PLAN COMUNAL DE SALUD MUNICIPAL

DEPARTAMENTO DE SALUD DE CURICÓ

2013

“ Salud Primaria de Calidad al Servicio de la Gente “

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

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

COLABORACION ESPECIAL

SRTA. CAROLINA ACEVEDO DROGUETT	ENFERMERA C. CURICO CENTRO.
SRTA. SILVIA IBARRA VILLAR	A. SOCIAL CESFAM SARMIENTO

INDICE

INTRODUCCION ***4***

DESCRIPCIÓN SOCIOSANITARIA COMUNA DE CURICO ***8***

RED DE SALUD COMUNAL ***38***

DOTACION DE PERSONAL ***56***

PRESUPUESTO COMUNAL ***62***

PLAN DE CAPACITACION ***70***

ANALISIS DE SITUACION Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS DE SALUD ***72***

PLAN DE ACCION COMUNAL ***81***

PLANES DE SALUD POR ESTABLECIMIENTO ***99***

- ***CESFAM MIGUEL ARENAS LÓPEZ*** ***100***
- ***CESFAM COLON*** ***117***
- ***CESFAM SOL DE SEPTIEMBRE*** ***141***
- ***CESFAM CURICO CENTRO*** ***164***
- ***CENTRO DE SALUD FAMILIAR SARMIENTO*** ***181***
- ***CESFAM LOS NICHES*** ***203***

INTRODUCCION

El Plan de Salud Comunal es el instrumento que define las acciones sanitarias de la comuna, en el marco del Plan de Desarrollo Comunal y en concordancia con la misión y visión municipal. Además, está regulado por las orientaciones técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria, según señala la Ley 19.378.

La municipalidad de Curicó, por intermedio de la Dirección de Salud, ha elaborado el Plan de Salud Comunal para el año 2013, que recoge los elementos fundamentales del Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, que centra su accionar en el cuidado integral de las familias, enfatizando en acciones preventivas y promocionales que se orienten al fomento de estilos de vida saludable, de la acción inter y multisectorial y de la responsabilidad familiar y comunitaria en el cuidado de la salud.

El Plan incorpora también las acciones contempladas en las Garantías Explícitas en Salud de responsabilidad de la Atención Primaria. El análisis de la situación demográfica y epidemiológica que presenta la comuna, y su probable evolución en el corto y mediano plazo, junto con la expresión de las necesidades ciudadanas a través de los procesos participativos, ha permitido la definición de los objetivos sanitarios prioritarios a alcanzar para la población beneficiaria de nuestra red local de salud.

La primera prioridad es mantener y fortalecer los éxitos en materia de acceso a prestaciones de salud y resultados sanitarios logrados; en segundo lugar, innovar en el combate a los problemas de salud derivados de los estilos de vida y conductas de nuestra población; y en tercer lugar, concebir las acciones sanitarias desde un enfoque anticipatorio al daño y a las esperables consecuencias de los cambios demográficos y epidemiológicos en nuestra población.

Las acciones en estos ámbitos están siendo implementadas y se continuarán en 2012. El Plan de Salud exhibe los resultados alcanzados y los desafíos a enfrentar en todas los ámbitos del cuidado a lo largo de la vida de nuestra población y las acciones en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que se proyectan realizar durante 2013, recogidas en la Programación de Actividades y en el Plan de Promoción y Participación Social.

Finalmente, este documento presenta la Dotación de Personal que se ha establecido como la más adecuada para desarrollar las actividades del año, junto con el Plan de Capacitación que recoge las necesidades de competencias de los recursos humanos detectadas; y el Presupuesto para 2013, que da cuenta de los recursos financieros requeridos para la implementación del Plan de Salud 2013.

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

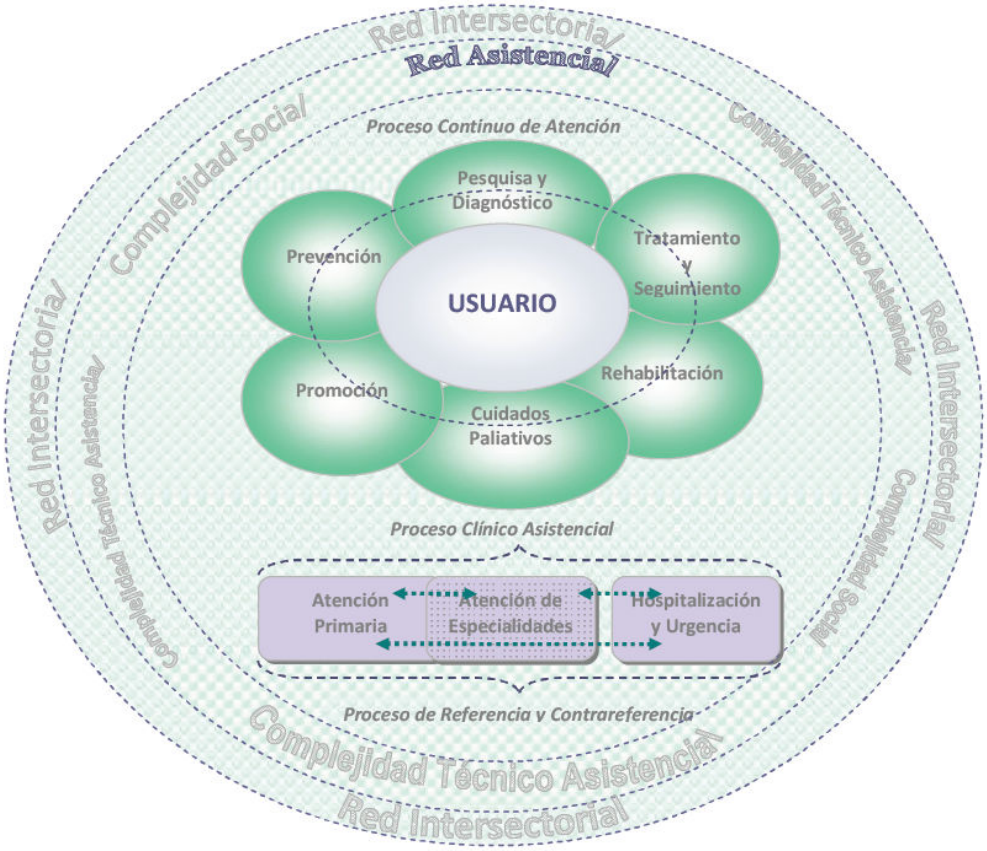


Ilustración 1: Diseño General del Sistema Sanitario en Red

PROGRAMA DE SALUD COMUNAL

Los temas prioritarios para la gestión en la Atención Primaria para el año 2013, según las Orientaciones dadas por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria son:

- 1. Destacar la importancia de considerar la salud, desde la perspectiva de ciclo vital individual y familiar.
- 2.-Incorporar una visión de mediano y largo plazo, a través de una Planificación de la Red Asistencial y a corto plazo la Programación anual de la Red.
- 3.-Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
- 4.-Avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década, a partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.
- 5.-Desde la perspectiva del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, se releva la implementación de las estrategias trazadoras, que den cuenta del Modelo de atención integral, como son: los estudios de familia, la consejería familiar, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos en todo el ciclo vital, entre otras.

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 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Construir un Diagnóstico de Salud Comunal, evaluando los principales indicadores de salud, acciones y programas ejecutados en el año 2012.
- Establecer 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 extrasectoriales relevantes, y la discusión de premisas de aplicabilidad y amenazas.
Los temas abordados en cada Objetivo Estratégico (OE) consideran 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.

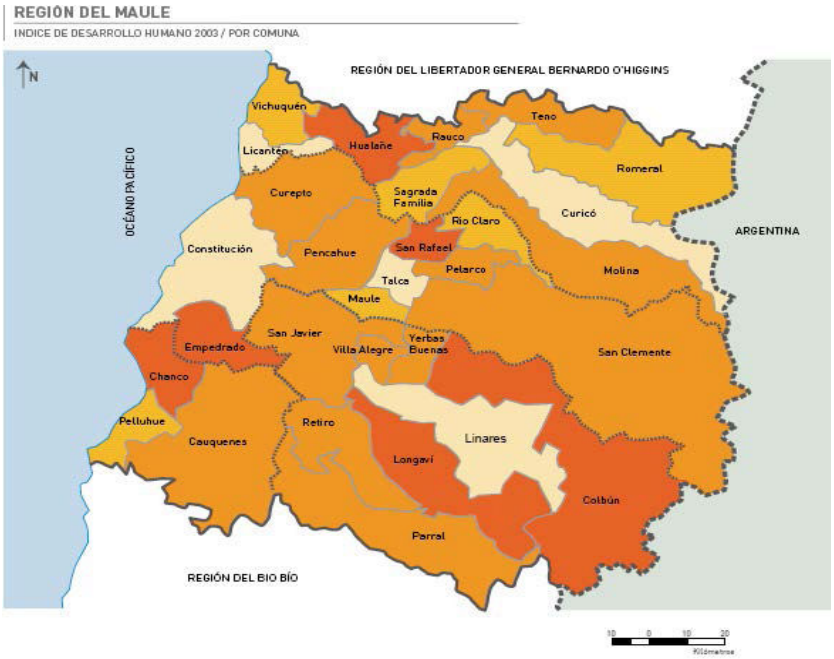
En 1830 obtiene el título de Ciudad y hoy es capital de la Provincia de Curicó perteneciente a la Región del Maule en el Valle Central de Chile.

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 2011: 142.708
Hombres: 69.887
Mujeres: 72.821
Territorio km2: 1.328,4 km²,
Densidad pobl.: 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

INDICADORES DEMOGRAFICOS Y SANITARIOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

1.- CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO

-

INDICADOR	COMUNA		REGION	
	Nº	%	Nª	%
< 15 AÑOS	30.384	21.2 %	221.898	21.6%
15 A 64 AÑOS	100.069	70%	700.948	68.4%
65 Y MAS AÑOS	12.255	8.8 %	100.840	9.8%
TOTAL	142.708	100 %	1.023.686	100%

Fuente: DEIS Minsal año 2011(Fuente INE)

2.-Índice de Dependencia, Masculinidad, vejez, % ruralidad, tasa de crecimiento vegetativo Chile y comuna de Curicó, año 2011

Territorio	Año 2012		Índice Masculinidad	Índice Depend Demog	Índice adultos mayores o Vejez	% Ruralidad Distrib geog	Tasa crecim. Vegetativo
	Hombre	Mujer	2012	2012	2012	2011	2011
Curicó	69.886	72.824	95.97	42.61	40.34	16.0	0.9 %
Región Maule	509.422	514.264	99.06	46.04	45.44	32.2	0.81 %
País	8.610.934	8.767.698	97.99	45.50	43.70	13.0	0.93 %

Fuente: DEIS Minsal año 2011

INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

1.-Distribución de la población por pobreza. Comuna de Curicó, región del Maule año 2010

Condición	Curicó	Región	País
% Indigentes	3.08	4.90	3.74
%Pobres no indigentes	19.52	15.85	11.38
% No Pobres	77.40	79.24	84.88

Fuente: Pagina Web http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_publicaciones.php?ano=2009
-Reporte estadístico Comunal 2012 Curicó, Biblioteca del Congreso Nacional

2.- Ingreso promedio de los hogares, comuna Curicó, Región Maule, Chile. CASEN 2009

Lugar	Ingreso Autónomo	Subsidio Monetario	Ingreso Monetario
Comuna	**684.843**	**16.650**	**701.493**
Región	**495.737**	**23.947**	**519.684**
País	**735.503**	**18.762**	**754.295**

Fuente: Pagina Web
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_publicaciones.php?ano=2009
-Reporte estadístico Comunal 2012 Curicó, Biblioteca del Congreso Nacional

3. Escolaridad promedio y analfabetismo. Comuna Curicó, Región Maule, año 2011

Lugar	Promedio escolaridad	Analfabetismo
Comuna	**9.86**	**5.48**
Región	**9.05**	**6.20**
País	**10.38**	**3.52**

Fuente: Pagina Web
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_publicaciones.php?ano=2009
-Reporte estadístico Comunal 2012 Curicó, Biblioteca del Congreso Nacional

4.- Distribución de la población según sistema previsional de salud Comuna Curicó, Región del Maule, año 2009

Lugar	Público	Privado	Otro
Comuna	**80.97**	**11.51**	**7.53**
Región	**88.12**	**6.10**	**5.77**
País	**78.79**	**13.04**	**8.17**

Fuente: Pagina Web
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_publicaciones.php?ano=2009
-Reporte estadístico Comunal 2012 Curicó, Biblioteca del Congreso Nacional

5.- Indicador de saneamiento Comuna Curicó, Región del Maule, año 2009

Lugar	Aceptable	Deficitario
Comuna	**90.0**	**10.0**
Región	**89.3**	**10.7**
País	**93.6**	**6.4**

Fuente: Pagina Web
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_publicaciones.php?ano=2009
-Reporte estadístico Comunal 2012 Curicó, Biblioteca del Congreso Nacional

6.- Acceso a agua potable, Comuna Curicó, Región del Maule, año 2009

Lugar	Cobertura de Agua Potable (%)	
Región	99.7	
País	99.3	
Comuna	Aguas Nuevo Sur Curicó	100
	Aguas del Centro Loteo Doña Carmen	100
	Aguas Sarmiento Sector Sarmiento	99.9

Fuente:http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/reportes_com.php

7.- Índice de desarrollo humano Comuna Curicó, Región del Maule, año 2011

Año 1994-2003	IDH	Índice dimensión salud	Índice dimensión Educación	Índice dimensión ingresos
Comuna	0.71	0.744	0.733	0.653
Región	0.675	0.744	0.696	0.585
País	0.725	0.776	0.748	0.650

Fuente: Pagina Web www.pnud.cl
-Reporte estadístico Comunal 2012 Curicó, Biblioteca del Congreso Nacional

INDICADORES SANITARIOS

1.-Tasa de Natalidad de la comuna de Curicó, Región del Maule, año 2010

Esta tasa representa la frecuencia con que ocurren los nacimientos en un período de tiempo determinada, por cada mil habitantes. Curicó, presenta cifras superiores al país y región.

Lugar	Tasa de Natalidad
Comuna Curicó	15.6
Región Maule	14.0
País	14.7

Fuente: DEIS Minsal año 2010.

2.-Tasa de Mortalidad General de la Comuna de Curicó e índice de Swaroop según sexo, país Chile, Región del Maule y principales comunas año 2009.

La tasa de Mortalidad General representa la razón entre el número de muertes ocurridas en un territorio y la cantidad de habitantes de dicha área en un año dado. Se expresa por cada mil habitantes. Este indicador es menor al regional pero mayor al país
El Índice de Swaroop representa la proporción de fallecimientos entre personas de 50 y mas años por cada 100 defunciones totales. En los países desarrollados este Índice ronda el 90% que se vincula a sociedades más longevas y con mejores niveles de bienestar. Éste Índice en Curicó es similar a la región y al país pero destaca el hecho de que en hombres es notoriamente mejor.

Lugar	Tasa Mortalidad General			Índice de Swaroop		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Curicó	5.7	5.8	5.5	78.5	74.4	82.8
Región Maule	5.9	6.7	5.1	74.8	69.5	81.7
País	5.4	5.9	5.0	75.0	69.3	81.5

Fuente: DEIS Minsal año 2009. Tasa x 1000 Habitantes

3.- Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes en Chile, Región Maule y principales Comunas. Año 2010.

La Mortalidad Infantil indica el riesgo de morir de un niño antes del año de vida y se desagrega en mortalidad neonatal (antes de los 28 días) y post natal (entre 28 días y un año). En nuestro país el riesgo de morir de un niño antes del año de vida ha ido disminuyendo en el tiempo, con una tendencia a la estabilidad. La tasa de mortalidad infantil del año 2010 en Curicó es menor que en la región y país, siendo la más baja de la última década, por lo tanto es necesario evaluar con cautela este indicador y esperar su comportamiento en los próximos años.

Lugar	Tasa Mortalidad Infantil	Tasa Mortalidad Neonatal	Tasa Mortalidad Post Natal (Infantil tardía)
Comuna Curicó	4.1	3.2	0.9
Región Maule	8.6	6.1	2.5
País	7.4	5.1	2.3

Fuente: DEIS Minsal año 2010 Tasa x 1000 Nacidos Vivos

4.- Evaluación de la tasa de Natalidad, Mortalidad General, Índice de Swaroop, mortalidad infantil Comuna de Curicó años 2004-2010.

