



Litueche  
para todos

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
DEPARTAMENTO DE SALUD

**DECRETO ALCALDICIO No. 1.644**  
**LITUECHE, 30 DE Diciembre del 2016**

**CONSIDERANDO:**

- La necesidad de dar cumplimiento al artículo n°58 de la ley 19.378, donde establece la formulación del PLAN ANUAL DE SALUD.
- La necesidad de crear un Plan Anual de Salud según las directrices Ministeriales y la realidad comunal en materia de Atención Primaria
- El acuerdo 132 de la reunión ordinaria del Concejo Municipal N° 144 de fecha 16 de Noviembre del 2016 que aprueba el PLAN DE SALUD COMUNAL 2017.

**VISTOS:**

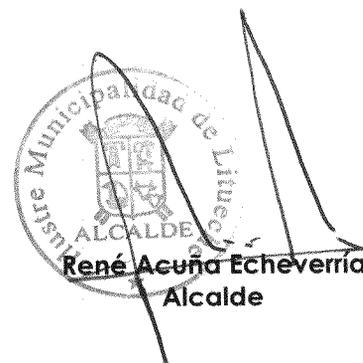
El Decreto Alcaldicio No. 1.550, de fecha 06 de Diciembre del 2016.-. Lo dispuesto en el art. 66 de la Ley No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y, las demás facultades que me confiere la Ley citada últimamente. Lo consagrado en el estatuto de atención primaria ley 19.378 y su artículo N° 58

**DECRETO:**

- 1.- **Apruébese** En todas sus partes el PLAN DE SALUD AÑO 2017, para su ejecución y seguimiento.
- 2.- **Envíese** copia al servicio de salud región de O'Higgins para su visación y archivo.
- 3.- **Ejecútese** y entréguese a los funcionarios de la dotación de atención primaria de la comuna de Litueche.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**

  
**LAURA URIBE SILVA**  
Secretaría Municipal

  
**René Acuña Echeverría**  
Alcalde

**RAE/LUS/BPV/GRV/grv**

Distribución

- Servicio d Salud O'Higgins
- DSM Litueche
- Oficina de Partes

*Litueche*  
*para todos*

PLAN DE SALUD AÑO 2017

Dirección de Salud Municipal

SALUD PARA TODOS...



Litueche Noviembre de 2016

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE- SALUD INTEGRAL

**INDICE PLAN DE SALUD COMUNAL AÑO 2017**

- 1.- Introducción**
- 2.-Objetivos Generales del Plan**
  - 2.1 Definiciones Del modelo**
- 3.-Dotación y RRHH DSM**
- 4.- Perfil Epidemiológico y factores demográficos y económicos de la comuna de Litueche**
- 5.- Plan de Capacitación Funcionaria.**
- 6.- Objetivos Estratégicos**
- 7.- Puesta en marcha Centro Comunitario de Salud.**
- 8.- Estación de Enfermería Sector Matancilla**
- 9.- Conclusiones**

## **1.- INTRODUCCION**

Los avances en el Modelo de Atención Integral de Salud, han quedado reflejados en diversos documentos orientadores del proceso de cambio a Centro de Salud Familiar, es así como desde el Ministerio de Salud

en el año 1993 se publica la primera edición de "Consultorio a Centro de Salud" que entrega un marco conceptual sobre la Atención Primaria a fin de que los equipos de salud reflexionen sobre la meta a alcanzar, estudien su situación y diseñen localmente las estrategias más eficientes para alcanzar sus objetivos. El año 2005 en el marco de la Reforma de Salud se publica el documento, "Modelo de Atención Integral en Salud" que establece consenso por académicos, directivos y profesionales del sector de los aspectos conceptuales del Modelo. El año 2008, se publica el documento "En el camino a Centro de salud familiar" que desafía a los equipos de salud a profundizar este cambio, a trabajar con las familias, a ensayar nuevas formas relacionales, a poner al usuario y su salud al centro de su quehacer y a constituirse en eje de desarrollo Social, al transformarse en Centro de Salud Familiar y Comunitario.

La diversidad observada en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, con sus aciertos y desaciertos, así como los grandes esfuerzos que implica sostener el proceso de cambio, han evidenciado la necesidad de sistematizar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en función de acciones concretas que, reflejando los principios del Modelo, se instalen en los establecimientos de salud a fin de pasar desde conceptos abstractos a un modo de hacer salud. Este Manual recoge las lecciones aprendidas en el marco de la diversidad y viene a complementar los documentos anteriores, reforzando que el "Modelo de Atención Integral en salud", es uno para toda la red asistencial y que alineados con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se reconocen como principios irrenunciables para

un sistema de salud basado en APS; Centrado en las personas, la Integralidad de la atención y Continuidad del cuidado.

El Manual, es fruto del trabajo de un conjunto de profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de la Sociedad de Medicina familiar, de académicos, de Servicios de Salud, de municipios, de centros de salud familiar y hospitales comunitarios, quienes se constituyeron mediante resolución Ministerial como comisión de trabajo en esta tarea. El trabajo de la Comisión se desarrolló en dos grandes fases; la primera destinada a revisar el tema, producir las grandes líneas de consenso y elaborar los contenidos. En la segunda fase destinada a la revisión de los contenidos, cobra especial relevancia las aportaciones producto de la revisión realizada por expertos de la Organización Panamericana de la Salud, de académicos del mundo universitario, de los Servicios de Salud, de municipios y establecimientos de salud, entre otros.

## **2.- OBJETIVOS GENERALES**

A través de la revisión y lectura crítica de este manual, los equipos de salud lograrán:

**1.- Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en la red asistencial.**

**2.- Reconocer aspectos centrales de la gestión para responder a las exigencias del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.**

**3.-Diseñar procesos de mejoramiento continuo de la calidad.**

**4.-Identificar estrategias para incluir la Promoción y Prevención en el proceso de planificación y programación del Centro de Salud.**

**4.-Diseñar estrategias de participación social en salud.**

**6.-Diseñar el proceso de atención acorde a las necesidades de su población a cargo y a los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.**

**3.- Modelo a seguir según lineamiento y demandas comunales en salud**

### **Modelo de Atención Integral de Salud**

#### **2.1 Definición**

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

Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo

biopsicosocial. Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma: Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).

## **2.2. Principios**

En el desarrollo histórico de la Atención Primaria orientado hacia una mejoría de la equidad en los resultados

En salud, se han descrito distintos principios que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud,. Asimismo en documento "Modelo de Atención Integral en Salud" (MINSAL 2005), fueron consensuados y expuestos los siguiente principios (figura).

Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



## PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD

Niveles de prevención	Promoción	Primaria	Secundaria	Terciaria	Cuaternaria
Propósito	Fomento	Protección específica Limitación incidencia	Diagnóstico Tratamiento	Rehabilitación	Soporte Paliativo
Objetivo principal	Factores protectores	Factores de riesgo	Enfermedad	Complicaciones Secuelas	Degenerativas Terminales  Poli-patologías Crónica
Estrategias	Educación  Detección/ Pesquisa factores protectores.	Inmunización  Detección/ Pesquisa factores de riesgo	Manejo clínico	Manejo de rehabilitación y reparación	Manejo Paliativo  Acompañamiento
Instrumentos	Guías anticipatorias	Vacunación Instrumentos y Técnicas de tamizaje  Consejería	Guías de práctica clínica  Protocolos	Guías de práctica clínica  Protocolos	Guías de práctica clínica Protocolos

### 2.3 Integralidad

El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas.

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.<sup>14</sup> Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural

del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

El siguiente cuadro, a modo de síntesis de los niveles de prevención, ilustra para cada nivel el propósito, objetivo principal, estrategias e instrumentos.

## **2.4 Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**

Requiere, por una parte, que el sector público tenga la apertura, genere la información y establezca espacios y mecanismos que acojan las preocupaciones, necesidades y propuestas provenientes de la ciudadanía. Por otra parte, la participación necesita de una ciudadanía que se involucre en las cuestiones públicas, con organizaciones fuertes que representen toda su diversidad.

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

Desde el Sector Salud, la participación se considera un medio para:

- El desarrollo de las personas (proveedores y usuarios) como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud.
- La creación de comunidades con capacidad de interlocución que actúen solidariamente.
- El ejercicio de un control social sobre el Sistema de Salud.
- La participación social apunta a lograr disminuir las brechas de equidad en el acceso en: La oportunidad, protección financiera y calidad de la atención; los medios necesarios para asegurar mejores condiciones de vida y de salud.

Según las Orientaciones para la planificación y programación en red año 2013, la Participación Social y Transparencia es uno de los enfoques en que se basa la planificación en la Red de Atención de Salud Pública junto con el Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social, Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, Enfoque de Equidad en Salud y Gobernanza. Se considera que la posibilidad de participación social es en sí un determinante social de la salud.

Entre las principales estrategias que hacen viable la Participación social en APS se considera:

Elaboración de Carta de Derechos

El establecimiento de salud genera espacios de reflexión y construcción conjunta entre directivos, funcionarios, gremios de los trabajadores, representantes de usuarios organizados y no organizados, con el fin de obtener como producto de un acuerdo final, una Carta de Derechos redactada en forma participativa que dé cuenta de las expectativas de las partes involucradas y, las valoraciones de aspectos vinculados con la relación entre la ciudadanía usuaria y la red pública de salud.

## **2.5 Estrategias de Promoción Prevención y Participación.**

Desde el Sector Salud, Chile ha definido que la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, incorpora elementos estratégicos propios de la Promoción y aspectos asociados a estilos de vida saludable, teniendo un rol preponderante en la reforma de salud para el logro de los objetivos, uno de los cuales es el control de los problemas de salud asociados a Estilos de Vida. Los estilos de vida son determinados por la interacción de factores de riesgo y/o de factores protectores, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social como las familiares y comunitarias. Así pues se establece una relación entre el individuo, la familia, la comunidad y los estilos de vida con lo cual nos enmarcamos en la conceptualización de la salud como bienestar biopsicosocial y como componente de la calidad de vida.

Los estilos de vida saludable pueden ser definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos, familias y comunidades que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Vistos así, los estilos de vida saludables serían comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir problemas biopsicosociales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Una de las estrategias de consenso a nivel mundial para abordar los Estilos de Vida Saludable es la Promoción de la Salud a través de la cual la comunidad, las personas y sus familias adquieren herramientas y conocimientos que les permiten mantener y mejorar su salud.

**2.6 Las estrategias fundamentales de la Promoción de la Salud son:**

- Educación en Salud.
- Participación Social.
- Abogacía.
- Intersectorialidad.
- Comunicación Social.

Cada una de estas estrategias es clave en el proceso de entregar conocimientos y herramientas a las personas, familias y comunidades para lograr estilos de vida saludable

**2.7.-Educación en Salud**

La Educación para la Salud tiene un largo historial que permitió en 1950 la fundación de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES), hoy Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES) que es una de las más antiguas asociaciones en este campo.

