Curico@cción
DIRECCION COMUNAL SALUD

Plan Comunal de Salud Municipal

Curicó

DEPARTAMENTO DE SALUD DE CURICÓ

2012

DIRECTOR COMUNAL DE SALUD
DR. RENE MELLADO CRUZ

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
SRA. M. CECILIA CASANOVA FAUNDEZ
SRA. CECILIA BURGOS SANHUEZA
SRTA. LAURA ZAGAL URRUTIA
SRTA. FELICITAS ROJAS GONZALEZ

UNIDAD DE GESTION CLINICA
SRA. ISABEL SANCHEZ MORENO
SRA. ELIZABETH TRIGARI OLAVE
SR. DIEGO AYALA MORALES

DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPAL

SRTA. ROSSANA BAHAMONDES SERRA	CESFAM MIGUEL ARENAS L
SRA. MARTHA ALAMOS MERMOUD	CESFAM COLON
SRA. ANA TERESA OBAL ZUÑIGA	CESFAM SOL DE SEPTIEMBRE
SR. L. JAIME ILLANES AREVALO	CESFAM CURICO CENTRO
SRA. GERALDINE DELAUNOY ESPINOZA	CESFAM SARMIENTO
SRA. GLADYS PAREDES ULLOA	CESFAM LOS NICHES

ASESORES COMUNALES

SRTA. PATRICIA REYES JORQUERA	ASESORA P. INFANTIL
SRA. LUZ ARIAS CONSTENLA	ASESORA P. ADOLESCENTE
SRA. BERTA MONTECINOS GALLEGUILLOS	ASESORA P. DE LA MUJER
SRA. M. TERESA RAMIREZ GONZALEZ	ASESORA P. ADULTO Y A. MAYOR
SRA. MABEL ALBORNOZ MIÑO	ASESORA P. ODONTOLOGICO
SR. ALFREDO CANCINO ARCE	ASESOR P. SALUD MENTAL
SRA. MIRIAM HERNANDEZ FARIAS	ASESORA P. REHABILITACION
SRA. OLGA BAEZA CONTRERAS	ASESORA PNAC- PACAM

INDICE

INTRODUCCION **4**

DESCRIPCIÓN FISICO Y TERRITORIAL DE LA COMUNA DE CURICO **11**

DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD COMUNAL **21**

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL COMUNAL 2012 **66**

RED ASISTENCIAL COMUNA DE CURICO **73**

PLAN DE SALUD LOCAL POR ESTABLECIMIENTOS COMUNA DE CURICO **85**

CESFAM MIGUEL ARENAS LÓPEZ **86**

CESFAM COLON **108**

CESFAM SOL DE SEPTIEMBRE **150**

CESFAM CURICO CENTRO **185**

CENTRO DE SALUD FAMILIAR SARMIENTO **224**

CESFAM LOS NICHES **247**

CARTERA DE SERVICIOS COMUNA DE CURICO **277**

DOTACION DE PERSONAL COMUNAL **287**

PRESUPUESTO COMUNAL **297**

PLAN DE CAPACITACION COMUNAL **304**

INTRODUCCION

La Ley 19.378, establece que los Municipios deben generar anualmente un Plan de Salud Comunal en armonía con las Orientaciones Programáticas, objetivos sanitarios para la década 2011-2020, evaluación de objetivos sanitarios 2000-2010 y normas técnicas emanadas del MINSAL, incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud. Se presenta este Plan de Salud a las Autoridades Comunales, Servicio de Salud del Maule, Comunidades y especialmente a los Equipos de Salud que se desempeñan en los establecimientos de APS de la Comuna de Curicó.

El proceso de planificación es una herramienta metodológica anual y consciente de que trabajamos con y para personas en cuya dinámica la calidad de los servicios y cuidados que brindemos será percibida solo en la medida en que logremos reducir el abismo que media entre los actores internos, funcionarios de la salud, y los actores principales. usuarios que utilizan nuestros servicios, entendiendo como fundamental insertarnos en un cambio de paradigma, que valora a la persona como un ser pensante, capaz de aportar ideas y tomar decisiones, que permiten retroalimentar nuestro conocimiento y quehacer en salud y por otra parte reconocen el conocimiento en salud y la capacidad de autocuidado de los usuarios.

Nuestros servicios en salud son ofrecidos por actores con formación Biopsicosocial y ambiental que actúan desde una institución que ha descentralizado sus acciones y su organización , cuya preocupación es entregar una atención más humanizada y participativa en la cual la familia se convierte en la unidad básica de salud, junto al individuo como responsable en autocuidado y a los grupos sociales organizados como actores validos en la toma de decisiones en salud, quienes son preparados y orientados por equipos multidisciplinarios; todo para materializar la aspiración de obtener un mejor resultado en salud.

Para ello, nuestros esfuerzos serán exigidos al máximo con el fin de contribuir a elevar el nivel de salud y el estado de bienestar de la población de nuestra comuna, empleando los integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y en el que nuestros servicios y prestaciones, se organizan en función de sus necesidades a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad, resolutiva e integrada a toda la red asistencial, la que además debiese ser aceptada social y culturalmente por la población, ya que

considera las preferencias de las personas y la participación social en todo su quehacer, incluido el intersector.

Finalmente concluir con dos conceptos que continúan guiando nuestra planificación: **la salud** como un bien social y un derecho humano fundamental y el de **red de salud** como la acción articulada de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales que con eficiencia, eficacia y efectividad permita la resolución de los problemas de salud de la población inscrita en nuestros centros.

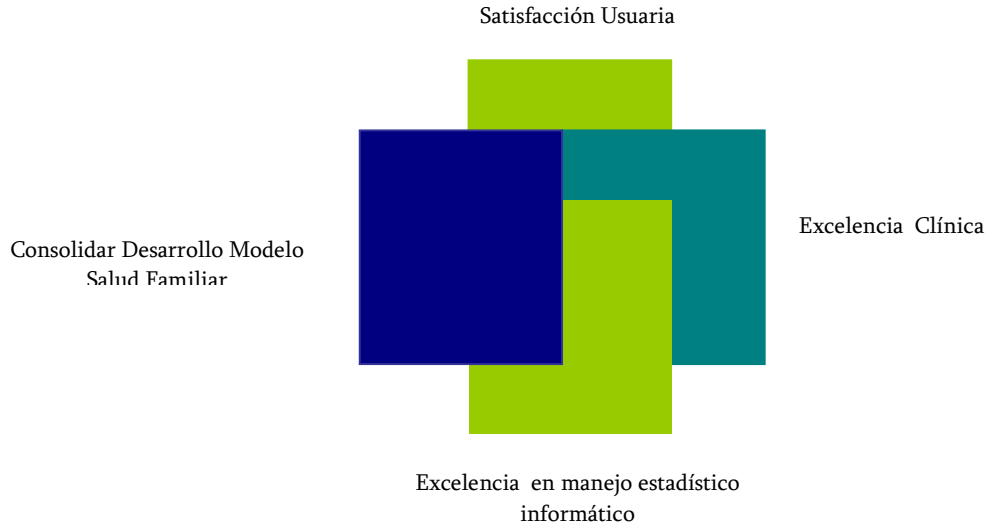
VISION

Salud Primaria de Calidad al Servicio de la Gente.

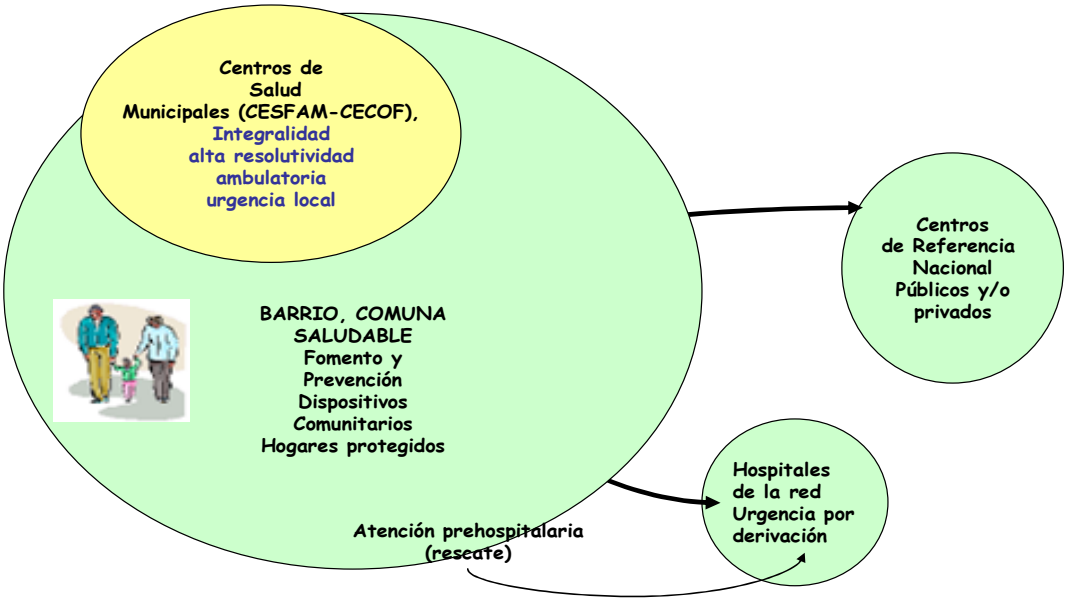
MISION

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y familias de la comuna de Curicó, proporcionando una atención de salud integral, con enfoque de salud familiar a lo largo del ciclo vital, por medio de acciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y recuperación, de manera oportuna, de alta calidad, resolutiva e integrada a toda la red asistencial, instalando a nivel comunal un enfoque de determinantes sociales de salud, que permita el desarrollo de un sistema sanitario ligado al desarrollo social.

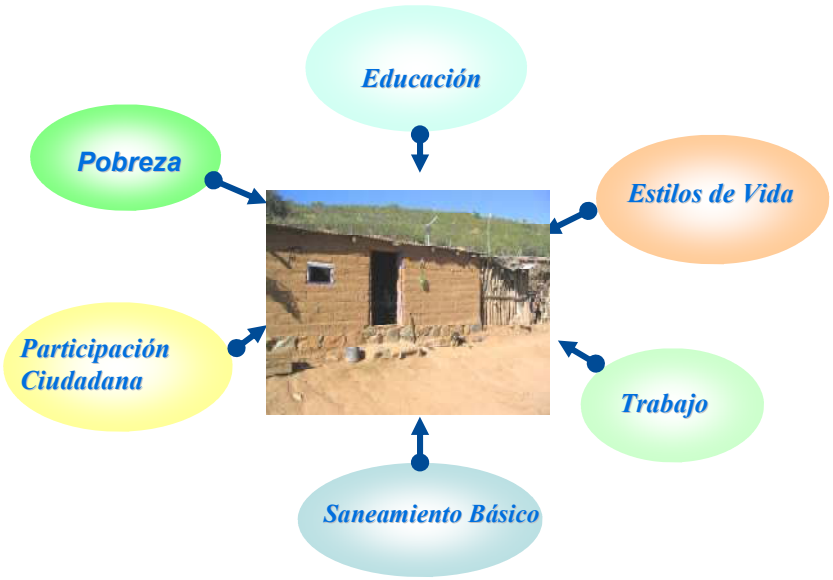
EJES DE LA ATENCIÓN



MODELO DE ATENCIÓN



MAPA DETERMINANTES SOCIALES



PROGRAMA DE SALUD COMUNAL

Los temas prioritarios para la gestión en la Atención Primaria para el año 2012, según las Orientaciones dadas por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria son:

1. Mejorar la calidad del trato al usuario.
2. Mejorar la gestión de los recursos para la realización de la atención de salud a los usuarios y su comunidad.
3. Relevar acciones de control de las enfermedades crónicas no trasmisibles.
4. Integrar las acciones de la red asistencial y de la SEREMI de Salud con las acciones del resto de los actores de políticas sociales destinadas a mejorar la situación de salud de la población en el marco de los objetivos sanitarios 2011-2020 y el Plan Nacional de Salud

OBJETIVO GENERAL

Elaborar Plan de Salud Comunal, enmarcado en las Orientaciones Técnicas del Ministerio de Salud, prioridades fijadas por el Servicio de Salud del Maule, Diagnóstico Participativo y de situación de salud elaborado por cada centro, para el logro de metas durante el año 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Construir un Diagnóstico de Salud Comunal, evaluando los principales indicadores de salud, acciones y programas ejecutados en el año 2011.
- Fijar Lineamiento estratégico comunal y las prioridades que orientaran el que hacer en salud en la comuna.
- Elaborar un plan de acción por cada establecimiento que contenga las estrategias de intervención a través del ciclo vital, considerando criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y participación social.
- Determinar acciones preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación frente a las estrategias determinadas
- Establecer indicadores de cumplimiento de metas programadas.
- Cuantificar demanda de atenciones y procedimientos de Especialidades.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS 2011-2020

El Plan Nacional de Salud (PNS) comprende la selección de 50 metas de impacto que corresponde al resultado de un detallado trabajo de análisis de la situación actual de salud de la población y sus determinantes. La selección de Resultados estratégicos (RE) consideró la revisión de la evidencia científica, los logros alcanzados con las estrategias pasadas, la identificación de actores extra-sectoriales relevantes, y la discusión de premisas de aplicabilidad y amenazas.

Los temas abordados en cada Objetivo Estratégico (OE) considera metas de impacto sanitario y Resultados Esperados (RE), los que a su vez incluyen estrategias para su cumplimiento.

Objetivo Estratégico 1 aborda tópicos relacionados con mantener los logros alcanzados en el control y eliminación de enfermedades transmisibles. También se considera tuberculosis, VIH/SIDA e infecciones respiratorias agudas.

Objetivo Estratégico 2 incluye metas relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones, asimismo, se aborda la discapacidad en la población general.

Objetivo Estratégico 3 relaciona factores de riesgo. Es importante destacar la meta relacionada con "salud óptima", cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población.

Objetivo Estratégico 4 incluye temas relacionados con el ciclo vital, desde sus distintas etapas. Dentro de las metas se destaca la correspondiente a rezago del desarrollo en población infantil.

Objetivo Estratégico 5 aborda tópicos relacionados con equidad y determinantes sociales de la salud. Se incorporan estrategias destinadas a disminuir las inequidades en salud de manera transversal en los objetivos del Plan.

Objetivo Estratégico 6 relacionado a medio ambiente, incorpora desde una perspectiva sanitaria varias metas vinculadas con agua segura, residuos sólidos, aire, ciudad e inocuidad de alimentos.

Objetivo Estratégico 7 plantea fortalecer el sector salud, contemplando una meta sobre recursos humanos, además de gobernanza y participación, investigación sanitaria, eficiencia financiera, gasto de bolsillo, relaciones internacionales, sistemas de información y la gestión de los Servicios de Salud.

Objetivo Estratégico 8 relaciona calidad de la atención, se destacan las metas dirigidas a disminuir las listas de espera para la atención de patologías no garantizadas por GES, mejorar la satisfacción usuaria, la acreditación de establecimientos y las metas relacionadas a calidad de las tecnologías sanitarias y fármacos.

Objetivo Estratégico 9 incorpora los desafíos en la preparación para enfrentar emergencias y desastres, incluyendo el concepto de hospital seguro.



DESCRIPCION COMUNAL

DESCRIPCIÓN FISICO Y TERRITORIAL DE LA COMUNA DE CURICO

La ciudad de Curicó fue fundada el 9 de Octubre de 1743 por el gobernador del reino de Chile, don José Antonio Manso de Velasco, con el nombre de "San José de Buena Vista. Curicó en voz mapuche significa "agua negra". El lugar original de la fundación de Curicó es convento Viejo, en la localidad de Tutuquén, para posteriormente trasladarse a su actual ubicación, a orillas del cerro Buena Vista, hoy Carlos Condell (unos 5 kilómetros al norte) por la humedad del terreno original.
En 1830 obtiene el título de Ciudad y hoy es capital de la Provincia de Curicó perteneciente a la Región del Maule en el Valle Central de Chile.

DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA

La comuna de Curicó, se sitúa geográficamente entre el paralelo 34º 58' de latitud sur y entre los paralelo 71º 14' de longitud oeste, a una altura de 212 metros sobre el nivel del mar en el sector norte de la Región del Maule.

El territorio comunal se sitúa en un valle circundado por la Cordillera de los Andes y la Cordillera de la Costa a 189 kilómetros al sur de Santiago por la línea Chilena Central de ferrocarriles y cuenta con una superficie de 1.328,4 km², representando el 0.17% de la superficie del país.

El principal sistema hidrográfico de la provincia de Curicó lo constituye el río Mataquito, sus aguas conformadas por los ríos Teno y Lontué bordean parte de la comuna y son constante preocupación en períodos invernales por el aumento de su caudal. El río Guaiquillo, que se extiende por el sector sur-poniente de la comuna, cuyo escaso caudal constituye una potencial fuente de contaminación para los ribereños



Población total INE 2010 proyectada provisoria: 142.708
Hombres: 69.887
Mujeres: 72.821
Territorio km2: 1.328,4 km²,
Densidad poblacional: 107.4 pp/km²
Limites
Norte: Comuna de Teno
Sur: Comuna de Molina y Sagrada Familia
Este: Comuna de Molina
Oeste: Comuna de Rauco
Clima: Mediterráneo

VÍAS DE ACCESO, TRANSPORTE Y COMUNICACION

- Transporte y Comunicación Vial: Ruta 5 Sur o carretera Panamericana, comunica a Curicó con el resto del país, atraviesa la comuna en su totalidad de norte a sur, a dos horas de Santiago
- Otras alternativas de acceso hacia el sector de Los Niches es carretera AJ 45, a Sarmiento Avenida Cabalín y al sector de Tutuquén carretera J 620.
- Ferroviaria: La red de ferrocarril une la comuna con el resto del país.
- Aérea: Existe un aeródromo en la comuna, denominado Dragones del General Freire, ubicado en el sector nororiente de la cuidad.

FLORA Y FAUNA

La vegetación es similar a la del resto de la región, destacando la supremacía del litre, molle, peumo, boldo, quillay, maitén, espino, colliuy, maqui, entre otros.

En cuanto a la fauna, el conjunto de animales autóctonos de la zona central, caracterizándose por el puma (león chileno), zorros, coipos, conejo, liebre, gato montés, comadreja, cóndor, águila, tórtola, torcaza, perdiz, zorzal, tordo, cisne, entre otros)

EDUCACIÓN

EDUCACIÓN PRE – ESCOLAR Y ESCOLAR

Las instituciones que están a cargo de este nivel de educación en la comuna son:

- Integra con 6 centros.
- JUNJI con 4 centros.
- JUNJI vía de transferencia de fondos con 10 centros.

EDUCACIÓN ESCOLAR

La tasa corregida de matricula preescolar es un 54.2%, básica 99.3% y media 91.3%

El 63% de los niños de básica y media de colegios municipalizados recibe alimentación en el establecimiento



El 58.4% de los niños en la región, se encuentran matriculados en colegios municipalizados

Existe un 9 % de matrícula en Educación parvularia 58% en educación básica municipal, 4% en educación especial, 16% educación media y un 13% de educación técnica profesional de colegios municipalizados

Ilustración 1 DESCRIPCION DE LA EDUCACION
Fuente: Anuarios estadísticos Mineduc, año 2009

El 20% de la matricula corresponde a colegio rural, el que concentra su matrícula en Educación básica

EDUCACION MEDIA Y TECNICA

Al relacionar educación con pobreza, el 75% de la población en el 1ª quintil no tiene educación media completa, en el 2ª quintil un 71% no tiene educación media completa, en 3ª quintil un 63%, en el 4ª quintil un 55% y en el 5ª quintil un 34% no completo su educación media

El 55% de los alumnos de Enseñanza Media recibe alimentación en el establecimiento



Ilustración 2: DESCRIPCION DE LA EDUCACION
Anuarios estadísticos Mineduc, año 2009

El promedio de años de escolaridad en la región es de 11.1, el 91% de los jóvenes se matricula en Enseñanza Media

El 45.8 % de los jóvenes de la región estudian en liceos técnicos profesionales, de ellos el 32 % en liceos industriales, 29% en liceos comerciales, 20% educación técnica y 19% liceos agrícolas

EDUCACIÓN SUPERIOR

El año 1989 del total de matrícula en la región un 45,5 % era en universidades del consejo, 6% en universidades privadas, 15% en institutos y 34% en CFT.

20 años después ha existido un 380% de aumento de matrícula, igualando el porcentaje de matrícula entre Universidades de Consejo y Privadas 34 y 31% respectivamente, un 22% en Institutos y un 13% en CFT



Ilustración 3: DESCRIPCION DE LA EDUCACION
Fuente: Anuarios estadísticos Mineduc, año 2009

Universidades

- Universidad de Talca
- *Universidad Católica del Maule*
- Universidad del Mar

Institutos profesionales y CFT

-AIEP
-Instituto y CFT Santo Tomas
-Instituto Valle Central
-I. Profesional La Araucana
-INACAP

DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIAL DE LA COMUNA DE CURICO

El 51.1% de la población corresponde a 72.821 mujeres en la comuna.
Participación laboral de mujeres 36.4 %
Tasa desocupación de mujeres 11.9 %

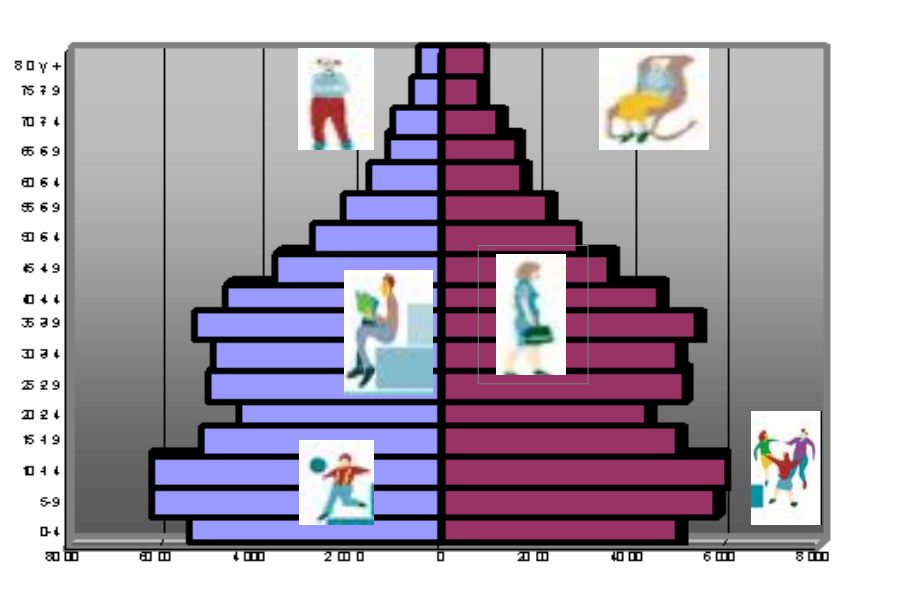


El 48.9 de la población corresponde a hombres (69.887)
Participación laboral de hombres 70%
Tasa desocupación de hombres 7.6 %

Proyección INE 2012
Población total comuna Curicó 142.708, corresponde 13.9 % de la población regional.

CENSO 2002
Un 16% de la población es Rural
El 1.2 % de su población pertenece a una Etnia originaria
El 49.6% de la población es casada, 7.6% convive, un 4.6% separados, 0.4% anulados, 5.1% viudos y 32.6% solteros
El 72.7% se declara Católica, 15.1% Evangélica, 3.5% profesa otras religiones y un 7.1% no declara religión, ateo o agnóstico.

PIRAMIDE POBLACIONAL



HOMBRES MUJERES

DEPENDENCIA

La población menor de 15 años y mayor de 65 años alcanza un 45,63% de Dependencia Potencial total.

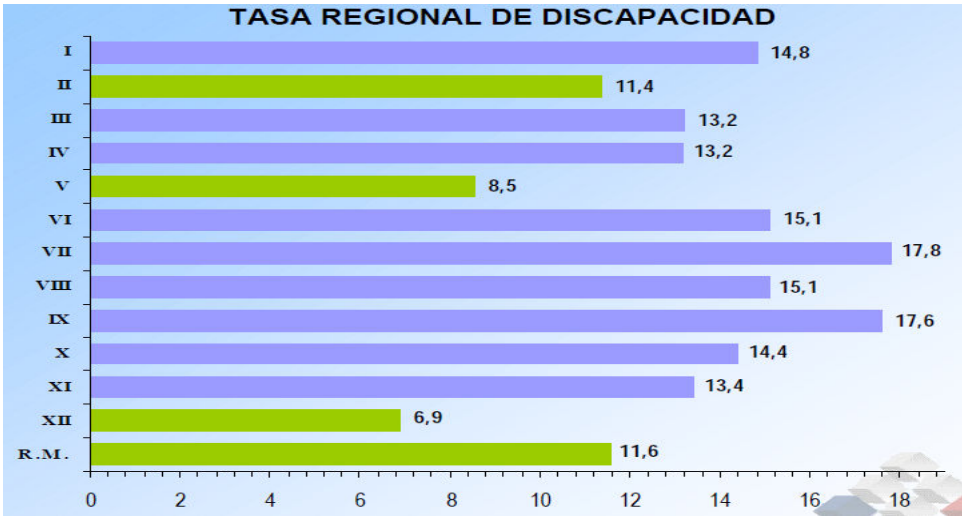
DEPENDENCIA POTENCIAL TOTAL (< 15 años +> 65 años / 15 años – 64 años)	45.63%
DEPENDENCIA DE NIÑOS (< 15 años / 15 – 64 años)	32.81%
DEPENDENCIA DE ANCIANOS (> 65 años / 15 – 64 años)	12.82%
INDICE DE VEJEZ (> 65 años / < 15 años)	39.07%

DISCAPACIDAD (Según CENSO 2002)

Ubicación	Población	Población Total (%)
COMUNA	2465	2%
REGION	23298	2,6 %
PAÍS	334377	2,2%

Una nueva forma de conceptualizar y medir la Discapacidad surge de la "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud", promulgada por la OMS y la OPS, lo que para Chile significó el desafío de conocer la prevalencia de la Discapacidad con un nuevo instrumento que se plasmó en el primer Estudio de la Discapacidad en Chile (ENDISC) 2004 cuyos resultados generan un nuevo escenario.

Aplicando Prevalencia Regional estudio discapacidad 2004, en la Comuna hay 24.751 personas con discapacidad



El Perfil de los hogares en la región, en un 67% corresponde a hogares urbanos y 33% hogares rurales. Un 12% corresponde a hogares uniparentales, 55% hogares nucleares biparentales, 15% hogar nuclear monoparental, 18% familiar extenso



Los hogares en nuestra comuna cuentan con:
-Eliminación excreta aceptable 89.3
-Distribución de agua aceptable 94.9
-Disponibilidad de energía eléctrica 99.6 %
-Materialidad de la vivienda aceptable 64.9 %

CASEN 2009
Numero hogares: 292.907, % Hogares Indigentes 4.3, pobres no indigentes 12.4, Hogares pobres 16.8%.
Ingreso hogar promedio $495.736
Tamaño promedio hogar 3.4
Edad promedio jefe hogar 52.6 años
Escolaridad promedio jefe hogar 8.2
Promedio dependientes por hogar 2.7
Jefatura Femenina 30.3 % de los hogares
Hogares propietarios de su vivienda 70.2
Hogares sin hacinamiento en la vivienda 90.8

- **FAMILIAS INGRESADAS AL PROGRAMA CHILE SOLIDARIO EN LA COMUNA DE CURICO**

Chile Solidario es definido como un sistema de protección social para las familias en extrema pobreza, que combina elementos de asistencia y promoción desde una perspectiva integradora. Está centrado en la familia como unidad de intervención y entiende la extrema pobreza como un problema multidimensional, no solo de falta de ingresos monetarios, sino también de escaso capital social y humano y alta vulnerabilidad de las familias.

Chile Solidario cubre a todo el país y se implementa con la activa participación de los distintos ministerios que crean una oferta integral para las familias.

En la comuna de Curicó desde el año 2002 a la fecha se encuentran incorporadas 1.816 familias efectivamente intervenidas, lo que equivale a 6.240 personas, actualmente se están interviniendo 308 familias, las cuales se encuentran inscritas en los diferentes establecimientos de la comuna.

PARTICIPACIÓN

La tasa formal estima el número de organizaciones funcionales o territoriales con personalidad jurídica vigente, definidas por la ley Nº 19.418 por cada 1.000 habitantes mayores de edad de la comuna. En Curicó supera el promedio nacional (18.6)

TASA FORMAL DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS (N°)

Municipio	Tasa Formal de Organizaciones Comunitarias (N°)	Municipio	Tasa Formal de Organizaciones Comunitarias (N°)
Licantén	33	Romeral	20
Sagrada Familia	29	Vichuquén	20
Longaví	29	Pelarco	19
Empedrado	27	Constitución	17
Pelluhue	27	Pencahue	16
Rauco	27	San Rafael	16
Curepto	26	Colbún	15
Maule	26	Hualañé	14
Chanco	24	Parral	13
Cauquenes	21	San Javier	12
Curicó	21	San Clemente	11
Molina	21	Teno	11
Retiro	21	Linares	10
Villa Alegre	21	Río Claro	9
Yerbas Buenas	21	Talca	6

Fuente: Sinim 2008.

ACTIVIDADES ECONOMICAS

INDUSTRIA
La gran industria de la zona se encuentra ligada a la producción agroindustrial, a través de empresas como Coopefrut, David del Curto, entre otros.

COMERCIO
Se observa un aumento de comercio retail en la zona, con la llegada de grandes cadenas que emplean un gran numero de adulto jóvenes en la zona, entre ellos destaca Cencosud con el mall , Falabella (tottus), Lider (2), etc.

VITIVINICULTURA
Actividad económica fundamental para la zona que da una de sus características típicas , destacan la gran cantidad de Viñas y hectáreas de cultivo vitivinícola en terrenos secano costero entre otras destaca Miguel Torres, viña puertas, etc.



AGRICULTURA
Continua siendo una fortaleza en la zona, asociado al cultivo de hortalizas, apicultura, frutales, cereales, empleando un gran número de adultos sobre los 48 años de ambos sexos, los que han mejorado sus precesos productivos , orientados a la competividad, asociatividad, rendimiento y calidad

CONSTRUCCIÓN
Este segmento se ha visto reactivado a través de la construcción de terrenos producto del terremoto y la reactivación económica de la zona

TURISMO
Las grandes atracciones turísticas de la zona van asociadas a sus festividades que mantienen la tradición chilena y culinaria típica , a través de la fiesta de la vendimia, las fiestas costumbristas y de la chilenidad **entre otras,**

TURISMO Y SOCIEDAD

La cultura del vino es un elemento característico de la ciudad. Dentro de este ámbito entre el 15 y 20 de Marzo de cada año se celebra en la ciudad la Fiesta de la Vendimia, con un festival de rica tradición cultura criolla e historia propia de la ciudad, gracias a la influencia vitivinícola a lo largo del tiempo. Queda de manifiesto con la creación de la Ruta del Vino en el valle de Curicó.

Un lugar apropiado para el desarrollo del turismo es "Potrero Grande" a unos 30 km de Curicó hacia la Cordillera de los Andes. Sector que invita a acampar y recorrer la precordillera de los Andes con sus grandes y extensos bosques y caídas de agua.

La atracción más difundida de la ciudad es la Plaza de Armas, declarada "Zona Típica", la cual está rodeada por palmeras traídas desde las Islas Canarias, esculturas alrededor de fuentes de agua, un kiosco de hierro "para actos cívicos" declarado Monumento Nacional, el busto en bronce del fundador de la ciudad don José Antonio Manso de Velasco hecho por la escultora Hortensia Alexandre y el Monumento al Toqui Lautaro esculpido en un tronco de madera, creado por el conocido escultor de Vichuquén Don Heraclio Calquín.





DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD COMUNAL

DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD COMUNAL

INDICADORES GENERALES DE SALUD

PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD

INDICADOR TASA	PAIS	REGION	PROVINCIA CURICO
NATALIDAD POR 1000 HBTES	14.6	14.9	16.3
FECUNDIDAD GRAL N.V. x mil mujeres de 15-49 años AÑO 2009	56.1	53.7	56.0
TASA MORTALIDAD GENERAL POR 1.000 HBTES AÑO 2009	5.4	5.9	5.6
MORTALIDAD MATERNA x 10.000 N.V. AÑO 2009	1.7	0.7	0.0
MORTALIDAD < DE 1 AÑO x 1.000 N.V. AÑO 2009	7.9	7.6	6.5
MORTALIDAD 1 A 9 AÑOS POR 1.000 HBTES AÑO 2009	0.23	0.28	0.06
TASA MORTALIDAD 10 A 19 AÑOS POR 1.000 HBTES AÑO 2009	0.35	0.44	0.34
TASA MORTALIDAD 20 A 44 AÑOS POR 1.000 HBTES AÑO 2009	HOMBRES 1.62 MUJERES 0.62	HOMBRES 2.01 MUJERES 0.64	HOMBRES 1.01 MUJERES 0.67
TASA MORTALIDAD 45 A 64 AÑOS POR 1.000 HBTES AÑO 2009	HOMBRES 6.62 MUJERES 3.66	HOMBRES 6.83 MUJERES 3.88	HOMBRES 6.14 MUJERES 3.94
TASA MORTALIDAD 65 A 79 AÑOS POR 1.000 HBTES AÑO 2009	HOMBRES 31.9; MUJERES 18.9	HOMBRES 33.1 ; MUJERES 18.9	HOMBRES 38.6; MUJERES 22.8
TASA MORTALIDAD A. MAYOR 80 Y MAS AÑOS POR 1.000 HBTES AÑO 2009	HOMBRES 122.7; MUJERES 100.6	HOMBRES 127.7; MUJERES 121.1	HOMBRES 147.4; MUJERES 148.5

Fuente: Anuario Servicio Salud del Maule Año 2010.

INDICE DE SWAROOP

El índice de Swaroop, también llamado tasa de mortalidad proporcional es una tasa empleada en demografía y epidemiología para comparar la mortalidad entre poblaciones con diferente estructura por edades.

Para evitar este sesgo se emplea el índice de Swaroop, que representa el porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación índice propuesto por Rodriguez De Paiva por cada 100 defunciones totales (un valor más elevado indica una mejor situación sanitaria). Se obtiene en un año, y el 100% se obtendría si todas las personas vivieran más de 60 años.

NIVEL	INDICE DE SWAROOP		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
PAIS	75.0%	69.3%	81.5%
REGION	74.8%	69.5%	81.7%
COMUNA	78.5%	74.4%	82.8%

Fuente: Deis Minsal 2010

ESPERANZA DE VIDA POR SEXO Y EDADES

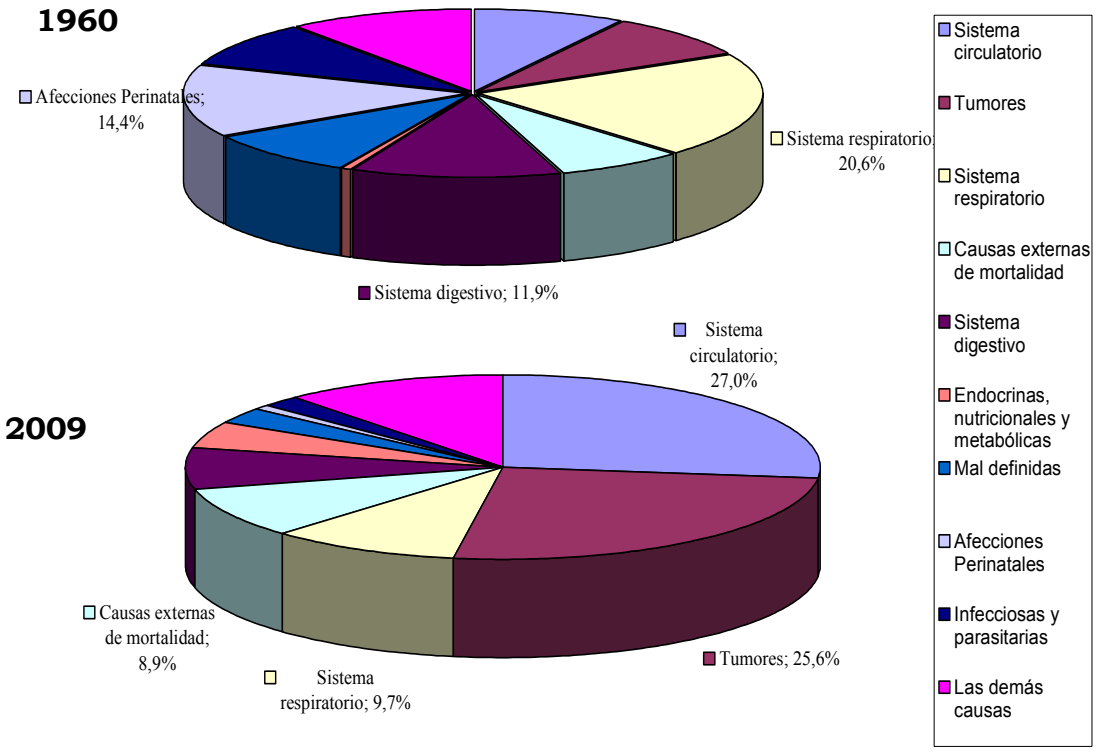
Los cambios en el volumen general de defunciones se traducen en el riesgo de muerte que enfrenta una población, expresado a través de la esperanza de vida al nacer. Este indicador expresa el número promedio de años que se espera viva una cohorte de recién nacidos, de acuerdo a las condiciones del riesgo de mortalidad del momento en estudio.

Según el INE, los chilenos viven hoy 79 años en promedio, lo que determina las expectativas de vida de los niños que nacieron en 2010. Una edad que posiciona al país como el más longevo de Sudamérica, sitial que seguirá ostentado hasta 2050, cuando los chilenos vivan en promedio 82 años.

SEXO	ESPERANZA DE VIDA			
	NIVEL/AÑOS	1990	2000	2007
HOMBRES	PAIS	69.41	72.79	74.37
	REGION	68.06	73.65	74.50
MUJERES	PAIS	74.43	80.02	80.66
	REGION	76.45	78.94	79.77

PERFIL EPIDEMIOLOGICO SEGÚN CAUSAS DE MUERTE 1960-2009

En los últimos 50 años en nuestro país se aprecia un cambio significativo en las causas de muerte de los chilenos hace 50 años atrás, cuyas principales causas de muerte eran Respiratoria, Afecciones Perinatales y Digestiva: Hoy en cambio las principales causas de muerte tanto a nivel país, región y comuna son Enfermedades del Sistema Circulatorio, Tumores, Enfermedades del Aparato Respiratorio y Causas Externas.



Fuente: Deis MINSAL 2009

DEFUNCIONES SEGUN GRUPOS DE EDAD Y PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE REGION DEL MAULE 2010

El comportamiento de la mortalidad está relacionado con la determinante **EDAD** ya sea por un factor lógico de envejecimiento (a mayor edad mayor mortalidad) pero también **por la diferencias de sus causas.** De los datos nacionales y comunales que se exponen a continuación podemos concluir lo siguiente:

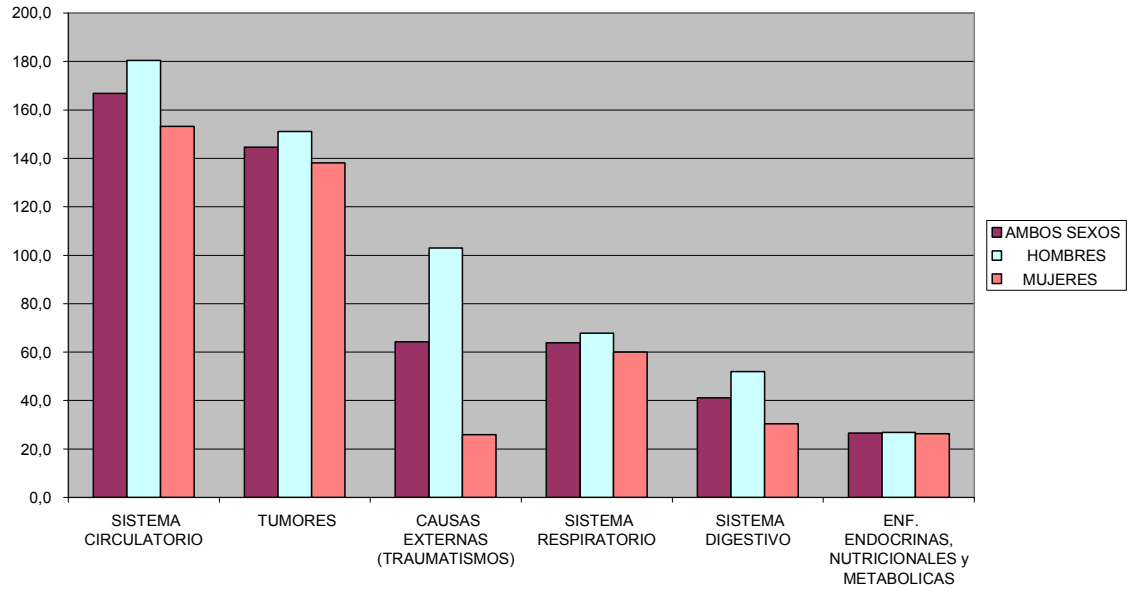
- En los niños y niñas menores de 1 año la mortalidad está relacionada
  - Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (43% del las muertes en este grupo de edad)
  - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (36% del las muertes en este grupo de edad)
- En los niños y niñas de 1 a 4 años
  - Causas externas de mortalidad (40% del las muertes en este grupo de edad)
  - Enfermedades del sistema respiratorio (20% del las muertes en este grupo de edad)
- En los niños y niñas de 5 a 9 años
  - Causas externas de mortalidad (50% del las muertes en este grupo de edad)
  - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (17% del las muertes en este grupo de edad)
- En los Adolescentes de 10 a 19 años
  - Causas externas de mortalidad (55% del las muertes en este grupo de edad)
  - Enfermedades del sistema nervioso (16% del las muertes en este grupo de edad)
- En los adultos de 20 a 44 años
  - Causas externas de mortalidad (52% del las muertes en este grupo de edad)
  - Tumores (neoplasias) (16% del las muertes en este grupo de edad)
- En los adultos de 45 a 64 años
  - Tumores (neoplasias) (31% del las muertes en este grupo de edad)
  - Enfermedades del sistema circulatorio (25% del las muertes en este grupo de edad)
- En los adultos mayores a 65 años
  - Enfermedades del sistema circulatorio (33% del las muertes en este grupo de edad)
  - Tumores (neoplasias) (25% del las muertes en este grupo de edad)

GÉNERO Y MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSA

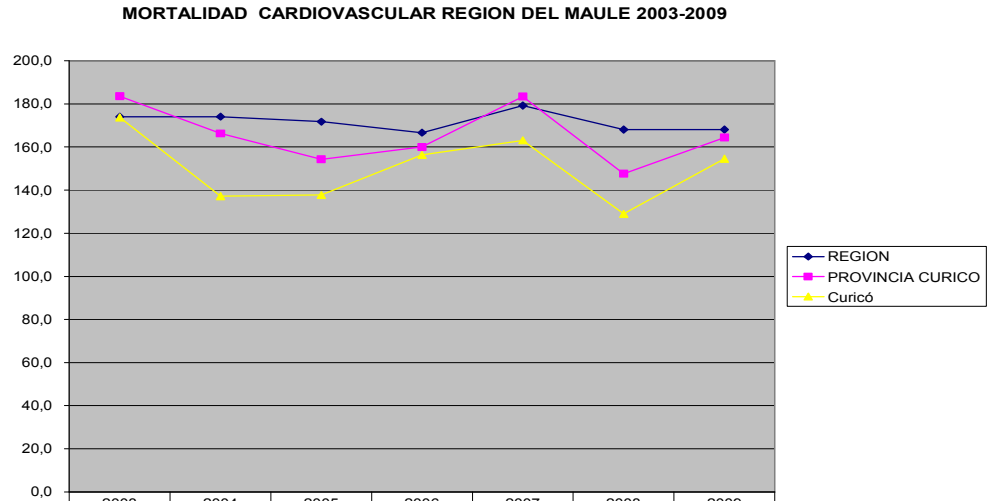
Las dos principales causa de muerte son las mismas para hombres y mujeres pero existe una marcada diferencia para el tercer grupo de causa de mortalidad, siendo para hombres las causas externas y para las mujeres con menor frecuencia el mismo grupo junto a el grupo de las enfermedades respiratorias.

Este enfoque de género es relevante para la planificación de actividades preventivas y promocionales a nivel comunal y que se evidencian también por causa específica de muerte que se presentan en los siguientes gráficos.

PRINCIPALES TASAS DE DEFUNCION POR SEXO, SEGUN GRUPOS DE CAUSAS REGION DEL MAULE 2009

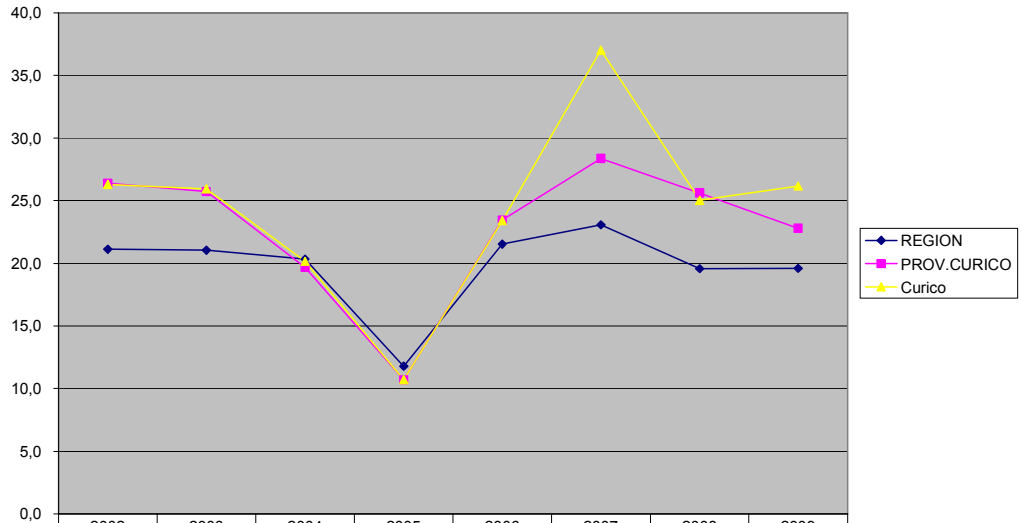


EVOLUCION MORTALIDAD SEGÚN CAUSA CARDIOVASCULAR



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
REGION	174,1	174,1	171,7	166,6	179,2	168,1	168,1
PROVINCIA CURICO	183,6	166,3	154,3	160,0	183,4	147,6	164,4
Curicó	173,7	137,3	137,7	156,3	163,1	129,0	154,6

DIABETES



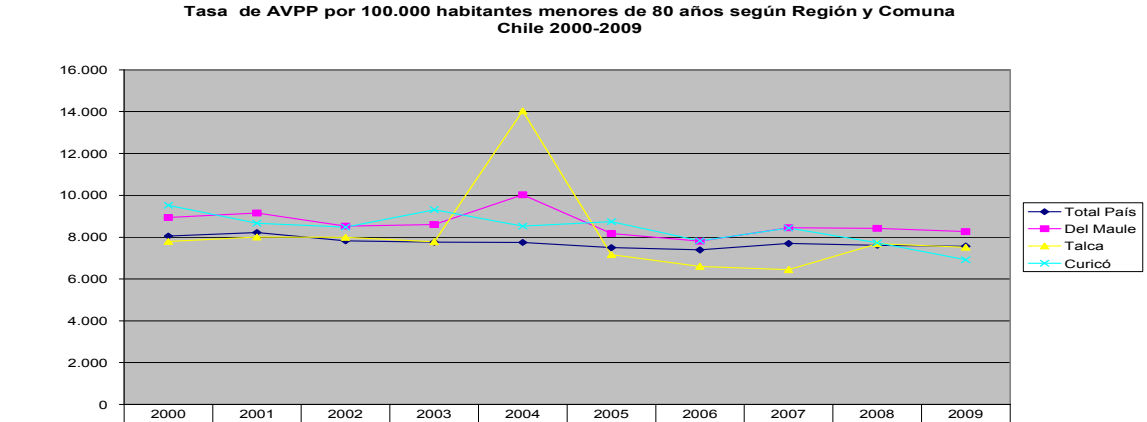
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
REGION	21,1	21,0	20,3	11,8	21,5	23,1	19,6	19,6
PROV.CURICO	26,4	25,7	19,7	10,7	23,4	28,4	25,6	22,8
Curico	26,3	25,9	20,2	10,7	23,4	37,0	25,0	26,2

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

Los **años de vida potencialmente perdidos** es un indicador que sirve para mostrar cuales son las enfermedades que producen muerte de manera más prematura. La realidad nacional, regional y comunal no es diferente, siendo los Traumatismos y Envenenamientos la causa que aporta el mayor porcentaje de muertes prematuras.

GRUPOS DE CAUSAS (17)	AVPP	Tasa	% AVPP	PROM. AVPP	DEF Nº
DEFUNCIONES de 1 a 74 AÑOS	63467	7035,9	100	20,7	3062
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS	19098	2117,2	30,1	34,1	560
TUMORES	12364	1370,7	19,5	15,0	824
SISTEMA CIRCULATORIO	9144	1013,7	14,4	13,0	702
SISTEMA DIGESTIVO	4798	531,9	7,6	17,4	275

Este indicador además ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, el análisis de la distribución de los AVPP en distintas zonas geográficas y/o estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas. Es así como se demuestra en el grafico siguiente, el descenso progresivo de la tasa de AVPP en la comuna de Curicó en el período evaluado. Otro elemento a considerar es la situación experimentada por nuestra comuna, que pasó de tener la mayor tasa de muertes prematuras en el año 2000 en relación al país, región y la capital regional a la menor tasa en el año
2009.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total País	8.048	8.221	7.821	7.759	7.750	7.495	7.391	7.699	7.613	7.570
Del Maule	8.941	9.155	8.523	8.603	10.021	8.176	7.800	8.450	8.420	8.271
Talca	7.795	8.006	7.994	7.786	14.044	7.168	6.606	6.452	7.691	7.518
Curicó	9.518	8.666	8.487	9.314	8.529	8.738	7.824	8.436	7.737	6.920

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVISA)

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto
de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

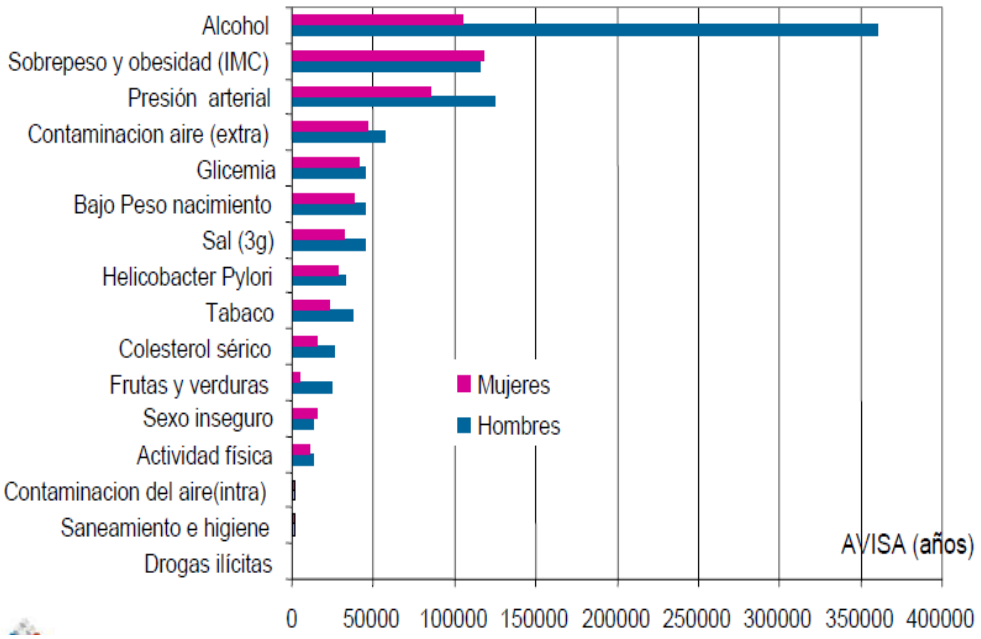
En el último estudio de Carga de Enfermedad publicado en el 2008 se refleja la supremacía de las enfermedades crónicas no transmisibles y en él se refuerza la magnitud de las condiciones neuropsiquiátricas y cardiovasculares. En relación a la Carga Atribuible a factores de riesgo en AVISA son el **alcohol, sobrepeso y la presión arterial** la de mayor carga, y la asociada a **cesación tabáquica y sal,** la de más bajo costo y con efectos tanto a corto como a largo plazo.

Principales causas de AVISA por Subgrupo
Chile 2004. Ambos sexos

Chile 2004. Ambos sexos	AVISA	%
Condiciones neuropsiquiátricas	871.758	23,20%
Enfermedades Digestivas	594.067	15,80%
Enf. Cardiovasculares	453.940	12,10%
Lesiones no intencionales	291.438	7,70%
Enf. Musculoesqueléticas	291.381	7,70%
Enf. Órganos de los sentidos	241.709	6,40%
Neoplasias Malignas	221.529	5,90%
Lesiones intencionales	142.836	3,80%

83% AVISA

Carga AVISA atribuible a Factores de Riesgo según género, Chile 2007



AVISA en menores de 1 año

Ambos Sexos	AVISA
Bajo Peso al Nacer	18.354
Anomalías Congénitas del Corazón	11.270
Trastornos Respiratorios al Nacer	10.478
Síndrome de Down	8.873
Trauma al nacer	6.884
Infecciones Respiratorias Bajas	3.020
Sepsis Neonatal	1.688
Trastornos metabólicos	1.378
Espina Bífida	1.128
Parálisis Cerebral Infantil	1.089

AVISA en niño/as de 1 a 9 años

Ambos Sexos	AVISA
Accidentes de Tránsito	10600
Caídas	10468
Estrabismo	10417
Síndrome de déficit atencional del niño	6851
Escoliosis	5758
Asma	5031
Parálisis Cerebral Infantil	4963
Por Fuego	2889
Agresiones	2624
Epilepsia	1932

AVISA en adolescentes de 10 a 19 años

Ambos Sexos	AVISA
Ulcera péptica	28.143
Escoliosis	24.686
Trastornos de ánimo bipolar	20.039
Accidentes de Tránsito	19.613
Migraña	19.456
Agresiones	19.116
Trastornos depresivos unipolares	17.235
Trastornos de las vías biliares y vesícula	15.073
Obesidad	14.278
Enfermedad Hipertensiva	13.018

AVISA en Adultos de 45 a 59 años

Ambos Sexos	AVISA
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	64.672
Cirrosis Hepática	38.206
Trastornos de las vías biliares y vesícula	32.919
Diabetes tipo II	30.655
Trastornos de la visión relacionados con la edad	27.374
Edentulismo	20.195
Trastornos depresivos unipolares	20.124
Enfermedad Isquémica del Corazón	19.671
Trastornos de la audición de aparición en la adultez	17.147

AVISA en Adultos de 20 a 44 años

Ambos Sexos	AVISA
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	147.287
Trastornos depresivos unipolares	126.974
Dependencia al alcohol	101.581
Trastornos de las vías biliares y vesícula	87.282
Accidentes de Tránsito	69.702
Agresiones	69.146
Cirrosis Hepática	65.404
Ulcera péptica	57.465
Trastornos de la audición de aparición en la adultez	42.252
Esquizofrenia	42.245

AVISA Adultos Mayores de 60 a 74 años

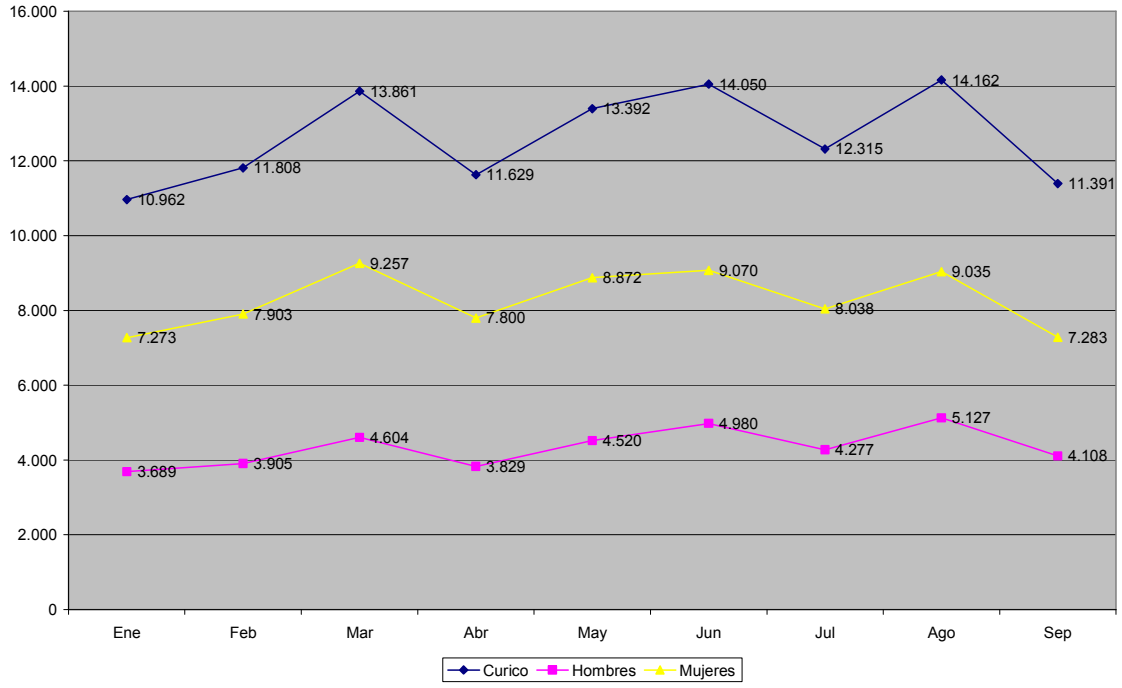
Ambos Sexos	AVISA
Cataratas	28.350
Enfermedad Isquémica del Corazón	26.506
Alzheimer y otras demencias	25.531
Diabetes tipo II	24.042
Enfermedades Cerebrovasculares	23.680
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	23.552
Glaucoma	21.275
Trastornos de las vías biliares y vesícula	19.255
Cirrosis Hepática	16.036
Artrosis	12.833

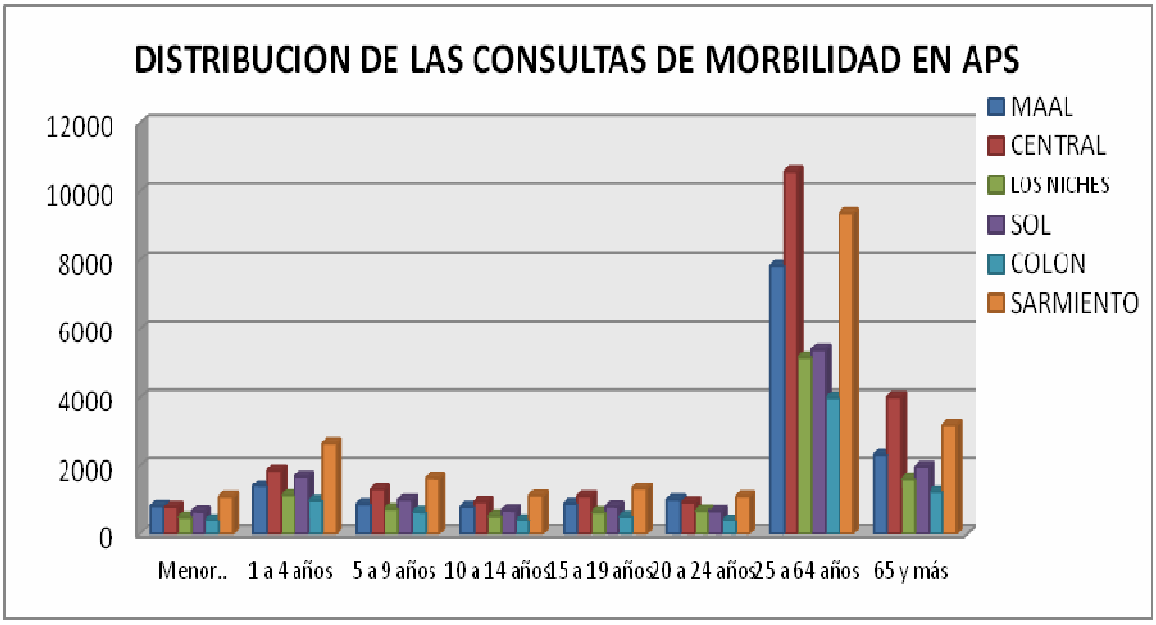
AVISA Adultos Mayores de 70 y más años

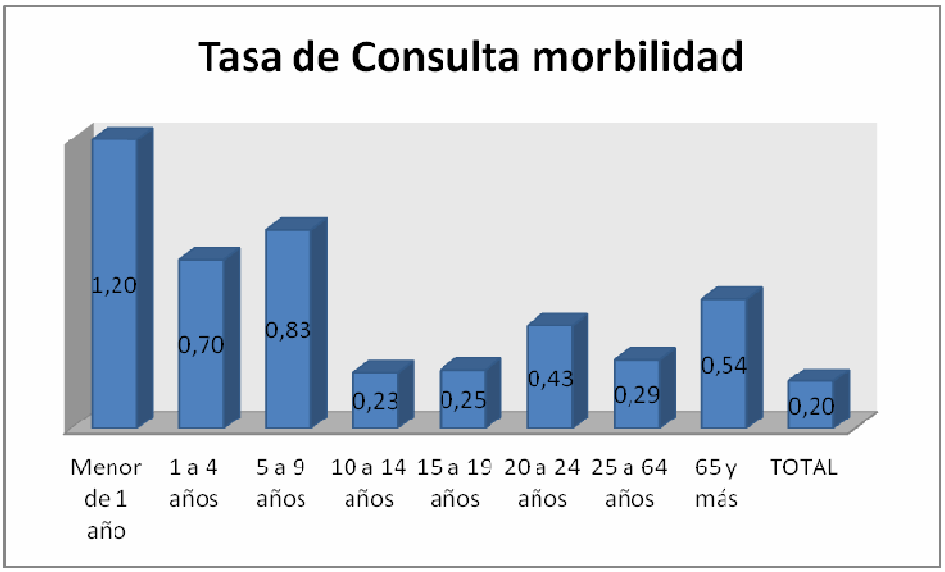
Ambos Sexos	AVISA
Enfermedades Cerebrovasculares	19.617
Enfermedad Isquémica del Corazón	13.574
Alzheimer y otras demencias	12.165
Cataratas	12.029
Diabetes tipo II	10.671
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	9.240
Glaucoma	6.666
Infecciones Respiratorias Bajas	6.471
Enfermedad Obstructiva Crónica	6.041
Cáncer gástrico	4.775

CONSULTAS MÉDICAS

Atenciones médicas realizadas en APS, según Sexo
Comuna Curicó Período Enero-Septiembre 2011







El Primer grafico muestra que el mayor número de consultas se concentra en el grupo etareo de 25 a 64 años y 65 y mas años, sin embargo al llevarlo a tasas de consulta relacionando el número de personas en cada uno de esos grupos, encontramos una realidad totalmente distinta. La mayor tasa de consulta1.2 se efectúa en el menor de 1 años quien sigue con los índices más altos pero en disminución hasta los 9 años, y con una notoria disminución siendo quienes menos consultan entre los 10 y 19 años.

Realidad que se mantiene en todos los Centros Urbanos y Rurales

Atenciones Médicas de Urgencias Totales según Sexo por Establecimiento, comuna Curicó

Establecimiento y sexo	Acumulado ENERO-SEPTIEMBRE
Centro de Salud Familiar Colón	20.415
Centro de Salud Familiar Curicó	44.239
Centro de Salud Familiar Los Niches	12.052
Centro de Salud Familiar Sarmiento	1.640
Centro de Salud Familiar Miguel Ángel Arenas López	42.752
CURICO MUNICIPAL	121.098

Interconsultas Generadas en Departamento de Salud de Curicó Enero-Septiembre 2012

Agenda	Total Inter.	Sin Hora	Lista Espera
A.R.O.	454	9	57
BRONCO INFANTIL	3	0	0
BRONCOPULMONAR ADULTO	10	0	3
CARDIOLOGIA	33	21	24
CARDIOLOGIA INFANTIL	8	0	1
CIRUGIA INFANTIL	137	3	39
CIRUGIA MENOR	30	30	29
CIRUGIA SECUNDARIA	359	30	132
COLONOSCOPIA	8	3	2
COLOPROCTOLOGIA	37	6	16
CONSULTA ARO	225	7	76
CONSULTA BRONCOPULMONAR ADULTO	22	10	14
CONSULTA BRONCOPULMONAR INFANTIL	8	0	1
CONSULTA CARDIOLOGIA ADULTO	94	78	83
CONSULTA CARDIOLOGIA INFANTIL	7	0	3
CONSULTA CIRUGIA COLOPROCTOLOGICA	24	10	18
CONSULTA CIRUGIA DE MAMA NO ONCOLOGICA	80	0	33
CONSULTA CIRUGIA GENERAL	585	213	342
CONSULTA CIRUGIA INFANTIL	97	9	35
CONSULTA CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	26	26	26
CONSULTA DERMATOLOGICA ADULTO	253	40	118
CONSULTA ENDOCRINOLOGIA ADULTO	225	114	141
CONSULTA FERTILIDAD	13	3	12
CONSULTA GASTROENTEROLOGIA ADULTO	47	6	15
CONSULTA GINECOLOGICA	350	110	297
CONSULTA GINECOLOGICA CON PATOLOGIA CERVICAL	18	1	13
CONSULTA ITS	74	0	68
CONSULTA MEDICINA INTERNA	102	14	50
CONSULTA NEFROLOGIA ADULTO	3	3	3
CONSULTA NEUROLOGICA ADULTO	235	81	142
CONSULTA OFTALMOLOGICA GENERAL	306	284	254

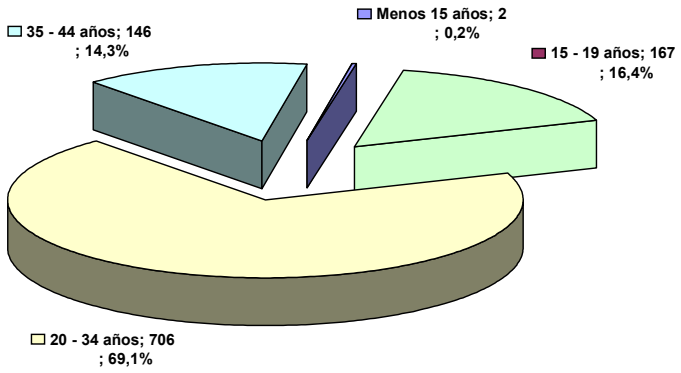
CONSULTA OTORRINO GENERAL	286	282	286
CONSULTA PEDIATRIA GENERAL	63	0	22
CONSULTA PEDIATRICA - NEUROLOGIA	50	25	38
CONSULTA PSIQUIATRIA ADULTO	29	21	24
CONSULTA SALUD MENTAL	1	1	1
CONSULTA TRAUMATOLOGIA	460	299	420
CONSULTA UROLOGIA ADULTO	170	36	66
DERMATOLOGIA	399	4	146
E.T.S.	68	0	42
ENDOCRINOLOGIA	179	87	111
ENDODONCIA	228	203	222
ENDOSCOPIA	672	425	653
FERTILIDAD	23	1	12
FONOAUDIOLOGIA	7	6	7
GASTROENTEROLOGIA	74	1	19
GINECOLOGIA	406	10	380
MAXILOFACIAL	547	20	520
MEDICINA GENERAL - CARDIOLOGIA	17	1	15
MEDICINA GENERAL - ITS	41	2	25
MEDICINA INTERNA	231	2	45
NEFROLOGIA	6	5	6
NEUROLOGIA ADULTO	158	5	35
NEUROLOGIA INFANTIL	188	41	109
OBESIDAD MORBIDA	26	23	25
ODONTOPEDIATRIA	59	56	57
ODONTOPEDIATRIA	44	43	44
OFTALMOLOGIA	1149	1134	611
OPERATORIA-FUN.	1	1	1
ORTODONCIA	291	289	291
OTORRINO	438	427	431
PATOLOGIA CERVICAL	26	0	19
PATOLOGIA MAMARIA	156	0	20
PEDIATRIA GENERAL	168	0	23
PERIODONCIA	112	50	72
PRE-PROTESIS	1	1	1
PROGRAMA PIN	1	0	0

PROGRAMA PSICOLOGIA	1	0	0
PROTESIS	248	233	245
PSIQUIATRIA	25	5	11
PSIQUIATRIA INFANTIL	15	1	10
RECTOSCOPIA	1	0	0
REHABILITACION PROTESIS REMOVIBLE	21	14	20
TRAUMATOLOGIA	497	120	267
UROLOGIA	279	2	65
VASCULAR PERIFERICO	6	4	4
	11741		

PERFIL DE RIESGO SALUD MATERNO PERINATAL

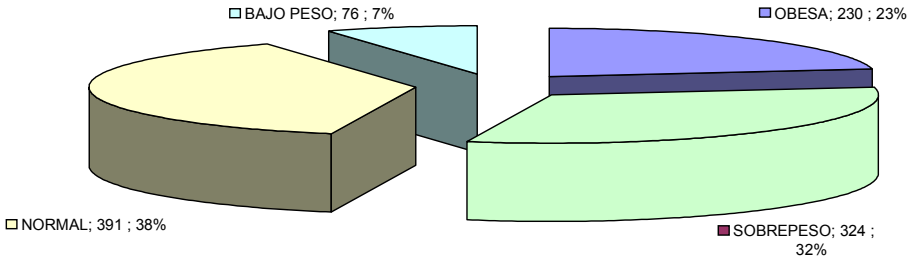
El envejecimiento poblacional de las mujeres en edad fértil, sumado a la postergación de la maternidad, ha producido un aumento de los nacimientos en mujeres de 40 o más años (14.3% del total de gestantes en la comuna), lo que explica que las enfermedades concomitantes sean en la actualidad una causa importante de muerte materna en Chile.