Año	Tasa natalidad	Tasa Mortalidad General	Índice Swaroop	Tasa Mortalidad Infantil
2004	15.6	5.5	81.2	6.0
2005	16.3	5.3	79.9	7.5
2006	16.0	5.2	84.3	6.3
2007	15.9	5.7	83.5	7.0
2008	16.5	5.2	73.0	8.9
2009	15.6	5.6	78.5	6.5
2010	15.6	5.7	76.2	4.1

Fuente: DEIS Minsal año 2004-2010

En todos los indicadores presentados se mantiene una tendencia estable en los últimos 7 años, destacando el leve pero negativo descenso en el Índice de Swaroop y la tasa de mortalidad infantil del año 2010 la que siendo muy positiva, como se estableció anteriormente hay que esperara su evolución en los próximos años

Tasa de Mortalidad por grupo etario.
5.- Mortalidad de la niñez (1 a 9 años), país Chile, Región del Maule, comuna Curicó, año 2009

Lugar	1 a 4 años	5 a 9 años
Comuna Curicó	0.1	0.0
Comuna Talca	0.1	0.4
Comuna Linares	0.8	0.3
Comuna Cauquenes	0.0	0.3
Región Maule	0.4	0.2
País	0.3	0.2

Fuente: DEIS Minsal, estadísticas Vitales año 2009 Tasa x 1000 Habitantes

En la comuna se aprecia en ambos grupos tasa de mortalidad inferior al valor país y al valor regional, lo que nos insta a seguir realizando prevención, diagnósticos precoces e intervenciones eficientes y oportunas utilizando los recursos disponibles de la red.

6.-Mortalidad de adolescencia (10 a 19 años) en Chile, Región del Maule, principales comunas de Curicó, año 2009

Lugar	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Comuna Curicó	0.3	0.3	0.3
Comuna Talca	0.5	0.7	0.3
Comuna Linares	0.4	0.5	0.3
Comuna Cauquenes	0.5	0.8	0.3
Región Maule	0.4	0.6	0.3
País	0.4	0.5	0.2

Fuente: DEIS Minsal, estadísticas Vitales año 2009 Tasa x 1000 Habitantes

Esta tabla muestra a Curicó con una tasa de mortalidad similar para ambos sexos, mientras que a nivel nacional y comunal de nuestra región se muestra una tasa de mortalidad mayor en hombres asociado a traumatismos y accidentes. A pesar de tener valores bajo lo nacional sabemos que son grupos con conductas de riesgo y con una baja tasa de consulta en el cual hay que focalizarse.

7.- Mortalidad del adulto (20 a 64 años) Región del Maule, Comuna de Curicó, años 2009

Lugar	20 a 44 años		45 a 64 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Curicó	1.0	0.7	6.1	3.9
Región Maule	2.0	0.6	6.8	3.9
País	1.6	0.6	6.6	3.7

Fuente: DEIS Minsal, estadísticas Vitales año 2009 Tasa x 1000 Habitantes

Las tasas de mortalidad en hombre se encuentran bajo el valor regional, destacando el hecho que en la comuna la tasa de mortalidad en mujeres es menor a la de hombres en ambos grupos etarios**.**

8.- Mortalidad del Adulto Mayor, región del Maule, Comuna de Curicó; año 2009

Lugar	65 a 79 años		80 y mas años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Curicó	38.6	22.8	147.4	148.5
Región Maule	33.1	18.9	127.7	121.1
País	31.9	18.9	122.7	100.6

Fuente: DEIS Minsal, estadísticas Vitales año 2009 Tasa x 1000 Habitantes

La tasa de Mortalidad en este grupo etario es mayor que en la Región y País teniendo un significativa diferencia por sexo

9.- Años de Vida potencialmente Perdidos, 2009

Este indicador entrega una estimación de las muertes prematuras, definidas como aquellas que se producen antes de los 80 años, multiplicadas por la distancia en años entre la edad de muerte y dicho límite. Curicó presenta Tasas de AVPP inferiores a la Región y el país lo que refleja un indicador positivo para nuestra comuna

Lugar	Tasa AVPP <80	Tasa Hombres	Tasa Mujeres
Comuna Curicó	6.920	7.900	5.970
Región Maule	8.271	10.986	5.560
País	7.570	10.627	5.357

Fuente: DEIS Minsal año 2009.

10.-Accidentes de Transito Comuna Curicó, región del Maule, año 2011

Lugar	Índice de severidad	Tasa de accidentabilidad		Tasa de Mortalidad		Tasa de morbilidad	
		100.000 hbtes	10.000 vhcos	100.000 hbtes	10.000 vhcos	100.000 hbtes	10.000 vhcos
Comuna	2.50	364.29	171.93	9.12	4.30	314.30	148.33
Región	3.37	432.19	179.65	14.57	6.06	357.37	148.55
País	1.80	671.75	372.19	12.06	6.68	420.58	233.06

Fuente: www.conaset.cl
-Reporte estadístico Comunal 2012 Curicó, Biblioteca del Congreso Nacional**.**

Siendo los accidentes de transito un problema de salud pública por sus consecuencias estos indicadores nos señalan que en Curicó son menos los accidentes y menores consecuencias de morbimortalidad que la realidad país

11.-Índice Epidémico 2011

Enfermedades	INDICE EPIDEMICO		
	CURICÓ	REGIÓN	CHILE
Transmitidas por alim	0	0.66	1.12
Trans. respiratoria	1.11	1	1.03
Trans. Sexual	0.72	0.97	1.15
Prevenibles por inmuniz	0.5	2.59	2.09
Hepatitis Víricas	1.18	1.01	1.06
Zoonosis y vectores	0.5	1.24	1.07
Importadas	0	0	2
Otras	0	1	1.02

Fuente: DEIS Minsal año 2011

Curicó presenta un índice epidémico normal en las enfermedades respiratorias donde destaca la TBC y Hepatitis víricas, con valores inferiores a 1.25 lo que nos obliga a mantenernos alerta y reforzar la vigilancia epidemiológica principalmente de estas patologías y las notificaciones ENO

12.-Tasa de Incidencia de las enfermedades de notificación obligatoria, su tendencia.

Patologías	2007		2008		2009		2010		2011	
	Nº	tasa	Nº	tasa	Nº	tasa	Nº	tasa	Nº	tasa
F Tifoidea	3		2		0		0		0	
TBC	20		13		21		18		18	
Gonorrea	9		0		9		7		1	
Sífilis	11		9		23		26		23	
Parotiditis	11		13		9		12		6	
Rubeola	30		0		0		0		0	
Coqueluche	9		1		1		3		1	
Hepatitis viral	5		7		6		11		13	
Hidatidosis	1		1		1		0		0	
Hanta Virus	0		0		0		3		0	

Fuente: DEIS Minsal año 2011

13- Egresos Hospitalarios por grupos de causas, Chile, región del Maule, Comuna Curicó año 2009.y la importancia relativa de las causas de Egreso

Causas de Egreso	***Chile***	***%***	***Región***	***%***	***Curicó***	***%***
Enf. Parto y puerperio	340.348	20,2	17.940	36,6	4.924	30,2
Enf. Sistema Digestivo	197.036	11,7	4.886	10,0	2.455	15,0
Enf. Sistema Respiratorio	179.338	10,7	4.590	9,4	1.592	9,8
Traumatismos y envenenamientos	156.646	9,3	3.001	6,1	1.408	8,6
Enf. Sistema Genitourinario	131.603	7,8	4.154	8,5	1.396	8,6
Enf. Sistema Circulatorio	121.347	7,2	2.532	5,2	855	5,2
Tumores	117.860	7,0	2.554	5,2	592	3,6
otros	104.830	6,2	3.090	6,3	924	5,7
Afecc perinatales y malformaciones	63.272	3,8	1.289	2,6	601	3,7
Enf. Sistema Osteomuscular	58.105	3,5	629	1,3	260	1,6
Enf. Infecciosas y parasitarias	51.228	3,0	1.124	2,3	386	2,4
Enf. Endocrinas	40.770	2,4	817	1,7	221	1,4
Trastornos Mentales	32.029	1,9	738	1,5	190	1,2
Enf. SNC.	26.030	1,5	371	0,8	159	1,0
Enf. Piel y tejidos	24.412	1,5	563	1,1	196	1,2
Enf. Ojo	22.138	1,3	283	0,6	36	0,2
Enf. sangre	8.685	0,5	316	0,6	68	0,4
Enf. Oído	6.379	0,4	137	0,3	64	0,4
Total	1.682.056	100,0	49.014	100,0	16.327	100,0

Fuente: DEIS Minsal año 2009

Estado Nutricional

14.- Población en control, gestantes y mujeres de 6ªmes post parto en control, según Estado Nutricional, Comuna de Curicó, Región del Maule año 2011

Lugar	Grupo Poblacional	Obesa	Sobrepeso	Normal	Bajo peso	Total
Curicó	Gestantes	23.0%	35.4%	36.4%	5.1%	996
	Mujeres 6° mes post parto	21.3%	30.3%	45%	3.3%	211
Región Maule	Gestantes	24.2%	34.7%	34.9%	6.3%	6267
	Mujeres 6° mes post parto	27.0%	35.5%	34.4%	3.1%	1980
País Gestantes	Gestantes	22.9%	33.2%	37.6%	6.2%	100.014
	Mujeres 6° mes Post parto	25.7%	34.7%	36.2%	3.4%	35.451

Fuente: DEIS Minsal año 2011

15.- Población en control, menor de 6 años, según estado Nutricional, Comuna Curicó, Región del Maule, año 2011

Lugar	Obesa	Sobrepeso	Normal	Bajo peso	Total
Curicó	10.2%	23.5%	64.2%	2.1%	10.080
Región Maule	10.3%	23.1%	64.1%	2.5%	68.764
País	9.8	23.2%	64.2%	2.8%	1.006.878

Fuente: DEIS Minsal año 2011

16.- Población en control Adulto Mayor, según estado nutricional, comuna Curicó, región del Maule, año 2011

Lugar	Obesa	Sobrepeso	Normal	Bajo peso	Total
Curicó	20.7%	29.3%	40.1%	10%	6.496
Región Maule	22.2%	29.1%	38.5%	10.2%	52.201
País	22.5%	29.3%	38.5%	9.7%	723.378

Fuente: DEIS Minsal año 2011

17.-Indicadores de riesgo para la salud

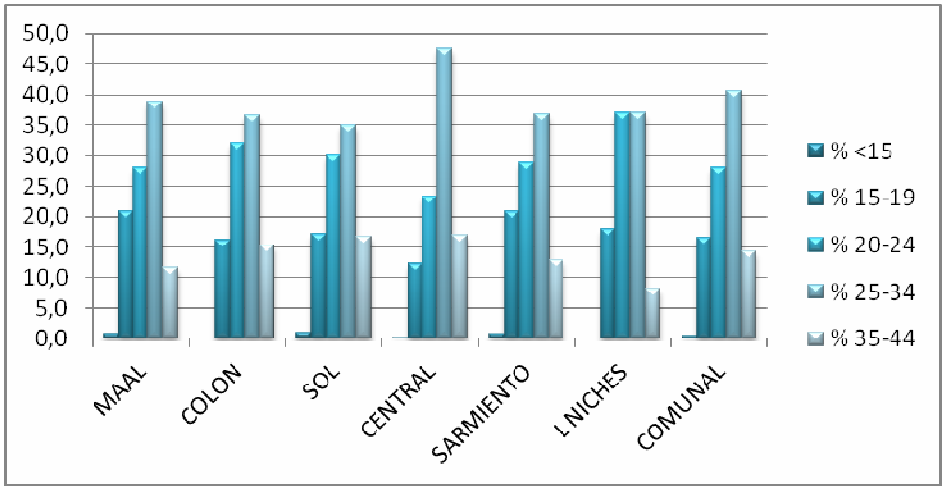
Lugar	Curicó	Región Maule	Chile
Proporción de adolescentes entre las embarazadas	16%	19%	21%
Nacidos Vivos de madres menores de 15 años	0.4%	0.3%	0.3%
Proporción de niños con Retraso en el DPM entre los 18 y los 23 meses en PBC	2.7%	1.0 %	0.8%
Proporción de niños con Déficit(Riesgo+retraso) en el DPM entre los 18 y los 23 meses en PBC	9.9 %	3.9%	4.7%
Proporción de niños con lactancia natural exclusiva a la edad de 6 meses	35.3%	30.9%	41.2%

Fuente: DEIS Minsal año 2011

Indicadores de Salud Local

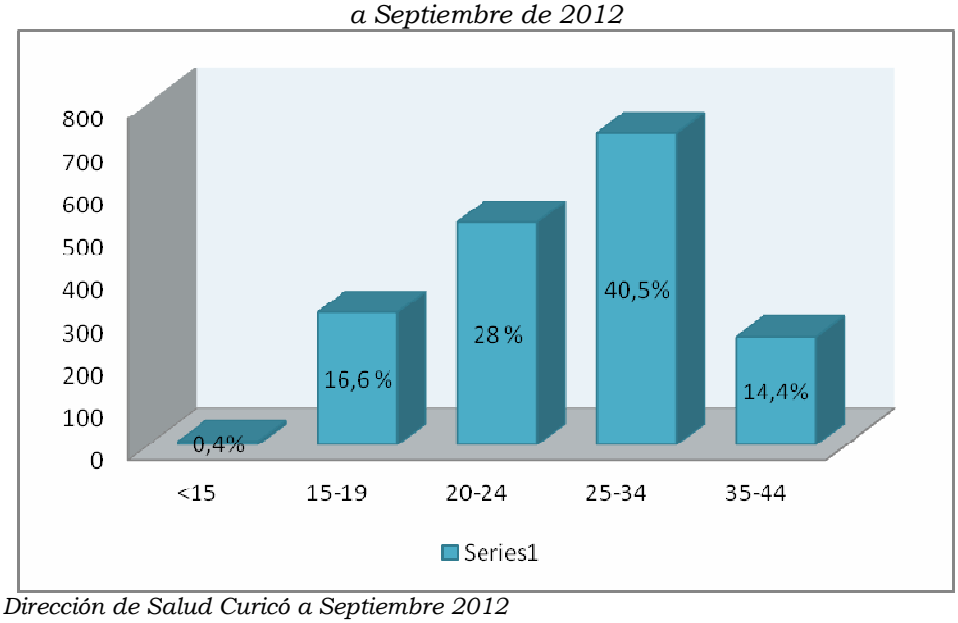
SALUD PERINATAL REPRODUCTIVA Y SEXUAL DE LA MUJER

Ingresos de gestantes a control de embarazo, según grupo etario y centros de salud, Curicó Enero a Septiembre 2012



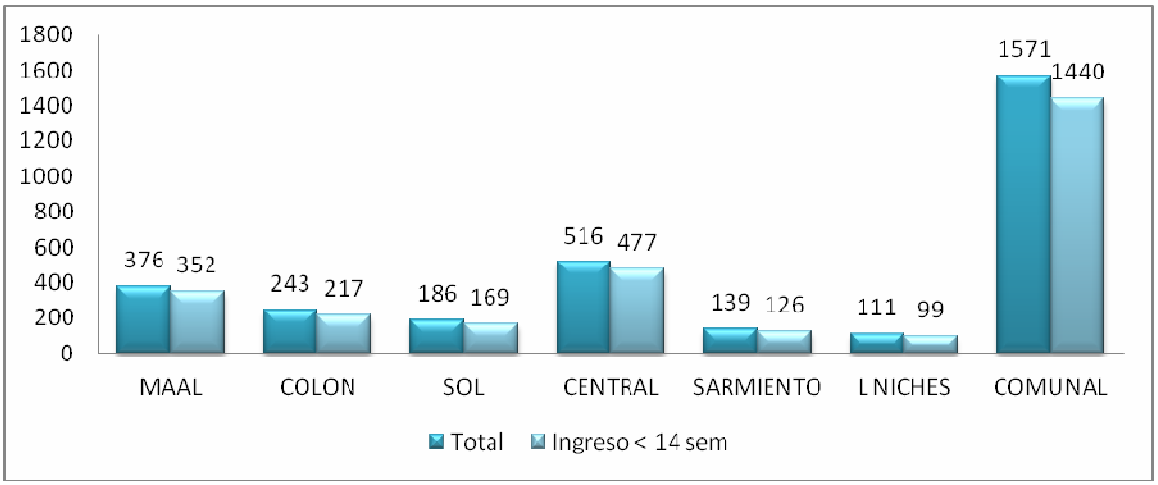
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Distribucion Comunal de Gestantes Ingresadas a control de embarazo según grupo etario a Septiembre de 2012



