la Posta de Salud Rural
- Establecer nexos y contactos con las diversas instancias comunitarias funcionales y no funcionales
- Participar en la organización de la cotidianeidad de las personas, familias e instituciones del sector, constituyéndose en una instancia que apoye, convoque y movilice los recursos comunitarios en pos de acciones de participación, empoderamiento y autocuidado en la población

f.-Móvilizar los recursos presentes en la comunidad, de manera de favorecer su empoderamiento y convocar a las personas a trabajar, con el fin de motivar el desarrollo de acciones de cuidado y autocuidado al interior de las familias y las comunidades.

➤ Estrategias

- Fortalecimiento de los lazos con la comunidad a través de un trabajo conjunto y colaborativo que favorezca el abordaje inicial y resolución de problemas de salud desde las comunidades
- Apertura de espacios de capacitación en aspectos básicos de cuidado, para personas interesadas, sensibles e inicialmente instruidas en temáticas de salud, que estén motivados a comprometerse a poner al servicio de sus vecinos

OE 4.- "Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital"

Objetivos Específicos

a.-Implementación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en la comuna de Quintero".

➤ Metas

- Inscripción de la población beneficiaria de FONASA, de la comuna de Quintero.

➤ Estrategias

- Mantener y actualizar la implementación del proceso de inscripción.
- Mantención de la población inscrita en una base de datos.

b.- Constitución de Equipos especializados en Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en la posta de Salud Rural de Loncura de la comuna de Quintero.

➤ Meta

- Cobertura de 100 % de personal capacitado en salud familiar.

➤ Estrategias

- Monitoreo constante de personal disponible y de estilo de trabajo de los equipos de cabecera
- Dar cumplimiento al plan de capacitación en el modelo.

c.- Potenciar el desarrollo de conocimientos y herramientas del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, de la comuna de Quintero.

➤ Meta

- Equipos de salud de capacitados y con herramientas clínicas del modelo en uso.

➤ Estrategias

- Desarrollar un plan de capacitación para los equipos de salud que nivele los conocimientos y manejo de herramientas técnicas del modelo familiar

- Apoyar y acompañar el proceso de intercambio de información sobre familias y casos atendidos en los consejos técnicos.

b.- Fortalecer el desarrollo de actividades relacionadas con la vigilancia del desarrollo bio-psico-social de niños y niñas.

➤ Meta

- Alcanzar el 100% del funcionamiento del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia "Chile Crece Contigo" en la Posta de Salud Rural.

➤ Estrategias

- Mantener los canales formales con el hospital, de manera tal que se mantenga la atención integral del paciente y su familia.
- Establecer los canales formales con los demás integrantes de la red comunal del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia "Chile Crece Contigo".
- Aumentar e implementar actividades educativas con los padres en el acompañamiento a los procesos de embarazo, parto y crianza
- Difundir o comunicar alternativas de abordaje familiar de las etapas de desarrollo, dando espacio de autonomía en la toma de decisiones a la familia.

c.- Aumentar cobertura en ingreso precoz del recién nacido.

➤ Meta

- Alcanzar el 100% de ingreso precoz del binomio madre - hijo a control después del nacimiento

➤ Estrategia

- Fortalecer coordinaciones entre equipos de salud materna e infantil y SOME de la Posta de Salud Rural, Hospital de Quintero, Hospital Gustavo Fricke
- Contar con horas liberadas para realizar la atención espontánea.

d.- Equipos de cabecera con profesionales capacitados en manejo de problemas de salud infanto-juvenil.

➤ Meta

- Excelencia y resolutivez en la actividad clínica.

➤ Estrategia

- Capacitación de profesionales clínicos de la red de salud comunal en detección y manejo de problemas de salud infanto-juvenil, con enfoque familiar, priorizando patologías GES y fases más vulnerables del crecimiento

e.- Contribuir a la disminución de las muertes por accidentes infantiles en menores de 5 años.

➤ Estrategias

- Aplicación de guías anticipatorias en temas de salud infanto-juveniles.
- Diseño de estrategia educativa para la prevención de accidentes e intoxicaciones en el hogar y espacios públicos.

f.- Garantizar el acceso, oportunidad y calidad en la atención de niños y adolescentes con patologías GES de la comunidad de Quintero.