Años atrás, la educación para la salud consistía básicamente en distribuir información y dirigir mensajes a la población con la esperanza que estas medidas de algún modo, trajeran cambios en las costumbres de individuos y comunidades. Con el transcurrir de los años se ha hecho cada vez más evidente que para hacer efectiva la educación en salud, se requieren diversas estrategias que

trasciendan la información. La educación convencional parece no ser pertinente cuando se fundamenta sólo en concepciones teóricas, sin tener en cuenta el contexto, la cultura y los comportamientos humanos, lo que en muchos casos genera pérdida de recursos, desperdicio de tiempo y baja productividad e impacto de las intervenciones. Estos planteamientos se encarnan en el enfoque de educación de adultos que se revisara en el punto 2 de este capítulo.

Aún hoy, muchos la interpretan como un paquete de recomendaciones para el cuidado y la higiene personal. Por añadidura no la ven como solución para un problema que requiere acciones sistemáticamente engranadas, de manera que cuando no se alcanzan los objetivos planteados le adjudican el fracaso a las acciones de Educación para la Salud y no a la falta de visión ante la complejidad del problema y las soluciones propuestas. El seguimiento de la bibliografía especializada muestra que tanto en su construcción teórica como en sus resultados prácticos, la Educación para la Salud ha sido y continua siendo de interés permanente y de hecho, cuando ha estado rodeada de procedimientos científicamente argumentados y estructurados, ha demostrado ser efectiva.

Los espacios para hablar de educación en salud deben posibilitar el compartir de saberes y experiencias, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y habilidades como la capacidad de organización y gestión, además de permitir que las personas expresen su forma de ver y sentir el mundo. Lo anterior denota la necesidad de que las prácticas de promoción de la salud trasciendan la tecnología educativa y se preocupen por el acercamiento a la cotidianidad y a la realidad social en la cual se desarrollan.

Entre los diversos espacios que posibilitan la educación en salud está la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad en general. El rol de la familia es enseñar y modelar en la construcción de estilos de vida saludable. Enseñar a cuidarse y cuidar a otros. En su rol de protección debe velar por el desarrollo de factores protectores. Desde su papel socializador la familia es el núcleo inicial donde se despliegan habilidades sociales que permitirán a sus integrantes establecer relaciones saludables con otros grupos sociales como el escolar, laboral y comunitario en general. En cada uno de estos ámbitos se puede y debe promover la salud a través de la educación en salud utilizando conocimientos y herramientas acordes a cada contexto.

Algunos de los factores protectores o estilos de vida saludables en los que la educación para la salud hace énfasis son:

- Sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Promoción de la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.
- Trabajo/Escuela saludables.
- Medio ambiente saludable.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio (consumo cultural, uso TV, internet).
- Promoción de hábitos saludables en alimentación, ejercicio, higiene, sueño reparador, sexualidad, consumo de alcohol.

- Control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de sustancias, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.

## **2.8.- Participación Social**

La Participación social se considera una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, la construcción de ciudadanía y el capital social, el logro del bienestar y la inclusión e integración social mediante el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud.

Permite contribuir a generar una relación de colaboración y respeto mutuo entre el estado y la ciudadanía. Asimismo, favorece el fortalecimiento de la sociedad civil y permite una mayor legitimidad y sustento ético de las políticas públicas.

De esta manera el Departamento de Salud incorporo en el año 2015 la estrategia de los concejos de desarrollo para medir satisfacción usuaria e implementar un plan de mejora continua de nuestros establecimientos.

## **2.9 Consejos de desarrollo local de salud, Consejos consultivos y Comités Locales**

Mediante la incorporación de representantes de usuarios y usuarias, organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud en distintas instancias de Participación Social a nivel de la Dirección del Servicio de

Salud, Hospitales, Centros de Atención Primaria y Postas rurales con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud, programas y acciones de salud, se favorece la Gestión Participativa.

Presupuesto participativo

Es una estrategia concreta de Participación Social en las comunas de modo que la ciudadanía pueda conocer, discutir y decidir sobre la inversión de los recursos financieros destinados para estos efectos, en beneficio de la salud de la comunidad.

Presentamos encuesta de satisfacción usuaria en relación a estas actividades:

### **2.10 Cuentas públicas**

La Cuenta Pública es la forma en que las autoridades dan cuenta a la ciudadanía respecto de los logros institucionales, el uso de los recursos públicos, satisfacción de las necesidades y expectativas de la ciudadanía y el cumplimiento de las políticas sociales. Se abre un espacio a la participación y el control social. Entre enero y abril de cada año el Director de Servicio y de cada Establecimiento dependiente de Servicio de salud da cuenta de la gestión del año anterior a la comunidad. De este modo, la cuenta pública es un proceso construido participativamente.

### **2.11 Ley de Transparencia**

Es el ejercicio de derecho a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias.

Otras estrategias de participación social pueden ser: Cabildos ciudadanos, Plataformas digitales participativas, Diálogos participativos, Escuelas de Gestión Pública para dirigentes sociales, Sistema integral de Información y Atención ciudadana (SIAC), Transparencia de la función pública y acceso a la información de la Administración del Estado.

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

### **2.12 -Abogacía**

Es la incidencia política que logra una comunidad cuando se promueve la participación de diferentes actores sociales, los mismos que, teniendo distintos roles y funciones, promueven la salud, construyen condiciones locales y se constituyen en líderes para la salud. Para que esto sea posible es necesaria su participación activa y para lograr esta participación se hace necesario hacer visibles las necesidades desde la comunidad y abogar desde Salud.

Los acuerdos, la mayoría verbales, que son expresión positiva de la abogacía producto de la interacción entre salud y el actor social visitado, requieren de un seguimiento con ayuda memoria formalizadas, documentando y enviando, a cada actor visitado, los acuerdos y compromisos que se concluyeron. Este paso es importante para generar procesos pues la abogacía permite

decisiones y éstas requieren, en el lapso más corto, reuniones para operacionalizarlas.

### **2.13 .-Intersectorialidad**

La intersectorialidad como forma de trabajo participativo y descentralizado ha sido una posible vía para abordar los actuales y complejos problemas de salud que rebasan el campo de un servicio de salud.

En la intersectorialidad se incluyen sectores como: educación, vivienda, instituciones legales, organizaciones políticas, municipalidades y otras organizaciones tanto públicas como privadas que puedan aportar al bienestar de las personas.

Se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos o medios para controlar el entorno y mejorar las condiciones de vida al tiempo que brinda posibilidades para el mejoramiento de los procesos de gestión en los sistemas y servicios de salud. Forma parte de políticas y estrategias para el balance de un desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional.

El enfoque tecnológico de la intersectorialidad y el carácter extensivo del sector salud hacia otros sectores, a través de intervenciones coordinadas de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, ha de ser comprendido por lo que significa para el logro de una importante y necesaria respuesta social organizada. Las propias características de la salud, perteneciente a un sistema social altamente complejo, donde participan actores de dentro y fuera del sector, determina una dinámica de actuación totalmente

diferente, que debe ser entendida por la totalidad de los integrantes de un sistema de salud.

El alcance de la intersectorialidad y la participación social no es consecuencia de la espontaneidad, pues se requiere una concepción adaptada al sistema de salud local, una voluntad política que la sustente y un diseño tecnológico que la inserte naturalmente en la producción de salud. En capítulo IV Participación Social, se identifican los sectores prioritarios para el trabajo intersectorial.

## **2.14 .-Comunicación social**

La comunicación social en el sentido amplio (comunicación interpersonal, integral, comunicaciones derivadas del marketing, comunicación organizacional, identidad corporativa, periodismo, publicidad, relaciones públicas y edu-comunicación) se convirtió en las últimas dos décadas en herramienta de primera mano para los profesionales de la salud, sobre todo, en las áreas de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han establecido a la comunicación social como estrategia básica de la promoción de la salud, y proponen el uso y aplicación de las diferentes herramientas de la comunicación en la promoción de la salud

A su vez la comunicación integral comprende principalmente las siguientes áreas de actividad:

- Publicidad.
- Imagen, Relaciones Públicas y campañas de comunicación.
- Patrocinio y mecenazgo.
- Marketing social corporativo.
- Promoción.
- Merchandising.
- Marketing directo.
- Internet.

En todas las organizaciones, entre ellas las de salud, debe establecerse la Comunicación Organizacional que incluye: Comunicación Interna; se define como la comunicación dirigida al cliente interno, es decir, al trabajador. Nace como respuesta a las nuevas necesidades de las organizaciones de motivar a su equipo humano y retener a los mejores en un entorno donde el cambio es cada vez más rápido.

Comunicación Externa, se define como el conjunto de operaciones de comunicación destinadas a los públicos externos de una empresa o institución, es decir, tanto al gran público, directamente o a través de los periodistas, como a sus proveedores, accionistas, a los poderes públicos y administraciones locales y regionales, a organizaciones internacionales, etc.

Para concretizar la comunicación integral existen, entre otras, herramientas tales como:

- 1.- Díptico
- 2.- Afiche
- 3.-Volante /Flyer
- 4.- Diario Mural
- 5.- Revista/Publicación Periódica
- 6.- Mail promocional/mailling
- 7.- Programa Radial

Revisadas estas Estrategias de la Promoción de la Salud, se puede afirmar que cada una y en conjunto implementadas de modo adecuado, según el contexto local, basadas en la evidencia y la experiencia, respetando las características culturales y usando recursos y tecnologías aceptadas y validadas por la comunidad, permitirán el logro de estilos de vida saludable y con ello una calidad de vida que viabilice el desarrollo humano

## **2.15 - PROMOCION EN SALUD**

Basándonos en el enfoque de promoción en salud, el cual apunta a la generación de entornos saludables, considerados como los escenarios comunitarios o locales, donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo para mejorar la calidad de vida, el estado de salud y fortalecer la capacidad de las personas para adquirir hábitos saludables, que les permitan afrontar con mayores herramientas los problemas derivados de estilos de vida poco saludables. Es que el Departamento de salud durante el presente año 2015, con los limitados recursos disponibles y el gran esfuerzo por parte del municipio ha evaluado y analizado las diversas demandas de la población en términos de salud y tomando como punto inicial el análisis del perfil epidemiológico de la comuna y antecedentes demográficos de los cuales se desprende lo siguiente:

1. Los índices obtenidos de obesidad y de sobrepeso en menores de 6 años arrojaron cifras alarmantes para nuestra población, dado que superan los índices nacionales, mientras que el resto de la población adolescente, adultos y adultos mayores no se alejan del índice regional. Esto nos da cuenta de los múltiples factores de riesgo a los que se ve expuesta la población, siendo los principales; las enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos en el aparato locomotor, entre otras, por tanto la creación de talleres de actividad física, educación sobre alimentación saludable y un equilibrio ocupacional, entre otras acciones destinadas a mejorar los estilos de vida de la población de Litueche cobra real importancia para disminuir los factores

de riesgo, la sintomatología aguda en la población que ya padece estas enfermedades, mejorar la calidad de vida y también disminuir los costos económicos asociados a dicha problemática. Es por todo lo expuesto que a través de los siguientes talleres e intervenciones se han llevado a cabo distintas acciones de promoción de salud.