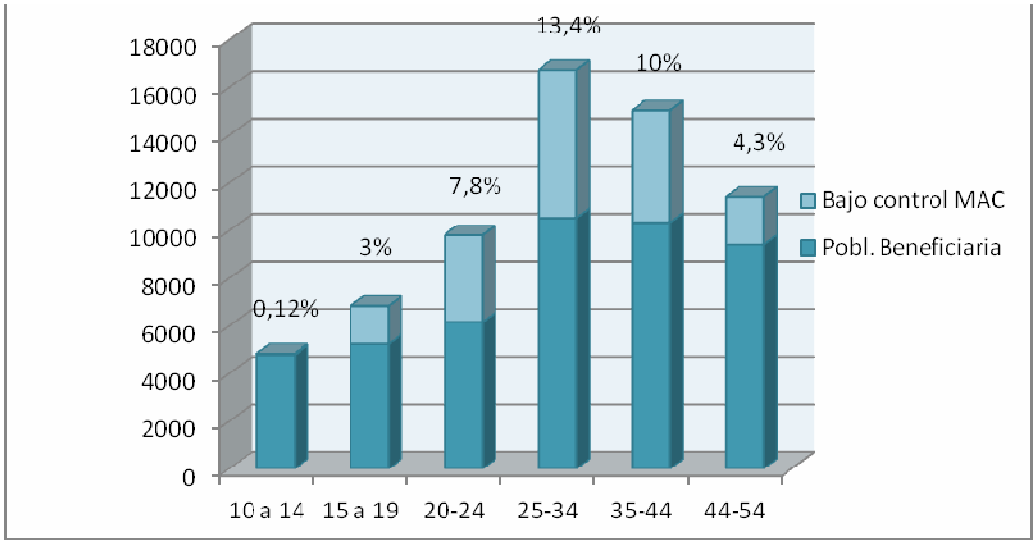
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Distribución de los Ingresos de embarazo antes de las 14 semanas en los centros de salud a septiembre de 2012



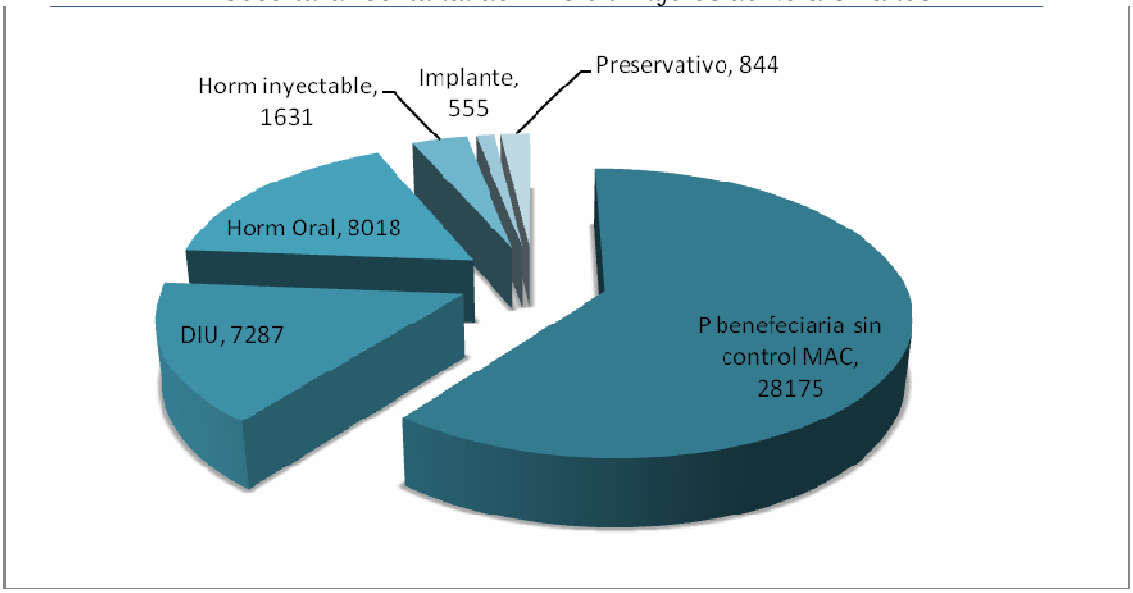
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Cobertura de MAC en Mujeres de 20 a 54 años



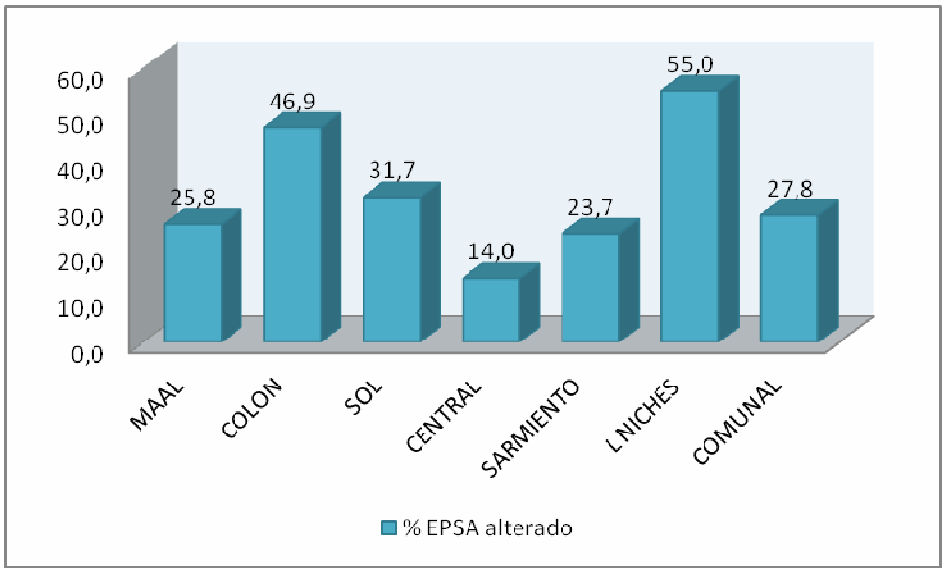
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Cobertura Comunal de MAC en Mujeres de 20 a 54 años



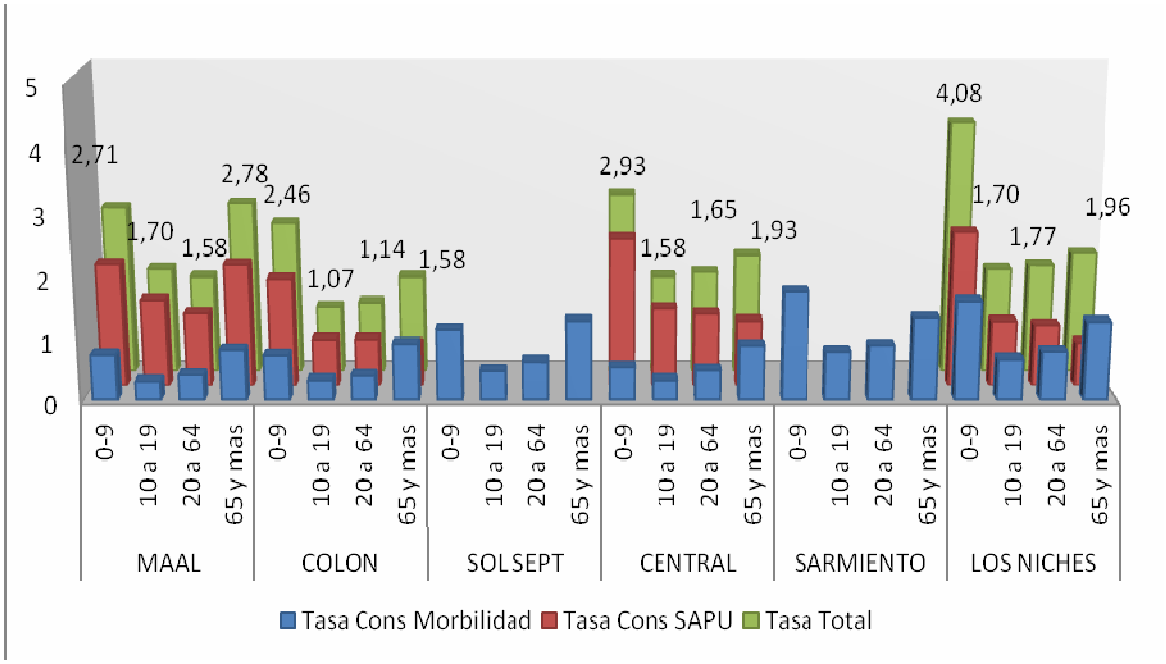
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Junio 2012

Riesgo Psicosocial en Embarazadas según aplicación de EPSA a Septiembre de 2012, en los diferentes centros de salud



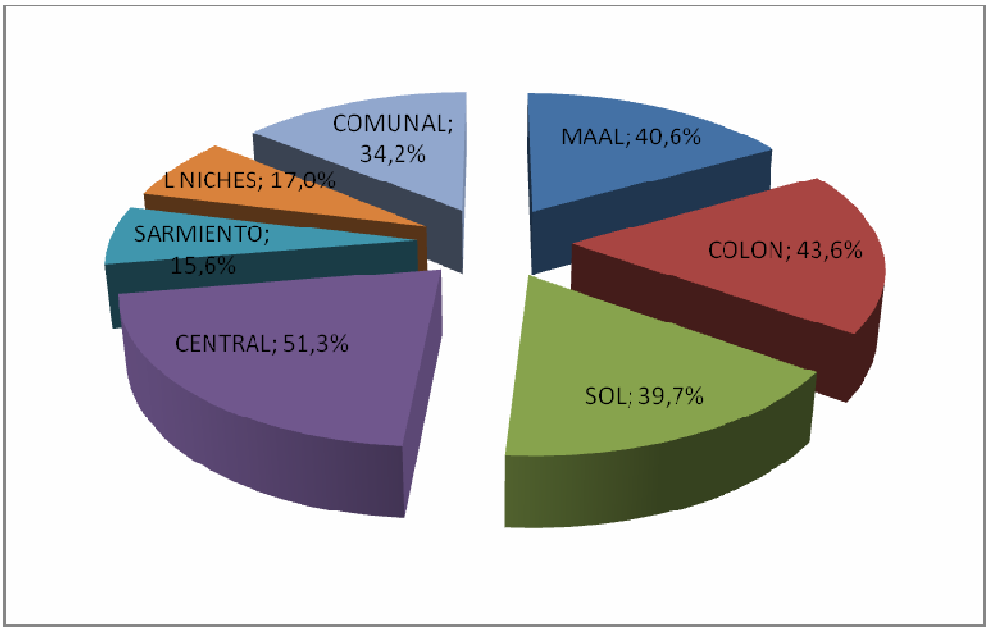
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Tasas de consulta de Morbilidad y SAPU, según grupo etario en los diferentes centros de la comuna a Septiembre de 2012.



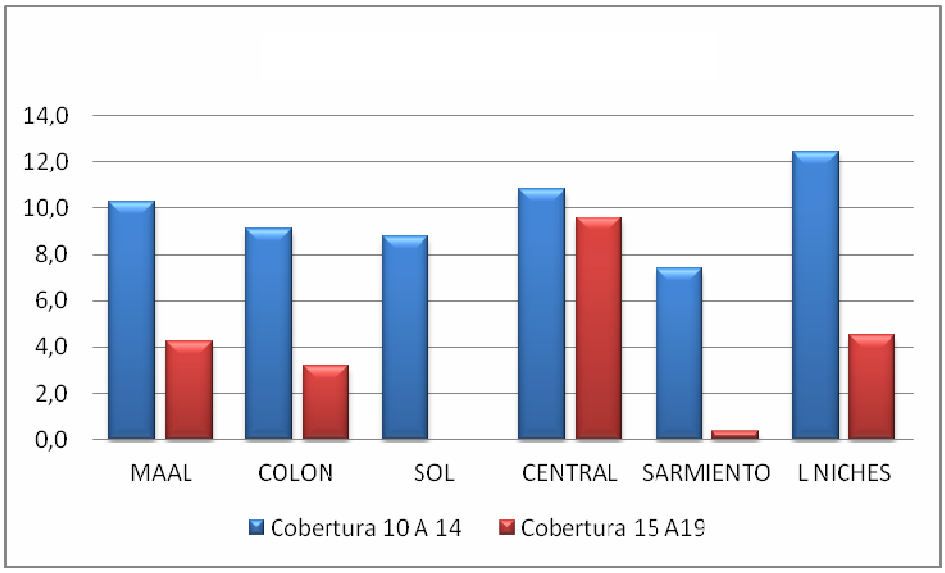
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Tasa de Derivación de pacientes a Kinesiterapia Respiratoria, según consulta de morbilidad por IRA baja a Septiembre de 2012, en los diferentes centros.



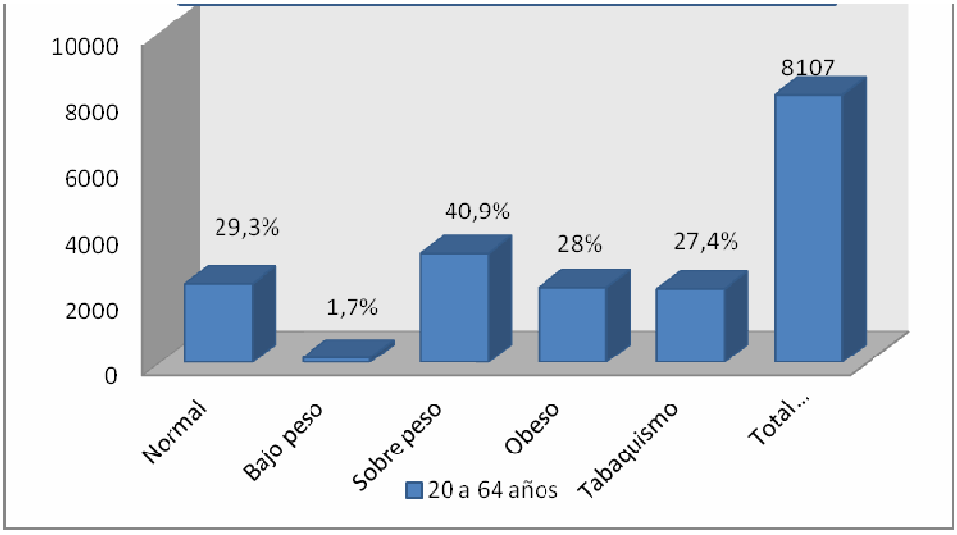
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Cobertura de Aplicación Ficha Clap en adolescentes, según centros de salud a Septiembre 2012



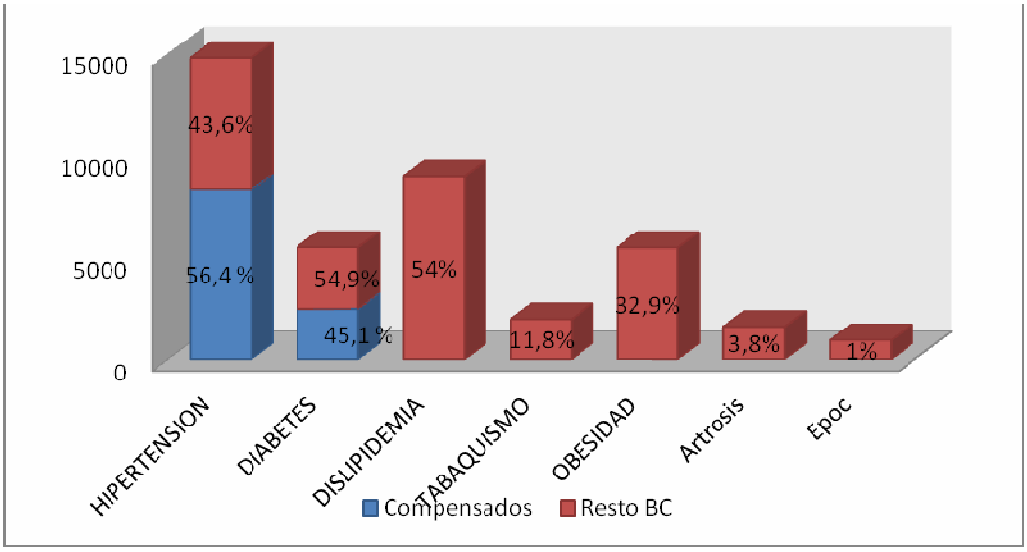
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Clasificación Comunal del Estado Nutricional en adultos, según EMP realizados a septiembre 2012