Gestantes Bajo Control según edad comuna de Curicó Junio 2011



La obesidad y sobrepeso destacan por su frecuencia (54% del total de Gestantes Bajo control en la comuna) Entre las complicaciones que se asocian se encuentran: síndrome metabólico; el pre eclampsia; la enfermedad hipertensiva del embarazo; diabetes gestacional; parto pretérmino; y muerte fetal in útero, entre otras.

GESTANTES BAJO CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL
COMUNA DE CURICO JUNIO 2011



El parto prematuro constituye el 5-6% del total de partos en Chile. En globo el riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que el de un RN de término. (Guía Prevención de Parto Prematuro. MINSAL 2010). Si se excluyen las malformaciones congénitas, gran parte de la mortalidad perinatal (75%) se presentan en RN prematuros.

El bajo peso al nacer se presenta en el 5,9% de los nacimientos en Chile, muy correlacionado al parto prematuro (2008, DEIS). Los nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 g), representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 43% de la mortalidad infantil. Los de Bajo Peso al nacer (menos de 2500 gr) corresponden al 4 % del total de nacimientos teniendo el RCIU en los países de la región una prevalencia que oscila entre el 12% y el 17% de todos los RNV presentando un riesgo de asfixia siete veces superior, y una tasa de mortalidad perinatal ocho veces mayor, cuando se los compara con los recién nacidos de peso adecuado para la edad gestacional. Esto es aún más grave cuando se asocia con prematurez.

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS DE BAJO Y MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO

REGION DEL MAULE AÑO 2010

	- 1500 Grs.	- 2500 Grs.
REGION	0,5%	4,6%
PROV. CURICO	0,2%	3,7%
Curicó	0,2%	4,4%

Otro factor importante a considerar, es la enfermedad invasiva del recién nacido por estreptococo del grupo B, agente adquirido durante el parto en mujeres embarazadas colonizadas. La transmisión se produce de madres colonizadas (20-30% de todas las mujeres embarazadas) a hijo por vía transplacentaria, ascendente o, principalmente, durante el trabajo de parto y parto; y aproximadamente el 50% de los recién nacidos de estas madres serán colonizados durante el parto. El 2% de estos desarrollará la enfermedad invasiva.-

PERFIL DE RIESGO SALUD INFANTIL

MALNUTRICIÓN

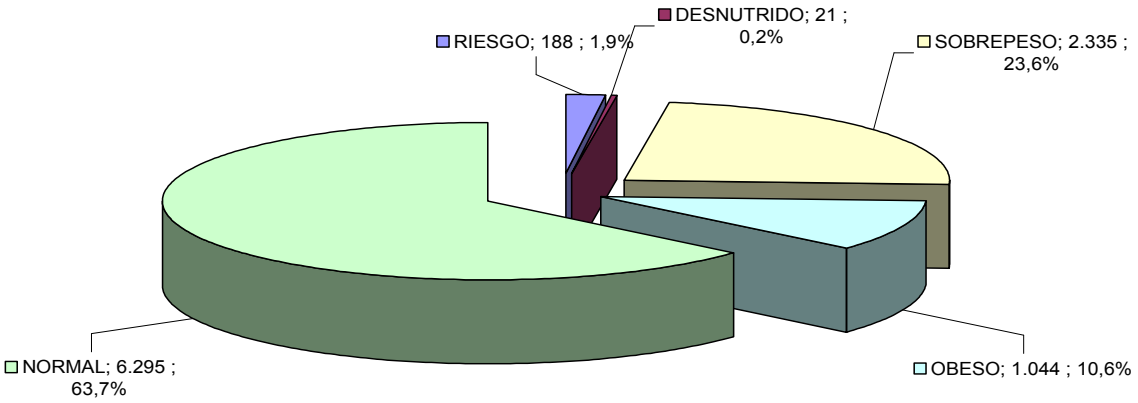
En los últimos años, ha existido una tendencia creciente de sobrepeso y obesidad en toda la población. En la población infantil bajo control, las prevalencias observadas en la comuna en el año 2011 (REM-DEIS) son de 23,6 y 10,6% respectivamente siendo la mayor alza poblacional en esta situación de salud entre los 3 y 6 meses de edad que coincide con la caída en la prevalencia de Lactancia Exclusiva.

La malnutrición por exceso es un problema de salud pública que reconoce entre sus causas factores ambientales que se asocian con los determinantes sociales de la salud.

	PAIS	REGION	COMUNA
Malnutrición por Déficit Niños y niñas menores de 6 años	0,3%	0,2%	0,2%
Malnutrición por Exceso Niños y niñas menores de 6 años	32,9%	33,9%	34,2%

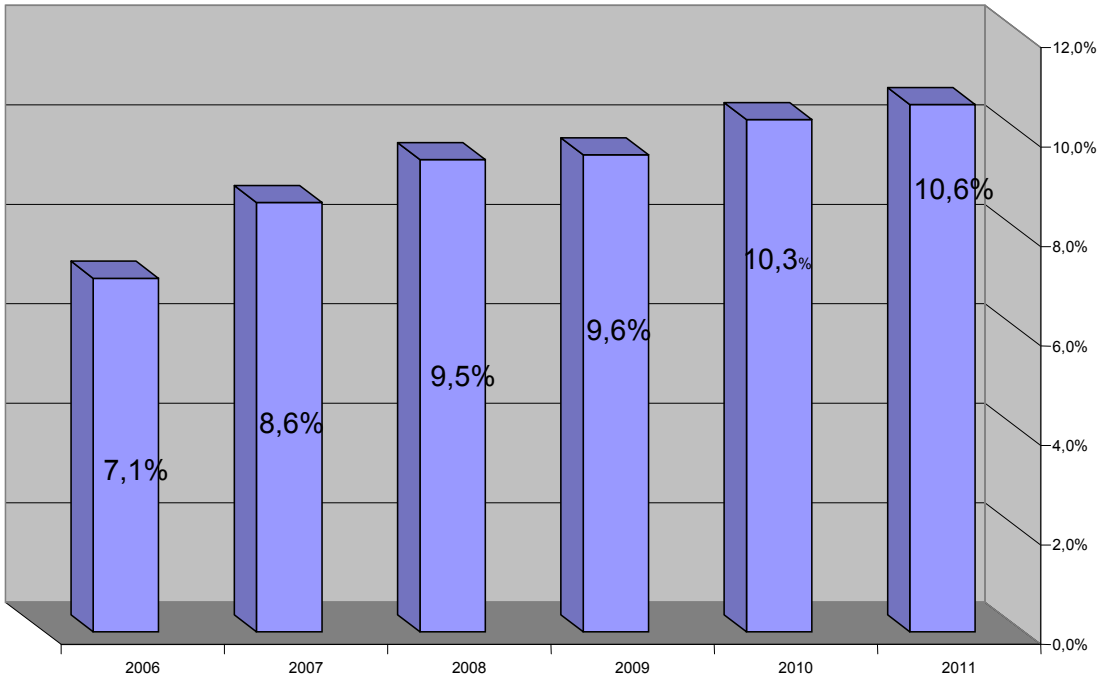
MENORES DE 6 AÑOS BAJO CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL

DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011



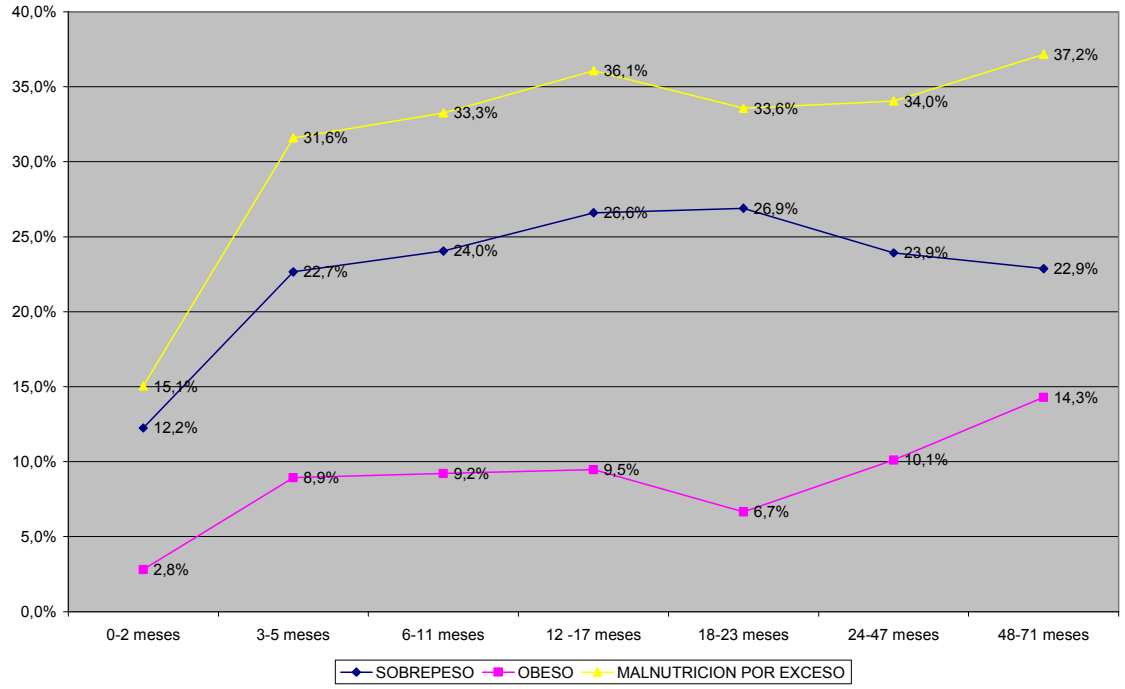
OBESIDAD INFANTIL MENORES DE 6 AÑOS

DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO

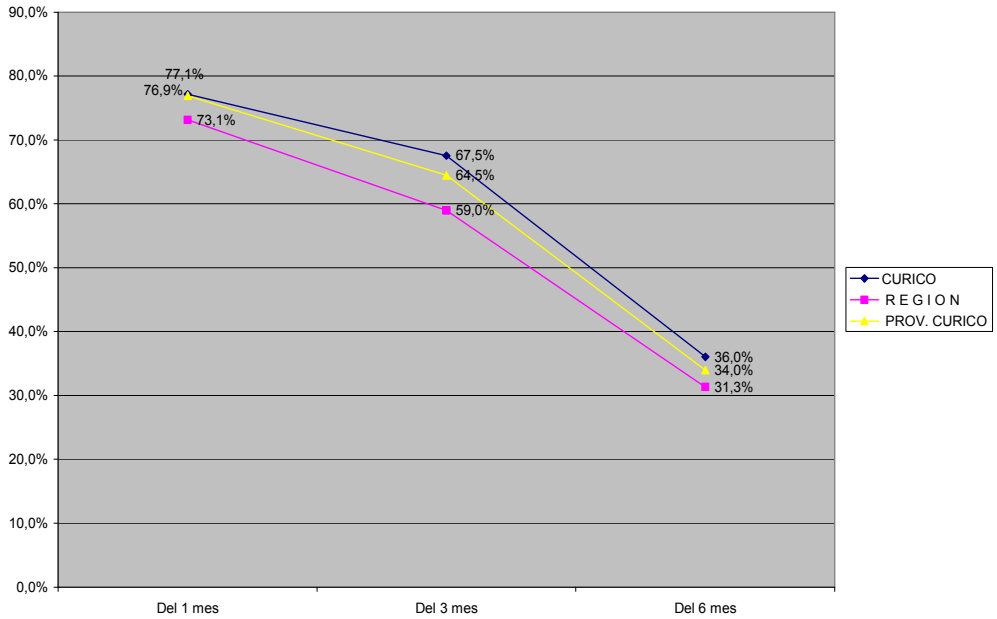


MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN POBLACIÓN MENOR DE 6 AÑOS BAJO CONTROL

DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011



LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MENORES CONTROLADOS A SEPTIEMBRE 2011 DEPARTAMENTO DE SALUD



REZAGO DEL DESARROLLO INFANTIL

El contexto actual en Chile, con una baja mortalidad infantil, hace relevante el Planteamiento de intervenciones que impacten en mejorar la calidad de vida de los Niños(as) y en establecer las bases sólidas para el desarrollo infantil temprano, junto con El evidente impacto en carga de enfermedad que generan las discapacidades adquiridas a Temprana edad. El foco en el Rezago del Desarrollo en menores de 5 años se fundamenta porque considera el desarrollo infantil temprano como un determinante de la salud y el nivel de desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital.

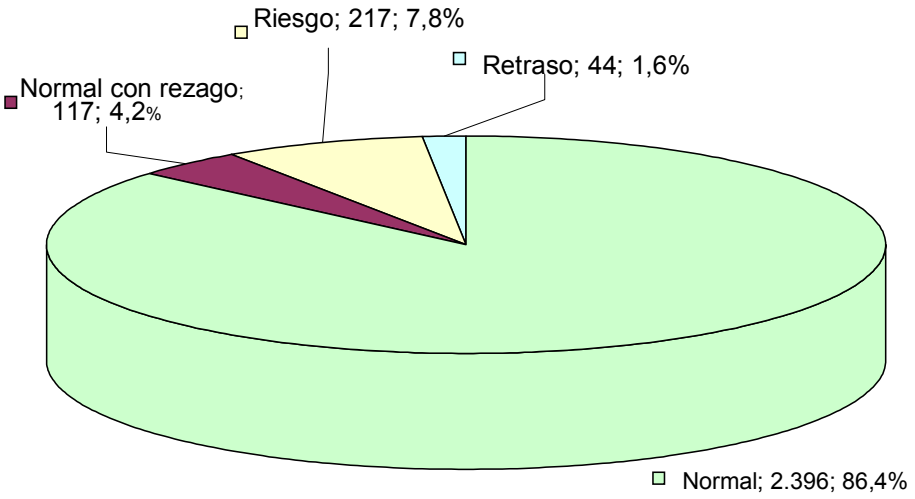
El período que va desde la gestación y hasta los ocho años de vida sienta las Bases de las capacidades cognitivas, sociales y emocionales, de la salud física y mental De los seres humanos. Los economistas sostienen hoy, en base a la evidencia disponible, que la inversión en la primera infancia es una de las más potentes inversiones que un país puede hacer, si se invierte un dólar en etapas tempranas de la infancia se obtiene un retorno de 8 dólares por cada dólar invertido (Carneiro, 2003).Las ciencias del desarrollo temprano han relevado la importancia de la calidad de las experiencias tempranas de vida en el desarrollo cerebral y alta influencia interactiva entre la genética y el ambiente en el desarrollo y en el comportamiento humano. También se ha demostrado, el rol central de las relaciones tempranas entre los padres, madres y sus hijos, que pueden transformarse en una fuente de apoyo o de riesgo y la enorme importancia de las habilidades emocionales y sociales de los niños en el éxito de su vida (Shonkhoff, 2000).

En la comuna durante el año 2011 el 7,8 % de los niños evaluados no alcanzaban todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad (Riesgo DPM) y un 1,6% presentaba Retraso del mismo (Retraso DPM) En el grupo considerado Normales a la evaluación de Desarrollo desde el año 2010 se inicio la detección del grupo de niños y niñas con alguna área alterado (Normales con Rezago) con el fin de intervenir preventivamente frente al Déficit del DPM siendo su incidencia durante el año 2011 de un 4,2%.

Considerando la suma total de las alteraciones del Desarrollo Infantil en la comuna existe un 13.6% de Rezago y un 9.4% de Déficit siendo más alto que lo reportado a nivel nacional y regional pero menor a lo que refleja la evidencia nacional; 16% de Déficit en población general y 18% en población vulnerable.-

	PAIS	REGION	COMUNA
RIESGO PSICOSOCIAL GESTANTES AL INGRESO (RIESGO DE REZAGO DE DESARROLLO INFANTIL)	39,6%	35,5%	28,6%
DEFICIT DPM MENORES DE 5 AÑOS	6,6%	6,9%	9,4%
REZAGO DPM MENORES DE 5 AÑOS	11,3%	8,8%	13,6%

Resultados de la primera evaluación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor a menores de 5 años, según resultado y sexo, Comuna Curicó Región Del Maule, año 2011



PERFIL DE RIESGO SALUD DEL ADOLESCFNTES

En relación con la salud física, los adolescentes y jóvenes han sido considerados tradicionalmente como una población "sana", dado que su mortalidad es entre siete y diez Veces menor que la población general, y los egresos hospitalarios corresponden al 10% (122.682) de los egresos en general (1.165.449), lo que ha contribuido a la invisibilización de ellos en las políticas públicas y en el sistema de salud (DEIS 2009); Dentro de la carga de Enfermedad AVISA es la **Ulcera Péptica** y la **Escoliosis** las más relevantes, sin embargo, comienzan a hacerse relevantes patologías de salud mental e ITS.

Muchas causas de muerte y morbilidad en esta edad son atribuibles significativamente a condiciones y estilos de comportamientos riesgosos. Podemos observar en las últimas décadas, un importante aumento de conductas de riesgo en este grupo poblacional (conducta sexual de riesgo, consumo problemático de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable). Muchas de estas conductas afectan de manera importante el presente de los adolescentes (embarazo, drogadicción, deserción escolar, violencia) causando también invalidez y muerte en muchos casos (accidentes, suicidios y homicidios). Estos antecedentes permiten suponer el impacto futuro en los índices de Años e Vida Saludables Perdidos (AVISA) en este tramo de edad, pero también en la carga de enfermedad de los futuros adultos y adultos mayores (Estudio de carga de enfermedad, MINSAL, 2007).

La mortalidad de los adolescentes por causas externas (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) ha tenido un preocupante aumento en los últimos años, siendo actualmente las principales causas de muerte, (60% del total de las muertes en adolescentes). De estas, corresponden a un 70,4% a adolescentes hombres y un 29,6% a adolescentes mujeres (DEIS, 2009).

La evidencia científica hace referencia a la multicausalidad del comportamiento suicida en adolescentes y jóvenes, siendo la **enfermedad mental** uno de los factores más importantes que predispone al comportamiento suicida y dentro de estos, los problemas mentales asociados con mayor frecuencia a este comportamiento son, **la depresión, los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia.**

La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida (ENCAVI, 2006), nos muestra que un 9,6% de la población general declaró haber tenido un **accidente** que requirió de atención médica en los últimos 6 meses, cifra que es de 9,9% en los adolescentes de 15 a 19 años. Esta cifra es menor en mujeres que en hombres adolescentes, aunque la diferencia no es significativa. Según el análisis realizado a los datos obtenidos de la base de defunciones del DEIS (2008) las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito son más altas en los hombres, a partir de los 17 años, riesgo que tiende a aumentar con la edad.

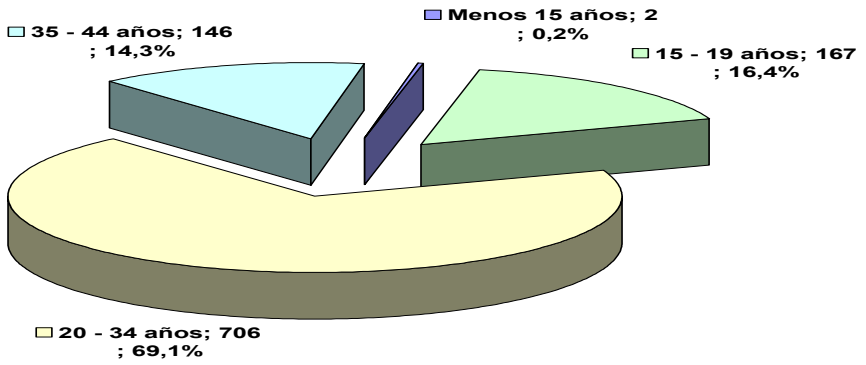
En relación a los **patrones de consumo de drogas y alcohol**, el "Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes", (CONACE, 2010), advierte que existe un aumento sostenido de consumo de marihuana, pasta base y cocaína en este grupo etario así, como un preocupante fenómeno de policonsumo de sustancias, apareciendo la vinculación entre casi todas las drogas ilícitas con el consumo habitual de alcohol y tabaco.

El **embarazo en la adolescencia** es considerado una problemática social vinculada a los derechos sexuales y reproductivos, cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo(a) y su familia. Se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre las que se encuentran, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales, profundizando además las desigualdades en las relaciones de género y acrecentando la vulnerabilidad de las mujeres (Palma, I, 2001 Salud y Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes y jóvenes en el contexto de la Reforma de salud en Chile. Documento OPS/OMS, Proyecto Equidad, Género y Reforma de la salud en Chile, Santiago de Chile. Relacionado a lo anterior, una alta proporción de los embarazos en la adolescencia no son deseados y son originados, muchas veces, por abusos sexuales. Esta temática está ampliamente abordada en investigaciones y estudios (Gray et al., 2006). Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas, tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud, menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos sufren más riesgos de salud, incluyendo el posible vínculo con la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente (OPS, 2007).

Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años de edad (2009)

	PAIS	REGION	COMUNA
Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años de edad (2009)	16,1%	17,0%	14,7%

Gestantes Bajo Control según edad comuna de Curicó Junio 2011



PERFIL DE RIESGO SALUD DEL ADULTO

Las **enfermedades cardiovasculares (ECVs)** constituyen la 3a causa de muerte prematura, después de las neoplasias malignas y las muertes de origen Traumático o Envenenamiento. Siendo además la 3a causa de AVISA en población general y la primera en este grupo etáreo.

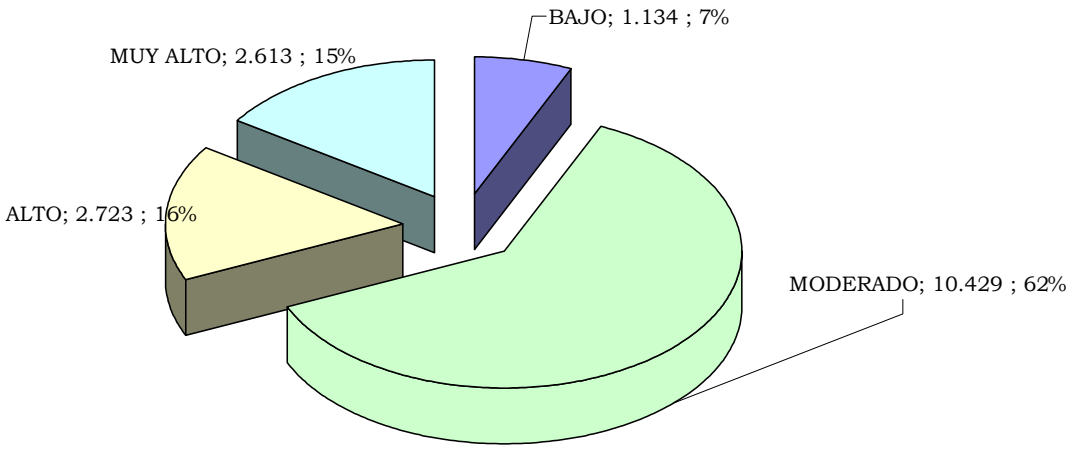
La declinación en la mortalidad cardiovascular en países desarrollados se atribuye a una mejor prevención, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, aunque particularmente a una menor prevalencia de tabaquismo, niveles de presión arterial y colesterol total (OMS, 2004). Por ello, es paradójico que los factores de riesgo cardiovasculares mayores en nuestro país, aun cuando, muestran una tendencia estable en el tiempo (tabaquismo, sedentarismo) o un franco aumento (ej. hipertensión arterial, obesidad, diabetes), la mortalidad por ECVs continua una tendencia descendente. Ello podría deberse a una mejoría en el acceso a los servicios de salud, oportunidad y calidad de la atención, junto a mejores condiciones sociales y económicas de la población.

Otro aspecto a destacar es la inequidad tanto en la mortalidad como en la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares según nivel educacional evidenciado en la Encuesta Nacional de Salud 2009. Existe una gradiente inversa en la medida que aumenta la escolaridad, tanto en hombres como en mujeres.

COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011

	TOTAL 15 Y MAS AÑOS	HOMBRES 15 Y MAS AÑOS	MUJERES 15 Y MAS AÑOS	AMBOS SEXOS 45-64 AÑOS
HIPERTENSOS BAJO CONTROL JUNIO 2011	14.291	5.356	8.935	6.546
INSCRITOS PERCAPITA JUNIO 2011	101162	47346	53816	28615
COBERTURA JUNIO 2011	14,1%	11,3%	16,6%	22,9%
PREVALENCIA ESPERADA ENS 2009-2010	26,9%	28,7%	25,3%	43,8%

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR POBLACION BAJO CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO2011



PREVALENCIA DE DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL ENS 2009

Condición de salud	NEDU bajo	NEDU medio	NEDU alto	Pobl. Total
Hipertensión	51.1	22.8	16.7	26.9
Riesgo Cardiovascular Alto	28.0	11.9	9.1	15.5
Colesterol LDL elevado	35.3	22.8	14.2	22.6
Obesidad	35.5	24.7	18.5	25.2
Tabaquismo	25.6	41.3	50.3	40.6
Sedentarismo	96.9	88.6	82.2	88.6

La Diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto, ataque cerebral, falla renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético. Sin embargo,

Existe evidencia robusta que señala que el buen control de la glicemia, presión arterial y niveles de colesterol, reduce el riesgo de las complicaciones (MINSAL, 2009).

La prevalencia aumenta junto a los tramos de edad, existiendo además una gradiente educacional con prevalencias significativamente mayores en el nivel educacional bajo (20,5%) respecto a los niveles medio y alto (7,1% y 6,2% respectivamente).Tendencia que se repite con el Deterioro de la Función Renal . La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública, caracterizado por un aumento explosivo en su incidencia y prevalencia, mal pronóstico y elevados costos de tratamiento. En la población chilena de 15 y más años, un 2,7% presenta una ERC en etapa 3 o superior, lo cual equivale a una pérdida de más del 50% de la función renal (MINSAL, 2010). La ERC se asocia a mayor mortalidad, en especial cuando se asocia como sucede frecuentemente, con otras enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y enfermedad de corazón. Dentro de las causas de inicio de HDC, la nefropatía diabética es la primera, siendo responsable del 35,4% de los casos incidentes (Poblete, 2000). Durante los últimos 10 años, la incidencia de inicio de HDC por neuropatía diabética a aumentado en de 10 puntos porcentuales (Poblete H, 2000).

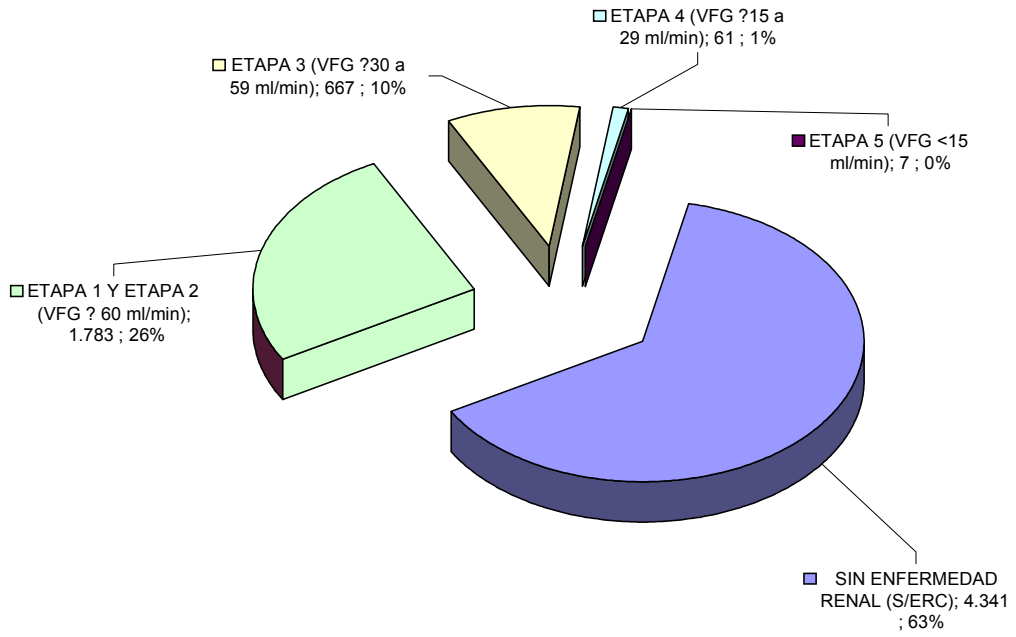
COBERTURA DIABETES DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011

	TOTAL 15 Y MAS AÑOS	HOMBRES 15 Y MAS AÑOS	MUJERES 15 Y MAS AÑOS	AMBOS SEXOS 45-64 AÑOS
DIABETICOS (AS) BAJO CONTROL JUNIO 2011	5.127	2.076	3.051	2.447
Percapita Junio 2011	101162	47346	53816	28615
COBERTURA JUNIO 2011	5,1%	4,4%	5,7%	8,6%
PREVALENCIA ENS 2009-2010	9,4%	8,4%	10,4%	16,9%

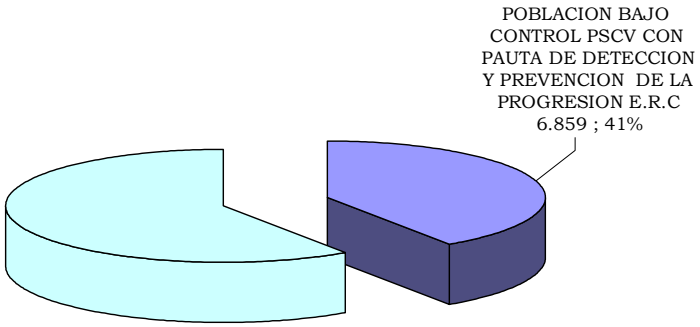
PREVALENCIA DE DIABETES Y FUNCION RENAL DISMINUIDA SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL ENS 2009

Condición de salud	NEDU bajo	NEDU medio	NEDU alto	Pobl. Total
Diabetes	20.5	7.1	6.2	9.4
Función renal disminuida	5.1	2.3	1.9	2.6

DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) EN POBLACION BAJO CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011



COBERTURA DE APLICACIÓN DE PAUTA DE DETECCIÓN Y PREVENCION DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) EN POBLACION BAJO CONTROL PSCV DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011



COMPENSACION PACIENTES BAJO CONTROL PROGRAMA CARDIOVASCULAR CURICO JUNIO 2011

	METAS DE COMPENSACIÓN	POBLACION PSCV CON METAS DE COMPENSACIÓN	BAJO CONTROL JUNIO 2011	% CUMPLIMIENTO META COMPENSACION
Personas bajo control por hipertensión	PA < 140/90 mmHg	8.152	14.291	57,0%

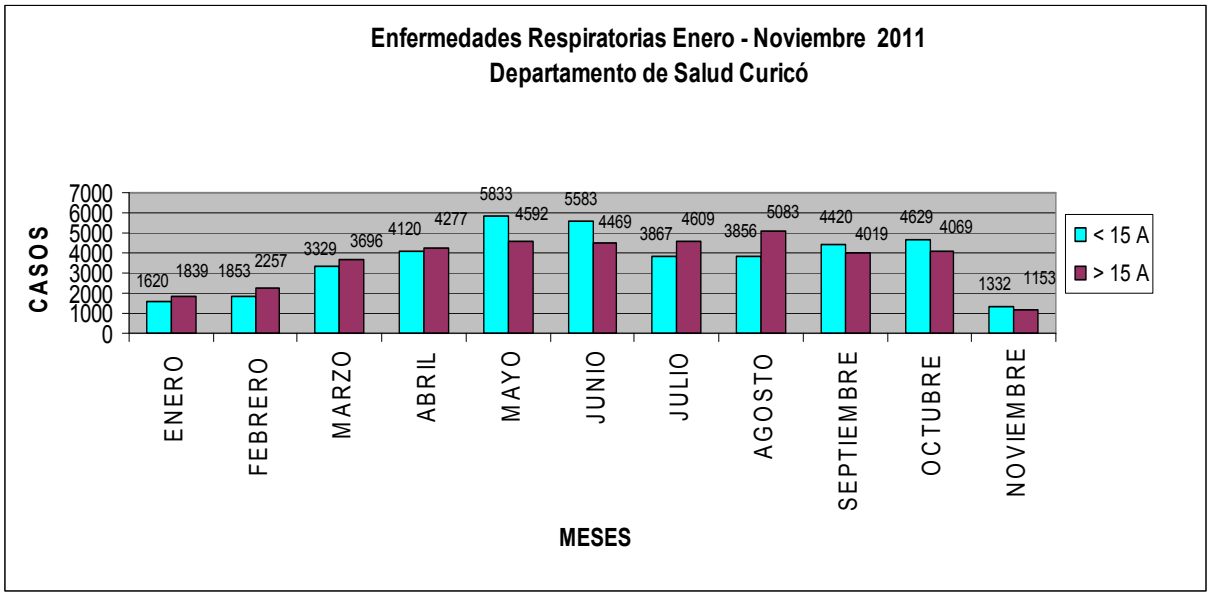
Personas bajo control por diabetes mellitus	HbA1C<7%	1.976	5.127	38,5%
	HbA1C<7% - PA < 130/80mmHg	1.089	5.127	21,2%
Personas bajo control en riesgo CV	Alto y Muy Alto con Col. LDL < 100 mg/dL	485	5336	9,1%

EL CANCER en Chile se ubica en el segundo lugar entre las principales causas de muerte, y es responsable de 221.529 AVISA (5,9% de la carga total). Según datos 2008 del DEIS, el cáncer gástrico en los hombre y el de vesícula en las mujeres, son las localizaciones más frecuentes de mortalidad por cáncer en Chile. El segundo lugar lo ocupan, el Cáncer de próstata en los hombres y el de estómago en las mujeres.
En el ámbito preventivo del cáncer en APS destaca el **tamizaje con PAP** cada tres años a mujeres entre 25 a 64 años para Cáncer Cerviño uterino, **La inclusión de una mamografía**, como estrategia de pesquisa Cáncer de Mama cada tres años para mujeres presuntamente sanas de 50 a 54 años y con sospecha mayor de 15 años, la disponibilidad de **ecotomografía abdominal** para ambos sexos de 35 a 49 años con sospecha de colelitiasis, estrategia costo-efectiva para la prevención de Cáncer de Vesícula

Evaluación Actividades preventivas al 30 Septiembre 2011 Curicó

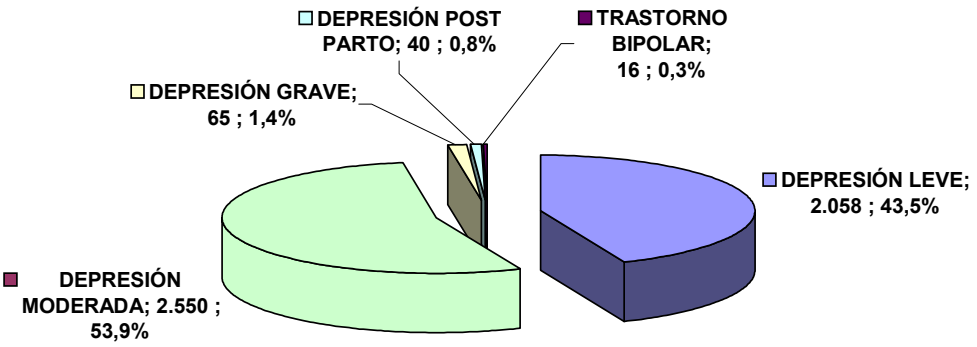
Actividad	Numero realizado
Eco tomografía abdominal	321
Mamografías	1388
Eco mamarias	80
Cobertura PAP 25 – 64 años	21263

Dentro de los problemas prioritarios de salud en el contexto de las patologías crónicas, se encuentran las **Enfermedades Respiratorias crónicas** (ERC). Estas se caracterizan por ser muy demandantes de servicios, presentan complicaciones derivadas de la enfermedad (crisis obstructivas, neumonías, etc.) ser responsable de una elevada carga de enfermedad atribuible y estar presentes en un alto porcentaje de las muertes por enfermedades respiratorias de los adultos. Su prevalencia se ha incrementado debido al hábito tabáquico y la contaminación ambiental (laboral, intra y extradomiciliaria), además de la inactividad física y la malnutrición por exceso.

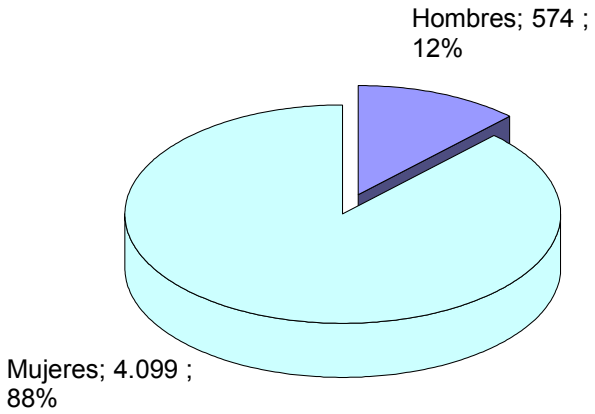


En Chile, las **condiciones neuropsiquiátricas** son el primer grupo de causas de enfermedad, responsables del 23,2% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVSA), primando casi exclusivamente este último componente (MINSAL, 2007). Las condiciones neuropsiquiátricas superan en carga a otros grupos de enfermedades como las cardiovasculares, cánceres y lesiones. Dentro del grupo de neuropsiquiátricas destaca en orden de magnitud de AVISA: depresión unipolar, dependencia del alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, Alzheimer y otras demencias, y trastorno bipolar (MINSAL, 2007).La depresión, corresponde al trastorno mental responsable de la mayor carga de enfermedad en Chile, y se ubica en el segundo lugar dentro de las causas específicas con mayor peso, alcanzando 169.769 AVISA estimados para 2004 (MINSAL, 2007).

POBLACION EN CONTROL POR TRASTORNOS DEL HUMOR
DEPARTAMENTO DE SALUD DE CURICO JUNIO 2011



POBLACION BAJO CONTROL POR DEPRESION
DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011
(* EXCLUYE DEPRESION POST PARTO)



PREVALENCIA SINTOMAS DEPRESIVOS POR NIVEL EDUCACIONAL ENS 2009

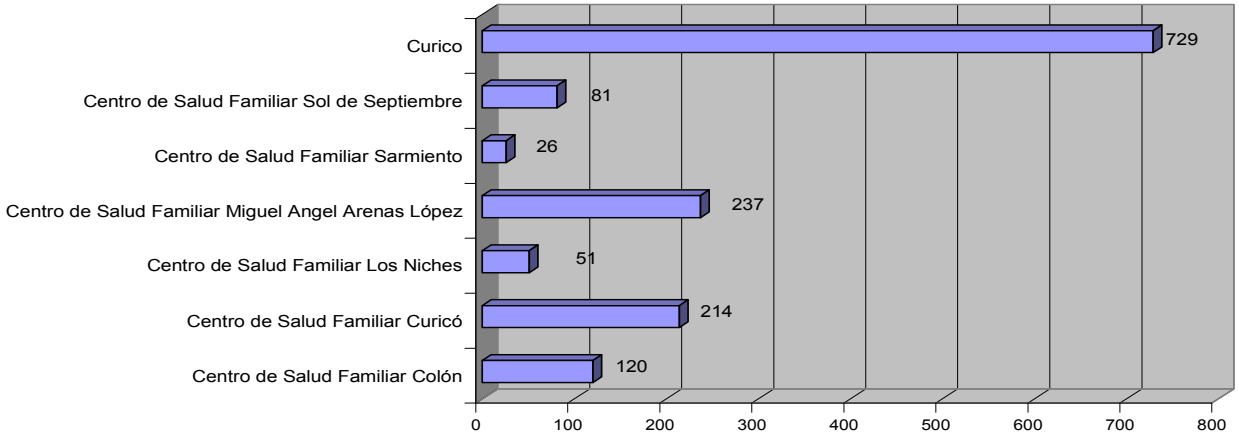
Condición de salud	NEDU bajo	NEDU medio	NEDU alto	Pobl. Total
Síntomas depresivos	20.8	18.4	11.8	17.2

La **DISCAPACIDAD**, cualquiera sea su causa, si bien se origina en los déficits estructurales y/o funcionales del individuo, es la resultante de la interacción de éstos y las características intrínsecas de la persona, con otras condiciones del medio ambiente, principalmente del ámbito social. A la vez, no sólo impacta al individuo, sino también a su núcleo familiar, afectando su dinámica y los roles parentales de sus integrantes, más aun si se asocia la condición de dependencia. La economía familiar y social se ve afectada tanto por el mayor gasto asociado a la situación de salud, como por la pérdida de ganancia de la persona en situación de discapacidad y/o de su cuidador (86,1% son mujeres) (CEM, 2005). Asumir esta variabilidad y diversidad requiere un enfoque Biopsicosocial de la discapacidad.

El 12,3% de chilenos (EL 17% en la Región del Maule) presenta una situación de discapacidad permanente según la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2004. En 31% de ellos, el déficit es de origen motor, 19% visual, 14% visceral, 9% auditivo, 9% intelectual, 8% psiquiátrico y en el 10% hay multidéficit. 51% de las personas con discapacidad tenía entre 30 y 64 años de edad, segmento con menor acceso a los servicios de salud, particularmente a los de rehabilitación.

Condición de salud	**NEDU bajo**	**NEDU medio**	**NEDU alto**	**Pobl. Total**
Prevalencias de fracturas de hueso	22.9	17.6	14.6	17.9
Síntomas Músculo-esquelético. Iintensidad del dolor Mayor o = 4 (Escala de 1 a 10)	39.6	34.7	28.9	34,2
Discapacidad para el desempeño en la vida cotidiana	7.9	1.3	0.5	4.5
Autorreporte de mala visión	60.0	42.0	32.6	43.1
Percepción de presentar al menos un problema de audición	45.1	32.2	24.3	32.7
Percepción de necesitar el uso de prótesis dental	50.1	24.1	11.9	25.3

Consultas realizadas en programa de rehabilitación física,
Según establecimiento Comuna Curicó, año 2011



PERFIL DE RIESGO ADULTO MAYOR

Debido a la transición demográfica avanzada que presenta Chile, la población adulta mayor ha aumentado. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) el 12,9% de la población Chilena al año 2010 supera los 60 años de edad (2.213.436 personas). Para el año 2020 se espera que este segmento alcance el 16,7%, correspondiendo a 3.207.729 de personas (INE, 2010). Conjuntamente, se observa la llamada transición epidemiológica. Desde un pasado con enfermedades agudas, de predominio infeccioso y además únicas (unimórbidas), principalmente en niños y sin mayor compromiso de la funcionalidad; se ha pasado a un perfil de enfermedades crónicas, degenerativas, de manifestación simultanea (comorbilidad), con predominio en adultos mayores, y con habitual compromiso de la funcionalidad (Vergara G., 2006). Es difícil determinar la frontera entre envejecimiento normal y patológico, sin embargo, es bastante claro que en el proceso de envejecimiento se estrecha notablemente la reserva funcional de cada órgano y sistema, de tal modo que pequeñas injurias o desbalances, generan más rápidamente una insuficiencia (Guijarro J., 1999).

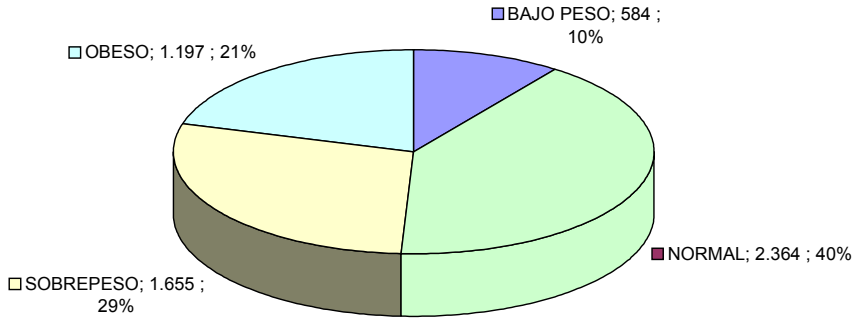
Las principales enfermedades que presentan los adultos mayores son aquellas relacionadas con enfermedades cardiovasculares, como hipertensión arterial con un 74.6% de prevalencia (ENS 2009) de los cuales el 68% está bajo control en nuestros centros de salud con un 50.5% de cobertura a Junio y diabetes con un 25,8% de los cuales el 70% está en bajo control con un 18.2% de cobertura, representan además el 48% de las personas con

riesgo cardiovascular. La prevalencia de sospecha de síntomas respiratorios crónicos en adultos mayores es del 43,4% y la prevalencia de deterioro cognitivo es del 10,4% de los adultos con edad mayor o igual a 60 años.

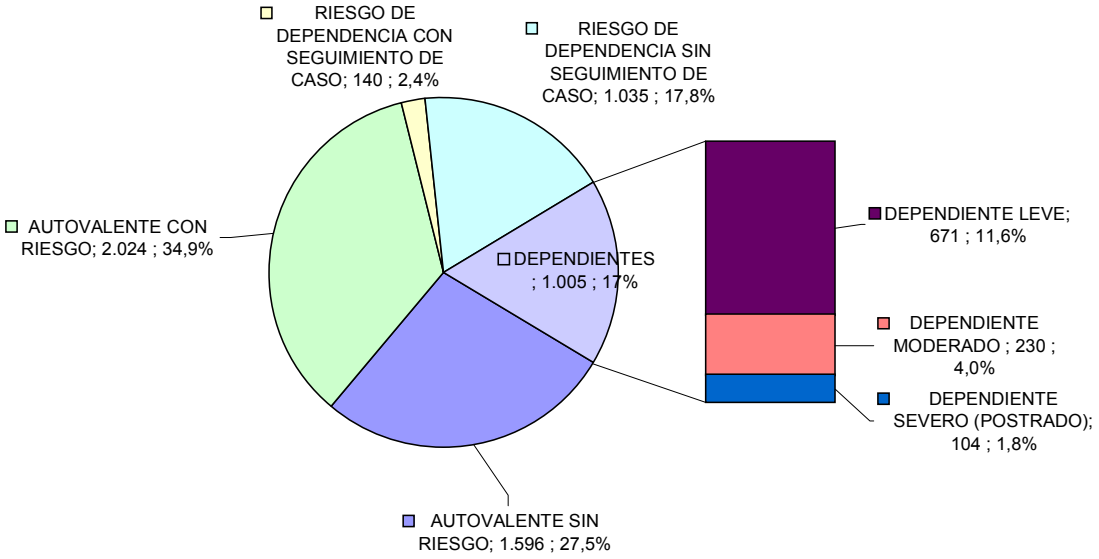
Lo más relevante es que la enfermedad en el adulto mayor, se hace presente a través de la pérdida de funcionalidad, siendo éste el nodo común al que confluyen las diversas patologías (Landi et al., 2010). La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. En nuestra comuna el 27,5% del total de adultos mayores en control presenta Autovalencia Sin Riesgo y 17% presentan algún nivel de Dependencia dentro de esta el 11,6% presenta Dependencia Leve, el 4,0% Moderada y el 1,8 Severa es decir se encuentran postrados en su domicilio. Un elemento contextual importante en los adultos mayores, es que se observan importantes desigualdades en relación con nivel socioeconómico y educacional frente a otros grupos. Estos elementos configuran un grupo poblacional complejo, e influyen directamente en las probabilidades de enfermar, en el acceso a servicios y finalmente en los resultados sanitarios.

Podemos concluir que hoy la población vive más, pero a expensas de mayor discapacidad, por ello el desafío, es que frente a este aumento de esperanza de vida, se logre mejorar la funcionalidad de los años ganados en los adultos mayores.

POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DEPARTAMENTO MDE SALUD CURICO JUNIO 2011



POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN CONTROL POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD JUNIO2011



DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL

Condición de salud	NEDU bajo	NEDU medio	NEDU alto	Pobl. Total
Deterioro cognitivo Adulto Mayor	17.2	3.2	3.0	10.4

COBERTURA HIPERTENSION ARTERIAL
DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011

	AMBOS SEXOS 65 Y MAS AÑOS
HIPERTENSOS BAJO CONTROL JUNIO 2011	6.026
INSCRITOS PERCAPITA JUNIO 2011	11929
COBERTURA JUNIO 2011	50,5%
PREVALENCIA ESPERADA ENS 2009-2010	74,6%

COBERTURA DIABETES
DEPARTAMENTO DE SALUD CURICO JUNIO 2011

	AMBOS SEXOS 65 Y MAS AÑOS
DIABETICOS (AS) BAJO CONTROL JUNIO 2011	2.168
Percapita Junio 2011	11929
COBERTURA JUNIO 2011	18,2%

PREVALENCIA ENS 2009-2010	25,8%

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA COMUNA DE CURICO

Actividad o Procedimiento	Número	Población Objetivo	Tasa de actividad
Exámenes de laboratorio	252.913	127.622	1,98
Tomas de muestra adulto	16.425	99.500 (Población 15 y mas años)	0,17
Toma de muestra niños	1.432	28.121 (Población Infantil 0-14)	0,05
Procedimientos otorrino (Taponamiento y cuerpo extraño)	23	127.622 (Total población)	0,0003
Procedimientos Respiratorios (Aerosolterapia)	5.034	127.622	0,04
Espirometrías	23	1.651 (Población bajo control sala Era)	0.01
Lavado de oído	393	127.622	0.003
Procedimientos de dermatología	752	127.622	0,01
Procedimientos de Cardiología (EKG. Holter P/A)	4.949	127.622	0,04
Procedimientos gineco-obstetricos (Inserción DIU)	761	66.239 (Población Femenina)	0,01
Intervenciones quirúrgicas sin convenio	2.114	127.622	0,02
Procedimientos de Podología	7.397	5127 (Diabéticos bajo control)	1,44
Curación Compleja	5.860	127.622	0,05
Curación simple	15.966	127.622	0,13
Despacho de recetas Morbilidad	145.086 *	127.622	1,14
Despacho recetas Crónicos	113.401	28.433 Crónicos bajo control CV, SM, Respiratorios)	3,99

- *Consultas Sapu 95.936, consultas morbilidad 25.144, consultas matronas 5901:Total 126.981

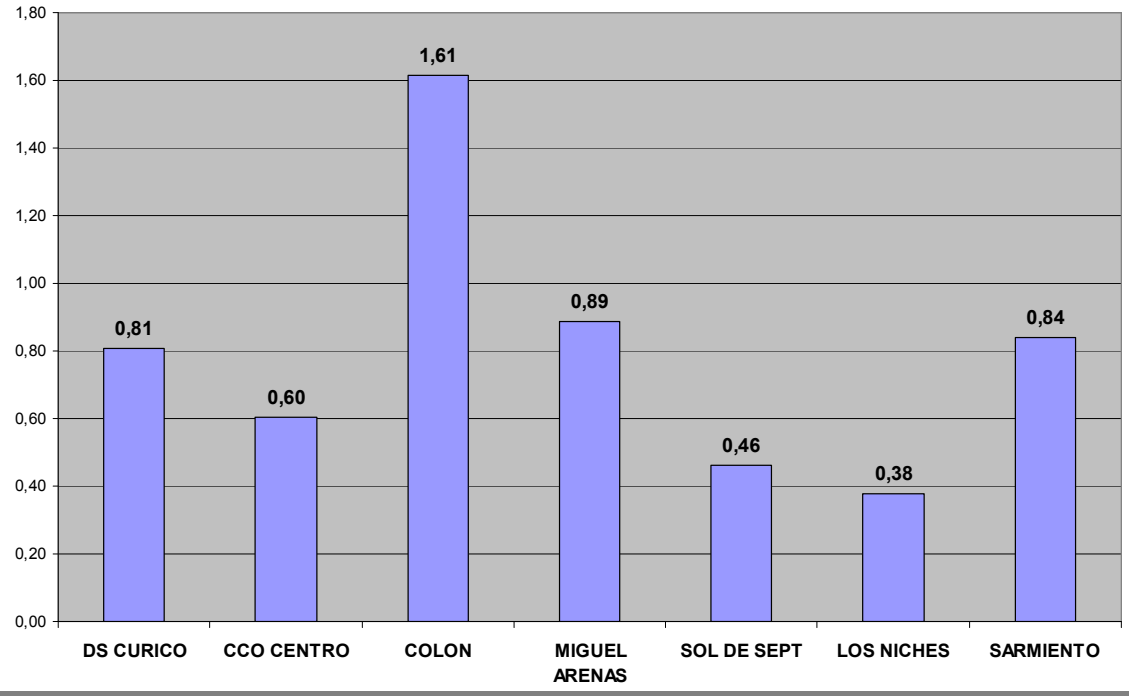
CUMPLIMIENTOS DE CONVENIOS COMUNA CURICO ENERO-SEPTIEMBRE 2011

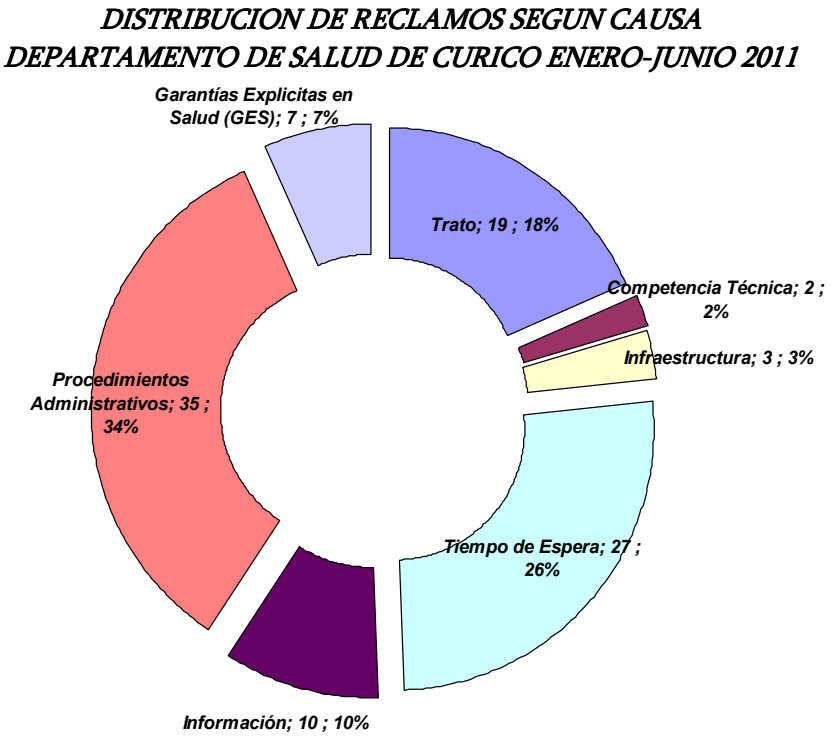
Actividad	Numero realizado	Denominador	Resultado Indicador
Radiografías Tórax	1443	127.622	0.8 por 100 mil hbtes.
Radiografías Pelvis	963	1815 Menor de 1 año	0.53
Eco tomografía abdominal	321	42.786 de 35 a 60 años	7.5 por mil hbtes.
Mamografías	1388	66.239 población femenina	21 por mil hbtes.
Eco mamarias	80	66.239 Población femenina	1.2 por mil hbtes.
Lentes UAPO	543	87.632 Población de 15 a 64 años	6.2 por mil hbtes.
Lentes Resolutividad	692	87.632 Población de 15 a 64 años	7.9 por mil hbtes
Lentes Presbicie	120	11.868 Mayores de 65 años	10.1 por mil hbtes
Ayudas Técnicas Entregadas Bastón	104	11.868 Mayores de 65 años	8.76 por mil hbtes
Andador	28	11.868 Mayores de 65 años	2.35 por mil hbtes.
Cojín antiescaras	2	11.868 Mayores de 65 años	0.16 por mil hbtes.
Colchón antiescaras	29	11.868 Mayores de 65 años	2.44 por mil hbtes.
Sillas de Rueda	34	11.868 Mayores de 65 años	2.86 por mil hbtes.
Convenio CCR Controles por KLGO y Terapeuta	4045	21 (población bajo control en CCR)	192.6
Procedimientos CCR	4993	21(población bajo *control en* CCR	237.7
Convenio Salud mental	Indicadores evaluados a Agosto	Establecida por convenio	Cumplido
Convenio CHCC	Indicadores evaluados a Agosto	Establecida por convenio	Cumplido
Consultas Uapo Tecnólogo medico	1032	87.632 Población de 15 a 64 años	11.77 por mil habitantes
Consultas Uapo medico	541	87.632 Población de 15 a 64 años	6.17 por mil habitantes
Consultas Oftalmología Resolutividad	914	87.632 Población de 15 a 64 años	10.42 por mil hbtes.
Consultas Otorrino	48	87.632 Población de 15 a 64 años	0.54 por mil hbtes.
Procedimientos QRJ menores	522	87.632 Población de 15 a 64 años	5.95 por mil hbtes.
Convenio módulo JUNAEB	Indicadores evaluados a Agosto	Establecida por convenio	Cumplido
Espacios amigables	Indicadores evaluados	Establecida por convenio	Cumplido

adolescentes	a Agosto		
Convenio Ges Odontológico 60 años	192 Altas Integrales	1053 adultos de 60 años	0.18
Convenio Odontología Familiar 6 años	1266 Altas Integrales	1767 niños de 6 años	0.71
Convenio Odontología Familiar Embarazadas	1136 altas Integrales	1429 embarazadas a Septiembre	0.79
Convenio Odontología Familiar Urgencias	2.779 Ges 13.881 No Ges	127.622	0.13
Convenio Odontología Integral Cecofs	718 Actividades preventivas	8788 Población Cecofs	0.081
Convenio Odontología Integral MHER	84 Prótesis, 81 alta integral, 77 a jefas de hogar	263 altas,114 a jefas de hogar	Cumplimiento 67.5% de las altas
Convenio Odontología Integral Resolutividad	16 Endodoncias 60 Prótesis	24 Endodoncias 93 Prótesis	Cumplimiento 66% Endodoncias y 64.5 % en Prótesis

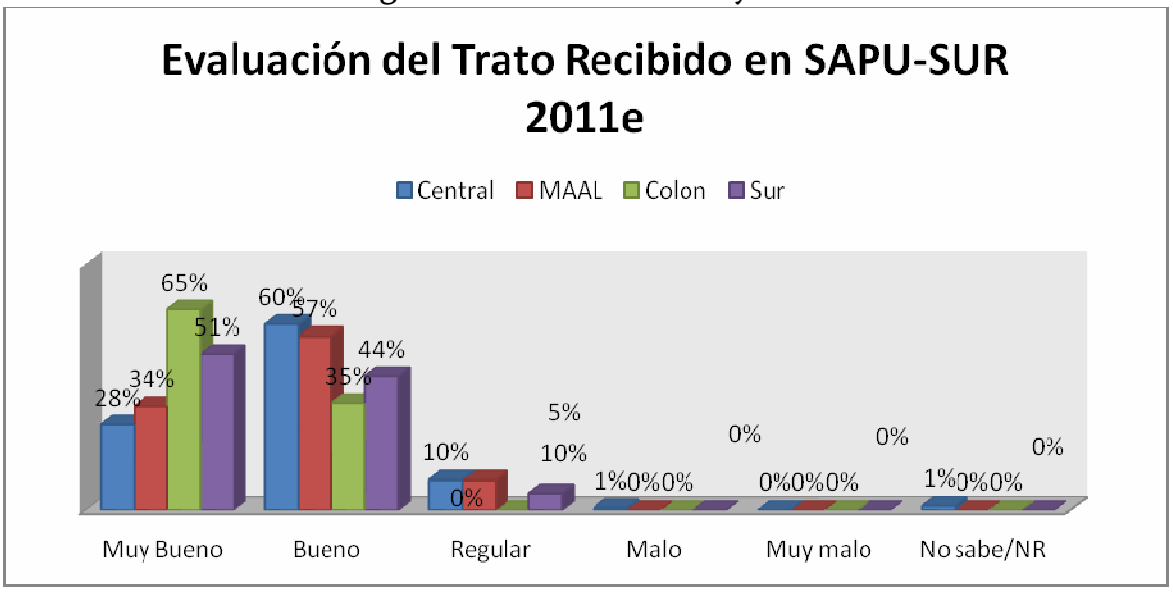
EVALUACION DE SATISFACCION USUARIA Y PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCION

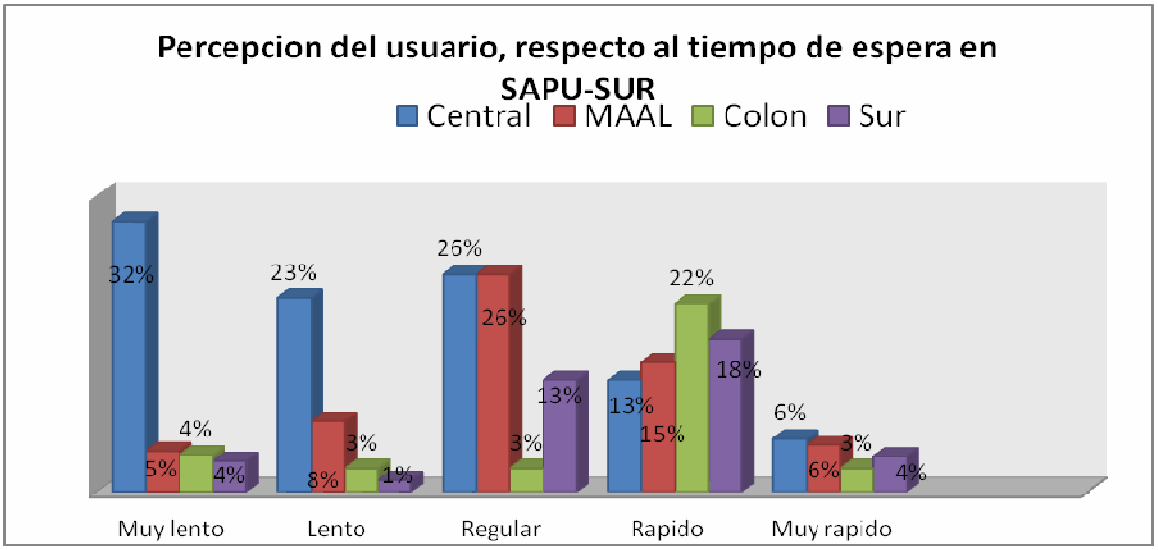
TASA DE RECLAMO POR CENTRO DE SALUD
PERIODO ENERO -JUNIO 2011 DPTO. DE SALUD CURICO

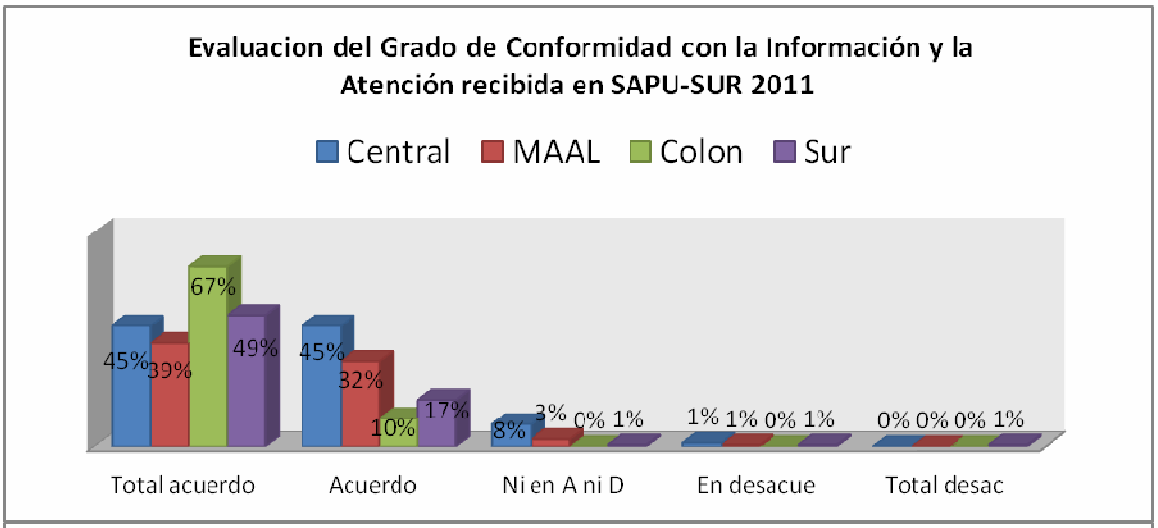


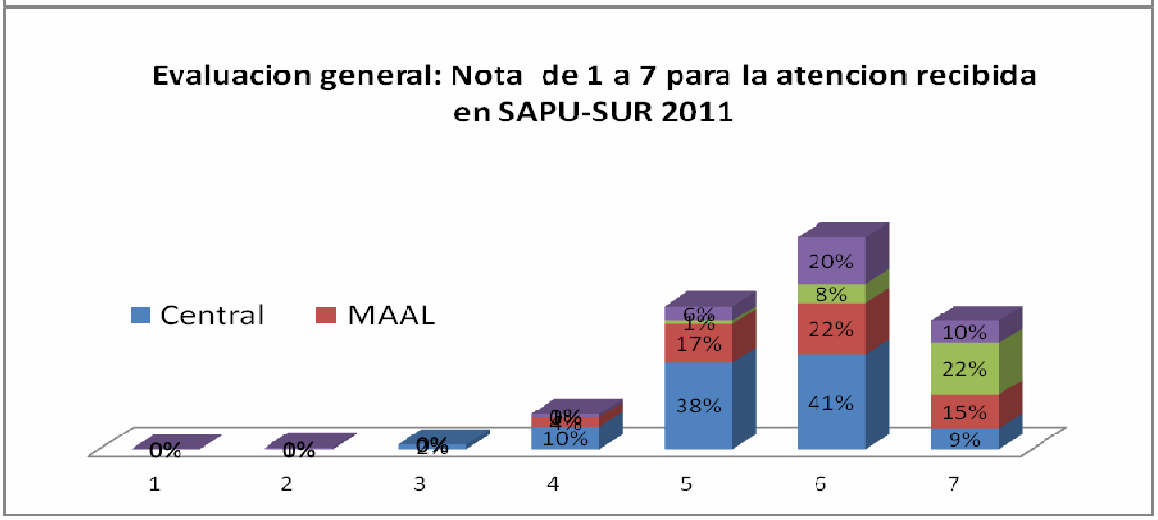


Evaluación de Satisfacción Usuaria y Percepción de la Calidad de la Atención otorgada en SAPU-SUR Mayo 2011




Percepcion del usuario, respecto al tiempo de espera en SAPU-SUR
Central
MAAL
Colon
Sur
32%
5%
4%
4%
23%
8%
3%
1%
26%
26%
3%
13%
13%
15%
22%
18%
6%
6%
3%
4%
Muy lento
Lento
Regular
Rapido
Muy rapido


Evaluacion del Grado de Conformidad con la Información y la Atención recibida en SAPU-SUR 2011
Central
MAAL
Colon
Sur
45%
39%
67%
49%
45%
32%
10%
17%
8%
3%
0% 1%
1% 1% 0% 1%
0% 0% 0% 1%
Total acuerdo
Acuerdo
Ni en A ni D
En desacue
Total desac


Evaluacion general: Nota de 1 a 7 para la atencion recibida en SAPU-SUR 2011
Central
MAAL
0%
0%
0%
10%
38%
17%
1%
6%
41%
22%
8%
20%
9%
15%
22%
10%
1
2
3
4
5
6
7

INDICADORES ESPECIFICOS DE SALUD

INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

El MINSAL propone una metodología que permite evaluar la calidad en forma tranversal y a nivel nacional como local, utilizando para ello la selección de actividades y/o problemas de salud que puedan ser considerados como "trazadores" para el proceso y estándares a utilizar en la evaluación.