### **3.0.-DOTACIÓN RRHH DSM LEY 19.378 PARA EL AÑO 2017**

Para el año 2017 nuestro departamento a través del servicio de salud O'Higgins ha presentado formalmente la petición al Minsal la dotación de profesionales de destinación como lo son Médico EDF y un segundo cirujano dentista.

De esta forma los recursos humanos se han convertido en una permanente demanda del punto de vista de una adecuada gestión, en términos administrativos y gestión clínica adecuada, tomando en cuenta el modelo de salud familiar. El acceso y cobertura universal con este elemento se espera disminuir las barreras de acceso y con ello las inequidades, para lo cual se recomienda capacitar a los equipos en el principio bioético de Justicia, según el cual la equidad debe enmarcarse en la concepción de una igualdad de acceso a la asistencia sanitaria.

El énfasis en promoción y prevención de la salud la promoción de la salud y prevención de las enfermedades apela al principio bioético de Beneficencia que implica prevenir el daño o mal, evitarlo y promover o hacer el bien. Atención apropiada implica atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad. Este elemento se explica en el principio de Beneficencia que no se aplica sólo a la atención clínica de salud sino que también tiene un importante papel en las políticas sociales e institucionales, que se desarrollan a partir del análisis de beneficios, costes y riesgos.

**3.1.- DOTACIÓN Y RRHH 2017**

**DSM**

<b>CARGO</b>	<b>HORAS</b>
01 DIRECTOR-PLANTA	44
01 MATRON-PLANTA	44
01 KINESIOLOGO-PLANTA	33
01 ENFERMERA -CONTRATA	44
01 ODONTOLOGO CONTRATA	44
01 ODONTOLOGO EDF (MINSAL)	44
02 ADMINISTRATIVA-PLANTA	88

**2. POSTAS RURALES**

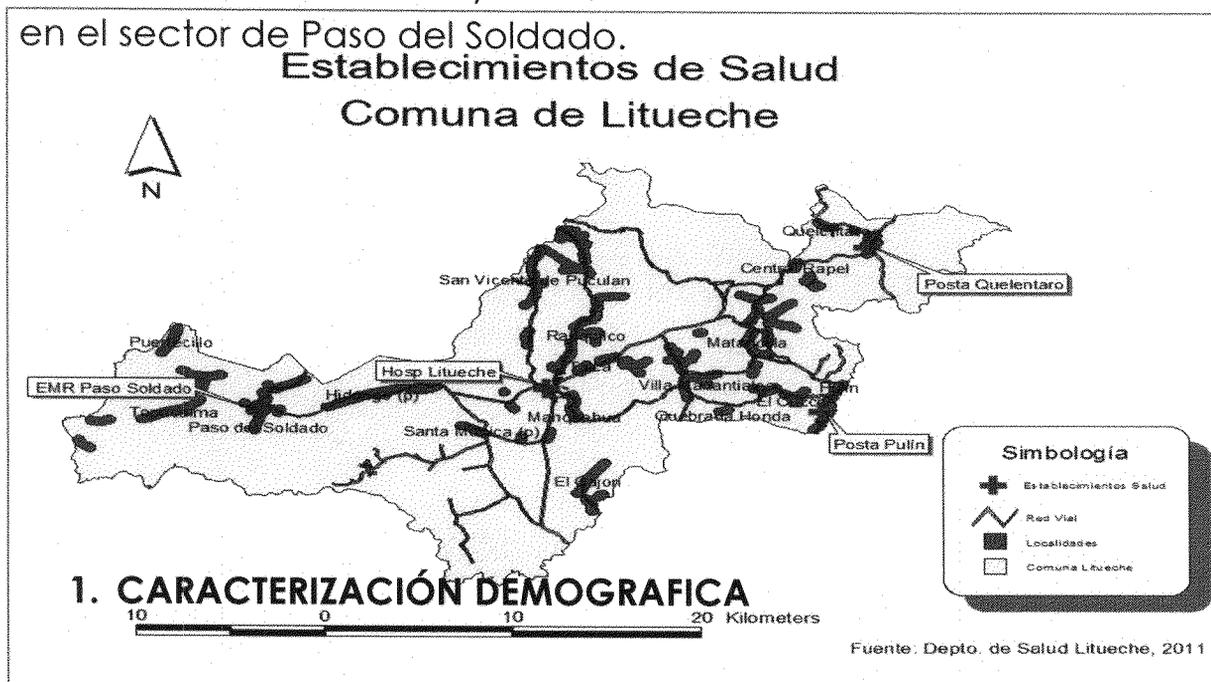
<b>CARGO</b>	<b>HORAS</b>
04 TENS -PLANTA	176
01 TENS -CONTRATA	44
04 CHOFERES-PLANTA	176
03 AUXILIARES-PLANTA	132

**PERSONAL HONORARIOS**

<b>CARGO</b>	<b>HORAS</b>
03 TECNICOS DENTALES	132
01 NUTRICIONISTA	44
01 PSICOLOGA	44
01 TERAPIA OCUPACIONAL	144
02 ADMINISTRATIVAS	88

#### 4.0 .-PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, DEMOGRÁFICO Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD

Litueche es una comuna perteneciente a la Provincia de Cardenal Caro, Micro-red Santa Cruz. Tiene una superficie de 619 kms<sup>2</sup>, una población aproximada de 6.303 habitantes (INE, 2013). La red de salud intracomunal está conformada por un Hospital de Baja Complejidad que cuenta con un policlínico, servicio de hospitalización (8 camas) y servicio de urgencia con atención de 24 horas. Además, cuenta con un Departamento de Salud Municipal que administra 2 Postas de Salud Rural en los sectores de Quelentaro y Pulín, más una Estación Médico Rural en el sector de Paso del Soldado.



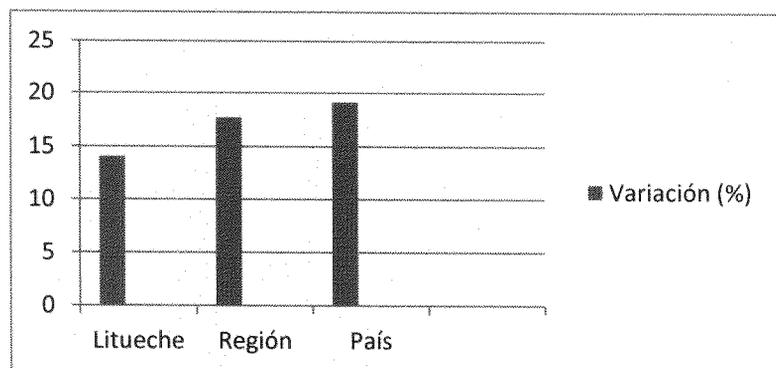
La información presentada a continuación fue extraída principalmente del Censo de Población y Vivienda del año 2002 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Permite caracterizar a la población en distintos aspectos en un momento determinado y en distintos niveles territoriales, ya sean nacionales, regionales o comunales.

**Población total año 2002 y proyección de población año 2015**

<b>Territorio</b>	<b>Año 2002</b>	<b>Año 2015</b>	<b>Variación (%)</b>
Comuna Litueche	5.526	6.303	14,06
Región Libertador Bernardo O'Higgins	780.627	918.751	17,69
País	15.116.435	18.006.407	19,12

*Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.*

**Variación (%) de población 2002-proyección 2015**



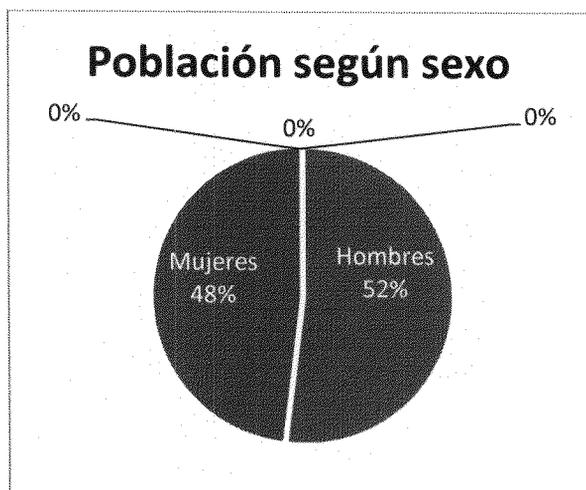
**Población por sexo y área 2002 y 2015**

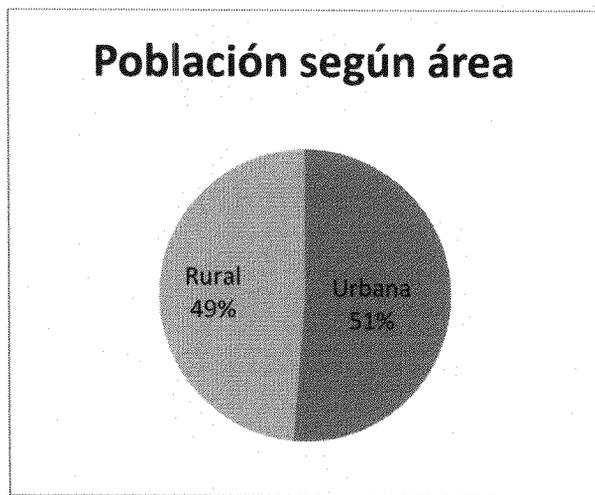
La población por sexo se refiere a la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres, mientras que el índice de masculinidad corresponde al número de hombres por cada 100 mujeres.

**PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

Territorio	Año 2002		Año 2015		Variación (%)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2015
Comuna Litueche	2.932	2.594	3.278	3.025	113,03	108,36
Región Libertad or Bernardo O'Higgins	392.335	388.292	461.205	457.546	101,04	100,80
País	7.447.695	7.668.740	8.911.940	9.094.467	97,12	97,99

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.