- Estrategias
- Aplicar los protocolos GES implementados en la Posta de salud Rural en coordinación con la red SSVQ y el Hospital de Quintero.

g.- Promover el adecuado desarrollo psicomotor de niños y niñas

- Meta
- Tratar, recuperar y/o derivar al 100% de niños con déficit de desarrollo psicomotor pesquisado a los 18 meses y a los 3 años.
- Pesquisar oportunamente el rezago del desarrollo en menores de 10 años.
- Estrategias
- Aplicación de escala de DPM y Pauta Breve según normas técnicas.
- Desarrollar programa de estimulación y apoyo familiar a los niños con rezago del DSM.
- Implementar sala de estimulación temprana en la localidad de Loncura.

h.- Otorgar atención de salud oral integral de los menores de 20 años (GES)

- Meta
- Alcanzar el 70 % de cobertura de altas odontológicas integrales por grupo priorizado en menores de 20 años.
- Estrategias
- Priorización de metas infantiles en odontología.
- Aplicación de pautas buco-dentaria según norma.

i.- Contribuir a revertir la tendencia ascendente de los índices de sobrepeso y obesidad en la población infantil.

- Meta
- Mantener o disminuir el promedio nacional de obesidad en los niños menores de 6 años.
- Estrategias
- Crear instancias de promoción y educación para la comunidad /equipo de salud sobre prácticas alimentarias y preventivas saludables en la comuna.
- Coordinar acciones con el intersector sobre estilos de vida saludables
- Implementación de guías nutricionales actualizadas en población infanto juvenil

J.- Favorecer el adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil y adolescente

- Meta
 - Identificar en forma sistemática factores de riesgo biopsicosocial en la consulta infanto –juvenil
- Estrategias
 - Supervisión sistemática del crecimiento y desarrollo de la población infanto-juvenil y detección precoz de factores que lo amenacen.
 - Implementar actividades grupales preventivas y Promoción,
 - Resolutividad y Protección en Salud promocionales en niños y adolescentes adaptadas a sus necesidades

K.- Prevenir, detectar y tratar oportunamente los niños y niñas víctimas de maltrato y abuso sexual

- Meta
 - Identificar en forma oportuna los niños y adolescentes objeto de maltrato.
- Estrategias
 - Promoción e implementación de pautas de buena crianza.
 - Crear instancias de promoción y educación para el buen trato y no violencia.
 - Gestionar acciones de coordinación y fortalecimiento de la red intersectorial especializada en MI.
 - Implementación de guías de detección temprana de maltrato infantil
 - Consolidar un Sistema de Referencia y Contra Referencia entre los Establecimientos de Atención Primaria de Salud y las redes asistenciales.
 - Capacitación en intervenciones de prevención y abordaje del maltrato infantil, equipos de cabecera a nivel de la Red Comunal y Coordinación con La Red de la Infancia y Salud Mental.

L.- Otorgar una vigilancia de calidad del proceso reproductivo en el contexto del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia.

- Meta
 - Ingreso antes de las 13 semanas de gestación de las mujeres embarazadas
 - 80% de gestantes participa en talleres educativos sobre embarazo, parto, puerperio y crianza
 - Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas
 - 50% de mujeres gestantes en control prenatal participan en talleres grupales de expresión de emociones.
 - Realizar visitas domiciliarias integrales al 90% de las gestantes y puérperas con riesgo biopsicosocial y/o inasistentes a controles
 - Realizar intervención con enfoque familiar al 100% de las gestantes en riesgo psicosocial derivadas por matrona 100% de las diadas puérperas y recién nacido atendidas antes de los 7 días en la Posta de Salud Rural .
- Estrategias
 - Incorporación de líneas de acción del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia.
 - Aplicación de las actividad de Control Preconcepcional para evaluación y manejo de factores de riesgo
 - Focalización de actividades promocionales en grupos de mayor vulnerabilidad: edades extremas.

- Difusión y educación
- Asegurar acceso a control prenatal precoz y ecografía obstétrica en el primer trimestre del embarazo

b.- Otorgar cobertura de atención a embarazadas con enfermedades periodontales.

- Meta
 - ≥65% de cobertura en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento
 - ≥70% de las embarazadas con riesgo de parto prematuro tiene diagnóstico periodontal con examen periodontal básico.
- Estrategia
 - Priorización del acceso a la atención odontológica a las embarazada

C.-Aumentar la cobertura de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad

- Meta
 - 100% de mujeres en edad fértil con enfermedad crónica reciben consejería en regulación de la fertilidad e ingresan según criterio de elegibilidad
- Estrategias
 - Consejería en regulación de la fertilidad Ingreso y control en regulación de la fertilidad.
 - Educación y difusión
 - Desarrollar políticas para incorporar a mujeres con necesidades particulares (inmigrantes y etnias)

OE 5.-"Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud"

Objetivo Específico

a.- Aumentar la accesibilidad a exámenes preventivos de la población mas vulnerable de la comuna de Quintero

- Estrategia
 - Gestionar convenios de Resolutividad para patologías de vicio refracción e hipoacusia
 - Gestionar convenio de imágenes diagnósticas para mamografías, ecotomografías y radiografías
 - Gestionar compra de servicio de laboratorio que cumpla con todos los estándares de calidad normados.

b.- Aumentar la cobertura en salud a los usuarios que se viven en zonas rurales de la comuna.