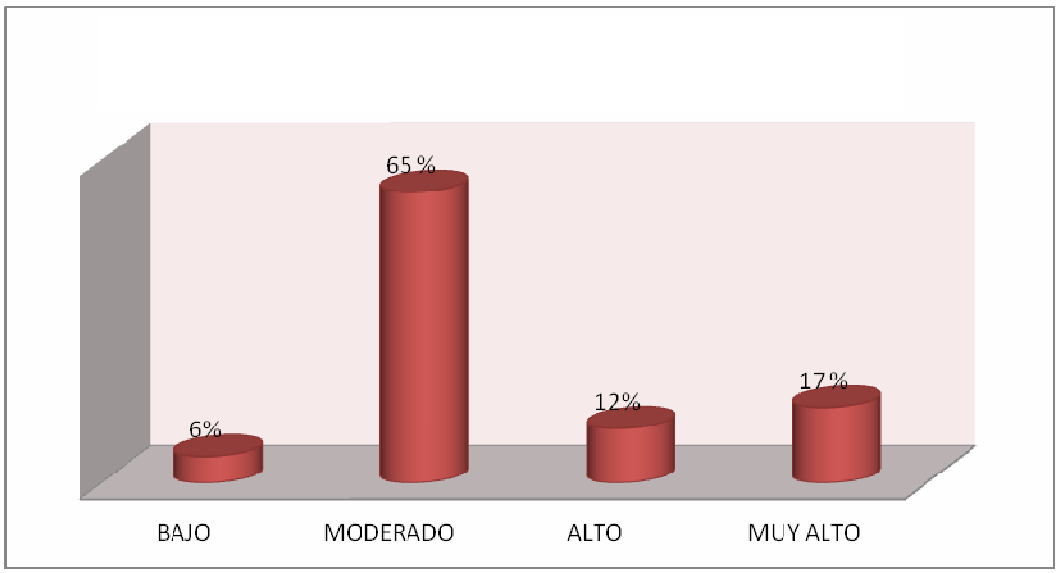
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Cobertura Comunal de eficacia en el manejo de pacientes Crónicos y presencia de factores de riesgo en adultos de 20 a 64 años bajo control a Junio de 2012.



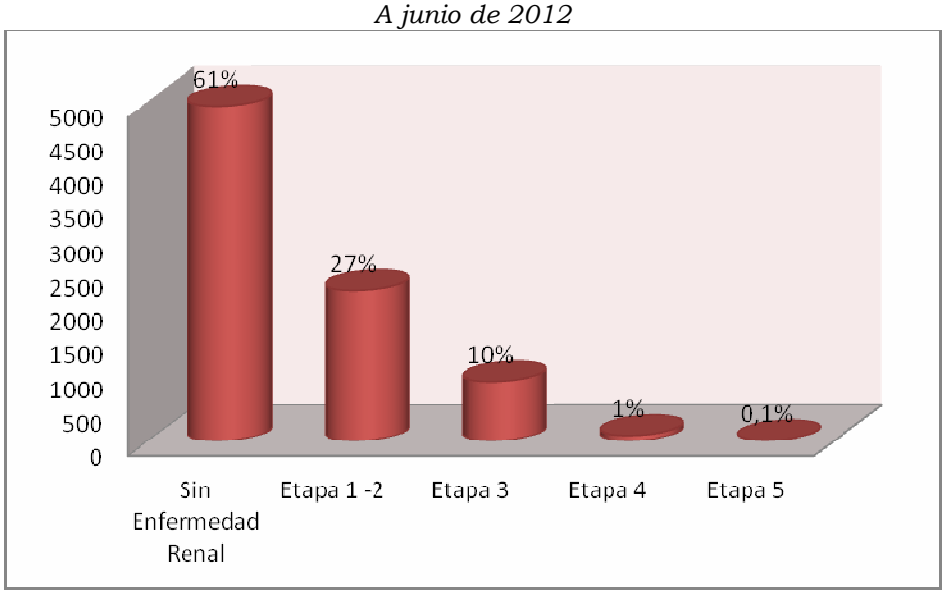
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Clasificación del Riesgo Cardiovascular en adultos bajo control



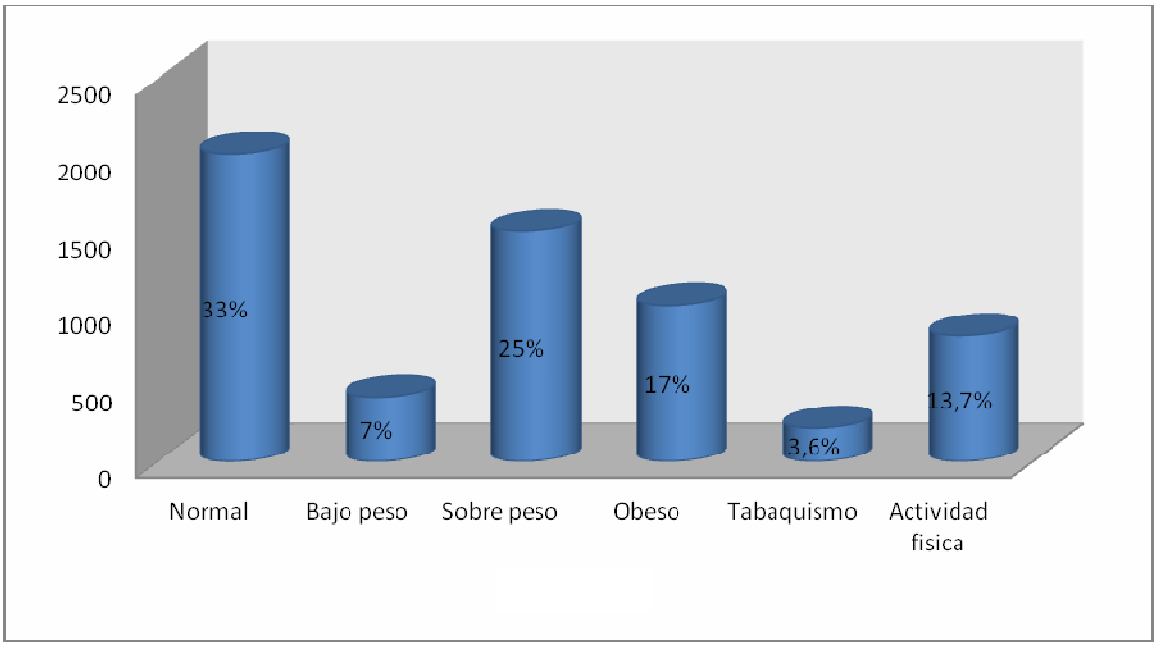
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Clasificación de la Detección de Enfermedad Renal en población Crónica Bajo Control A junio de 2012



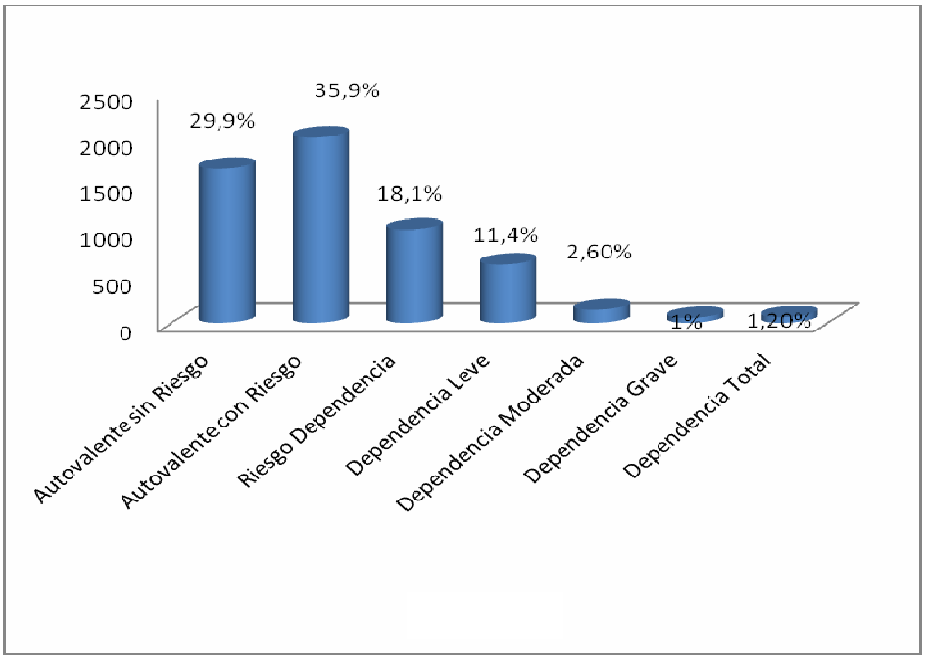
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Junio 2012

Clasificación comunal del Estado Nutricional en Adultos Mayores, según EMPAM realizados a septiembre 2012



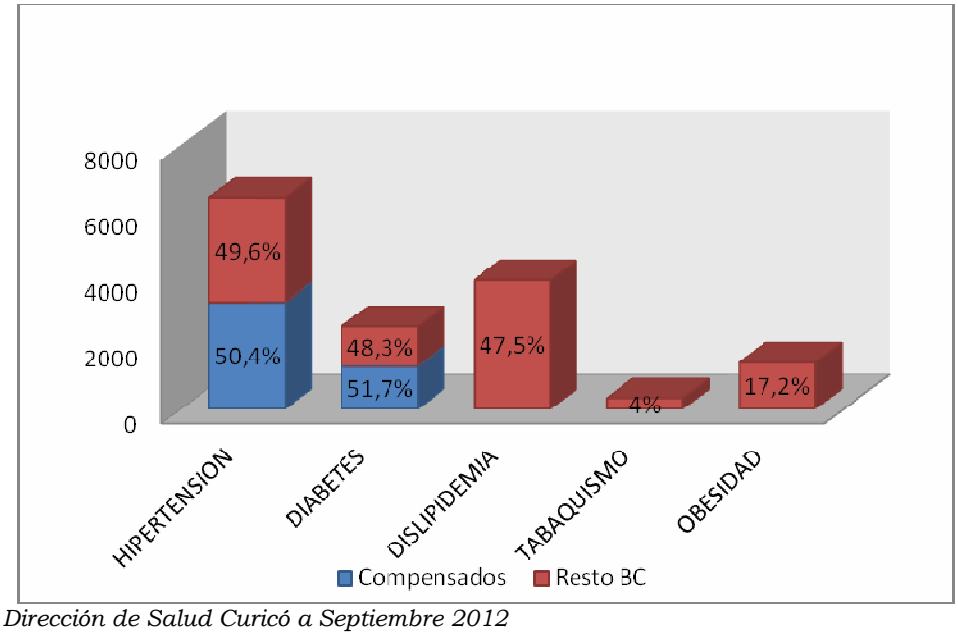
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Clasificación de la funcionalidad del Adulto Mayor según EMPAM a Septiembre de 2012



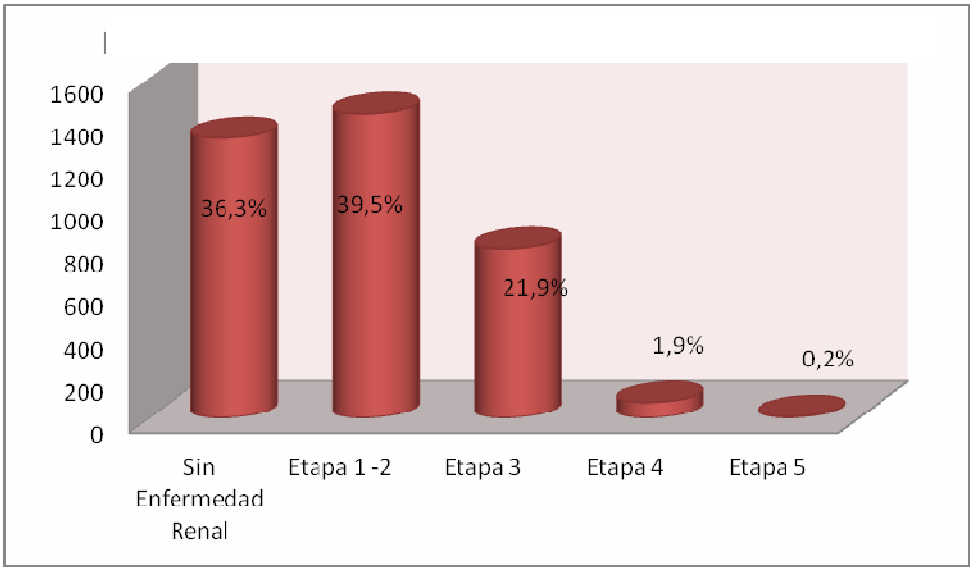
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Cobertura Comunal de eficacia en el manejo de pacientes Crónicos y presencia de factores de riesgo en adultos de 20 a 64 años bajo control a Junio de 2012.



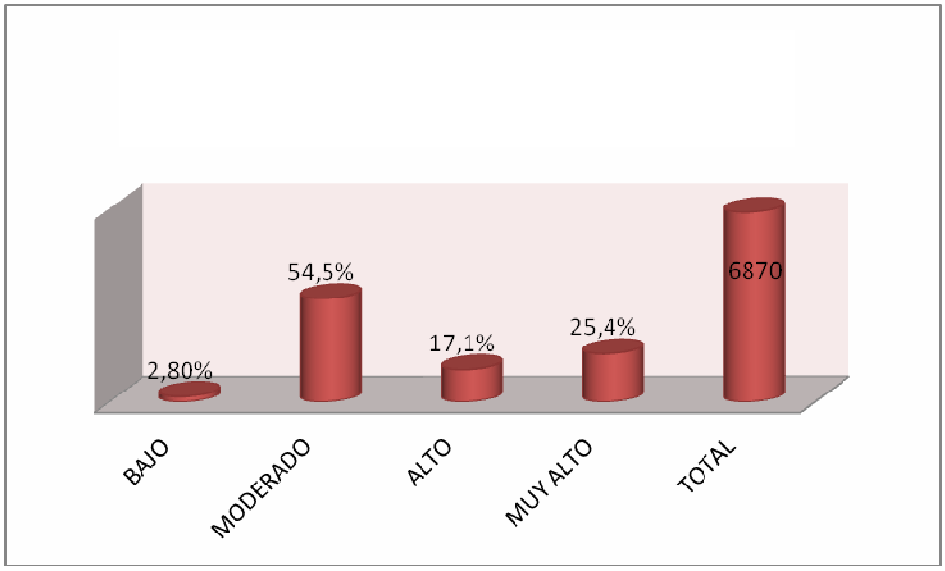
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Clasificación de la detección de Enfermedad Renal en Población Adulto Mayor Bajo control



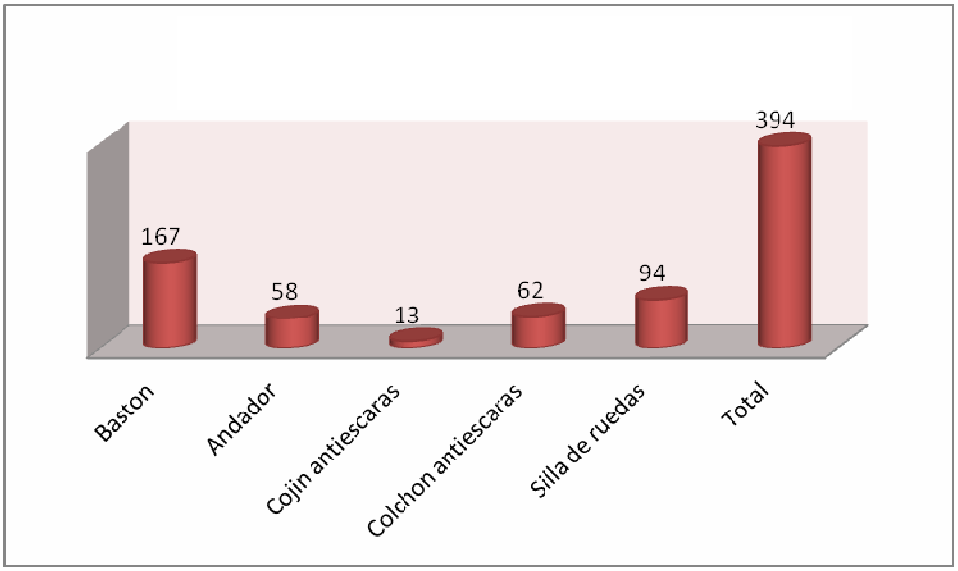
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Clasificación del Riesgo Cardiovascular en Adultos Mayores bajo Control a Junio de 2012