Se incorporaron “Los Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud Municipal” los que en su conjunto equilibran la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos que dan cuenta de procesos de la APS que enfatizan en el cuidado de la salud a través del enfoque familiar y comunitario y/o su integración a la red asistencial.

La continuidad de esta evaluación permite compara el grado de avance en el cumplimiento de estos índices y para esto se evalúa desde el 2007 al 2010.

IAAPS INDICE DE ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
PARÁMETROS	**META**	**LOGRO**	**META**	**LOGRO**	**META**	**LOGRO**	**META**	**LOGRO**
Cobertura DM en personas 15 y mas años	80%	90%	80%	96%	85%	98%	85%	99.4 %
Cobertura HTA en personas de 15 y mas	60%	68,2%	60%	67%	65%	67.8%	65%	66.6 %
Cobertura Emp 20-64 a	10%	10.4%	14.3%	15.7%	CB	CB	CB	CB
Cobertura Emp masculino 20 a 44 años	N/E	N/E	14.3%	14%	15.4%	14.7%	15.4%	15.8%
Cobertura Emp mujeres 45 a 64 años	N/E	N/E	14.3%	22.4%	24.6%	22.1%	24.6%	25.7 %
Cobertura Efam mayores de 65 años	50%	54.5%	55%	55.6%	55%	55.6%	55%	52.8 %
Ingreso a control embarazo antes 14 sem	76%	76.3%	80%	84.5%	85%	87.4%	85%	86.4 %
% niños y niñas 18 meses con DPM alterado	<1	1.9%	CB	CB	CB	CB	CB	CB
% niños y niñas 18 meses recuperados	60%	76.9%	60%	98.2%	55%	56%	60%	67.4 %
Tasa Consulta urgencia odontológica	0.25	0.27	0.2	0.21	CB	CB	CB	CB
Altas odontológicas menor 20 años	N/E	N/E	N/E	N/E	14.05 %	17%	14.5%	17.7 %
Tasa Visita Integral	N/E	N/E	0.025	0.08	0.05	0.08	0.1	0.11
Tasa Visita Paciente Postrado	N/E	N/E	3	20	6.5	19.02	6.5	18.3

N/E = No Evaluado

CB = Cambio en el indicador y la forma de evaluar

ACTIVIDAD CON GARANTÍA EXPLICITA

1. **Cumplimiento de garantías explicitas en salud**. Se esperaba a nivel país que un 100% de las prestaciones GES que son de ejecución en atención primaria, fueran atendidas. La comuna de Curicó se han cumplido en un 100% con las garantías explicitas en salud.
   A esto se agrega la meta nacional a cumplir, en relación a las listas de espera en cero, meta que en la región está proyectada de ser enteramente cumplida antes del 1º de Noviembre.

CONCLUSION:

Al realizar un análisis de los diferentes indicadores de salud, en la comuna de Curicó, apreciamos un excelente grado de cumplimiento en todos ellos, dado por el alto compromiso de los equipos de salud de los diferentes centros, que están preocupados de realizar las acciones necesarias para contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la comuna y además mejorar constantemente la calidad de las prestaciones realizadas. A pesar de la situación post terremoto, el logro de los indicadores obtenidos a la fecha, son más valiosos.

B.- METAS SANITARIAS 2010

Evaluación Metas Sanitarias, ligadas a Asignación de desarrollo y estimulo al Desempeño Colectivo (LEY 19.813) Comuna de CURICO periodo 2007-2010

	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
PARÁMETROS	META	LOGRO	META	LOGRO	META	LOGRO	META	LOGRO
Desarrollo Psicomotor 18-23 Meses (cobertura)	87.2%	88.5%	90%	94.9%	90%	90%	90%	95.7%
Cobertura PAP 25 – 64 años	70%	70.1%	80%	73.6%	70%	73.4%	70%	70%
Cobertura Alta Odont. 12 años	65%	71.1%	65%	71.3%	65%	70.9%	70%	83.5%
Cobertura Alta Odont. 6 años	N/E	N/E	N/E	N/E	70%	83.2%	70%	78.2%
Cobertura Alta odontológica en embarazadas primigestas	75%	75.2%	75%	141%	75%	97.5%	CB	CB
Cobertura Alta odontológicas en embarazadas no primigestas	20%	25.9%	25%	56.9%	CB	CB	CB	CB
Alta integral embarazadas	N/E	N/E	N/E	N/E	N/E	N/E	60%	126.7
Compensación en pacientes con DM 15 a 64 años (eficacia)	29.8%	33.8%	33%	37.3%	35%	38.3%	35%	38.8%
Compensación en pacientes HTA 15 a 64 años (eficacia)	48%	51.2%	55%	52.9%	51%	48.6%	51%	55.3%
% malnutrición por exceso menor 6 años	Línea B	30.2	CB	CB	CB	CB	CB	CB
Cobertura obesos menor 6 años	N/E	N/E	<10%	9.5%	8%	9.6%	9%	10.3%
Cobertura 3º dosis vacuna pentavalente del PNI	N/E	N/E	90%	95.8%	90%	106.9%	90%	101.5
% mujeres malnutrición exceso al 6º mes Post parto	85%	59.6%	58.1 %	47.7%	N/E	N/E	N/E	N/E

N/E = No Evaluado CB = Cambio en el indicador y la forma de evaluar

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL COMUNAL 2012

La municipalidad de Curicó, a través de su departamento de salud programa anualmente las actividades sanitarias que sus 14 establecimientos otorgarán a los beneficiarios legales del subsistema público de salud.

El programa anual no solo da cumplimiento a un mandato legal establecido en el Estatuto de Atención Primaria, sino que además constituye el referente anual para los equipos que laboran en dichos establecimientos y para las autoridades locales.

La cartera de servicios constituida por 96 prestaciones y actividades de salud de carácter preventivo promocional curativo y de rehabilitación, son los elementos con que se cuenta para contribuir a elevar la calidad de vida de los curicanos.

El desafío de gestión va más allá de determinar cuáles de esas 95 actividades deben priorizarse en términos de oportunidad y volumen y en que grupos etarios y poblacionales deben focalizarse. También es importante definir las estrategias de intervención que cada establecimiento requiere para su población a cargo con sus particulares características.

La salud primaria municipal ha sido concebida como una estrategia de desarrollo local, en ella se conjugan condicionantes dadas por el entorno en que habitan nuestros usuarios, sus condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad:

1. Las condiciones de vida de la primera infancia,
2. La escolarización,
3. La naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo
4. Las características físicas del medio construido y
5. La calidad del medio natural en que vive la población.

Son algunos de los elementos que deben considerarse al momento de programar y planificar el modo en que se realizaran las actividades de salud primaria municipal.

Parte fundamental del plan comunal de salud, lo constituye el diagnostico participativo acotado de su comunidad a cargo y el entorno en que se desenvuelve, así como su plan de salud local, que integra los problemas sentidos por la comunidad, como la priorización de los problemas de salud a través del ciclo vital y los indicadores más relevantes que orientaran el que hacer en cada establecimiento.

La elaboración y formulación del plan de Salud de la Comuna de Curicó para el año 2012, mantiene herramientas metodológicas, a fin de permitir la captura de

información confiable y relevante desde los propios establecimientos de salud, conforme al diagnostico comunitario participativo por cada sector de cada Centro de Salud. Posteriormente un equipo ampliado de 80 profesionales del área de salud, que incluyó más 10 disciplinas distintas (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, matronas, nutricionistas, estadísticos de salud, odontólogos, kinesiólogos, administrador público), lideradas por su Director Comunal de Salud establecieron los lineamientos programáticos locales.

Los antecedentes contenidos en los diferentes capítulos del presente programa así como la información procesada de los seis Centros de Salud, configuran nuestro referente para el presente análisis.

El primer elemento destacado esta dado por el descenso de la mortalidad en los últimos cincuenta años con el consiguiente aumento de la esperanza de vida de la población y el descenso progresivo de la tasa de natalidad, encontramos nuestra comuna con una **mayor presencia de adultos y adultos mayores** (Transición Demográfica). lo que nos expone a otro tipo de problemática considerando las causas de muerte en el adulto mayor, la prevalencia de ECNT, las causas de consulta de morbilidad y los niveles de dependencia del Adulto Mayor.

Como segundo punto, aun sufrimos las consecuencias del cambio radical que experimentó la comuna producto de Terremoto, cambiaron las condiciones de vida, de trabajo, el medio físico, los servicios de salud y sociales lo que indudablemente impactó y seguirá impactando por los años venideros. Como sucede en todo gran desastre natural ha causado graves sufrimientos psicológicos en curicanos y curicanas con el consiguiente aumento en la manifestación de emociones como la aflicción, el miedo y la desesperanza. Estos efectos psicológicos suelen ser agudos manteniéndose por un corto plazo, pero pueden también deteriorar a largo plazo la salud mental y el bienestar psicosocial de toda la población. Por consiguiente, una de las prioridades es **proteger y mejorar la salud mental**, el bienestar psicosocial de las personas afectadas y las condiciones del entorno que impactan en la salud y calidad de vida.

Como otro punto importante cabe destacar la lejanía que tenemos como centro de salud con un amplio, vulnerable y desprotegido sector de la población, pues son los adolescentes los que presentan una menor tasa de consulta, sin embargo presentan consecuencias y problemas de salud muy marcados y que son transversales en la comuna, entre otros las problemáticas Biopsicosocial, embarazo adolescente, conductas sexuales de riesgo, consumos de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, depresión.

Finalmente y no menos importante es necesario destacar la falta de espacio físico e infraestructura, que limita en algunos aspectos las actividades a realizar tanto para el usuario interno como externo y que repercute en la prestaciones otorgadas y en el acceso que debieran tener nuestros usuarios.

DETERMINANTES ASOCIADAS A INDICADORES DE SALUD

Los estudios poblaciones evidencian desigualdades de mortalidad y morbilidad relacionadas principalmente con desventajas sociales, cuyas raíces están en los procesos de estratificación social y pueden ser prevenidas y remediadas.

1. A mayor edad, mayor prevalencia de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus siendo estas prevalencias mayores entre personas de niveles educacionales bajos.
2. Problemas de malnutrición por exceso transversales en todos los grupos de población. Las mujeres tienen significativamente mayor obesidad que los hombres y en ambos a mayor nivel educacional mejor estado nutricional, con un marcado aumento en menores de 6 años, sin embargo es un problema presente a lo largo del Ciclo vital.
3. En ambos sexos, la prevalencia de sedentarismo aumenta significativamente con la edad, siendo el aumento relativo mayor en hombres que en mujeres destacando el hecho que en el nivel socioeconómico bajo (D) la población que tiene las mayores prevalencias y el menor nivel educacional mayor prevalencia de sedentarismo siendo 3 veces más sedentaria la población con Nivel Educacional bajo, incluso después de ajustar por edad y sexo.
4. Los Síntomas Músculo Esqueléticos de origen no traumático están presentes como un importante motivo de consulta en la población adulta chilena mayor de 17 años.
5. Existe una alta prevalencia de caries en la población, a lo largo del ciclo vital.
6. La Prevalencia de caries dentales en los niveles socioeconómicos y educacionales Bajo y Medio, es significativamente mayores que el nivel educacional Alto y el hábito de cepillado de dientes es más frecuente en las personas de niveles educacionales altos y en las zonas urbanas.
7. El puntaje cognitivo promedio de los adultos mayores de clase baja es significativamente menor que cualquier otra clase social al igual que el nivel educacional más bajo.
8. Existe un alto Nivel de Dependencia del adulto Mayor marcado por el nivel educacional. A menor nivel educacional, mayor nivel de dependencia.
9. Baja cobertura y tasas de consultas de los adolescentes en la comuna, como también la falta de espacios y horarios para su atención.
10. Tasa de consulta de morbilidad focalizado en problemas respiratorios en menores de 9 años, tanto en Sapu como Cesfam.
11. Bajos niveles de eficacia en cobertura de HTA y DM, considerando el deterioro progresivo renal especialmente de nuestros pacientes Diabéticos.
12. Insuficiente Cobertura de PAP y EMP focalizado las mujeres.

Atendiendo el análisis de las áreas antes expuestas, el Departamento de Salud de Curicó definió su Plan anual de salud 2012, cuyas estrategias de intervención están definidas a través de las Directrices propuestas para todos los establecimientos de la Comuna

DIRECTRICES PARA EL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD PRIMARIA MUNICIPAL EN ESTABLECIMIENTOS DE LA COMUNA

Con el fin de entender y mejorar la salud de nuestra comuna, proponemos el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS), definido como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Es por ello que este análisis pretende generar esa visión holística del cuidado de la salud y pasar de solo evitar enfermedades y muerte a promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas.

Para la **incorporación del enfoque de determinantes Sociales**, en el diagnóstico y planes de salud por establecimientos se pretende enfatizar criterios de equidad, género y pertinencia cultural, evidenciando grupos vulnerables, elementos que serán nuestra hoja de ruta durante el proceso analítico y de los cuales emana la planificación de las intervenciones que tratan de dar respuesta a los problemas relevantes, prevenir riesgos y añadir bienestar y seguridad.

Para planificar adecuadamente las acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, debe tenerse necesariamente en consideración el marco objetivo de mejorar las condiciones de salud e intervenir en las principales causas de morbimortalidad en la comuna a través del Ciclo vital. Para esto se determina el trabajo territorial, siendo el diagnostico de cada establecimiento y su análisis un requisito fundamental para implementar su plan de salud local y las estrategias propuestas

DESAFÍOS SALUD MUNICIPAL CURICO 2011

1. DESAFIOS SANITARIOS
    a. Mantener los logros sanitarios alcanzados y proveer servicios acordes a la realidad epidemiológica y expectativas de la población, mediante el fortalecimiento del Modelo Salud integral con enfoque Familiar y Comunitario.
    b. Propender a disminuir las desigualdades e inequidades en el acceso a la salud en grupos vulnerables, instalando a nivel comunal un enfoque de determinantes sociales de salud que permita el desarrollo de un sistema sanitario ligado al desarrollo social.
    c. Aumentar la promoción de factores protectores para la salud de la población a través del ciclo vital.

2. DESAFIOS EN GESTIÓN

    a. GESTIÓN TÉCNICA

        i. Capacitación del Equipo de Salud para fortalecer el manejo de la información técnica.
        ii. Fortalecer el trabajo en Equipo, transdisciplinario e integrado.
        iii. Fortalecer el proceso de Sectorización como herramienta de gestión.
        iv. Programación local participativa, adecuada a las necesidades de la población y con enfoque de riesgo.
        v. Generar las condiciones para una evaluación cuali-cuantitativa de actividades y prestaciones de salud contempladas en el presente plan.
        vi. Mejorar los sistemas de registro informático y transmisión de datos.
        vii. Análisis de la situación de salud de la comuna y por centros de salud con información Epidemiológica actualizada y pertinente.
        viii. Fortalecimiento del trabajo promocional y preventivo y de la capacidad resolutiva a través de un coordinado trabajo en redes.

b. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

i. Desarrollo, perfeccionamiento y capacitación de las y los funcionarios del Departamento de salud.
ii. Estandarización de procesos administrativos y actualización de Manuales.
iii. Propender a la Acreditación de nuestros Centros de salud contemplando criterios de calidad y seguridad en nuestras actividades
iv. Fortalecimiento de los Consejos Técnicos y evaluación sistemática de nuestra situación de salud en la comuna.
v. Mejorar canales de comunicación interna y de redes.
vi. Mantener Cartera de Proyectos.
vii. Desarrollo paulatina de Centros de Costos.
viii. Coordinación y participación intersectorial.

c. GESTIÓN FINANCIERA

i. Análisis del comportamiento de ingresos y gastos.
ii. Mantener presupuesto equilibrado.

3. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

a. Orientación e información a los clientes externos e internos.
b. Desarrollar una cultura de Gestión y Análisis de Solicitudes Ciudadanas
c. Generar sistema de medición local de Tiempos de Espera y rechazos.
d. Perfeccionar el sistema de evaluación de la satisfacción usuaria.
e. Establecer metodología para evaluar el nivel de satisfacción usuaria en nuestros establecimientos.

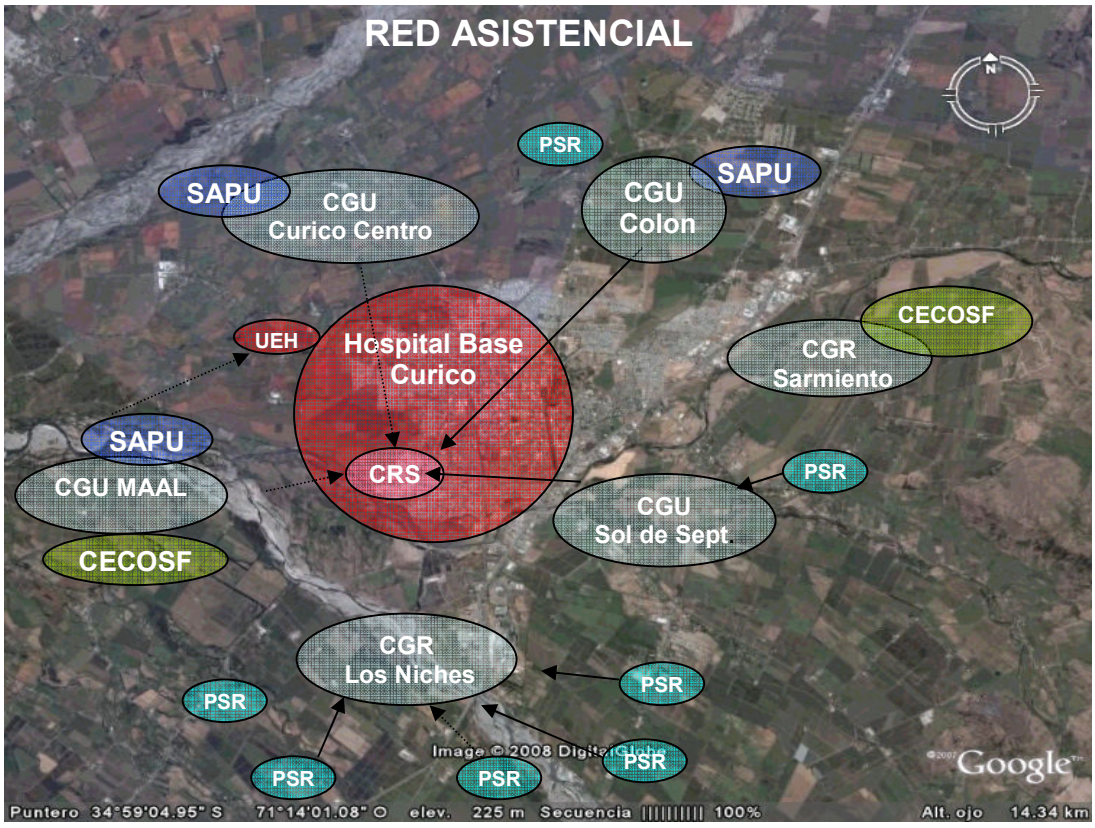
4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

a. Perfeccionar la metodología del diagnóstico participativo.
b. Funcionamiento activo y participativo de los Consejos de Desarrollo local con sus planes de trabajo respectivos.
c. Mantener y fortalecer los Consejos Asesores de la OIRS y Mesas Territoriales.
d. Propiciar el abordaje de las determinantes sociales de salud, mediante la instalación municipal de una planificación intersectorial integrada.



RED DE SALUD COMUNA DE CURICO

RED ASISTENCIAL COMUNA DE CURICO



ESCENARIO COMUNAL EN SALUD

Después de la tragedia natural del 27 de febrero del 2010, se nos ha permitido una vez más, como equipo humano y de salud acoger desde el primer momento y como siempre a nuestros usuarios, ya sea por una lesión física o por pérdidas humanas y/o materiales, con la dedicación y profesionalismo que cada uno espera.

Es así, como nuestros funcionarios dan ejemplo del compromiso con su comunidad, sin importar el horario, día de turno o de descanso, ahí estuvieron para atender las necesidades de aquellos que lo requerían en ese momento.

Es la característica y el sello del personal que trabaja día a día en la comuna de Curicó, todos sabemos de las condiciones en que cada uno de los integrantes de éste gran equipo de salud entregan sus servicios, en infraestructuras insuficientes que datan de los años setenta que distan enormemente de los Modelos de Salud actuales, donde se han invertido recursos tratando de mejorar ésas condiciones, el avance de las tecnologías, la informatización de los procesos, se ven afectados por la misma causa, incapacidad en las redes eléctricas existentes, que en el corto plazo se ven colapsadas, nuestra cartera de servicios se ve incrementada año tras año, por asumir compromisos con el propósito de entregar más beneficios a nuestra comunidad cada día más demandante y conocedora de sus derechos.

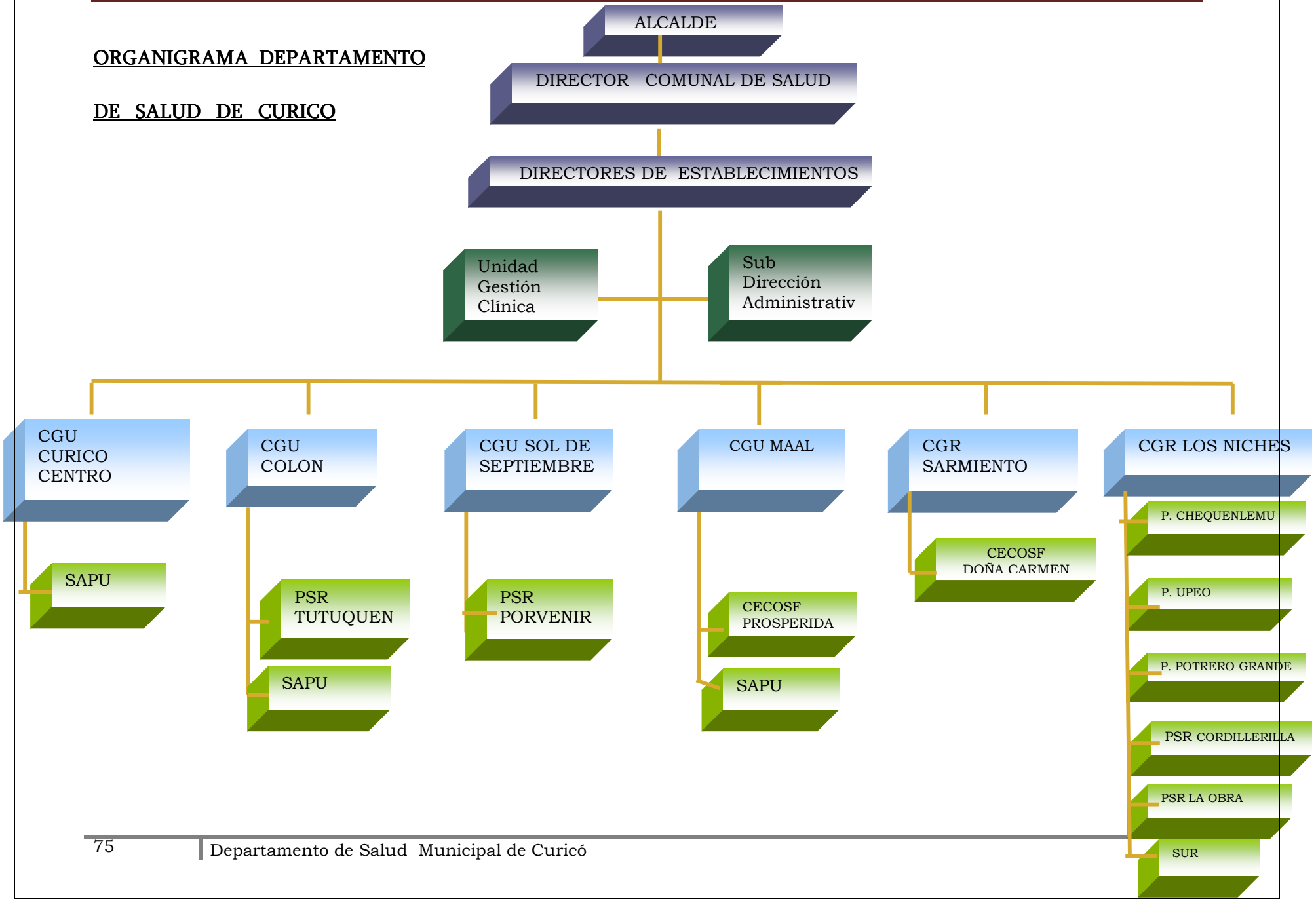
Es necesario decir que entre otros, nuestro Centro de Salud Familiar más grande de la Comuna data del año 1994, cuya construcción fue estimada para 20.000 habitantes y ya alberga casi 45.000 en la misma infraestructura, que ha sido modificada, eliminando espacios destinados a los talleres de usuarios, sala de reuniones del personal, espacios destinados a la iluminación y ventilación de los boxes de atención, además de la instalación del SAPU que cuenta con la mayor demanda de atención de la comuna. Además ha acogido en su planta alta, la Dirección Comunal d Salud.

Es preciso destacar el equipo multidisciplinario con que cuenta el Departamento de Salud entre sus profesionales del área asistencial, podemos mencionar: Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, Kinesiólogos, Tecnólogos Médicos, Asistentes Sociales, Terapeuta Ocupacional, Educadoras de Párvulos, Técnicos Paramédicos y Auxiliares de Salud. En el área Administrativa, Administradora en Salud, Contador Auditor, Ingenieros Informáticos, Prevencionista en Riesgo, Administrativos, Secretarias, entre otros.

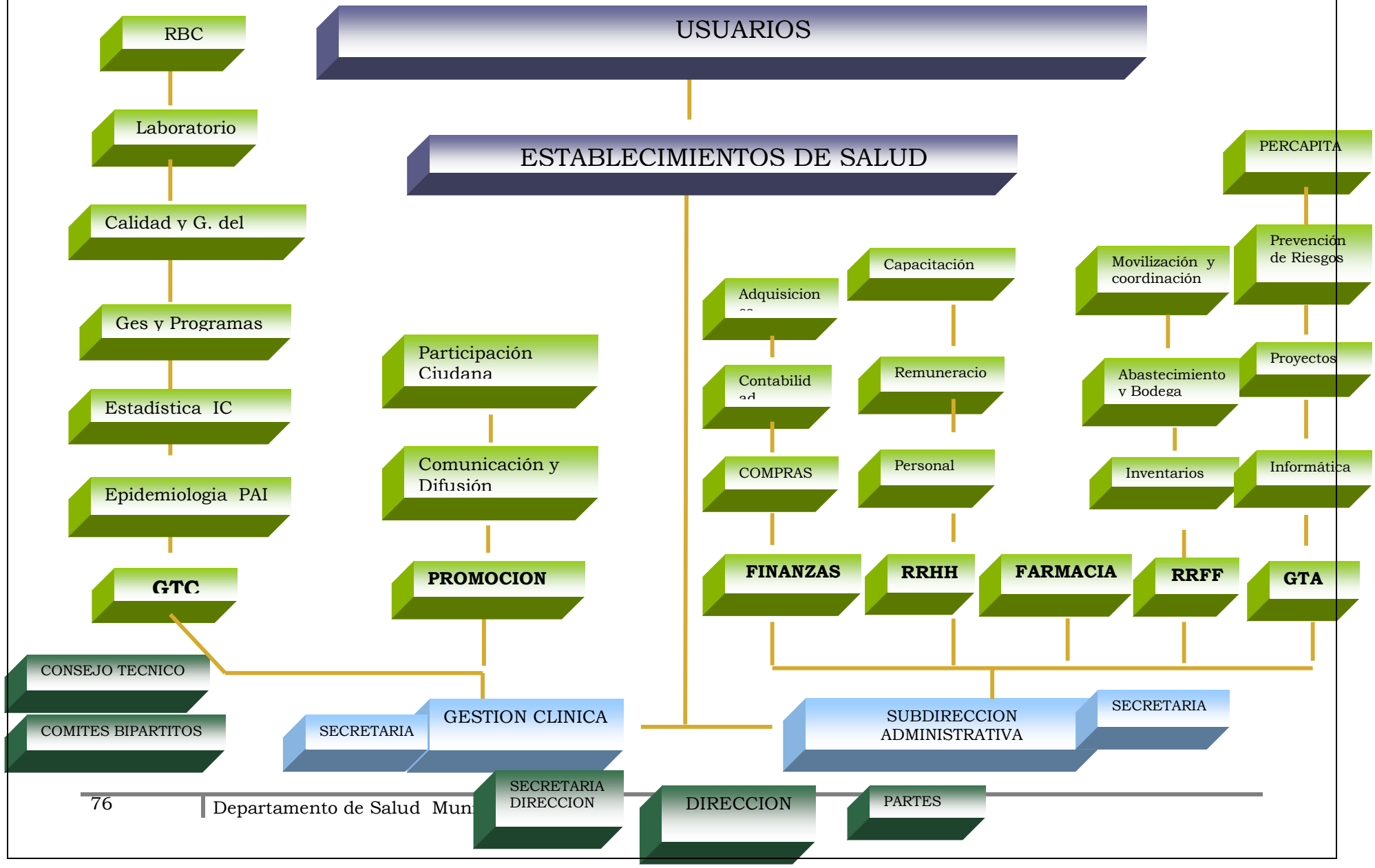
Este equipo, de acuerdo a su grado de avance en el Modelo de Salud Familiar, es que va logrando un mayor acercamiento a sus beneficiarios, un mayor compromiso en el quehacer de cada actor en su estado de salud, su llegada al usuario en su entorno, con su familia, en su lugar de trabajo o estudios, para dar cumplimiento con las expectativas de tanto del usuario interno como el externo, es que se realizan capacitaciones permanentes a los equipos de salud en diferentes ámbitos del quehacer, ya sea en el país como en el extranjero.

ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO

DE SALUD DE CURICO



Organigrama Dirección Comunal de Salud



DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL Y DE GESTIÓN EN RED DE LA COMUNA DE CURICO

A.- CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Producto del terremoto que afectó especialmente nuestra región con la pérdida total de 5 Hospitales y parcial en otros 3 Establecimientos Asistenciales de Atención Cerrada, se ha logrado recuperar parte de la infraestructura, a través de construcciones aceleradas y transitorias con el propósito de dar soluciones a las demandas asistenciales de la Red.

La Dirección del Servicio de Salud del Maule, aún permanece funcionando en diferentes dependencias.

Atención Cerrada.

A nivel del Servicio de Salud del Maule, el Hospital Regional de Talca, tanto para la red electiva y urgencia, es el establecimiento de mayor complejidad y recibe derivaciones de pacientes de 30 Departamentos de salud y 12 Hospitales.

La red Hospitalaria del Servicio de Salud del Maule está constituido por: 2 hospitales tipo I, Talca y Curicó, un hospital tipo II, en Linares; 3 hospitales tipo III (Constitución, Parral y Cauquenes) y 7 hospitales tipo IV (Molina, Teno, Hualañé, Licantén, Curepto, San Javier, Chanco).

La provincia de Curicó, cuenta con el Hospital San Juan de Dios de Curicó, tipo 1, que a la fecha cuenta con 245 camas disponibles y que al entrar en funcionamiento el 03 de Noviembre de 2011 las instalaciones del nuevo hospital de Construcción Acelerada que cuenta con tres pisos para la atención de pacientes, permitirá re instalar 100 camas de hospitalización, por lo cual el hospital San Juan de Dios de Curicó tendrá una capacidad de 256 camas.

El primer piso alberga al Servicio de Urgencia, el segundo a Medicina y el tercer piso alberga a las Unidades de Pediatría y Cirugía Hombres.

Atención Abierta.

En la comuna de Curicó, la atención abierta está constituida por el Centro de Referencia de Salud y Departamento de Salud de Curicó.

La atención de consulta especialidades se realiza en dependencias del Centro de Referencia en Salud (CRS), actualmente compartida con Atención Cerrada y en otros recintos como Mutual de Seguridad, para la especialidad de Oftalmología, Casa de Ejercicio de Curicó, para especialidad de Psiquiatría, entre otros.

EL DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL DE CURICÓ

DIRECCION COMUNAL

La Atención Primaria de Salud, administrada por la Ilustre Municipalidad de Curicó, a través de su Departamento de Salud, está dirigida por el Director Comunal e integrada por Subdirección Administrativa y Unidad de Gestión Clínica. Consta de 13 establecimientos: CESFAM (6), PSR (7) y ampliación de Cartera de Servicios a través de Convenios: como CECOSF (2), SAPU (3), SUR (1), CCR (1), UAPO (1) entre otros.

Al dar cumplimiento a la ley 20.157, se implementa una nueva estructura organizacional, que ha facilitado la expresión de nuevos liderazgos, asignación de nuevos roles, fortalecimiento del trabajo de los sectores, traduciéndose en una mayor cohesión y estabilidad de los miembros del equipo, permitiendo la plena expresión de las potencialidades individuales y grupales.

Ésta nueva estructura considera en los Centros de Salud de la comuna, una Dirección que democratiza la toma de decisiones y que delega las funciones en a lo menos cuatro **Coordinadores de Unidades de Gestión** y un **Encargado GES.**

Cada una de estas unidades está integrada por cada encargado de las sub-unidades dependientes y tiene como objetivos principales:

- Permitir un mejor manejo de la administración de recursos humanos, materiales y tecnológicos.
- Incorporar a la comunidad organizada en una instancia de participación social como el Consejo de Desarrollo Local y Mesas Territoriales.
- Efectuar supervisión, control y evaluación de acciones en el ámbito asistencial.
- Asegurar que se incorpore en forma progresiva el enfoque familiar en las tareas diarias que se realizan en todas las unidades y sub-unidades del Área.

CENTROS DE SALUD

Eestablecimientos esenciales en la entrega Atención Primaria de Salud, que tienen por objetivo satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario de la población a su cargo, optimizando el uso de su infraestructura, recursos humanos y equipamiento para así brindarles atención de salud integral, donde se realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan y para realizar sus actividades, trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan prestaciones con pertinencia cultural.

Los 6 Centros de Salud de la comuna corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como Centros de Salud Integral, con enfoque Familiar y

Comunitario. Ésta certificación se obtuvo mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes han desarrollado competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo.

Éstos, han sido certificados periódicamente por profesionales del Servicio de Salud del Maule, mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas. Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque Biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales en constante nexo con el intersector.

La comuna de Curicó cuenta con los siguientes CESFAM:

CESFAM "Miguel A. Arenas López", ex **"Los Aromos",** ubicado en el sector sur poniente de dicha ciudad. El radio de atención que abarca este sector se encuentra limitado por: al norte: acera sur de avenida Bombero Garrido, al sur: ribera norte del río Guaiquillo, al oriente: línea férrea y al poniente: predios agrícolas.

CESFAM Colón se encuentra ubicado en Avenida Balmaceda S/N (Camino a Rauco), sector Nor poniente de la ciudad de Curicó. Su área geográfica de acción comprende desde la línea férrea, hasta Tutuquén Bajo por el lado Sur-poniente y hasta el Puente Rauco, por el lado Nor-poniente.

CESFAM Sol de Septiembre, Se ubica en el sector Nor-oriente de la ciudad cuyos límites geográficos son: al sur Avenida España, al norte Rauquén campo, al este Carretera 5 Sur, al oeste con Estadio la Granja.

CESFAM Curicó Centro: Se encuentra ubicado en la Avenida Freire Nº 0189, en el sector centro norte de la ciudad, los límites geográficos son: por el norte Avenida El Boldo en zona urbana y camino Los Guindos en zona rural, por el poniente la línea férrea, por el sur ribera norte del río Lontué y por el oriente carretera 5 Sur.

CESFAM Sarmiento, se ubica en Población El Progreso, calle 18 de Septiembre, esquina Corcovado, frente a Plaza Vida Chile S/N localidad Sarmiento, distante a 9 Km. al Norte de la ciudad de Curicó. Se ubica geográficamente entre: al Sur Rauquén Campo, al Norte Río Teno, al Este Carretera 5 Sur y al Oeste, Los Guindos límite Isla de Marchant.

CESFAM Los Niches: ubicado en la zona sur oriente de la comuna, su dirección es Villa Santa Elena, entre los pasajes Océano Atlántico con Océano Indico s/n, Los Niches. Esta localidad y su Área Rural se ubica geográficamente entre la berma oriente de la panamericana 5 sur hasta el límite con Argentina, al sur con la comuna de Molina y la ribera del río Lontué y al norte con la comuna de Romeral.

POSTAS DE SALUD RURALES (PSR)

Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales más apartados con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el autocuidado de la salud, promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social. Cada una de las 7 Postas de Salud Rural de la comuna depende de un Centro de Salud Familiar, de acuerdo a su ubicación geográfica.

PSR Tutuquén: Ubicada en sector rural de Tutuquén Bajo, distante a 10 kilómetros de la ciudad, con dependencia del CESFAM Colón.

PSR El Porvenir: ubicada en Camino a Zapallar Km. 4 S/N. y su área de acción está determinada por los siguientes límites: al sur: Estero Chequenlemillo, al norte: Romeral, al este: Carretera 5 sur y al oeste: Rincón Zapallar, La Puntilla. Su dependencia es del CESFAM Sol de Septiembre.

PSR Upeo, La Obra, Chequenlemu, Potrero Grande, Cordillerilla: ubicadas en el sector rural sur oriente de la comuna de Curicó. Cada una de ellas lleva por nombre el sector en el que están ubicadas y todas dependen del CESFAM Los Niches.

CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR (CECOSF)

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

- **CECOSF Prosperidad**: ubicado en Población Prosperidad, calle Monte Patria Nº 455 y es dependiente del CESFAM Miguel Á. Arenas López.

- **CECOSF Doña Carmen**: se ubica en calle los Perales s/n, Villa Doña Carmen en la localidad de Sarmiento y depende de CESFAM Sarmiento.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), atiende emergencias médicas o de salud pública. Los SAPU nacen con el propósito de dar continuidad a la atención prestada en el Centro de Salud, de manera de absorber la demanda de atención médica en horarios y días en que no funciona el establecimiento. Según la gravedad de su patología será derivado al servicio de urgencia correspondiente a la Red.

- ***SAPU COLON**: funciona en dependencias del CESFAM Colón, en horario de 17:00 a 24:00 horas Lunes a Viernes. Sábados, Domingos y Festivos de 08:00 a 24:00 horas.*

- ***SAPU MIGUEL A. ARENAS LOPEZ**: funciona en dependencias del CESFAM MAAL, en horario de 17:00 a 24:00 horas de Lunes a Viernes y con recursos municipales se extiende el horario de 08:00 a 17:00 horas. Los Sábados, Domingos y festivos de 08:00 a 24:00 horas.*

- ***SAPU CURICO CENTRO:** funciona en dependencias del CESFAM Curicó Centro, en horario de 08:00 a 01:00 A.M. de Lunes a Domingo.*

SERVICIOS DE URGENCIA RURAL (SUR)

El Sistema de Atención de Urgencia Rural tiene el propósito de favorecer en términos de equidad a la población de sectores rurales a través de una intervención específica, cuyo objetivo final es contribuir a elevar el nivel de salud de su población aumentando la accesibilidad, disponibilidad, eficiencia e impacto de las acciones de salud frente a la demanda impostergable de atención médica en horario no hábil.

- ***SUR LOS NICHES**: funciona en dependencias del CESFAM Los Niches, en horario de 17:00 a 24:00 horas de Lunes a Sábado.*

CENTRO DE REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA

Se encuentra ubicado en las instalaciones de la Universidad del Mar (sector Zapallar Km. 2,5), institución que por convenio, cede el espacio físico, destinado a la atención de nuestros usuarios en situación de discapacidad permanente o transitoria, incorporando en el quehacer a sus familias.

REDES INTERSETORIALES Y COMUNITARIAS

El Departamento de Salud está integrado al desarrollo local de la comuna en base a dos estrategias:

1. **Redes Territoriales o Locales** en la que los equipos de los Centros de Salud se involucran con la comunidad y el intersector del área territorial a su cargo.

2. **Redes Comunales** en la que la Unidad de Promoción del Departamento de Salud se integra, a través del comité VIDA CHILE, a las diferentes redes de trabajo intersectorial y comunitario de la comuna.

1. REDES TERRITORIALES

MESAS TERRIORIALES: Instancias de trabajo conjunto entre los equipos de salud y la comunidad, asociadas a un territorio delimitado y concebidas con el objetivo de materializar el enfoque comunitario del modelo de salud que se desarrolla en los Centros de Salud de la comuna.
En cada Centro de Salud, existe a lo menos una Mesa Territorial por sector, en las que dentro de sus actividades se encuentra el **Diagnóstico Participativo**, conclusiones que se incluyen en la planificación de cada uno y por ende en la planificación comunal.

CONSEJOS DE DESARROLLO LOCAL: Actualmente cada Centro de Salud, cuenta con uno de ellos, todos con personalidad jurídica y por lo tanto reconocida como una organización comunitaria y no institucional. Tienen como objetivo asesorar la Gestión de la Dirección de cada CESFAM, cumpliendo el rol de control social además de coordinar acciones en pro del mejoramiento de la atención y del bienestar de las personas que habitan en el área de acción.

COMITÉ ASESOR DE OIRS: Éste comité funciona al interior de los Consejos de Desarrollo Local con el fin de dar transparencia a la gestión de las solicitudes ciudadanas (Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones) realizadas por las Direcciones de los CESFAM de la comuna.

2. REDES COMUNALES

VIDA CHILE: Red de trabajo que en los últimos años se ha focalizado en el trabajo intersectorial efectivo, integrando redes comunales ya conformadas conciliando los intereses y objetivos comunes

RED COMUNAL CHILE CRECE CONTIGO: Red que genera y articular variados y diversos mecanismos de apoyo a niños, niñas y sus familias, que en su conjunto permiten igualar oportunidades de desarrollo Infantil, conectando el Departamento de Salud con el municipio y las instituciones que se relacionan directa o indirectamente con esta etapa del ciclo vital. Esta red es fundamental para el trabajo coordinado en prevención y tratamiento del Rezago del Desarrollo Infantil.

RED COMUNAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA: Red que aborda fundamentalmente la Promoción de los Derechos de los Niños y niñas y articula acciones para la prevención y abordaje de casos de Vulneración de Derechos en esta etapa del ciclo vital.

RED COMUNAL ADULTO MAYOR: Red recientemente conformada con la misión de promover la participación y autovalencia entre los adultos mayores de la comuna, coordinando esfuerzos sectoriales y comunitarios para su cumplimiento.

RED COMUNAL DE DISCAPACIDAD: Red que promueve la participación de personas, familias y agrupaciones que viven alguna discapacidad con el fin de coordinar esfuerzos sectoriales y comunitarios para mejorar su calidad de vida.

RED COMUNAL DE PREVENCIÓN DE DROGAS: Organizaciones formales e informales funcionales y territoriales y/o personas naturales coordinan acciones para la prevención del consumo de drogas en la comuna. Además, existe paralela a ésta red la **Mesa de Tratamiento** compuesta por PREVIENE y los diversos actores de salud existentes en la comuna: Departamento de Salud, Comunidades Terapéuticas, COSAM, Hospital San Juan de Dios de Curicó con el fin de articular y organizar la detección, referencia e integración social de personas que presentan consumo problemático de drogas y que requieren de una intervención oportuna y eficaz.

RED PROGRAMA VIDA SANA ESCOLAR: Red de establecimientos educacionales de la comuna que fomentan una alimentación saludable y promueven la actividad física en la comunidad educativa.

C.- PROTOCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Las guías clínicas elaboradas por el MINSAL, para los 69 problemas de salud con garantías explícitas, son un valioso aporte para la derivación de los pacientes portadores de patologías GES.

A partir de de Enero del 2009, el sistema de registro de Referencia y Contrarreferencia se unifica en la Región del Maule. Se ha implementado en todos los Centros de Salud de la comuna y ha permitido ordenar y jerarquizar de acuerdo a estándares, la derivación a especialista.

Desde la implementación del sistema denominado SISMAULE, que incorpora diferentes programas como Referencia Contrarreferencia, Estadística, entre otros y que permite evaluar y administrar las listas de espera.

El Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) es un comité que asesora al Director del Servicio de Salud del Maule, y le corresponde proponer medidas para optimizar la coordinación entre la Dirección y los establecimientos dependientes en todos los niveles de atención.

Lo constituyen 17 representantes de la Dirección del Servicio y directivos de hospitales, además de representantes de la atención primaria de cada provincia, elegidos por el Capítulo de Municipios de la Región del Maule

Y dentro de sus actividades se contempla la realización y aprobación de protocolos de referencia frente a patologías definidas

Objetivo:

1.- Utilización eficiente y oportuna de los recursos técnicos y profesionales
2.-Disminuir las listas de espera y los tiempos de espera de pacientes derivados
3.-Optimizar el criterio de priorización de listas de espera
4.-Propender a una atención precoz y oportuna de patologías que requieran evaluación, diagnostico y tratamiento precoz
5.-Propender a disminuir las complicaciones o secuelas secundarias derivadas a una atención tardía.
6.-Mejoramiento de la relación entre atención primaria y secundaria

PLAN DE SALUD LOCAL POR ESTABLECIMIENTOS COMUNA DE CURICO



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
CESFAM MIGUEL ARENAS LÓPEZ



DIAGNOSTICO DE SALUD LOCAL

CENTRO DE SALUD FAMILIAR

"Miguel Ángel Arenas López"

Octubre, 2011

ANTECEDENTES.

- **RESEÑA HISTÓRICA:**

El origen de nuestro establecimiento de salud se remonta a la década de 1970, creándose como posta de salud cuya dotación estaba compuesta solo por un auxiliar paramédico. En el año 1988 la administración del consultorio pasa a depender de la Ilustre Municipalidad de Curicó.

En el año 2001 de acuerdo a la Reforma de Salud nuestro Consultorio inicia el proceso de transformación hacia el nuevo modelo de atención, cuya acreditación técnica como Centro de Salud Familiar culmina en el año 2003.

- **VISIÓN**

"Salud cada día más cerca su familia."

- **MISIÓN**

"Promover una salud familiar integral en cada unas de las etapas del ciclo vital individual y familiar, brindando una atención de calidad, eficiente, humanizada y oportuna".

- **UBICACIÓN:**

Ubicado en el sector sur poniente de la ciudad.

El radio de atención que abarca este sector se encuentra limitado por:

- Al norte: acera sur de avenida Bombero Garrido.
- Al sur: ribera norte del río Guaiquillo.
- Al oriente: línea férrea.
- Al poniente: predios agrícolas.

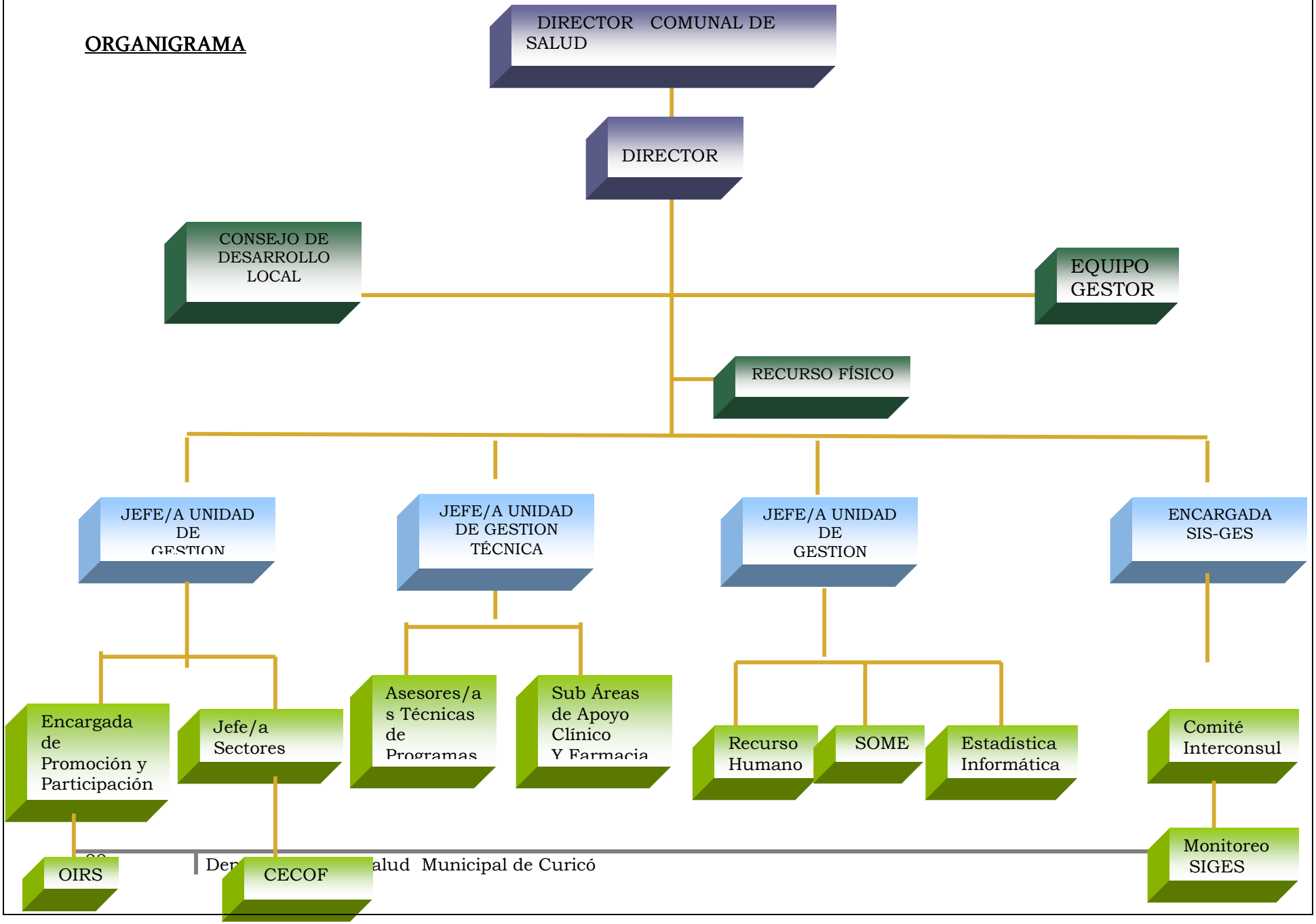
- **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**:

El Centro de Salud Familiar Miguel Ángel Arenas López cuenta con un total de población según el corte per cápita Junio 2011 de 30.942 beneficiarios, de ellos son 15.657 mujeres (50.5%) y 15.297 hombres (49.42%).

De la población beneficiaria podemos mencionar que predominantemente pertenece al grupo etáreo de 20 a 64 años, que el 32,8% corresponde al tramo previsional FONOSA A, teniendo como ingreso económico por familia menos de 1 ingreso mensual ($182.000).

El nivel educacional promedio es de enseñanza básica, lo que genera una brecha para conseguir logros en salud con nuestros usuarios.

ORGANIGRAMA



SECTORIZACIÓN:



El Centro de Salud Familiar Miguel Ángel Arenas López cuenta con 5 sectores, un CECOSF y un supra sector. Cada sector diferenciado por una letra de la A a la D con un equipo de cabecera designado y reconocido por la población.

Sector A:

A cargo de la coordinación de este sector se encuentra la Sra. María Soledad Pérez, éste está conformado por un total de 3243 familias y 7119 habitantes.
Las poblaciones correspondientes a este sector son:
Aguas Negras 1 y 2, Población Galvarino, Villa 3 de Marzo, Villa los Copihues, Villa Oriente.

Sector B:

La coordinación se encuentra a cargo de la Sra. Claudia Guzmán Bascuñan, sector compuesto por 3.100 familias y 6.933 habitantes.
El área geográfica que comprende este sector es: Población los Aromos, Población Santa lucia, Camino Viejo a Lontué, Villa valle verde o el bosque, Villa las nieves, Villa Manuel Contardo, Villa San Agustín, Villa Trapiche, Villa trapiche hasta circunvalación, Villa Pozo al Monte.

Sector C:

La coordinación de este sector está a cargo de la Sra. Marcela Antonio Araneda, posee 2.330 familias 4.737 habitantes.
Este sector está constituido por las siguientes poblaciones: Población Santos Martínez, etapa 1, 2 y 3, Población Pozo Al Monte 1 y 2, Villa Licantén, Villa Nueva Edén, Villa Doctor Rojas Martínez.
Dentro de este sector se encuentra inserto el CECOSF Prosperidad a cargo de la Sra. Naldy Saravia Gallardo, el que cuenta con 2.220 familias y 4.162 habitantes. Delimitado por:

- Poniente: Avenida Trapiche.
- Norte: Avenida Circunvalación, entre avenida Trapiche e Inca de Oro.
- Oriente: Inca de Oro, entre Avenida Circunvalación y el río Guaiquillo
- Sur: Río Guaiquillo

Sector D:

Coordinación a cargo de Carolina Díaz Abusleme, compuesto por 2105 familias y 4633 habitantes.
Está constituido por las siguientes poblaciones: Villa Vaticano, Población Ricardo Silva, Población Ricardo Rojas, Sector Valvanera, Villa Electrificación, Calle Bombero Garrido, acera sur.
Dentro de este sector existe un sub sector E, compuesto por todos los usuarios y sus familias que quedan fuera del límite geográfico del CESFAM MAAL, con un total de habitantes de 3.312.

Supra Sector

Formado por:
Área administrativo: Dirección, Equipo de Gestión, SOME, OIRS, Inscripción Percapita e Información y estadísticas.
Unidad de apoyo clínico: SAPU, Sala IRA y ERA, Dental, Farmacia, PNAC y PACAM, Vacunatorio, Sala Estimulación, Esterilización y Sala de Procedimientos.

Dotación de Recursos Humanos del CESFAM "Miguel Ángel Arenas López"

ESTAMENTOS	NÚMERO	JORNADAS	HORAS SEMANALES
Director	1	44	44
Unidad gestión clínica y administrativa	1	44	44
Médicos	9	22 – 44	374
Odontólogos *	5	22 – 44	198
Enfermeras	9	44	396
Matronas	5	44	220
Nutricionistas	3	44	132
Asistentes Sociales	4	44	176
Psicólogo	3	22 – 44	110
Kinesiólogo	2	44 -33	77
Parvularia	1	22	22
Rehabilitadora en drogas	1	44	44
Aux. Párvulos	1	44	44
Aux. Paramédico.	30	44	1.320
Administrativo	20	44	880
Aux. de servicio	8	44	352
Nochero	2	44	88
Conductor de ambulancia	2	22 - 44	66

*Dentro de las horas 198 de este recurso 22 horas son destinadas a técnica ART en CECOSF Prosperidad y 22 horas con actividades destinadas convenio JUNAEB.

** Incluye a CESFAM, CECOF, SAPU y funcionarios con Contratos de Planta, Plazo Fijo y Honorarios.

DESCRIPCIÓN DE SITUACIÓN DE SALUD

La población del Centro de Salud Familiar pertenece mayoritariamente del grupo etáreo de entre 20 y 64 años, siendo estos los que más consultas por morbilidad realizan, llevando de Enero a Agosto 10.428 consultas de un total de 17.784, seguidos por los adultos mayores quienes suman 2.690 consultas. Grupo Etáreo que va en franco aumento, el año 2010 se reflejaba en un 7,5% de la población y este año pondera un 9 % de Adultos Mayores inscritos en el Cesfam, de los cuales 682 al corte a Junio ya tienen realizado el EMPAM, lanzando como resultado que tenemos 26 % de Autovalentes, un 44% de Autovalentes con riesgo y un 30% de Riesgo de Dependencia. Además se aplico Índice de Katz a 93 adultos mayores 41 de los cuales son dependientes leves, 37 dependientes moderados y 15 dependientes severos. A través del EMPAM podemos conocer el estado nutricional de la población adulta mayor, donde un 38% de la población posee un estado nutricional Normal, un 30% sobrepeso, un 23 % obeso y un 9% bajo peso.

Como demanda importante de la población están las patologías respiratorias, generando 2.000 consultas de morbilidad por esta causa, de las cuales 1.125 consultas son de mujeres y 875 de hombres.

A nivel nacional se ha observado un aumento en la prevalencia de HTA y DM, situación que se traduce en un mayor número de ingresos a los PSCV debido a la incorporación del EMPA. En este Centro de Salud las coberturas en ambas patologías son sobre el 90%.

Los beneficiarios del CESFAM se encuentran en un sector de gran vulnerabilidad social por lo que nuestra población está expuesta a daños causados por la depresión y el consumo de alcohol y drogas. La población bajo control a Junio de estos flagelos se describe a continuación.

- Consumo de Drogas: 284 beneficiarios.
- Consumo de Alcohol: 209 beneficiarios.
- Tratamiento de Depresión: 1.900 beneficiarios.

Con esto podemos concluir que nuestros usuarios no son una población dañada, pero si altamente dependiente del Centro de Salud Familiar, por lo que se hace indispensable nuestro servicio para la comunidad.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 2011
PROBLEMÁTICAS DETECTADAS EN EL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Y ACCIONES PARA RESOLVERLOS

A continuación se presenta un listado de problemas detectados por la comunidad representante de cada sector (A-B-C-D- CECOSF), que participaron de sus mesas territoriales para desarrollar de esta forma su Diagnóstico Participativo 2012.

SECTOR A:

PROBLEMA	ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA	RESPONSABLES EJECUCIÓN	TIEMPO
1.- Violencia intrafamiliar	- Abordar el tema de VIF en reuniones de mesa territorial del sector A. - Realizar micro-talleres de VIF en un centro de acción de la mujer del sector.	Equipo sector A Equipo psicosocial sector A, en coordinación con SERNAM.	Año 2012
2.- Delincuencia y droga en los jóvenes.	- Evitar deserción escolar. - coordinar con equipo d trabajo CONACE al interior del Liceo Politécnico Curicó. - Coordinación con equipo salud mental y NAIM.	Crear redes con DAEM. Equipo psicosocial sector A.	Año 2012
3.- Micro basurales	- Reforzamiento de tema reciclaje de basuras en los distintos grupos comunitarios, en reunión de mesa territorial.	Equipo sector A	Abril-Noviembre 2012
4.- Falta de actividades recreativas para el adulto mayor.	- Coordinar con centros que apoyan a los adultos mayores con actividades gratuitas. (cajas de compensación y cooperativas) - Difundir las actividades a los grupos de adultos mayores del sector, en reunión de mesa territorial. - Realizar dos celebraciones con grupos de adulto mayor.	Asistente social. Equipo sector A	Abril – Noviembre 2012.

SECTOR B:

PROBLEMA O NUDO CRÍTICO	ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA	RESPONSABLES EJECUCIÓN	TIEMPO
1.- Altos índices de: - Sedentarismo. - Obesidad.	- Entregar herramientas teórico-práctico para motivar el aumento de actividad, a través de talleres educativos de estilos de vida saludables en las mesas territoriales del sector. - Ejecución de talleres prácticos de actividad física en las mesas territoriales. - Campaña de difusión de actividad física a través de diario mural y dípticos en escuelas, jardines y Cesfam. - Coordinar reunión con jardines infantiles para promoción de actividad física.	- Mesa territorial. - Equipo sector B. - Jardín infantil.	Mayo a Octubre 2012.

SECTOR C:

PROBLEMA O NUDO CRÍTICO	ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA	RESPONSABLES EJECUCIÓN	TIEMPO
1.-Jóvenes en riesgo psicosocial	- Talleres de prevención a grupo de juveniles - Abordar el tema en Mesas Territoriales y en el CDL.	Mesas Territoriales, Junta de vecinos Equipo de sector	Marzo-septiembre 2012
2.-Contaminación ambiental	- Talleres de prevención - Abordar el tema en Mesas Territoriales y en el CDL. - Motivación a través de difusión de las existencias de organizaciones sociales en la comunidad y de auto cuidado en salud.	Mesas Territoriales, Talleres con juntas de vecinos, equipo de Cesfam y encargados municipales	Marzo- mayo 2012
3.- Familias con VIF	- Talleres de prevención de VIF	Mesas Territoriales,	Agosto-

	con la comunidad - Coordinación con la comunidad para actividades recreativas - Realizar talleres de auto cuidado	equipo Salud Mental Cesfam, Asistente Social y red local	noviembre 2012

SECTOR D:

PROBLEMA O NUDO CRÍTICO	ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA	RESPONSABLES EJECUCIÓN	*TIEMPO*
1.- Aumento en el consumo de alcohol y drogas.	- Talleres educativos preventivos en consumo de alcohol y drogas en colegio San Marcos. - Difusión de la cartera de servicios del Cesfam, enfatizando Plan Auge y exámenes preventivos. - Consulta salud mental en caso necesario.	- Equipo sector D. - Colegio San Marcos. - Equipo salud mental.	Abril a Noviembre 2012.
2.-Contaminación ambiental por malos olores.	- Reuniones de coordinación con organizaciones sociales. - Mesas territoriales. - Coordinación y entrevistas con autoridades respectivas. - Campañas de difusión para mejorar la adecuada eliminación de desechos. - Educar respecto al reciclaje de basura.	- Mesas territoriales sector D. - Equipo sector D.	Junio a Octubre 2011.

CECOSF:

PROBLEMA O NUDO CRÍTICO	ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA	RESPONSABLES EJECUCIÓN	TIEMPO
1.- Regular manejo de las basuras, por parte de los vecinos.	-a.1) Taller sobre la ordenanza municipal que rige el aseo e higiene de la ciudad.	Asistente Social CECOSF Prosperidad, Depto. de Aseo Municipal, y	Noviembre-Diciembre 2012

b) Inadecuado manejo de las mascotas de los residentes.	a.2) Operativo de aseo intra y extra domiciliario en la población Prosperidad. a.3) Distribución de dípticos relativos al manejo de la basura y el aseo e higiene de población prosperidad. -b.1) Taller de la ordenanza municipal sobre la tenencia responsable de mascotas. b.2) Operativo de desparasitación externa de perros en Prosperidad. b.3) Distribución de dípticos relativos a la tenencia responsable de mascotas en hogares de población prosperidad.	Empresa de recolección de basura; Dimensión S.A. Equipo de salud CECOSF Asistente Social CECOSF Prosperidad, Mesa Territorial, Dpto. Municipal de Salud Animal. Equipo de salud CECOSF	Junio 2012 Octubre 2012 Junio 2012
2.- Falta de horas profesionales médicas en el CECOSF y lugar donde atender.	- Talleres con todas las Juntas de Vecinos de Población Prosperidad en relación a la canasta de un CECOSF, en la mesa territorial -Solicitud al municipio de estudio técnico que demuestre a la Mesa la real capacidad de atención por profesionales de este centro de salud.	Mesa Territorial, Jefa de CECOSF, Asistente Social de CECOSF Prosperidad. Coordinadora y demás dirigentes de la Mesa Territorial.	Marzo-Julio 2012 Abril 2012
3.- Conflicto en la dinámica familiar y en la sociedad de población prosperidad (alta tasa de alcoholismo, drogadicción,	- Taller de resolución conflictos a los diferentes dirigentes sociales integrantes de la mesa territorial y usuarios de población prosperidad.	Psicólogo de CECOSF Prosperidad, Profesionales de PRODEMU	Mayo- Julio 2012

delincuencia)	-Talleres de prevención de consumo de drogas y alcohol en mesa territorial.	Previene-Conace Curicó, Asistente Social y Psicólogo del CECOSF	26 junio 2012
4.-Falta de actividades y oportunidades para jóvenes en riesgo psicosocial	-Mesa Territorial con la presencia de jóvenes de población Prosperidad, en dialogo interactivo con personeros de INJUV y SENCE -Talleres de factores protectores sicosociales (JOCAS)con alumnos de más de 14 años de Escuela Aguas Negras, residentes en Población Prosperidad.	Coordinadora Mesa Territorial Prosperidad Asistente Social y Psicólogo del CECOSF Psicólogo y Nutricionista de CECOSF, más Coordinadora Mesa y dirigentes de la Mesa.	14 Agosto 2012 Agosto 2012

RESUMEN DE LOS PROBLEMAS Y/O NECESIDADES DETECTADAS EN DIAGNOSTICO PARTICIPARTIVO DEL CESFAM MIGUEL ANGEL ARENAS

1.- Contaminación Ambiental.
2.- Problemas de Violencia Intrafamiliar.
3.- Aumento del Consumo de Alcohol y Drogas.
4.- Sedentarismo y Obesidad.
5.- Falta de actividades recreativas para el adulto mayor.
6.- Falta de actividades y oportunidades para jóvenes en Riesgo Psicosocial.
7.- Inadecuado manejo de las mascotas
8.- Falta de horas profesionales médicas y lugar donde atender.