- Estrategia

- Establecer rondas con el equipo de salud a las zonas rurales de la comuna en forma periódica.
- Aumentar las visitas domiciliarias a familiar más vulnerables de las zona rural

OE 6.-“Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos”

Objetivo Especifico:

a.- Mejorar la calidad de vida de los habitantes de Quintero, desarrollando programas y acciones que tiendan a solucionar los problemas ambientales de la comuna.

- Meta
 - Construir programa de abordaje medio ambiental en salud
- Estrategia
 - Generar espacios de coordinación con los diversos actores para integrar la perspectiva medioambiental como parte fundamental de la salud a nivel comunal
 - Elaborar encuesta de percepción comunitaria sobre los principales problemas de salud ambiental
 - Diseñar un plan comunal de mejoramiento ambiental que priorice las acciones dirigidas a satisfacer las necesidades planteadas por la comunidad
 - Realizar talleres de tenencia responsable de mascotas
 - Gestionar horas de profesional veterinario para el control de salud de mascotas.

OE 7.- “Fortalecer la institucionalidad del sector salud”.

Objetivos Especificos:

a.- Asegurar la continuidad de la atención de las personas en la Red de Salud Comunal.

- Estrategias
 - Gestión de la información de referencia - contrarreferencia de pacientes en la red.
 - Registro diario de IC generadas en la Posta de Salud Rural.
 - Implementación de la ficha electrónica
 - Implementación de las licencia medica electrónica

b.- Fortalecer la relación Municipio de Quintero y el Hospital dependiente de SSVQ, relevando la salud de las personas en el contexto del desarrollo local

- Estrategias
 - Participación en los espacios de tarea que convoca el SSVQ
 - Invitar al hospital a los hitos de la gestión de salud municipal.

c.-Formalizar la relación posta de Salud Rural y las diferentes instituciones que forman la red de Salud comunal.

- Estrategias
- Participación en los espacios de tarea que convocan las diferentes instituciones
- Programar reuniones de coordinación con las diferentes instituciones.

d.-Contar con una infraestructura que proporcione todas prestaciones de atención primaria de salud que el usuario requiere

- Estrategia
- Gestionar la construcción de una sala de urgencia en la Posta de Salud Rural
- Gestionar pavimentación de estacionamiento para la ambulancia y vereda para el tránsito del usuario

OE B.- "Mejorar la Calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas"

Objetivos Específicos:

a.- Fortalecer los espacios de participación de los usuarios, las organizaciones sociales y comunitarias en la Posta de Salud Rural.

- Meta
- Mantener el Consejo local de salud funcionando activamente (Diagnóstico de salud participativo, cuenta pública anual).

- Estrategias
- Fortalecer instancias de participación comunitaria existentes en la red de salud comunal (Consejos de desarrollo local, monitores de salud, organizaciones sociales)
- Mantener actualizado el catastro de la red de organizaciones sociales y comunitarias de la comuna de Quintero.
- Incorporar a representantes de la comunidad en grupos de tareas, en distintos ámbitos del quehacer de la red de salud comunal.
- Conocer las necesidades de poblaciones indígenas e inmigrantes residentes en la comuna de Quintero y establecer vínculos con ellas

b.- Fortalecimiento de los lazos con la comunidad a través de un trabajo conjunto y colaborativo que favorezca el abordaje inicial y resolución de problemas de salud desde las comunidades.

- Estrategias
- Apertura de espacios de capacitación en aspectos básicos de cuidado, para personas interesadas, sensibles e inicialmente instruidas en temáticas de salud, que estén motivados a comprometerse a poner al servicio de sus vecinos

c.- Orientar la organización en torno al usuario.

- Estrategias
- Información periódica a la comunidad de las políticas y estrategias de la Posta de Salud Rural.

d.- Conocer e incorporar la percepción de los usuarios en la gestión global de la atención primaria.