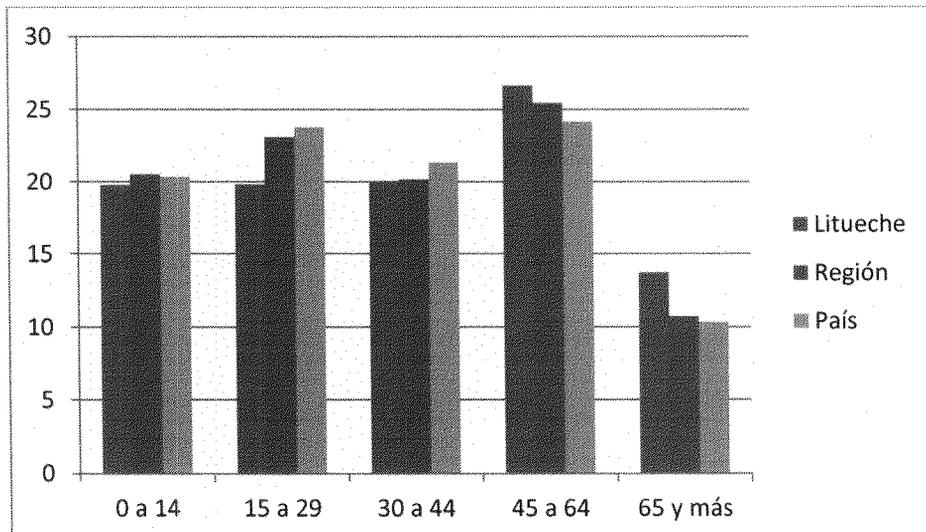


**Población por grupos de edad 2002 y 2015**

Edad (años)	2002	2015	% según territorio 2015		
			Comuna	Región	País
0 a 14	1.449	1.246	19,77	20,53	20,36
15 a 29	1.112	1.248	19,80	23,12	23,79
30 a 44	1.391	1.261	20,01	20,18	21,36
45 a 64	1.004	1.681	26,67	25,44	24,17
65 y más	570	867	13,76	10,72	10,32
Total	5.526	6.303	100	100	100

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.

### Población por grupos de edad



### INDICADORES DE POBREZA E INGRESOS

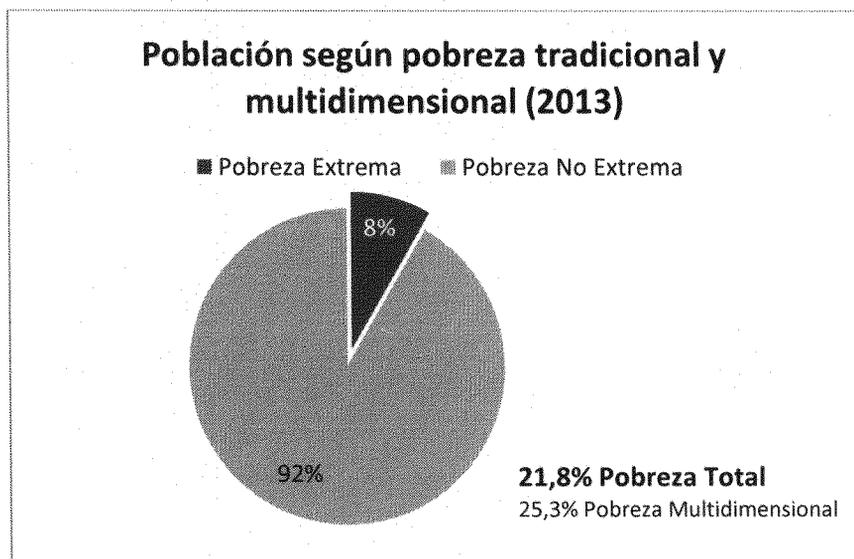
Población según pobreza por Ingresos Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013

Se encuentran en situación de *Pobreza Extrema* las personas que no alcanzan el ingreso mínimo establecido para satisfacer las necesidades alimentarias. Corresponde al costo mensual de una canasta básica de alimentos por persona, cuyo contenido calórico y proteico permite satisfacer un nivel mínimo de requerimientos nutricionales y que además refleja los hábitos de consumo prevalentes.

Se encuentran en situación de *Pobreza Total* las personas que no alcanzan el ingreso mínimo establecido para satisfacer las necesidades básicas. Se establece a partir del costo de la canasta básica de alimentos al que se aplica un factor multiplicador. Así, el valor de la línea de pobreza corresponde a 2 veces el valor de una canasta básica de alimentos, en la zona urbana, y a 1,75 veces, en la zona rural.

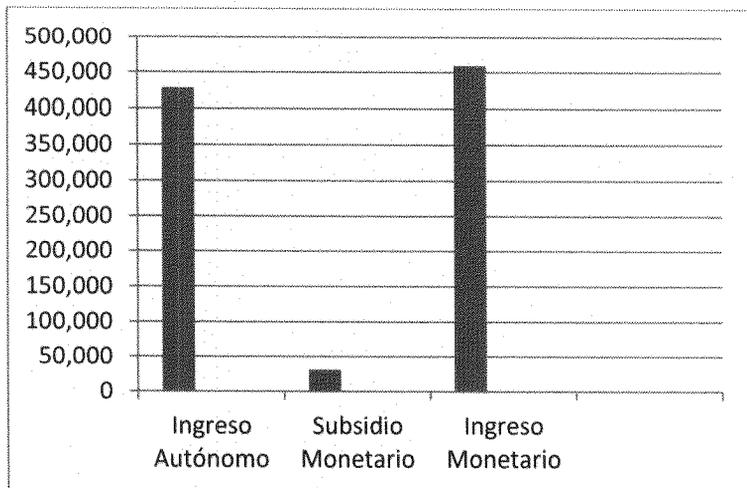
## PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD

Se define como *Pobreza Multidimensional* aquella que mide la pobreza no sólo por ingresos si no que incorporando las dimensiones de educación, salud, trabajo y vivienda a su cálculo. Esta nueva metodología mide las cuatro dimensiones antes mencionadas mediante tres indicadores dentro de cada una, los cuales están ponderados en 8,33% cada uno, sumando en total el 100% de la medición (25% cada dimensión).



Fuente: Estimación de la pobreza por ingresos a nivel comunal 2013 Nueva metodología (SAE e imputación de medias por conglomerados) CASEN, Ministerio de Desarrollo Social.

**Ingreso Promedio de los Hogares (2013)**



El ingreso autónomo se define por concepto de sueldos y salarios, ganancias provenientes del trabajo independiente, autoprovisión de bienes producidos por el hogar, bonificaciones, gratificaciones, rentas, intereses, así como jubilaciones, pensiones, montepíos y transferencias entre privados.

Los subsidios monetarios se refieren a los aportes en efectivo que distribuye el Estado a las personas y los hogares a través de sus programas sociales. En particular, la Encuesta CASEN 2009 registró los subsidios percibidos por los hogares por concepto de Pensión Básica Solidaria de Vejez y de Invalidez, Aporte Previsional Solidario de Vejez e Invalidez, Subsidio Único Familiar, Subsidio a la Discapacidad Mental, Bonos de Protección Familiar y Bono de Egreso de Chile Solidario, Bonos Extraordinarios de Apoyo a la Familia (Marzo) / (Agosto), Subsidio al Pago del Consumo de Agua Potable, Alcantarillado y Tratamiento de Aguas Servidas (SAP), Subsidio Eléctrico, Subsidio de Cesantía y Asignación Familiar.

Finalmente, el Ingreso Monetario se refiere a la suma del ingreso autónomo y los subsidios monetarios.

**Índice de Hacinamiento de hogares cierre Julio 2013 e Índice de Saneamiento de hogares cierre Julio 2013.**

El índice de hacinamiento corresponde a la razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma, considerando piezas de uso exclusivo o uso múltiple. Contempla las categorías: sin hacinamiento, medio y crítico.

<b>Índice de Hacinamiento</b>	
<b>Personas por dormitorios en la vivienda</b>	<b>Tipo de hacinamiento</b>
2,4 y menos	Sin hacinamiento
2,5 a 4,9	Hacinamiento medio
5 y más	Hacinamiento crítico

El Índice de Saneamiento de la Vivienda permite conocer las condiciones de saneamiento necesarias para el funcionamiento de la vivienda, referidas a disponibilidad de agua y el medio de eliminación de excretas.

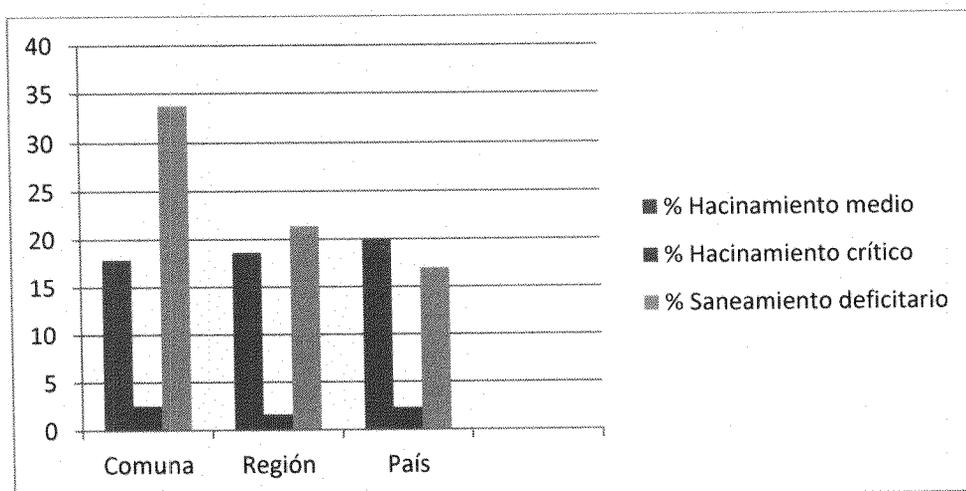
Este índice considera que cuando el agua llega directamente por cañería dentro de la vivienda, califica como aceptable, aun cuando su origen sea pozo, noria, río o vertiente. Esto, al considerar que la infraestructura necesaria y los permisos sanitarios hacen que en la mayoría de los casos su calidad sea potable.