3.-INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA A TRAVES DEL CICLO VITAL

Salud Materna – Perinatal:

- Embarazo no planificado

Salud Infantil:

- Aumento de la malnutrición por exceso en la población menor de 6 años del Cesfam MAAL
- Déficit del Desarrollo Psicomotor en los menores de 6 años del Cesfam MAAL

Salud del Adolescente:

- Existencia de hábito de consumo de alcohol y otras sustancias en adolescentes
- Mayor demanda de consultas de morbilidad por alteraciones emocionales

Salud de las Personas Adultas:

- Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares y segunda causa de muerte en población adulta
- Baja adhesividad de la mujer de 25 – 64 años a la toma de PAP y EFM
- Prevalencia en gestantes con alto riesgo obstétrico de patologías buco dentarias.

Salud del Adulto Mayor, Familia y Cuidadoras:

- Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares
- La población de adulto mayor representa un 9 % de la población beneficiaria del Cesfam

Área de Gestión:

- Alto número de reclamos a nivel usuario en OIRS del Cesfam.
- Carencia de Estandarización de procesos Clínicos y Administrativo

V.- PLAN DE ACCIÓN

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO
Embarazo no planificado	Cautelar el acceso a regulación de fecundidad de la población inscrita en el Cesfam	Aumentar cobertura de regulación de fecundidad 2012/2011	Nº de embarazos no planificados/ Nº de mujeres bajo control de regulación de fecundidad	-**A. Promoción** -Jornadas de conversación de afectividad y sexualidad en los establecimientos educacionales **- A. Prevención** -Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva -Control Regulación de Fecundidad	Equipo de salud Matronas	REM A 27 REM A 01 REM A 19

PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACIÓN
		90% niños de 4, 12, 15, 21 y 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 28d a 47 meses / Nº Total de niños y niñas de 28d a 47 meses bajo control) x 100	- **A. Prevención** - Control de salud a los 4, 12, 15, 21 Y 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación Del desarrollo Psicomotor.	Enfermera TENS	REM A 03, sección A REM P2, sección A Registro local
Aumento de la malnutrición por exceso en la población menor de 6 años el MAAL	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables tempranamente como factor protector de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	90,% de los controles de niños se entregan el control	Nº de controles del 5 mes / total de niños bajo control de 0 – 6 meses x 100	- **A. Prevención** - Incorporar consejos breves en alimentación saludable y lactancia materna en todos los controles de Salud Infantil.	Enfermeras Nutricionistas TENS	REM 19 REM 02 REM 27 Registro Chile Crece
		90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de EEDP	Nª de participantes en talleres /número total de niños bajo control de 6 a 12 meses	**A. Prevención** - Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	Enfermera	REM 03 sección A REM P2 sección A REM A 03, sección B
		90% niños/as de 36 meses de edad se les aplica TEPSI en el control de salud	(Nº de aplicaciones de TEPSI realizadas al grupo de 24 a 47 meses / Nº Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	**A. Prevención** Control de salud a los 36meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI	Enfermera	REM 03, sección A REM P2, sección A
	Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso y otros factores de riesgo asociados a la Obesidad en los niños y niñas.	100% de niños menores de 6 años bajo control con malnutrición por exceso con consulta nutricional	(Nº de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as con malnutrición por exceso) x 100	**A. Prevención** - Consulta nutricional a niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso; según la norma	Nutricionista Enfermera TENS	REM P02 Registro local
Aumento de la incidencia del Déficit del Desarrollo Psicomotor en los menores de 6 años el Cesfam MAAL	Detección oportuna de niños y niñas con rezago y déficit en su desarrollo Psicomotor	90% de niños y niñas evaluados con rezago y/o déficit en su DSM son derivados a alguna modalidad de estimulación.	(Nº de niños/as evaluados con rezago y/o riesgo en su DSM son derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº Total de niños menores de 4 años con rezago en su DSM) x 100	**A. Tratamiento** - Consejería sobre Estimulación saludable y Actividad física en cada control de salud infantil Actividades en la sala de estimulación dirigidas por educadora	Educadora de Párvulo Enfermera	REM A03, sección C
	Detección oportuna de evaluación del DSM	100%niños/as de 1 mes de edad con control de salud con protocolo NS aplicado.	(Nº de aplicaciones de protocolo NS realizadas al grupo de 28 días a 5 meses / Nº Total de niños y niñas bajo control) x 100	**A. Prevención** - Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación NS	Enfermeras Educadora de Párvulo TENS	REM A-03, sección A REM P2, sección A Registro local
	Mantener el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo Integral	90 % de los niños diagnosticados con déficit en su DSM	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses / Nº de niños y niñas diagnosticadas con déficit	**A. Tratamiento** Consulta del niño o niña con déficit en su desarrollo psicomotor	Enfermera	Rem A 03
		90% niños/as de 8 meses de edad con aplicación de EEDP en el control de Salud Recuperados.	(Nº aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 6 meses a 11meses/ Total de niños y niñas de 6 a 11 meses bajo control) x 100	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	Enfermera	REM A 03, sección A REM P2 , sección A

			en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 Y 36 meses.			
		100% de niños menores de 4 años Diagnosticados con déficit en el DSM recibe 01 VDI.	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo sicomotor x 100	- **A. Tratamiento** Visita domiciliaria integral	-Enfermera -Asistente Social -Nutricionista -Tens	REM A26 REM P2

PROGRAMA ADOLESCENTE

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACIÓN
Existencia de hábito de consumo de alcohol y otras sustancias en adolescentes	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con consumo de sustancias	Aplicación de AUDIT al 100% de los adolescentes con sospecha de consumo	(N° de Adolescentes entre 10 y 19 años evaluados/N° total de Adolescentes de 10 a 19 años inscritos)x100	**- A. Prevención** - EMPA adolescente - Control de Salud integral anual de Adolescentes. - **A. Tratamiento** - Control salud mental. - Consulta morbilidad	Nutricionista A. Social Tens Psicóloga Medico Enfermera	REM 05 REM 06 REM 02, sección B
		5 % de los adolescentes de 10 y 14 años evaluados con ficha clap	Nº de adolescentes de 10 y 14 años evaluados/ Nº total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos x 100	**- A. Prevención** Aplicación de Ficha Clap en la población adolescente	Nutricionista A. social Psicólogo Tens	REM A 03 Sección H REM A 02

	Intervención preventiva para adolescentes con consumo riesgoso de sustancias	Mejorar la pesquisa de adolescente en consumo de alcohol y/o drogas	(N° de Adolescentes entre 10 y 19 años bajo control /N° total de Adolescentes de 10 a 19 años inscritos)x100	- **A. Preventiva** - Consulta psicóloga - Taller terapeuta. - Visita Domiciliaria	Psicóloga Terapeuta Asistente Social	REM 05 REM 06 REM 26
Aumento de la demanda de consultas de adolescentes	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con depresión	100% de los adolescentes con sospecha de depresión reciben consulta para diagnostico	N° de adolescentes con sospecha de depresión reciben consulta para diagnostico / N° total de consultas de adolescentes x 100	- **A. Preventiva** - Consulta salud mental **- A. Tratamiento** - Seguimiento casos - Derivación a nivel secundario	Medico, psicólogo, A. Social	REM A 05 REM A 06

PROGRAMA DEL ADULTO

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO
Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares y segunda causa de muerte en población adulta	Pesquisar en forma precoz condiciones prevenibles que causan morbimortalidad cardiovascular	Alcanzar un 17,5 % la cobertura de EMPA en grupo hombres de 20 a 44 años	Nº de EMP realizados en hombres de 20 a 44 años / Total Población beneficiaria 20 a 44 años menos población CV en control masculina de 20 a 44 años x 100	**-A. Promoción** -Difusión de EMPA en comunidad y grupos organizados **- A. Prevención** -EMP -EMP empresas	Enfermera Nutricionista	REM A 02 sección B
		Aumentar en un 1% la cobertura de EMPA en mujeres de 45 a 64 años	Nº de EMP realizados en mujeres de 45 a 64 años / Total Población beneficiaria 45 a 64 años menos población CV en control femenina de 45 a 64 años x 100	--**A. Promoción** -Difusión de EMPA en comunidad y grupos organizados -- **A. Prevención** -EMPA Control ginecológico + EMPA	Enfermera Nutricionista Matrona	REM A 02 sección B
		Aumentar a un 1.5 % la cobertura EMPA en hombres de 45-64 años	N° de EMPA realizados hombres de 45-64 años/ población beneficiaria masculina de 45-64 años menos población CV en	--**A. Promoción** -Difundir el EMPA en la comunidad a grupos organizados **- A. Prevención**	Enfermera Nutricionista	REM A 02 sección B

			control masculina de 45-64 años) X 100	-EMPA -EMPA empresa		
	Identificar portadores de patologias cardiovasculares	Aumentar en un 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas DM tipo con una prevalencia de un 10%	Población bajo control con DM tipo 2 de 20 – 64 años /total de personas de 20 – 64 años según prevalencia x 100	**- A. Prevención** -EMPA -Control salud cardiovascular -Visita rescate -Consulta enfermera	Enfermera Nutricionista Matrona Medico Tens	REM P 04 Sección A
		Aumentar en un 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas HTA con una prevalencia de un 15,7	Población bajo control con HTA de 20 – 64 años /total de personas de 20 – 64 años según prevalencia x 100	**- A. Prevención** -EMPA -Perfil presión arterial -MAPA de presión Arterial -Consulta enfermera -Control salud cardiovascular -Visita rescate	Enfermera Nutricionista Medico Matrona Tens A Social	REM P 04 Sección A
	Prevenir o detener la progresión de la ERC de las personas en riesgo	100% de las personas en el programa de de salud cardiovascular con ficha de prevención en ERC aplicada y clasificadas	(N° de personas con ficha aplicada / número total población bajo control PSCV) X 100	- A. Prevención -Aplicación ficha prevención ERC en control PSCV	Medico	REM P4 Sección A
	Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de DM tipo 2	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 – 64 años con DM tipo 2 (Hba1c) < 7 ,respecto a lo logrado el año anterior	Nº de personas de 20 -64 años con DM tipo 2 con Hba1c < 7 según último control / Nº total de pacientes con DM tipo 2 según prevalencia x 100	**- A. Prevención** -Control salud cardiovascular **- A. Tratamiento** -Tratamiento de acuerdo a guía clínica -Solicitar hemoglobina glicosilada y glicemia cada tres meses	Medico Enfermera Nutricionista	REM P4 Sección B
	Aumentar la cobertura efectiva de personas con HTA bajo control	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 -64 años con HTA con presión arterial menor 140/90 mmHg	Nº de personas de 20 -64 años con HTA con presión arterial < 140/90 mmHg según último control / Nº total de pacientes con HTA	**- A. Prevención** Control presión arterial de acuerdo a norma Control salud cardiovascular **- A. Tratamiento**	Medico Enfermera Nutricionista	REM P4 Sección B

		,respecto a lo logrado el año anterior	según prevalencia x 100	Tratamiento de acuerdo a guía clínica		
Baja adhesividad de la mujer de 25 – 64 años a la toma de PAP y EFM	Promover la toma de PAP a mujeres de grupo etáreo de Riesgo	Mantener el 70% de cobertura PAP	N° de PAP tomados a mujeres de 25 a 64/ N° de mujeres inscritas de 25 a 64 años	**- A. Promocional** - Campaña radial - Entrega de dípticos informativos **- A. Prevención** - Realización de visita domiciliaria a pacientes con PAP atrasados - Campaña de PAP	Matronas	REM P 12 REM A 01 REM A 19 REM A 27 REM A 18 Citoexpert RECIVAN
	Pesquisar precoz y oportuna del Cáncer de mama a través del examen EFM y mamográfico	Aumentar cobertura de PAP y EFM en mujeres de 25 a 64 años	Nº de mujeres de 50 años Mamografía Vigente en mujeres 50-54 años / Nº de mujeres de 50 a 54 años	**- A. Prevención** **-** Examen físico de mamas -Mamografía a mujeres de 50 a 54 años	Matronas	REM P 12 REM 18
Prevalencia en gestantes con alto riesgo obstétrico de patologías bucodentarias.	Disminuir la vulnerabilidad de gestantes con alto riesgo obstétrico por patologías bucodentarias.	Alcanzar un 90% de cobertura en tratamiento de "desinfección bucal total" en embarazadas con alto riesgo obstétrico en control	N° de gestantes con alto riesgo obstétrico que reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total/ N° total de gestantes con alto riesgo obstétrico bajo control x 100	**- A. Tratamiento** -Consulta odontológica integral.	Odontólogo	REM P 01 Registro Local

ADULTO MAYOR

PROBLEMAS PRIORIZADOS	**OBJETIVOS**	**METAS**	**INDICADORES**	**ACTIVIDADES**	**RRHH**	**MONITOREO**
La población de adulto mayor representa un 9 % de la población beneficiaria del	Promover el envejecimiento sano de acuerdo a la OMS	Mantener 55 % de población de 65 y mas con EMPAM vigente	Nº adultos mayores c/ EMPAM vigente/ Nº adultos mayores inscritos x 100	**- A. Preventiva** Realizar EMPAM	Enfermera Kinesióloga	REM P5 Sección A
	Otorgar capacitación a	Capacitar al 100% de	N° de cuidadores	**-A. Promoción**	Equipo de Salud	REM A 27

Cesfam	cuidadores de Adultos Mayores Dependientes Severos com estipendio	los cuidadores de adultos mayores dependientes severos que reciban estipendio	capacitados de adultos mayores dependientes severos que reciben estipendio/ total de cuidadores con estipendio X 100	-Capacitación individual y grupal cuidadores de adultos mayores dependientes severos que reciben estipendio **- A. Preventiva** -Aplicación de Índice de Katz,		Registro Local
Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares	Identificar portadores de patologias cardiovasculares	Aumentar en un 5% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas mayores con DM tipo con una prevalencia de un 25%	Población bajo control con DM tipo 2 de 65 años y mas /total de personas de 65 años y más según prevalencia x 100	**- A. Preventiva** EMPAM Control salud cardiovascular Visita rescate Consulta enfermera	Enfermera Nutricionista Medico Tens	REM P5 Sección A
		Aumentar en un 3,5% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas mayores HTA con una prevalencia de un 64,3%	Población bajo control con HTA de 65 años y mas /total de personas de 65 años y más según prevalencia x 100	**- A. Preventiva** EMPAM CSPA MAPA de presión arterial Control salud cardiovascular Visita rescate Consulta enfermera	Enfermera Nutricionista Medico Tens	REM P5 Sección A
	Prevenir o detener la progresión de la ERC de las personas en riesgo	100% de las personas en el programa de de salud cardiovascular con ficha de prevención en ERC	(N° de personas con ficha aplicada / numero total población bajo control PSCV) X 100	**- A. Preventiva** Aplicación ficha prevención ERC en control PSCV	Medico	REM P5 Sección A

	Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de DM tipo 2	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 65 años y mas con DM tipo 2 (Hba1c) < 7 ,respecto a lo logrado el año anterior	Nº de personas de 65 años y mas con DM tipo 2 con Hba1c < 7 según ultimo control / Nº total de pacientes con DM tipo 2 según prevalencia x 100	**- A. Preventiva** Control salud cardiovascular **- A. Tratamiento** Tratamiento de acuerdo a guía clínica Solicitar hemoglobina glicosilada y glicemia cada tres meses	Medico Enfermera Nutricionista	REM P4 Sección B
	Aumentar la cobertura efectiva de personas con HTA bajo control	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 65 años y mas con HTA con presión arterial menor 140/90 mm/hg ,respecto a lo logrado el año anterior	Nº de personas de 65 años con HTA con presión arterial < 140/90 mm/hg según último control / Nº total de pacientes con HTA según prevalencia x 100	**- A. Preventiva** Control presión arterial de acuerdo a norma Control salud cardiovascular **- A. Tratamiento** Tratamiento de acuerdo a guía clínica	Medico Enfermera Nutricionista	REM P4 Sección B

ÁREA GESTIÓN

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	RRHH	MONITOREO EVALUACIÓN
Del total de reclamos OIRS el 15% de estos son de trato.	Disminuir el número de reclamos de trato de los usuarios en OIRS.	Disminuir un 3% el número de reclamos trato de los usuarios en OIRS	N° de reclamos de trato de los usuarios en OIRS / N° total de reclamos de usuarios en OIRS	**- A. Promoción** Capacitación al equipo sobre trato al usuario Difundir Protocolo de Atención al Usuario Reunión de Comité Asesor OIRS Aplicar Protocolo de Atención al Usuario Reunión de Comité de Elaboración de Protocolo Responder a los usuarios los reclamos por trato dentro de 20 días hábiles.	Equipo de Salud	Registro Mensual de atenciones OIRS Rem 19, sección C
Carencia de Estandarización de procesos Clínicos y Administrativos.	Crear Protocolos de estandarización de procesos Clínicos y Administrativos.	Crear 5 Protocolos de estandarización de procesos Clínicos y Administrativos	N° de protocolos creados de estandarización de procesos Clínicos y Administrativos/ N° Total de protocolos programados de estandarización de procesos Clínicos y Administrativos	**- A. Promoción.** Formar equipos de trabajo Priorizar Protocolos a realizar en el Cesfam Reuniones de Equipo de Trabajo. Evaluación y Aprobación de Protocolos por equipo de gestión y asesores de programa a nivel comunal Aplicación de Protocolos dentro de las labores habituales.	Enfermeras Matronas Nutricionistas Asistente Social Psicólogos	Estados de avance Trimestral Registro local

CESFAM COLON

CESFAM COLON

PLAN DE SALUD

AÑO

2 0 1 2

CESFAM COLON

RESEÑA HISTORICA, VISION, MISION
CESFAM COLON 2012

El CESFAM Colón comenzó a funcionar en el año 1972, en la Capilla Católica, ubicada en la calle Colón N° 1391, frente a la Población José Olano A., En el año 1974, se cambia la ubicación del Consultorio a una pequeña casa en la Población José Olano A., con un equipo de funcionarios que contrata el Hospital Base de Curicó, formado por: una Enfermera, dos Nutricionistas y tres Auxiliares Paramédicos.

En el año 1986, se recibe un nuevo edificio, ubicado en Calle Balmaceda S/N, con una infraestructura para atender a una población cercana a 6.000 personas.

El 1° de Enero de 1988, la Atención Primaria fue traspasada a la I. Municipalidad de Curicó, junto con Loa Aromos y Sol de Septiembre y siete Postas: Tutuquén, Chequenlemu, Los Niches, Sarmiento, Upeo, Potrero Grande y Cordillerilla.

El 14 de Noviembre del año 2009, es acreditado como Centro de Salud Familiar y comienza a trabajar con el nuevo Modelo de Salud. En su calidad de Cesfam, la atención está dividida en tres sectores (Rojo-Verde-Azul) que cuentan con sus Equipos de Cabecera, agendas electrónicas, SOME satélites sectorizados.

Desde el mes de Mayo del 2008 el CESFAM cuenta con un Servicio de Atención Primaria de Urgencia(SAPU), que funciona de Lunes a Viernes de 17.00 a 00.00 horas y Sábados, Domingos y Festivos de 08.00 a 00.00 horas.

VISION

Centro de Salud Comprometido con la entrega de una Atención de Calidad al servicio de nuestra Comunidad.

MISIÓN

Ser un Centro de Salud y Equipo de Salud comprometidos con nuestra comunidad, donde se brinde una atención integral a todo el grupo familiar, entregándoles a cada uno de nuestros sectores acciones de salud de nivel primario, en las áreas de tratamiento, prevención, promoción y rehabilitación en forma oportuna y eficiente, con enfoque Biopsicosocial con la finalidad de ir día a día mejorando para nuestra comunidad

DOTACION DE PERSONAL

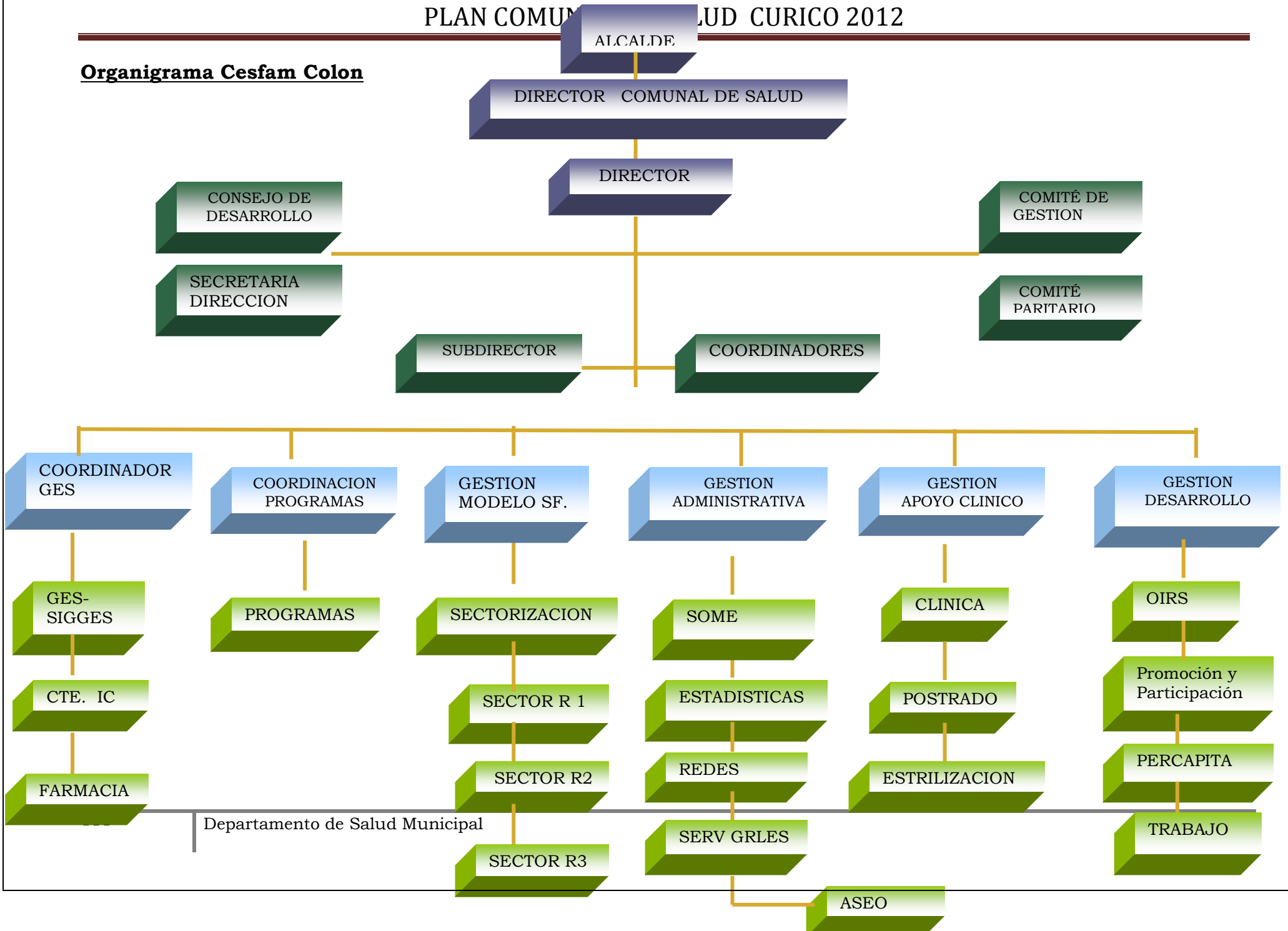
1 Director con 44 horas semanales
3 médicos con 44 horas semanales
1 médico con 22 horas semanales
2 odontólogos con 44 horas semanales
5 enfermeras con 44 horas semanales
2 matronas con 44 horas semanales
2 matrones con 22 horas semanales
1 asistente social con 44 horas semanales
1 kinesiólogo con 33 horas semanales IRA

1 kinesiólogo 44 horas semanales ERA
2 psicólogos con 44 horas semanales
18 técnicos paramédicos 44 horas semanales Cesfam
2 técnicos paramédicos 44 horas semanales Posta Tutuquén
11 administrativos 44 horas semanales
3 auxiliares de servicios con 44 horas semanales
1 conductor con 44 horas semanales

El Servicio de Urgencias del CESFAM cuenta con:

1 médico 44 horas semanales
2 técnicos paramédicos 44 horas semanales
1 administrativo 44 horas semanales
1 auxiliar de servicios 44 horas semanales
1 conductor 44 horas semanales

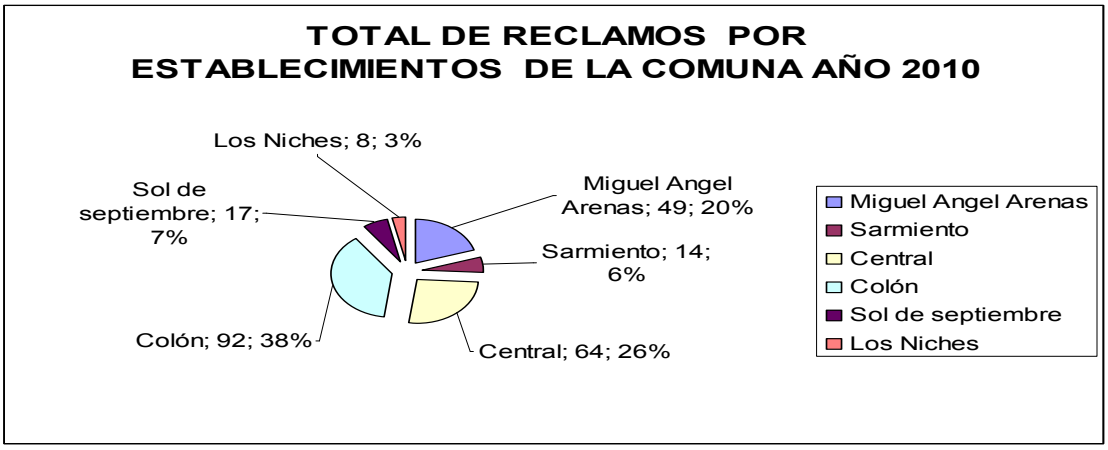
Organigrama Cesfam Colon

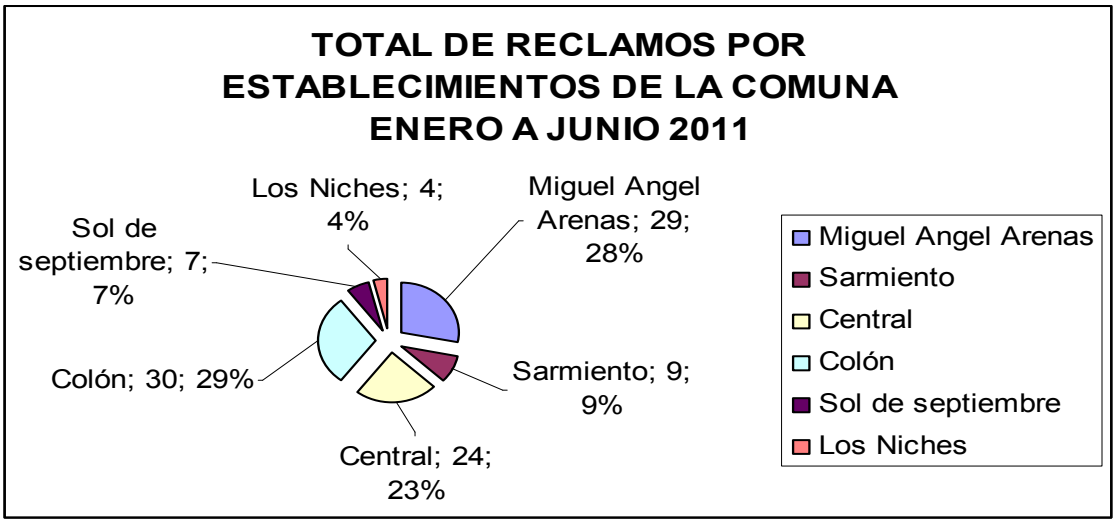


DIAGNOSTICO DE SITUACION DE SALUD

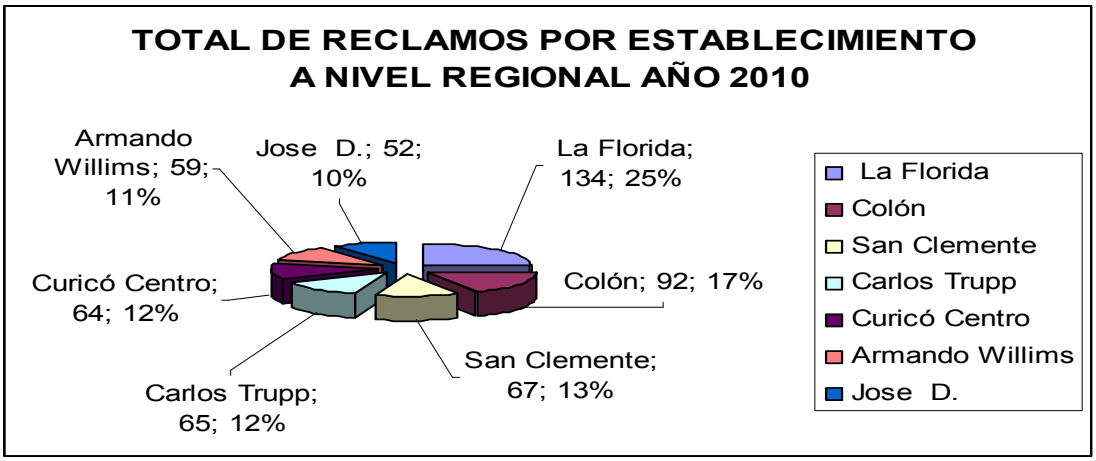
1.-PARTICIPACION SOCIAL

El primer problema priorizado "alto porcentaje de reclamos", es de acuerdo a la Evaluación de la OIRS año 2010, donde a nivel comunal el establecimiento ocupa el primer lugar de la comuna por el número de reclamos. Lugar que se ha mantenido en el primer semestre del 2011.





A nivel regional representa el segundo lugar dentro de los siete establecimientos con más reclamos.



- El segundo problema, "la baja participación de la comunidad en reunión de consejo de desarrollo", se debe a que en el área geográfica del CESFAM, existe alrededor de 40 organizaciones comunitarias, sean estas funcionales o territoriales, las que son convocadas a reunión. El año 2010, la participación de dirigentes comunitarios a las reuniones anuales (enero a diciembre), fue de 70 personas, lo cual equivale al 17,5%. Siendo la participación promedio de 7 dirigentes a cada una de las reuniones.
  El año 2010 en las tres reuniones efectuadas de marzo a septiembre, han participado 31 dirigentes, lo cual equivale al 25,8%, siendo la participación promedio de 7 dirigentes a las reuniones.

- El tercer problema priorizado "el trabajo comunitario de mesas territoriales de los sectores del establecimiento inactivas", se debe a que el año 2011, no se efectúo un trabajo con la comunidad en ninguna área, manteniéndose por lo tanto el diagnostico participativo 2010, año en que se conformo y estableció dos mesas territoriales, la del sector azul y rojo. El sector verde, conformo su mesa territorial el año 2009 y el año 2010 continuo el trabajo con su comunidad. Esto refleja que el año 2011, no hubo mucho avance en el modelo de salud familiar en el área comunitaria.

2.-SALUD MATERNA Y PERINATAL

En el área de la mujer la mayor parte de los problemas de salud están dados por la ausencia de autocuidado en la mujer, traduciéndose en una baja adhesividad a la toma de PAP, embarazos no deseados y embarazo de adolescentes.

3.-SALUD INFANTIL

3.1.- POBLACION MENOR DE 6 AÑOS EN CONTROL.

	Porcentaje
Región	111,2
Provincia	110,3
Comuna	99,7
CESFAM	90,0

La cobertura de población en control en el Cesfam es baja en relación a la región y provincia ya que un alto porcentaje de madres trabaja y opta por la modalidad FONASA LIBRE ELECCION (FLE).

3.2.- MALNUTRICION POR EXCESO EN MENORES DE 6 AÑOS EN CONTROL

	Porcentaje
Región	32,5
Provincia	32,9
Comuna	32,4
CESFAM	32,5

La malnutrición por exceso se encuentra dentro de los parámetros regionales, sin embargo es muy alta y la tendencia es hacia el aumento.

3.3.- POBLACION INFANTIL CON DEFICIT DE DPM EN LA 1º EVALUACION

	Porcentaje
Región	6.5
Provincia	6.2
Comuna	9.3
CESFAM	16.5

La detección de déficit de DPM en el Cesfam es el más alto de la comuna y región

3.4.- CONSULTAS MÉDICAS INFANTILES POR PATOLOGIA RESPIRATORIA

	Porcentaje
Región	**24,2**
Provincia	**29,8**
Comuna	**38,0**
CESFAM	**35,0**

Un alto porcentaje de causas de consulta médica espontánea en los niños corresponde a problemas respiratorios.

4.-PROGRAMA ADOLESCENTE

Según población Percapita validada Junio 2011 para el año 2012, nuestros adolescentes beneficiarios inscritos son de 2.847 adolescentes, lo que corresponde a un 15,2% del total del CESFAM Colón, distribuida en los grupos de edad de 10 a 14 años con 1.328 personas y de 15 a 19 años de 1519 personas.

De acuerdo a los adolescentes que **inicialmente** se han evaluado con ficha CLAP correspondiente al 2,5% de la población de 10 a 14 años hemos podido detectar los siguientes problemas de salud:

Alta prevalencia de mal nutrición por exceso.(46,4%)

Problemas de salud bucal (caries y apiñamiento dentario).

Consumo familiar de OH y drogas.

Parentabilidad disfuncional, padres con bajas habilidades parentales, padres ausentes, baja capacidad de protección, abandono afectivo y material, negligencia, VIF.

Pobreza, cesantía.

Baja perspectiva de ingreso a educación superior.

La taza de consultas por morbilidad medica de los adolescentes (10-19) en el año 2011 es de 0,35 .Baja significativa en relación a los años anteriores debido a que esta demanda es absorbida en el SAPU con una tasa del 0,93.

5.-PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR

En relación al Programa de Salud Cardiovascular, si nos comparamos con metas nacionales podemos decir, que nuestra realidad como CESFAM en lo que a eficacia respecta, para DM la meta nacional es de un 42 %, meta sanitaria es de un 38.8 % y el de nuestro establecimiento un 36.3 %. Por lo que nos encontramos bajo la media en casi un 6%. En HTA la nacional 65 %, meta sanitaria 55.3% y CESFAM 66.7 %. Por lo tanto, nos encontramos sobre la media con un 1.7%.

Las coberturas en personas de 15 y más años alcanzadas por el CESFAM son de 63.3 % para HTA y 43.6 % para DM.

POBLACION BAJO CONTRO PSCV
CESFAM COLON JUNIO 2011

Total bajo control	2298
Hipertenso	2005
Diabético	741
Tto. c/ insulina	114
Dislipidemicos	1512
Tabaco	329
Obeso	907

La tabla nos muestra que un 15.4 % de los diabéticos usa insulina como tratamiento de su patología, del total de personas ingresadas al PSCV un 14.32 % fuma y 39.47 son obesos.

Las metas nacionales en cobertura EMPA para los grupos focalizados, tanto para hombres de 20 – 44 años y mujeres de 45 – 64 años son de un 25 %, los IAP son de 15.2 % y 25 % respectivamente. La realidad de nuestro establecimiento al mes de Septiembre corresponde a 11.5 % varones y 21.5 % para mujeres.

ESTADO NUTRICIONAL EMPA REALIZADO CESFAM COLON
ENERO – SEPTIEMBRE 2011

Estado nutricional	Total ambos sexo		Hombres	mujeres
	Personas	%		
Normal	170	23.5	117	53
Bajo peso	10	1.38	7	3
Sobre peso	350	48.4	200	150
Obeso	193	26.7	82	111
Total	723	100	406	317

La tabla nos muestra que de las personas a las que se les realizo EMPA, un 75.1 % presenta un problema de mal nutrición por exceso.

Las enfermedades respiratorias se mantienen en Chile entre las principales causas de morbilidad y de mortalidad en todas las edades, siendo la frecuencia de consultas de adultos por causas respiratorias cercanas al 20%, en los Consultorios de Atención Primaria. Las enfermedades de mayor prevalencia son el EPOC y el Asma bronquial. El EPOC representa 22% del total de enfermedades respiratorias a nivel nacional, siendo la segunda causa de muerte, principalmente en mayores de 65 años. En cuanto al Asma bronquial aún se desconocen epidemiológicos del adulto.

En el CESFAM Colón existen 228 pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, de los cuales 142 presentan el diagnóstico de EPOC, que representa el 62,3% del total y 86 presentan Asma bronquial, correspondiente al 37,7%.

ENFERMEDADES CRONICAS DEL ADULTO (EPOC-ASMA)
JULIO 2011

	Mujeres	Hombres	Total
EPOC	77	65	142
Asma Bronquial	59	27	86

En lo que respecta al adulto mayor, debemos recordar que la OMS promueve un envejecimiento sano, esto significa alcanzar autovalencia y autonomía. Y que por su

condición etáreo tienen un alto potencial de producir discapacidad En nuestro CESFAM, 873 adultos mayores se encontraban con EMPAM vigente al mes de Junio 2011.

La cobertura de evaluación funcional del adulto mayor de 65 años como IAAPS es de 50 %, al mes de Septiembre CESFAM Colón alcanza una cobertura de 34.7%

La cobertura de evaluación funcional del adulto de 65 y mas años en nuestro establecimiento es baja alcanzando un 34.7 %.

CLASIFICACION SEGÚN FUNCIONALIDAD
CESFAM COLON JUNIO 2011

Autovalentes	179
Autovalentes c/ riesgo	274
Riesgo de dependencia	231
Dependencia leve	118
Dependencia moderada	58
Dependencia severa	13
Total	873

La tabla nos muestra que los adultos mayores de nuestro centro de salud Autovalentes representan un 51.89 %, riesgo de dependencia 26.4 % dependencia 8,1 % y postración un 1.49 %.

CLASIFICACION ESTADO NUTRICIONAL ADULTOS MAYORES
CESFAM COLON JUNIO 2011

Enflaquecido	88
Normal	333
Sobrepeso	253
Obeso	199
Total	873

La tabla anterior nos muestra que solo un 38.1 % de nuestros adultos mayores tienen un estado nutricional normal.

La tasa nacional de postrado es de 5 % y la de nuestro CESFAM alcanza 0.11 %.

POSTRADOS SEGÚN GRUPO ETAREO
CESFAM COLON SEPTIEMBRE 2011

0 – 9 años	5
10 – 19 años	2
20 – 6 4 años	2
65 y mas años	11
Total	20

La tasa de morbilidad médica fue programada para población de 20 – 64 años de un 0.45 % y para población de 65 y más años de un 1.01 %. La tasa a la fecha es de 0.58 % para grupo de 20 – 64 años y para 65 y mas años 1.27 % Del total de consultas por morbilidad según grupo etáreo, los adultos lo hacen por causa respiratoria 13.75 % y adultos mayores también por esta misma causa en un 11.21 %.

En cuanto a la Artrosis, se estima que está presente en más del 80% de los AM de 60 años, es más frecuente en mujeres y es mayor a medida que aumenta la edad. A nivel nacional, un 3.8% de la población adulta refiere padecer de artrosis (Encuesta Nacional de Salud, 2003). Además, la OA es un importante motivo de consulta a nivel primario y responsable de discapacidad.

En nuestro CESFAM, de un total de 1.619 adultos mayores, 130 presentan diagnóstico de artrosis de rodilla y/o cadera, que corresponde a un 8,03% del total, de los cuales 41 son hombres (2,53%) y 89 mujeres (5,50%) y su frecuencia al igual que a nivel nacional, aumenta con la edad.

ADULTO MAYOR CON ARTROSIS DE CADERA
Y/O RODILLA (JUNIO DEL 2011)

	65-69	70 y más años	Total
Mujeres	23	66	89
Hombres	8	33	41
Total	31	99	130

SALUD MENTAL

6.- DEPRESIÓN

Población general	Nacional	Local
Depresión	9.0 %	2.63 %
Mujeres	11.3 %	4.6 %

Hombres	6.4 %	0.4 %

De la comparación antes realizada, según población inscrita activa del centro, se desprende que la realidad local del centro se encuentra bajo lo esperado por las cifras nacionales, lo cual indica que se debe aumentar la pesquisa en ambos grupos. Convirtiéndose en un problema priorizado.

De este modo, las actividades se centraran en consulta y control de salud mental e intervenciones psicosociales en mujeres. En cuanto a los hombres, es importante considerar, que el factor horarios de trabajo y horarios de atención en el centro, influyen de alguna manera para la baja pesquisa. Cabe destacar, que en cuanto a la meta de ingresos, según Convenio de Atención Integral de Salud Mental, este componente se encuentra cumplido.

Grupos especiales	Nacional	Local
Depresión gestante	30 %	30.3 %

En gestantes, según riesgo de síntoma depresivo pesquisado en EPSA al ingreso de embarazo, de una población total de 122 gestantes, 37 de ellas presenta esta sintomatología (30,3 %) que se corresponde con lo esperado a nivel nacional para los grupos etéreos de nivel socioeconómico medio y medio bajo. Sin embargo estas mujeres no se encuentran diagnosticadas ni tratadas dentro del programa de depresión de Salud Mental, lo que se convierte en un problema priorizado. Centrando las actividades en consulta y control de salud mental y VDI

Grupos especiales	Nacional	Local
Depresión post parto	41 %	3.27 %

En este grupo en particular la realidad local nos muestra que nos encontramos bajo lo esperado en términos de prevalencia para esta patología a nivel nacional, por lo que se debe aumentar la derivación efectiva a nivel local, ya que el 100 % de estas mujeres son pesquisadas con Edimburgo, pero no todas llegan al ingreso. Aun así, del total de mujeres pesquisadas con patología depresiva post parto, el 50 % de ellas se encuentran ingresadas y con tratamiento en el Programa de Salud Mental, según P6. Centrando las actividades en consulta y control de salud mental y VDI

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Población general	Nacional	Local
VIF Mujeres victima	50 %	0.1 %

La realidad local muestra que el centro está muy por debajo de lo esperado en relación a esta condicionante en salud mental (cualquier tipo de violencia), por lo cual la priorización pasa por aumentar la pesquisa para mejorar la cobertura. Cabe mencionar que según Convenio de Atención en Salud Mental Integral, la meta de ingreso por esta condicionante de salud, se encuentra cumplida, sin embargo se hace necesario aumentar para estar acorde con la prevalencia nacional, para favorecer el ingreso a programa VIF en APS, centrado en actividades de intervención individual y familiar.

Grupos especiales	Nacional	Local
VIF gestante	23 %	4 %

Este dato nos indica que se está bajo lo esperado, por lo que se debe aumentar la derivación efectiva a un 20 % (según orientaciones programáticas) de mujeres gestantes con esta condicionante de la salud mental ingresadas a control prenatal. Esto significa que se debe aumentar la pesquisar (matronas) para luego tratar en programa de SM, a un total de 24 gestantes en el año 2012 (122 ingresos) con actividades centradas en intervención individual, familiar y VDI.

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

Grupos 0 a 14 años	Nacional	Local
Trastorno Hipercineticos	6 %	0.4 %

De un total de 4094 niños y niñas de 0 a 14 años de edad, inscritos validados en el centro, el 0.4 % de ellos (20 casos) se encuentra diagnosticados e ingresados al programa de salud mental por patología del tipo Hipercineticos. Cifra inferior a la prevalencia esperada a nivel nacional. Cabe mencionar que según Convenio de Atención Salud Mental Integral, la meta de ingreso por esta situación de salud, se encuentra cumplida, sin embargo se hace necesario aumentar la pesquisa e ingreso (con derivación a neurólogo para confirmación diagnostica), para su posterior tratamiento integral en APS que incluye la consejería familiar al 50 % de los niños diagnosticados con TDAH.

Grupos 0 a 14 años	Nacional	Local
Maltrato infantil	49.3 %*	0.14 %

* Cifras UNICEF (2006) relativas al maltrato físico leve y psicológico, dentro de las relaciones familiares.

La realidad local se encuentra bajo lo esperado para la realidad nacional, por lo cual se debe aumentar la pesquisa.

Por otro lado, frente a tan alto porcentaje nacional, se hace necesario trabajar con la promoción y prevención en etapas claves del desarrollo del infante, centrado en actividades de talleres de auto cuidado: estimulación y normas de crianzas a padres y madres de niños menores de cinco años, junto con control y consulta de salud mental de los ingresos comprometidos en el programa de Atención Integral de Salud Mental, VDI y derivación en caso de violencia física grave y consejería familiar.

Grupos 0 a 14 años	Nacional	Local
Tras. Emocionales y Conducta.	12 a 29 % *	1,31 %

* OMS

De un total de 5.689 Niños y Adolescentes entre 0 a 19 años, el CESFAM ha ingresado por esta patología a un total de 75 personas. Esta cifra está por debajo de lo esperado a nivel nacional. Sin embargo, cabe destacar que la demanda de atención por esta patología va en aumento. Debido a esto, se hace necesario aumentar la pesquisa y trabajar en la promoción y prevención para intentar disminuir la prevalencia de estas patologías. Para dicho objetivo las actividades incluidas serán de control y consulta de Salud Mental, Consejería Familiar, talleres de auto cuidado: estimulación y normas de crianzas a padres y madres de niños menores de cinco años y talleres de habilidades parentales orientado a adolescentes de 10 a 14 años y tratamiento integral en atención primaria de adolescentes de 10 a 14 años con diagnostico de depresión.

PARTICIPACION SOCIAL

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RR HH	Monitoreo / Evaluación
Alto porcentaje de reclamos.	Reducir el porcentaje de reclamos generados en el establecimiento. Dar respuesta a los reclamos en los plazos establecidos.	Reducir el porcentaje de reclamos a lo menos en un 20%. Cumplir en un 90% el plazo de las respuestas de los reclamos.	Nº de reclamos año 2011. Nº reclamos año 2012. Nº de reclamos respondidos dentro de los plazos. Total de reclamos generados.	Evaluación de los reclamos generados año 2011, para identificar situaciones problemáticas. Sostener entrevistas individuales con usuario reclamante antes de efectuar reclamo por escrito para contener y/o resolver situación. Mantener activo el comité asesor de la OIRS.	Equipo de salud. Comité OIRS.	Rem 19. Evaluación trimestral de la OIRS.
La Baja participación de la comunidad en el Consejo de Desarrollo.	Mantener activo el Consejo de desarrollo local.	Aumentar la participación de las organizaciones comunitarias en el CDL, a lo menos en un 10%	Nº de organizaciones comunitarias. Participantes en CDL Nº Total de organizaciones comunitarias.	Actualizar catastro de organizaciones comunitarias. Contar con un plan de trabajo anual. Difusión radial de actividades. Entrevistas.	Asistente Social. Equipo de salud.	Registro de asistencia. Actas de reuniones. Rem 19.

				Reuniones ampliadas. Acciones de coordinación. Registro de actas.		
Trabajo comunitario de mesas territoriales de los sectores del establecimiento inactivas.	Activar las mesas Territoriales de los tres sectores del establecimiento. Realizar diagnóstico participativo.	Que el 100% de los sectores reactive su trabajo con la comunidad a través de las mesas territoriales Que el 100% de las mesas territoriales cuente con su diagnostico participativo.	Nº de mesas territoriales activadas / Total de mesas territoriales programadas. Nº de diagnósticos participativos realizados / Total de diagnósticos participativos programados.	Actualizar catastro de organizaciones comunitarias. Contar con un plan de trabajo relacionado con diagnóstico participativo y/o necesidades sentidas por comunidad. Entrevistas. Reuniones ampliadas. Acciones de coordinación. Registro de actas. Difusión radial. Reunión de trabajo para efectuar diagnóstico participativo.	Equipo de sector. Asistente social. Equipo de sector. Asistente Social.	Registro de asistencia. Plan de trabajo. Actas de reuniones. REM 19. Documento de diagnóstico Participativo.

SALUD MATERNA Y PERINATAL

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO
Embarazo no planificado en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Aumentar cobertura de regulación de fecundidad 2012/2011	Nº de embarazos no planificados Nº de adolescentes bajo control de regulación de fecundidad	Jornadas de conversación de sexualidad y afectividad en los establecimientos educacionales Consejerías	Equipo de salud	REM 1 -19 - 19 A– 27 Semestral
Embarazo no planificado en otras edades	Cautelar el acceso al ingreso de la población inscrita a la regulación de la fecundidad	Aumentar cobertura de regulación de fecundidad 2012/2011	Nº de embarazos no planificados Nº de adolescentes bajo control de regulación de fecundidad	Control regulación fecundidad Capacitación equipo en derechos sexuales y reproductivos Entrega de información a la comunidad por medio de dipticos ,talleres a organizaciones comunitarias Consejerías	Equipo de salud	REM 1 -19 - 19 A– 27 Semestre
Baja adhesividad de la mujer de 25 – 64 años a la toma de PAP	Promover la toma de PAP a mujeres con PAP atrasado o Nunca pap,	Aumentar cobertura de PAP vigente Prevenir el cáncer cérvico uterino a través de coberturas efectivas de	Nº de programas radiales realizados Nº dípticos entregados Número de visitas realizadas por PAP	Control regulación fecundidad Campaña radial informativa sobre la importancia de toma	Equipo de salud	REM P 12 REM 1 REM 19 REM 27

Ausencia de autocuidado en la salud de la mujer	pertenecientes al grupo etáreo focal Pesquisar precoz y oportuna el Cáncer de mama a través del examen EFM y mamográfico Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	Papanicolaou Aumentar la cobertura de EFM en mujeres de 25 a 64 años Cupos disponibles para atención por Matrona para demanda de ingreso a control prenatal. Priorizar agendas Matrona con cupos ingresos a control prenatal. Contar con stock permanente de test de	atrasados Numero de PAP tomados a traves de campaña Incrementar la cobertura de mamografía a mujeres de 50 a 54 años Nº de gestantes que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas /total ingresos a control prenatal	de PAP. Entrega de dipticos informativos sobre la importancia de toma de PAP a las mujeres en riesgo Realización de visita domiciliaria a pacientes con PAP atrasados Campaña de PAP Nº de mujeres de 50 años Mamografía Vigente en mujeres 50-54 años / Nº de mujeres de 50 a 54 años Ingreso control prenatal Indicación a some de priorización de agenda	Equipo de salud Matrona Equipo de salud Matrona Equipo de salud	REM P 12 REM 1 REM 19 REM 27 REM 1 Registro Chile Crece Contigo

		embarazo para adolescentes en farmacia.		de matronas para ingreso precoz a control prenatal		
Alta incidencia de enfemedades de salud bucodental en mujeres gestantes Conductas sexuales riesgosas	Aumentar el número de mujeres gestantes con salud bucal recuperada Proteger La salud bucal de las gestantes en riesgo de parto prematuro Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes	Alcanzar el 60% de cobertura en altas odontológicas en las gestantes ingresadas al control 100% de embarazadas en control acceden a tamizaje para VIH y las ITS 100% de las gestantes con VDRL + son diagnosticadas y tratadas	Nº de gestantes con alta odontológica total/nº de gestantes ingresadas a control prenatal x 100 Nº de embarazadas con alta odontológica total /total de embarazadas inscritas o beneficiarias x 100 Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro que reciben Tratamiento de desinfección bucal total /nº total de embarazadas en riesgo de parto prematuro x 100	Consulta odontológica integral Tratamiento de desinfección bucal total a embarazadas en riesgo de parto prematuro Educación individual y grupal a embarazadas Altas odontológicas integrales Toma de VIH Al ingreso Toma de VDRL al ingreso ,28 semanas y 34 semanas Consejería en VIH a todas las gestantes	Matrona Odontólogo Tens Administrativo Matrona TENS	REM 09 SIGGES REM 05 REM 18 REM 19 REM 26 Formulario ENO

		100% de las gestantes que aceptan realizarse el test reciben consejería pre y post test	Nº de gestantes que acceden a tamizaje para VIH y las ITS/ nº total de gestantes bajo control Nº de gestantes con VDRL + tratadas y seguidas / nº total de gestantes con VDRL+ x 100 Nº de consejerías pre test para VIH en gestante /nº total de embarazadas en control x 100	Oferta de test de VIH Citación ,visita domiciliaria gestante VIH + insistente a control de embarazo para derivación al programa VIH / SIDA asegurando la respectiva confidencialidad		
	Consulta de lactancia Materna		Consulta odontológica Consulta Nutricional Consulta social Consulta Morbilidad Consulta Ginecológica y/o			

			Obstétrica Consulta Psicológica Consulta Kinesica Atención en Domicilio Mamografía a las P.P.M. Tratamiento y procedimientos			

POBLACION INFANTIL

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	EVALUACION
		50% de las madres o cuidadores de niños menores de 6 años en control 100% de los controles de niños sano con entrega consejo breve de alimentación saludable, lactancia materna y actividad física.	Nº de madres o cuidadores de niños menores de 6 años en control que participan de talleres de alimentación saludable / Nº de niños menores de 6 años en control Nº de controles de niño sano con consejo breves en alimentación saludable y actividad física / Nº de niños controle de salud	Talleres de alimentación saludable Incorporar consejo breve sobre alimentación saludable y actividad física en todos los controles del niño	Nutricionista Medico Enfermera Matrona Nutricionista Tec. Paramédico	MONITOREO Trimestral (REM 27) Trimestral (registro local)

		50% de las madres de niños menores de 6 años en control participa en talleres de autocuidado: estimulación y normas de crianza.	Nº de madres o cuidadores de niños menores de 6 años en control que participan de talleres de autocuidado/ Nº de niños menores de 6 años en control	Taller de autocuidado: estimulación y normas de crianza	Enfermera Nutricionista Asistente social Tec. enfermería Psicólogo	Trimestral (REM 27)
	Detectar oportunamente hábitos alimentarios inadecuados y sedent	80% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida y a los 3 años y 6 meses	Nº de niños con consulta nutricional al 5º mes / Nº niños de 5 m en C	Consulta nutricional al 5º me de vida	Nutricionista	Trimestral (REM 1)
			Nº de niños con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses / Nº de niños 3 años y 6 meses en control	Consulta nutricional a los 3 años y 6 meses.		
		Realizar a lo menos 2 talleres con metodología nadie es perfecto a padres y/o cuidadores de niños de 12 a 23	Nº talleres con metodología nadie es perfecto a padres y/o cuidadores de niños de 12 a 23 meses.	Talleres con metodología nadie es perfecto.	Enfermeras capacitada	Semestral

Déficit de desarrollo psicomotor	Fortalecer el control de salud del niño con énfasis en actividades que permitan prevenir y/o detectar oportunamente alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño /a.	Aplicar escala correspondiente (Edimburgo, apego) según edad al 90% de los niños controlados	Nº de madres de niños de 2 y 6 meses con aplicación de escala de Edimburgo/ Nº de niños 2 y 6 meses controlados Nº de niños de 4 y 12 meses con aplicación de escala de apego/ Nº de niños de 4 y 12 meses controlados	Control de salud con aplicación de escala correspondiente según edad	Enfermera	
		Aumentar en un 5% los talleres de autocuidado “estimulación y normas de crianza” a padres y/ cuidadores de niños menores de 1año	Nº de talleres de autocuidado año 2012 / Nº de talleres autocuidado año2011.	Talleres de autocuidado “estimulación y normas de crianza” a padres y/ cuidadores de niños menores de 1año	Enfermeras Ed. De párvulos Nutricionista	Trimestral (REM 27)
		Aplicar escala Realizar evaluación de desarrollo neurosensorial al 90% de los niños controlados al mes	Nº de niños con evaluación neurosensorial en control con el control del mes / Nº de niños con controles al mes.	Control de salud al mes Control de salud con evaluación de desarrollo psicomotor a los 8, 18 y 36 meses	Medico Enfermera	Trimestral Trimestral REM 03
		psicomotor al 90% de los niños controlados a los 8, 18 y 36 meses.	Nº de niños de 8, 18 y 36 meses controlados con evaluación de DPM /Nº de niños de 8, 18 y 36 meses controlados			
	Aumentar el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo	Aumentar en un 5% el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo	Nº de niños detectados con déficit de DPM / Nº de niños recuperados	Consulta por déficit de DPM Visita domiciliaria. Ingreso sala de estimulación. Derivación at. 2ª casos	Medico Enfermera Ed. De párvulos	Semestral REM 3

				que lo ameriten		
	Contribuir a la prevención y tratamiento oportuno de IRA en el menor de 5 año	100% de los controles de niños sano con entrega consejo breve en prevención de IRAS, lactancia	Nº de controles de niño sano con consejo breve en prevención de ira / Nº de controles de niño sano	Reevaluación de DPM incorporar consejo breve en prevención de ira en los controles de salud	Medico Enfermera Matrona Nutricionista Tec. Paramédico	Semestral
Alta incidencia de enfermedades respiratoria en la población infantil		Consejería breve antitabáquica al 100% de las madre de niños que ingresan a tratamiento kinésico	Nº de madre de niños que ingresan a tratamiento kinésico que cuentan con consejerías breve antitabáquica. / Nº de madre de niños que ingresan a tratamiento KNT	Consejería breve anti tabáquica	kinesiólogo	Semestral Registro local.
		Consulta morbilidad prioritaria a menores con score de riesgo mediano y grave		Consulta morbilidad	médico	
		Atención del 100% de las IRAs	(N de atenciones de menor de 5	Control en Sala IRA Hospitalización	Medico kinesióloga	REM 23 Registro local

		menores de 5 años dentro de las 48 hrs desde el diagnostico.	años con dg de IRA baja /T de IRA en menores de 5 años) * 100	abreviada Talleres de prevención IRA y reconocer signos SOS Espirometrías		
		Realizar el 100% de las HA requeridas en APS.	(N de HA en menores de 7 meses con dg de IRA baja / N total de consultas por IRA en menores de 6 meses)*	H. A	Medico kinesióloga	REM Registro local

PROGRAMACION ADULTO Y ADULTO MAYOR 2012

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Alta prevalencia enfermedades CV y primera causa de muerte en Chile	Detectar oportunamente factores de riesgo que causen morbi-mortalidad	Alcanzar 17,5 % cobertura EMPA hombre 20-44	(N° EMPA realizado hombre 20-44 años / población beneficiaria masculina 20-44 menos población CV	EMPA EMPA empresa Promover y difundir importancia en la comunidad	Enfermera Nutricionista	REM 2

			en control masculina 20-44 años) X 100			
	Mejorar pesquisa de patologías CV	Aumentar 3 % de la meta nacional (25%) y local cobertura EMPA en mujeres de 45-64 años	(N° de EMPA realizados mujeres de 45-64 años/ población beneficiaria femenina de 45-64 años menos población CV en control femenina de 45-64 años) X 100	EMPA	Enfermera Nutricionista Matrona	REM 2
	Identificar portadores de patología CV	Aumentar en 2% cobertura de 20-64 DM con prevalencia 10%	Población bajo control DM de 20-64 / población 20 - 64 según prevalencia DM x 100	EMPA Control salud CV Visita rescate Consulta enfermera	Enfermera Nutricionista Medico Matrona Tens	REM P 4
		Mantener cobertura en DM de 65 y	Población bajo control DM 65 y mas años /	Detección a través de EMPAM	Medico Enfermera Nutricionista	REM P 4

		mas con prevalencia 65 %-20.8	Población 65 y + según prevalencia DM x 100	Control PSCV Consulta medico, enfermera Visita rescate	Kinesióloga Tens	
		Aumentar en 2% cobertura de de hipertensión de 20-64 años con prevalencia 15,7 %	Población bajo control HTA 20-64 años / población 20 – 64 según prevalencia HTA	EMPA Control salud CV Visita rescate Consulta enfermera Perfil presión arterial Holter	Enfermera Nutricionista Medico Matrona Tens	REM P 4
		Mantener cobertura en HTA de 65 y mas con prevalencia 64.3 %	Población bajo control HTA 65 y mas años / Población 65 y + según prevalencia x 100	Detección a través de EMPAM Control PSCV Consulta medico, enfermera Perfil presión arterial Holter	Medico Enfermera Nutricionista Kinesióloga Tens	REM P 4
	Mejorar la compensación de	Aumentar 2.5 % eficacia en	Nº DM c/ HbA1c < 7 en	Control Salud Cardiovascular	Medico Enfermera	REM P4

	diabéticos ingresados PSCV	población de 15 y mas años	mayores de 15/ Nº total DM en PSCV mayores de 15 años x 100	Qualidiab Talleres a Ingresos Autocontrol c/ equipos	Nutricionista	
	Mejorar la compensación de Hipertensos ingresados PSCV	Mantener la eficacia en HTA en población mayor de 15 años	Nº HTA c/ Presión arterial < 140/90 de 15 y mas años/ Nº total HTA en PSCV mayores de 15 años x 100	Control Salud Cardiovascular Talleres a Ingresos Holter	Medico Enfermera Nutricionista Tens	REM P4
	Prevenir o detener la progresión de enfermedad renal crónica de personas en riesgo	100 % de las personas en PSCV con ficha de prevención ERC aplicada y clasificada	(N° de personas sin ERC, con ficha aplicada / número total ficha aplicada) x 100 (N° de personas con ERC etapa 1 y 2 , con ficha aplicada / número total ficha aplicada)	Aplicación ficha prevención ERC en control PSCV	Médico	REM P 4

			x 100 (N° de personas con ERC etapa 3, con ficha aplicada / número total ficha aplicada) x 100 (N° de personas con ERC etapa 4, con ficha aplicada / número total ficha aplicada) X 100 (N° de personas con ERC etapa 5, con ficha aplicada / número total ficha aplicada) X 100 (N° de personas con ficha aplicada / número total ingresadas PSCV) X 100			

	Disminuir incidencia de amputaciones de extremidades inferiores	100 % diabéticos bajo control con examen de pie anual	(N° Diabéticos con evaluación pie últimos doce meses/ número DM bajo control PSCV x 100	Examen de pies	enfermera	REM P 4
		100 % de DM con ulcera pie reciben manejo avanzado de heridas	(N° DM en PSCV c/ ulcera activa tratado c/ manejo avanzado/ Total DM bajo control con ulcera activa) x 100	Curación c/ manejo avanzado heridas pie diabético	Enfermera	REM P 4
Baja pesquisa TBC	Vigilar TBC en mayores de 15 años con sintomatología respiratoria	Mejorar en un 5 % tasa de pesquisa TBC	Nº B de K de Diagnostico realizadas en mayores de 15 años/ Total consultas medicas realizadas mayores de 15 años	Examen de B de K	Equipo de salud	REM 4 Registro local

Descompensaciones en enfermedades respiratorias Crónicas en población de 20 y mas años	Prevenir factores de riesgo de descompensaciones en Enfermedades Respiratorias crónicas	Incrementar en un 3% las Consejerías antitabaco a pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas Aumentar en 10% los talleres de Prevención Era	Nº Consejerías Antitabaco a pacientes con Enf. Respiratorias Crónicas/Nº total población con Enf. Respiratorias Crónicas *100 Nº asistentes a talleres de prevención Era/Nº pacientes en sala ERA	Consejerías Antitabaco Taller de prevención ERA	Kinesióloga Kinesióloga Medico	Rem 19 Registro Local
La población de adulto mayor representa un 7.78% de la población total	Promover el envejecimiento sano de acuerdo a la OMS	Mantener 55 % de población de 65 y mas con EMPAM vigente	Nº adultos mayores c/ EMPAM vigente/ Nº adultos mayores inscritos x 100 Nº adultos mayores	EMPAM Difusión y promoción en comunidad	Enfermera Kinesióloga	REM P5

			autovalentes/Nº total adultos mayores c/ EMPAM vigente x 100			
	Prevenir la dependencia	Lograr que el 80 % de adultos mayores participe en talleres de actividad física	Nº A.M. autovalentes asistente talleres/Nº total A.M. autovalentes c/ EMPAM vigente	Talleres	Kinesióloga Tens	REM P5 Registro
	Otorgar atención integral a adultos mayores identificados en riesgo psicosocial	8 % de A. M. detectado con riesgo psicosocial con plan de intervención y derivación	Nº A.M. en riesgo de dependencia con plan / Nº A.M. totales con riesgo x 100 Nº A.M. en riesgo con V. Domiciliaria integral/ Nº A.M. totales en riesgo	Consulta médica, enfermera, nutricionista, asistente social, kinesióloga y psicólogo V. Domiciliaria integral y de seguimiento Derivación especialidad	Equipo de salud	

Postrados representan un 0.11 % de la población total inscrita	Brindar atención domiciliaria integral a postrado, familia y cuidadores	Mejorar en 50% la tasa de visita	Nº visitas realizadas postrado/ Nº total postrados	V.D. integral V.D. de seguimiento Talleres cuidadores	Equipo de Salud	

PROGRAMACION SALUD MENTAL

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Baja cobertura (ingreso) de depresión en población general	Aumentar la pesquisa de patología depresiva en la población general de 15 años en adelante del CESFAM.	Aumentar la pesquisa en un 10 %	N° de personas de 15 años en adelante pesquisados con depresión/ número total de la población general de 15 años en adelante del CESFAM. x 100	EMPA EFAM PAP Consultas profesionales	Equipo de salud	Rem P 6 Semestralmente
	Aumentar el ingreso y tratar oportunamente de personas pesquisadas de 15 años en adelante con	Ingresar y tratar oportunamente al 100 % de las personas de 15 años y mas pesquisadas con	N° de personas de 15 años y mas ingresadas y tratadas oportunamente con depresión	Control y consulta salud mental Intervención psicosocial Consejería	Medico Psicóloga (a)	Rem P 6 Semestralmente

	patología depresiva al programa de salud mental.	depresión.	en el programa de salud mental/ número total personas de 15 años y mas pesquisadas con depresión. x 100	individual y/o familiar. Psicoeducación Derivación psiquiatría		
Bajo ingreso de mujeres gestantes pesquisadas con síntomas depresivos en el ingreso de control prenatal, al programa de Salud mental	Aumentar el ingreso y tratar oportunamente a mujeres gestantes pesquisadas con depresión, al programa de Salud Mental.	Aumentar el ingreso y tratar oportunamente al 100% de gestantes, pesquisadas con dicha patología Depresiva en control prenatal.	N° de gestantes ingresadas y tratadas por patología depresiva/ N° de gestantes pesquisadas con patología depresiva/ x 100	Control y consulta salud mental Consejería individual y/o familiar. Psicoeducación VDI Derivación psiquiatría	Medico Psicóloga (a)	Rem P 6 Semestralmente
Baja derivación efectiva e ingreso de mujeres con patología depresiva post parto	Aumentar la derivación efectiva de mujeres con patología depresiva post parto	Aumentar en un 20% la derivación efectiva de mujeres con síntomas depresivos post parto.	N° de mujeres post parto derivadas efectivamente con patología depresiva/ N° Total de mujeres con	Control sano 2° mes Edimburgo	Enfermera	Rem 2

			síntomas depresivos post parto en Edimburgo x 100			
	Aumentar el ingreso y tratar oportunamente a mujeres pesquisadas con patología depresiva post parto, al programa de depresión	100% de mujeres pesquisadas con síntomas depresivos post parto son ingresadas y reciben tratamiento oportuno	N° de de mujeres depresivas post parto ingresadas y tratadas oportunamente/ N° Total de mujeres pesquisadas con síntomas depresivos post parto en Edimburgo x 100	Control y consulta salud mental Consejería individual y/o familiar. Psicoeducación VDI Derivación psiquiatría	Medico Psicóloga (a)	Rem P 6 Semestralmente
Baja ingreso de mujeres con violencia como condicionante de la salud mental.	Aumentar el ingreso de mujeres pesquisadas en situación de violencia intrafamiliar.	Aumentar en un 50 % la población bajo control por situación VIF	N° De mujeres ingresadas por VIF/ N° de mujeres en control por VIF x 100	Control y consulta salud mental Consejería individual y/o familiar. Psicoeducación	Medico Psicóloga (a)	Rem P 6 Semestralmente

Baja derivación efectiva e ingreso a programa SM de mujeres gestantes en situación de violencia intrafamiliar.	Aumentar la derivación efectiva de mujeres gestantes en situación de VIFr al programa de salud mental.	Aumentar en un 20 % la derivación efectiva de mujeres gestante en situación de VIF al programa de salud mental.	N° total de mujeres gestantes pesquisadas con VIF en EPSA derivadas efectivamente / N° total de mujeres con VIF en EPSA x 100	Control pre natal	Matrona	REM
	Aumentar el ingreso y el tratamiento oportuno de mujeres gestantes pesquisadas en situación de violencia intrafamiliar.	100 % de mujeres gestantes derivadas de manera efectiva son ingresadas y tratadas oportunamente en el programa SM por situación de VIF	N° total de gestantes derivadas efectivamente con VIF/ N° total de gestantes derivadas efectivamente con VIF ingresadas x 100	Control y consulta salud mental Consejería individual y/o familiar. Psicoeducación VDI Derivación psiquiatría	Medico Psicóloga (a) Matrona	REM P 6

Baja pesquisa e ingreso de niños y niñas con patología hipercinética	Facilitar dar atención oportuna y tratar a menores con sospecha de Trast. Hipercineticos derivados de Colegios o del CESFAM	100% de los niños y niñas con sospecha de Trast. Hipercineticos reciben hora SM, para realizar derivación efectiva a especialidad y recibir tratamiento integral	N° de niños y niñas con sospecha de Trast. Hipercineticos derivados a SM CESFAM/ N°Total de niños y niñas con sospecha de Trast. Hipercineticos x 100	Consulta y Control salud mental Derivación a especialidad	Medico Psicóloga (a) Equipo salud	REM P 6
Baja pesquisa e ingreso de niños y niñas con Maltrato Infantil	Facilitar, dar atención oportuna y tratar a menores con sospecha de maltrato infantil derivados de Colegios o del CESFAM	100% de los niños y niñas con sospecha de Maltrato infantil reciben hora SM, para realizar atención y tratamiento oportuno	N° de niños y niñas con sospecha de Maltrato Infantil derivados a SM CESFAM/ N° Total de niños y niñas con sospecha de maltrato infantil o abuso sexual x 100	Consulta y Control salud mental	Medico Psicóloga (a) Equipo salud	REM P 6

Alta incidencia de trastornos mentales infantiles	Dar atención oportuna y tratar a menores con trastornos mentales derivados de Colegios o del CESFAM	100% de los niños y niñas con Trastornos mentales atención y tratamiento oportuno.	N° de niños y niñas con Trastornos mentales derivados de colegios o CESFAM/ N° Total de niños y niñas con Trastornos mentales x 100	Consulta y Control salud mental Derivación de casos severos	Medico Psicóloga (a) Equipo salud	REM P 6
	Promover y prevenir la salud mental de niños y niñas dentro del CESFAM	30% de los padres y madres de los niños y niñas menores de 1 año y menores de 5 años reciben talleres de auto cuidado: estimulación y normas de crianzas	N° de padres y madres de los niños y niñas menores de 1 año y menores de 5 años que reciben taller/ N° Total de padres y madres de los niños y niñas menores de 1 año y 5 años ingresadas a control sano x 100	talleres de auto cuidado: estimulación y normas de crianzas a padres y madres de niños menores de 1 año y 5 años	Psicóloga (a) Enfermera	Rem 1

	Promover y prevenir la salud mental de niños y niñas en la Comunidad	6 organizaciones educacionales recibirán apoyo técnico en promoción y prevención de trastornos de salud mental infanto juvenil	N° de organizaciones educacional que reciben apoyo técnico en promoción y prevención trastornos de salud mental infanto juvenil / Nº de organizaciones educacionales comprometidos a participar en el apoyo técnico en promoción y prevención trastornos de salud mental infanto juvenil	Talleres técnico en promoción y prevención de trastornos de salud mental infanto juvenil	Psicóloga (a)	Rem 6

SALUD BUCAL PROGRAMACION AÑO 2012

PROBLEMA Caries en embarazadas	**OBJETIVOS** Proteger la salud buco-dental de	**METAS** Cobertura de 62% de	**INDICADORES** (Nº de embarazadas con alta odontológica	**ACTIVIDADES** PROMOCION -Talleres a	**RRHH** Odontólogo Tens.	**MONITOREO** REM 09 SIGES **EVALUACION**

Caries en niños de 12 años	Mejorar la salud oral de niños de 12 años	70% (208 pacientes) de Atención Integral en niños de 12 años y Actividades de urgencias según demanda	(Nº de niños de 12 años con alta odontológica total/ total de niños de 12 años inscritos o beneficiarios)x100	PROMOCION -Talleres en Colegio -Examen de salud PREVENCION: -Talleres a padres y profesores. CURATIVO: -Atención Integral en embarazadas y niños de 12 años PREVENCION: Actividades de urgencias según demanda	Odontólogo Tens.	Población percápita
Gran cantidad de caries en niños de 6 años	Aumentar la salud buco-dental en niños de 6 años(Ges de salud oral para niño y niñas de 6 años)	Cobertura de 70% (186 pacientes) de Atención Integral en niños de 6 años y Actividades de urgencias según demanda	(Nº de niños de 6 años con alta odontológica total/ total de niños de 6 años inscritos o beneficiarios)x100	PROMOCION -Talleres a niños y padres PREVENCION: -Examen de salud Profilaxis niños de6 años. CURATIVO: -Atención Integral en niños de 12 años y Actividades de urgencias según demanda	Odontólogo Tens.	Rem 09 Población percápita
Salud en pacientes Ges 60 años.	Lograr una adecuada salud en pacientes de 60 años.	70% de cobertura en atención integral a pacientes de 60 años.	(Nº de pacientes de 60 años con alta odontológica total/ total de pacientes de 60 años inscritos o beneficiarios)x100.	PROMOCION -Educación Individual para el cuidado de los dientes. PREVENCION Examen Salud Oral CURATIVO: -Atención Integral a pacientes de 6 a 60 años. Actividades de urgencia según demanda Profilaxis al paciente de 60 años Ges Curativo: Atención Integral al paciente GES Actividad de urgencia	Odontólogo Tens.	Población percápita.