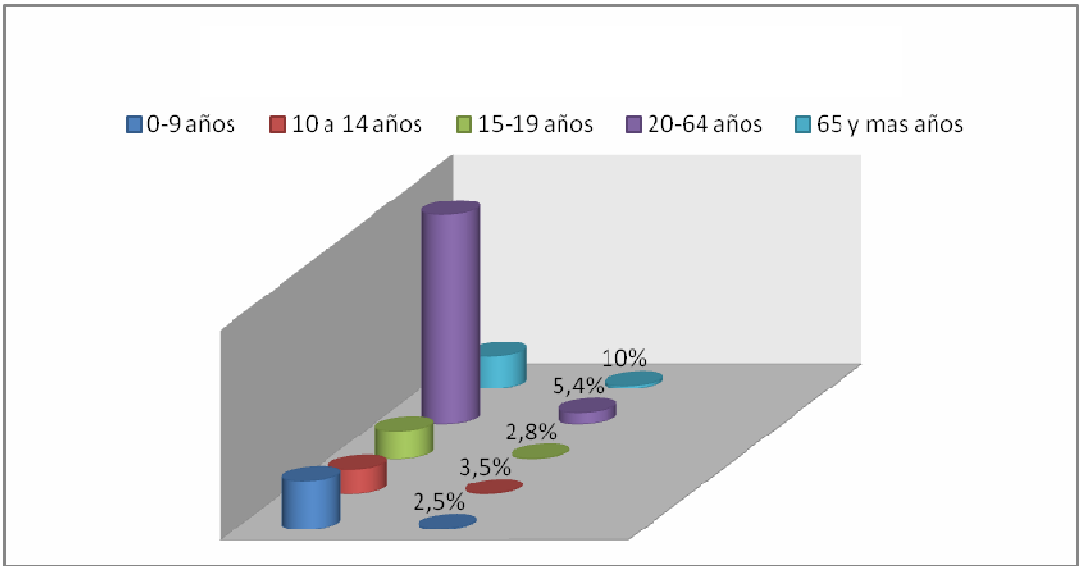
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Junio 2012

Cobertura de Ayudas Técnicas distribuidas en los Adultos Mayores a Septiembre de 2012



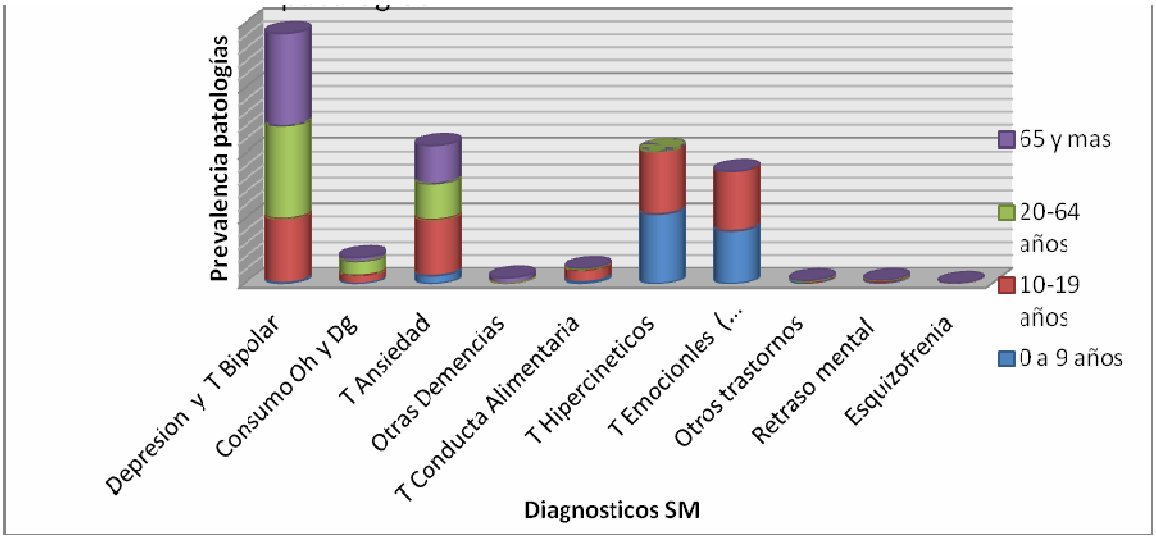
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Cobertura Programa de Salud Mental en los diferentes grupos etarios



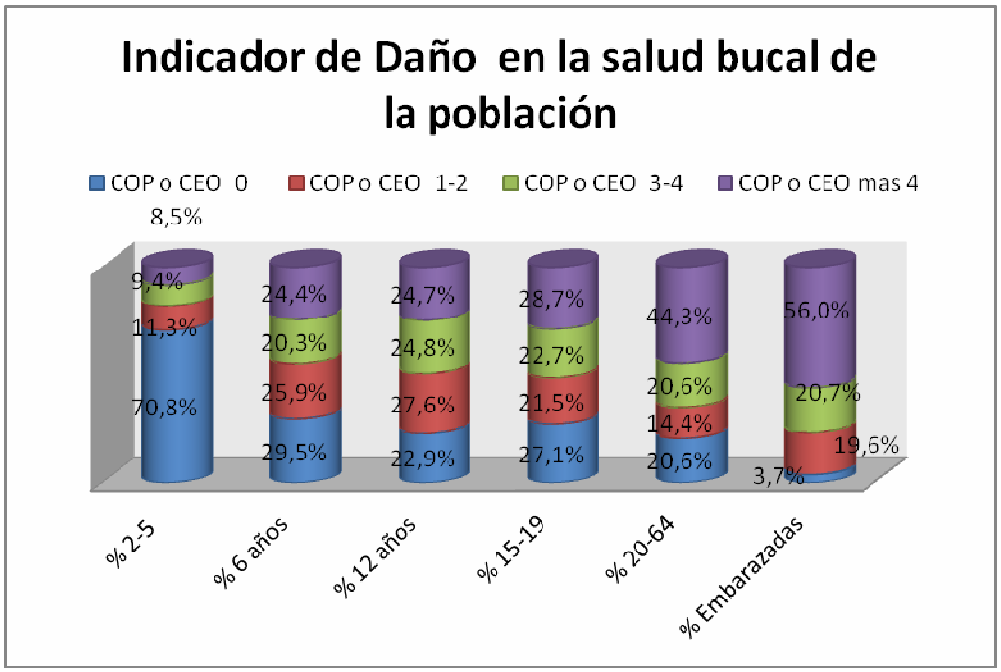
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Distribución de pacientes bajo control según patologías de Salud Mental a Junio de 2012



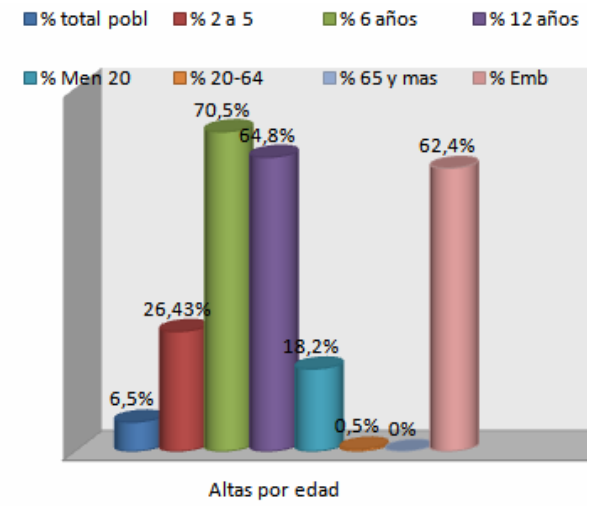
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Junio 2012

Indicador de Daño en la Salud Bucal de la Población, según grupo etario a septiembre de 2012.



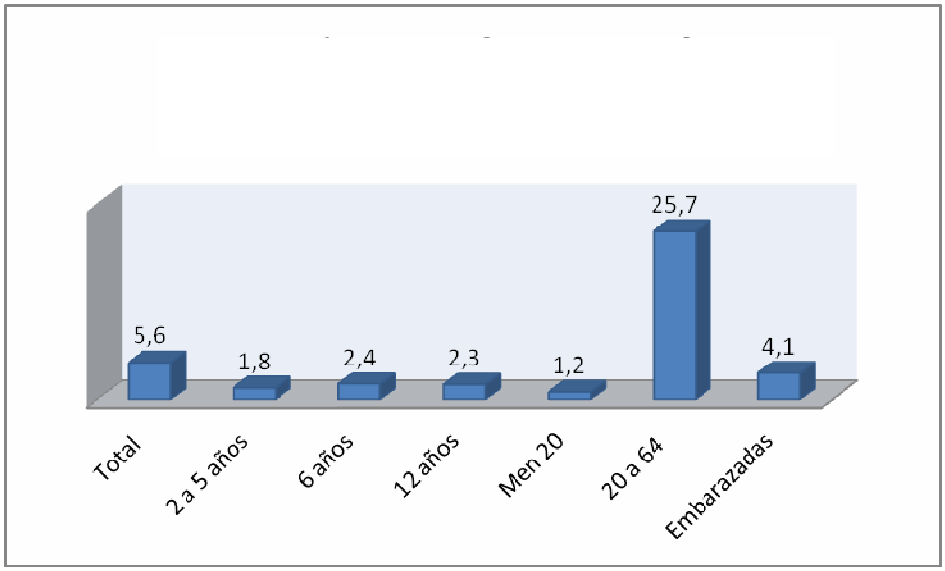
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Coberturas de altas Odontológicas por Grupo Etario



Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

Tasa de Consultas Dentales según Grupo Etario para obtener el alta integral



Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

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

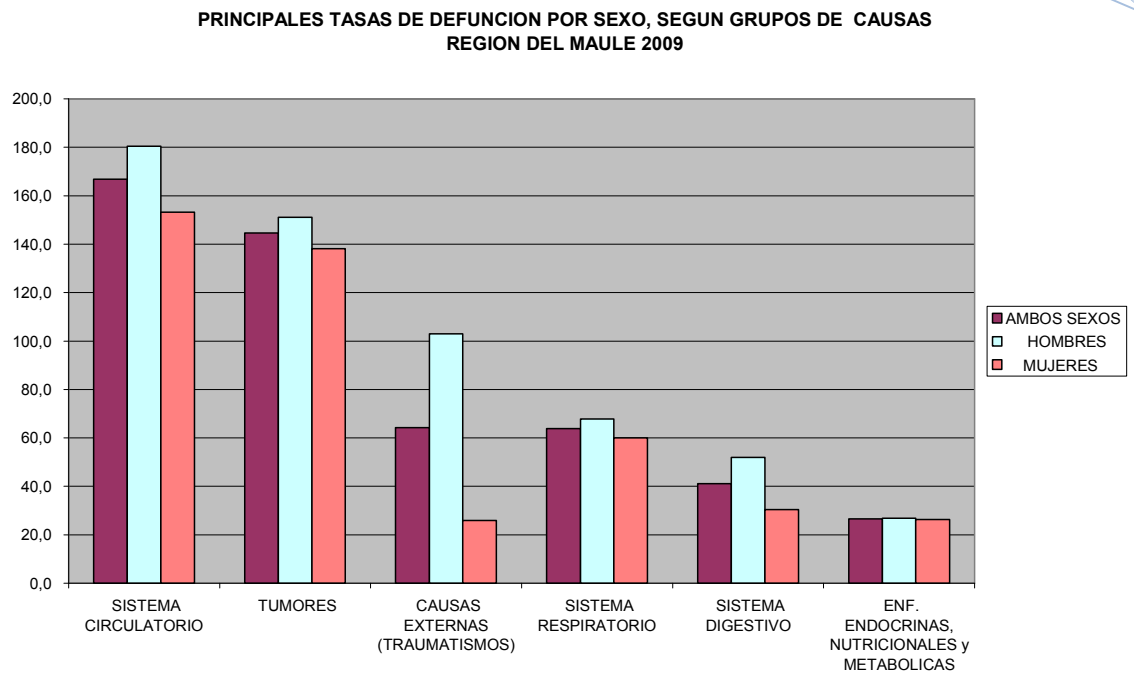
El comportamiento de la mortalidad está relacionado con la determinante **EDAD** ya sea por un factor lógico de envejecimiento (a mayor edad mayor mortalidad) pero también **por la diferencias de sus causas.** De los datos nacionales y comunales que se exponen a continuación podemos concluir lo siguiente:

- 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)

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSA SEGÚN SEXO

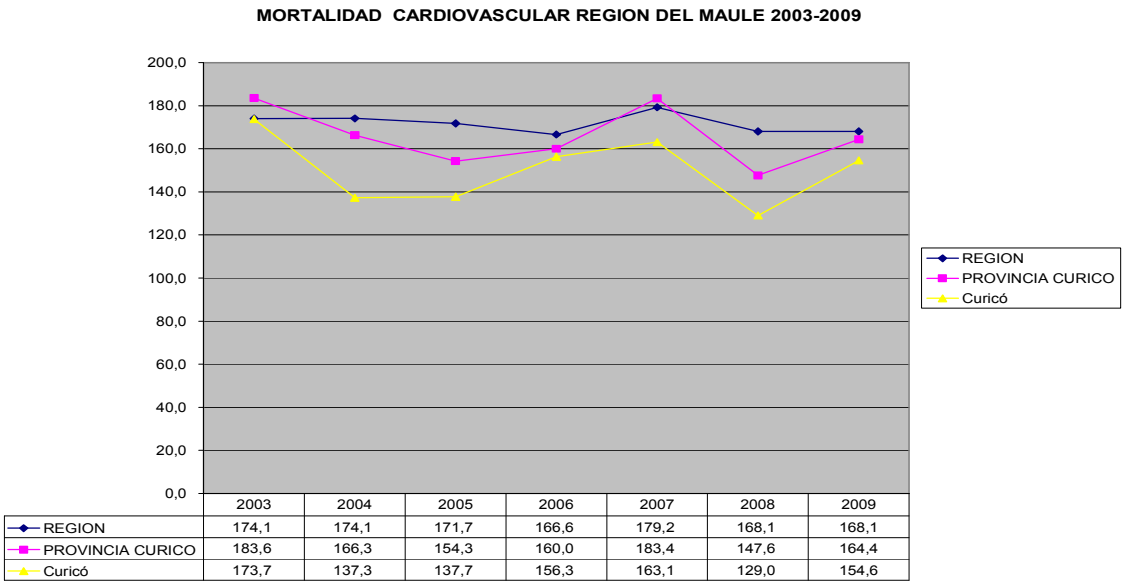
Las dos principales causa de muerte son las mismas para hombres y mujeres pero existe una marcada diferencia para el tercer grupo de causa de mortalidad, siendo para hombres las causas externas y para las mujeres con menor frecuencia el mismo grupo junto a el grupo de las enfermedades respiratorias.

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.