<b>Índice De Saneamiento</b>	
Saneamiento Deficitario	Disponibilidad agua deficitaria o Servicio higiénico deficitario
Saneamiento Aceptable	Disponibilidad agua aceptable y Servicio higiénico aceptable

Indicadores	Porcentaje de Hogares		
	Comuna	Región	País
Porcentaje de hogares con hacinamiento medio	17,90	18,63	19,88
Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico	2,55	1,65	2,32
Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario	33,75	21,38	16,98

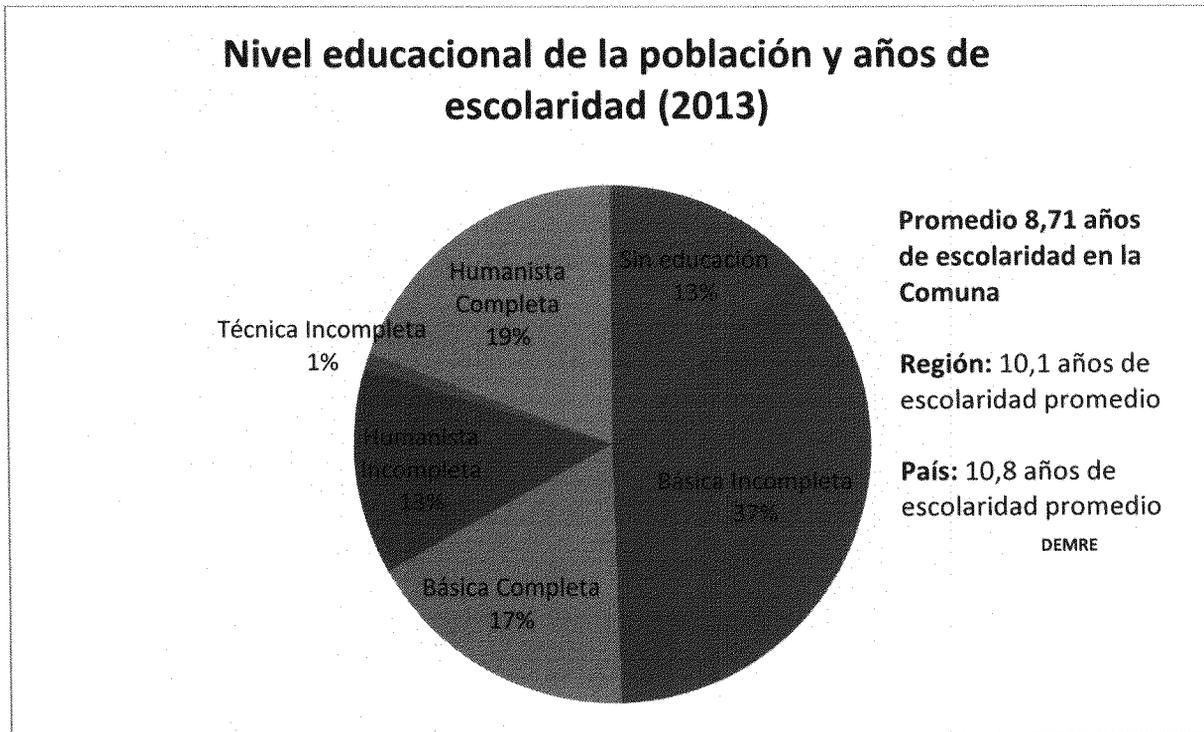
*Fuente: Ficha de Protección social, Ministerio de Desarrollo Social.*

**Indicador de hacinamiento de hogares a Julio de 2013 (%)**



Según los datos de la encuesta CASEN 2013, en la comuna de Litueche el 21,8% de su población vive en situación de pobreza, además el ingreso promedio de un hogar es de \$459.546 al mes.

**INDICADORES EDUCACIONALES**



**INDICADORES DE SALUD**

**Población inscrita en servicio de salud municipal año 2016 y proyección 2017**

Número de Inscritos en Departamento de Salud Municipal	2016	Proyección 2017
	1.973	2.320

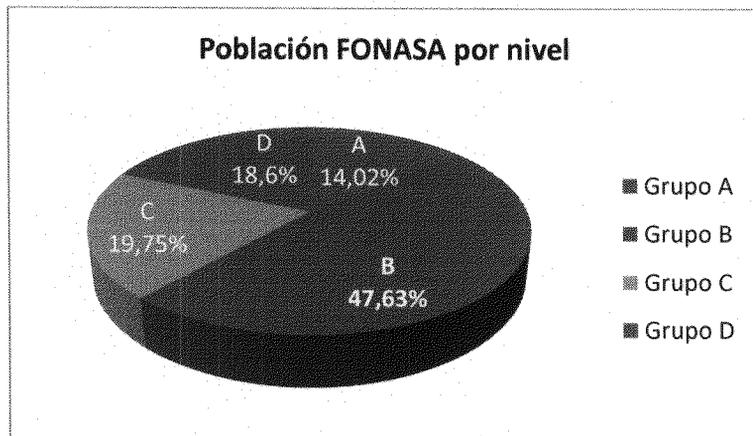
*Datos extraídos de FONASA*

**Población en FONASA según nivel año 2013**

## PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD

Población según tramo	Comuna		Región		País	
	N°	%	N°	%	N°	%
Grupo A	514	14,02	129.872	18,06	3.099.413	23,45
Grupo B	1.746	47,63	304.679	42,38	4.784.920	36,20
Grupo C	724	19,75	130.387	18,13	2.283.555	17,28
Grupo D	682	18,60	154.053	21,43	3.049.016	23,07
Total	3.666	100	718.991	100	13.216.904	100

Fuente: [https://www.fonasa.cl/portal\\_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html](https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html)



### Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil año 2012

La tasa de Natalidad corresponde al número de nacidos vivos por 1.000 habitantes, en un determinado año.

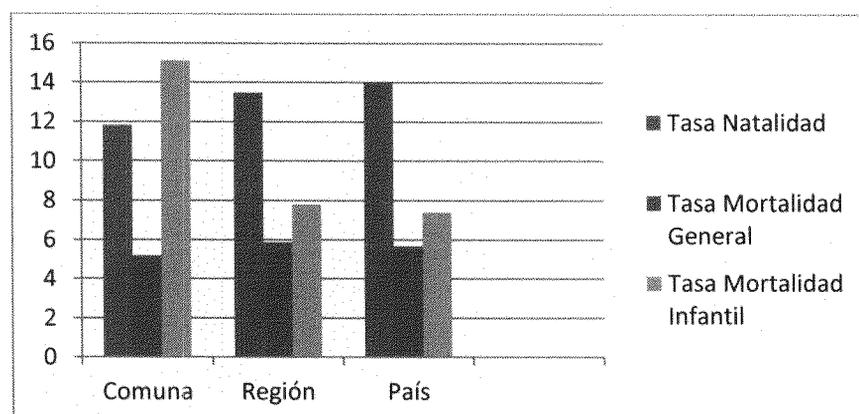
La tasa de Mortalidad General corresponde al número de defunciones por 1.000 habitantes, en un determinado año.

La tasa de Mortalidad infantil corresponde al número de defunciones de menores de un año por 1.000 nacidos vivos, en un determinado año.

<b>Territorio</b>	<b>Tasa Natalidad</b>	<b>Tasa Mortalidad General</b>	<b>Tasa Mortalidad Infantil</b>
Comuna Litueche	11,82	5,19	15,10
Región Libertador Bernardo O`Higgins	13,48	5,87	7,80
País	14,01	5,67	7,40

*Fuente: Departamento de Estadísticas e información de salud, MINSAL.*

### **Tasas natalidad, mortalidad general y mortalidad infantil**



### **Índices de dependencia demográfica y adultos mayores**

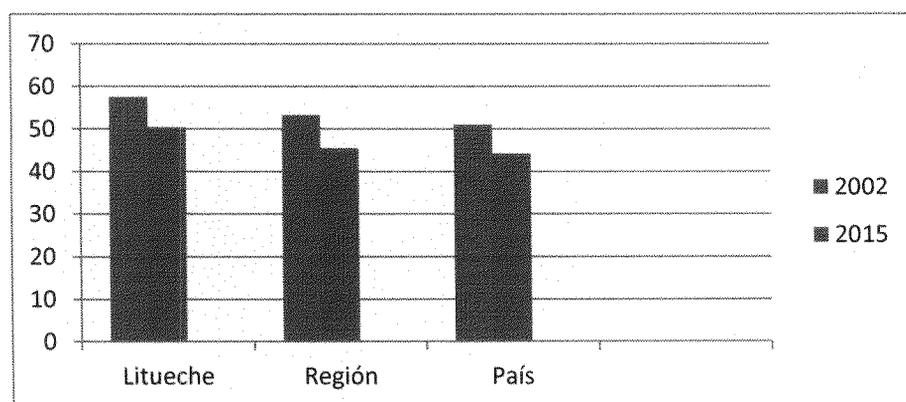
El índice de dependencia se calcula por la suma de los menores de 15 años y los mayores de 64 años divididos por la población con edades entre 15 y 64 años, por cien. Esta relación es una medida indirecta del número de personas dependientes económicamente.

El índice de adultos mayores es una medida demográfica del envejecimiento y representa el número de adultos mayores (65 o más años) por cada cien niños (0 a 14 años).

Territorio	Índice de dependencia demográfica		Índice de Adultos Mayores	
	2002	2015	2002	2015
Comuna Litueche	57,57	50,43	39,34	69,58
Región Libertador Bernardo O'Higgins	53,33	45,47	29,73	52,23
País	51,03	44,25	31,30	50,66

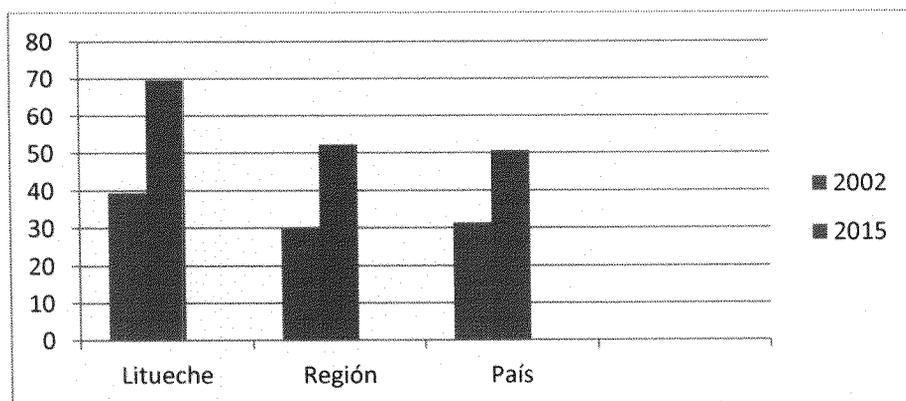
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.