				,según demanda		

MUNICIPALIDAD DE CURICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

DIAGNOSTICO DE SALUD

CENTRO DE SALUD FAMILIAR -

CESFAM SOL DE SEPTIEMBRE

2011 - 2012

El Centro de Salud Sol de Septiembre, es un Centro de Atención de Salud Primaria perteneciente al Departamento de Salud de la Municipalidad de Curicó, inaugurado en el año 1978.

Se ubica en el sector Nor-oriente de la ciudad y su Directora es la Sra. Ana Teresa Obal Zúñiga. Cuenta con una Posta de Salud rural desde el mes de julio del año 2009, la que se ubica a 4 Km. Hacia el interior del camino del sector de Zapallar.

La superficie construida en el sector urbano del CESFAM, corresponde a 536 m2 y lo construido en el sector rural correspondiente a la Posta son 54 m2.

La población inscrita validada para los efectos de este diagnostico, corresponde al corte percápita del mes de junio 2010 y que para nuestros efectos es de 15.714 usuarios válidamente inscritos

MISIÓN

"Ser un centro de salud que otorgue una atención de calidad, integral y eficiente, con enfoque familiar, fomentando en nuestra comunidad el autocuidado de la salud".

VISIÓN

"Acercando la salud a las personas"

CARACTERÍSTICAS LOCALES

Geográficas: La atención a los usuarios se encuentra organizada en dos sectores geográficos cada uno con su equipo de cabecera y sus límites son:

SECTOR 1:

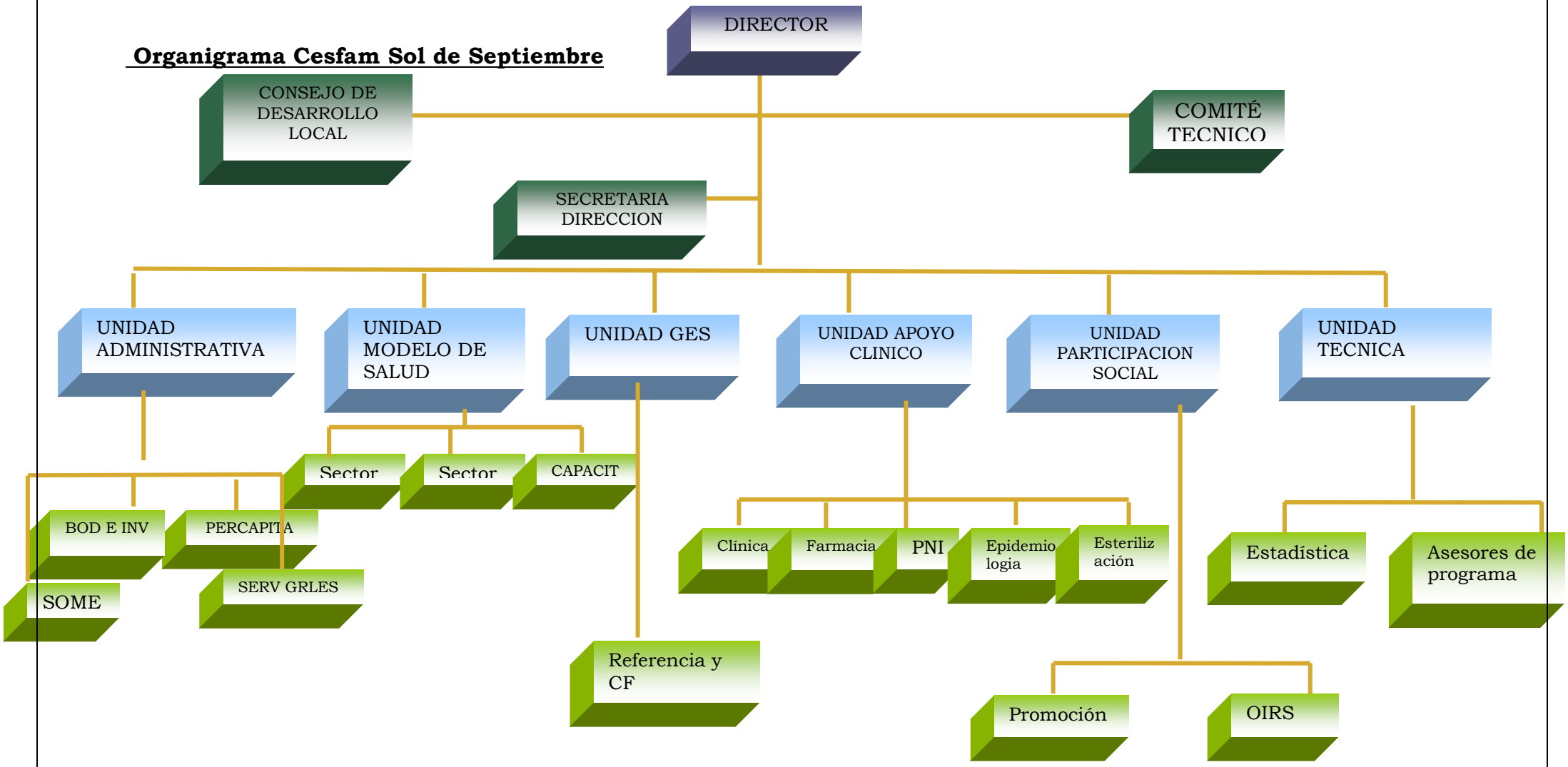
- ***Norte****: Villa Santa Laura y Santa* María del Boldo,
- **Sur.** Cerro Carlos Condell y Avenida Rucatremu,
- **Este**: Calle Río Lauca
- **Oeste**: calle Porvenir y Puerto Octay de Población Nueva Municipal.

SECTOR 2:

- **Norte:** Avenida Amsterdam de la Población Don Sebastián de Rauquén
- **Sur:** Avenida España y Río Teno (Población Sol de Septiembre)
- **Este:** Carretera Longitudinal 5 sur
- **Oeste:** Calles Río Loa, Río Lauca, camino Piloto Marcelo Oxilia y camino Aeródromo.

En este Sector se incluye la PSR Porvenir cuyos límites son: al Sur estero Chequenlemillo, Norte comuna de Romeral, Este carretera 5 Sur, Oeste rincón Zapallar la Puntilla.

Organigrama Cesfam Sol de Septiembre



DOTACIÓN DE PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO

El establecimiento cuenta con un equipo completo de profesionales y no profesionales distribuidos en dos sectores, los cuales son apoyados por un equipo transversal; El sector uno se identifica con el color Rojo siendo liderado por la Matrona Elizabeth Contador, y el Sector 2 que se identifica con el color verde, liderado por la Enfermera Sra. Sandra Méndez Vásquez.

		SECTOR 1(ROJO)	SECTOR 2(VERDE)	EQUIPO TRANSVERSAL
PROFESION O ACTIVIDAD	Nº DE CARGOS	Nº DE HORAS SEMANALES	Nº DE HORAS SEMANALES	Nº DE HORAS SEMANALES
Médico	4	44	44	88
Odontólogo	1	0	0	44
Asistente Social	2	44	44	0
Enfermera	5	88	88	44
Kinesiólogo	2	0	0	66
Matrona	2	44	44	0
Nutricionista	3	44	44	44
Psicólogo	2	44	44	0
TENS	16	132	176	396
Técnico Paramédico	2	44	44	0
Administrativos	12	132	132	264
Auxiliar de Servicios	2	44	44	0
Directora	1	0	0	44

- **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:**

Según Información Percapita 2010

Edad	Masculino		Femenino		Total	% Total
	Nº	%	Nº	%		
0 -5	684	45.8	809	54.2	1493	9.5
6 – 9	273	45.7	324	54.3	597	3.8
10 – 19	1317	45.8	1559	54.2	2876	18.3
20 – 64	4210	45.8	4982	54.2	9192	58.5
65 y más	713	45.8	843	54.2	1556	9.9
Total	7197	45.8	8517	54.2	15714	100

Fuente per cápita

		FAMILIAS EVALUADAS					
		RIESGO BIOSICOSOCIAL					
		Bajo		Mediano		Alto	
	TOTAL FAMILIAS	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SECTOR UNO	2585	73	72.3	28	27.7	0	
SECTOR DOS	2484	86	74.1	26	22.4	4	3.5
TOTAL	5069	159		54		0	

Se observa que de un total de 5069 familias se han evaluado 217 familias, del total evaluado el 73 % (159 familias) son de riesgo bajo, el 25% (54 familias) son de mediano riesgo y el 1.8% son de riesgo alto.

NIVEL EDUCACIONAL:

El nivel de escolaridad de nuestros usuarios, desglosado según el último año cursado completo, se encuentran resumidos en la tabla siguiente:

Educación	Número	Porcentaje
Analfabetos	550	3.5
Educación pre- esc. Completa	848	5.4
Pre escolar incompleta	629	4
Básica incompleta.	3300	21
Básica completa	1257	8
Educ. especial incompleta	79	0.5
Educ. especial completa	47	0.3
Enseñanza media humanista incompleta	1886	12
Enseñanza media humanista completa.	1571	10
Educación media técnica incompleta	1571	10
Educación media técnica completa	393	2.5
Educ. instituto profesional	157	1
Educ. académica /otro	31	0.2
Universitario	251	1.6
No informado	3143	20

SITUACIÓN PREVISIONAL

NIVEL FONASA	N° PERSONAS	%
Tramo A	5657	36
Tramo B	6128	39
Tramo C	2358	15
Tramo D	1571	10
TOTAL	15714	100

Sistema Social

SECTOR 1

ORGANIZACIONES SOCIALES	CANTIDAD
Juntas de vecinos	6
Grupos de Adultos Mayores	3
Grupos Solidarios	1
Clubes deportivos	3
Centros de madres	1
Iglesias Católicas	1
Iglesias Evangélicas	2
Club de Rayuela	2

SECTOR 2:

ORGANIZACIONES SOCIALES	CANTIDAD
Juntas de vecinos	11
Grupos de Adultos Mayores	8
Grupos Solidario	2
Clubes deportivos	4
Centros de madres	2
Iglesias Católicas	2
Iglesias Evangélicas	1
Grupo de pastoral	2
Club de rehabilitados Alcohólicos	1
Biblioteca	1
Hogar de menores	2
UNPADE	1
Comité de Agua potable	2

SALUD MATERNO-PERINATAL

DISTRIBUCIÓN INGRESOS DE EMBARAZO SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL :

ESTADO NUTRICIONAL	Nº	%
BAJO PESO	18	9
NORMAL	72	37
SOBRE PESO	55	28
OBESAS	50	26
TOTAL	**195**	**100**

Comentario:

El ingreso a control prenatal por estado nutricional, muestra que el 54% de nuestras gestantes ingresadas el 2011, tienen problemas de malnutrición por exceso, lo cual es un reflejo de una realidad mundial.

DISTRIBUCIÓN INGRESOS DE EMBARAZO SEGÚN EDAD Y RIESGO

	TOTAL	RIESGO	
EDAD	Nº	Nº	%
Menor de 15	1	1	0.5
15-19	24	16	8.2
20-34	152	36	18.5
35-44	18	3	1.5
TOTAL	**195**	**56**	**29**

Comentario:

En relación al riesgo biopsicosocial, existe un aumento del año 2010 al 2011 de un 8%, lo cual implica un mayor trabajo con las familias, para disminuir las brechas e igualar oportunidades.

SALUD INFANTIL:

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS AÑO 2009 - 2011 SEGÚN SECTOR

	SECTOR UNO						SECTOR DOS					
	2009		2010		2011		*2009*		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
R. D.	4	0,7	12	2,1	**7**	**1,2**	4	0,7	16	2,8	**6**	**1,0**
Desnutrido	1	0,2	1	0,2	**1**	**0,2**	1	0,2	1	0,2	**0**	**0,0**
Sobre peso	100	16,9	120	20,9	**127**	**21,0**	97	16,7	111	19,8	**131**	**21,3**
Obeso	37	6,3	44	7,7	**40**	**6,6**	35	6	44	7,8	**43**	**7,0**
Normales	449	76	397	69,2	**430**	**71,1**	445	76,5	390	69,4	**435**	**70,7**
Total	**591**	100	**574**	100	**605**	**100**	**582**	100	**562**	100	**615**	**100,0**

Comentario:

El porcentaje de obesidad es de un 6.8 %, lo cual es menor a la meta establecida y al año 2010 en el cual era 7.7%, esto gracias al trabajo permanente del equipo de salud en el cual la educación, el fomento de la lactancia materna y estilos de vida saludable son prioridad desde el control prenatal.

EVALUACION NEUROSENSORIAL

AÑOS	TOTAL EVALUACIONES	NORMAL	%	ALTERADO	%
2010	133	123	92,5	10	7,5
2011	117	113	96,6	4	3,4

Comentario:

En relación al total de evaluación neurosensorial del año 2011, se observa una disminución de las pautas aplicadas, existiendo niños a los cuales estas no se aplicaron por diversos problemas de tipo administrativos, que como equipo estamos en la tarea de solucionar.

Sin embargo, de las evaluaciones realizadas el 96.6% corresponde a normal y solo el 3.4 % da resultado alterado, resultados superiores al año anterior.

APLICACIÓN DE E. EDIMBURGO A MADRES DE NIÑOS DE 2 Y 6 MESES 2011:

	2010					2011				
GRUPOS	TOTAL	NORMAL		ALTERADA		TOTAL	NORMAL		ALTERADA	
ETAREOS	N°	N°	%	N°	%	N°	N°	%	N°	%
2 MESES	141	91	64,5	50	35,5	137	98	71,5	39	28,5
6 MESES	105	95	90,5	10	9,5	117	110	94,0	7	6,0

Comentario

La Depresión postparto (DPP) es un importante problema de salud pública que afecta a puérperas de todas las edades, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, bajo apoyo social. Asimismo, la DPP se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo Psicomotor de este último y problemas conductuales en el niño. Por lo tanto a pesar de la disminución que se ha evidenciado de pautas de Edimburgo con signos de DPP entre el año 2010 y 2011, en ambas edades, creemos es un área que no debemos abandonar y constituye una prioridad para el equipo por el riesgo que ella implica.

EVALUACIÓN MASSIE CAMPBELL

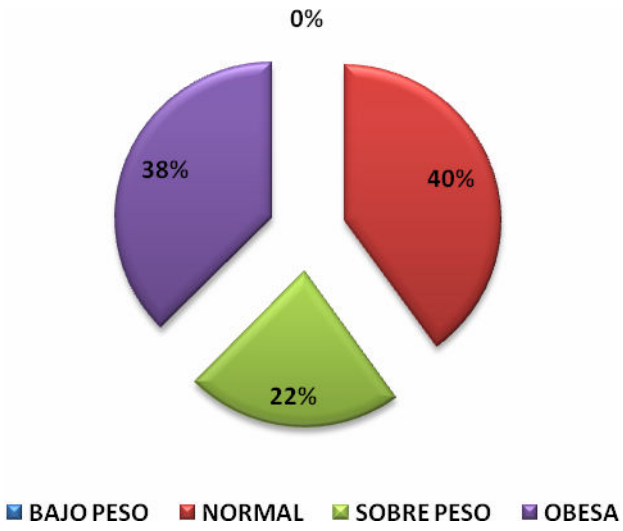
EDAD	TOTAL EVALUACIONES	APEGO SEGURO	%	APEGO INSEGURO	%	APEGO EVITANTE	%
4 MESES	130	129	100%	0	0	0	0
12 MESES	152	152	100%	0	0	0	0

Comentario

En relación a la evaluación Massie Campbell, que se aplica a los 4 meses, se ha realizado un total de 130 evaluaciones, un 10% superior al año anterior, destacando que no existen evaluaciones que muestren apego inseguro y evitante.
En relación a la evaluación Massie Campbell, que se aplica a los 6 mese se ha realizado un total de 152 evaluaciones, un 13,1 % superior al año anterior, los resultados del la evaluación de apego inseguro y evitante se mantuvieron. Lo anterior llama la atención del equipo y se plantea como hipótesis probable el hecho que las profesionales enfermeras que aplican esta pauta no cuentan con capacitación en esta área.

SALUD DEL ADOLESCENTE

EVALUACION FICHA CLAP



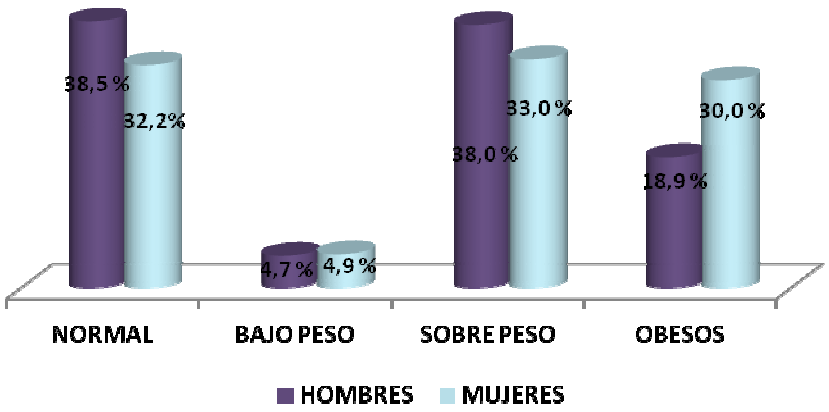
Comentario

Si bien aun no se cuenta con un diagnóstico de salud integral de nuestros adolescentes, con la aplicación de las fichas CLAPS (40 a septiembre 2011), se puede apreciar una alta prevalencia de malnutrición por exceso, lo cual hace imprescindible implementar actividades tendientes a mejorar esta situación.

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

DISTRIBUCION DE LOS EMP SEGÚN SEXO Y ESTADO NUTRICIONAL EN POBLACIÓN DE 15 Y MAS AÑOS ENERO A SEPTIEMBRE 2011

ESTADO NUTRICIONAL	TOTAL		
	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	1311	577	734
NORMAL	458	222	236
BAJO PESO	63	27	36
SOBRE PESO	461	219	242
OBESOS	329	109	220



A septiembre del presente año se han realizado 1311 EMP; De los hombres evaluados el 38.5% presenta un estado nutricional normal, el 38% son sobre peso y un 18.9% son obesos. De las mujeres un 32.2% presentan un estado nutricional normal, un 38 % se encuentran sobre peso y un 30% son obesas.

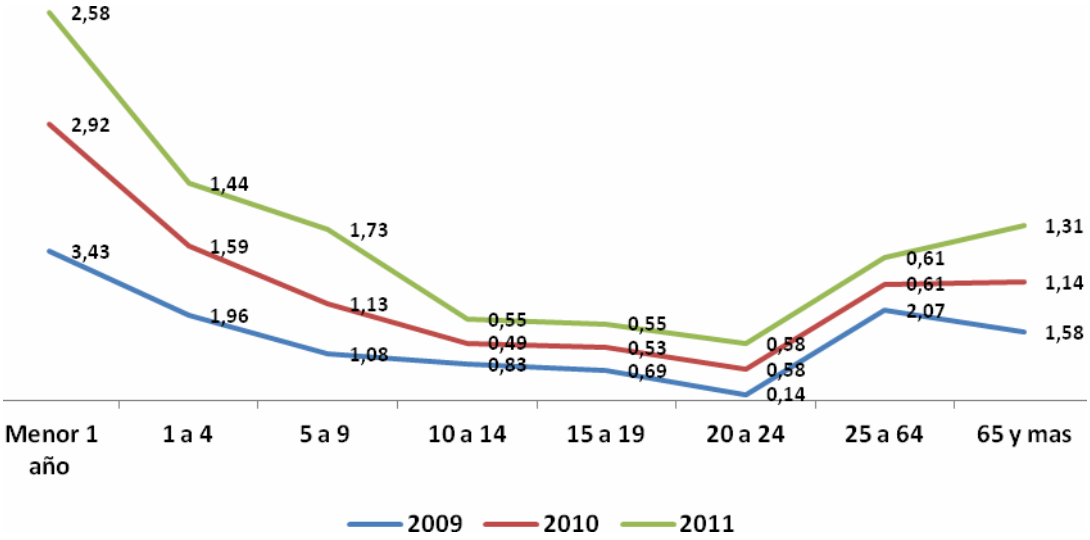
CONSULTAS MEDICAS SEGÚN GRUPO ETAREO Y SECTOR

GRUPO ETAREO	CONSULTAS				
		SECTOR 1		SECTOR 2	
	TOTAL	Nº	%	Nº	%
Menor 1 año	668	330	5,0	338	5,3
1 a 4	1696	946	14,4	750	11,8
5 a 9	995	490	7,4	505	8,0
10 a 14	714	350	5,3	364	5,7
15 a 19	805	400	6,1	405	6,4
20 a 24	690	330	5,0	360	5,7
25 a 64	5388	2750	41,8	2638	41,7
65 y mas	1963	990	15,0	973	15,4
TOTAL	**12919**	**6586**	**100**	**6333**	**100,0**

Comentario:

En la distribución de la morbilidad médica el 42% se concentra en el grupo atareo de 25-64 años, el 15% en mayores de 65 años y el 21% en menores de 9 años

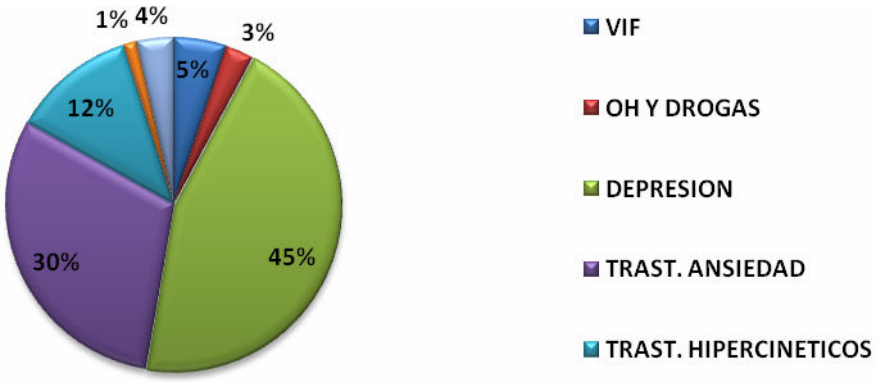
TASA DE CONSULTAS MÉDICAS 2009-2010



Comentario

En el establecimiento se han realizado 6586 consultas medicas en el sector 1 y 6333 en el sector 2, (excluidas las consultas medicas realizadas en Sala IRA y ERA y de salud mental) lo cual no constituye una diferencia estadísticamente significativa, La mayor tasa de consultas se presenta en el grupo etáreo menor de un año, siendo en el año 2011 de 2.58.

DISTRIBUCION DE PATOLOGIA DE SALUD MENTAL



Comentario:

Los trastornos hipercinéticos en niños, constituyen el principal motivo de consulta de la población infantil, en el Programa de Salud Mental de nuestro CESFAM Además, cabe señalar que dicha patología constituye el 69% de la población bajo control menor de 15 años, del programa referido. La prevalencia observada es del 4.5 %.

SALUD DEL ADULTO MAYOR FAMILIA Y CUIDADORAS

La funcionalidad de los adultos mayores de nuestro Establecimiento; a mejorado en los últimos años, desde el 2009 a la fecha el porcentaje de adultos en riesgo de dependencia ha disminuido en forma significativa. Los adultos mayores autovalentes con riesgo han aumentado, situación que atribuimos a que la población con riesgo a dependencia se ha trasladado a autovalentes con riesgo, según demuestra la siguiente tabla.

Año	Pobl. evaluada	Autovalente	%	Autovalente C/ riesgo	%	Riesgo Dependencia	%	Dependencia	%
2009	752	220	29,3	199	26,5	270	35.9	63	8.4
2010	777	238	30.6	244	31.4	228	29.3	61	7.9
2011 a junio	806	250	31.0	281	34.8	224	27.7	51	6.3

A pesar de este resultado que a juicio del equipo, es alentador, es necesario realizar más actividades al grupo de autovalentes con riesgo, para superar esta condición y llegar a la autovalencia. Para este logro nos hemos propuesto realizar talleres de estimulación cognitiva, manual y física, realizadas por los distintos profesionales del CESFAM, sin perjuicio de realizar las actividades de estimulación individual, propia de la aplicación del instrumento.

INTERPRETACION DIAGNOSTICA

Una vez concluido el análisis del diagnostico de salud y el diagnostico participativo, nuestro equipo ha priorizado los siguientes problemas de acuerdo a ciclo vital.

1.-SALUD MATERNO-PERINATAL

- Aumento de gestante con riesgo Psicosocial de un 22% año 2010 a un 30% año 2011.
- Alta incidencia de patologías buco dentarias en gestantes.
-

2.- SALUD INFANTIL

- Alta incidencia de IRAs en la población infantil menor de 5 años.
- Alta prevalencia de niños con trastorno Hipercineticos
- Alta prevalencia de DPM alterados

3.- SALUD DEL ADOLESCENTE

- Falta de diagnostico de salud del adolescente.
- Alta incidencia de malnutrición en población adolescente evaluada.
- Alta incidencia de patologías buco dentarias en población menor de 20 años.

4.- SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

_ Falta de adhesión al Programa de Prevención Cáncer Cérvico Uterino.
_ Alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
_ Alta tasa de complicaciones y mortalidad en pacientes con patología cardiovascular.
_ Alta incidencia de pacientes con patologías crónicas respiratorias.

5.- SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS

6.- TODO EL CICLO VITAL

- Falta de educación medio-ambiental.

7.- AREA DE GESTION

_ Falta de motivación del equipo con el trabajo comunitario del CESFAM.
_ Dificultad en la organización del quehacer del CESFAM.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Durante el proceso de análisis comunitario se analizó nuevamente la coincidencia del Diagnóstico entre ambos sectores, por lo cual presentamos a continuación el resultado integrado del trabajo realizado.

ANÁLISIS DE NUDOS CRÍTICOS :

1. Falta de cultura medio ambiental :

Durante proceso de Diagnóstico Participativo 2011-2012 los participantes tanto de Sector 1 y 2 , coincidieron en la Falta de Cultura Medio **Ambiental** en la población, coinciden en que el carecer de Cultura en este ámbito provoca una serie de situaciones en desmedro del entorno que nos rodea.

Esta situación cobra especial relevancia ya que los participantes consideran que:

- La tenencia irresponsable de mascotas es un factor preponderante en el aumento de perros vagos y propagación de vectores (zoonosis).

- La falta de responsabilidad a la hora de entregar los Residuos Sólidos Domiciliarios al sistema recolector, lo cual, por una parte, mantiene horarios inestables, aportando muy poco a la salubridad del sector.

De igual manera, la presencia de perros callejeros y la gran cantidad de perros con dueño que deambulan en los sectores destruyen envases destinados a contener la basura provocando el acarreo de comida, recipientes, entre otros, provocando basura en las calles, callejones, pasajes y caminos en general, contribuyendo de esta manera a aumentar malos olores que ya existen producto de Alcantarillado en el caso de sector Uno y en el caso de sector Dos que incluye área rural, la Crianza de animales (cerdos).

2. Infraestructura insuficiente :

Durante proceso Diagnóstico Participativo 2011-2012 los participantes de ambos sectores coincidieron en la insuficiencia de **Infraestructura** tanto de la Posta de Salud Rural El Porvenir y CESFAM Sol de Septiembre.

Esta situación cobra especial relevancia ya que los participantes consideran que:

Sector 1:

- Sala Polivalente utilizada como bodega de leche.
- Vías de evacuación de reducido espacio, sumándose a ello importantes usuarios que transportan a hijos menores de edad en coches o adultos mayores con pérdida de funcionalidad en sillas de ruedas, obstruyendo pasillos y puertas de box.
- La inexistencia de Baño con Acceso Universal para usuarios del CESFAM Sol de Septiembre que presenten algún grado de discapacidad física.
- Salas de espera no responden a las necesidades de usuarios del sector ya que mientras esperan su atención deben sentarse en espacios físicos lejanos al lugar de atención, sin embargo, existe un área en la cual no existe espacio para la espera de usuarios.

Sector 2:

- Bodega de leche sin ventilación.
- La inexistencia de Baño con Acceso Universal para usuarios de P.S.R.(Posta de Salud Rural) "El Porvenir" perteneciente a CESFAM Sol de Septiembre y que presenten algún grado de discapacidad física.
- Carencia de box de atención dental debido a la falta de implementos para su habilitación.

3. Bajo nivel educacional de los padres:

- Los participantes del Diagnóstico Participativo 2011-212 coinciden y consideran que la baja escolaridad de los padres influye directamente en la oportunidad laboral a la que puedan acceder los jóvenes y adultos de sector 2 y parte de Sector 1.
- Los participantes consideran que el alcoholismo en adolescente ha aumentado tanto en sector Urbano como Rural y que en ambos Sectores el expendio de bebidas alcohólicas en forma clandestina ha proliferado.
- En ambos sectores se considera por parte de los participantes la alta vulnerabilidad social, asociada a la baja escolaridad de los padres y los años de estudio de los hijos.

PLAN DE SALUD COMUNITARIO
CESFAM SOL DE SEPTIEMBRE 2012.

El presente plan de salud comunitario, es una forma mediante la cual sistematizar valiosa información recogida con la comunidad y que pretende abordar intra y extrasectorialmente las problemáticas con el fin de lograr con la comunidad como protagonista y el apoyo del equipo de salud multidisciplinario, acciones para dar respuesta a las necesidades diagnosticadas de los dos sectores que componen el que-hacer cotidiano de nuestro CESFAM Sol de Septiembre durante los años 2011-2012;

PROBLEMÁTICAS DETECTADAS EN EL DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO Y ACCIONES PARA RESOLVERLOS:

A continuación se presenta un listado de problemáticas detectadas por la comunidad participante del Diagnóstico Participativo realizado en el Cesfam en Octubre 2010 – Septiembre del año 2011. Estas problemáticas fueron las priorizadas por los vecinos y usuarios del Cesfam Sol de Septiembre y su P.S.R. dependiente "El porvenir" .

Además se indica las estrategias y/o acciones para resolverlas durante el año 2012.

PROBLEMA	ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA	RESPONSABLES EJECUCIÓN	TIEMPO
1.- a) falta de educación a la población en el manejo de R.S.D. b) Horarios inestables recolección R.S.D. c) no retiro de R.S.D. en pasajes	- Mesa de trabajo con las diferentes organizaciones sociales territoriales (J.J.V.V.) de la comunidad para coordinar problemática. -Gestiones con Depto. Aseo y Ornato para coordinar retiro de R.S.D. - Campañas de difusión a la comunidad para el almacenamiento correcto de sus residuos y evitar dispersión de residuos en las calles.	Consejo de Desarrollo Local	Marzo a Julio 2012
2.- Aumento de perros vagos	- Campaña tenencia responsable de mascotas.	Consejo de Desarrollo Local y	Sept. – Enero 2012.

	- Campaña de vacunación antiparasitaria de perros. -Difusión ordenanza Municipal tenencia responsable de mascotas -Coordinar acciones entre organizaciones territoriales y departamento agropecuario. -Gestionar Capacitación -Solicitar líquidos de vacunación (garrapatas)	JJVV.	
3.- Malos olores de criadero cerdos P.S.R. El Porvenir	- Coordinación SEREMI Salud del Ambiente	- J.J.V.V. Villorrio Julian Lozano.	Marzo – Mayo 2012
4.- Falta de baño con acceso Universal CESFAM Sol de Septiembre P.S.R. El Porvenir	-Coordinar con autoridad Comunal	Consejo de Desarrollo Local	Abril - Octubre 2012
5.- a) Aumento en el consumo de alcohol b) Proliferación de locales de venta de alcohol no autorizada	- Campañas de prevención sobre el consumo excesivo de alcohol y drogas en los diferentes Establecimientos Educacionales del sector. SENDA - Fiscalización de Carabineros de Chile a lugares de expendio de bebidas alcohólicas de los sectores rurales y urbanos Plan cuadrante. - Educación Grupal en Escuelas, Jardines Infantiles,CESFAM Y Posta en prevención del Alcoholismo y Drogas.	Consejo de Desarrollo Local Equipo Promoción y Participación de Salud	Abril – Diciembre 2012

PLAN DE ACCION

MATERNO Y PERINATAL

Problema Priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo/ Evaluación
Alta incidencia de patologías buco dentarias en gestantes.	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes. Disminución la trasmisión de caries de madre a hijo.	60%de cobertura en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias. GES	(Nº de embarazadas con alta odontológica total/total de embarazadas beneficiarias)X100.	**Promocionales** Talleres educativos a embarazadas **Preventivas** Alta odontológica integral de gestantes **Tratamiento** Atención odontológica de urgencia .	Odontólogo TENS	REM 09 REM 05 SIGGES

Aumento de gestante con riesgo Psicosocial de un 22% año 2010 a un 30% año 2011	*Aumentar el número de gestantes que reciben apoyo o tto. por condiciones de riesgo psicosocial. *Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial	*100% de gestantes en control aplicar pauta biopsicosocial. *80% de gestantes con riesgo biopsicosocial con VDI. *80% gestantes en control participan en talleres para gestantes	*Nº de mujeres con pauta aplicada/Nº total de gestantes bajo control/x100. *Nº de VDI realizadas a familias con gestantes en riesgo psicosocial/Nº total gestantes en riesgo psicosocialx100	**Promocionales** Consejería familiar **Preventivas** VDI por Matrona y TENS. Aplicar pauta de detección de riesgo psicosocial al ingreso control pre-natal. Talleres CHCC **Tratamiento** Consulta Social Derivación a La Red CHCC	*Matrona *Psicóloga *Asistente Social. *TENS	REM 27 REM 01 Registro local
PROGRAMA INFANTIL Alta incidencia de IRAs en la población infantil menor de 5 años.	Contribuir a la disminución de las complicaciones por las IRA baja y mantener en control pacientes con patología	Atención del 100% de las IRAs menores de 5 años dentro de las 48 hrs desde el diagnostico. Realizar el 100% de	(Número de atenciones de niños menor de 5 años con dg de IRA baja / total de IRA en menores de 5 años) * 100	**Promocionales** Consejería familiar **Preventivas** Talleres de prevención IRA y reconocimiento signos SOS **Tratamiento** -Control en Sala IRA por cuadro respiratorio	Medico Kinesiólogo	REM 23 P3

	crónica respiratoria en la infancia	las HA requeridas.	(N de HA en menores de 7 meses con dg de IRA baja / N° total de consultas por IRA en menores de 6 meses)*100	agudo -Consulta médico -control en sala IRA por patología respiratoria crónica infantil -Espirometrias -Hospitalización abreviada **Rehabilitación** Visita a paciente postrado con patología respiratoria crónica infantil		
Alta prevalencia de DPM alterados	Detección oportuna de niños y niñas con déficit en el DPM	Realizar 90% niños/as de 1 mes de edad con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado. Realizar 90% niños/as evaluaciones de EEDP 8 y 18 meses, TEPSI 3 años,	(N° de niños con evaluación neurosensorial realizadas a los niños/as de 1 mes de edad /N° total de niños y niñas de 1 mes bajo control) x 100 (N °de evaluación de	**Preventivas** -Implementar a nivel local registros oportunos de las evaluaciones neurosensoriales alteradas -Control de salud al mes,8 y 18 meses, TEPSI 3 años, pautas breves a los 4,12,15,21 y 24 meses en los	Enfermera TENS Educadora de párvulos Médico	REM A 03, sección A REM P2, sección A Registro local Evaluación trimestral

		pautas breves a los 4,12,15,21 y 24 meses en los controles de salud.	DPM realizadas al grupo 12 a 23 meses/ total de niños y niñas de 12 a23 meses bajo control)x100 (N°de aplicaciones con resultado alterado (normal con rezago) realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ total de aplicaciones realizadas al grupo de 12 a 23 meses) x 100.	-Controles de salud. Realización de VDI al 100% de los niños con rezago, riesgo y retraso. Realización de VDI al 100% de los niños con rezago riesgo y retraso en DPM		
Alta prevalencia de niños con trastorno hipercinético	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas	80% de niños y niñas con sospecha de trastorno hipercinético reciben consulta	(N° total de ingresos de niñ@ por trastorno hipercinético /N° total de pacientes	**Promocionales** **Preventivas** **Tratamiento** Primera consulta psicológica de salud	Médico Psicólogo	REM 6 Formulario P 6

	con trastorno hipercinético	médica de confirmación diagnóstica para ingreso a programa de salud mental	que consultan por primera vez por trastorno hipercinético)x 100	mental por trastorno hipercinético. Consulta médica de salud mental **Rehabilitación**		
Alta incidencia de malnutrición en población adolescente evaluada	Implementar actividades de intervención a población adolescente con malnutrición.	Implementar consulta nutricional y consejería en estilos de vida en al menos un 90% de los adolescentes evaluados.	-N° de consejerías realizadas en Adolescentes con problemas de malnutrición /N° de Adolescentes con problemas de malnutrición derivadosx100 -N° de consultas nutricionales realizadas en Adolescentes con problemas de malnutrición /N° de Adolescentes con problemas de malnutrición	**Promocionales** Hito comunicacional día de la alimentación saludable **Preventivas** Consejería **Tratamiento** Consulta Nutricional	Nutricionista Equipo de salud	Rem A19 Consejería (Estilos de vida-Act. Física) REM 04

			derivadosx100			
PROGRAMA ADOLESCENTE Falta de diagnóstico de salud del adolescente.	Implementar de manera sostenida el E. de Salud del Adolescente	Aumentar en un 10% la cobertura de examen de salud del Adolescente	N° de Adolescentes entre 10 y 14 años evaluados/N° total de Adolescentes de 10 a 14 años inscritos)x100	**Promocionales:** -Difusión cartera de servicios **Preventivas** -Control de Salud integral de Adolescentes -Confección de flujogramas de atención del adolescente **Tratamiento** Derivación a la Red de acuerdo a diagnostico	Matrona Nutricionista	Rem 03 sección H Evaluación de Salud Integral de Jóvenes al ingreso. Rem 02 EMP
Alta incidencia de patologías buco dentarias en población menor de 20 años.	Mejorar y mantener la salud buco dentaria de la población menor de 20 años.	19% población menor de 20 años con alta odontológica total.	(nº de menores de 20 años con alta odontológica total/total de población menor de 20 años)X100.	**Preventivas** Atención odontológica integral a población menor de 20 años, priorizando los siguientes grupos etarios: 2, 4, 6 y 12 años. **Tratamiento** Atención odontológica de urgencia.	Odontólogo TENS	REM 9

PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares y segunda causa de muerte en población adulta	Pesquisar en forma precoz condiciones prevenibles que causan morbimortalidad cardiovascular	Alcanzar un 18,4 % la cobertura de EMPA en grupo hombres de 20 a 44 años Aumentar en un 1% la cobertura de EMPA en mujeres de 45 a 64 años Aumentar a un 1.5% la cobertura	Nº de EMP realizados en hombres de 20 a 44 años / Total Población beneficiaria 20 a 44 años menos población CV en control masculina de 20 a 44 años x 100 Nº de EMP realizados en mujeres de 45 a 64 años / Total Población beneficiaria 45 a 64 años menos población CV en control femenina de 45 a 64 años x 100	**Promocionales** Difusión de EMPA e comunidad y grupos organizados EMP EMP empresas . **Promocionales** Difusión de EMPA en comunidad y grupos organizados **Preventivos** EMPA Control ginecológico + EMPA **Promocionales** Difundir el EMPA en la comunidad a grupos organizados **Preventivos** EMPA EMPA empresa	Enfermera Nutricionista Enfermera Nutricionista Matrona Enfermera Nutricionista	REM A 02 sección B REM A 02 sección B REM A 02 sección B REM

		EMPA en hombres de 45-64 años	N° de EMPA realizados hombres de 45-64 años/ población beneficiaria masculina de 45-64 años menos población CV en control masculina de 45-64 años) X 100	**Preventivos** EMPA Control salud cardiovascular Visita rescate **Tratamiento** Consulta enfermera	Enfermera Nutricionista Matrona Medico Tens	P 4 Sección A
	Identificar portadores de patologias cardiovasculares	Aumentar en un 2,0% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas DM tipo con una prevalencia de un 10%	.Población bajo control con DM tipo 2 de 20 – 64 años /total de personas de 20 – 64 años según prevalencia x 100	**Preventivo** EMPA Perfil presión arterial MAPA de presión Arterial **Tratamiento** Consulta enfermera Control salud cardiovascular Visita rescate	Enfermera Nutricionista Medico Matrona Tens	REM P 4 Sección A
		Aumentar en un 3,0% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas	Población bajo	**Preventivo** Aplicación ficha prevención ERC en control PSCV	A Social	REM P4 Sección

	Prevenir o detener la progresión de la ERC de las personas en riesgo	HTA con una prevalencia de un 15,7 100% de las personas en el programa de de salud cardiovascular con ficha de prevención en ERC aplicada y clasificadas	control con HTA de 20 – 64 años /total de personas de 20 – 64 años según prevalencia x 100 (N° de personas con ficha aplicada / número total población bajo control PSCV) X 100		Medico	
Alta incidencia de pacientes con patologías crónicas respiratorias	Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes	Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en control en sala ERA.	(N controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos resp. de 20 años y + bajo	**Promocionales** **Preventivas** Visita domiciliaria a paciente postrado con patología respiratoria aguda o NAC mayor 65 años. Consejería antitabaco a todo paciente ERA y talleres	Médico Kinesiólogo	REM 23 P3

	crónicos respiratorios.	Controlar el 100% de los pacientes con NAC mayor de 65 años. Controlar al 100% de los pacientes en crisis respiratoria.	control) * 100 (N de pacientes con dg de NAC mayor a 65 años/ N de pacientes con diagnóstico de NAC) *100 (N de intervenciones en crisis respiratorias / N total de consultas de urgencias respiratorias en sala ERA) *100	ERA en la comunidad. **Tratamiento** Diagnostico y control en sala ERA de paciente con asma y EPOC. Control y kinesiterapia respiratoria a paciente con NAC mayor de 65 años Espirometrias diagnosticas Control a paciente con patología respiratoria crónica en el adulto. Manejo de las exacerbaciones de los pacientes en control en sala ERA.		
SALUD MENTAL Alta prevalencia de depresión en personas de 15 y mas años	Entregar atención integral a pacientes que consultan por depresión leve a moderada en	100% de pacientes ingresados por depresión leve a moderada recibe tratamiento integral, según guía clínica 2009	(N° de personas de 15 años y mas ingresadas a programa de depresión que recibe atención médica y	**Preventivas** Consejería Familiar **Tratamiento** Consulta médica de ingreso a Depresión leve a moderada en personas de 15 años y	Médico Psicólogo	Rem A 06 mensual Registro local SIGGES

	personas de 15 y mas años		Psicológica/ N° de personas de 15 años y más ingresadas a programa de Salud mental con diagnostico de depresión) X 100	más Control psicológico de pacientes de 15 años y mas ingresados a programa de salud mental por depresión leve a moderada		
Falta de adhesión al Programa de Prevención Cáncer Cérvico Uterino	Aumentar el Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años	Alcanzar una cobertura de 70% de PAP cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años	Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente/Nº de Mujeres 25 a 64 años Población Beneficiaria APS	**Preventivas** Toma PAP Derivación a toma PAP Campañas toma PAP Educación en comunidad en sensibilización toma PAP. Control Ginecológico	Matrona en toma de PAP TENS en colaboración	Citoexpert REM 12 Registro local
La población de adulto mayor representa un 9,4 % de la población beneficiaria del Cesfam	Promover el envejecimiento sano de acuerdo a la OMS	Mantener 55 % de población de 65 y mas con EMPAM vigente Disminuir en un 2% la población	Nº adultos mayores c/ EMPAM vigente/ Nº adultos mayores inscritos x 100 N° de adultos	**Preventivas** EMPAM Talleres de estimulación cognitiva y manual Talleres de prevención de caídas y actividades para el adulto mayor **Preventivo**	Enfermera Kinesióloga Enfermera Kinesiólogo	REM P5 Sección A REM P5 Sección A

.	.	con diagnostico de Autovalente con riesgo en relación al año anterior Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacarida a los 65 años de	mayores autovalentes con riesgo a diciembre del 2012/ N° de adultos mayores autovalentes con riesgo a diciembre del 2011 X 100 Lograr un 50 % de cobertura de vacunación neumocócica en población .N º de personas de 65 años vacunadas /total	Administración de una dosis de vacuna neumocócica a los 65 años de edad **Tratamiento** Control salud cardiovascular Tratamiento de acuerdo a guía clínica **Tratamiento** Solicitar hemoglobina glicosilada y glicemia cada tres meses **Tratamiento** Control presión arterial de acuerdo a norma **Tratamiento** Control salud cardiovascular Tratamiento de acuerdo a guía clínica	Psicóloga Tens Medico Enfermera Nutricionista	REM C 13 REM P4 Sección B

	edad Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de DM tipo 2 Aumentar la cobertura efectiva de personas con HTA bajo control	beneficiaria Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 65 años y mas con DM tipo 2 (Hba1c) < 7 ,respecto a lo logrado el año anterior Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 65 años y mas con HTA con presión arterial menor 140/90 mmhg ,respecto a lo logrado el año anterior	de personas de 65 años x 100 Nº de personas de 65 años y mas con DM tipo 2 con Hba1c < 7 según último control / Nº total de pacientes con DM tipo 2 según prevalencia x 100 Nº de personas de 65 años con HTA con presión arterial < 140/90 mmhg según último control / Nº total de pacientes con HTA según		Medico Enfermera Nutricionista	REM P4 Sección B

			prevalencia x 100			
Falta de educación medio-ambiental	Promover acciones de educación en materia medio ambiental en la población de CESFAM sol de septiembre	Cumplimiento hito comunicacional día del medio ambiente 100%	Nº hitos realizados / Nº hitos programados x 100	Hito comunicacional día mundial del medio ambiente: **1.**- diario mural **2.**- díptico **3** .educación salas de espera **4.** publicación internet en curicano.cl. Coordinación acciones preventivas y promocionales con intersector (depto. agropecuario, Depto. aseo y ornato, Depto. social, secretaria ministerial de salud región del Maule.	Asistente Social TENS	REM 19 , fotografías díptico, evidencia publicación internet
Falta de motivación del equipo en la participación comunitaria del CESFAM	Fortalecer el trabajo del equipo de salud en el ámbito comunitario	Aumentar en un 25% la participación del equipo de salud en las actividades de participación social	Asistencia de funcionarios en CDL/Nº total de funcionarios, funcionarios asistentes por	Reuniones de CDL Reactivación mesa territorial sector 2	Director establecimiento, jefes de sector 1y 2, equipo de	REM 19, respaldo fotográfico, actas, registro asistencia

		programadas en el CESFAM	sector a M.T./ Nº total de funcionarios de sector ,Nº mesas operativas/ Nº M.T. existentes en CESFAM		salud	
Dificultad en la organización del quehacer del CESFAM	Mejorar la organización del quehacer del CESFAM	Cumplir en al menos un 90% las actividades planificadas	N° de actividades realizadas/N° actividades planificadas*100	Establecer protocolos y flujogramas de atención Calendarización y difusión con SOME de reuniones de equipo Capacitación de todo el equipo de salud Evaluación del plan de trabajo trimestral	Directora y equipo de salud	Registros locales



PROGRAMACIÓN 2012

Elaborado por:
Director: Luís Illanes Arévalo
Subdirectora: Ximena Jofré Galdamez
Unidad Gestión Clínica: Carol Davidson Masson

EQUIPO DE SALUD

CONSEJO DE DESARROLLO DE LOCAL

ORGANIZACIONES SOCIALES Y COMUNITARIAS

CESFAM CURICO CENTRO

Curicó, Octubre 2011

I. ANTECEDENTES

1 RESEÑA HISTÓRICA

El Centro de Salud Familiar Curicó Centro (CESFAM), es uno de los seis establecimientos del Departamento de Salud, dependiente técnica y administrativamente de la Municipalidad de Curicó, se encuentra ubicado en Av. Freire Nº 0189, en el sector centro norte de la ciudad.

Inicia su funcionamiento el 01 de Agosto de 1994, logra acreditarse como CESFAM el 8 de diciembre de 2008. Cuenta con la autorización sanitaria Nº 4621 del 04/12/2009 y acreditación como CESFAM de Nivel Superior Nº 3205 del 01/09/2010. Actualmente participando en el programa de Consultorios de Excelencia donde se busca incorporar la evaluación usuaria como parte de la concepción global de un buen servicio. En estos momentos estamos en la etapa de preseleccionados dentro de los 40 mejores consultorios a nivel nacional.

Su Misión "Brindar a las personas, a sus familias y a la comunidad salud integral de calidad, a lo largo del ciclo vital individual como familiar; con equipos de trabajo de cabecera multidisciplinarios y que posean los conocimientos técnicos, otorgando un trato digno para así potenciar la participación comunitaria bajo el modelo de salud familiar."

Su Visión "Ser un establecimiento de Salud donde los individuos y sus familias reciban una atención integral y humanizada, involucrando a todos los actores sociales en el cuidado de la Salud contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de sus usuarios y de la comunidad."

2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El CESFAM Curicó Centro, cuenta con una población inscrita de 53.507 personas a septiembre 2011, un 55,8% corresponde a población femenina y un 44,2 % a población masculina, situación que explicaría el menor acceso de la población masculina a la atención de salud. La población validada a Mayo 2011 es de 42.198 personas.

La distribución por grupo etáreo corresponde a un 14,8% a población de 0 a 9 años, un 14,5% de 10 a 19 años, un 60,4% de 20 a 64 años y un 10.3% a mayores de 65 años, por lo que nos encontramos con un perfil de población envejecida.

Con respecto a la procedencia un 86,2% vive en el sector urbano, y un 13,8% en el sector rural, esto se explica que a pesar de ser un Centro de Salud urbano tenemos personas inscritas que viven fuera del área territorial.

De los inscritos un 0,28% reconoce ascendencia de pueblos originarios, un 0,27% ascendencia mapuche y un 0,01% ascendencia quechua.

En relación a su condición de beneficiario nos encontramos que un 94,2% son FONASA y el restante 5,8% pertenece a otro sistema previsional.

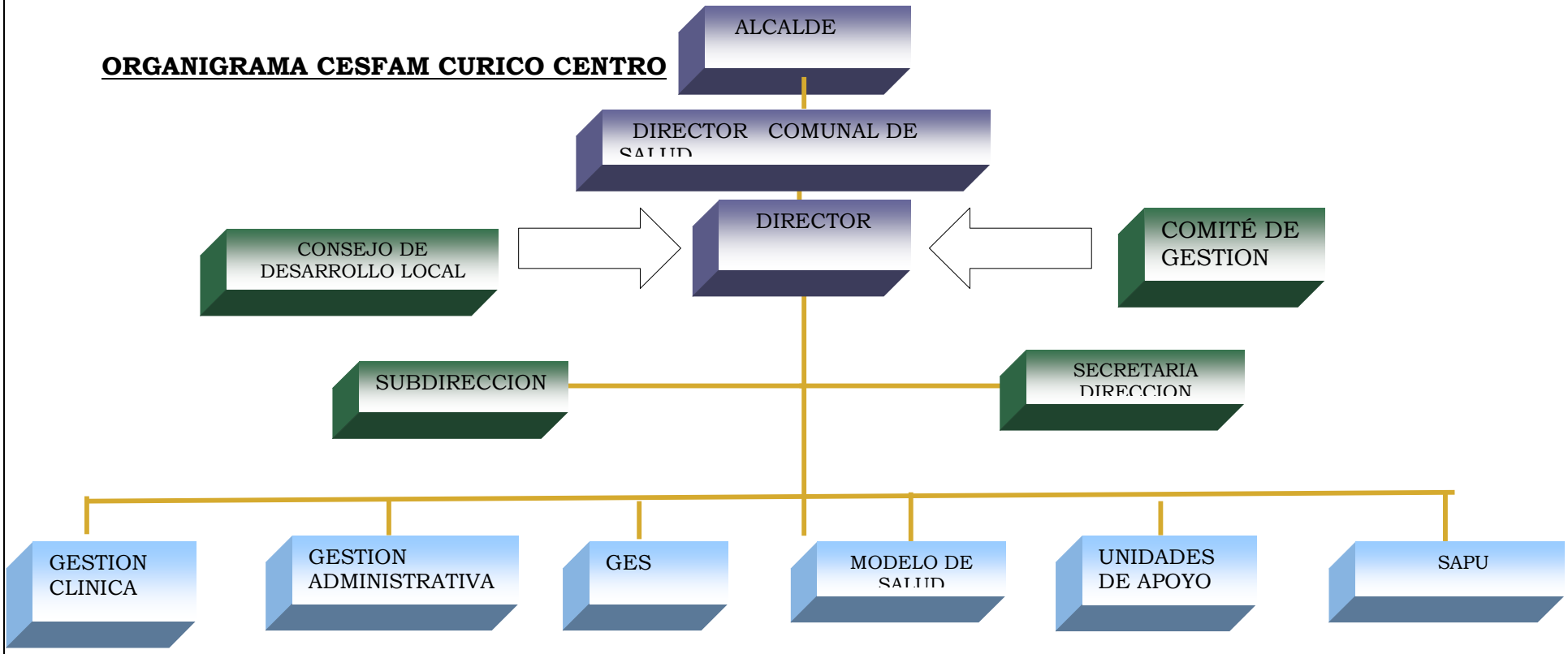
El 58% de las familias inscritas cuentan con un ingreso menor o igual al ingreso mínimo, por lo tanto son familias que enfrentan condiciones de vulnerabilidad social.

3 SECTORIZACION

El CESFAM Curicó Centro redefine sectorización geográfica, estableciendo cuatro sectores: el sector azul, verde y naranjo, el que a su vez está compuesto por los subsectores amarillo y rojo; el resto de la población que no habita en el área geográfica adscrita al Centro de Salud, se encuentra agrupada en el sector blanco.

El sector azul geográficamente corresponde al sector norte de nuestra ciudad, el sector verde comprende el área geográfica más cercana al CESFAM, más algunos sectores como son Bombero Garrido y Tutuquén. El sector naranjo corresponde geográficamente al sector centro sur de la cuidad más Rauquén y el sector blanco todos los sectores que están fuera del límite geográfico del CESFAM.

ORGANIGRAMA CESFAM CURICO CENTRO



4.- CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN POR SECTOR

Las familias inscritas en el CESFAM son 23.377, de las cuales un 25,6% está en el sector azul, un 25,8% en el sector verde, un 23,1% en el sector naranjo y un 25,5% en el blanco. El número promedio de integrantes por familia es de 1.98 por debajo del promedio nacional de un 3.6% (Censo 2002).

Distribución de la población inscrita por sector y grupo etáreo a Septiembre 2011

Tabla Nº1 Distribución de la población inscrita por sector y grupo etáreo, a Septiembre 2011.

Grupo Etáreo	Por Sector								
	Verde		Azul		Naranjo		Blanco		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
0-9 años	2348	16%	2572	17,86 %	1032	9,68 %	1958	14,4%	7910
10-19 años	2174	15%	2317	16,09 %	1278	11,99 %	1970	14,49%	7739
20-64 años	8936	60,21 %	8609	59,77 %	6263	58,74 %	8517	62,63%	32325
65 y más años	1383	9,32	905	6,28 %	2090	19,6 %	1155	8,49%	5533
Total	14841	100	14403	100	10663	100	13600	100	53507

Fuente: Per Cápita 2011

Se puede observar, en la Tabla Nº 1 que la distribución de población por sector en general es homogénea hasta los 64 años, en cambio a partir de los 65 años la distribución por sector varía drásticamente , donde el sector naranjo concentra la mayor cantidad de adultos mayores con un 19,6%.

5.- DOTACIÓN DE PERSONAL

Tabla Nº 2 : Distribución del personal del CESFAM por categoría funcionaria y horas contratadas.

Categoría	CESFAM	Horas	SAPU	Horas	Total horas
A	12	528	3	132	660
B	29	1276	2	88	1364
C	29	1265	5	220	1485
D	1	44	0	0	44
E	20	880	3	132	1012
F	5	220	3	132	352
Total	96	4213	16	704	4917

II . DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN

2.1 CARACTERISTICAS DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN

21.1.Tasa de consulta

De acuerdo a la tendencia observada durante el año 2011 el CESFAM presenta una tasa de consulta por morbilidad en la población general de 0,7 consultas por persona inscrita. La distribución por grupo de edad varía de 0,7 para el grupo de 0 a 9 años de 0,4 para el grupo de 10 a 19 años, de 0,6 para el grupo de 20 a 64 años y de 1,3 para los mayores de 65 años. Por lo tanto los grupos que concentran las consultas son los menores de 9 años y los adultos mayores, situación acorde con las prioridades del país por considerarse de mayor riesgo.

En el servicio de SAPU se ha observado tasa de consulta por urgencia de 2,6 de 0 a 9 años, de 1,3 de 10 a 19 años, de 1,1 de 10 a 64 años y de 0,9 los mayores de 65 años, aquí se observa que la tasa de consulta va disminuyendo con la edad, por lo tanto los menores de 9 años concentran las consultas.

Con respecto a la distribución de las consultas del CESFAM por morbilidad y género se observa que el sexo femenino concentran el 69,2% de las consultas y el sexo masculino sólo el 30,8%, sin embargo se observa que en el servicio de SAPU la consultas de urgencia la distribución se hace más equitativa con un 58% de consultas en el sexo femenino y un 42% en el sexo masculino.

En relación al programa cardiovascular la tasa de consulta por médico es de 1,19 del bajo control , los hipertensos concentran el 70% de las consultas y los diabéticos el 30%.

4.1.2 Perfil de consulta en servicio de SAPU

De acuerdo a lo observado durante el año 2011 , se observa que la primera causa de consultas son la enfermedades respiratorias con 56,6%, le siguen como segunda causa las enfermedades digestivas con un 12,4% y en tercera causa son enfermedades osteomusculares con un 9,7%.

4.1.3 Diagnóstico Epidemiológico

En el CESFAM y SAPU se realiza vigilancia del comportamiento diario de algunas patologías, como son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) , Diarreas y otras Enfermedades Transmisibles (Varicela) . Con respecto a la estacionalidad se ha observado que el Nº de casos de IRA aumenta a partir del mes de Marzo, pero su peak ocurre en los meses de Agosto y Septiembre y cae notoriamente de Noviembre a Febrero. En el caso de las diarreas el Nº de casos sube durante el primer semestre, siendo su peak en los primeros meses del año. En relación a otras enfermedades transmisibles solo hemos tenido casos de varicela, esta ha presentado un comportamiento poco variable durante el año 2010, siendo bajo el nº de casos. Sin embargo se observa en el año 2011 un alza en la incidencia de Varicela en el mes de Mayo.

4.1.4 Enfermedades de Notificación Obligatoria

En el transcurso del año 2011 (Semana Epidemiológica Nº 1 a Nº 40) del presente año, se notificaron en el CESFAM 19 casos de AH1N1, 1 caso de Parotiditis y 1 caso de intoxicación por alimentos.

4.1.5 Tuberculosis

Con respecto a localización de casos a través de la pesquisa el CESFAM muestra bajo índices, de un total de 14.483 consulta médicas de Enero a Agosto 2011, se han solicitado 172 baciloscopías, que representa sólo un 23 % de cumplimiento.

4.1.6 Salud materno infantil

Desde los años 2008 por medio del sistema de protección integral a la infancia se está evaluando integralmente a las gestantes y sus familias en aspectos psicosociales, el porcentaje de riesgo encontrado a ido bajando en el tiempo, en el año 2009 era de un 20,9%, en el año 2010 de un 20,6 y actualmente tenemos un 18,4%.

En el caso de de los niños y niñas, se ha podido realizar el seguimiento dando apoyo a las familias para fortalecer el desarrollo integral de estos, el porcentaje de riesgo observado en estas familias es de un 14,7%, del cual un 29,5% corresponde a riesgo del desarrollo psicomotor.

En relación al problema de salud GES IRA baja en menores de 5 años existe un 100% de atención a la demanda tanto en CESFAM como SAPU , lo que no se ha traduce en un aumento del bajo control del Programa de crónicos IRA.

4.1.7 Obesidad

La alta prevalencia de obesidad es un problema de salud pública, que compromete a las personas durante todo el ciclo vital, aumentando el riesgo en la salud y calidad de vida.

En nuestro CESFAM encontramos una realidad que se repite a nivel país , con porcentaje de obesidad infantil de un 11%, en adolescentes de un 8%, en embarazadas de un 16,6%, en adultos sanos y con enfermedades crónicas de un 24,6% y en adultos mayores de un 18,3%.

4.1.8 Salud del adolescente

En relación al embarazo en el adolescente como parte del un probable riesgo psicosocial en el CESFAM, se ha observado una incidencia 14,5% , no se han presentado casos en menores de 15 años durante el año 2011.

Nuestro CESFAM cuenta a partir del año 2009 con el programa Espacios Amigables para adolescentes (EAA), el cual se mantiene en ejecución, donde se ha ido conformando un equipo (matrona , asistente social y psicóloga), ello ha permito otorga una atención integral a los jóvenes de 10 a 19 años en un horario adecuado a sus necesidades.