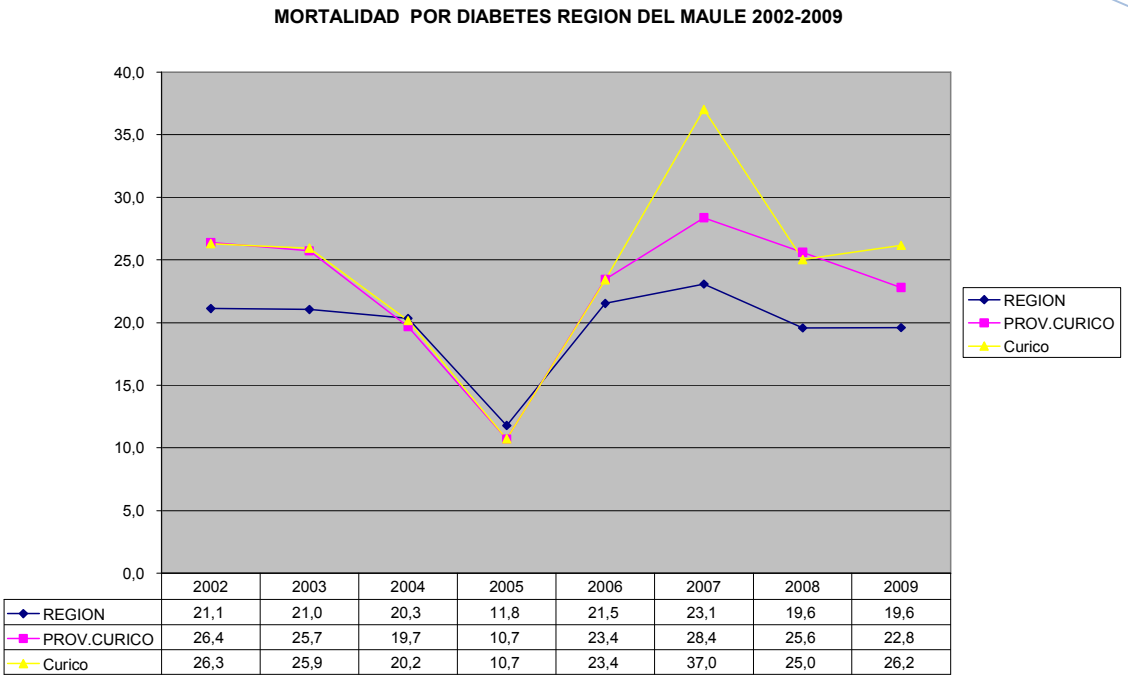
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

EVOLUCION MORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y DIABETES



	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

Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012



	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

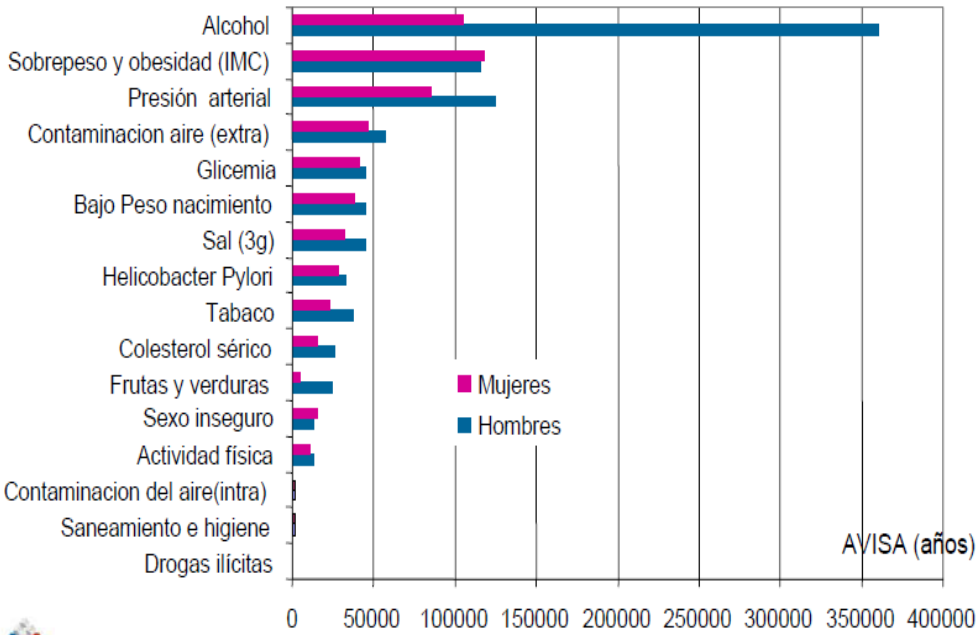
Fuente: Dirección de Salud Curicó a Septiembre 2012

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.

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

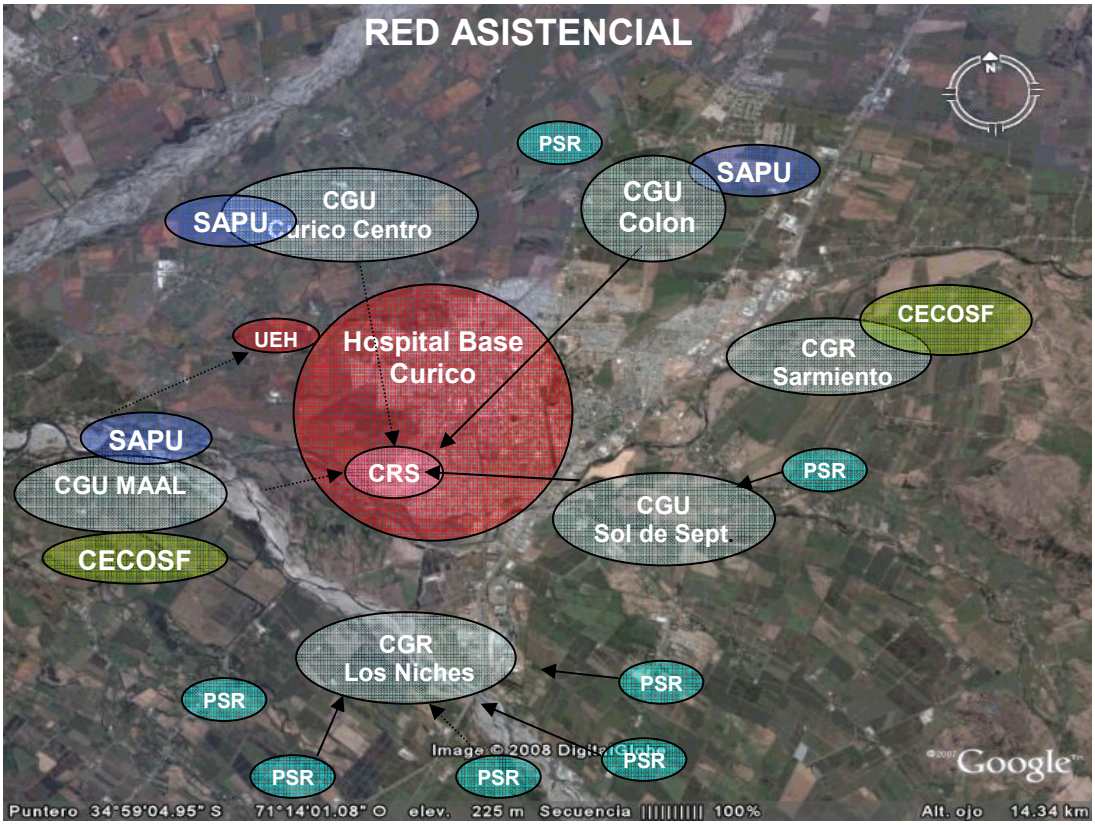
Ambos Sexos	AVISA
Cataratas	28.350
Enfermedad Isquémica del Corazón	26.506
Alzheimer y otras demencias	25.531
Diabetes tipo II	24.042
Enfermedades Cerebrovasculares	23.680
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	23.552
Glaucoma	21.275
Trastornos de las vías biliares y vesícula	19.255
Cirrosis Hepática	16.036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

RED DE SALUD COMUNA DE CURICO

RED ASISTENCIAL



La situación de salud en la comuna, no ha experimentado grandes cambios, si se mantiene el compromiso del personal que trabaja día a día en la comuna de Curicó, aunque las condiciones en que cada uno de los integrantes de éste gran equipo de salud entregan sus servicios, es conocido el déficit de la infraestructura, que data de los años setenta y 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 dejar establecido que nuestro Centro de Salud Familiar de Excelencia, Curicó Centro el más grande de la Comuna fué construido del año 1994, para una población estimada de 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. La Dirección Comunal de Salud, se trasladó en Abril 2012, dejando así un mayor espacio disponible.

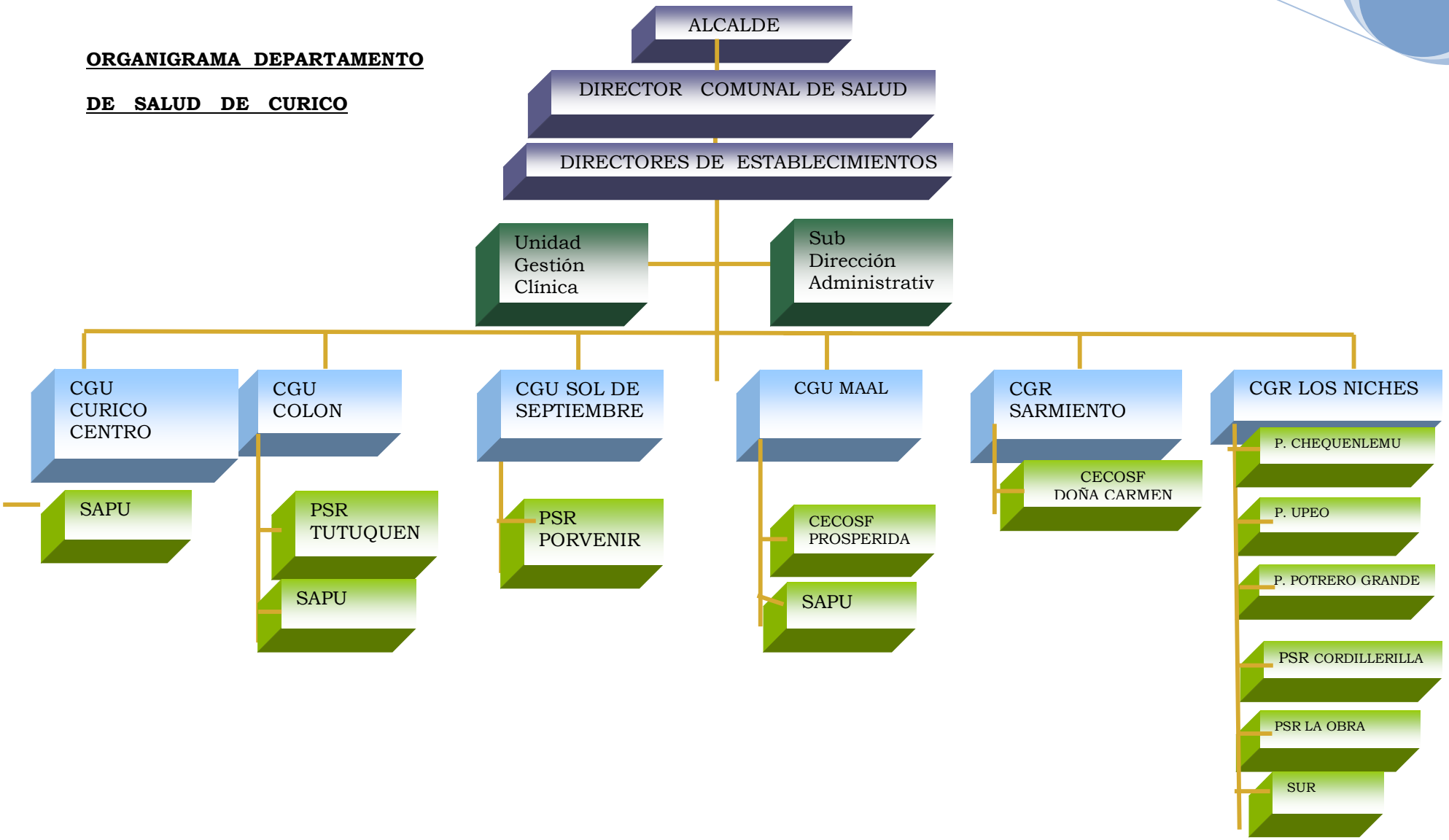
Es preciso destacar que el equipo multidisciplinario con que cuenta el Departamento de Salud entre sus profesionales del área asistencial, podemos mencionar: Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, Kinesiólogos, Tecnólogos Médicos, Asistentes Sociales, Terapeuta Ocupacional, Educadoras 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.

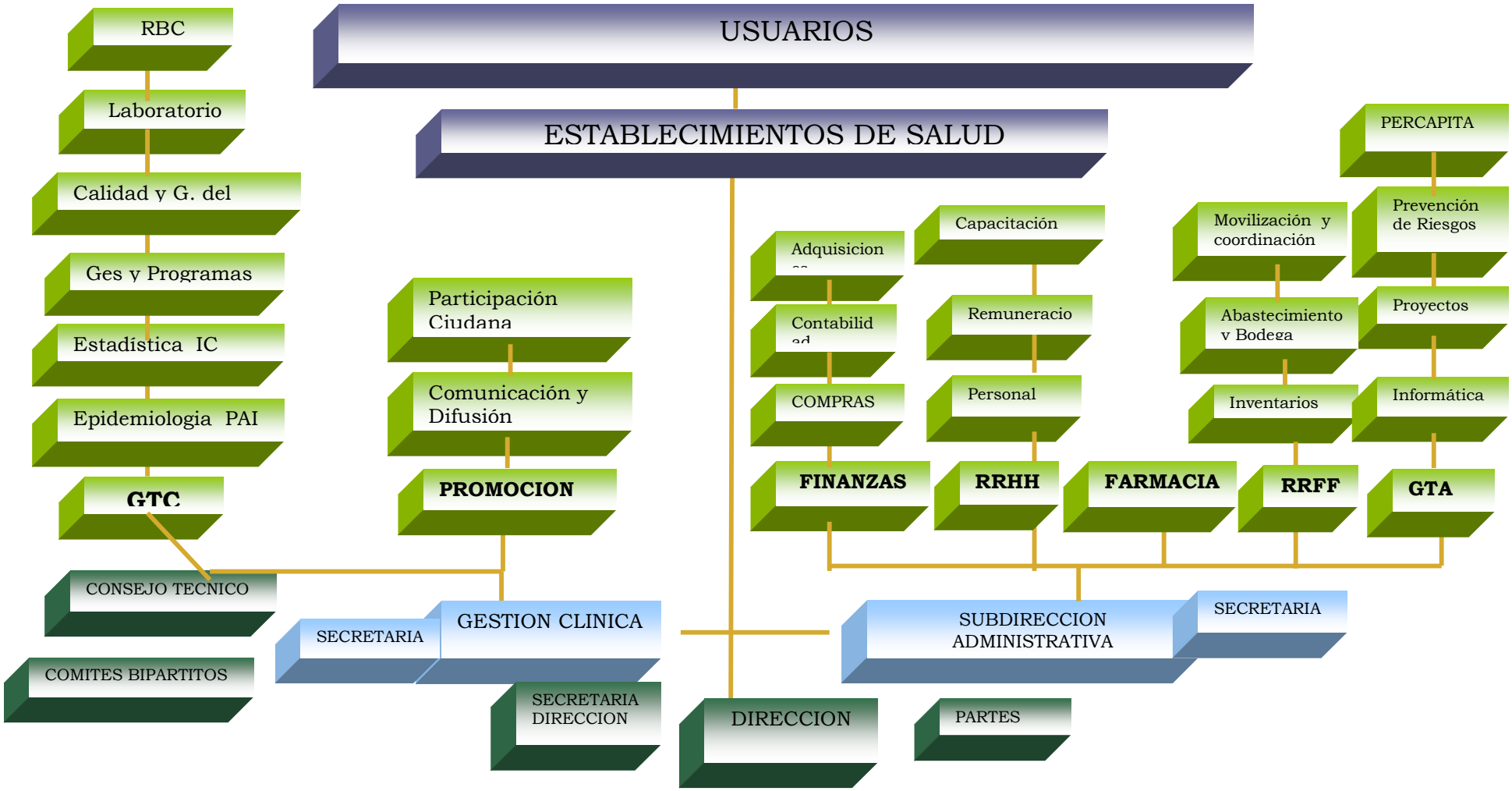
Este equipo, de acuerdo a su grado de avance en el Modelo de Salud Familiar, es que va logrando un mayor acercamiento a sus beneficiarios, un mayor compromiso en el quehacer de cada actor en su estado de salud, su llegada al usuario en su entorno, con su familia, en su lugar de trabajo o estudios, para 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

Ya han pasado 2 años de la catástrofe natural y en la comuna y la Región se han recuperado espacios públicos de la Red Asistencial como Hospitales de construcción Acelerada con el propósito de dar soluciones a las demandas asistenciales.

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.

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.

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.

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

CARTERA DE SERVICIOS COMUNA 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 Kinesica
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 Kinesica
60. Vacunación anti influenza
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 Kinesica 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 Kinesica 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 Kinesica 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 Kinesica 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, durante el año 2012, entre otros:

- Convenio Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) de Administración Municipal: Prosperidad y Doña Carmen.