- Estrategias
- Análisis sistemático de los reclamos, felicitaciones y sugerencias.
- Respuesta oportuna a la Totalidad de reclamos, con especial énfasis en reclamos GES
- Mantener en funcionamiento, según reglamento, la OIRS en la Posta de Salud Rural
- Aplicación anual de encuesta de satisfacción usuaria.
- Análisis de resultado de evaluaciones de satisfacción usuaria por parte del consejo técnico comunal y definición de planes de acción para abordar las brechas detectadas en conjunto con la comunidad.

OE 9.-"Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias"

Objetivo Especifico

a.-Contar con un equipo comunal capacitado.

- Estrategia
- Gestionar compra de equipamiento adecuado y necesario
- Capacitar al 100% del personal en cómo enfrentar situaciones de emergencia, desastres y epidemias.
- Realizar comunalmente simulacros periódicos
- Establecer reuniones de coordinación comunal con los diferentes instituciones involucradas.

DOTACIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD

CATEGORIA	HORAS	TOTAL DOTACION
A	165	4
B	429	11
C	110	8
D	88	2
E	220	4
F	464	10
TOTAL	1276	39

PROFESION	HORAS	PROFESIONAL
A CIRUJANO DENTISTA	44	1
A MEDICO CIRUJANO	88	2
A QUIMICO FARMACEUTICO	33	1
B KINESIOLOGO	44	1
B ASISTENTE SOCIAL	44	2
B ENFERMERA ATENCION CLINICA	88	2
B ENFERMERA SUB DIRECTORA	44	1
B ENFERMERO MATRON /DIRECTOR	44	1
B MATRONA	44	1
B NUTRICIONISTA	44	1
B PSICOLOGO	44	1
B INGENIERO COMERCIAL (ENC FINANZAS)	33	1
C ADMINISTRADOR DPTO DE SALUD	44	1
C TECNICO PODOLOGO DE NIVEL SUPERIOR	22	1
C TECNICO ENFERMERIA DE NIVEL SUPERIOR	220	5
C TECNICO ODONTOLOGIA DE NIVEL SUPERIOR	44	1
D AUXILIAR DE ENFERMERIA / FARMACIA	88	2
E SECRETARIAS	220	4
F AUXILIAR DE SERVICIOS RECEPCIONISTA	176	4
F AUXILIAR DE SERVICIOS ASEO	88	2
F AUXILIAR DE SERVICIOS DIALISIS	44	1
F CHOFERES	176	3
E ADMINISTRATIVO INFORMATICA	44	1
F ASISTENTE PROGRAMA POSTRADOS	22	1
F KINESIOLOGO	22	1
F INGENIERO EN INFORMATICA	11	1
F AUXILIAR DE SERVICIOS DE ESTERILIZACION	22	1
A MEDICO VETERINARIO	22	1

PLAN DE CAPACITACION ANUAL AÑO 2014

**DEPARTAMENTO DE SALUD
I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO**

INTRODUCCION

Capacitación se entiende como la adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades/actitudes, con la finalidad de mejorar las competencias y lograr un mejor desempeño en los diversos ámbitos de la atención en salud, adaptando al personal a las exigencias cambiantes del entorno y del momento.

El Plan de Capacitación garantiza que los funcionarios adquirirán conocimientos y habilidades específicas relativas al trabajo que realizan, lo que permitirá modificar actitudes frente a diversos aspectos de la organización, el puesto de trabajo o el ambiente laboral. Uno de los objetivos de la capacitación es lograr que el perfil del funcionario se adecúe al perfil de conocimientos, habilidades y actitudes requerido para el puesto de trabajo.

El Plan de Capacitación 2014 está estructurado de modo que, tomando como referencia las evaluaciones de desempeño realizadas, se identifiquen las necesidades de desarrollo personal y esto con la finalidad de realizar una capacitación más eficientemente buscando potenciar el talento humano de una manera más directa y eficaz.

La capacitación está orientada a generar un cambio de actitud en aquellos funcionarios que lo requieran, crear un clima laboral más satisfactorio, aumentar la motivación y el trabajo en equipo.

FUNDAMENTACION

Considerando, que el principal instrumento de trabajo en el nivel primario, es el personal con sus conocimientos, habilidades, destrezas y competencias es de suma importancia otorgar la oportunidad de capacitación que se requiere para avanzar hacia la implementación del modelo de atención biosicosocial y multidisciplinario, y así responder en forma más efectiva a las demandas de los usuarios, familia y comunidad. La Reforma de la Salud, define el nuevo Modelo Integral de Salud, 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 la persona, considerada en su integridad física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural".

Este modelo de Atención Integral Familiar, presenta un gran desafío, como lo es el de desarrollar una política de recursos humanos, orientada a fortalecer la implementación del Modelo de Atención Integral para el nivel primario de salud, quienes deberán asumir cambios diversos y profundos para lograr la mejoría de la calidad de atención y por lo consiguiente la satisfacción de la población usuaria.