### Índice de dependencia demográfica 2002 y 2015



### Índice de adultos mayores 2002 y 2015

## PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD



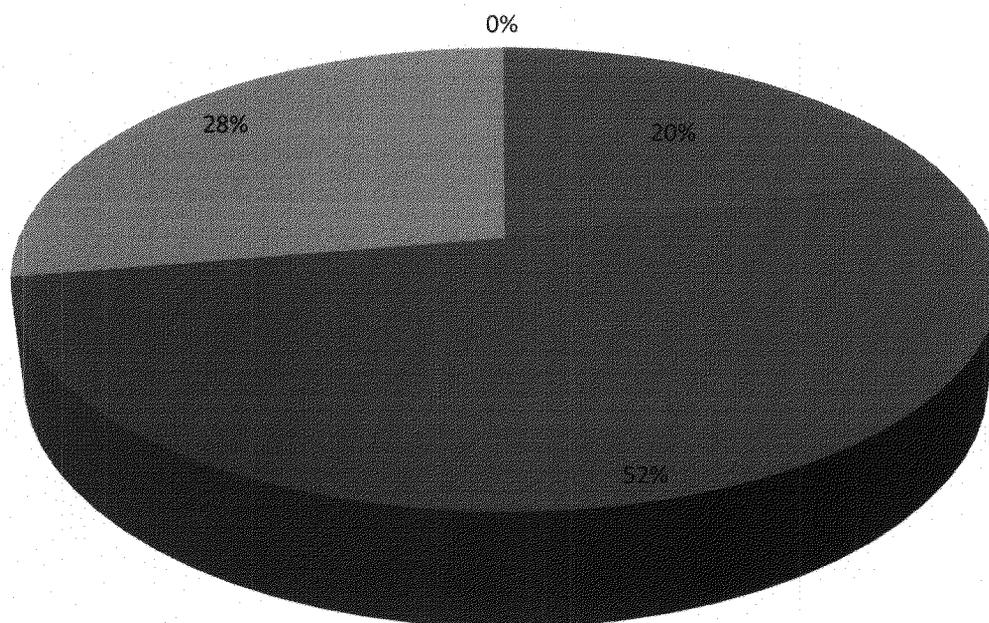
### CONSIDERACIONES EN RELACIÓN A LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

	Diabete Mellitus tipo 2	Hipertensión Arterial	Dislipidemia
PSR Quelentaro	57	148	62
PSR Pulín	27	70	54
Total	84	218	116
	4,23%	11,04%	5,87%

Datos del Programa de Salud Cardiovascular a Septiembre de 2016

Programa de Salud Cardiovascular DSM Litueche

■ Diabetes ■ Hipertensión ■ Dislipidemia ■



**5.0 .-PLAN DE CAPACITACIÓN FUNCIONARIOS DSM LEY 19.378 2017**

<b>LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS</b>	<b>ACTIVIDADES DE CAPACITACION</b>	<b>OBJETIVOS EDUCATIVOS</b>	<b>COORDINADOR</b>	<b>FECHA DE EJECUCIÓN</b>
<b>1.-Plan de Abastecimiento en compras públicas</b>	Seminarios	Optimizar compras.	DSM	MAYO 17
<b>2.- Capacitación APS-Normas de la ley 19.378</b>	Seminarios	Resguardos administrativos.	DSM	JUNIO 17
<b>3.-Modelo de Salud Familiar</b>	Cursos	Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.	DSM	JULIO 17
<b>4.-Reanimacion, Primeros Auxilios, Quemaduras, Emergencia y Desastres</b>	Cursos	Actualizar y mejorar técnicas en Primeros Auxilios.	DSM	OCTUBRE 17
<b>5.- Gestión Buen Trato Laboral</b>	Cursos	Actualizar, profundizar y promover la reflexión de los conocimientos respecto a la cultura del buen trato en el sector salud.	DSM	JULIO 17
<b>6.- Infecciones asociadas a la</b>	Capacitación	Infecciones asociadas APS	DSM	ABRIL 17

**PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

atención de salud				
7.- Manejo Cadena de Frio, Vacunas e Inmunización	Capacitación	Nivelar conocimientos y procedimientos de vacuna e inmunizaciones.	MINSAL	AGOSTO 17
	Cursos	Actualizar sistema de bodega, manejo de medicamentos.	DSM	SEPTIEMBRE 17
8.- Farmacología Básica, bodega y arsenal				
9.- Capacitación en Contabilidad en Salud y Estadísticas	Cursos	Mejorar sistema contable y estadísticas del establecimiento	DSM	SEPTIEMBRE 16
10.- Manejo de Heridas, Úlcera Venosa y Pie Diabético	Capacitación	Mejorar técnicas asépticas en curaciones	DSM	MARZO 17
11.- Enfermedades de Transmisión Chagas, VIH, Hepatitis A,B,C, ITS	Cursos	Que los y las profesionales del sistema público de salud fomenten, promuevan la pesquisa y el diagnóstico precoz.	DSM	OCTUBRE 17
12.- Salud Bucal	Cursos	Mejorar técnicas para Profesionales y Técnicos	DSM	NOVIEMBRE 17
13.- Promoción en Salud	Cursos	Promover un servicio de alta eficiencia y calidad que permita mejorar y mantener la <i>salud</i> integral	DSM	AGOSTO 16
14.-Gestión En Salud	Capacitación	Entregar competencias en gestión de salud clínica y de RRHH- modelo económico	DSM	NOVIEMBRE 17
15.-Salud Sexual	Capacitación	Salud sexual y reproductiva en adolescentes	DSM	
16.-Lactancia Materna	Capacitación	Promoción buenas practicas	DSM	
17.-Metodos anticonceptivos	capacitación	Inserción y extracción implanol	DSM	

**6.0.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS / INDICADORES**

Objetivos Específicos	Programas, proyectos, acciones, estudios	1er	2do	3er
		Trimestr e	Trimestr e	Trimestr e
<b>Mejoramiento De Equipamiento e Infraestructura</b>	IMPLEMENTACIÓN CCS	X		
	Construcción planta de tratamiento posta de Quelentaro.			X
	Equipamiento menor estación enfermería matancilla	x	x	x
<b>Generar los mecanismos y medios para mejorar la calidad y cobertura de atención en salud, enfocado en los requerimientos y enfermedades específicas de la comunidad.</b>	Desarrollo de Guías de Seguimiento del Paciente	x	X	x
	Auditorias de Calidad Satisfacción Usuaría de los programas en desarrollo	x	X	x
	Diseño protocolos de visitas domiciliarias con equipo interdisciplinario por establecimiento	x	X	x
	Ronda de salud matancilla	X	x	X

**PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

Objetivos Específicos	Programas, proyectos, acciones, estudios			
<b>Generar estrategias de promoción, prevención y participación comunitaria en salud, orientadas a configurar un sistema de atención en salud familiar.</b>	Trabajo mesa salud mental DAEM y hospital	x	X	x
	Programa integral de salud bucal basado en la familia	x	X	x
	Certificación en modelo de salud familiar al CCS	X	X	X
	Ampliar cobertura de los programa en APS			x
	Programa de fomento a la actividad física, deportes emergentes Atraves de la promoción en salud en todos sus ámbitos comunal, laboral y educacional.	x	X	x
	Encuestas de satisfacción usuarias y diagnósticos participativos con consejos consultivos en salud.		X	
	Programa de Promoción Litueche enfocado a todo grupo de personas, en ámbitos de la salud mental, rehabilitación, fitomedicina, actividad física y alimentación saludable	x	X	x

## **7.0 PUESTA EN MARCHA CCS**

### **CENTRO COMUNITARIO DE SALUD**

En los últimos 30 años, la población de nuestro país ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaba un 8% de la población de Chile, en el Censo de 2002 aumentaron a un 11,4% de la población y en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etáreo, por lo que se proyecta para el año 2025, una población de 3.825.000 adultos mayores, representando el 20% de la población del país (INE, 2013).

El envejecimiento de la población chilena plantea uno de los desafíos más relevantes para nuestra sociedad, en lo que será la primera mitad del siglo XXI. El Estado y la sociedad en su conjunto deberán enfrentar una serie de demandas que se generarán del cambio demográfico y epidemiológico que se ha estado desarrollando.

En este mismo plano, el perfil epidemiológico de las defunciones en Chile ha variado considerablemente en los últimos 70 años. A mediados del siglo XX predominaban las muertes por causas infecciosas y parasitarias, mientras que en la actualidad la mayor importancia relativa la adquieren las defunciones por causas de enfermedades no transmisibles del tipo neuro-degenerativas.

En Chile y en particular en nuestra comuna, el escenario de transición epidemiológica muestra un aumento sostenido de la población de adultos mayores, la encuesta de salud del año 2010 muestra una alta prevalencia de enfermedades crónicas y

de salud mental, así como de sus factores de riesgo. La encuesta de salud escolar 2004 muestra cifras preocupantes de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), consumo de alcohol, tabaco y drogas, además de problemas de salud mental en los adolescentes. Por otra parte, si bien las enfermedades infectocontagiosas han sido controladas en décadas pasadas, actualmente observamos una tendencia al aumento de enfermedades de transmisión sexual a nivel país. Además, es importante considerar que en nuestra comuna aún existen importantes falencias en determinantes sociales de la salud, especialmente en zonas rurales y/o de pobreza, en las cuáles se observa mayor morbi-mortalidad.

El Instituto Nacional de Estadísticas informó en el año 2013 las principales causas de muerte en la población chilena. Entre los hombres predominan las muertes por enfermedades del sistema circulatorio (27%), seguido de las defunciones por tumores malignos (24%) y, en tercer lugar, aquellas por causas externas como accidentes o muertes violentas (11%). Entre las mujeres, las muertes por enfermedades del sistema circulatorio encabezan la lista con los mayores porcentajes (29%). Le siguen las defunciones por tumores malignos (25%) y las muertes por enfermedades del sistema respiratorio (11%).

La tasa de mortalidad global en el adulto mayor es 10 veces mayor que en la población general. Las principales causas de muerte en los adultos mayores fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%).

Es importante mencionar que la tasa de mortalidad por neumonía en el adulto mayor de 65 años en Chile ha presentado una fuerte caída hasta alcanzar 2,3 por mil el año

2003 (5,0 por mil habitantes en la década 1990-2000), esto como consecuencia de la implementación de estrategias como la vacunación antiinfluenza de la Campaña de Invierno y el Programa de enfermedades respiratorias del adulto (ERA).

Por otra parte, la enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia en los adultos mayores. Por la mayor longevidad de las mujeres es más frecuente en personas del género femenino. Su incidencia es creciente con la edad; se puede presentar en 1 o 2% de las personas de 60 años, en 3 a 5% de las personas de 70, en el 15-20% de las personas de 80 años y en un tercio o la mitad de los mayores de 85.

Ante este nuevo escenario, nuestra principal preocupación debiese ser cómo lograr que esa mayor longevidad alcanzada, se desarrolle dentro del mejor estado de salud y calidad de vida y la mayor autonomía e independencia posibles.

Si nuestro principal foco no es la prevención y la promoción de un "envejecimiento saludable" habrá un incremento de la población portadora de enfermedades crónicas o discapacidades, generadoras de una importante dependencia funcional y por lo tanto los adultos mayores dependerán de otros en su cuidado y actividades de la vida cotidiana.

Por todo lo anterior, se hace necesario abrir espacios de salud multidisciplinarios, donde se aborde al usuario no sólo desde el modelo de salud biomédico. Es así como el Centro de Salud administrado por el Departamento de Salud Municipal atenderá a sus usuarios bajo el amparo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema

sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de calidad y resolutive. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales

Este modelo se basa principalmente en tres pilares fundamentales:

- **Centrado en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud.
- **Integralidad de la atención:** La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.<sup>14</sup> Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

- **Continuidad del cuidado:** Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).