- Convenio y Refuerzo Servicio de Atención Primaria de Urgencia. SAPU Corto MAAL y Colón.
- Convenio y Refuerzo Servicio de Atención Primaria de Urgencia. SAPU Largo Curicó Centro.
- Convenio Servicio de Atención Primaria de Urgencia. SUR Los Niches.
- Convenio Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud.
- Convenio Programa Imágenes Diagnósticas en APS.
- Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria Estrategia "Resolución de Especialidades en APS", que incorpora Componente: Especialidades Ambulatorias en Otorrinolaringología, Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad.
- Convenio Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, Pago a Cuidadores de Personas con Dependencia Severa.
- Convenio de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en APS Municipal.
- Convenio Programa de Apoyo para el tratamiento de personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas SENDA-MINSAL.
- Convenio Programa Odontológico Integral.
- Convenio Programa GES Odontológico Adulto.
- Convenio Programa Odontológico Familiar.
- Convenio Módulo Dental JUNAEB.
- Convenio Programa GES Preventivo en Salud Bucal en Población preescolar en APS.
- Convenio Programa de Salud Mental Integral en Atención Primaria.
- Convenio de ejecución Programa de Apoyo al Desarrollo Bio- Psicosocial en las Redes Asistenciales "Chile Crece Contigo".
- Convenio Programa Espacios Amigables para Adolescente en APS Municipal.
- Convenio Programa de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto-ERA Municipal.
- Convenio Sala IRA-Mixta de Salud Respiratoria.
- Convenio Infecciones Respiratorias Agudas en SAPU.
- Convenio Apoyo Radiológico.
- Convenio Psicosocial.
- Convenio Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural para la APS Municipal.
- Convenio Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en APS.
- Convenio Programa Consultorios de Excelencia en APS.
- Convenio Programa Desarrollo de Recursos Humanos en APS.
- Convenio Piloto Vida Sana.
- Convenio Control de Salud Joven Sano

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 Kinesica** 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 Exodoncias, 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 Anti influenza:** 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 2013

1.- DOTACIÓN PROYECTADA PARA AÑO CALENDARIO 2013.

La dotación para los establecimientos de salud municipal dependientes de la I. Municipalidad de Curicó, correspondiente al año calendario 2013, fue aprobada por el H. Concejo Municipal mediante Decreto Exento Nº 2540 de fecha 28 de Septiembre de 2012.

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	748
	Químico Farmacéutico	1	22
	Bioquímico	0	0
B	Asistente Social	13	572
	Enfermera	45	1848
	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	0	0
	Secretaria Ejecutiva	5	220
	Técnico Paramédico Nivel Superior	139	6116
	Técnico Nivel Superior	12	528
D	Técnico Paramédico	16	704
E	Administrativo	95	4166
	Secretaria	0	0
F	Chofer	12	528
	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 2012, 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	1562
	Dentista	19	748
	Químico Farmacéutico	0	0
	Bioquímico	0	0
B	Asistente Social	14	616
	Enfermera	45	1848
	Kinesiólogo	16	616
	Matrona	25	1034
	Nutricionista	17	726
	Psicólogo	14	605
	Tecnólogo Médico	4	165
	Otros Categoría B	10	440
C	Programador	0	0
	Estadístico	0	0
	Secretaria Ejecutiva	5	220
	Técnico Paramédico Nivel Superior	139	6116
	Técnico Nivel Superior	7	308
D	Técnico Paramédico	16	704
E	Administrativo	96	4210
	Secretaria	0	0
F	Chofer	10	440
	Auxiliar	33	1452
	Estafeta	0	0
	Nocheros	2	88
OTROS	Directores de Consultorio	6	264
	Director Comunal	1	44

3.- ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO RECURSO HUMANO 2011-2012.

Análisis anual del período comprendido entre el 01 de Septiembre de 2011 al 31 de Agosto de 2012, 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 1.061.048 horas anuales, representa un aumento de 9,80% comparado con igual período del año anterior, lo que da un promedio de 502,39 jornadas mensuales completas (de 44 horas semanales). Las horas de trabajo extraordinario en el periodo alcanzaron las 106.809, dando un total anual de 1.167.857 horas disponibles de recurso humano.

El 90,85% de las horas corresponde a jornada ordinaria de trabajo y el 9,15% a trabajos extraordinarios.

TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES	PORCENTAJE
Jornada Ordinadaria	1.061.048,0	90,85%
Trabajo Extraordinario	106.809,0	9,15%
Total	1.167.857,0	100%

3.2.- ROTACIÓN DE PERSONAL

La rotación anual del personal fue de 21 funcionarios que en conjunto completan 18,75 jornadas totales, 1,0 de ellas corresponde a contrato indefinido y 17,75 a contratos a plazo fijo. Las causales de rotación se detallan a continuación

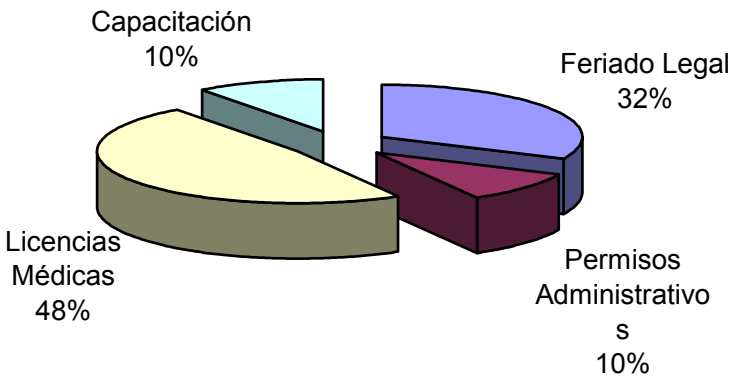
CAUSAL DE ROTACIÓN	NÚMERO FUNCIONARIOS
Permuta	2
Jubilación o Pensión	0
Renuncia Voluntaria	19
Retiro Voluntario	0
Fallecimiento	0

ESTAMENTO	JORNADAS SEGÚN TIPO DE CONTRATO	
	Plazo Fijo	Indefinido
Médico	176	
Odontólogo	165	
Asistente Social	88	
Enfermera	176	44
Matrona	44	
Otros Cat. B	44	
Tec. Paramédico	88	

3.3.- AUSENTISMO LABORAL

El ausentismo laboral del período alcanzó las 211.523,2 horas anuales, lo que representa un 18,11% anual, experimentando una disminución de 2,06% 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	67.740,0	32,02%	5,80%
Permisos Administrativos	20.530,4	9,71%	1,76%
Licencias Médicas	101.712,6	48,09%	8,71%
Capacitación	21.540,2	10,18%	1,84%
Total	211.523,2	100%	18,11%



El 48,09% del total de ausentismo anual, corresponde a licencias médicas, con un total de 101.712,6 horas anuales, las que expresadas en jornadas laborales equivalen a 48,16 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 8,71% del total comunal anual de horas contratadas. El 20,27% de las licencias médicas corresponden a licencias maternales.

- La segunda causa en orden de incidencia 32,02%, corresponde a Feriado Legal. Representa el 5,8% del total comunal de horas contratadas. Correspondiendo a 13,48 días año por cada jornada laboral completa.

- La tercera causa en el orden de incidencia corresponde a Capacitación, que representa el 1,84% 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 21.540,2 horas. Lo que es inferior a lo proyectado considerando un total de 40 horas anuales por cada funcionario.

- La cuarta causa, en orden de incidencia 9,71% corresponde a permisos administrativos (con y sin goce de remuneraciones), que representa el 1,76% 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 3,7 días año por cada jornada laboral completa.

3.4.- COMPORTAMIENTO DE CONTRATACIÓN Y AUSENTISMO POR ESTAMENTO

3.4.1.- ESTAMENTO MÉDICO: En el período se contrató 73.612,0 horas anuales, lo que corresponde a 34,85 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 6,94% del total comunal de horas recurso humano. El ausentismo laboral médico alcanza el 9,43% del ausentismo comunal en recurso humano.
Las horas anuales de trabajo extraordinario por médico fueron 8.951,0, mientras que las horas anuales de trabajo ordinarios disponibles alcanzaron las 73.612,0 horas. Un 89,16% de las horas corresponden a jornada laboral ordinaria y el 10,84% a trabajos extraordinarios (1,69% sobre el promedio comunal).

CONTRATACIÓN ESTAMENTO MEDICO		
Horas Extraordinarias	8.951,0	10,84%
Horas Contrato	73.612,0	89,16%
Total Horas	82.563,0	100%

Las horas extraordinarias son estadísticamente significativas, están 1,69% sobre el promedio comunal en tanto el ausentismo laboral del estamento médico está un 6,03% sobre el promedio comunal.

Ausentismo Médico: el Estamento Médico presenta un ausentismo de 24,14% situándose un 6,03% sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo, con un 9,85%, es por capacitación (becados representan un 90,86% del total de horas por este concepto), la segunda causa de ausentismo 7,79% es por licencia médica. El feriado legal representa un 4,71% del ausentismo y los permisos administrativos sólo un 1,79%.

CAUSA AUSENTISMO MEDICO	**HORAS ANUALES DE AUSENTISMO**	**% CAUSA DE AUSENTISMO**	**% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS**
Feriado Legal	3.891,8	19,52%	4,71%
Permisos Administrativos	1.479,5	7,42%	1,79%
Capacitación	8.135,6	40,80%	9,85%
Licencias Médicas	6.430,6	32,25%	7,79%
Total	19.937,5	100%	24,14%

La Programación de Actividades Cuantitativa detallada por Centros de Salud se encuentra en documento anexo.

3.- POLITICA DE SALUD
INGRESOS Y EGRESOS MUNICIPALES

28.- Ingresos Municipales en sector salud Comuna de Curicó, Región del Maule, año 2011

Municipio	Ingresos salud (M$)	Ingresos Totales área salud (M$)	Ingresos por aporte MINSAL (M$)	Aporte MINSAL (%)	aporte Municipal al sector salud (M$)	aporte Municipal Al sector salud (%)	Transferencias Municipales a salud (%)
Curicó	7.733.461	7.733.461	4.534.459	58.63	594.000	4.54	4.86

29:- Egresos Municipales en sector salud Comuna de Curicó, Región del Maule, año 2011

Municipio	Gastos salud (M$)	Gastos en personal del sector salud (M$)	% del gasto en personal sobre el gasto total	Gastos de funcionamiento del sector salud (M$)	% de gasto de funcionamiento sobre el gasto total de salud (M$)	Inversión real sector salud (M$)	% de inversión real sobre el gasto total de salud (%)	Gasto en capacit del personal área salud (M$)	% de gasto en capacit del RRHH del área salud	Gasto anual del área salud por Hbtes inscrito validado (M$)
Curicó	7.093.525	5.620.894	79.24	1.253.611	17.67	0	0	892	0.02	54

Fuente: www.sinim.cl

PRESUPUESTO COMUNAL

PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2013

(En Pesos)

SUB TITULO	ITEM	ASIG.	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2013
			INGRESOS PRESUPUESTARIOS	**$ 8.476.000.000**
O5			**TRANSFERENCIAS CORRIENTES**	**$ 8.123.400.000**
	O3		De otras entidades Públicas	$ 8.123.400.000
O7			**INGRESOS DE OPERACIÓN**	**$ 41.100.000**
	O2		Venta de Servicios (Boletas y Bonos no beneficiarios)	$ 41.100.000
O8			**OTROS INGRESOS CORRIENTES**	**$ 251.500.000**
	O1		Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	$ 241.200.000
	99		Otros	$ 10.300.000
15			**SALDO INICIAL DE CAJA**	**$ 60.000.000**

SUB TITULO	ITEM	ASIG.	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2013
			GASTOS PRESUPUESTARIOS	**$ 8.476.000.000**
21			**GASTOS EN PERSONAL**	**$ 6.926.500.000**
	O1		Personal de Planta	$ 3.949.250.000
	O2		Personal a Contrata	$ 2.857.800.000
	O3		Otras Remuneraciones	$ 119.450.000
22			**BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO**	**$ 1.300.000.000**
	O1		Alimentos y Bebidas	$ 12.000.000
	O2		Textiles, Vestuarios y Calzados	$ 80.000.000
	O3		Combustibles y Lubricantes	$ 26.200.000
	O4		Materiales de Uso o Consumo Corriente	$ 859.100.000
	O5		Servicios Básicos	$ 114.000.000
	O6		Mantenimiento y Reparaciones	$ 90.000.000
	O8		Servicios Generales	$ 20.000.000
	O9		Arriendos	$ 51.250.000
	10		Servicios Financieros y de Seguros	$ 10.000.000
	11		Servicios Técnicos y Profesionales	$ 18.300.000
	12		Otros Gastos en Bienes y servicios de Consumo	$ 19.150.000
23			**PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL**	**$ 1.000.000**
	O4		Desahucios e Indemnizaciones	$ 1.000.000
26			**OTROS GASTOS CORRIENTES**	**$ 2.000.000**
		O1	Devoluciones	$ 2.000.000
29			**ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS**	**$ 245.000.000**
	O3		Vehículos	$ 40.000.000
	O4		Mobiliarios y Otros	$ 60.000.000
	O5		Máquinas y Equipos	$ 65.000.000
	O6		Equipos Informáticos	$ 80.000.000
34			**SERVICIO DE LA DEUDA**	**$ 1.500.000**
	O7		Deuda Flotante	$ 1.500.000
35			**SALDO FINAL DE CAJA**	**$ -**

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2013

SUB TIT.	ITEM	ASIG.	SUB ASIG	SUB-SUB-ASIG	DENOMINACION	PRESUPUESTO 213
					INGRESOS PRESUPUESTARIOS	***$ 8.476.000.000***
O5					***TRANSFERENCIAS CORRIENTES***	***$ 8.123.400.000***
	O3				***De otras entidades Públicas***	***$ 8.123.400.000***
		OO6			*Del Servicio de Salud*	*$ 7.300.000.000*
			OO1		*Atención Primaria Art.49 Ley Nº 19.378*	*$ 5.300.000.000*
			OO2		*Aportes Programas*	*$ 2.000.000.000*
		101			*De la Municipalidad Servicios Incorporados a su Gestión*	*$ 690.000.000*
		999			*De Otras Entidades Públicas*	*$ 133.400.000*
O7					***INGRESOS DE OPERACIÓN***	***$ 41.100.000***
	O2				*Venta de Servicios (Boletas y Bonos no beneficiarios)*	*$ 41.100.000*
O8					***OTROS INGRESOS CORRIENTES***	***$ 251.500.000***
	O1				***Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas***	***$ 241.200.000***
		OO1			*Reembolso Art.4º Ley Nº 19.345*	*$ 241.200.000*
	99				***Otros***	***$ 10.300.000***
		999			*Reintegros varios*	*$ 10.300.000*
15					***SALDO INICIAL DE CAJA***	***$ 60.000.000***