4.1.9 Salud Familiar

Desde el año 2008 el CESFAM está progresivamente evaluando el riesgo familiar, al año 2011 contamos con un total de 1.566 familias evaluadas que representan a un 15,8 % de las familias inscritas, de las cuales hemos encontrado en riesgo medio y alto al 15,6%. El porcentaje de familias intervenidas en relación a las evaluadas a la fecha es de un 85%. Los criterios de focalización fueron definidos por el equipo de salud y son los siguientes:

- familias con embarazada en riesgo psicosocial
- familia con niño con déficit del desarrollo psicomotor
- familia con niño prematuro extremo
- familia con niño menor a 7 meses con store de riesgo grave de morir por neumonía
- familias con niño en riesgo psicosocial
- familia con integrante con tuberculosis
- familias con adulto mayor en riesgo de dependencia
- familia con integrante postrado

4.1.10 Examen preventivo

En el CESFAM desde Enero a septiembre del 2011, se han realizado 4.144 exámenes preventivos, focalizando la actividad en adolescentes de 10 a 14 años con un 4,9% de cobertura, en varones de 20 a 64 , con una cobertura de un 10% , en mujeres de 45 a 64 años con una cobertura de un 17,8%, y en el adulto mayor con una cobertura de un 37,7% .

4.1.12 Salud del adulto y cardiovascular

La tendencia del programa es a seguir creciendo, durante el periodo de Junio 2010 a Junio 2011 se observó un incremento del bajo control de un 3% en el caso de la hipertensión , de un 10% en la diabetes y de un 7 % en la dislipidemia. Con respecto al riesgo coronario de los pacientes este se distribuyen en un 3,9% en bajo, un 64,2% en moderado, un 10,5% en alto y un 21,4% en muy alto, esta última situación es preocupante porque está asociada a la limitación en el acceso de tratamiento con hipolipemiante, haciendo más difícil reducir el riesgo. El porcentaje de tabaquismo observado también preocupa, ya que estamos con un 14,6%.

En relación a la eficacia del tratamiento de la hipertensión se logra un 50,2% de compensación, que está bajo lo esperado como meta. En el caso de la eficacia del tratamiento de la Diabetes se logra un 38,8% de compensación, lo que está exactamente de acuerdo a la meta, la incorporación progresiva en el uso de insulina ha mejorado la efectividad del tratamiento.

Con respecto a la Enfermedad renal Crónica se ha logrado aplicar pauta de detección al 60% del bajo control con una pesquisa de daño renal en etapa 3,4 y 5 es de un 14,8%.

Con respecto al indicador de calidad Qualidab se ha logrado aplicar a un 20,4 % del bajo control y la evaluación del pie en diabéticos se ha logrado evaluar al 56,8% del bajo control a Septiembre 2011.

En relación a las enfermedades respiratorias crónicas del adulto el programa ERA ha incrementado su bajo control en un 15% en EPOC y un 45% en asma, aun ha sí estamos con coberturas bajas en relación al convenio con SSM.

Actualmente se encuentran 6 pacientes bajo control con oxigeno domiciliario

4.1.13 Salud del adulto mayor, familia y cuidadores

En nuestro CESFAM el porcentaje de adultos mayores inscritos representan el 10,3% con una tasa de consulta de 1,3. La cobertura de examen preventivo en este grupo es de un 37,7%. Por lo tanto este es un grupo que está en permanente contacto con el Centro de salud, y el cual está dispuesto a participar en las actividades que promueven un envejecimiento activo y saludable.

En relación a su condición funcional se observa que un 73,5% son autovalentes, de los cuales un 53,6% son con riesgo, un 9,4% están riesgo de dependencia y los adultos mayores dependientes representan el 17,1%, de los cuales son postrados un 8%. Las familias apoyadas con estipendio durante el año 2011 llegan a ocho.

Con respecto al estado nutricional se ha observado que el 10,2% de los adultos mayores bajo control están bajo peso.

4.1.14 Salud de la mujer y cáncer

En relación a la prevención del Cáncer de cuello uterino lo óptimo es alcanzar cobertura de Pap de un 80%, en el CESFAM la cobertura lograda es de un 54,9% a Agosto 2011.

Con respecto a la prevención del Cáncer de mamas se debe mantener la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años, en le CESFAM se ha logrado mantener 1.326 mujeres con mamografía vigente.

4.1.15 Programa Nacional de Inmunizaciones

En el CESFAM con respecto a tercera dosis de pentavalente y polio oral se ha logrado un 63,3% de cumplimiento a septiembre del 2011, lo que relativamente bajo para lo esperado.

4.1.16 Salud bucal

El objetivo de atención en salud bucal es mejorar y mantener la salud bucal en aquellos grupos focalizados para la atención primaria. En el CESFAM se ha logrado cumplir con las altas integrales de todos los grupos.

4.1.17 Salud mental

El programa de salud mental tiene como objetivo brindar una atención integral y oportuna a personas con problemas y trastornos mentales en el ciclo vital. El CESFAM tiene un bajo control de 1.750 personas que reciben tratamiento. Las patologías con mayor frecuencia son depresión con un 62%, otros trastornos en mayores de 20 años con un 29% y trastornos emocionales, del comportamiento en un 3,4%.

4.1.18 Patología con Garantías Explicitas en Salud (GES)

Tabla Nº 2 Casos con Garantías GES Atención Primaria, creados en el CESFAM, desde el 2009 a Septiembre 2011.

PATOLOGIAS	2009	2010	2011
Diabetes Mellitus tipo 2	210	162	125
Infecciones respiratorias agudas	678	720	679
Neumonía	2	9	2
Hipertensión arterial	435	316	256
Salud oral	358	436	641
Vicio de refracción	95	68	49
Depresión	532	339	146
Ortesis	130	142	56

EPOC	62	50	31
Artrosis de rodilla	50	91	171
Artrosis de cadera	27	32	56
Urgencia odontológica	803	1358	733
Salud Oral adulto	116	51	48
Epilepsia	0	14	8
Asma	0	27	32
Total	3471	3809	3033

Fuente: Sistema Siggges

4.2 DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

A partir del año 2010 el diagnóstico participativo se ha trabajado por sectores a través de la metodología del **Flujograma de Identificación de Necesidades.** Este año en las diferentes mesas territoriales de los sectores se redefinieron los diagnósticos planteándose los siguientes problemas:
Sector Naranjo Nudo Critico1 : Alto riesgo de accidentes en la vía pública por problemas de señalética **Nudo Crítico 2**: Perros vagos en sector centro. **Sector Verde Nudo Crítico 1:** Problemas de Trato al usuario **Nudo Crítico 2:** Problemas de Información y orientación al usuario. **Sector Azul Nudo crítico 1 :** Jóvenes en vulnerabilidad social (alcohol, drogas y violencia).

4.2.1 Priorización de problemas

1.- Jóvenes en vulnerabilidad social (alcohol, drogas y violencia)
2.- Alto riesgo de accidentes de tránsito por problemas de seguridad vial
3.- Problema de perros vagos
4.- Problemas de Trato hacia el usuario
5.- Problemas de Información y orientación al usuarios

V. PLAN DE ACCION EN EL CICLO VITAL Y AREA DE GESTION

5.1 Salud materno infantil

Nº	Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo evaluación
1	Gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar el nº de mujeres gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo psicosocial	100% de gestantes con riesgo derivadas a equipo de cabecera con plan de intervención. 80% de gestantes con riesgo psicosocial con VDI 100% de las gestantes con 2do. EPSA aplicado	Nº de gestantes con riesgo psicosocial con plan /Nº gestantes con riesgo psicosocial x 100 Nº de gestantes con riesgo con VDI/Nº total de gestantes con riesgo x 100 Nº de gestantes con 2do. EPSA/Nº total de gestantes x 100	Aplicación EPSA Control prenatal Matriz de riesgo Consejería familiar talleres grupales consulta social VDI Aplicación de EPSA	Matrona A. Social Psicólogo Kinesiólogo Matrona A. Social Psicólogo Enfermera Matrona	Registro local de Chcc Rem 26 Rem A 03

1	Gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar el nº de mujeres gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo psicosocial	10% de las gestantes con riesgo psicosocial tienen un estudio de familia	Nº de gestantes con riesgo con EF/Nº total de gestantes con riesgo x 100	Estudio de familia	Equipo de cabecera	Registro local mensual
2	Presencia de ITS durante la gestación	Disminuir la transmisión de VIH y Sífilis durante la gestación.	100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para sífilis y VIH	Nº de embarazadas en control con VDRL-VIH /Nº de embarazadas en control x 100	Consejería VIH Toma de VIH y VDRL Derivación poli ITS VD	Matrona Enfermera Tens	Rem 11 REM 19 REM 18ª REM 26
3	Salud bucal deteriorada de la gestante	Mejorar y recuperar la salud bucal de la gestante	60% de altas integrales en gestantes	Nº de gestantes con alta integral odontológica/Nº total de gestantes x 100	Consulta Control	Odontólogo Tens	Rem 09
4	Alta prevalencia de obesidad en las gestantes	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física tempranamente	100% de controles con consejo breve de alimentación saludable y lactancia materna	Nº de controles de gestantes con consejo breve en alimentación saludable y lactancia materna/Nº total de	Control prenatal con consejo breve	Matrona	Rem 01

		como factores protectores de ECNT en el ciclo vital		controles de gestantes x100			
5	Contaminación de hogares por humo de tabaco	Proteger la salud de la familia y gestante	10% de los hogares de las gestantes libres de humo de tabaco	Nº de hogares libres de humo de tabaco/Nº total de gestantes x 100	VDI Carta compromiso	Equipo de cabecera	Registro local

5.2 Salud Infantil

Nº	Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo evaluación
1	Alta prevalencia de obesidad en niños/as	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física tempranamente como factores protectores de ECNT en el ciclo	100% de controles de niño sano se entrega consejo breve de alimentación saludable y actividad física.	Nº de controles de niño sano con consejo breve en alimentación saludable y actividad física/Nº total de controles de niño sano x100	Consejo breve en control de niño sano	Enfermera Nutricionista Tens Médico	Registro local

		vital	90% de cobertura de consulta nutricional individual al quinto mes de vida del menor bajo control.	Nº de niños con consulta nutricional individual al quinto mes de vida/Nº total de niños bajo control menor de 1 año x 100	Consulta nutricional	Nutricionista	REM 02 P2
			90% de cobertura de consulta nutricional individual a los 3 años 6 meses.	Nº de niños que asisten a consulta nutricional/Nº de niños de 3 a 4 años bajo control x 100	Consulta nutricional	Nutricionista	REM 02 P2
			50% de cobertura de talleres grupales a niños de 7 meses y 2 años 6 meses.	Nº de niños de 7 meses que participan en taller/Nº de niños menores de 1 año bajo control x 100	Taller grupal Taller grupal	Nutricionista Nutricionista	REM 27 P2 REM 27 P2

				Nº de niños de 2 años 6 meses que participan en taller/Nº de niños 2 a 3 años bajo control x 100			
2	Falta de instancias de apoyo a los padres en la crianza de sus hijos	Fortalecer el apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral de los niños	Realizar al menos 2 talleres con metodología Nadie es Perfecto a padres, madres y/o cuidadores de niños/as de 12 a 36 meses. 30% de los padres y/o cuidadores de niño de 0 a 36 meses asisten a talleres de autocuidado, de estimulación y normas de crianza.	Nº de talleres con metodología Nadie es Perfecto. Nº de padres y/o cuidadores de niños y niñas que asisten a taller /Nº de padres de los niños inscritos x 100	Taller grupal Taller grupal	Psicólogo A.social Enfermera Psicólogo A. Social Nutricionista Educadora de párvulos	Registro local Rem 27 Rem 27

3	Presencia de rezago y déficit en el desarrollo integral	Detección oportuna de niños y niñas con rezago y déficit en su desarrollo integral	90% de niños/as de un mes con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado. 90% de niños/as de 8 meses con aplicación de EDSM en el control de salud. 90% de niños/as de 12 meses con aplicación de pauta breve	Nº de protocolos aplicados realizadas al grupo de 28 días a 5 meses/Nº total de niños/as de 28 días a 5 meses bajo control x 100 Nº de evaluaciones de DPM realizadas a niños/as del grupo de 6 a 11 meses / Nº total de niños/as de 6 a 11 meses bajo control x100 Nº de Pauta Breve realizadas a niños/as del grupo de 12 a 23 meses / Nº total de niños/as de 12 a	Control de salud con pauta. Control de salud con pauta	Médico Enfermera Enfermera	Rem A 03 Sección A P2 sección A Rem A 03 Sección A P2 sección A

				23 meses bajo control x100			
			90% de niños/as de 18 meses con aplicación de EDSM en el control de salud.	Nº de evaluaciones de DPM realizadas a niños/as del grupo de 12 a 23 meses / Nº total de niños/as de 12 a 23 meses bajo control x100	Control de salud con pauta	Enfermera	
			90% de niños/as de 24 meses con aplicación de pauta breve	Nº de Pauta Breve realizadas a niños/as del grupo de 24 a 47 meses / Nº total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control x100 Nº de TEPSI realizadas a niños/as del grupo	Control de salud con pauta	Tens	

			90% de niños/as de 36 meses con aplicación de TEPSI en el control de salud.	de 24 a 47 meses / Nº total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control x100	Control de salud con pauta	Enfermera	
4	Familias con niños/as con riesgo psicosocial	Aumentar el nº de familias gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo psicosocial	100% de las familias con riesgo derivadas a equipo de cabecera con plan de intervención. 50% de las familias con riesgo psicosocial con VDI	Nº de familias con riesgo psicosocial con plan /Nº familias con riesgo psicosocial x 100 Nº de familias con riesgo con VDI/Nº total de	Aplicación Edimburgo Massie - Campbelll Matriz de riesgo Consejería familiar consulta social y salud mental Estudio de familia VDI	Enfermera A.Social Psicólogo Equipo de cabecera	Registro local de Chcc REM 26

				familias con riesgo x 100			
5	Baja cobertura de 3era. Dosis de pentavalente y polio oral	Reducir la carga de enfermedades inmuno prevenibles	95% de cobertura de vacunación.	Nº de vacunas Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad/Nº total de niños menores de 1 año de edad inscritos x 100	Tercera dosis de vacuna Pentavalente Polio Oral y Anti neumocócica a los 6 meses de edad	Tens	Rem 13

6	Presencia de déficit del desarrollo integral	Mantener el porcentaje de niños/as recuperados de déficit de su desarrollo	60% de los niños/as diagnosticado con déficit en su desarrollo Psicomotor en la evaluación de 18 meses recuperados	Nº niños/as diagnosticados con déficit en DPM en evaluación de 18 meses recuperados / total de niños diagnosticados con déficit en su DPM en la evaluación de 18 meses x 100	Consulta del niños con déficit en su DPM	Enfermera	Rem A03
			90% niños/as con déficit DPM ingresan a modalidad de estimulación	Nº de ingresos a modalidad de estimulación de niños/as con déficit en DPM / total de niños diagnosticado con déficit DPM x 100	Actividad de estimulación en el centro de salud	Educadora de párvulos	Rem 5
			100% de niños/as menores de 4 años diagnosticados con déficit de	Nº VDI realizadas a familias con niños/as con	Visita Domiciliaria Integral Matriz de riesgo Estudio de	Equipo	Rem 27 Registro local

			DPM recibe 1 o más VDI	déficit del DPM / total de niños/as menores de 4 años diagnosticados con déficit del DPM x 100	familia		
7	Alta morbilidad por enfermedades respiratorias en niños/as	Contribuir a la disminución de morbilidad por enfermedades respiratorias	Aumentar en un 20 % el bajo control de pacientes crónicos respiratorios a Sala IRA	Nº de niños /as bajo control de crónicos en sala IRA	Consulta Control	Médico Kinesiólogo	Rem 23
8	Problemas y trastornos mentales en niños/as	Detectar, diagnosticar, brindar atención y/o derivar en forma oportuna en áreas prioritarias. Trast. Hipercinéticos	Mantener y/o aumentar coberturas alcanzadas en áreas prioritarias .	Nº de ingresos 2012 de las áreas prioritarias/ Nº total de niños x100	Consulta salud mental Intervención Psicosocial familiar y grupal. VDI de salud mental	Médico Psicólogo Enfermera A.Social	Rem A 6 Rem A 5 Rem P 6

		Maltrato y abuso infantil. Otros trastornos emocionales infantiles			Consejería familiar en Salud mental		
9	Contaminación de hogares por humo de tabaco	Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.	Línea base	Nº de hogares declarados libres de humo de tabaco	VDI Carta compromiso	Equipo de salud	Registro local
10	Riesgo de la salud bucal de los niños/as	Mejorar y mantener la salud bucal de niños/as en edad preescolar y escolar mediante medidas recuperativas Recuperar de las patologías bucales de niños/as de 6	30% de cobertura de alta odontológica en niños/as de 2 años. 35% de cobertura de alta odontológica en niños/as de 4 años 62% de cobertura de alta integral	Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/Nº total de niños/ as de 2 años inscritos x100 Nº de niños de 4 años con alta odontológica total/Nº total de niños/as de 4 años inscritos x 100. Nº de niños/as de 6 años con alta	Atención odontológica integral de niños/as	Odontólogo Tens	Rem 09

		años.	odontológica en los niños/as de 6 años.	odontológica integral/Nº total de niños/as de 6 años inscritos x100			

5.3 Salud del adolescente

Nº	Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo/ evaluación
1	Embarazo en adolescentes	Aumentar el nº de adolescentes informados en forma áreas prioritarias sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	1% de los adolescentes que reciben consejería en salud sexual y reproductiva. Realizar al menos 20 talleres en SSR a adolescentes entre 10 y 14 años que participan en Espacios Amigables (EAA)	Nº de consejerías en SSR realizadas /Nº total de adolescentes inscritos x 100 Nº de talleres de SSR realizados en EAA	Consejería SSR Taller de SSR	Matrona Matrona A.social Psicóloga	Rem A 19 Rem 19 y 27
2	Falta de espacios	Promover un	Atender al 100% de	Nº de consultas en	Consulta	A.Social	Registro

	de atención en horarios adecuado a la demanda y estilo de vida de los jóvenes.	aumento en las consultas realizadas en el programa espacios amigables para adolescentes.	los adolescentes que consultan en el programa de espacios amigables del adolescente.	el programa espacios amigables para adolescentes/Nº total de adolescente inscritos x 100	Consejería	Matrona Psicólogo Nutricionista	local
3	Problemas y trastornos mentales en adolescentes.	Detectar, diagnosticar, brindar atención y/o derivar en forma oportuna en áreas prioritarias. OH y drogas. Depresión. EQZ. Maltrato y abuso sexual infantojuvenil	Mantener y/o aumentar coberturas alcanzadas en áreas prioritarias 100% de adolescentes pesquisados en OH y DR se refieren a intervención preventiva o terapéutica (en caso de riesgo) o plan ambulatorio GES (en caso de consumo perjudicial.) 100% de adolescentes de 15-19 años	Nº de ingresos de áreas prioritárias/ Nº total de adolescentes x 100	Consulta salud mental Intervención Psicosocial familiar y grupal. VDI de SM. Consejería familiar en Salud mental	Médico Psicólogo A. social	REM A 6 REM A 5 REM P 6

			diagnosticados con depresión recibirán tto integral en APS. Derivar al 100% de la sospecha de primer brote EQZ. 100% de las mujeres víctimas de VIF recibirán tto. Integral.				
4	Alta prevalencia de obesidad en adolescentes	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física tempranamente como factores protectores de ECNT en el ciclo vital	5% de los adolescentes reciben consejería en estilo de vida saludable	Nº de consejerías en EVS realizadas/Nº de adolescentes inscritos x 100	Consejería	Nutricionista	Rem 19
5	Riesgo en la salud bucal en los adolescentes	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años.	73% de cobertura de alta odontológica a los 12 años.	Nº de niños de 12 años con alta odontológica /Nº de total de adolescentes inscritos de 12 años x 100	Consulta odontológica integral	Odontólogo TENS	Rem 09

6	Aumento de las enfermedades que deterioran la calidad de vida de los adolescentes	Realizar control de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes	5% de los adolescentes entre 10 y 14 años evaluados con CLAP –EMP	Nº de controles de adolescentes de 10 a 14 años/ Nº total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos x 100	Control de salud	Matrona Nutricionista	Rem 03 Rem 02

5.6 Salud de las personas adultas

Nº	Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividad	RRHH	Monitoreo evaluación
1	Alta prevalencia de condiciones prevenibles que causan morbilidad y mortalidad.	Reducir la morbimo-Mortalidad.	23% de coberturas de EMP de 20 a 64 años	Nº de EMP realizados de 20 a 64 años/ Nº de población adulta inscrita de 20 a 64 años x 100	EMP Consejo breve vida sana	Enfermera Matrona Nutricionista	Rem 02
2	Descompensación de personas en control cardiovascular	Mejorar la compensación de personas en control cardiovascular	Mejorar niveles de compensación Hta 51% DM 38,8%	Nº de personas compensadas/ Nº total de personas en control cardiovascular	Control de salud cardiovascular	Médico Enfermera Nutricionista	Rem P4
3	Bajo índice de pesquisa	Mejorar la	80% de	Nº de BK	Exámen de BK	Equipo de salud	Registro local

	de TBC en sintomáticos respiratorios	pesquisa	sintomáticos respiratorios con BK	procesadas /Nº de consultas médicas x100			
4	Baja cobertura de PAP en mujeres de 25 a 64 años	Aumentar cobertura de PAP vigente en mujeres de 25 a 64 años	70% de cobertura de PAP en mujeres de 25 a 64 años	Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente/Nº mujeres de 25 a 64 años inscritas x 100	Control Gine Control prenatal EMP Control de regulación de fecundidad	Matrona	P12 Cito expert
5	Aumento de prevalencia de cáncer de mamas	Disminuir las muertes por cáncer de mamas	100% de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente	Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/Nº de mujeres de 50 a 54 inscritas x 100	Control Gine Control prenatal EMP Control de regulación de fecundidad Consulta de morbilidad	Matrona Enfermera Médico	REM 18
6	Problemas y trastornos mentales en el adulto.	Detectar, diagnosticar, brindar atención	Mantener y/o aumentar coberturas	Nº de ingresos de las áreas prioritarias/ Nº	Consulta salud mental. Intervención	Médico Psicólogo A.social	Rem A 6 Rem A 5 Rem P 6

		integral y/o derivar en forma oportuna en áreas prioritarias. Depresión (incluyendo depresión post parto). EQZ OH y drogas. VIF. Otros trastornos mentales.(Ansiedad, t. alimentario)	alcanzadas en áreas prioritarias 2011. 100% de los adultos de 20-64 años diagnosticados con depresión recibirán tto integral en APS. Derivar al 100% de la sospecha de primer brote EQZ a las personas entre 20 y 40 años. 100% de las personas diagnosticadas con consumo de OH y DR reciben intervención terapéutica o son	total de adultos inscritos x 100	Psicosocial familiar. VDI de SM Consejería familiar en SM.		

			derivadas según corresponda. 100% de las mujeres víctimas de VIF reciben tto integral y/o son derivadas según corresponda.				
7	Aparición de Enfermedad Renal Crónica(ERC) en población de riesgo	Aumentar detección de ERC	80% del bajo control CV con aplicación de pauta y clasificación según etapa	Nº de personas con pauta aplicada/ Nº de personas bajo control CV x 100	Control cardiovascular con pauta	Médico	Rem p4
8	Alta morbilidad por enfermedades respiratorias en adultos	Contribuir a la disminución de morbilidad por enfermedades respiratorias	65 % de cobertura a pacientes crónicos respiratorios en Sala ERA	Nº de pacientes bajo control en Sala ERA/ Nº de pacientes con enfermedades crónicas respiratorias según prevalencia x	Consulta Control Espirometría	Médico Kinesiólogo	Rem 23

				100			
9	Amputación de extremidades inferiores en diabéticos	Disminuir los casos de amputaciones	80% de la personas con diabetes se les realiza evaluación del pie en forma anual 100% de las personas con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Nº de personas con diabetes con evaluación del pie/ Nº total de personas con diabetes bajo control x 100 Nº de personas con úlceras activas tratadas/ Nº de personas con úlcera activa x 100 Nº de personas con amputación/Nº de personas diabéticas bajo control x100	Evaluación del pie en control cardiovascular	Enfermera Enfermera	Rem P4 Rem P4

10	Salud bucal deteriorada en adultos de 60 años	Aumentar cobertura de alta integral en adultos de 60 años	50% de coberturas de alta integrales a los 60 años	Nº de alta odontológicas a los 60 años/Nº de adultos de 60 años inscritos x100	Consulta	Odontólogo Tens	Rem 09

5.7 Salud del Adulto mayor, familia y cuidadores

Nº	Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividad	RRHH	Monitoreo/ evaluación
1	Sobrecarga de familias y cuidadores de personas con dependencia severa	Capacitar a cuidadores de AM con dependencia severa	100% de cuidadores que reciben estipendio capacitados	Nº de cuidadores capacitados/Nº de cuidadores con estipendio x 100	Taller grupal	Enfermera A.social	Rem 27

2	Adultos mayores en riesgo de dependencia	Detectar e intervenir a familias con adultos mayores en riesgo de dependencia	55% de cobertura de EMPAM 15% de familias con adultos mayores en riesgo de dependencia con plan de intervención 17% de AM en riesgo de caídas participan en taller preventivo 17% de AM en riesgo de dependencia participan en	Nº de AM con EMPAM vigente/Nº de AM inscritos x 100 Nº de familias con AM en riesgo de dependencia con plan de acción/ Nº de AM en riesgo de dependencia Nº de AM que participan en taller/Nº de adultos mayores en riesgo de dependencia del bajo control x 100 Nº de AM que participan en taller/Nº de AM bajo control en riesgo de dependencia x 100	EPAM Matriz de riesgo VDI Consejería familiar Taller grupal Taller grupal	Enfermera Kinesióloga Equipo de cabecera Kinesióloga Psicóloga	Rem 02 Regis-tro Local Rem 27 Rem 27

			taller de memoria				
3	Aparición de Enfermedad Renal Crónica(ERC) en población de riesgo	Aumentar detección de ERC	80% del bajo control CV con aplicación de pauta y clasificación según etapa	Nº de personas con pauta aplicada/ Nº de personas bajo control CV x 100	Control cardiovascular con pauta	Médico	P4
4	Bajo índice de pesquisa de TBC en sintomáticos respiratorios	Mejorar la pesquisa	100% de sintomáticos respiratorios con BK	Nº de BK procesadas /Nº de consultas médicas	Examen de BK	Equipo	Registro local
5	Descompensación de personas en control cardiovascular	Mejorar la compensación de personas en control cardiovascular	Mejorar niveles de compensación Hta 51% DM 38,8%	Nº de personas compensadas/Nº total de personas en control cardiovascular	Control de salud cardiovascular	Médico Enfermera Nutricionista	Rem P4
6	Bajo peso en población AM	Aumentar cobertura de AM que retiran PACAM	80% de AM con bajo peso apoyadas con PACAM	Nº de AM bajo peso que retiran PACAM/Nº AM bajo control con bajo peso x 100	EMPAM Consulta nutricional	Enfermera Nutricionista	Registro local

7	Problemas y trastornos mentales en el adulto mayor.	Detectar, diagnosticar, brindar atención integral y/o derivar en forma oportuna en áreas prioritarias. Depresión. OH y drogas. VIF. Otros trastornos mentales.(Ansiedad, demencias)	Mantener y/o aumentar coberturas alcanzadas en áreas prioritarias 2011. 100% de los adultos mayores de 65 años diagnosticados con depresión recibirán tto. integral en APS. 100% de las personas diagnosticadas con consumo de OH y DR reciben intervención terapéutica o son derivadas según corresponda. 100% de las mujeres victimas de VIF reciben	Nº de ingresos 2012 de las áreas prioritarias/ Nº total de adultos mayores *100	Consulta Salud Mental Intervención Psicosocial familiar. VDI de SM. Consejería familiar en SM.	Médico Psicóloga A.social	REM A 6 REM A 5 REM P 6Rem

			tto integral y/o son derivadas según corresponda.				
8	Contaminación de hogares por humo de tabaco	Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.	Línea base	Nº de hogares declarados libres de humo de tabaco	VDI Carta compromiso	Equipo de cabecera	Rem 26

VI. PLAN DE CAPACITACIÓN

Ciclo vital y programas transversales

Línea estratégica	Ciclo vital	Salud mental	Odontológico	Rehabilitación a)física b) respiratoria	Promoción	Dirigido a
Calidad de la atención Seguridad del paciente	Capacitación de pautas en uso: Neurosensorial Massie Campbell Edimburgo EDSM E. Renal Crónica Electrocardiografía básica Insulinoterapia Qualidab Evaluación del pie diabético Manejo avanzado de heridas Manejo de urgencias		 x x			Médicos Enfermeras Matronas Psicólogos Médicos Médicos Enfermera Nutricionista Médico Enfermera Personal de SAPU Odontólogos Odontólogos

	en SAPU Odontopediatría Ortondoncia Urgencia dental Desarrollo integral del niño y pauta breve Nadie es perfecto Agudeza visual		x			Odontólogos Tens Profesionales Enfermeras Tens
Trato al usuario y manejo de conflictos	x	x	x	x	x	Todas las categorías
Motivación y satisfacción laboral	x	x	x	x	x	Todos las categorías
Manejo informático	x	x	x	x	x	Tens Administrativos
Centro de costo y manejo financiero						Directivos

Gestión del recurso humano y trabajo en equipo						Directivos
Manejo de contingencias	x	x	x	x	x	Todas las categorías
Modelo de salud familiar	x	x	x	x	x	Profesionales Tens
Manejo de grupos y organizaciones	x	x			x	Profesionales
Trabajo con familias: consejerías, mediación, manejo de conflictos	x	x				Equipos de cabecera

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

CENTRO DE SALUD FAMILIAR SARMIENTO

PROGRAMA DE SALUD

CESFAM SARMIENTO AÑO 2012

PLAN DE SALUD CESFAM SARMIENTO 2012

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

El Centro de Salud Familiar "Sarmiento", es un centro de Salud Primaria, perteneciente al Departamento de Salud Municipal de Curicó, inaugurado el 4 de Septiembre del año 1989 como Consultorio General Rural, y desde el 01 de Octubre del año 2002, fue acreditado como Centro de Salud Familiar.

A contar del 12 de mayo del año 2008 funciona la "Unidad de Salud Familiar CECOSF Doña Carmen ", que depende administrativamente del CESFAM.

VISIÓN

"SALUD, FAMILIA Y COMUNIDAD; APRENDIENDO A CUIDARNOS."

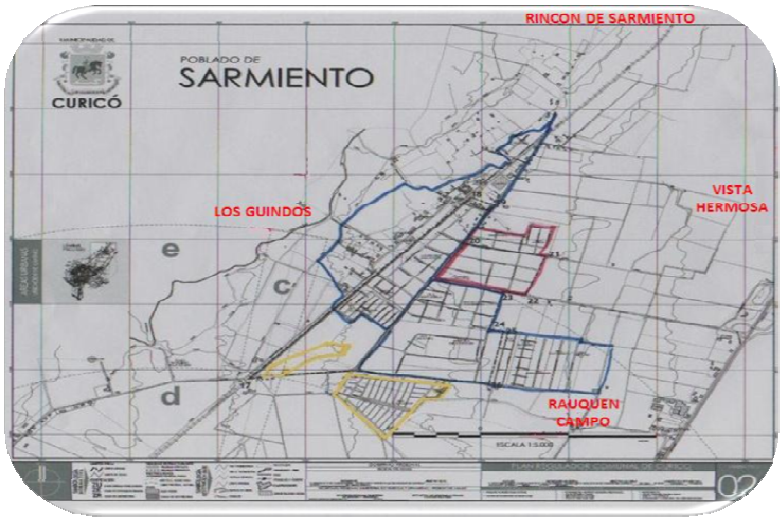
MISIÓN

"Mantener y mejorar las actuales condiciones de salud de los familias de la localidad de Sarmiento, a través de todo el ciclo evolutivo familiar e individual por medio de una cartera de servicio adecuada a la realidad de cada sector, lo que permite dirigir las acciones, anticiparse al daño, y poner énfasis en aquellas familias con mayor riesgo y desarrollando acciones de promoción, prevención recuperación y rehabilitación; incorporando la participación de la comunidad y las redes de apoyo".

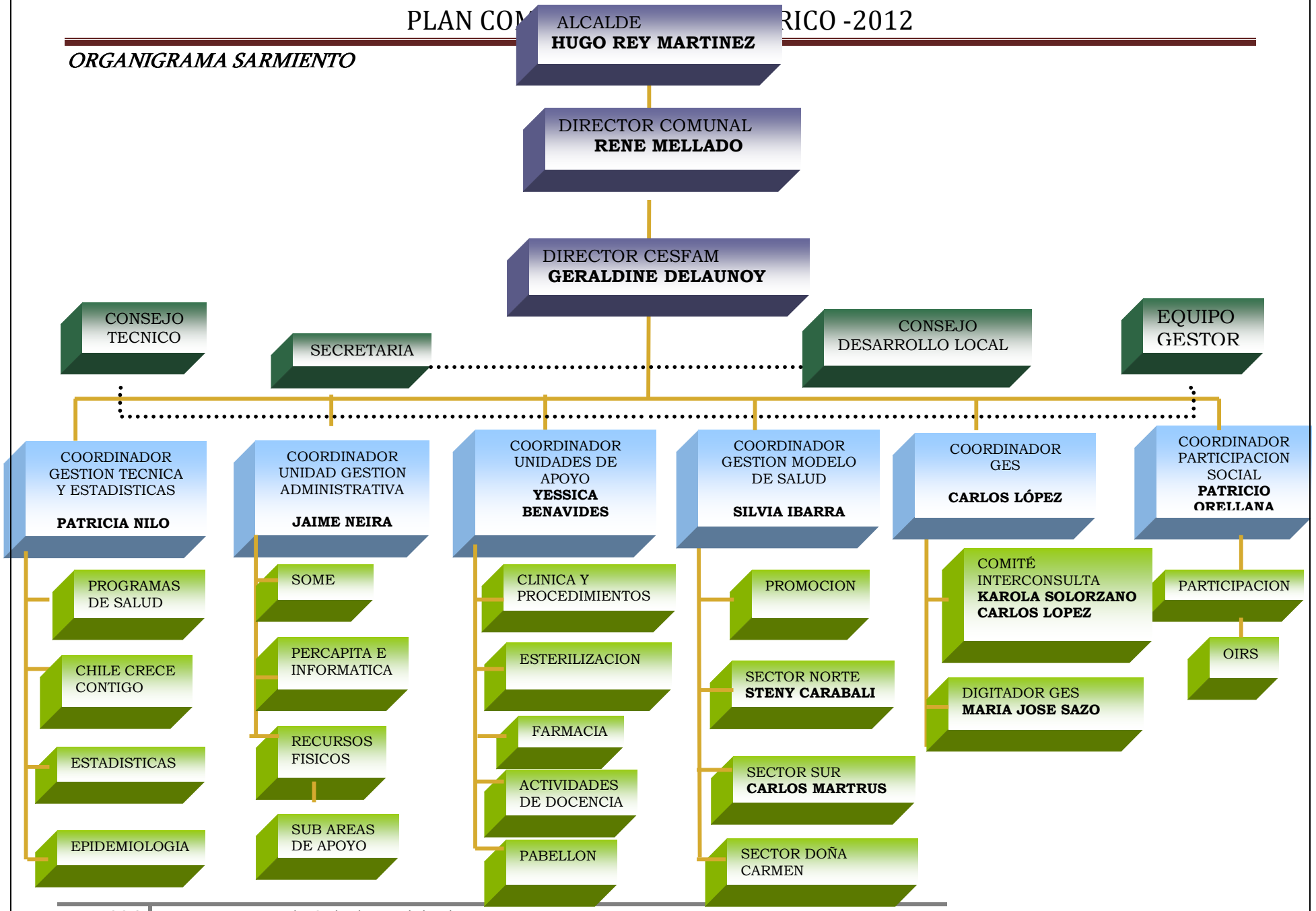
UBICACIÓN

CESFAM Sarmiento se ubica en Población El Progreso, calle 18 de Septiembre, esquina Volcán Corcovado, frente a Plaza Vida Chile S/N localidad Sarmiento, distante a 9 Km. al Norte de la ciudad de Curicó.

CECOSF Doña Carmen, se ubica en pasaje los Pensamientos Nº 579, Villa Doña Carmen Sarmiento.



ORGANIGRAMA SARMIENTO



DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

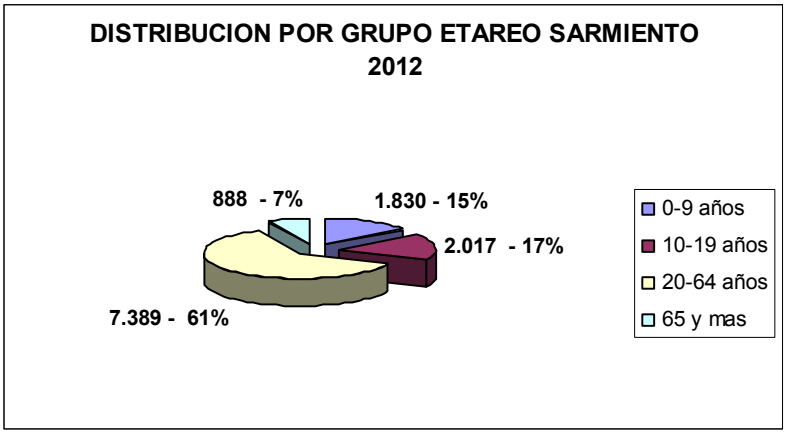
Dentro de las características principales, se puede señalar que es un sector urbano- rural y su producción se centra en el área Agro hortofrutícola la que se concentra en algunos fundos con gran cantidad de hectáreas, el resto en pequeños parceleros y huertos familiares, destacándose el trabajo de Temporada. No obstante, durante los últimos años se han incorporado nuevas poblaciones (Doña Patricia, Doña Carmen, Don Matías Don Hernán y próximamente construcción de nueva villa), las villas mencionadas corresponde a viviendas de tipo Social Dinámica Sin Deuda, por tanto se desprende que son familias que pertenecen al I y II quintil de personas con mayor vulnerabilidad del país.

Otro punto a visualizar respecto a la caracterización de esta población es que la mayoría de estas personas, se estima un 75%, provienen de otros sectores de la comuna de Curicó y a la vez de otras comunas, siendo sólo un 25% aproximadamente, quienes son antiguos vecinos de la localidad de Sarmiento. Lo anterior, se traduce en que el ethos[1] de la localidad sarmientina se ha visto influido por nuevas costumbres, valores y creencias, las cuales antes de la llegada de estas poblaciones se **caracterizaban por ser netamente rurales.**

CARACTERISTICAS BIODEMOGRAFICAS

Total población inscrita a Octubre del 2011, 12.124 usuarios cuyas edades fluctúan entre 0 años a 102 y representado en la gráfica Nro. 1 y cuya distribución familiar por sectores se indica en el cuadro Nro. 2, dándonos un total de 4.042 familias.

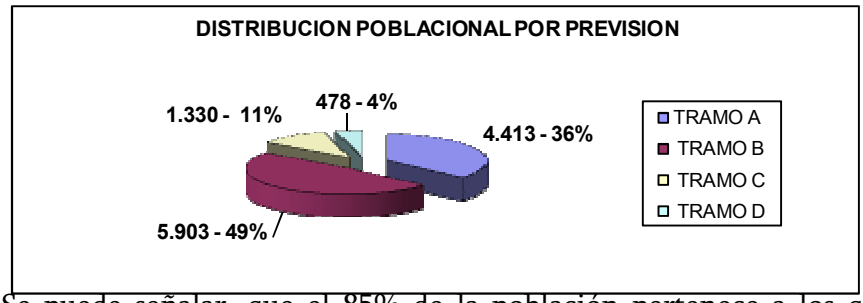
Grafico Nº. 1



INDICE DE ESCOLARIDAD

De acuerdo a la información obtenida en diagnóstico de nuestro establecimiento el 51% de la población de nuestro sector posee una escolaridad menor a básica completa, lo que indudablemente dificultad asimilación de indicaciones y contenidos educativos.

SITUACION PREVISIONAL USUARIOS SARMIENTO



Se puede señalar, que el 85% de la población pertenece a los quintiles más vulnerables, esto se relaciona con el trabajo esporádico de la zona y el alto número de familias pertenecientes al programa Chile Solidario.

SECTORIZACION

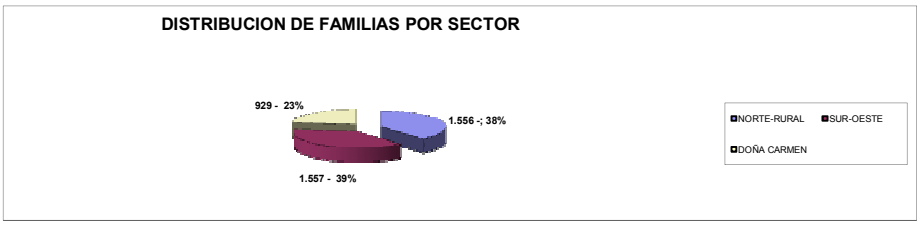
La división por sectores se realizo por distribución geográfica, con el fin de respetar las características culturales. El sector Norte Rural se caracteriza, por un población principalmente rural, arraigada a sus tradiciones y perteneciente a la población antigua, de la localidad. El sector Sur Oeste, presenta características mixtas, en cuanto a su población, por una parte altamente vulnerable y por otra eminentemente de la población antigua. Sector Doña Carmen, presenta 100% de sus familias perteneciente a los quintiles más vulnerables de la población, las cuales habitan en viviendas sociales dinámicas, y provienen de la ciudad de Curicó.

TABLA DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y SECTOR EN DONDE HABITA.

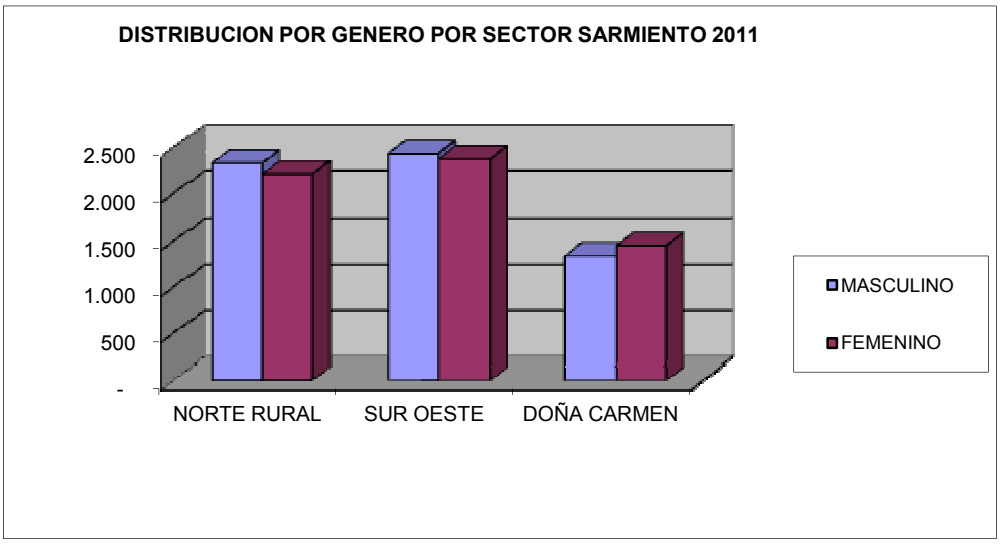
SECTOR	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NORTE RURAL	2.331	2.174	4.505
SUR OESTE	2.464	2.381	4.845
DOÑA CARMEN	1.352	1.422	2.774
TOTAL	6.147	5.977	**12.124**

TOTAL FAMILIAS POR SECTOR.

El sector Sur - Oeste representa el mayor porcentaje de la población de Sarmiento con un 39%; seguido del sector Norte - Rural que alcanzo el 38% y el sector Doña Carmen un 23%



INDICE POR GÉNERO



DOTACION PROYECTADA PARA EL AÑO CALENDARIO 2012

La dotación del CESFAM Sarmiento para el año 2012 está inserta en la dotación comunal

CARGO DEL FUNCIONARIO	*NECESIDAD AÑO 2012*
MEDICO	154 HORAS SEMANALES
ODONTOLOGO	88 HORAS SEMANALES
MATRONA	121 HORAS SEMANALES
PSICOLOGO	88 HORAS SEMANALES
ENFERMERA	154 HORAS SEMANALES
NUTRICIONISTA	110 HORAS SEMANALES
ASISTENTE. SOCIAL	110 HORAS SEMANALES
KINESIOLOGO	88 HORAS SEMANALES
TEC. PARAMEDICO	704 HORAS SEMANALES
ADMINISTRATIVO CATEGORIA C CATEGORIA E	484 TOTAL 132 HORAS SEMANALES 352 HORAS SEMANALES
AUXILIAR DE SERVICIO	132 HORAS SEMANALES
CONDUCTOR	44 HORAS SEMANALES
DIRECTOR (A)	44 HORAS SEMANALES

DIAGNOSTICO DE SITUACION DE SALUD

Los principales problemas de salud que debemos enfrentar en nuestra localidad, no están lejanos a la realidad país, siendo los mas frecuentes, las Enfermedades Cardiovasculares, Depresión principalmente en mujeres, IRA., VIF, Malnutrición por exceso, embarazo en adolescente, consumo de alcohol y drogas entre otros. Debiendo destacar que existen grandes diferencias entre los tres sectores.

INDICADORES DE SALUD CESFAM SARMIENTO A SEPTIEMBRE 2011

INCIDENCIA PATOLOGIA RESPIRATORIA

AÑO	2010	%	2011	%
TOTAL CONSULTAS MEDICAS	11975	100	14780	100
IRA TOTAL	5627	46	6646	45

Se desprende de la observación de las tablas anteriores que el 45 % del total de las consultas de morbilidad corresponden a enfermedades respiratorias.

TASA DE CONSULTA MORBILIDAD POR GRUPO ETÁREO

MORBILIDAD	TASA
Menor de un año	5.4
Infantil general	2.0
Adolescente	0,9
Adulto	0,8
Adulto mayor	1,1

Existe una tasa de consulta elevada en el menor de un año, destacándose que aproximadamente estos consultan mes por medio, si relacionamos tal número con la falta de escolaridad de la población en general se podría deducir la gran demanda de consulta sin causa real aparente provocando una sub utilización del recurso. Además no podemos dejar de considerar las

características de los nuevos usuarios, ya que al ser una población con mayores factores de riesgo psicosociales los hace altamente demandantes.

INCREMENTO DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD CARDIOVASCULAR

AÑO	2010	2011	INCREMENTO
USUARIOS CON PROBLEMA CARDIOVASCULAR.	154	209	36%

Se desprende de la tabla anterior el incremento significativo de usuarios con problemas de salud cardiovascular, llegando estos aun 36% más que el año anterior.

PORCENTAJE DE OBESIDAD POR GRUPO TASA DE CONSULTA MORBILIDAD POR GRUPO ETÁREO

GRUPO ETAREO	% DE OBESIDAD
Gestantes	21,27
Sexto mes post-parto	19,35
Niño/a	9,28
Adulto	38,7
Adulto Mayor	30
Promedio	24

PLAN DE SALUD COMUNITARIO DEL CESFAM SARMIENTO 2012

SECTOR SUR OESTE

PROBLEMÁTICA	*ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA*	*RESPONSABLES EJECUCIÓN*	*TIEMPO*
1. Consumo de Alcohol y Drogas: Durante la discusión de grupo se plantea como problema principal el consumo de alcohol y drogas; situación vinculada a otros problemas como falta de responsabilidad y comunicación de los padres e hijos, lo que a su vez conlleva al consumo precoz de tabaco en los escolares, identificado como un hábito nocivo que luego lleva a los menores a experimentar nuevas sustancias como el alcohol y las drogas. El alcohol es también identificado como factor predisponerte de la VIF, dando alusión a la violencia psicológica, lo que además provoca también un comportamiento agresivo en los niños. Por otra parte se vincula tal hecho con el mal uso de las áreas recreativas y lugares públicos del sector, los que trae como consecuencia el aumento de la delincuencia. Se menciona también como dificultad el individualismo de la comunidad en general, lo que provoca que no haya un compromiso social de cuidado del sector y sus vecinos. *** Nudo crítico: Familia y comunidad v/s Educación y cultura**	- Educación en Colegios. - Educación en Hogar. - Crear Instancias de Detección de Consumo (AUDIT o EMPA) - Concientizar a la Comunidad. - Campaña Publicitaria. - Incorporar Familias a Talleres. - Promoción por Radio Local.	- Sostenedores, Directivos, Docentes. DAEM, Provincial de Educación. - Padres, Madres o Cuidadores - Equipo de Salud - CONACE. - Estado. - Directivos y Docentes. - Grupo Vida Nueva	- Sistemático.

2. Falta de Recursos en Centro de Salud: En la mención de este problema los dirigentes perciben que en el CESFAM ha existido dificultades respecto a la oportuna entrega de fármacos y el acceso a la atención médica; por otro lado manifiestan que los controles de salud nutricional del niño/a se mantienen muy alejados, lo que interpretan como motivo por el cual existe malos hábitos alimentarios y aumenta la malnutrición por exceso. Durante la sesión el equipo manifiesta que más que faltar recurso nutricionista ocurre que los usuarios/as no asisten a tal prestación. *** Nudo crítico: Equipo de Salud v/s Recursos y Gestión**	- Evaluar Necesidad de Recursos del CESFAM. - Educar sobre el Buen Uso de la OIRS. - Educar sobre patologías GES. - Creación de Video Informativo para sala de espera.	- Dirección CESFAM. - Encargada OIRS y equipo. - Equipo de Salud	- Sistemático.
3. Otro problema mencionado por los asistentes, en forma aislada, es la preocupación por el aumento de los perros vagos. Sin embargo, los asistentes no desarrollan esta problemática.			

PLAN DE SALUD COMUNITARIO DEL CESFAM SARMIENTO 2012

SECTOR NORTE - RURAL

PROBLEMÁTICA	***ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA***	***RESPONSABLES EJECUCIÓN***	***TIEMPO***
1- Mascotas caninas abandonadas en diversos sectores de la localidad de Sarmiento que aumenta la población callejera, lo puede ser potencialmente un problema de salud pública, pues existen brotes de garrapatas y de otro tipo de parásitos. Nudo crítico: Familia y comunidad v/s Cultura y educación	- Formar una agrupación protectora de animales de Sarmiento. - Gestiones con la autoridad comunal para solicitar recursos para vacunación antiparasitaria. - Campaña de tenencia responsable de mascotas en localidades y establecimientos educacionales.	- Equipo de salud y Juntas de Vecinos.	Marzo a Junio.
2- Diversidad de locales de expendio de bebidas alcohólicas formales e informales que acrecienta el consumo de las personas, especialmente de la juventud. Nudo crítico: Familia y comunidad v/s Cultura y educación	- Gestiones con Carabineros para la fiscalización de recintos formales e informales. - Talleres de prevención de consumo perjudicial de alcohol y drogas junto a Conace-Previene comunal.	Mesa Territorial, Unión de Juntas de Vecinos de Sarmiento, Carabineros.	Marzo a Septiembre.

PLAN DE SALUD COMUNITARIO DEL CESFAM SARMIENTO 2012

SECTOR DOÑA CARMEN

PROBLEMÁTICA	***ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA***	***RESPONSABLES EJECUCIÓN***	***TIEMPO***
1- Tenencia irresponsable de mascotas caninas que aumenta la población callejera, lo puede ser potencialmente un problema de salud pública. * Nudo crítico: Familia y comunidad v/s Cultura y educación	- Campaña de tenencia responsable de mascotas en localidades y establecimientos educacionales. - Gestiones con la autoridad comunal para solicitar recursos para vacunación antiparasitaria.	- Equipo de salud, Mesa Territorial y Juntas de Vecinos.	Enero a Junio.
2- Falta de "lomos de toros" en cercanías del sector, lo cual hace que los automovilistas circulen a gran velocidad y potencialmente puedan causar accidentes. * Nudo crítico: Intersector v/s Gestión	- Gestiones con Carabineros para la fiscalización de vehículos. - Gestiones con Juntas de Vecinos, Unión de Juntas de Vecinos de Sarmiento, Consejo de Desarrollo Local de Salud de CESFAM Sarmiento. - Reuniones con autoridades comunales para gestionar apoyo en este proyecto.	- Mesa Territorial, Unión de Juntas de Vecinos de Sarmiento y Carabineros.	Enero a Junio.
3- Maltrato Infantil * Nudo crítico: Familia y comunidad v/s Cultura y educación	- Campaña del buen trato en comunidad y Establecimientos Educacionales. -Taller Chile Crece Contigo a embarazadas con temática de Apego. -Talleres Chile Crece Contigo a madres con hijos/as de 3 años con temática de normas de crianza. - Gestiones con OPD para realizar talleres en comunidad respecto a buen trato y canalización de denuncias.	- Mesa Territorial de CECOF Doña Carmen. - OPD Curicó. - Carabineros.	Enero a Diciembre.
4.-Delincuencia en diversos sectores de Sarmiento. Nudo crítico: Familia y comunidad v/s Cultura y educación	- Reuniones con autoridades comunales para gestionar apoyo en este proyecto - Reuniones con Carabineros	Consejo de Desarrollo Local de Salud, Carabineros, Unión de Juntas de Vecinos de Sarmiento.	Marzo a Septiembre

INTERPRETACIÓN DIAGNOSTICA A TRAVES DEL CICLO VITAL

Luego de realizar sesión participativa con el usuario interno respecto a identificar las distintas problemáticas de los programas de salud a través del ciclo vital; se realiza el análisis obteniendo como principal dificultad que trasciende a todo el ciclo la falta de educación en salud que impide el que los usuarios/as sea hagan responsables de su proceso de salud-enfermedad, evidenciándose en la poli consulta, la inasistencia a consultas y controles de salud, y baja adherencia a programas. Lo anterior, tiene como consecuencia índices de salud bajo lo óptimo y mal utilización de los recursos del Centro de Salud.

Respecto a la salud materna perinatal destacan como problemas un alto porcentaje de gestantes con vulnerabilidad, depresión post parte, baja adherencia a la salud oral, obesidad en la gestante.

En programa de salud infantil destaca la alta incidencia de patologías respiratorias, gran porcentaje de niños/as con familias con vulnerabilidad, deficiencia en habilidades parentales de padres, madres y cuidadores con respecto a la salud biopsicosocial de sus hijos/as lo que incide en niños (as) con déficit de DPM, obesidad, alta incidencia de patologías respiratorias, vulnerabilidad, maltrato.

Respecto al programa del adolescente se destaca deficiente consulta de jóvenes menores de 19 años con problemáticas biopsicosociales lo que implica embarazo adolescente, consumo de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, y depresión.

En el programa del adulto y adulto mayor se destaca desconocimiento del usuario, familia y comunidad en educación en salud, lo que incide en la aparición de factores de riesgo y patologías (sedentarismo, cáncer, obesidad, malnutrición, depresión, VIF alcohol y drogas, tabaco, inasistencia a controles y consultas, policonsulta, enfermedades crónicas, TBC.)

Finalmente, con respecto al área de gestión se evidencia falta de espacio tanto en el Cesfam como en el Cecof, siendo más evidente en sala de espera y lugar (sala) para realizar trabajo educativo. Por otra parte, también se hace estrictamente necesario el contar con vehículo adecuado y con disponibilidad para realizar trabajo domiciliario.

PLAN DE ACCION CESFAM SARMIENTO 2012

Problema Priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Desconocimiento del usuario, familia y comunidad en educación en salud, lo que incide en la aparición de factores de riesgo y patologías. (sedentarismo, cáncer obesidad, malnutrición depresión ,VIF alcohol y drogas, tabaco, inasistencia a controles y consultas, policonsulta, enfermedades crónicas, TBC.)	Lograr que los usuarios adquieran conocimientos que le permitan practicar el autocuidado.	- 42% De Compensación En DM. - Aumento De 5% En Ingreso A Programa De OH Y Drogas - Disminuir En Un 5% Obesidad Y Sedentarismo. - Disminuir En Un 5% La Inasistencia A Consultas Y Controles. - Cuantificar Policonsulta. -Cuantificar Consulta No Pertinente En Atención Domiciliaria A Postrados.	- Nº De DM Con Hg Clic. < 7/ Nº De Bajo Control De DM* 100. - Nº De Ingresos A Programa OH Y Drogas 2012/ Nº De Ingresos OH Y Drogas 2011*100. - Nº De Personas Con Sedentarismo Y Obesidad 2012/ Nº De Personas Con Sedentarismo Y Obesidad 2011*100. - Nº De Personas A Inasistentes A Consultas Y Controles 2012/ Nº De Personas Agendadas En Consultas Y Controles*100. -Crear Línea Base De Policonsulta. - Crear Línea Base De Consultas No Pertinentes En Atención Domiciliaria A Postrados.	-Educación En Sala De Espera En Autocuidado. - Psicoeducación En ECV, CHCC, Cuidadores Postrados, Consulta Oportuna, Club DM, Medicina Alternativa, creación de herbarios, Club Multifamiliar, Adulto Mayor, Grupos De Mujeres. - Catastro De Policonsultantes - Rescate Domiciliario A Usuarios Inasistentes A Controles. - Selección De Demanda. - Difusión Autocuidado En Comunidad (Feria De Las Pulgas, Plazas ciudadanas) -Firma De Cartas Compromiso De Atención Domiciliaria. -Educación Consejería Individual Y Familiar En Autocuidado. -Consulta Y Controles. -Visita Domiciliaria Integral. - Difusión Radial, online y Comunitaria.	Equipo Multidisciplinario	Evaluación Trimestral De Los Indicadores

		Aplicar Pauta De Edimburgo Al 90% De Las Gestantes Al Ingreso A Control Prenatal, A Las 32 Semanas De Gestación Y En El Primer Control Madre E Hijo.	(Nº De Puérperas Con Escala De Edimburgo Alterada Al Primer Control Madre E Hijo(A)/ (Nº Total De Puérperas Evaluadas Con Escala De Edimburgo En Cesfam) X 100	Aplicar Pauta De Edimburgo Al Ingreso A Control Prenatal, A Las 32 Semanas De Gestación Y En El Primer Control Madre E Hijo Tratamiento Y Control En Programa De Salud Mental Evaluación Y Control Medicó en Programa Salud Mental Difusión Radial Promoción en Autocuidado en Talleres Chcc	Equipo multidisciplinario	Evaluación Trimestral Del Indicador
		Alcanzar Un 100% De Cobertura De Consulta Nutricional En Gestantes Con Malnutrición Por Exceso 80% De La Gestantes Participan En Nueva Serie De Talleres Con Énfasis Ejercicios Prenatales	Nº De Gestantes Con Mal Nutrición Por Exceso Con Consulta Nutricional/ (Nº Total De Gestantes Con Malnutrición Por Exceso) X 100 Nº De Gestantes Que Ingresan A Talleres Grupales/ (Nº Total De Gestantes Que Ingresan A Control Prenatal) X 100	Consulta Nutricional De Gestantes Con Mal Nutrición Por Exceso Realización Taller Nº2 CHCC Promoviendo Estilos De Vida Saludables Y Ejercicios Prenatales Realización De Serie De 3 Talleres Con Énfasis En Actividad Física De La Gestante Y Ejercicios Prenatales.	Equipo multidisciplinario	Evaluación Trimestral Del Indicador

		Mantener o Disminuir al 55% De La Población De Mujeres Con Sobrepeso Y Obesidad En El Control Del 6ª Mes Post-parto	Nº De Mujeres Con Obesidad O Sobrepeso En El Control Del Sexto Mes Post Parto/ (Nº Total De Mujeres Controladas Al Sexto Mes Post Parto) X 100	Promoción De Lactancia Materna Exclusiva (Cápsulas Educativas, Talleres En Jardines Infantiles) Consejería Alimentaria Nutricional Evaluación Nutricional Al Tercer Mes Post Parto (Nutricionista) Evaluación Nutricional Al Sexto Mes Post Parto Por Matrona Taller Nº4 Chcc Fomentando Lactancia Materna Exclusiva	Enfermera Nutricionista Matrón(A)	Evaluación Trimestral De Este Indicado
		Alcanzar Un 90% De VDI En Puérperas Y Familias Con Riesgo Psicosocial	(Nº De Puérpera Y Familia Con Riesgo Psicosocial Con VDI Realizadas / Nº Total De Puérperas Y Familia Con Riesgo Psicosocial)X 100	VDI A Puérperas Con Riesgo Psicosocial	Matrón(A) Enfermera	Evaluación Trimestral Del Indicador
		Alcanzar Un 70% De Cobertura De PAP En Mujeres De Entre 25-64 Años Inscritas En APS	(Nº Mujeres Entre 25-64 Años Con Papanicolaou Vigente / Nº De Mujeres Entre 25-64 Años Inscritas En Cesfam) X 100	Toma De PAP En Horarios Accesibles Para Mujeres Trabajadoras Difusión Radial Promoción Y Difusión Con Grupos De Monitoras Y Lideres Comunales (Consejo De Desarrollo Local) Visita Domiciliaria De Rescate Por Matrona Identificación De Fichas De Usuarias Con PAP Atrasado Cápsulas Educativas En Sala De Espera Educación Y Derivación Por Parte Del Resto Del Equipo De Salud	Equipo multidisciplinario	Evaluación Trimestral Del Indicador
.	.	Aumentar En Un 20% El Número De	Nº De Baciloscopía Realizadas 2012/ Nº De Baciloscopía Realizadas	-Solicitud De Examen De Baciloscopia. - Difusión A Personal, Usuarios,	Equipo De Salud Multidisciplinari	Evaluación Mensual.

		baciloscopia.	2011*100.	Radio Local, online Y Comunidad.	o.	
		100% De Cobertura De Las Mujeres Con Diagnóstico De Depresión	(Nº De Mujeres Diagnosticadas Con Depresión Que Están En Tratamiento En Programa De Salud Mental / Nº Total De Mujeres Con Diagnóstico De Depresión) X 100	Controles De Salud Mental Integrar A Grupos De Autoayuda, Por Ejemplo: Grupo "Ganas De Vivir" (Realización De Psicoeducaciones) Difusión En Medios De Comunicación Local (Radio) Cápsulas Educativas Intervenciones Psicosociales Grupales	Psicóloga Médico	Evaluación Trimestral Del Indicador
		60% De Cobertura De Las Mujeres Con Problemática De VIF	(Nº De Mujeres Con Problemática De VIF En Tratamiento En Programa De Salud Mental / Nº Total De Mujeres Con Problemática De VIF X 100	Control De Salud Mental Integración A Grupos De Autoayuda (Realización De Psicoeducaciones) VDI Consejería Familiar Orientación Social Difusión Radial Cápsula Educativa	Psicólogo Asistente Social	Evaluación Trimestral Del Indicador
Deficiencia En Habilidades Parentales De Padres, Madres Y Cuidadores Con Respecto A La Salud Biopsicosocial De Sus Hijos/As Lo Que Incide En	Mejorar Habilidades Parentales En Padres, Madres Y/O Cuidadores De Niños.	70% De Padres, Madres Y Cuidadores De Niños (As) Menores De Un Año Recibe 4 Sesiones Educativas Con Metodología Participativa.	N° De Padres, Madres Y Cuidadores De Niños (As) Que Asisten A Sesiones Educativas/ N° De Niños (As) Menores De Un Año Bajo Control.	Psicoeducación A Equipo Chcc Respecto A Manejo De Metodología Participativa. Sesiones Educativas Con Metodologías Participativas Realizadas Por Equipo Chcc. Taller para padres, y cuidadores de niños en establecimientos educacionales respecto a normas de crianza. Realización de guías anticipatorias.	Equipo Chcc.	Evaluación Trimestral Del Indicador.

Niños (As) Con Déficit De Dpm, Obesidad, Alta Incidencia De Patologías Respiratorias, Vulnerabilidad, Maltrato.		45 Padres, Madres Y/O Cuidadores Asisten A Taller Nadie Es Perfecto.	N° De Padres, Madres Y/O Cuidadores Que Asisten A Taller Nadie Es Perfecto / 45 Padres, Madres Y/O Cuidadores Reclutados *100.	Difusión De Taller Nadie Es Perfecto En Radio Local, Comunidad Y Equipo De Salud. Reclutamiento De Familias. Ejecución De Taller Nadie Es Perfecto.	Facilitadores Y Co-Facilitadores.	Evaluación Trimestral Del Indicador.
		Ingresar A 7 Niños/As Y Sus Familias A Atención Integral Por Maltrato Infantil. Lograr Una Prevalencia de obesidad Menor A 10% En Población infantil Bajo Control. Alcanzar Un 70 % De Niños Menores De 6 Meses Con Lme 90% De Niños(As) Con Detección De Vulnerabilidad Son Beneficiados	N° De Ingresos Efectivos / 7 Ingresos En Atención Integral De Maltrato Infantil *100 N° De Niños/As Con Diagnóstico De Obesidad Bajo Control / Población Total Bajo Control *100 Nº De Niños Menores De 6 Meses Con LME / Nº De Niños Menores De 6 Meses Bajo Control X 100 N° De Familias De Niños (As) Con Vulnerabilidad Que Recibe Vdi/ N° De Familias De Niños (As) Detectados Con Vulnerabilidad. N ° Niños Tratados 2012 Por Déficit De Dpm/ Nº De Niños (As) Tratados Por	Difusión Temática De Maltrato Infantil En Equipo De Salud Y Comunidad. Difusión En Radio Local Y Redes Sociales. VDI A Familias. Consejería Familiar. Derivación De Casos A Instituciones Atingentes A La Problemática. Control De Salud Del Niño/A. Consulta Nutricional. Control Médico. Taller Para Niños/As Con Obesidad. Difusión De La Temática En Radio Local. Vdi A Familias De Niños/As. Consejería Familiar. Coordinación En Intersector Con Salas Cuna Y Jardines Infantiles. Controles De Gestantes, Puérperas Y De Niño Sano.	Psicólogo. A. Social Equipo CHCC Equipo Multidisciplinario.	

		Con Vdi. Aumentar El Número De Niños Tratados Por Su Déficit De Desarrollo Psicomotor. 100% De Los Niños/As Que Requiere Kinesioterapia Recibe Atención Oportuna.	Déficit De Dpm 2011*100. N° De Niños/As Con Problemas Respiratorios Que Reciben Tratamiento Kinésico / N° Total De Niños/As Con Problemas Respiratorios Con Indicación Kinésica . X 100	Consulta Lactancia. Talleres CHCC Cápsula Educativas En Sala De Espera VDI a Puérperas Con Riesgo Psicosocial Registro Local De Niños (As) Identificados Con Vulnerabilidad. VDI. Reuniones De Equipo De Análisis De Caso. Realización De Pauta Breve. Evaluación De Desarrollo Psicomotor A 8 Meses, 18 Meses Y 3 Años Al 90% De Los Niños/As. Consulta Por Déficit. Vdi. Consulta Por Educadora. Rescate Domicilio Por Inasistencia A Sala De Estimulación. Derivación Oportuna De Niños/As Con Pauta Breve Alterada Para Evaluar Dpm. Consulta Kinésica. Educación En Sala De Espera Sobre Prevención Y Manejo De Ira. Inclusión De Temática De Ira En Talleres De Chcc. Difusión De La Temática En Radio Local.		