Este centro nació básicamente de la necesidad de la cartera de prestaciones de salud que estaban en déficit dentro de la comuna de Litueche urbano, se tomó como muestra y sustento técnico las bajas horas y las listas de espera de las siguientes áreas:

**ODONTOLOGÍA**

**KINESIOLOGIA**

**TERAPIA OCUPACIONAL**

**SALUD MENTAL**

Para llevar a cabo una atención basada en este modelo, en el nuevo Centro de Salud se realizarán atenciones centradas en la prevención, promoción y rehabilitación de salud, poniendo un marcado acento en la promoción, prevención y educación, ya que estas estrategias son largamente más eficientes y eficaces que reparar Y/o rehabilitar, centrando el diagnóstico clínico solo como etiqueta, ya que la pérdida momentánea y definitiva de la salud se puede deber a una serie de factores que dicen relación con la conciencia y educación en salud, sometiendo a la persona como un ser integral y con coexistencia no solo con su ser biomédico si no también tomando en cuenta su cultura y la sociedad en la cual este persona interactúa.

## **SALA DE REHABILITACION KINESICA INTEGRAL DE LITUECHE.**

La nueva sala de Rehabilitación kinésica Integral de la comuna de Litueche; otorgara prestaciones destinadas a resolver distintas patologías de tipo Osteomuscular, Respiratorias y Neurológicas.

La kinesioterapia Osteomuscular se llevara a cabo previa indicación médica en diversas patologías como:

- Tendinitis
- Esguinces
- Luxaciones
- Fracturas óseas
- Politraumatismos
- Patologías musculares ( Desgarros, Contracturas,etc.)
- Lesiones de Columna Vertebral ( Lumbagos, HNP, Cervicobraquialgias,etc.)

Para efectuar el tratamiento de estas patologías, se trabaja directamente en el paciente, tanto con maniobras de terapia manual, ejercicios terapéuticos, masajes terapéuticos, reeducación postural, de marcha y la utilización de agentes físicos como Compresas, TENS ,US, etc. con el fin de mejorar el funcionamiento osteomuscular de nuestros usuarios de la comuna de Litueche.

La Kinesioterapia respiratoria (KTR) consiste en un conjunto de técnicas utilizadas de forma complementaria al tratamiento médico en una serie de patologías de índole respiratorio, así como también en aquellas situaciones en las cuales la función pulmonar se encuentra alterada, tanto en niños como en adultos.

Las patologías en las cuales se indica la kinesioterapia respiratoria, son aquellas que cursan con exceso de secreciones

bronquiales y alteraciones en la función pulmonar, dentro de los cuales se incluyen:

- Síndrome bronquial obstructivo (SBO)
- Neumonía
- Atelectasias
- Fibrosis quística
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Asma Bronquial
- Entre otros.

La kinesioterapia neurológica radica en una serie de técnicas físicas, las cuales tienen como finalidad revertir los deterioros producidos por una serie de patologías que afectan al sistema nervioso. El enfoque principal del tratamiento es lograr la máxima independencia funcional en las actividades de la vida diaria de nuestros pacientes, tanto en niños como en adultos.

Las patologías en las cuales se usa con mayor frecuencia la kinesioterapia neurológica son aquellas en las cuales se generan distintos niveles de discapacidad en el paciente, como por ejemplo:

- Accidente cerebro vascular (ACV).
- Traumatismo encéfalo craneano (TEC).
- Parálisis cerebral.
- Lesiones medulares.
- Parkinson.
- Neuropatías.
- Retraso del desarrollo Psicomotor.

Las técnicas aplicadas mediante la kinesioterapia neurológica incluyen:

## **PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

- Técnicas de facilitación. (BOBATH)
- Reeducción neuromuscular.
- Reeducción postural.
- Reentrenamiento de la marcha
- Entre otras.

Todas estas prestaciones serán realizadas en forma integral, ya que estarán constantemente supervisadas y evaluadas por todo el equipo profesional del Departamento de Salud Municipal de la comuna de Litueche; que incluye Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Psicólogo, Enfermera y Medico.

**Freddy Pacheco Salazar**  
**Kinesiólogo Depto. Salud de Litueche**

### **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL LITUECHE CCS**

Las Prestaciones Odontológicas a la comunidad de Litueche, están centradas en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, abarcando los niveles de promoción, prevención, curación, rehabilitación, entregando una cartera de servicios disponibles suficiente para responder las necesidades de salud de la población.

Para el cumplimiento del modelo de atención integral se ejecutan diferentes programas odontológicos, centrados principalmente en el desarrollo de actividades de promoción y prevención en los diferentes rangos etarios; y actividades recuperativas para la resolución de patologías bucales.

Dentro de las Principales Prestaciones Odontológicas se encuentran:

- Altas Odontológicas a menores de 20 años
- Altas Odontológicas a niños de 6 años (GES y meta sanitaria)
- Altas Odontológicas a niños de 12 años (meta sanitaria)
- Altas Odontológicas a embarazadas (GES y meta sanitaria)
- Altas Odontológicas a adultos de 60 años (GES)
- Urgencias GES y no GES

Los Programas Odontológicos a ejecutar son:

## I. PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS

Programa cuyo objetivo es mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia perteneciente a JUNJI, Fundación Integra y niveles de pre-kínder y kínder (NT1 y NT2) de escuelas municipalizadas y subvencionadas, a través de la promoción de hábitos saludables, y la aplicación de medidas de protección específicas.

Comprende:

1. **Promoción y Prevención de la salud bucal:** Consiste en la realización de sesión educativa y entrega de un set de higiene anual (2 cepillos y 1 pasta).
2. **Diagnóstico de salud bucal:** Consiste en un Examen de salud bucal realizado por el Odontóloga en contexto comunitario (sala de clases) y registro de índice ceod.
3. **Prevención individual específica:** Consiste en la aplicación de barniz de flúor, 2 veces al año realizado por la odontóloga en la sala de clases.

## II. PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO

Programa cuyo objetivo es asegurar el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud odontológicas en niñas y niños de 6 años, en embarazadas, en población con urgencias odontológicas ambulatorias GES diagnosticadas y en adultos de 60 años.

Comprende:

**1. Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años**

**Criterios de inclusión:**

- Niñas y niños de 6 años beneficiarios legales del sistema público de salud (FONASA o PRAIS).

**Prestaciones:**

- a) Examen de Salud
- b) Destartraje
- c) Pulido coronario
- d) Sellantes
- e) Flúor tópico barniz
- f) Obturaciones de vidrio ionómero, amalgama, composite
- g) Radiografías periapicales
- h) Pulpotomías
- i) Exodoncias en dientes temporales
- j) Kit de Salud Oral

**2. Salud Oral Integral de la Embarazada**

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes con embarazo confirmado y beneficiarias legales del sistema público de salud (FONASA o PRAIS).

**Prestaciones:**

- a) Examen de salud
- b) Destartraje y pulido coronario
- c) Sellantes
- d) Flúor tópico barniz
- e) Restauraciones de vidrio ionómero y/o composite
- f) Radiografías periapicales

- g) Pulpotomías
- h) Exodoncias
- i) Desinfección bucal total
- j) Kit de Salud Oral

### **3. Urgencia Odontológica Ambulatoria**

Corresponde al paciente que requiere un tratamiento odontológico inmediato e impostergable, cuya atención se otorga por demanda espontánea. La Urgencia Odontológica Ambulatoria, se define como un conjunto de patologías buco maxilo faciales, de aparición súbita, de etiología multifactorial, manifestada por dolor agudo.

Las patologías garantizadas son:

- Pulpitis
- Absceso submucoso o subperiostico de origen odontogénico.
- Absceso de espacios anatómicos buco máxilo faciales.
- Pericoronaritis aguda.
- Flegmones oro-faríngeos de origen odontogénico.
- Gingivitis úlcero necrótica aguda.
- Complicaciones post exodoncia (hemorragia post exodoncia y alveolitis).
- Traumatismo dento alveolar.
- 

### **4. Salud Oral Integral del adulto de 60 años**

#### **Criterios de inclusión:**

- Adultos que tienen 60 años cumplidos y que aún no cumplen 61 años, beneficiarios legales del sistema público de salud (FONASA o PRAIS).

**Prestaciones:**

- a) Examen de salud
- b) Destartraje y pulido coronario
- c) Sellantes
- d) Flúor tópico barniz
- e) Restauraciones de vidrio ionómero, amalgama y/o composite
- f) Destartraje y pulido radicular.
- g) Radiografías periapicales
- h) Exodoncias
- i) Prótesis removible con sus respectivos controles.
- j) Kit de Salud Oral

**III. PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Programa cuyo objetivo es brindar acceso a la atención de patologías bucales a la población que cursa cuarto año de educación media y a los mayores de 20 años, en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales y laborales.

Comprende:

1. **Atención Odontológica de morbilidad:** Resolución de patologías bucales en adultos de 20 años y más.

**Criterios de inclusión:**

- Adultos de 20 años y más, beneficiarios legales del sistema público de salud (FONASA o PRAIS) exceptuando personas beneficiadas con otros programas odontológicos.

**Prestaciones:**

- a) Examen de salud bucal
- b) Pulido coronario
- c) Destartraje supragingival
- d) Exodoncias
- e) Restauración Estética
- f) Restauración de Amalgama
- g) Destartraje subgingival y Pulido radicular por sextante
- h) Desinfección bucal total
- i) Procedimientos Médico-Quirúrgicos

2. **Atención Odontológica integral a estudiantes de cuarto año de educación media:**

**Criterios de inclusión:**

- Estudiantes que cursen cuarto año de educación media, tanto de colegios municipales, particulares subvencionados del sistema regular de educación, beneficiarios legales del sistema público de salud (FONASA o PRAIS)

**Prestaciones:**

- a) Examen de Salud Oral
- b) Educación en Salud Bucal
- c) Aplicación de sellantes
- d) Destartraje y pulido coronario
- e) Fúor tópico barniz
- f) Kit Salud Oral
- g) Restauración Estética
- h) Restauración de Amalgama
- i) Radiografía retroalveolar y Bite-wing según derivación.

**IV. PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL**

Programa cuyo objetivo es mejorar la calidad de atención y resolución de especialidades odontológicas en atención primaria de salud junto con acercar la atención dental a comunidades de difícil acceso, promoviendo la prevención y promoción de la salud oral.

Comprende:

**1. *Resolución de especialidades odontológicas en APS:***

Consiste en la realización de tratamientos de endodoncia y rehabilitación oral mediante prótesis removibles respectivamente.

- Tratamientos de endodoncia: En dientes anteriores y premolares con indicación de tratamiento de endodoncia.

**Criterios de inclusión:**

Priorización: 4tos Medios y lista de espera local.

Se debe seleccionar al paciente que cumpla con los criterios de referencia locales para la especialidad de endodoncia.