Todo el personal que se desempeña en Atención Primaria deberá poseer, las competencias del Modelo de Salud Familiar al término del trienio, razón por la cual el presente Programa de Capacitación está orientado principalmente a cumplir con este desafío.

ALCANCE

El Plan de Capacitación incluye a todo el personal contratado por el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quintero.

OBJETIVO DEL PLAN DE CAPACITACIÓN

Siendo su propósito general promover e instalar en el personal conocimientos, prácticas y actitudes que contribuyan a mejorar su desempeño técnico y de gestión, la capacitación se lleva a cabo para contribuir a desarrollar los conocimientos, habilidades y destrezas de los funcionarios para mejorar el desempeño de su trabajo.

Objetivos Específicos

- 1.- Optimizar la aplicación de recursos y procesos.
- 2.- Reforzar los valores, la comunicación y el desarrollo del personal
- 3.- Mantener actualizados los conocimientos del personal, en el progreso en sus campos laborales.
- 4.- Desarrollo de competencias y destrezas personales cimentado en principios éticos y morales sustentados en la transparencia, honorabilidad, responsabilidad social y trabajo en equipo.

ESTRATEGIA

La capacitación se abordará desde dos niveles:

- 1.- **Capacitación Preventiva** Es aquella orientada a prever los cambios que se producen en los funcionarios pues su desempeño puede variar con los años, sus destrezas pueden deteriorarse y la tecnología hacer obsoletos sus conocimientos. Tiene por objeto la preparación del personal para enfrentar con éxito la adopción de nuevas metodologías de trabajo, nueva tecnología o la utilización de nuevos equipos. Se incluye la capacitación en seguridad.

ACCION	PARTICIPANTES	CARGA HORARIA
Salud Familiar y desarrollo de Centro de Salud a CESFAM.	45	15
Manejo básico del Sistema Computacional	10	36
Prevención de Enfermedades Profesionales	25	10
Prevención de Accidente en un Centro de Salud.	45	10
Introducción a la acreditación para prestadores institucionales de salud.	15	15

2.- Capacitación Correctiva Está orientada a solucionar "problemas de desempeño". Su fuente original de información es la Evaluación de Desempeño, pero también los estudios de diagnóstico de necesidades dirigidos a identificarlos y determinar cuáles son factibles de solución a través de acciones de capacitación

ACCION	PARTICIPANTES	CARGA HORARIA
Atención y Servicio al Cliente	45	20
Responsabilidad en la función municipal	45	10
Trabajo en Equipo y Comunicación Grupal	45	10
Mediación y Resolución de Conflictos	45	10

3.- Capacitación profesional y técnica impartidas por otras instituciones. Estará orientada a reconocer en este plan de capacitación todas los cursos ,charlas, post títulos(diplomado, magister, doctorado, especialización) como así también seminarios, congresos , simposium , mesas de trabajo u otros que estén vinculados en la actividad laboral en que el funcionario se desempeña y que sean impartidas por organismos locales ,municipales , nacionales o internacionales , universidades ,servicios públicos o privados.

Cronograma de Actividades 2014

ACCIONES TRIMESTRALES	1	2	3	4
Planificación 2014	x			
Análisis e instalación	x			
Ejecución General 2014		x	X	
Evaluación General Parcial			X	
Planificación y Ejecución General 2014	x			
Evaluación General 2014				x

Reconocimiento de la capacitación

La capacitación tiene un carácter integral y participativo, propiciando las correcciones y ajuste necesarios para el fortalecimiento y consecución de los objetivos planteados.

Este enfoque le otorga a la capacitación un carácter formativo y permanente, centrado fundamentalmente en la distancia existente entre lo que el funcionario puede realizar de forma adecuada y las exigencias de actuación establecidas para su desempeño. Dicha distancia debe constituir un espacio de actuación educativa que permita establecer las mejoras de la actuación de los funcionarios y debe regirse por el reglamento de la carrera funcionaria.

EQUIPO DE SALUD

BIBLIOGRAFÍA

- INE, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, Censo Poblacional 2002.
- Minsal, DEIS. Indicadores epidemiológicos de Salud 2007.
- Orientaciones Programáticas 2014. Minsal.
- Manual de apoyo a la implementación de centros comunitarios de salud familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Octubre 2008.
- En el camino a Centro de Salud Familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008.
- Encuesta Casen 2006 Mideplan.
- www.minsal.cl