Deficiente Consulta De Jóvenes Menores De 19 Años Con Problemáticas Biopsicosociales Lo Que Implica Embarazo Adolescente, Consumo De Alcohol Y Drogas, Trastornos Alimentarios, Depresión.	Aumentar La Consulta Y Controles De Los Adolescentes Menores De 19 Años.	Incrementar Las Atenciones Realizadas En El Centro De Salud A Los Adolescentes Respecto Al Año 2011. Aumentar El Porcentaje De Menores De 19 Años Que Asisten A Controles De Regulación De Fecundidad	Nº De Atenciones A Adolescentes 2012 / Nº Atenciones A Adolescentes 2011*100 (Nº De Adolescentes Asistentes A Controles De Regulación De Fecundidad/ Nº Total De Adolescentes Inscritos En Cesfam) X 100	Crear Espacio Amigable Para Adolescentes En El Centro De Salud. Realización De Prestaciones Por El Equipo De Salud (Consulta, Controles, Aplicación Ficha Clap-Ops, Talleres) Difusión En Radio Local E Internet De Este Espacio Para Los Adolescentes. Realización De Jornadas De Reflexión En Salud Sexual Y Reproductiva En Adolescentes (Focalizándose En Alumnos De 7º - 8º Básico)	Equipo Multidisciplinario.	Evaluación Trimestral
Falta De Educación En Salud Oral, Lo Que Incide En Alta Prevalencia E Incidencia De Caries De La Población En Todo El Ciclo Evolutivo.	Disminuir Incidencia De Caries En Población Escolar.	Realizar Promoción De Salud Oral En El 50% De Los Establecimientos Municipalizados/ Particular Subvencionado Y En El 50% De Los Jardines Infantiles Pertenecientes Al Sector.	(Número De Establecimientos Educacionales Preescolar Y Escolar Que Reciben Educación En Salud Oral / Total De Establecimientos Educacionales Preescolares Y Escolares Pertenecientes Al Sector) X 100	Realización De Intervenciones Educativas De Salud E Higiene Oral En Colegios Y Jardines Seleccionados, Dirigidas A Alumnos, Padres, Apoderados, Profesores Y Administrativos Realización De Fluoraciones En Establecimientos Educacionales. Capacitación De Monitores De Salud Oral En Colegios Y Jardines Infantiles Incorporación De Componente Odontológico En Programa CHCC	Odontólogos Tens Educadora En Salud Oral	Aplicación De Encuestas De Conocimientos Y Prácticas En Salud Oral Al Inicio Y Al Término Del Programa A Padres, Apoderados Y Administrativos.

		Realizar Educación En Salud Oral En Un 100% De Las Embarazadas Asistentes Al Programa Salud Oral De La Embarazada. Control De Odontológico Del Niño Sano Al 30% De Niños De 2 Años Y Al 35% En Niños De 4 Años.	(Número De Embarazadas Que Reciben Educación En Salud Oral/ Numero De Embarazadas Ingresadas A Programa) X 100 (Número De Niños De 2 Años Que Asisten A Cons / Número De Niños De 2 Años Inscritos) X 100 (Número De Niños De 4 Años Que Asisten A Cons / Número De Niños De 4 Años Inscritos) X 100	Aplicación De Encuesta De Conocimientos, Actitudes Y Prácticas A Embarazadas. Implementación De Cons, En Forma Incremental, Desde El Año De Edad Por Odontólogo O Tens, Según Riesgo Determinado. Realización De Promoción De Salud Bucal E Higiene Oral En Medios De Comunicación Masiva: Radio, Murales, Capsulas Educativas En Sala De Espera.		
Escasos instancia de recreación y esparcimiento comunitaria y familiar	Fortalecer redes familiares y comunitarias en todo el ciclo vital	8% de la población inscrita participe en instancias de participación comunitaria	Numero de participantes * 100 / Numero de Inscritos e el establecimiento * 100	-Fiestas Patrias en Familia -Cursos de Cueca. -Cicletada familiar	- Equipo de salud.	En forma Anual
Tenencia irresponsable de mascotas	Favorecer instancias de educación en la comunidad Sarmientina, respecto al cuidado responsable de mascotas.	30% de las juntas de vecinos y EE, cuenten con educaciones respecto al tema	Numero de instituciones participantes x 100 / Numero total de instituciones totales * 100	-Formación de grupo protector de animales. -taller tenencia irresponsable de mascotas, en las juntas de vecinos (6) - taller en EE (5) -Brigada ecológica en EE.	- Asistente social - Técnico paramédico	- En forma semestral

INSTRUMENTO DE TRABAJO CAPACITACION PROGRAMACION 2012

CICLO VITAL Y PROGRAMAS TRANSVERSALES

Línea estrategia capacitación	Niño y niña	Adolescente	Adulto	Adulto mayor	Mujer	Salud mental	Odontológico	Rehabilitación Física Respiratoria	Promoción	Otros ámbitos Relevantes	Dirigido a:
1.- Fortalecer la instalación del nuevo modelo, junto con los valores y principios que sustenta la reforma	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A, B, C, D, E, F
2.- Desarrollar el modelo de gestión en red	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A, B, C, E
3. Fortalecer el sistema GES y responder a objetivos sanitarios, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales	X	X	X	X	X	X	X	X	X		A, B, C, E
4. Promover el mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	B, C, E, F
5. Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida funcionaria									X	X	A, B, C, D, E, F

6. Incorporar nuevas tecnologías de información y comunicaciones (TICs)	X	X	X	X	X	X	X			X	B, C, E
7. Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera										X	B, C
8. Mejorar la gestión y desarrollo de las personas										X	A, B, C, D, E, F
9. Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc., que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general										X	A, B, C, D, E, F

REPUBLICA DE CHILE
I.MUNICIPALIDAD DE CURICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

DIAGNOSTICO DE SALUD
CESFAM LOS NICHES
2011 - 2012

MISION

Ser centro de salud familiar comprometido con la comunidad, brindando atención integral de salud a las familias de Los Niches, entregándoles acciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación en forma eficaz, eficiente, oportuna, humanizada y con enfoque bio-psicosocial con el fin de mejorar su nivel de vida

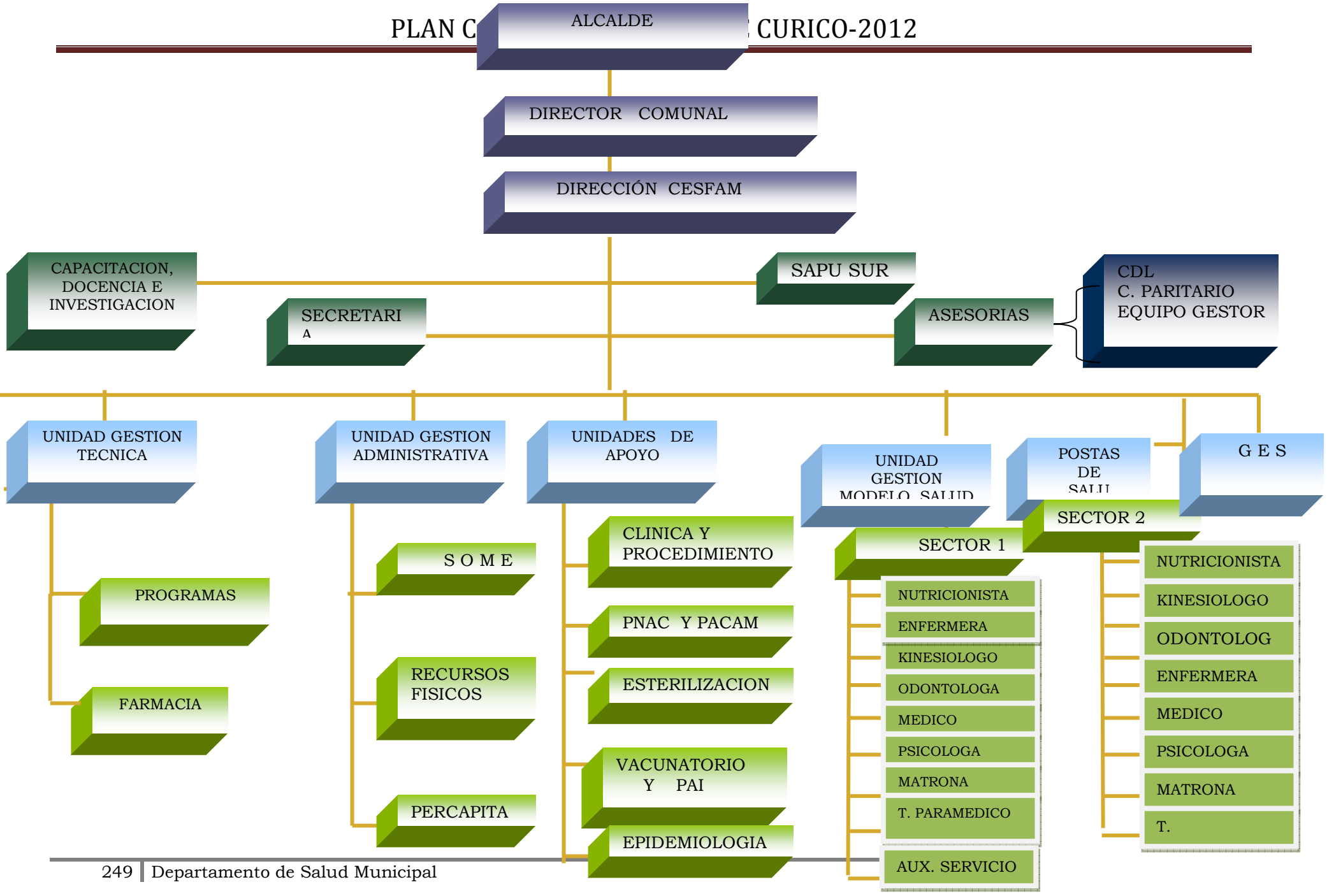
VISION

"Equipo de Salud al servicio de la comunidad".

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

Los Niches está ubicado en la Comuna de Curicó su área geográfica comprende desde la berma oriente de la panamericana 5 sur, por el oriente hasta el límite con Argentina, al sur con la comuna de Molina y la ribera del rio Lontué y al norte con la comuna de Romeral.




ALCALDE
DIRECTOR COMUNAL
DIRECCIÓN CESFAM
CAPACITACION, DOCENCIA E INVESTIGACION
SECRETARIA
SAPU SUR
ASESORIAS
CDL
C. PARITARIO
EQUIPO GESTOR
UNIDAD GESTION TECNICA
UNIDAD GESTION ADMINISTRATIVA
UNIDADES DE APOYO
UNIDAD GESTION MODELO SALUD
POSTAS DE SALU
G E S
PROGRAMAS
FARMACIA
S O M E
RECURSOS FISICOS
PERCAPITA
CLINICA Y PROCEDIMIENTO
PNAC Y PACAM
ESTERILIZACION
VACUNATORIO Y PAI
EPIDEMIOLOGIA
SECTOR 1
SECTOR 2
NUTRICIONISTA
ENFERMERA
KINESIOLOGO
ODONTOLOGA
MEDICO
PSICOLOGA
MATRONA
T. PARAMEDICO
AUX. SERVICIO
NUTRICIONISTA
KINESIOLOGO
ODONTOLOG
ENFERMERA
MEDICO
PSICOLOGA
MATRONA
T.

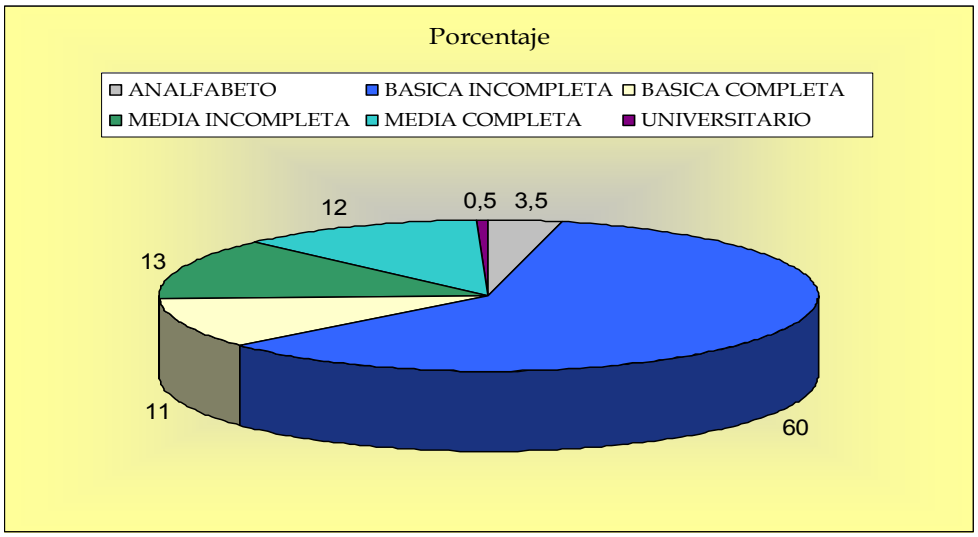
ESTABLECIMIENTOS	UBICACION	DISTANCIA A CURICO (Km.)	DISTANCIA AL CONSULTORIO (Km.)
C.G.R Los Niches	Los Niches	15	---------
P.S.R. Cordillerilla	Cordillerilla	20	05
P.S.R. La Obra	El Mantén	07	14
P.S.R. Potrero Grande	Potrero Grande	27	13
P.S.R. Upeo	Upeo	40	25
P.S.R. Chequenlemu	Chequenlemu	23	08

CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR SECTORES Y GRUPO ETÁREO OCTUBRE 2010

	Sector Uno	Sector Dos	Total
Menor 6 años	493	211	704
6-9 años	386	166	552
10-19 años	1226	526	1752
20 – 64 años	4443	1904	6347
65 y más	782	335	1117
Total	**7330**	**3142**	**10472**

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD



El grafico anterior muestra que el 55% de nuestra población inscrita presenta educación básica incompleta y tan solo el 1% con estudios superiores.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEL SECTOR

Las características socio económicas del sector no son diferentes a otras zonas rurales y precordillerana del país, siendo la principal actividad laboral la producción, recolección y exportación de frutos (manzana, peras, frambuesas y uva) por temporadas lo que produce migración de población urbana y de otras regiones hacia el sector en búsqueda de trabajo de temporada, dicha actividad se realiza en el periodo Octubre-Abril de cada año.

RED SOCIAL Y COMUNITARIA

SECTOR UNO

ESCUELAS	NIVELES
Escuela Estados Unidos	kínder a 8º básico
Escuela Italia F-31	kínder - 8º básico
Escuela de Lenguaje Andalen	preescolar
Jardín Infantil Risitas de Ángel	Preescolar
Jardín Infantil Estrellita (INTEGRA)	Preescolar

- 09 juntas de Vecinos
- 03 Clubes deportivos
- 03 Grupos Adulto Mayores (Años Dorados, Viejitos Siglo XXl, La Amistad)
- Carabineros Los Niches
- Quinta Compañía de Bomberos
- Fundación Las Rosas
- 1 Centro de Acción para la Mujer Las Ilusiones
- 01 Comité agua potable
- 01 Consejo de desarrollo Local
-

SECTOR DOS

ESCUELAS	NIVELES
Escuela El Maitén	kínder - 8º básico
Escuela la Obra	Kínder - 8º básico
Escuela Diego Portales F16	kínder - 8º básico
Escuela Pablo Neruda G36	Kínder - 6º básico
Escuela Internado P. Grande	1º - 8º básico
Escuela Agustín Torres	1º -6º básico
Escuela José Morales Díaz	1º - 6º básico

Escuela Monte Oscuro	1º - 6º básico
Escuela de Lenguaje Sembrando Palabras	Preescolar
Sala cuna Esperanza	Preescolar
Jardín Infantil Manzanita	Preescolar

- 11 Juntas de Vecinos
- 07 Comité vecinal
- 04 Comité agua potable
- 10 club deportivos
- 06 Grupos Adulto Mayor (Valle Hermoso, Nueva Vida, Valle Primavera, Los Álamos, La Unidad, Lucero de Los Castaños)
- 03 Centros de Acción para la Mujer (Las Ilusiones, Las Violetas, Las Rosas de Chequenlemu)
- Reten Carabineros

INDICADORES DE SALUD

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

Estado Nutricional	Sector uno						Sector dos					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
R. D	2,33	1,7	0,91	0,36	1,6	2,26	2,67	1,2	1,07	1,14	1,4	2,25
Desnutrido	0,46	0,2	0,18	0	0	0,15	0,2	0	0	0	0	0
Sobre peso	19,6	22,1	23,17	23,5	25,4	27,6	22,1	22,5	17,2	21,8	24,4	30,34
Obeso	8,61	10,7	10,7	9,6	9,2	9	10,7	6,9	9,67	6,8	8	9
Normal	69	65,3	65,04	66,4	63,8	61	65,3	69,4	72,06	70,1	66,2	58,43
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

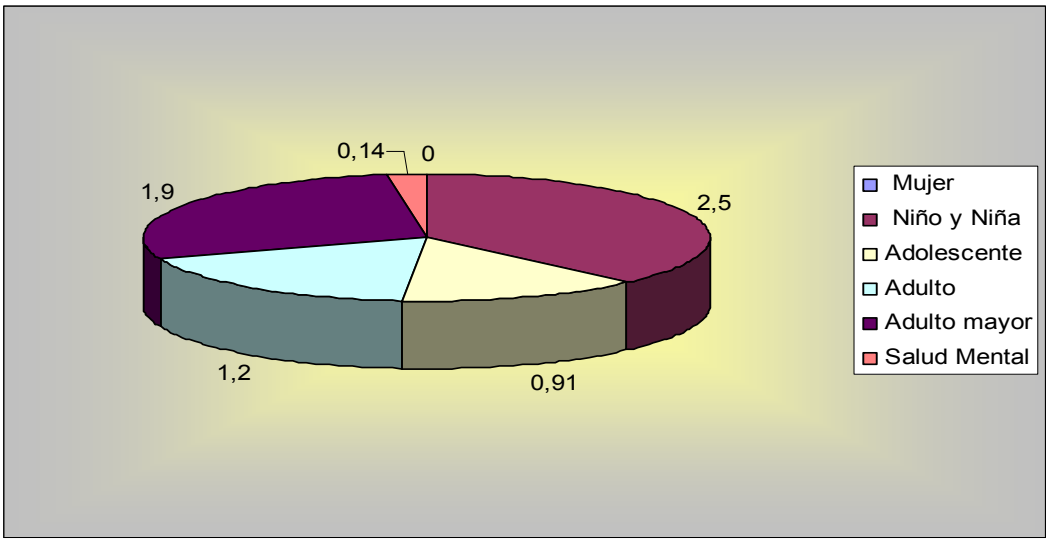
Como podemos observar nuestra realidad local no es diferente a la situación país, presentando altos niveles de malnutrición por excesos, sin embargo, es necesario destacar la disminución en la obesidad tanto para el Sector uno como para el Sector dos

CONSULTAS MÉDICAS POR PROGRAMA

PROGRAMA DE SALUD	CONSULTAS SECTOR 1	CONSULTAS SECTOR 2	TOTAL
DE LA MUJER	0	0	0
DEL NIÑO Y LA NIÑA	2.863	293	3.156
ADOLESCENTE	1.443	161	1.604
ADULTO	6.693	1.121	7.814
ADULTO MAYOR	1.573	599	2.172
SALUD MENTAL	1.072	137	1.209
TOTAL	13665	2310	15975

Observamos que el mayor número de consultas del sector uno se genera en el Programa del adulto y en el Programa del niño y la niña. Por su lado, en el sector dos se aprecia mayor cantidad de consultas en los Programas de Adulto y Adulto Mayor. El Programa de la Mujer, no registra consultas médicas.

TASA CONSULTA MÉDICA POR PROGRAMA



CONSULTAS MÉDICAS DE URGENCIA SUR

	CONSULTAS 2010	CONSULTAS 2011
Servicio de Urgencia rural (SUR)	13.977	16.068

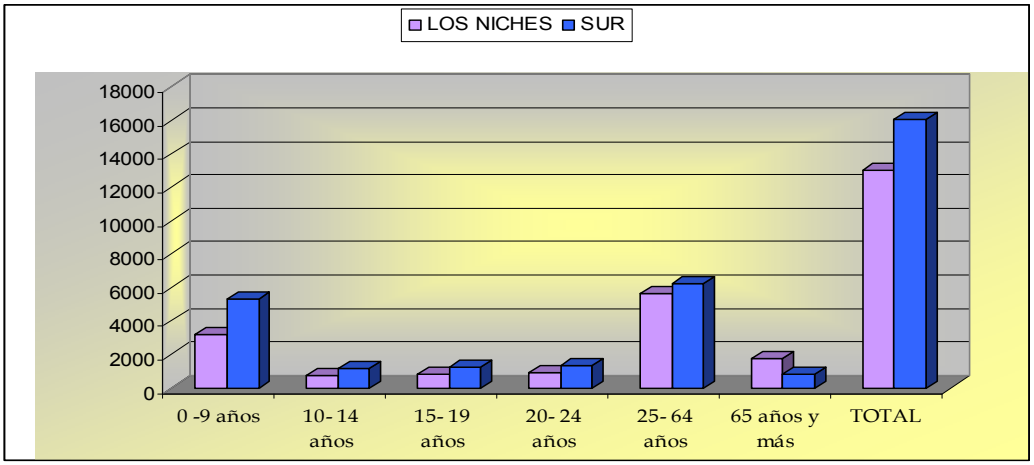
La tabla anterior nos muestra un aumento de 2.091 consultas entre el año 2010 y el año 2011. Consultas Médicas realizadas en

nuestro Servicio de Urgencia Rural (SUR), lo cual da cuenta de la importancia de su permanencia para el sector.

CONSULTA MEDICA MORBILIDAD

	0 -9 años	10- 14 años	15- 19 años	20- 24 años	25- 64 años	65 años y más	TOTAL
LOS NICHES	3156	699	849	888	5685	1731	13008
SUR	5316	1128	1209	1353	6282	780	16068

Consulta Médica Morbilidad



El gráfico muestra el alto número de consultas de morbilidad que son atendidos en el Servicio de Urgencia.

TASA DE CONSULTA MÉDICA SECTOR UNO:

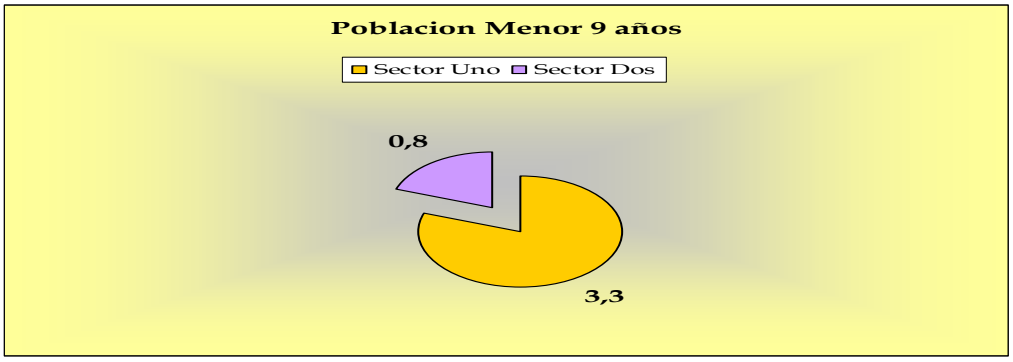
Grupo etáreo	2008	2009	2010	2011
menor 6 años	2,45	2,95	1,4	2,8
6 - 9 años	1,78	1,34	0,9	1,6
10 - 19 años	0,67	0,65	0,4	0,8
20 - 64 años	0,44	1,19	0,54	1,05
65 y mas	1,99	1,21	0,9	1,4

TASA DE CONSULTA MÉDICA SECTOR DOS:

Grupo etáreo	2008	2009	2010	2011
menor 6 años	2,9	1,66	0,2	0,3
6 - 9 años	1,1	1,96	0,1	0,2
10 - 19 años	0,98	0,29	0,06	0,09
20 - 64 años	0,78	0,42	0,11	0,2

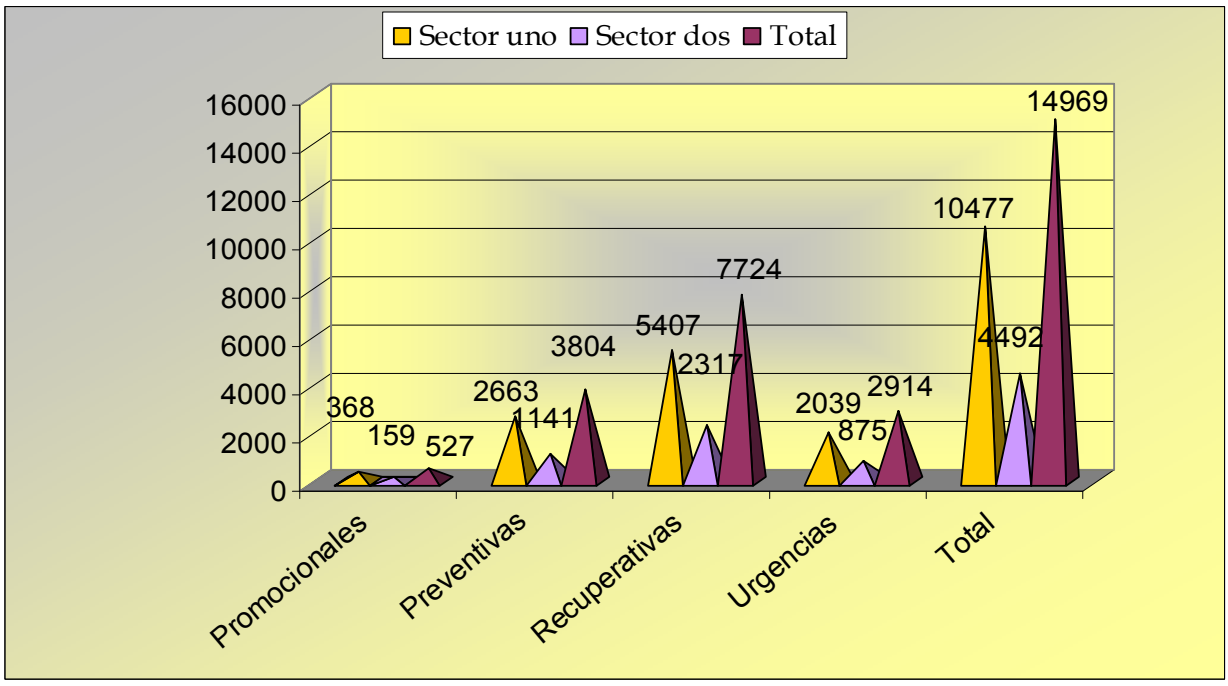
65 y mas	1,44	0,96	0,38	0,5

TASA DE CONSULTAS MÉDICAS POBLACION INFANTIL



CONSULTAS ODONTOLOGICAS

	Promocionales	Preventivas	Recuperativas	Urgencias	Total
Sector uno	368	2663	5407	2039	10477
Sector dos	159	1141	2317	875	4492
Total	527	3804	7724	2914	14969



CONSULTAS MEDICAS IRA Y ERA

	IRA	ERA	TOTAL
Sector 1	2.113	2.045	4.158
Sector 2	251	320	571

TOTAL	**2.364**	**2.365**	**4.729**

GESTANTES ADOLESCENTES

	Nº Gestante Adolescentes				
	2007	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Sector uno	42	26	30	28	17
Sector dos	5	5	3	2	1

El número de embarazos en adolescentes ha tenido un descenso en los últimos tres años.

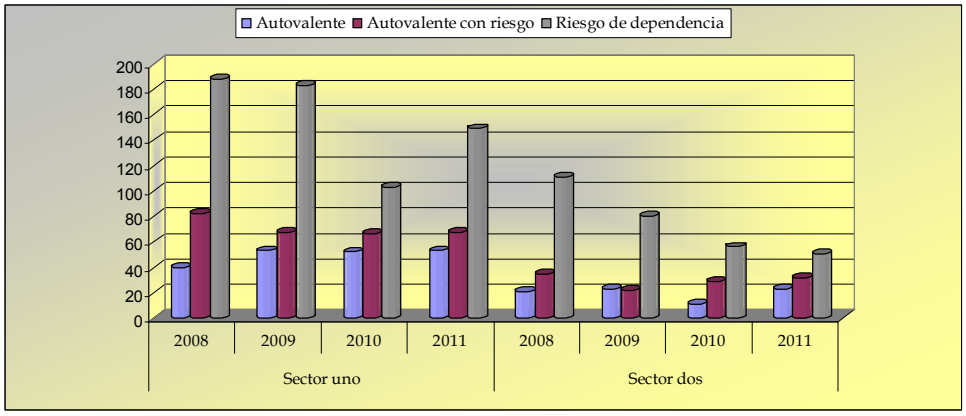
TENDENCIA DE LOS TRASTORNOS EN SALUD MENTAL.

	Trastorno Depresivo	**Trastorno Ansioso**	**Beber problema**	**VIF**	**Probl Infanto-juvenil**	**Otros**
2006	160	19	9	8	11	4
2007	188	63	18	9	18	5
2008	270	132	25	12	29	11
2009	341	223	26	16	39	27
2010	345	167	20	13	20	16
2011	385	263	35	14	30	21

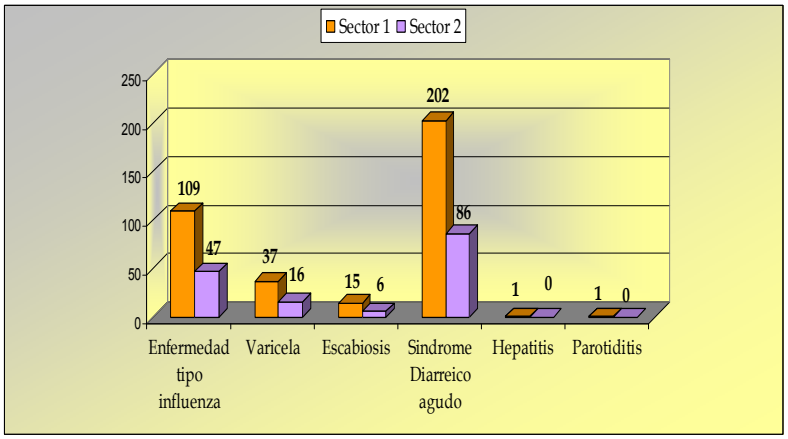
El cuadro denota un aumento sostenido en el tiempo de trastornos de Salud Mental.

POBLACIÓN ADULTO MAYOR BAJO CONTROL SEGÚN FUNCIONALIDAD

	Sector uno				**Sector dos**			
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Autovalente	40	53	52	53	21	23	11	23
Autovalente con riesgo	82	67	66	67	35	22	29	32
Riesgo de dependencia	188	183	103	149	111	80	56	51



EVALUACION EPIDEMIOLOGICA



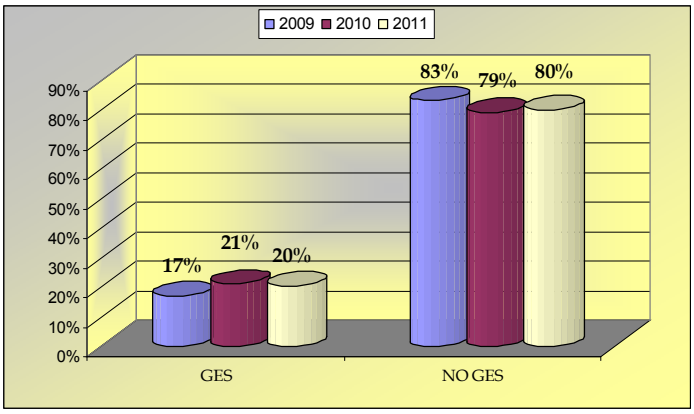
POBLACIONES BAJO CONTROL CON PATOLOGÍA GES JUNIO 2011

POBLACION BAJO CONTROL	SECTOR 1	SECTOR 2
HTA primaria o Esencial (15 y más años)	1055	468
Diabetes Mellitus tipos 2	316	115
Síndrome Bronquial Obstructivo	71	2
Asma Bronquial	83	20
EPOC	133	50
Epilepsia	0	10
Tto. médico en pers de 55 a y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o mod	186	40
Trastorno depresivo leve y moderado	312	73

DISTRIBUCION DE INTERCONSULTAS SEGÚN ESPECIALIDAD

	Menor 15 años				15 y mas años			
	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Pediatría	14	27	7	9				
Medicina Interna	-	1			27	107	63	140
Dermatología	2	6	6		8	16	19	20
Enf. Transmisión Sexual	-	-	14		2	11	13	10
Neurología	-	5		17	9	21		18
Psiquiatría	-	10		2	1	19		16
Cirugía Infantil	8	15	12	6			5	
Cirugía Adulto					52	86	43	82
Cirugía de Mamas					13	38	47	27
Cirugía Máxilo Facial	5	4	2		38	85	51	47
Ginecología	-	-			36	72	15	81
Obstetricia	0				61	84	83	36
Oftalmología	2	2	4	19	98	235	120	256
Otorrinolaringología	12	11	10	24	22	76	39	55
Traumatología	6	12	4	5	24	60	35	67
Urología	-	-			18	23		26
TOTAL	**49**	**93**	**59**	**82**	**348**	**933**	**533**	**881**

TOTAL INTERCONSULTAS GENERADAS



MODELO SALUD FAMILIAR

El Centro de Salud Familiar Rural Los Niches fue acreditado como CESFAM en Marzo del 2007, en la actualidad se encuentra en etapa de Desarrollo Superior contando con dos equipos de cabecera:

- **Sector uno** (Los Niches): comprende todo el Área geográfica y población aledaña al CESFAM. Además pertenecen a este sector todos aquellos beneficiarios que se encuentran ubicados en las cercanías de las postas, pero se atienden en el Cesfam.

- **Sector dos** (P.S.R.): corresponde a los cinco establecimientos dependientes del CESFAM.

DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS POR SECTOR JUNIO 2011

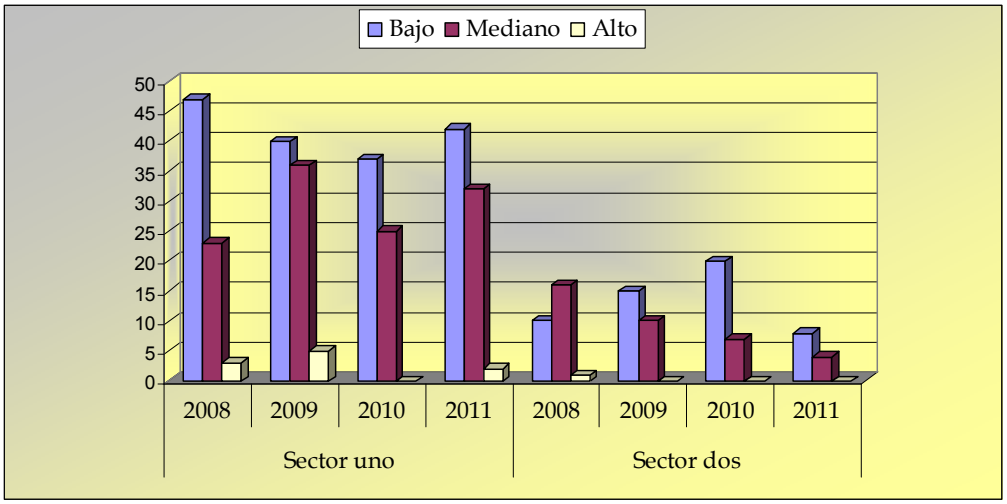
SECTOR	Nº FAMILIAS
UNO	2172
DOS	930

Cada equipo de cabecera tiene asignado a su sector la siguiente distribución de horas:

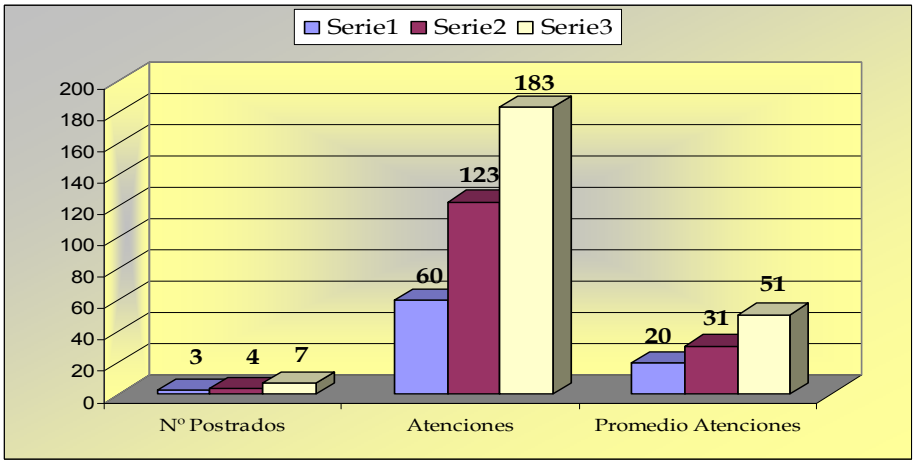
EQUIPO DE SALUD	HORAS SEMANALES SECTOR 1	HORAS SEMANALES SECTOR 2
MEDICO	110	33
ENFERMERA	66	22
MATRONA	66	22
NUTRICIONISTA	44	22
ODONTOLOGO	55	11
PSICOLOGA	44	22
KINESIOLOGA	44	22
A. SOCIAL	33	11
T. PARAMEDICO	572	352
ADMINISTRATIVO	264	0
AUX. DE SERVICIO	88	0

INDICADORES DEL MODELO
FAMILIAS CON RIESGO PSICOSOCIAL

	Sector uno				Sector dos			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Bajo	47	40	37	42	10	15	20	8
Mediano	23	36	25	32	16	10	7	4
Alto	3	5	0	2	1	0	0	0



ATENCIÓN PACIENTES POSTRADOS



INGRESOS PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO POR SECTOR

	ING. GESTANTES		ING. RECIEN NACIDOS	
	Nº	%	N°	%
SECTOR UNO	113	89%	91	90%
SECTOR DOS	14	11%	10	10%
TOTAL	127	100%	101	100%

DISTRIBUCION DE EMBARAZADAS DE ACUERDO AL RIESGO POR SECTOR

	Nº Gestantes	Gestantes con riesgo	% de gestantes con riesgo
SECTOR UNO	113	66	58,40%
SECTOR DOS	14	4	28.5%

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2011
Cesfam Los Niches

I.- DESCRIPCION METODOLOGICA:

El Diagnóstico participativo del presente año, se realizó a través de reuniones de trabajo con las mesas territoriales de los sectores:

Mesa	Fechas
Los Niches	11 de agosto
Potrero Grande	22 de Agosto y 12 de Septiembre
Cordillerilla	22 de Agosto y 26 de Septiembre

Se comenzó con una exposición a los asistentes a dicha actividad por parte del Encargado de Participación del Cesfam Los Niches, sobre la importancia de esta estrategia local desde la mirada de Salud. Se explicó como se iba a trabajar en las diferentes mesas.

En el Asamblea ampliada del Consejo de Desarrollo Local, realizada el 24 de Agosto de 2011, cuya actividad se desarrolló de la siguiente manera:

- Los dirigentes se ubicaban en grupos de trabajo por localidades a fines o del mismo sector territorial.
- Eligen a un moderador y secretario del grupo
- Dialogan con respecto a los problemas mas sentidos por la comunidad y que aun no han sido resuelto y que afectan la salud de la población.
- Escogen 3 problemas de mayor relevancia y que el grupo esté de acuerdo en su mayoría como de mayor prioridad.
- Un representante del grupo lo presenta al plenario.

Una vez recopilada toda la información y la confección del presente documento de Diagnóstico Participativo 2011, se presentará a Asamblea del Consejo de Desarrollo Local del 28 de Septiembre, para su conocimiento y aprobación final.

II.- DESCRIPCION Y ANÁLISIS DE NUDOS CRITICOS POR SECTOR:

SECTOR LOS NICHES RURAL:

Problemas de salud	Causas de los problemas Detectados por la comunidad
- Adultos mayores que viven solos y con problemas de salud.	- Problemas económicos, - Hijos emigran a otras ciudades en busca de trabajo o forman su familia. - Viudez
- Perros vagos y abandonados.	- Falta de responsabilidad de los vecinos en el cuidado de sus mascotas. - No existe algún programa que apoye el cuidado de las mascotas. - Personas de otros sectores de la comuna, vienen a abandonar perros a los sectores rurales. - Exceso de perros por viviendas.
- Consumo excesivo de alcohol y drogas en jóvenes,	- Falta de espacios y actividades de recreación para los jóvenes del sector - Cesantía y falta de oportunidades. - Microtráfico de drogas - Lugares de expendio de Bebidas alcohólicas venden a menores. - Existencia de lugares clandestino de venta de Alcohol.
- Sectores sin agua potable ni alcantarillado.	- Población muy dispersa geográficamente. - Falta de una organización que lidere este

- Animales como caballos, cerdos y gallinas al interior de patios de viviendas en poblaciones, lo que genera malos olores y moscas. - Exceso de velocidad de los vehículos motorizados por el sector.	problema para buscar solución. - Falta apoyo de las autoridades locales. - Falta fiscalización de la autoridad municipal y sanitaria. - Falta de conciencia de los vecinos de que el sector es una población y no un lugar de campo para crianza de animales. - Falta señalética de transito. - Falta lomos de toros para reducción de - velocidad - Fiscalización de parte de Carabineros en - el sector.

SECTOR LOS NICHES URBANO:

Problemas de salud	Causas de los problemas Detectados por la comunidad
- Agresividad de los niños/as y jóvenes en las escuelas. - Obesidad - Bulling - Embarazos en adolescentes - Consumo de Alcohol - Consumo de Drogas - Violencia intrafamiliar	- Exceso de horas de televisión de los niños. - Violencia intrafamiliar - Consumo de alcohol al interior de los hogares. - Malos hábitos alimenticios y exceso de - comidas ricas en grasas. - Sedentarismo - Falta de actividades que incentiven el autocuidado de la salud, - Malas relaciones humanas entre los estudiantes. - Inadecuadas formas de resolver conflictos. - objetivos comunes, - Falta capacidad de liderazgo - Falta conocimiento en la formulación de proyectos. - Lugares de expendio de Bebidas alcohólicas venden a menores. - Existencia de lugares clandestino de venta de Alcohol. - Faltan actividades de recreación destinada a la juventud - Faltan espacios recreativos y deportivos destinado al esparcimiento familiar. - Viudez - No existe algún programa que apoye el cuidado de las moscotas.

- Maltrato a adultos mayores y/o - Adultos mayores abandonados. - Perros vagos y abandonados, - Falta de espacios de recreación y esparcimiento en algunas poblaciones - Consumo excesivo de alcohol y drogas en jóvenes,	- Personas de otros sectores de la comuna, vienen a abandonar perros a los sectores rurales. - Falta de recursos locales - Falta de apoyo entre los propios vecinos a los dirigentes para lograr - Falta actividades de educción tanto al interior de las familias como en colegio. - Existencia de lugares de venta a menores de dad, y clandestinos. - Adolescentes repiten modelo de los padres que beben. - Existencia de microtráfico. - Adolescentes con muchas amistades de otros sectores de Curicó. Falta mayor involucración de los - padres en el cuidado de sus hijos. - Consumo de alcohol, - Celos - Emigración de los hijos de los adultos mayores a otras ciudades en busca de trabajo u otra mejor alternativa de vida, - Pobreza

III.- RESUMEN DE PRIORIDADES:

Una vez analizados los diferentes problemas detectados por la comunidad y su respectivo análisis en relación a nudos críticos, se ha decido identificar los siguientes problemas de mayor relevancia y que la comunidad organizada concuerda que deben ser priorizados en el plan de salud del Cesfam Los Niches para el año 2012.

1.- Adultos mayores en situación de abandono.

2.- Perros callejeros y/o abandonados

3.- Consumo excesivo de alcohol y drogas en los adolescentes

4.- Obesidad en la población infantil y adolescente

5.- Embarazos en adolescente.

PLAN DE ACCION CESFAM LOS NICHES 2012

Problema priorizado Niños y niñas	**Objetivos**	**Metas**	**Indicadores**	**Actividades**	**RR.HH**	**Monitoreo de evaluación**
- Malnutrición por exceso en población menor de 6 años (problema de salud nacional y local)	- Detener el Aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad)	- 80% Cobertura de consulta nutricional individual al 5º mes del menor bajo control - 50% Cobertura de consulta nutricional individual a los 3 años y 6 meses	**- Nº de niños/as** Con consulta nutricional individual del 5º mes / Nº Total de niños/as bajo control del menor de un año x 100 - Nº de niños/as Con consulta nutricional individual del 3 años 6 meses/ Nº Total de niños/as de 3 a 4 años bajo control) x 100	-Consulta nutricional al 5° mes. -Talleres EVS y prevención ECNT a menores de 6 años. -Consulta nutricional a los 3 años 6 meses. -Talleres EVS y prevención ECNT a menores de 6 años. -3 actividades masivas de promoción.	Nutricionista Nutricionista Equipo de Salud	REM P2 REM 27 REM P2 REM 27 REM 19
- Déficit de desarrollo sicomotor en el menor de 4 años.	- Detección Oportuna de Niños y niños Con rezago y déficit en su desarrollo integral	- Alcanzar meta según convenio chile crece	- Indicadores según convenio chile crece	-Entrega de guías anticipatorios. -Realizar Talleres de auto cuidado: Estimulación y Normas de crianza. -Elaboración de plan de intervención según factores de riesgo detectados.	Enfermera /TENS Enfermera Enfermera	Registro local REM 27

				-Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación Neurosensorial. -Control de salud a los 8, 18 y 36 meses con aplicación de - Evaluación de DSM. -Control de salud a los 12, 15, 21 y 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del DSM. -Actividades de Estimulación en el centro de Salud.	Médico Enfermera Enfermera /TENS Educadora párvulos	REM 03 Sección A REM 5 REM 18
- Aumento de afecciones respiratorias crónicas en sala IRA (niños menores de 9 años)	- 100 % de atención kinésica oportuna en niños menores de 9 años	- GES: 100%	- Nº controles kinésicos en Sala Ira a usuarios crónicos menores de 9 años/ Nº total de usuarios crónicos respiratorios menores de 9 años bajo control x 100	-Consulta del Niño/a con Déficit en Su desarrollo psicomotor -V.D.I. -Articulación con la red. -Controles kinésico por patologías crónicas en sala IRA	Enfermera Equipo de salud kinesiólogo	REM 4 REM 26 REM 1 REM P3
- Alta prevalencia de caries, y malos hábitos	- Mejorar y mantener la salud bucal de niños y niñas en	- 30% de cobertura en altas odontológicas totales en niños/as	- Nº de niños/as de 2 años con alta odontológica total/ Nº total de niños/as de 2	- Atención odontológica educativa, preventiva o integral a niños y	Odontóloga	REM 09

de higiene y dieta en niños y niñas en edad preescolar y escolar	edad preescolar y escolar, mediante medidas de promoción, preventivas y recuperativas de las patologías bucales	de 2 años beneficiarios o inscritos; 35% en 4 años; y 70% en 6 años (GES). - 100% de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica reciben educación en técnica de cepillado por Odontóloga	años inscritos o beneficiarios) x 100. - Ídem a los 4 años y a los 6 años	niñas, según evaluación de cada caso - Entrega de cepillo y pasta a niños/as de 6 años. - Atención de urgencias a niños y niñas, según demanda		
- Niños y niñas con sospecha de Trastornos mentales	- Brindar atención integral y oportuna a niños (as) con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual. - Brindar atención integral y oportuna a niños (as) con sospecha de trastorno hipercinéticos y de la atención. - Brindar atención integral y oportuna a niños (as) con sospecha de T. emocionales y de comportamiento	- 100% de niños (as) menores de 9 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta medica para diagnostico. - 100% de niños (as) con confirmación diagnostica de Trastorno hipercinético y de la atención reciben tratamiento integral según guía clínica. - 100% niños (as) con confirmación diagnostica de Trastornos emocionales y del	- Nº de niñas (os) menores de 9 años bajo control con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual que reciben consulta medica para diagnostico / Nº total de niños (as) menores de 9 años bajo control con sospecha de maltrato o abuso sexual * 100 - Nº de niños (as) con confirmación diagnóstica de T. hipercinético y de la atención que recibe tratamiento integral según guía clínica/ Nº total de niños (as) con confirmación diagnostica de T.	- Consulta medica en S.M * Consulta psicológica en S.M -Consulta social - Visita domiciliaria integral - Consejería familiar en S.M	Psicóloga Médico A. social	REM 06 REMP 06 REM 19 REM 26

		comportamiento reciben tratamiento integral según guía clínica.	Hipercinéticos y de la atención * 100 - Nº de niños con confirmación dgtca. de T. emocionales y del comportamiento que recibe tratamiento integral según guía clínica/ Nº total de niños (as) con confirmación diagnostica de T. emocionales y del comportamiento * 100			
PROGRAMA ADOLESCENTE - Adolescentes con sospecha de trastornos mentales	- Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con sospecha de depresión detectada en Examen Anual (Ficha Claps) y consulta espontánea. -Brindar atención a adolescentes menores de 20 años que presenten consumo perjudicial leve a moderado de Alcohol de drogas y su correspondiente	- 100% de adolescentes con sospecha de depresión detectadas en el Ex. De Salud anual y consulta espontánea reciben consulta medico para tratamiento y/o derivación según corresponda. - 100% de adolescentes con confirmación de consumo perjudicial de alcohol y/ o drogas reciben tratamiento y derivación a entidad pertinente. - 100% de	- Nº de adolescentes inscritos con diagnostico de depresión leve o moderada que reciben tratamiento integral/ Total de adolescentes inscritos * 100 - Nº de adolescentes con diagnostico de consumo perjudicial de alcohol y/o drogas / Nº total de adolescentes inscritos * 100 - Nº de adolescentes inscritos de 15 años y más con diagnostico de depresión leve, moderada o severa que reciben tratamiento integral/ Total de adolescentes inscritos *	-Consulta médica en S.M - Consulta psicológica en S.M - Consulta social *Visita domiciliaria integral - Consejería familiar en S.M	Psicóloga Médico A. Social	REM 06 REMP 06 REM 19 REM 26

	derivación a entidad pertinente. - Brindar atención integral a adolescentes de 15 años y más con T. depresivo leve, moderado y severo - Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual. - Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con sospecha de T. emocionales infanto juveniles. - Brindar atención y derivación efectiva a adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	adolescentes de 15 años y mas con diagnostico T. depresivo leve o moderado o severo reciben tratamiento integral GES y derivación a especialidad según corresponda. - 100% de adolescentes con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta medica para diagnostico y tratamiento. - 100% adolescentes con confirmación diagnostica de Trastornos emocionales infanto juveniles reciben tratamiento integral. en salud mental. - 100% de adolescentes con sospecha de EQZ son derivados a Psiquiatría	100 - Nº adolescentes bajo control con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual que reciben consulta medica para diagnostico y tratamiento / Nº total de adolescentes bajo control con sospecha de maltrato o abuso sexual * 100 - Nº de adolescentes con confirmación diagnóstica de T. emocionales infanto juveniles que recibe tratamiento integral seguin guía clínica/ Nº total de adolescentes con confirmación diagnostica de T. emocionales infanto juveniles * 100 - Nº adolescentes inscritos con sospecha inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatría/ Nº total de adolescentes inscritos* 100			
- Embarazo adolescente	- Aumentar el numero de	- 100% de los adolescentes	- (nº consejerías realizadas/ nº de	- Consejería SSR.	Matrona	REM 19 REM 01

	adolescentes informados en forma anticipatoria. - Mantener el aumento del el ingreso y control de adolescentes a regulación de fertilidad.	ingresados a planificación familiar reciben consejería en salud sexual y reproductiva. - Control de regulación de fertilidad al 100% de los adolescentes que lo soliciten.	adolescentes bajo control) x100. - (nº adolescentes controlados con MAC/nº total adolescentes inscritos) x100. - (nº adolescentes asistentes a taller/ nº total adolescentes inscritos) x100.	- Control de regulación de fertilidad. -Horario diferenciado para atención adolescente. -Talleres de sexualidad en al menos una escuela del sector.	Tens A. Social.	
- Obesidad Adolescente	- Derivar a Consejería Nutricional a los Adolescentes con malnutrición por exceso. - Promover estilos de vida saludable.	- Conserjería Nutricional a todos los Adolescentes con malnutrición por exceso.	- Nº de consejerías realizadas en Adolescentes con problemas de malnutrición en exceso/ Nº de Adolescentes con problemas de malnutrición derivados)x100 - (nº adolescentes asistentes a taller/ nº total adolescentes inscritos) x100. - Nº adolescentes asistentes a actividad de promoción/ nº total de actividades).	- Consejería Nutricional a los adolescentes con malnutrición por exceso. -Talleres en colegios. -Horario diferenciado para atención adolescente. - Caminata familiar por una vida saludable.	Nutricionista TENS A. Social.	REM 19
- Alta prevalencia de caries y malos	- Mantener y mejorar la salud bucal de la población	- Alcanzar o superar el 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los Adolescentes de 12años,	-(Nº Adolescentes de 12 años con alta odontológica total/Nº total de Adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios)x100 - (Nº de Adolescentes	- Atención Odontológica Integral. - Atención de urgencia según demanda. - Consejería breve en	Odontóloga. Asistente dental.	REM 09

hábitos de higiene y dieta en la población adolescente	Adolescente a los 12 años a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	beneficiarios o inscritos en SNSS. -10% de los Adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería breve en tabaquismo	de 12 años con alta odontológica total que reciben consejería breve en tabaquismo/Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total)x100	tabaquismo. - Derivación atención secundaria (ortodoncia).		
-Dificultad para implementar talleres de Preparación para el parto y la crianza en Programa biopsicosocial CH.C.C.	-Aumentar el numero de gestantes y su pareja o acompañante significativo que participen en taller de preparación Para el parto Y la crianza.	-80% gestantes En control participan en Taller de preparación para el parto y la crianza	- Nº de gestantes Que ingresan A talleres grupales/ Nº total Gestantes que Ingresan a control Prenatal x 100 (Según convenio CH.C.C.)	- Registro local de citación a talleres. - Confirmación vía telefónica a gestantes citadas previamente. - Talleres de 4 Sesiones para Gestantes y su pareja o acompañante significativo. -Realizar monitoreo de la gestación (L.C.F., toma de presión arterial) - Entrega de video de ejercicios prenatales	Matrona Nutricionista Kinesióloga A.social Enfermera	REM 27 Monitoreo mensual CH.C.C.
- Alta prevalencia de problemas bucodentarios (altos índices COPD y gingivitis) en gestantes.	- Prevenir y recuperar la salud bucodental de las gestantes	-Alcanzar el 64% de cobertura en altas odontológicas integrales, en gestantes ingresadas a control en el establecimiento	-Nº de gestantes con alta odontológica integral/Nº de gestantes ingresadas a control prenatal x 100	- Alta odontológica integral - Talleres de educación grupal -Atención de Urgencia - Articulación con la red.	Odontóloga	REM 09

PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR - Población de 20 y mas años con factores de riesgo para salud	-Detectar en forma oportuna factores de riesgo a través del Examen De Medicina Preventivo del adulto y adulto mayor	-Incrementar La cobertura de EMP respecto a lo realizado El 2011.	-Nº de EMP realizados a población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria x 100 -Nº de adultos de 65 y mas Años con examen de medicina Preventiva vigente / población Inscrita de 65 y mas años)x100	-Realizar Examen De medicina Preventiva Del adulto aplicando pauta según protocolo.	Enfermera Nutricionista Matrona Tec. paramédicos (posta salud rural-EMP 20-64) Enfermera	REM 2
-Existencia de pacientes en control por Hipertensión Arterial con presión arterial mayor o igual a 140/90	-Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de Hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	-Al menos 2.5 % de incremento de cobertura efectiva de los Hipertensos bajo control con Presión arterial bajo 140/90 mmhg respecto al año anterior.	-Nº de personas Hipertensas en control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	-Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Medico Enfermera Nutricionista	REM P4
-Existencia de pacientes en control por Diabetes	-Aumentar la cobertura efectiva de personas con D.M II de	-Incrementar en un 5 % la cobertura efectiva de personas	-Nº de personas de 20 y mas años con Hb A1c <7% Según ultimo control /	-Control e Salud Con examen de hemoglobina Glicosilada (Hb A1	Medico Enfermera	REM P4

mellitus con hemoglobina glicosilada mayor de 7.	20 y mas años con hemoglobina glicosilada menor de 7, bajo Control	de 20 y mas años con DM II (Hb A1c<7) respecto de Lo logrado el ano anterior.	Nº total de personas con diabetes tipo 2 x100	<7)	Nutricionista	
-Aumento progresivo de las complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus.	-Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	-El 100% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se realiza una evaluación de los pies. -100% de las personas diabéticas bajo control Con ulceras activas reciben Manejo avanzado de heridas.	-Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizo una evaluación de los pies / Nº total de personas con diabetes Tipo 2 bajo control) x100 - Nº de AM diabéticos bajo control en el PSCV con ulceras Activas de pie tratadas con Manejo avanzado/ Nº total De AM diabéticas bajo control En el PSCV con ulceras activas De pie) x 100	-Control de Salud cardiovascular: Evaluación Anual del pie Diabético -Manejo avanzado de ulceras Activas en personas diabéticas	Enfermera	REM P4

-Aumento de usuarios con afecciones respiratorias crónicas	-Contribuir a la disminución de infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos Respiratorios. Aumentar cobertura a los 65 anos de edad que reciben Vacuna neumocócica	-Mantener la cobertura A pacientes crónicos respiratorios en atención Kinésica en sala ERA -Incrementar en un 50% la cobertura comunal de Vacunación alcanzada el Año anterior.	-Nº de controles kinésicos en Sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 -64años /Nº total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años Y más bajo control) x100 -Nº de personas de 65 años vacunadas / Nº total de personas de 65 años inscrita en el Cesfam x 100	-Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA Administración de una dosis vacunación neumocócica a los 65 años de edad	Medico Kinesióloga Enfermera TENS	REM 23 REM P3 Registro Local REM 13
-5% de la población con postración severa	-Aumentar el número de personas cuidadoras de usuarios dependientes Severos 20 y mas años con pérdida de autonomía que están capacitadas.	-Al 100% de cuidadoras que Reciben estipendio	-Nº de cuidadoras De usuarios con postración severa que reciben Estipendio capacitadas/ Nº total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio x 100	-Capacitación a cuidadores de usuarios de 20 y mas años con dependencia severa y/o perdida de autonomía que reciben Apoyo económico.	Enfermera Kinesiólogo Nutricionista TENS A. Social	
-Alta prevalencia de problemas buco-dentarios en pacientes de 60 años	- GES: Salud Oral Integral del adulto De 60 anos	-50 % de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios	-Nº de Altas Odontológicas totales de adultos de 60 años total/ nº total de adultos de 60 años beneficiarios x100	-GES: Salud Oral Integral del adulto 60 anos	Odontólogo	
- Adultos y adultos	- Brindar atención integral	-100% de personas de 20 a 64 años	- Nº de personas adultas con diagnostico	-Consulta medica en S.M	Psicóloga	REM 06 REMP 06

mayores con sospecha de trastornos mentales	y oportuna a personas de 20 a 64 años con T depresivo leve, moderado y severo. - Brindar atención integral y deriv. según correspda a personas entre 20 y 64 años que presenten cons perjudicial de 0h y. -Brindar atención integral y oportuna a mujeres de 20 a 64 años que sean victimas de VIF. -Brindar tratamiento integral a personas de 20 a 64 años que sufren otros trastornos de Salud Mental.	que presenten cuadros depresivos leves y moderados con la correspondiente derivación a especialidad en caso de severidad en el diagnostico. -100% de personas de 20 a 64 años que presenten consumo perjudicial de alcohol y drogas con la correspondiente derivación en caso de severidad en el diagnostico. -100% de personas mujeres de 20 a 64 años que sufran Violencia intrafamiliar reciben tratamiento integral en Salud Mental. -100% de personas de 20 a 64 años que presentan otras patologías en salud mental reciben tratamiento integral y derivación a especialidad según	depresión leve, moderada o severa/ Nº total de personas de 20 a 64 años inscritas * 100 - Nº de personas adultas con diagnostico consumo perjudicial de alcohol y drogas/ Nº total de personas de 20 a 64 años inscritas * 100 - Nº de mujeres de 20 a 64 años con diagnostico violencia intrafamiliar/ Nº total de población femenina inscritas * 100 -Nº de personas de 20 a 64 años con diagnostico otras patologías en salud mental / Nº población total inscrita * 100	* Consulta psicológica en S.M -Consulta social -Visita domiciliaria integral - Consejería familiar en S.M - Taller de intervención psicosocial grupal -Taller autoayuda	Médico A. Social	REM 19 REM 26

		sea el caso. (Psicólogo y médico)				
	- Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con trastorno depresivo leve, moderado y severo. - Brindar atención integral y derivación según corresponda a personas de 65 años y más que presenten consumo perjudicial de Alcohol y drogas. - Brindar atención integral y oportuna a mujeres de 65 años y más que sean victimas de violencia intrafamiliar. - Brindar tratamiento integral a personas de 65 años y más que sufren otros trastornos de Salud Mental.	-100% de personas de 65 años y más que presenten cuadros depresivos leves y moderados con la correspondiente derivación a especialidad en caso de severidad en el diagnostico. - 100% de personas de 65 años y más que presenten consumo perjudicial de alcohol y drogas con la correspondiente derivación en caso de severidad en el diagnostico. -100% de personas mujeres de 65 años y más que sufran Violencia intrafamiliar reciben tratamiento integral en Salud Mental. -100% de personas de 65 años y más que presentan otras patologías en salud mental reciben tratamiento integral y derivación a especialidad según sea el caso. (Psicólogo y médico)	- Nº de personas adultas mayores con diagnostico depresión leve, moderada o severa/ Nº total de personas de 65 años y más inscritas * 100 - Nº de personas adultas mayores con diagnostico consumo perjudicial de alcohol y drogas/ Nº tota de personas de 65 años y más inscritas * 100 * Nº de mujeres de 65 años y más con diagnostico violencia intrafamiliar/ Nº total de población femenina inscritas * 100 -Nº de personas de 65 años y más con diagnostico otras patologías en salud mental / Nº población total inscrita * 100	-Consulta medica en S.M -Consulta psicológica en S.M - Consulta social -Visita domiciliaria integral - Consejería familiar en S.M - Taller de intervención psicosocial grupal -Taller autoayuda	Psicóloga Médico A. Social	REM 06 REMP 06 REM 19 REM 26

CARTERA DE SERVICIOS COMUNA DE CURICO



CARTERA DE SERVICIOS DEPARTAMENTO DE SALUD DE CURICO

I- PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y NIÑA

1. Control de salud del niño sano
2. Evaluación del desarrollo psicomotor
3. Control de malnutrición
4. Control de lactancia materna
5. Educación a grupos de riesgo
6. Consulta nutricional
7. Consulta de morbilidad
8. Control de enfermedades crónicas
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
10. Consulta kinésica
11. Consulta de salud mental
12. Vacunación
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio

II.-PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

15. Control de salud
16. Consulta morbilidad
17. Control crónico
18. Control prenatal
19. Control de puerperio
20. Control de regulación de fecundidad
21. Consejería en salud sexual y reproductiva
22. Control ginecológico preventivo
23. Educación grupal
24. Consulta morbilidad obstétrica
25. Consulta morbilidad ginecológica
26. Intervención Psicosocial
27. Consulta y/o consejería en salud mental
28. Programa Nacional de Alimentación Complementaria
29. Atención a domicilio.

III. PROGRAMA DE LA MUJER

30. Control prenatal
31. Control de puerperio
32. Control de regulación de fecundidad
33. Consejería en salud sexual y reproductiva
34. Control ginecológico preventivo
35. Educación grupal
36. Consulta morbilidad obstétrica
37. Consulta morbilidad ginecológica
38. Consulta nutricional
39. Programa Nacional de Alimentación Complementaria

40. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre

IV PROGRAMA DEL ADULTO

41. Consulta de morbilidad
42. Consulta y control de enfermedades crónicas
43. Consulta nutricional
44. Control de salud
45. Intervención psicosocial
46. Consulta y/o consejería de salud mental
47. Educación grupal
48. Atención a domicilio
49. Atención podología a pacientes con pie diabético
50. Curación de Pie diabético
51. Intervención Grupal de Actividad Física

V. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

52. Consulta de morbilidad
53. Consulta y control de enfermedades crónicas
54. Consulta nutricional
55. Control de salud
56. Intervención psicosocial
57. Consulta de salud mental
58. Educación grupal
59. Consulta kinésica
60. Vacunación antiinfluenza
61. Atención a domicilio
62. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
63. Atención podología a pacientes con pie diabético
64. Curación de Pie Diabético

VI. PROGRAMA DE SALUD ORAL

65. Examen de salud
66. Educación grupal
67. Urgencias
68. Exodoncias
69. Destartraje y pulido coronario
70. Obturaciones temporales y definitivas
71. Aplicación sellantes
72. Pulpotomías
73. Barniz de Fluor
74. Endodoncia
75. Rayos X dental

VII ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

76. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
77. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
78. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
79. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
80. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
81. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
82. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico
83. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
84. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.
85. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
86. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
87. Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria

VIII ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

88. Educación grupal ambiental
89. Consejería familiar
90. Visita domiciliaria integral
91. Consulta social
92. Tratamiento y curaciones
93. Extensión Horaria
94. Intervención Familiar Psicosocial
95. Diagnóstico y control de la TBC
96. Exámenes de Laboratorio Básico.

B-. AMPLIACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS MEDIANTE CONVENIOS ESPECÍFICOS

Con el objetivo de aumentar resolutividad en APS e incorporar actividades no contempladas en Cartera de Servicios, se han suscrito convenios con el Servicio de Salud del Maule, entre otros:

- Convenio Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) de Administración Municipal: Prosperidad y Doña Carmen 2011.
- Convenio Servicio de Atención Primaria de Urgencia. SAPU MAAL y Colón 2011.
- Convenio Servicio de Atención Primaria de Urgencia. SAPU Curicó Centro 2011
- Convenio Servicio de Atención Primaria de Urgencia. SUR Los Niches 2011
- Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.
- Convenio Programa Imágenes Diagnósticas en APS 2011.
- Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria 2011 Estrategia "Resolución de Especialidades en APS", que incorpora Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).
- Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria 2011: Estrategia "Cirugía Menor en APS"
- Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria 2011: Estrategia "Atención Domiciliaria , Estipendios"
- Convenio de Apoyo Local al Plan de Acción para el fortalecimiento de la Gestión en Salud
- Convenio Programa de apoyo para el tratamiento de personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas FONASA CONACE 2011.
- Convenio Programa Odontológico Integral 2011.
- Convenio Programa GES Odontológico Adulto 2011.
- Convenio Programa Odontológico familiar 2011.
- Convenio Módulo Dental JUNAEB 2011.
- Convenio Programa de Salud Mental Integral en Atención Primaria 2011.
- Convenio de ejecución Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial en las Redes Asistenciales "Chile Crece Contigo" 2011.
- Convenio Programa Espacios Amigables para la Salud Adolescente en APSM 2011.
- Convenio financiamiento recurso humano Sala ERA 2011.
- Convenio Sala Mixta de Salud Respiratoria 2011.
- Convenio Infecciones Respiratorias Agudas en SAPU 2011.
- Convenio Apoyo Radiológico 2011.
- Convenio Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Atención Primaria. Diplomado Salud Familiar 2011.

- Convenio Psicosocial 2011.
- Convenio Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural para la APSM 2011.
- Convenio de Apoyo al Programa de Capacitación Funcionaria para la APSM 2011.
- Convenio Programa Desarrollo de Recursos Humanos en atención primaria. Programa de especialización de médicos 2011.
- Convenio Piloto Vida Sana 2011.