**Prestaciones:**

- a) Examen y Diagnóstico endodóntico
- b) Tratamiento de endodoncia
- c) Radiografías (Previa, control de Longitud, Final)
- d) Restauración de composite

- Prótesis removibles: rehabilitación en pacientes desdentados totales o parciales.

Priorización: Hombres mayores de 20 años y lista de espera local.

**Criterios de inclusión:**

- Tener previamente el alta de APS (incluye IHO, ausencia de E.P y ausencia de caries).

**Prestación:**

- a) Prótesis removible.

**2. Atención Odontológica Integral "Más Sonrisas para Chile":**

**Criterios de inclusión:**

- Ser Beneficiaria legal del sistema público de salud (FONASA tramos A, B, C y D y/o PRAIS)
- 15 o más años.

Priorización: Beneficiarias del SERNAM, otras instituciones (PRODEMU, personal de educación parvularia en Situación de vulnerabilidad de JUNJI, Fundación Integra y MINEDUC), mujeres lista de espera local.

**PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

**Prestaciones:**

- a) Examen de salud bucal
- b) Destartraje y pulido coronario
- c) Obturaciones de amalgama
- d) Obturaciones estéticas (composite)
- e) Radiografías Periapicales
- f) Exodoncias
- g) Prótesis Removible

**NATALY ROMERO ASTORGA**

**CIRUJANO DENTISTA EDF DIRECCIÓN DE SALUD LITUECHE**

## **Sala de Rehabilitación Integral Terapia Ocupacional**

La Sala de rehabilitación integral de Litueche, tendrá como objetivo mejorar la cobertura en la atención de patologías que causan discapacidad de forma transitoria y/o permanente y dar acceso a tratamiento de rehabilitación por un equipo multidisciplinario, conformado por Psicólogo, Kinesiólogo, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Médico y Enfermera.

El rol del Terapeuta Ocupacional en la sala de rehabilitación integral consistirá en diseñar y llevar a cabo planes de tratamientos destinados a lograr la máxima autonomía e independencia en todas aquellas actividades tanto de la vida diaria como productivas o del ámbito escolar, que desempeñe una persona que tras sufrir una enfermedad discapacitante vean disminuidas sus ocupaciones y su calidad de vida.

Para ello el T.O. realiza una evaluación integral de la persona analizando las siguientes componentes:

- Evaluación de Funciones Motoras
- Evaluación de Componentes Cognitivos
- Evaluación sensorial
- Evaluación de la capacidad de desempeño en las Actividades de la Vida Diaria Básicas (Alimentación, vestuario, higiene mayor y menor, uso de baño).
- Evaluación de la capacidad de desempeño en las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (cuidado del hogar, manejo del dinero, uso del transporte, toma de medicamento, entre otras).

## **PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

- Evaluación Domiciliaria de la existencia de barreras arquitectónicas para determinar la necesidad de incorporar adaptaciones y/o sugerir uso de ayudas técnicas (Silla de trasferencias, instalación de barras de sujeción, engrosar mangos de cubiertos entre otros).
- Evaluación de componentes ocupacionales (volición, habituación, roles y capacidad de desempeño).

De esta forma se determina un perfil ocupacional y se diseñan planes individualizados de atención destinados a recuperar, mantener o aumentar una función disminuida, para ello el T.O. interviene en el proceso de rehabilitación otorgando las siguientes prestaciones según necesidad detectada:

- Confección de Férulas
- Ejercicios terapéuticos a través del uso de implementos terapéuticos para mejorar y/o recuperar las destrezas manipulativas.
- Ergoterapia
- Actividades Terapéuticas, la cual incluye educación a cuidadores y a pacientes acerca del uso de ayudas técnicas, enfermedad, inclusión entre otras temáticas.
- Prescripción de ayudas técnicas
- Diseño de adaptaciones

Dentro de las patologías que requieren de la intervención de un T.O. en el área de rehabilitación física y bajo previa indicación médica, se encuentran:

- Secuelado de ACV ( Accidente cerebro vascular)
- Enfermedad de Parkinson
- Retraso del Desarrollo Psicomotor

**PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

- Patologías osteomusculares transitorias; Tendinitis, fracturas en la ES, esquince, luxaciones.
- Síndrome del Hombro doloroso
- Traumatismo Encéfalo Craneano
- Parálisis Cerebral

**Yamileth Román Muñoz**

**Terapeuta Ocupacional**

**Dpto. de Salud Municipal de Litueche.**

**SALUD MENTAL CCS LITUECHE**

En el área de la salud mental el centro comunitario de salud abrirá una cartera de prestaciones para apoyar el grupo de salud mental del hospital de Litueche ya que la falta de box y una demanda tan intensa como la que requiere Litueche urbano hace necesario que atención primaria del municipio cooperé y presta atención a los cientos de pacientes que necesitan un trabajo del punto de vista de las emociones y apoyo con terapia psicológica.

La forma en que se interviene psicológicamente depende de las necesidades que se generan a partir de las problemáticas que traen los pacientes y giran en torno a los tipos de terapias que se requiera dependiendo el número de personas con quien se pretenda trabajar; por lo que podemos encontrar las siguientes terapias:

- Terapia individual (Niños/ Jóvenes) (Adultos)
- Terapia de pareja
- Terapia familiar
- Terapia grupal

Por otra parte, tanto las patologías asociadas a tratamiento farmacológico como las problemáticas transitorias o conductuales de los pacientes son visualizadas de manera integral donde se trabajan desde la multidisciplinariedad con otros profesionales con la finalidad de tener un mayor abordaje y también un tratamiento de manera global de la patología o el motivo de consulta particular que aqueja al paciente.

Algunas de las patologías en las que se interviene con las terapias antes mencionadas son como por ejemplo:

## **PLAN DE SALUD 2017-DIRECCIÓN DE SALUD**

- Depresión adolescente
- Depresión adulto
- Tras. De ansiedad generalizada
- Tras. De personalidad
- Tras. Conductuales
- Adicciones (alcohol y drogas)
- Maltrato intrafamiliar

Para llevar a cabo el tratamiento de estas patologías, se trabaja en conjunto con el paciente y con diversas técnicas las cuales son aplicadas con sus respectivos objetivos una vez teniendo una evaluación que nos indique cual es la más óptima para el caso, basándose en el modelo integral y sistémico.

Algunas técnicas utilizadas son:

- Entrevista
- Aplicación de tests psicométrico
- Técnicas conductuales
- Técnicas Cognitivas
- Técnicas Cognitivas-conductuales
- Terapia Gestalt
- Técnicas Narrativas
- Técnica hora de juego

Todas estas prestaciones serán realizadas de forma conjunta por el equipo que conforma el Departamento de Salud Municipal de la comuna de Litueche, que incluye Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Kinesiólogo, Enfermera y Medico.

**Denisse Bustamante Menéndez**

**Psicóloga Depto. Salud de Litueche**

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE- SALUD INTEGRAL**

## **8.0 ESTACIÓN DE ENFERMERÍA MATANCILLA**

Actualmente la comunidad ubicada en el sector de Matancilla resuelve sus problemas de salud en el Hospital de Litueche sin embargo, existen dificultades derivadas de la escasa movilización con que cuenta nuestra comuna. Esto se ve reflejado en que los usuarios no alcanzan a tomar horas médicas durante la mañana y pierden la oportunidad y continuidad de su atención.

Este es el principal motivo por el cual el Departamento de Salud Municipal ha decidido hacerse cargo del problema implementando desde Marzo del 2017 una Estación de Enfermería en dicha localidad. El principal objetivo de este establecimiento será mantener los controles de salud al día, entregando a sus usuarios control de signos vitales, atención de médico, enfermera, nutricionista, matrn, kinesiólogo y psicóloga, además de la entrega de medicamentos requeridos.

### **FUNCIONES EN EER**

#### **Técnico Nivel Superior de Enfermería (TENS)**

- Control de signos vitales
- Atención de morbilidad en ausencia de médico
- Derivación dentro de la red a pacientes que lo requieran
- Entrega de medicamentos
- Entrega de alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria
- Visitas domiciliarias (atención y rescate)
- Otros procedimientos: curaciones, administración de medicamentos, entre otros.

**Médico**

- Control de pacientes crónicos
- Consultas por morbilidad
- Visitas domiciliarias

**Enfermera**

- Control de salud infantil
- Control de pacientes crónicos
- Evaluación de pie diabético
- Evaluación funcional del adulto mayor
- Evaluación y control a pacientes postrados
- Visitas domiciliarias
- Procedimientos
- Educación a la comunidad

**Nutricionista**

- Consultas nutricionales
- Controles nutricionales a pacientes crónicos y no crónicos
- Controles nutricionales a embarazadas
- Educación a la comunidad

**Matrón**

- Control de embarazo
- Control prenatal y postnatal (puerperio)
- Control ginecológico
- Regulación de la fertilidad
- Toma de PAP
- Educación a la comunidad

**Kinesiólogo**

- Controles de sala IRA y ERA
- Rehabilitación osteomuscular
- Talleres de adultos mayores
- Educación a la comunidad

**Psicóloga**

- \*Depresión
- \* Superar duelos
- \*Crisis de ansiedad
- \*Autoestima

**Terapeuta Ocupacional**

- \*Discapacidad intelectual
- \* Intervención comunitaria    Accidentes cerebro vasculares (ACV)
- \* Traumatismo encéfalo craneano (TEC)
- \* Parálisis cerebral
- \* Enfermedades degenerativas (Parkinson, Alzheimer)
- \* Otros

**Dentista**

Ejecución de todos los programas odontológicos para los vecinos de la localidad de matancilla en el box de la posta de Pulín.

**9.0.- CONCLUSIONES GENERALES**

Se ha tenido y se ha formado la certeza que la salud del punto de vista biomédico, no logra adherencia ni menos efecto deseado en salud en la población. Solo el ver la salud como exámenes, diagnósticos y medicamentos solo viene a reparar los síntomas de las personas. Estamos convencidos que la salud de verdad se basa en la promoción, en la conciencia de los hábitos y estamos dando una importancia a las emociones que es la esencia de nuestra especie humana.

La permanencia de los equipos en las diferentes poblaciones que prestamos atenciones de salud es fundamental, debemos hacer un esfuerzo y sectorizar nuestra comuna para que los profesionales de la salud no solo puedan atender a la persona como un individuo, sino también a sus familiares y comunidades, es la única forma de abordar de verdad la salud de nuestra población.

Estamos convencidos que los diagnósticos biomédicos solo son etiquetas que solo dicen el título de la patología, que el verdadero diagnóstico pasa por ver al paciente como un ser global, en no solo importan los diagnósticos, sino también como come, como duerme, su higiene mental y la interacción social que realiza día a día tomando en cuenta su cultura y sus afectos.

**Equipo de Salud Municipal**

**Noviembre del 2016**