C. DEFINICION DE PRESTACIONES Y ACTIVIDADES GENERALES

1. Destinadas a la familia

1.1. **Consejería familiar**: Actividad definida como la interacción entre uno ó más miembros del equipo de salud con uno ó más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de sus habilidades y destrezas para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado de los integrantes de la familia, del grupo como tal y del suyo propio.

1.2. **Visita domiciliaria integral**: Actividad definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud de uno de sus miembros (caso índice), por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por solicitud de algunos de sus integrantes. Se caracteriza por abordar además del motivo inicial, otros temas de salud de interés para la familia y por formular de común acuerdo con la familia un plan de trabajo (ya sea preventivo/promocional o de tratamiento).

1.3. **Educación grupal en ambiente**: Esta actividad está orientada, más que a la familia, a la comunidad. Se plantea como una intervención de carácter preventivo, educativo y grupal, donde el equipo de salud participa con las organizaciones formales e informales de la comunidad en los planes de promoción comunal y en acciones de salud ambiental.

2. Destinadas a la pareja

2.1. **Consejería en salud sexual y reproductiva y Control de regulación de fecundidad**: Actividad orientada a las parejas, desde la etapa adolescente, con el objetivo de apoyar sus decisiones en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

2.2. **Control prenatal**: Actividad orientada a la mujer embarazada y su pareja con un enfoque integral y en forma periódica y sistemática.

2.3. **Control de puerperio:** Actividad orientada a la puérpera y su pareja hasta los 42 días después del parto, como una atención

integral de orientación y apoyo en este período.

3. Destinada a cada uno de los miembros de la familia para:

3.1. Mantener la salud de los individuos sanos.

3.1.1. **Control de salud del niño**: Actividad orientada a los niños desde su nacimiento hasta los 9 años, para seguir en forma periódica su crecimiento y desarrollo.

3.1.2. **Evaluación del Desarrollo Psicomotor**: escala de evaluación aplicada a los niños y niñas bajo control en las edades establecidas, con la finalidad de medir e intervenir para lograr un óptimo desarrollo.

3.1.3. **Control de salud del Adolescente**: Actividad orientada a la evaluación del estado de salud de adolescentes de 10 a 19 años, para evaluar desarrollo y pesquisa de riesgos.

3.1.4. **Control de salud preventivo del adulto**: Actividad orientada específicamente a los adultos entre 35 y 64 años, destinada a detectar precozmente algunos factores de riesgo.

3.1.5. **Control de salud del adulto mayor**: Actividad orientada a la evaluación del estado de salud y a la detección de factores de riesgo de los individuos de 65 años y más.

3.1.6. **Control ginecológico preventivo**: Actividad orientada a la mujer desde su adolescencia hasta los 64 años, destinada a prevenir y detectar afecciones ginecológicas (incluyendo Cáncer Cérvico uterino y de Mama) y otros factores de riesgo en un enfoque integral.

3.1.7. **Control de salud bucal**: Actividad orientada a los miembros de la familia, especialmente los menores y embarazadas, dirigida a la detección precoz y la prevención de patologías odontológicas con un enfoque integral. Incluye el examen de salud bucal, acciones educativas individuales y grupales.

3.2. Seguimiento por condición de riesgo para la salud de algunos miembros de la familia.

3.2.1. **Condiciones de riesgo nutricional.**

3.2.1.1. **Control de malnutrición**: Actividad orientada a los niños menores de 10 años que presenten estado nutricional anormal: desnutrición, riesgo de desnutrir, sobrepeso u obesidad.

3.2.1.2. **Control de lactancia materna**: Actividad orientada a las madres que requieren apoyo para lograr una lactancia exitosa.

3.2.1.3. **Consulta nutricional:** Actividad orientada al apoyo de aquellos individuos de la familia que presenten algún trastorno nutricional.

3.2.1.4. **Visitas domiciliaria de embarazada y puérpera de alto riesgo.**

3.2.2. **Condiciones de riego asociadas a trastornos de la salud mental**.

3.2.2.1. **Consulta de salud mental:** Actividad orientada a los miembros de la familia que presenten algún trastorno en su salud mental.

3.2.2.2. **Consulta por déficit de desarrollo psicomotor**.: Actividad orientada a los niños que presenten algún trastorno del desarrollo psicomotor.

3.2.3. **Condiciones de riesgo asociadas a problemas sociales o psicosociales.**

3.2.3.1. **Consulta social**: Actividad orientada a los miembros de la familia que requieran apoyo en la esfera psicosocial.

3.2.3.2. **Intervención psicosocial**: Actividad grupal orientada a aquellos miembros de la familia que requieran apoyo del equipo de salud en la esfera psicosocial.

3.2.4. **Condiciones de riesgo odontológico**:

3.2.4.1. **Actividades individuales de prevención de riesgo de caries:** Actividad orientada a los miembros de la familia que presenten riesgo de caries. Incluye aplicación de sellantes, Fluoración tópica, Barniz de flúor, educación en dieta no cariogénica y en hábitos de higiene oral, entre otros.

3.2.4.2. **Actividades de prevención de enfermedades gingivales y periodontales** Actividades orientadas a los miembros de la familia que presenten riesgo de enfermedad periodontal. Incluye Profilaxis, destartraje y pulido coronario, endodoncias, pulpotomias y enseñanza de técnica de higiene bucal. Actividades de prevención de Anomalías Dentomaxilares.

3.3. Por enfermedad aguda o crónica de algunos miembros de la familia.

3.3.1. **Enfermedad aguda**

3.3.1.1. **Consulta de morbilidad:** Actividad orientada a cada uno de los miembros del grupo familiar y destinada al diagnóstico y tratamiento médico.

3.3.1.2. **Consulta de morbilidad ginecológica:** Actividad orientada a la mujer que requiere diagnóstico y tratamiento de algún cuadro de origen ginecológico.

3.3.1.3. **Consulta de morbilidad obstétrica**: Actividad orientada al diagnóstico y tratamiento de la morbilidad de la mujer embarazada.

3.3.1.4. **Consulta kinésica** Actividad orientada a los miembros de la familia que requieran apoyo especial por kinesiólogo para el tratamiento de ciertas patologías. Como atención ambulatoria otorgada con objeto de

evaluación y tratamiento en afecciones respiratorias, motoras y neurológicas.

3.3.1.5. **Consulta odontológica**: Actividad orientada a los miembros de la familia, en especial a los menores de 20 años y embarazadas, que presentan alguna patología odontológica. Incluye la consulta de urgencia y las acciones de exodoncia, endodoncia, obturaciones, radiología y ortodoncia interceptiva (en menores de 10 años).

3.3.2. **Enfermedades crónicas**

3.3.2.1. **Control de crónicos**: Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que presenten enfermedades crónicas que requieren de un tratamiento y seguimiento periódico: hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, síndrome bronquial obstructivo.

3.3.2.2. **Control de tuberculosis**: Actividad orientada a aquellos miembros de la familia que presenten TBC y que requieren de tratamiento y control específico.

3.4. Para prevenir ciertas condiciones especificas destinadas a apoyar a algunos miembros de la familia.

3.4.1. **Prevención de enfermedades especificas**

3.4.1.1. **Vacunación Programa Nacional de Inmunizaciones**: Actividades destinadas a prevenir enfermedades específicas a los niños desde la etapa de recién nacido hasta los ocho años. Incluye la prevención de tuberculosis, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, sarampión, rubéola, parotiditis e infecciones por hemophilus influenza, hepatitis.

3.4.1.2. **Vacunación Antiinfluenza:** Actividad de prevención de la Influenza orientada a todos los adultos de 65 años y más años.

3.4.1.3. **Actividades del programa nacional de alimentación complementaria.** Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que requieran refuerzo nutricional (niños, embarazadas, nodrizas).

3.4.1.4. **Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.** Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que requieran de refuerzo nutritivo por parte del equipo de salud, ya sea por su -edad, condición de riesgo o enfermedad específica.

3.4.1.5. **Educación grupal**: Técnica formativa grupal que tiene como objetivo desarrollar habilidades o destrezas que contribuyan a la satisfacción de intereses o resolución de problemas prioritarios de la comunidad.

3.4.1.6. **Atención a domicilio (alta precoz):** Actividad y/o procedimiento realizado en domicilio orientado a evaluar las condiciones del hogar para el paciente dado de alta.

3.4.1.7. **Tratamientos y Curaciones:** Actividades que se realizan en área de clínica, destinada a toda persona que tenga indicación de curación, toma de muestra de exámenes, tratamiento Inyectables, extracción de puntos, lavado de oídos, entre otros.

3.5. Atención podológica a pacientes con pié diabético: actividad orientada a mejorar la salud de las personas diabéticas con algún tipo de problemas en los pies que requiere una atención más especializada

DOTACION DE PERSONAL COMUNAL



INFORME DE RECURSOS HUMANOS PARA PERIODO 2012

1.- **DOTACIÓN PROYECTADA PARA AÑO CALENDARIO 2012**.

La dotación para los establecimientos de Salud Municipal dependientes de la I. Municipalidad de Curicó, correspondiente al año calendario 2012, fué aprobada por el H. Concejo Municipal mediante Decreto Exento Nº 2486 de fecha 26 de Septiembre de 2011.

Se entiende por dotación de salud, el número total de horas semanales que la entidad administradora requiere para el funcionamiento de los establecimientos de salud que administra.

Categoría	Profesión o Actividad	Nº de cargos	Nº de horas semanales
A	Medico	40	1639
	Dentista	19	726
	Químico Farmacéutico	1	44
	Bioquímico	0	0
B	Asistente Social	13	572
	Enfermera	40	1672
	Kinesiólogo	14	572
	Matrona	26	1144
	Nutricionista	18	770
	Psicólogo	15	649
	Tecnólogo Médico	4	165
	Otros Categoría B	11	484
C	Programador	0	0
	Estadístico	6	264
	Secretaria Ejecutiva	5	220
	Técnico Paramédico Nivel Superior	134	5885
	Técnico Nivel Superior	12	528
D	Técnico Paramédico	18	792
E	Administrativo	88	3792
	Secretaria	0	0
F	Chofer	10	440
	Auxiliar	35	1540
	Estafeta	0	0
	Nocheros	2	88
OTROS	Directores de Consultorio	6	264
	Director Comunal	1	44

2.- RECURSOS HUMANO DISPONIBLE

Total recurso humano contratado al 31 de Agosto de 2011, para los establecimientos de salud dependientes de la I. Municipalidad de Curicó.

Categoría	Profesión o Actividad	Nº de cargos	Nº de horas semanales
A	Medico	38	1551
	Dentista	18	671
	Químico Farmacéutico	0	0
	Bioquímico	0	0
B	Asistente Social	13	572
	Enfermera	38	1562
	Kinesiólogo	13	506
	Matrona	24	990
	Nutricionista	16	704
	Psicólogo	14	605
	Tecnólogo Médico	3	121
	Otros Categoría B	10	440
C	Programador	0	0
	Estadístico	0	0
	Secretaria Ejecutiva	5	220
	Técnico Paramédico Nivel Superior	128	5621
	Técnico Nivel Superior	6	264
D	Técnico Paramédico	18	792
E	Administrativo	88	3792
	Secretaria	0	0
F	Chofer	9	396
	Auxiliar	34	1496
	Estafeta	0	0
	Nocheros	1	44
OTROS	Directores de Consultorio	6	264

3.- ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO RECURSO HUMANO 2010-2011.

Análisis anual del período comprendido entre el 01 de Septiembre de 2010 al 31 de Agosto de 2011, se expresa en número de horas, conformando jornadas semanales de 44 horas. C**onsidera horas recurso humano efectivamente disponible durante los 12 meses**, mediante contratos parciales y totales, a plazo fijo, de reemplazo e indefinido. Se entenderá por jornada total o completa una jornada de 44 horas semanales, las jornadas parciales son de: 11, 22 y 33 horas.

3.1.- CONTRATACIÓN DEL PERÍODO

En el período se contrataron 966.360 horas anuales, representa un aumento de 6,67% comparado con igual período del año anterior, lo que da un promedio de 457,56 jornadas mensuales completas (de 44 horas semanales). Las horas de trabajo extraordinario en el periodo alcanzaron las 81.494, dando un total anual de 1.047.854 horas disponibles de recurso humano.

El 92,2% de las horas corresponde a jornada ordinaria de trabajo y el 7,8% a trabajos extraordinarios.

TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES	PORCENTAJE
Jornada Ordinaria	966.360,0	92,2 %
Trabajo Extraordinario	81.494,0	7,8 %
Total	1.047.854,0	100 %

3.-2.- ROTACIÓN DE PERSONAL

La rotación anual del personal fue de 21 funcionarios que en conjunto completan 19,0 jornadas totales, 2,0 de ellas corresponden a contrato indefinido y 17,0 a contratos a plazo fijo. Las causales de rotación se detallan a continuación

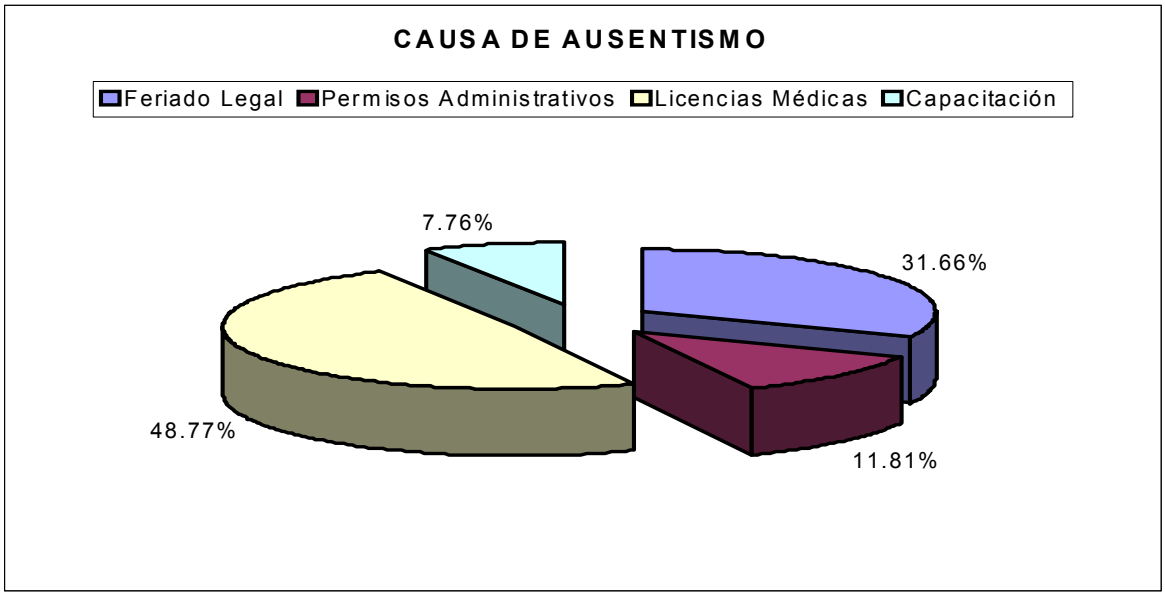
CAUSAL DE ROTACIÓN	NÚMERO FUNCIONARIOS
Permuta	0
Jubilación o Pensión	0
Renuncia Voluntaria	18
Retiro Voluntario	0
Fallecimiento	1

ESTAMENTO	JORNADAS SEGÚN TIPO DE CONTRATO	
Tipo Contrato	**Plazo Fijo**	**Indefinido**
Médico	0,50	
Odontólogo	1,25	
Kinesiólogo	1,75	
Enfermera	3,50	
Matrona	1,00	
Nutricionista	2,00	
Técnico Paramédico	2,00	
Administrativos	3,00	2,00
Aux. de Servicios	1,00	
Chofer	1,00	

3.3.- AUSENTISMO LABORAL

El ausentismo laboral del período alcanzó las 211.345,7 horas anuales, lo que representa un 20,17% anual, experimentando un aumento de 1,16% en comparación al año anterior. Las causas de ausentismo laboral son las siguientes: Feriado Legal, Permisos Administrativos con y sin goce de remuneraciones, Capacitación, Licencias Médicas (incluye sólo días hábiles)

CAUSA	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	66.912,8	31,66%	6,38%
Permisos Administrativos	24.954,3	11,81%	2,38%
Capacitación	103.075,4	48,77%	9,84%
Licencias Médicas	16.403,2	7,76%	1,57%
Total	211.345,7	100%	20,17%



El 48,77% del total de ausentismo anual, corresponde a licencias médicas, con un total de 103.075,4 horas anuales, las que expresadas en jornadas laborales equivalen a 48,80 jornadas año no disponibles laboralmente, destinadas principalmente a la recuperación de la salud de los funcionarios. Las horas laborales no disponibles por este concepto alcanzan un 9,84% del total comunal anual de horas contratadas. El 12,55% de las licencias médicas corresponden a licencias maternales.

- La segunda causa en orden de incidencia 31,66%, corresponde a Feriado Legal. Representa el 6,38% del total comunal de horas contratadas. Correspondiendo a 16,62 días año por cada jornada laboral completa.
- La tercera causa, en orden de incidencia 11,81% corresponde a permisos administrativos (con y sin goce de remuneraciones), que representa el 2,38% del total anual de horas disponibles. Lo anterior es inferior a lo proyectado de 6 días año calendario por funcionario. Los permisos administrativos del período en estudio es de 4,45 días año por cada jornada laboral completa.
- La cuarta causa en el orden de incidencia corresponde a Capacitación, que representa el 1,57% del total comunal anual de horas disponibles. El estudio excluye las horas utilizadas en capacitación intraservicio. El total anual de horas destinadas a capacitación y perfeccionamiento del personal fueron en total 16.403,2 horas. Lo que es inferior a lo proyectado considerando un total de 40 horas anuales por cada funcionario.

3.4.- COMPORTAMIENTO DE CONTRATACIÓN Y AUSENTISMO POR ESTAMENTO

3.4.1.- ESTAMENTO MÉDICO: En el período se contrató 70.180,0 horas anuales, lo que corresponde a 33,23 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 7,26% del total comunal de horas recurso humano. El ausentismo laboral médico alcanza el 8,74% del ausentismo comunal en recurso humano.
Las horas anuales de trabajo extraordinario por médico fueron 7.842,0, mientras que las horas anuales de trabajo ordinarios disponibles alcanzaron las 70.180,0 horas. Un 89,9% de las horas corresponden a jornada laboral ordinaria y el 10,1% a trabajos extraordinarios (2,3% sobre el promedio comunal).

CONTRATACIÓN ESTAMENTO MEDICO		
Horas Extraordinarias	66.912,8	31,66%
Permisos Administrativos	24.954,3	11,81%
Licencias Médicas	103.075,4	48,77%
Capacitación	16.403,2	7,76%
Total	211.345,7	100%

Las horas extraordinarias son estadísticamente significativas, están 2,3% sobre el promedio comunal en tanto el ausentismo laboral del estamento médico está un 3,5% sobre el promedio comunal.

Ausentismo Médico: el Estamento Médico presenta un ausentismo de 23,67% situándose un 3,5% sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo, con un 9,95%, es por capacitación (becados representan un 92,97% del total de horas por este concepto), la segunda causa de ausentismo 6,24% es por licencia médica. El feriado legal representa un 5,59% del ausentismo y los permisos administrativos sólo un 1,89%.

CAUSA	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	4.360,4	23,61%	5,59%
Permisos Administrativos	1.472,9	7,98%	1,89%
Capacitación	7.761,6	42,03%	9,95%
Licencias Médicas	4.870,8	26,38%	6,24%
Total	18.465,7	100%	23,67%

3.4.2.- ESTAMENTO ODONTOLÓGICO:

En el período se contrató 30.888,0 horas anuales de odontólogo, lo que corresponde a 14,63 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 3,20% del total comunal de horas recurso humano. El ausentismo laboral representa el 24,87% del ausentismo comunal en recurso humano.

Las horas de trabajo extraordinario son de 681,0 horas anuales lo que representa el 2,2% (5,6% bajo en promedio comunal) y las horas de trabajo ordinarios disponibles son 30.888 lo que representa el 97,8% del total horas disponibles

CONTRATACIÓN ESTAMENTO ODONTOLOGICO		
Horas Extraordinarias	681,0	2,2%
Horas Contrato	30.888,0	97,8%
Total Horas	31.569,0	100%

Ausentismo Odontológico: el Estamento Odontológico presenta un ausentismo de 24,87% situándose un 4,7% sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo 11,60% es por licencia médica (de ellas el 36,06% corresponden a licencias maternales), la segunda causa en orden de incidencia de ausentismo 6,22% es por Feriado Legal, los permisos administrativos representan el 5,31% del ausentismo y capacitación sólo un 1,74%.

CAUSA	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	1.964,6	25,02%	6,22%
Permisos Administrativos	1.675,3	21,34 %	5,31%
Capacitación	550,0	7,01%	1,74%
Licencias Médicas	3.660,8	46,63%	11,60%
Total	7.850,7	100%	24,87%

3.4.3.- ESTAMENTO ENFERMERA: En el período se contrató 76.296,0 horas anuales, lo que corresponde a 36,13 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 7,90% del total comunal de horas recurso humano. El ausentismo laboral representa el 19,31% del ausentismo comunal en recurso humano.

Las horas de trabajo extraordinario por enfermera son 6.014,0 horas anuales, lo que representa un 7,31% (0,47% bajo en promedio comunal). Las horas de trabajo ordinarios disponibles fueron 76.296,0 lo que representa el 92,69% del total horas disponibles

CONTRATACIÓN ESTAMENTO ENFERMERA		
Horas Extraordinarias	6.014,0	7,3%
Horas Contrato	76.296,0	92,7%
Total Horas	82.310,0	100%

Ausentismo Enfermera: el Estamento Enfermera presenta un ausentismo de 19,31% situándose un 0,86% bajo el promedio comunal. La principal causa de ausentismo es por licencia médica, corresponde a un 8,86%, del total de horas disponibles, de ellas el 15,93% corresponden a licencias maternales, la segunda causa en orden de incidencia 6,16% de ausentismo es por feriado legal, los permisos administrativos representan un 2,43% y la capacitación sólo un 1,86%.

CAUSA	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	5.068,8	31,89%	6,16%
Permisos Administrativos	2002,0	12,60%	2,43%
Capacitación	1.533,4	9,65%	1,86%
Licencias Médicas	7.290,8	45,87%	8,86%
Total	15.895,0	100,01%	19,31%

3.4.4.- ESTAMENTO PARAMEDICO: En el período se contrató 305.184,0 horas anuales, lo que corresponde a 144,5 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 31,58% del total comunal de horas recurso humano. El ausentismo laboral representa el 22,06% del ausentismo comunal en recurso humano.

Las horas de trabajo extraordinario realizadas fueron 22.300,0 horas anuales, lo que representa un 6,8% (1.0% bajo el promedio comunal) y las horas de trabajo ordinarios disponibles son 305.184,0 lo que representa el 93,2% del total horas disponibles en el estamento.

CONTRATACIÓN ESTAMENTO PARAMEDICO		
Horas Extraordinarias	22.300,0	6,8 %
Horas Contrato	305.184,0	93,2 %
Total Horas	327.484,0	100%

Ausentismo Paramédico: el Estamento Paramédico presenta un ausentismo de 22,06% situándose un 1,89% sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo es por licencia médica y corresponde a un 12,30%, del total de horas por licencias médicas, de ellas el 12,43% corresponden a licencias maternales.

La segunda causa en orden de incidencia de ausentismo es el feriado legal alcanzando el 6,94%, los permisos administrativos implican un ausentismo del 2,12%, y por último capacitación con el 0,70%.

CAUSA	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	22.732,6	31,46%	6,94%
Permisos Administrativos	6.952,0	9,62%	2,12%
Capacitación	2.288,0	3,17%	0,70%
Licencias medicas	40.286,0	55,75%	12,30%
Total	72.258,6	100%	22,06%

PRESUPUESTO COMUNAL



PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2012

SUB	ITEM	ASIG.	DENOMINACION	PRESUPUESTO
TITULO				2012
			INGRESOS PRESUPUESTARIOS	$ 7.148.650.000
O5			TRANSFERENCIAS CORRIENTES	$ 6.833.650.000
	O3		De otras entidades Públicas	$ 6.833.650.000
O7			INGRESOS DE OPERACIÓN	$ 40.000.000
	O2		Venta de Servicios (Boletas y Bonos no beneficiarios)	$ 40.000.000
O8			OTROS INGRESOS CORRIENTES	$ 245.000.000
	O1		Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	$ 235.000.000
	99		Otros	$ 10.000.000
15			SALDO INICIAL DE CAJA	$ 30.000.000
SUB	ITEM	ASIG.	DENOMINACION	PRESUPUESTO
TITULO				2012
			GASTOS PRESUPUESTARIOS	$ 7.148.650.000
21			GASTOS EN PERSONAL	$ 5.742.300.000
	O1		Personal de Planta	$ 3.518.100.000
	O2		Personal a Contrata	$ 2.173.000.000
	O3		Otras Remuneraciones	$ 51.200.000
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	$ 1.221.350.000
	O1		Alimentos y Bebidas	$ 11.200.000
	O2		Textiles, Vestuarios y Calzados	$ 73.000.000
	O3		Combustibles y Lubricantes	$ 24.500.000
	O4		Materiales de Uso o Consumo Corriente	$ 840.000.000
	O5		Servicios Básicos	$ 108.800.000
	O6		Mantenimiento y Reparaciones	$ 88.600.000
	O8		Servicios Generales	$ 18.700.000
	O9		Arriendos	$ 21.100.000
	10		Servicios Financieros y de Seguros	$ 9.500.000
	11		Servicios Técnicos y Profesionales	$ 17.200.000
	12		Otros Gastos en Bienes y servicios de Consumo	$ 8.750.000
23			PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	$ 1.000.000
	O4		Desahucios e Indemnizaciones	$ 1.000.000

26			***OTROS GASTOS CORRIENTES***	***$***	***1.500.000***
		O1	*Devoluciones*	*$*	*1.500.000*
29			***ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS***	***$***	***181.000.000***
	O3		*Vehículos*	*$*	*25.000.000*
	O4		*Mobiliarios y Otros*	*$*	*21.000.000*
	O5		*Máquinas y Equipos*	*$*	*64.000.000*
	O6		*Equipos Informáticos*	*$*	*71.000.000*
34			***SERVICIO DE LA DEUDA***	***$***	***1.500.000***
	O7		*Deuda Flotante*	*$*	*1.500.000*
35			***SALDO FINAL DE CAJA***	***$***	***-***

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2012

SUB	***ITEM***	***ASIG.***	***SUB***	***SUB-***	***DENOMINACION***	***PRESUPUESTO***	
TIT.			***ASIG***	***SUB-***		**2012**	
				ASIG			
					GASTOS PRESUPUESTARIOS	***$***	***7.148.650.000***
21					***GASTOS EN PERSONAL***	***$***	***5.742.300.000***
	O1				***Personal de Planta***	***$***	***3.518.100.000***
		OO1			***Sueldos y Sobresueldos***	***$***	***2.672.900.000***
			OO1		***Sueldos base***	***$***	***1.200.000.000***
			OO9		***Asignaciones Especiales***	***$***	***60.000.000***
				OO7	*Asignación Especial Transitoria Art.45 Ley Nº 19.378*	*$*	*35.000.000*
				999	*Otras Asignaciones Pers.de Planta*	*$*	*25.000.000*
			O1O		***Asignación de Pérdida de Caja Art.97 letra a),Ley 18.883***	***$***	***900.000***
			O15		***Asignaciones Sustitutivas***	***$***	***50.000.000***
				999	*Otras Asignaciones Sustitutivas*	*$*	*50.000.000*
			O19		***Asignación de Responsabilidad***	***$***	***45.000.000***
				OO2	*Asignación de Responsabilidad Directiva,Art.27 Ley 19.378*	*$*	*45.000.000*
			O28		***Asignación de Estímulos Personal Médico y Profesores***	***$***	***103.000.000***
				OO2	*Asignac.por Desempeño en Condic.Difícil Art.28 Ley 19.378*	*$*	*103.000.000*
			O31		***Asignación de Experiencia Calificada***	***$***	***14.000.000***
				OO2	*Asignación de Post-Título,Art.42 Ley Nº 19.378*	*$*	*14.000.000*
			O44		***Asignación de Atención Primaria Municipal***	***$***	***1.200.000.000***
				OO1	*Asignac. Atenc.Primaria de Salud,Art.23 y 25 Ley Nº 19.378*	*$*	*1.200.000.000*
		OO2			***Aportes del Empleador***	***$***	***114.000.000***
			OO1		*A Servicios de Bienestar*	*$*	*19.000.000*
			OO2		*Otras Cotizaciones Previsionales*	*$*	*95.000.000*
		OO3			***Asignaciones por Desempeño***	***$***	***454.000.000***
			OO2		***Desempeño Colectivo***	***$***	***420.000.000***
				OO2	*Asignación Variable por Desempeño Colectivo*	*$*	*225.000.000*

				OO3	*Asign.Fija de desarr.y estím.al desemp.colect.Ley 19.813*	$	195.000.000
			OO3		***Desempeño Individual***	**$**	**34.000.000**
				OO5	*Asignación de Mérito,Art.30 Ley 19.378 y Ley 19.607*	$	34.000.000
		OO4			***Remuneraciones Variables***	**$**	**233.000.000**
			OO5		*Trabajos Extraordinarios (hrs.extras)*	$	228.000.000
			OO6		*Comisión de Servicios en el País (viáticos)*	$	5.000.000
		OO5			***Aguinaldos y Bonos***	**$**	**44.200.000**
			OO1		***Aguinaldos***	**$**	**26.000.000**
				OO1	*Aguinaldo de Fiestas Patrias*	$	13.000.000
				OO2	*Aguinaldo de Navidad*	$	13.000.000
			OO2		***Bonos de Escolaridad***	**$**	**14.000.000**
			OO3		***Bonos Especiales***	**$**	**1.000.000**
			OO4		***Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad***	**$**	**3.200.000**
	O2				***Personal a Contrata***	**$**	**2.173.000.000**
		OO1			***Sueldos y Sobresueldos***	**$**	**1.665.300.000**
			OO1		***Sueldos base***	**$**	**729.000.000**
			OO9		***Asignaciones Especiales***	**$**	**65.500.000**
				OO7	*Asignación Especial Transitoria Art.45 Ley Nº 19.378*	$	59.000.000
				999	*Otras Asignaciones Especiales Pers.a Contrata*	$	6.500.000
			O10		***Asignación de Pérdida de Caja art.97, Letra a) Ley 18.883***	**$**	**500.000**
			O14		***Asignaciones Sustitutivas***	**$**	**39.000.000**
				999	*Otras Asignaciones Sustitutivas*	$	39.000.000
			O18		***Asignación de Responsabilidad***	**$**	**7.500.000**
				OO1	*Asignación de Responsabilidad Directiva,Art.27 Ley 19.378*	$	7.500.000
			O27		***Asignación de Estímulos Personal Médico y Profesores***	**$**	**86.000.000**
				OO2	*Asignac.por Desempeño en Condic.Difícil Art.28 Ley 19.378*	$	86.000.000
			O30		***Asignación de Experiencia Calificada***	**$**	**8.800.000**
				OO2	*Asignación de Post-Título,Art.42 Ley Nº 19.378*	$	8.800.000

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2012

			O42		***Asignación de Atención Primaria Municipal***	**$**	**729.000.000**
				OO0	*Asignac. Atenc.Primaria de Salud,Art.23 y 25 Ley Nº 19.378*	$	729.000.000
		OO2			***Aportes del Empleador***	**$**	**65.000.000**
			OO1		*A Servicios de Bienestar*	$	8.500.000
			OO2		*Otras Cotizaciones Previsionales*	$	56.500.000
		OO3			***Asignaciones por Desempeño***	**$**	**248.500.000**
			OO2		***Desempeño Colectivo***	**$**	**235.000.000**
				OO2	*Asignación Variable por Desempeño Colectivo*	$	126.000.000
				OO3	*Asign.Fija de desarr.y estím.al desemp.colect.Ley 19.813*	$	109.000.000

			OO3		***Desempeño Individual***	***$***	***13.500.000***
				OO4	*Asignación de Mérito,Art.30 Ley 19.378 y Ley 19.607*	*$*	*13.500.000*
		OO4			***Remuneraciones Variables***	***$***	***165.500.000***
			OO5		*Trabajos Extraordinarios (hrs.extras)*	*$*	*165.000.000*
			OO6		*Comisión de Servicios en el País (viáticos)*	*$*	*500.000*
		OO5			***Aguinaldos y Bonos***	***$***	***28.700.000***
			OO1		***Aguinaldos***	***$***	***21.000.000***
				OO1	*Aguinaldo de Fiestas Patrias*	*$*	*10.500.000*
				OO2	*Aguinaldo de Navidad*	*$*	*10.500.000*
			OO2		***Bonos de Escolaridad***	***$***	***5.000.000***
			OO3		***Bonos Especiales***	***$***	***1.000.000***
			OO4		***Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad***	***$***	***1.700.000***
	O3				***Otras Remuneraciones***	***$***	***51.200.000***
		OO4			***Remuneraciones Reguladas por el Código del Trabajo***	***$***	***1.200.000***
			OO1		*Sueldos*	*$*	*950.000*
			OO2		*Aportes del Empleador*	*$*	*100.000*
			OO3		*Remuneraciones Variables*	*$*	*100.000*
			OO4		*Aguinaldos y Bonos*	*$*	*50.000*
		OO5			***Suplencias y Reemplazos***	***$***	***50.000.000***

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2012

SUB	***ITEM***	***ASIG.***	***SUB***	***SUB-***	***DENOMINACION***	***PRESUPUESTO***	
TIT.			***ASIG***	***SUB-***		***2012***	
				ASIG			
22					***BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO***	***$***	***1.221.350.000***
	O1				***Alimentos y Bebidas***	***$***	***11.200.000***
		OO1	*OO1*		*Para Personas (Nessucar)*	*$*	*7.000.000*
			OO2		*Para Capacitación*	*$*	*4.200.000*
	O2				***Textiles, Vestuarios y Calzados***	***$***	***73.000.000***
		OO1			*Textiles y Acabados Textiles*	*$*	*3.000.000*
		OO2			*Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas*	*$*	*50.000.000*
		OO3			*Calzado*	*$*	*20.000.000*

	O3				***Combustibles y Lubricantes***	***$***	***24.500.000***
		OO1			*Para Vehículos*	*$*	*23.000.000*
		OO2			*Para Maquinarias y Equipos de Producción*	*$*	*1.000.000*
		OO3			*Para Calefacción*	*$*	*500.000*
	O4				***Materiales de Uso o Consumo Corriente***	***$***	***840.000.000***
		OO1			*Material de Oficina*	*$*	*47.000.000*
		OO4			*Productos Farmacéuticos (Medicamentos)*	*$*	*359.500.000*
		OO5			***Materiales y Utiles Quirúgicos***	***$***	***328.000.000***
			OO1		*Insumos e Instrumental Médico Menor*	*$*	*96.000.000*
			OO2		*Insumos e Instrumental Médico Dental*	*$*	*32.000.000*
			OO3		*Otros Servicios Médicos y Dentales*	*$*	*35.000.000*
			OO4		*Procesamiento Insumos y Exámenes de Laboratorio*	*$*	*165.000.000*
		OO6			*Fertilizantes, Insecticidas, Fungicidas y Otros*	*$*	*1.200.000*
		OO7			*Materiales y Utiles de Aseo*	*$*	*21.000.000*
		OO8			*Menaje para Oficina, Casino y Otros*	*$*	*1.200.000*
		OO9			*Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales*	*$*	*23.100.000*
		O10			*Materiales para Mantenimiento y Reparac.de Inmuebles*	*$*	*50.000.000*
		O11			*Repuestos y Accesor.para Mantenimi.y Reparac.de Vehíc.*	*$*	*9.000.000*
	O5				***Servicios Básicos***	***$***	***108.800.000***
		OO1			*Electricidad*	*$*	*45.000.000*
		OO2			*Agua*	*$*	*18.000.000*
		OO3			*Gas*	*$*	*22.000.000*
		OO5			*Telefonía Fija*	*$*	*18.000.000*
		OO7			*Acceso a Internet*	*$*	*5.800.000*
	O6				***Mantenimiento y Reparaciones***	***$***	***88.600.000***
		OO1			*Mantenimiento y Reparación de Edificaciones*	*$*	*60.000.000*
		OO2			*Mantenimiento y Reparación de Vehículos*	*$*	*12.000.000*
		OO3			*Mantenimiento y Reparación Mobiliarios y Otros*	*$*	*6.000.000*
		OO4			*Mantenimiento y Reparac.de Máquinas y Equip.de Oficina*	*$*	*2.500.000*
		OO6			*Mantenimiento y Reparación de Otras Máquinas y Equipos*	*$*	*6.900.000*
		OO7			*Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos*	*$*	*1.200.000*
	O8				***Servicios Generales***	***$***	***18.700.000***
		OO1			*Servicios de Aseo*	*$*	*5.300.000*
		OO7			*Pasajes, fletes y bodegajes*	*$*	*2.600.000*
		999	*OO1*		*Otros*	*$*	*8.500.000*
		999	*OO2*		*Servicios suscripción y similares*	*$*	*2.300.000*

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2012						
SUB	***ITEM***	***ASIG.***	***SUB***	***SUB-***	***DENOMINACION***	***PRESUPUESTO***
TIT.			***ASIG***	***SUB-***		**2012**

				ASIG			
	O9				***Arriendos***	***$***	***21.100.000***
		OO2			*Arriendo de Edificios*	*$*	*12.000.000*
		OO3			*Arriendo de Vehículos*	*$*	*5.000.000*
		OO5			*Arriendo de Equipos*	*$*	*3.500.000*
		999			*Otros (Amplificación)*	*$*	*600.000*
	10				***Servicios Financieros y de Seguros***	***$***	***9.500.000***
		OO2			*Primas y Gastos de Seguros*	*$*	*9.500.000*
	11				***Servicios Técnicos y Profesionales***	***$***	***17.200.000***
		OO2			*Cursos de Capacitación*	*$*	*16.000.000*
		OO3			*Servicios Informáticos*	*$*	*1.200.000*
	12				***Otros Gastos en Bienes y servicios de Consumo***	***$***	***8.750.000***
		OO2			*Gastos Menores*	*$*	*8.600.000*
			OO1		*Gastos Menores*	*$*	*8.500.000*
			OO2		*Gastos Estipendios*	*$*	*100.000*
		OO4			*Intereses Multas y Recargos*	*$*	*150.000*
23					***PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL***	***$***	***1.000.000***
	O1	OO4			*Desahucios e Indemnizaciones*	*$*	*1.000.000*
26					***OTROS GASTOS CORRIENTES***	***$***	***1.500.000***
		O1			*Devoluciones*	*$*	*1.500.000*
29					***ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS***	***$***	***181.000.000***
	O3				***Vehículos***	***$***	***25.000.000***
	O4				***Mobiliarios y Otros***	***$***	***21.000.000***
	O5				***Máquinas y Equipos***	***$***	***64.000.000***
		OO1			*Máquinas y Equipos de Oficina*	*$*	*3.000.000*
		OO2			*Maquinarias y Equipos para la Producción*	*$*	*60.000.000*
		999			*Otras*	*$*	*1.000.000*
	O6				***Equipos Informáticos***	***$***	***71.000.000***
		OO1			*Equipos Computacionales y Periféricos*	*$*	*70.000.000*
		OO2			*Equipos de Comunicaciones para Redes Informáticas*	*$*	*1.000.000*
34					***SERVICIO DE LA DEUDA***	***$***	***1.500.000***
	O7				*Deuda Flotante*	*$*	*1.500.000*
35					***SALDO FINAL DE CAJA***	***$***	***-***

PLAN DE CAPACITACION COMUNAL



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

1. LÍNEA ESTRATÉGICA

1. **Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN, junto con los valores y principios que sustenta la Reforma Sectorial,** que concibe la salud como derecho, garantizada respecto al acceso, oportunidad y calidad, equitativa, solidaria y eficiente en el uso de los recursos. El Modelo está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades por lo que su énfasis es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la anticipación al daño.

2. REQUERIMIENTO

Fortalecimiento y aumento de resolutividad de la APS.

3. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Medición de Agudeza Visual

4. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Los profesionales de la salud, han manifestado la necesidad de reforzar sus conocimientos en la realización del test de Agudeza Visual.

5. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Resuelve dudas de interpretación en la aplicación del test de agudeza visual.

6. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANT

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que aplique el test de agudeza visual.

7. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Precisar los aspectos técnicos de la aplicación del test de agudeza visual.

8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Revisar los conceptos básicos visuales y del test de agudeza visual.
2. Manejar el protocolo de aplicación del test de agudeza visual.

9. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Conceptos básicos anatomo-fisiológicos del sistema de la visión
2. Test de agudeza visual

10. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

11 horas pedagógicas

11. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller de aplicación

12. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	30
C	6
D	0
E	0
F	0
TOTAL	36
OTROS	0
TOTAL GENERAL	36

13. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		

Costo Total Estimado	**$ 150000**

14. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

15. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100 % de asistencia

16. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Mantener un equipo actualizado en el protocolo de aplicación del test de agudeza visual.

17. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos.

18. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

19. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Marzo 2012

20. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

21. LÍNEA ESTRATÉGICA

1 Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN, junto con los valores y principios que sustenta la Reforma Sectorial, que concibe la salud como derecho, garantizada respecto al acceso, oportunidad y calidad, equitativa, solidaria y eficiente en el uso de los recursos. El Modelo está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades por lo que su énfasis es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la anticipación al daño.

22. REQUERIMIENTO

Fortalecimiento y aumento de resolutividad de la APS.

23. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller actualización en Plan Nacional de inmunizaciones

24. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Los técnicos y profesionales de la salud, han manifestado la necesidad de actualizar sus conocimientos en el área de inmunizaciones.

25. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Resuelve dudas de aplicación del programa nacional de inmunizaciones.

26. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que realice acciones en el área de vacunatorio.

27. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1 .Precisar los aspectos técnicos del Programa Nacional de inmunizaciones.

28. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Revisar conceptos de inmunización actualizados.
2. Revisar el protocolo de aplicación de inmunizaciones.

29. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Conceptos básicos de inmunización
2. Plan de inmunización actual

30. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

11 horas pedagógicas

31. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva

32. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	12
C	30
D	0
E	0
F	0
TOTAL	42
OTROS	0
TOTAL GENERAL	42

33. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 150000**	

34. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

35. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100 % asistencia

36. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Mantener un equipo actualizado en la aplicación del Programa Nacional de inmunizaciones.

37. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

SEREMI de Salud

38. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

39. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Marzo 2012

40. INDICADORES

$$\frac{\text{N° asistentes al curso}}{\text{N° asistentes programados}} \times 100$$

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

41. LÍNEA ESTRATÉGICA

1 **Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN, junto con los valores y principios que sustenta la Reforma Sectorial,** que concibe la salud como derecho, garantizada respecto al acceso, oportunidad y calidad, equitativa, solidaria y eficiente en el uso de los recursos. El Modelo está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades por lo que su énfasis es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la anticipación al daño

42. REQUERIMIENTO

Sistema Chile Crece Contigo

43. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Evaluación de la Escala Neuro sensorial

44. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El aumento en la dotación de profesionales médicos para el año 2012, y algunas rotaciones de estos profesionales, nos hace proyectar esta actividad.

45. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Profesionales sin actualización en el manejo de la Escala Neuro sensorial

46. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que aplique la Escala o esté directamente vinculado con el Sistema de protección social CHCC.

47. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Precisar los conceptos de aplicación de la escala Neurosensorial.

48. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Revisar los aspectos anatomo fisiológicos del desarrollo neuronal
2. Aplicar la escala de evaluación neurosensorial

49. PRINCIPALES CONTENIDOS

3. Desarrollo neuro sensorial
4. Escala neuro sensorial

50. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

11 horas pedagógicas

51. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Exposiciones
Taller

52. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	14
B	12
C	0
D	0
E	0
F	0
TOTAL	26
OTROS	0
TOTAL GENERAL	26

53. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 100000**	

54. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA

4.0 a 4.9	MINIMA

55. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100 % asistencia

56. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Mantención de un equipo actualizado en la aplicación de la Escala neurosensorial.

57. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Internos o Externos

58. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

59. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Abril 2012

60. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

61. LÍNEA ESTRATÉGICA

2 **Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN, junto con los valores y principios que sustenta la Reforma Sectorial,** que concibe la salud como derecho, garantizada respecto al acceso, oportunidad y calidad, equitativa, solidaria y eficiente en el uso de los recursos. El Modelo está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades por lo que su énfasis es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la anticipación al daño

62. REQUERIMIENTO

Sistema Chile Crece Contigo

63. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Evaluación Escala Massie Campbell

64. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Las rotaciones y la incorporación de profesionales Enfermeras, hace necesario a la luz de la recolección de información, programar esta importante actividad.

65. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Profesionales sin actualización en la aplicación de la escala de Massie Campbell.

66. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que aplique la Escala o esté directamente vinculado con el Sistema de protección social CHCC.

67. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Precisar los conceptos de aplicación de la escala de Massie Campbell

68. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

3. Revisar los conceptos teóricos de la Escala Massie Campbell
4. Aplicar la escala de Massie Campbell.

69. PRINCIPALES CONTENIDOS

5. Conceptos anátomofisiológicos, psicológicos y sociales
6. Escala neuro sensorial

70. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

33 horas pedagógicas

71. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller
Video

72. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	20
C	0
D	0
E	0
F	0
TOTAL	20
OTROS	0
TOTAL GENERAL	20

73. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

74. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

75. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100 % de asistencia

76. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo entrenado en la aplicación de la Escala Massie y Campbell

77. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Servicio Salud del Maule o MINSAL

78. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

79. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Abril 2012

80. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO

AÑO: 2012

81. LÍNEA ESTRATÉGICA

3 **Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN, junto con los valores y principios que sustenta la Reforma Sectorial,** que concibe la salud como derecho, garantizada respecto al acceso, oportunidad y calidad, equitativa, solidaria y eficiente en el uso de los recursos. El Modelo está dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades por lo que su énfasis es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la anticipación al daño

82. REQUERIMIENTO

Fortalecimiento de la autonomía y autocuidado de adultos mayores**.**

83. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Gestor de caso Adulto Mayor

84. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El claro cambio demográfico de nuestra población, hace necesaria la capacitación en este ámbito.

85. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo sin actualización en esta área.

86. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en el ámbito del ciclo vital correspondiente.

87. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Identificar los aspectos conceptuales y operacionales en el adulto mayor con riesgo de dependencia

88. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Reconocer las características del ciclo vital correspondiente al adulto mayor
2. Reconocer las características del adulto mayor con riesgo de dependencia.
3. Aplicar la gestión de caso.

89. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Ciclo vital
2. Adulto mayor, características anatomo fisiológicas
3. Dependencia del adulto mayor
4. Gestión de caso

90. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

22 horas pedagógicas

91. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller
Análisis de casos

92. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	6
B	24
C	18
D	0
E	0
F	0
TOTAL	48
OTROS	0
TOTAL GENERAL	48

93. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

94. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA

4.0 a 4.9	MINIMA

95. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

96. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo multidisciplinario capacitado en gestión de caso de adulto mayor

97. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos

98. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

99. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Mayo 2012

100. INDICADORES

Nº asistentes al curso x 100

Nº asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO

AÑO: 2012

101. LÍNEA ESTRATÉGICA

3. Fortalecer el SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) y responder a objetivos sanitarios 2000-2010, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.

102. REQUERIMIENTO

Compromiso de atención médica y compensación de pacientes con hipertensión arterial y diabetes.

103. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso actualización Cardiovascular

104. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Constantemente la medicina basada en evidencias, va incorporando cambios, especialmente en el enfoque o tratamiento del área cardiovascular, motivo por el cual es necesaria la actualización permanente.

105. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo desactualizado en al área cardiovascular

106. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en el ámbito cardiovascular.

107. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Reconocer los principales cambios en el área cardiovascular

108. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Reconocer avances en el área cardiovascular
2. Reconocer protocolos de atención

109. PRINCIPALES CONTENIDOS

Análisis y avances en el área cardiovascular

110. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

22 horas pedagógicas

111. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Análisis de casos

112. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	6

B	18
C	18
D	0
E	0
F	0
TOTAL	42
OTROS	0
TOTAL GENERAL	42

113. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

114. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

115. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

116. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo multidisciplinario actualizado en cardiovascular

117. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Internos o externos

118. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

119. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Mayo 2012

120. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

121. LÍNEA ESTRATÉGICA

4. **Promover el mejoramiento de la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO**

122. REQUERIMIENTO

Desarrollo de competencias técnicas y sociales de desempeño para el mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario, en áreas técnico asistenciales específicas, tanto en acciones de atención directa como en actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico.

123. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Manejo avanzado de heridas y pie diabético

124. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El desarrollo de competencias adecuadas, aseguran una atención de calidad técnica a los usuarios, por lo que esta capacitación es importante en el desarrollo de las actividades del equipo.

125. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo sin actualización en estas competencias.

126. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en el área a desarrollar.

127. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Precisar los aspectos teóricos y prácticos del adecuado manejo de heridas y pié diabético

128. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Reconocer los aspectos teóricos de manejo de heridas
2. Reconocer los aspectos teóricos del manejo de pié diabético
3. Manejar los aspectos prácticos del manejo de heridas y pié diabético.

129. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Concepto y tipo de heridas
2. Pie diabético
3. Protocolo de atención
4. Prevención

130. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

22 horas pedagógicas

131. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller

132. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª

A	0
B	18
C	22
D	0
E	0
F	0
TOTAL	40
OTROS	0
TOTAL GENERAL	40

133. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

134. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

135. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% asistencia

136. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo de salud actualizado en manejo de heridas y pie diabético

137. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos y externos

138. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

139. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Junio 2012

140. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

141. LÍNEA ESTRATÉGICA

4. **Promover el mejoramiento de la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO**

142. REQUERIMIENTO

Desarrollo de competencias técnicas y sociales de desempeño para el mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario, en áreas técnico asistenciales específicas, tanto en acciones de atención directa como en actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico.

143. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Actualización en manejo de urgencias en SAPU

144. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Los funcionarios de SAPU, deben estar preparados para prestar una atención de urgencia, oportuna y de calidad, acorde con su rol.

145. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

El acceso a cursos como CAPREA y CAPREB, son escasos en número, por lo que se hace imperioso el desarrollo de esta actividad, para la mayoría del equipo de SAPU.

146. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en SAPU o SUR.

147. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Reconocer los aspectos teórico prácticos de urgencias

148. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Precisar los aspectos teórico prácticos de diferentes tipos de urgencias
2. Aplicar los conocimientos teóricos, en sistemas de recreación

149. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Urgencias: hemorrágicas, fracturas, obstrucción vías aéreas entre otras.
2. Atención de urgencias

150. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

33 horas pedagógicas

151. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller

152. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	4
B	6
C	12

D	0
E	0
F	0
TOTAL	22
OTROS	0
TOTAL GENERAL	22

153. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

154. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

155. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% ASISTENCIA

156. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipos de SAPU y SUR preparados para atención de urgencias

157. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos y externos

158. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

159. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Junio 2012

160. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

161. LÍNEA ESTRATÉGICA

2. **Desarrollar el MODELO DE GESTIÓN EN RED: local, regional y supra regional (macro y micro redes):**

162. REQUERIMIENTO

Aplicación del enfoque epidemiológico a la Gestión en Red.

163. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Actualización en normas VIH y SIDA

164. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Los cambios epidemiológicos y el recambio de profesionales, hacen necesaria una actualización sobre las normas de VIH y SIDA.

165. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo sin actualización en la temática

166. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en el área clínica.

167. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Identificar los aspectos conceptuales concernientes a SIDA /VIH y las normas que vinculan el quehacer del equipo de salud.

168. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Reconocer aspectos teóricos epidemiológicos del VIh – SIDA
2. Reconocer las normas de VIH y SIDA

169. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Epidemiología VIH – SIDA
2. Normas VIH – SIDA

170. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

11 horas pedagógicas

171. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva

172. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	14
C	20
D	6
E	0

F	0
TOTAL	40
OTROS	0
TOTAL GENERAL	40

173. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 150000**	

174. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

175. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

176. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo de salud actualizado en relación a normas de VIH - SIDA

177. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes externos

178. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

179. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Julio 2012

180. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

181. LÍNEA ESTRATÉGICA

6. Incorporar nuevas TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs

182. REQUERIMIENTO

Alfabetización digital. Manejo de sistemas computacionales a nivel usuario: básico, intermedio y avanzado, etc.

183. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Excell Básico

184. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El desarrollo de tecnologías que se incorporan al diario quehacer de los funcionarios, es cada vez más amplio, motivo por el cual se genera esta necesidad.

185. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo con falencias en el uso de excell

186. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en el área administrativa

187. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Precisar los aspectos básicos de excell

188. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Aplicar los los aspectos básicos de excell

189. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Excell básico

190. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

22 horas pedagógicas

191. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller

192. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	0
C	0
D	0
E	40
F	0
TOTAL	40

OTROS	0
TOTAL GENERAL	40

193. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 500000**	

194. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

195. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

196. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo actualizado en conocimientos de excell básico

197. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes externos

198. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

199. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Abril 2012

200. INDICADORES

N° asistentes al curso *x 100*

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

201. LÍNEA ESTRATÉGICA

6. **Incorporar nuevas TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs)**

202. REQUERIMIENTO

Alfabetización digital. Manejo de sistemas computacionales a nivel usuario: básico, intermedio y avanzado, etc.

203. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso taller Excell intermedio

204. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El desarrollo de tecnologías que se incorporan al diario quehacer de los funcionarios, es cada vez más amplio, motivo por el cual se genera esta necesidad.

205. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo con falencias en el uso de excell intermedio

206. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en el área administrativa

207. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

2. Precisar los aspectos teórico prácticos de excell intermedio

208. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Aplicar los aspectos teórico prácticos de excell intermedio

209. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Excell intermedio

210. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

33 horas pedagógicas

211. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller

212. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	0
C	0
D	0
E	40
F	0
TOTAL	40
OTROS	0
TOTAL GENERAL	40

213. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 800000**	

214. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

215. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100 % de asistencia

216. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo actualizado en conocimientos de excell intermedio

217. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes externos

218. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación

TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

219. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Mayo 2012

220. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

221. LÍNEA ESTRATÉGICA

9 Mejorar la prevención y manejo de contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc, que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

222. REQUERIMIENTO

Elaboración y desarrollo de planes y programas para emergencias y desastres en los establecimientos de salud

223. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller control de emergencias

224. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Planteado como necesidad de capacitación por los funcionarios.

225. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Desconocimiento práctico del manejo adecuado de situaciones de emergencia

226. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en alguno de los establecimientos de su dependencia

227. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Fortalecer los procesos de respuesta frente a eventos e emergencias o catástrofes

228. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Desarrollar estrategias de prevención
2. Desarrollar y ejecutar actividades de simulacro preventivos

229. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Estrategias de prevención
2. Manejo de extintores
3. Simulacros

230. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

22 horas pedagógicas

231. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Trabajo de campo

232. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	0
C	6
D	0
E	14

F	16
TOTAL	36
OTROS	0
TOTAL GENERAL	36

233. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

234. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

235. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

236. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo con capacidades de manejo efectivas en el control de emergencias.

237. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes externos

238. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

239. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Julio 2012

240. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

241. LÍNEA ESTRATÉGICA

4. **Promover el mejoramiento de la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO**

242. REQUERIMIENTO

Desarrollo de competencias técnicas y sociales de desempeño para el mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario, en áreas técnico asistenciales específicas, tanto en acciones de atención directa como en actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico.

243. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller metodologías educativas en salud

244. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El amplio quehacer del equipo de salud, establece entre otras acciones un acercamiento educativo con la comunidad, que para ser efectivo debe ser realizado con las condiciones y herramientas metodológicas adecuadas .

245. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo sin preparación formal en metodologías educativas aplicables a salud

246. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en alguno de los establecimientos de su dependencia**.**

247. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Potenciar herramientas de trabajo con metodologías educativas grupales en los funcionarios, que se traduzcan en valorar la satisfacción usuaria como herramienta de valoración de calidad, en salud.

248. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Revisar metodologías educativas grupales, especialmente para adultos
2. Conocer el rol del facilitador
3. Aplicar las técnicas aprendidas

249. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Metodologías de educación grupal para adultos
2. Rol del facilitador
3. Ambiente para el trabajo con adultos

250. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

22 horas pedagógicas

251. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva

Taller

Rol playing Estudio de documentos

252. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	6
C	34

D	0
E	0
F	0
TOTAL	40
OTROS	0
TOTAL GENERAL	40

253. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

254. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

255. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

256. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo de salud capacitado para ejecutar acciones educativas de calidad

257. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos

258. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

259. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Agosto 2012

260. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

261. LÍNEA ESTRATÉGICA

5. Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA

262. REQUERIMIENTO

Autocuidado individual y del equipo.

263. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller autocuidado

264. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Los equipos de salud, diariamente se ven enfrentados a situaciones de estrés, por el usuario cada vez más demandante y su presión asistencial, debido a lo cual es necesario reforzar las capacidades de enfrentar situaciones de conflicto.

265. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo de salud, sometido a grados de estrés cada vez más en aumento.

266. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en alguno de los establecimientos de su dependencia**.**

267. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Explicar los alcances que el estrés puede provocar en el organismo
2. Reconocer elementos de autoayuda, para el diario quehacer

268. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Identificar elementos estresores
2. Precisar elementos de autoayuda
3. Aplicar elementos de autoayuda

269. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Estrés
2. Respuesta biológica
3. Técnicas de autoayuda
4. Relajación

270. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

22 horas pedagógicas

271. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller
Rol playing

272. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	6
C	6
D	0
E	18
F	12
TOTAL	42
OTROS	0
TOTAL GENERAL	42

273. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 500000**	

274. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

275. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

276. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo de salud con herramientas prácticas de autoayuda, que pueda incorporarlas en su diario quehacer.

277. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes externos

278. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación

TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

279. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

a) Agosto 2012
b) Septiembre 2012

280. INDICADORES

N° asistentes al curso *x 100*

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

281. LÍNEA ESTRATÉGICA

4. **Promover el mejoramiento de la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO**

282. REQUERIMIENTO

Desarrollo de competencias técnicas y sociales de desempeño para el mejoramiento de la calidad de la atención y trato al usuario, en áreas técnico asistenciales específicas, tanto en acciones de atención directa como en actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico

283. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso oxigenoterapia

284. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

La atención de pacientes postrados, los problemas respiratorios y las urgencias que llegan a SAPU, pudiesen requerir oxigenoterapia, motivo por el cual es necesario revisar esta área.

285. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo con conocimientos en desuso o no actualizados en relación a la oxigenoterapia

286. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en alguno de los establecimientos de su dependencia**.**

287. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Reconocer los aspectos teóricos y prácticos de la oxigenoterapia.

288. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

3. Reconocer aspectos teóricos de la oxigenoterapia.
4. Manejar los protocolos de administración de oxigenoterapia

289. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Conceptualización sobre oxigenoterapia
2. Aplicar protocolos

290. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

11 horas pedagógicas

291. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller

292. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	12
C	18
D	0
E	0
F	0
TOTAL	30
OTROS	0
TOTAL GENERAL	30

293. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 200000**	

294. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

295. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

296. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Mantener un equipo de salud, actualizado en manejo de oxigenoterapia

297. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos o externos

298. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887

E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

299. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Septiembre 2012

300. INDICADORES

N° asistentes al curso *x 100*

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

301. LÍNEA ESTRATÉGICA

4. **Promover el mejoramiento de la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO**

302. REQUERIMIENTO

Énfasis en atención de público en los establecimientos de la red. Evaluación del trato amable, digno, acogedor y respetuoso, de la accesibilidad a la información, de la exactitud en la entrega de información, de la simplicidad en la tramitación, etc.

303. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Curso Taller Buen servicio y calidad de la atención

304. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El primer contacto con el usuario ocurre a nivel de OIRS o SOME, motivo por el cual los funcionarios que allí laboran, deben recibir un reforzamiento de su trato al usuario.

305. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo con escasa capacitación formal en el trato al usuario externo

306. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en alguno de los establecimientos de su dependencia**.**

307. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Establecer un estándar en el trato al usuario, especialmente en el primer contacto

308. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Reconocer estándares de buen trato al usuario
2. Manejar protocolos de atención

309. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Reconocimiento de la realidad, misión del funcionario público
2. Calidad de atención
3. Comunicación efectiva
4. Protocolo de atención
5.

310. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

33 horas pedagógicas (11 presenciales y 22 a distancia, con tutoría docente)

311. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller
Tutoría

312. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	0
B	0
C	0
D	0
E	40
F	0
TOTAL	40
OTROS	0
TOTAL GENERAL	40

313. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 300000**	

314. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

315. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

316. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo administrativo comprometido y conocedor protocolos de buen trato

317. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos

318. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887
E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

319. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Octubre 2012

320. INDICADORES

N° asistentes al curso _____ *x 100*

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

321. LÍNEA ESTRATÉGICA

8. Mejorar la GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS

322. REQUERIMIENTO

Otras áreas de intervención

323. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Escuela de Salud

324. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

El interactuar de un gran número de personas con la más amplia gama de estamentos, puede desconfigurar el fin último de su accionar como equipo multidisciplinario, interviniendo a otros seres humanos.

325. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

Equipo congestionado de cumplimiento de metas, índices, desarrollo de programas y requisitos para mantener su categorización.

326. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

Ser funcionario del Departamento de Salud de Curicó, Ley 19378, que trabaje en alguno de los establecimientos de su dependencia**.**

327. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

1. Mejorar el interactuar del equipo y por ende el desarrollo y gestión de las personas

328. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

1. Reconocer la labor del funcionario público
2. Conocer los logros del Departamento de Salud
3. Identificar las orientaciones programáticas en Salud
4. Favorecer un clima laboral óptimo

329. PRINCIPALES CONTENIDOS

1. Rol del funcionario público
2. Monitoreo de metas e índices del Departamento de Salud
3. Orientaciones programáticas
4. Clima laboral

330. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

33 horas pedagógicas

331. METODOLOGÍA A EMPLEAR

Expositiva
Taller

332. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	
B	
C	
D	
E	
F	
TOTAL	
OTROS	
TOTAL GENERAL	25

333. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros

- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$ 3000000**	

334. SISTEMA DE APROBACIÓN

NOTA	CONCEPTO
6.0 a 7.0	MAXIMA
5.0 a 5.9	MEDIA
4.0 a 4.9	MINIMA

335. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

100% de asistencia

336. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

Equipo identificado y empoderado de su rol.

337. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

Oferentes internos y externos

338. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	Cecilia Burgos Sanhueza
CARGO	Encargada Comunal de Capacitación
TELÉFONO DE CONTACTO	075/543887

E-MAIL	cburgos@saludcurico.cl

339. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

Noviembre 2012

340. INDICADORES

N° asistentes al curso x 100

N° asistentes programados

Curicó@cción
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICÓ

DEPARTAMENTO DE SALUD
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
UNIDAD DE CAPACITACION

FICHA DE PROYECTO: PLAN ANUAL CAPACITACION LEYNº19378

ESTABLECIMIENTO: DEPARTAMENTO SALUD CURICO
AÑO: 2012

341. LÍNEA ESTRATÉGICA

Las expuestas en los lineamientos

342. REQUERIMIENTO

343. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

CURSOS, TALLERES, SEMINARIOS, JORNADAS, DIPLOMADOS U OTRAS ACTIVIDADES DE CAPACITACION REALIZADAS POR MUNICIPALIDADES, COLEGIOS PROFESIONALES, ASOCIACIONES GREMIALES, SINDICATOS, UNIVERSIDADES, INSTITUTOS PROFESIONALES, NUESTRO PROPIO DEPARTAMENTO DE SALUD, OTROS SERVICIOS PUBLICOS, ETC.

344. BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

345. PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

346. REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

347. OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

348. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

349. PRINCIPALES CONTENIDOS

350. NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

351. METODOLOGÍA A EMPLEAR

352. PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nª
A	
B	
C	
D	
E	
F	
TOTAL	
OTROS	
TOTAL GENERAL	

353. COSTO ESTIMADO

	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros - 003 Pagos a Profesores y Monitores - 005 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, atenciones, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, y otros necesarios para las actividades a		

desarrollar).		
Sub-Total		
Costo Total Estimado	**$**	

354. SISTEMA DE APROBACIÓN

355. PORCENTAJE DE ASISTENCIA

356. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

357. OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

358. RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE	
CARGO	
TELÉFONO DE CONTACTO	
E-MAIL	

359. FECHA ESTIMADA DE REALIZACION

360. INDICADORES

FORMULARIO RESUMEN PLAN ANUAL CAPACITACIÓN FUNCIONARIOS ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378)
DEPARTAMENTO DE SALUD DE CURICO FECHA 2012

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION / FECHA DE REALIZACIÓN	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS
		A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis-trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL	
1.-	CT Medición agudeza visual (Marzo 2012)	0	30	6	0	0	0	36	11
	CT actualización en plan nacional de inmunizaciones (Marzo2012)	0	12	30	0	0	0	42	11
	CT Evaluación Escala neuro sensorial (Abril 2012)	14	12	0	0	0	0	26	11
	CT Evaluación Escala Massie y Campbell (Abril 2012)	0	20	0	0	0	0	20	33
	CT Gestor de caso adulto mayor (Mayo 2012)	6	24	18	0	0	0	48	22
2.-	C Actualización normas VIH - SIDA Julio 2012)	0	14	20	6	0	0	40	11
3.-	C Actualizacion cardiovascular (Mayo 2012)	6	18	18	0	0	0	42	22
4.-	CT Manejo de heridas y pie diabético Junio 2012)	0	18	22	0	0	0	40	22
	CT actualización en manejo de urgencias en SAPU (junio 2012)	4	6	12	0	0	0	22	33
	CT Metodologías educativas en salud (Agosto 2012)	0	6	34	0	0	0	40	22
	C Oxigenoterapia (Septiembre 2012)	0	12	18	0	0	0	30	11
	CT Buen servicio y calidad de la atención (Octubre 2012)	0	0	0	0	40	0	40	33
5.-	CT Autocuidado (Agosto 2012)	0	6	6	0	18	12	42	22
	CT Autocuidado (Septiembre 2012)	0	6	6	0	18	12	42	22
6.-	CT Excell básico (abril 2012)	0	0	0	0	40	0	40	22
	CT Excell intermedio (Mayo 2012)	0	0	0	0	40	0	40	33
7.-									
8.-	Escuela de Salud							25	33
9.-	CT Control de emergencias (Julio 2012)	0	0	6	0	14	16	36	22
TOTALES	18	30	184	196	6	170	40	651	396

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	FINANCIAMIENTO					ACTIVIDAD REALIZADA		ASISTENCIA PROGRAMADA O ESTIMADA	ASISTENCIA	
	ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ASIGNADO	TOTAL PRESUPUESTO EJECUTADO	SI	NO	Nº	Nº	%
1.-	150000	72						36		
	150000							42		
	100000							26		
	300000							20		
	300000							48		
2.-	150000							40		
3.-	300000							42		
4.-	300000							40		
	300000							22		
	300000							40		
	200000							30		
	300000							40		
5.-	500000							42		
	500000							42		
6.-	500000							40		
	800000							40		
7.-										
8.-	3000000							25		
9.-	300000							36		
TOTALES	8450000							651		

SALUD PRIMARIA DE CALIDAD AL SERVICIO DE LA GENTE