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2013

SUB TIT.	ITEM	ASIG.	SUB ASIG	SUB-SUB-ASIG	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2013
					GASTOS PRESUPUESTARIOS	**$ 8.476.000.000**
21					**GASTOS EN PERSONAL**	**$ 6.926.500.000**
	01				**Personal de Planta**	**$ 3.949.250.000**
		001			**Sueldos y Sobresueldos**	**$ 2.939.150.000**
			001		**Sueldos base**	**$ 1.271.430.000**
			009		**Asignaciones Especiales**	**$ 141.300.000**
				007	Asignación Especial Transitoria Art.45 Ley Nº 19.378	$ 101.500.000
				999	Otras Asignaciones Pers.de Planta	$ 39.800.000
			010		**Asignación de Pérdida de Caja Art.97 letra a),Ley 18.883**	**$ 990.000**
			015		**Asignaciones Sustitutivas**	**$ 56.800.000**
				999	Otras Asignaciones Sustitutivas	$ 56.800.000
			019		**Asignación de Responsabilidad**	**$ 50.500.000**
				002	Asignación de Responsabilidad Directiva,Art.27 Ley 19.378	$ 50.500.000
			028		**Asignación de Estímulos Personal Médico y Profesores**	**$ 130.000.000**
				002	Asignac. por Desempeño en Condic.Difícil Art.28 Ley 19.378	$ 130.000.000
			031		**Asignación de Experiencia Calificada**	**$ 16.700.000**
				002	Asignación de Post-Título,Art.42 Ley Nº 19.378	$ 16.700.000
			044		**Asignación de Atención Primaria Municipal**	**$ 1.271.430.000**
				001	Asignac. Atenc.Primaria de Salud,Art.23 y 25 Ley Nº 19.378	$ 1.271.430.000
		002			**Aportes del Empleador**	**$ 124.300.000**
			001		A Servicios de Bienestar	$ 20.500.000
			002		Otras Cotizaciones Previsionales	$ 103.800.000
		003			**Asignaciones por Desempeño**	**$ 507.000.000**
			002		**Desempeño Colectivo**	**$ 470.000.000**
				002	Asignación Variable por Desempeño Colectivo	$ 250.000.000
				003	Asign.Fija de desarr.y estím.al desemp.colect.Ley 19.813	$ 220.000.000
			003		**Desempeño Individual**	**$ 37.000.000**
				005	Asignación de Mérito,Art.30 Ley 19.378 y Ley 19.607	$ 37.000.000
		004			**Remuneraciones Variables**	**$ 326.200.000**
			005		Trabajos Extraordinarios (hrs.extras)	$ 320.800.000
			006		Comisión de Servicios en el País (viáticos)	$ 5.400.000
		005			**Aguinaldos y Bonos**	**$ 52.600.000**
			001		**Aguinaldos**	**$ 34.400.000**
				001	Aguinaldo de Fiestas Patrias	$ 17.200.000
				002	Aguinaldo de Navidad	$ 17.200.000
			002		**Bonos de Escolaridad**	**$ 14.000.000**
			003		**Bonos Especiales**	**$ 1.000.000**
			004		**Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad**	**$ 3.200.000**
	02				**Personal a Contrata**	**$ 2.857.800.000**
		001			**Sueldos y Sobresueldos**	**$ 2.251.300.000**

			OO1		***Sueldos base***	***$***	***966.000.000***
			OO9		***Asignaciones Especiales***	***$***	***141.200.000***
				OO7	*Asignación Especial Transitoria Art.45 Ley Nº 19.378*	*$*	*130.000.000*
				999	*Otras Asignaciones Especiales Pers.a Contrata*	*$*	*11.200.000*
			O10		***Asignación de Pérdida de Caja art.97, Letra a) Ley 18.883***	***$***	***500.000***
			O14		***Asignaciones Sustitutivas***	***$***	***52.600.000***
				999	*Otras Asignaciones Sustitutivas*	*$*	*52.600.000*
			O18		***Asignación de Responsabilidad***	***$***	***10.200.000***
				OO1	*Asignación de Responsabilidad Directiva,Art.27 Ley 19.378*	*$*	*10.200.000*
			O27		***Asignación de Estímulos Personal Médico y Profesores***	***$***	***103.200.000***
				OO2	*Asignac.por Desempeño en Condic.Difícil Art.28 Ley 19.378*	*$*	*103.200.000*
			O30		***Asignación de Experiencia Calificada***	***$***	***11.600.000***
				OO2	*Asignación de Post-Título,Art.42 Ley Nº 19.378*	*$*	*11.600.000*

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2013

			O42		***Asignación de Atención Primaria Municipal***	***$***	***966.000.000***
				OO0	*Asignac. Atenc.Primaria de Salud,Art.23 y 25 Ley Nº 19.378*	*$*	*966.000.000*
		OO2			***Aportes del Empleador***	***$***	***81.000.000***
			OO1		*A Servicios de Bienestar*	*$*	*11.700.000*
			OO2		*Otras Cotizaciones Previsionales*	*$*	*69.300.000*
		OO3			***Asignaciones por Desempeño***	***$***	***267.200.000***
			OO2		***Desempeño Colectivo***	***$***	***252.700.000***
				OO2	*Asignación Variable por Desempeño Colectivo*	*$*	*135.500.000*
				OO3	*Asign.Fija de desarr.y estím.al desemp.colect.Ley 19.813*	*$*	*117.200.000*
			OO3		***Desempeño Individual***	***$***	***14.500.000***
				OO4	*Asignación de Mérito,Art.30 Ley 19.378 y Ley 19.607*	*$*	*14.500.000*
		OO4			***Remuneraciones Variables***	***$***	***220.850.000***
			OO5		*Trabajos Extraordinarios (hrs.extras)*	*$*	*220.300.000*
			OO6		*Comisión de Servicios en el País (viáticos)*	*$*	*550.000*
		OO5			***Aguinaldos y Bonos***	***$***	***37.450.000***
			OO1		***Aguinaldos***	***$***	***28.400.000***
				OO1	*Aguinaldo de Fiestas Patrias*	*$*	*14.200.000*
				OO2	*Aguinaldo de Navidad*	*$*	*14.200.000*
			OO2		***Bonos de Escolaridad***	***$***	***5.950.000***
			OO3		***Bonos Especiales***	***$***	***1.000.000***
			OO4		***Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad***	***$***	***2.100.000***
	O3				***Otras Remuneraciones***	***$***	***119.450.000***
		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*	*$*	*50.000*
		OO5			***Suplencias y Reemplazos***	***$***	***118.250.000***

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2013

SUB TIT.	ITEM	ASIG.	SUB ASIG	SUB-SUB-ASIG	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2013	
22					**BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO**	**$**	**1.300.000.000**
	O1				**Alimentos y Bebidas**	**$**	**12.000.000**
		OO1	OO1		Para Personas (Nessucar)	$	7.500.000
			OO2		Para Capacitación	$	4.500.000
	O2				**Textiles, Vestuarios y Calzados**	**$**	**80.000.000**
		OO1			Textiles y Acabados Textiles	$	6.000.000
		OO2			Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	$	52.000.000
		OO3			Calzado	$	22.000.000
	O3				**Combustibles y Lubricantes**	**$**	**26.200.000**
		OO1			Para Vehículos	$	24.700.000
		OO2			Para Maquinarias y Equipos de Producción	$	1.000.000
		OO3			Para Calefacción	$	500.000
	O4				**Materiales de Uso o Consumo Corriente**	**$**	**859.100.000**
		OO1			Material de Oficina	$	50.000.000
		OO4			Productos Farmacéuticos (Medicamentos)	$	362.000.000
		OO5			**Materiales y Útiles Quirúrgicos**	**$**	**335.000.000**
			OO1		Insumos e Instrumental Médico Menor	$	98.000.000
			OO2		Insumos e Instrumental Médico Dental	$	33.000.000
			OO3		Otros Servicios Médicos y Dentales	$	36.000.000
			OO4		Procesamiento Insumos y Exámenes de Laboratorio	$	168.000.000
		OO6			Fertilizantes, Insecticidas, Fungicidas y Otros	$	1.300.000
		OO7			Materiales y Útiles de Aseo	$	22.000.000
		OO8			Menaje para Oficina, Casino y Otros	$	1.300.000
		OO9			Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales	$	24.200.000
		O10			Materiales para Mantenimiento y Reparac.de Inmuebles	$	53.700.000
		O11			Repuestos y Accesor.para Mantenimi.y Reparac.de Vehíc.	$	9.600.000
	O5				**Servicios Básicos**	**$**	**114.000.000**
		OO1			Electricidad	$	47.000.000
		OO2			Agua	$	19.000.000
		OO3			Gas	$	23.000.000
		OO5			Telefonía Fija	$	19.000.000
		OO7			Acceso a Internet	$	6.000.000
	O6				**Mantenimiento y Reparaciones**	**$**	**90.000.000**
		OO1			Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	$	62.000.000
		OO2			Mantenimiento y Reparación de Vehículos	$	12.500.000
		OO3			Mantenimiento y Reparación Mobiliarios y Otros	$	6.500.000
		OO4			Mantenimiento y Reparac.de Máquinas y Equip.de Oficina	$	2.500.000
		OO6			Mantenimiento y Reparación de Otras Máquinas y Equipos	$	5.200.000
		OO7			Mantenimiento y Reparación de Equipos Informáticos	$	1.300.000
	O8				**Servicios Generales**	**$**	**20.000.000**
		OO1			Servicios de Aseo	$	5.700.000
		OO7			Pasajes, fletes y bodegajes	$	2.800.000
		999	OO1		Otros	$	9.000.000
		999	OO2		Servicios suscripción y similares	$	2.500.000

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2013

SUB TIT.	ITEM	ASIG.	SUB ASIG	SUB-SUB-ASIG	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2013
	O9				***Arriendos***	***$ 51.250.000***
		OO2			*Arriendo de Edificios*	*$ 17.000.000*
		OO3			*Arriendo de Vehículos*	*$ 30.000.000*
		OO5			*Arriendo de Equipos*	*$ 3.600.000*
		999			*Otros (Amplificación)*	*$ 650.000*
	10				***Servicios Financieros y de Seguros***	***$ 10.000.000***
		OO2			*Primas y Gastos de Seguros*	*$ 10.000.000*
	11				***Servicios Técnicos y Profesionales***	***$ 18.300.000***
		OO2			*Cursos de Capacitación*	*$ 17.000.000*
		OO3			*Servicios Informáticos*	*$ 1.300.000*
	12				***Otros Gastos en Bienes y servicios de Consumo***	***$ 19.150.000***
		OO2			*Gastos Menores*	*$ 19.000.000*
			OO1		*Gastos Menores*	*$ 9.000.000*
			OO2		*Gastos Estipendios*	*$ 10.000.000*
		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***	***$ 2.000.000***
		O1			*Devoluciones*	*$ 2.000.000*
29					***ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS***	***$ 245.000.000***
	O3				***Vehículos***	***$ 40.000.000***
	O4				***Mobiliarios y Otros***	***$ 60.000.000***
	O5				***Máquinas y Equipos***	***$ 65.000.000***
		OO1			*Máquinas y Equipos de Oficina*	*$ 4.000.000*
		OO2			*Maquinarias y Equipos para la Producción*	*$ 60.000.000*
		999			*Otras*	*$ 1.000.000*
	O6				***Equipos Informáticos***	***$ 80.000.000***
		OO1			*Equipos Computacionales y Periféricos*	*$ 75.000.000*
		OO2			*Equipos de Comunicaciones para Redes Informáticas*	*$ 5.000.000*
34					***SERVICIO DE LA DEUDA***	***$ 1.500.000***
	O7				*Deuda Flotante*	*$ 1.500.000*
35					***SALDO FINAL DE CAJA***	***$ -***

PLAN DE CAPACITACION COMUNAL

LINEAMIENTO	2013 **ACTIVIDADES CAPACITACION**
1. 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	ENTRENAMIENTOS DE INTERVENCION: VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL
	ENTRENAMIENTO EN CONSEJERIA Y MEDIACION
	EDUCACION EN SALUD PARA ADULTOS
	TECNICAS DE INTERVENCION: INTERVENCION EN CRISIS
	CAPACITACION DEL INDICE DE BARTHEL COMO PARTE DEL EMPAM
2. Desarrollar el MODELO DE GESTIÓN EN RED: local, regional y supra regional (macro y micro redes):	CT NORMA TECNICA DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIO FARMACEUTICOS DE ATENCION PRIMARIA Y RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO ADMINISTRATIVO
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.	PREVENCION PRIMARIA DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA
	MANEJO DE DIABETICOS INSULINOREQUIRENTES
	MANEJO AVANZADO DE PIE DIABETICO
	MANEJO AVANZADO DE ULCERAS VARICOSAS
4. Promover el mejoramiento de la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO:	ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE APS
	DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS
	ESCALA NEUROSENSORIAL
	CAPACITACION EN ATENCION AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO
	TALLERES COMUNICACIÓN ASERTIVA Y HABILIDADES SOCIALES
5. Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA:	TALLERES TRABAJO EN EQUIPO
	PAUSAS SALUDABLES: EJERCICIOS COMPENSATORIOS
	CAPACITACIONES RELACIONADAS CON AUTOCUIDADO, COMUNICACIÓN EFECTIVA, ENTRE OTRA
	PREVENCION DE DAÑO DE LA VOZ

	CT COMUNICACIÓN EFECTIVA
	MOVILIZACION Y TRASLADO DE PACIENTES
	PREVENCION DE RIESGOS PARA COMITES PARITARIOS DE HIEGIENE Y SEGURIDAD ROL DEL JEFATURAS Y ENCARGADOS DEL PERSONAL SANITARIO EN LA PREVENCION DE RIESGOS
6. Incorporar nuevas TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (Tics)	PRESENTACIONES EFECTIVAS
	TALLER INTERNET BASICO
	SIGGES
	TALLER EXCEL AVANZADO
7. Desarrollar la GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA	GESTION LOGISTICA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
8. Mejorar la GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	DERECHOS Y DEBERES DE LOS FUNCIONARIOS
	II ESCUELA DE SALUD
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.	REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA
	MANEJO PREVENTIVO: VEHICULOS DE EMERGENCIA BASICO
	RIESGOS BIOLOGICOS TECNICAS DE SUPERVISION Y PREVENCION DE RIESGOS
	PREVENCION Y CONTROL DE INCENDIOS
	EMERGENCIA Y EVACUACION
	MANEJO RESIDUOS PELIGROSOS.

NOTA: Las fichas correspondientes a los lineamientos de capacitación y sus actividades se encuentra en documento anexo.

ANALISIS DE SITUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL COMUNAL 2013

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. El siguiente capítulo contiene los lineamientos comunales para el año 2013 luego del análisis del escenario sociosanitario

A.- CONSIDERACIONES PARA LA DEFINICION DE PRIORIDADES COMUNALES EN SALUD

- **CURICÓ COMUNA URBANA NO POBRE**:

  Curicó es una comuna altamente urbanizada, con buenos indicadores de acceso al agua potable, alcantarillado, educación y servicios de salud, pero que coexiste con una realidad rural (16.8%) que mantiene problemas de servicios básico en algunas zonas y riesgos asociados a la actividad laboral agrícola como riesgos en la exposición a plaguicidas, canales abiertos que incluso recorren la ciudad, etc. A pesar de ser clasificada como una comuna No Pobre (Clasificación de las comunas en tramos de pobreza, sobre la base del Índice de Privación Promedio Municipal), presenta un 23% de personas en situación de pobreza, porcentaje mayor al 15 % del país y un ritmo sostenido de incremento de hogares a cargo de mujeres. En los últimos 2 años el número de hogares a cargo de una mujer aumentó en 2119, llegando a 11.396 hogares. En el ámbito de la Seguridad Ciudadana, Curicó presenta una tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social mayor a la región y el país con la consecuente sensación de inseguridad. En Educación, la escolaridad promedio es de 9.86 años cursados, mayor al promedio regional (9.05), pero menor al nacional (10.38) las familias han optado mayoritariamente (48%) por Establecimientos de Educación Particular Subvencionada por sobre los municipales (38%) y particulares (14%) probablemente por las diferencias percibidas en los resultados de SIMCE y PSU, por lo tanto, cualquier iniciativa preventiva o promocional que involucre a establecimientos educacionales debiese estar concebida en este escenario.

- **ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO** :

  Nuestra comuna, al igual que el país, presenta una baja tasa de crecimiento demográfico, lo que la posiciona en un proceso de Transición Demográfica Avanzada. Esta transición tiene su origen en la disminución progresiva de la natalidad y fertilidad, así como del aumento progresivo de la expectativa al nacer y de la sobrevida, determinando situaciones como el **envejecimiento de la población** y la **disminución en la proporción de población económicamente activa** que obliga a los servicios públicos y privados a generar estrategias para abordar el cambio.

- **SALUD COMO UN PROCESO MULTIDIMENSIONAL Y VARIABLE: Salud es el logro más alto de bienestar físico, mental, social y con capacidad de funcionamiento permitido por los factores sociales en los que está inmerso el individuo y el colectivo**.

  La Salud tiene dos componentes: uno **subjetivo**, la "sensación de bienestar", el hecho de sentirse bien en diferentes grados y otro **objetivo y mensurable**, "la capacidad de funcionamiento". Es por ello que es fundamental entender que el Sistema de Atención Primaria en Salud deberá responder de manera eficiente a las demandas de la población sean estas objetivamente necesarias (perdida en la capacidad de funcionamiento) y las percibidas como tales por la

comunidad pero que desde el punto de vista médico no son pertinentes Ej. "atenciones en SAPU no pertinentes, pero percibidas como "urgentes".
Otro aspecto relevante está en el desafío en la Prevención Secundaria (pesquisa) y Terciaria (reducción del daño), tratamiento y Rehabilitación de patologías como Diabetes, HTA, Depresión, Rezago u otras, en el que el estado de salud en las personas no es homogéneo, lo que dificulta diferenciar personas sanas y personas enfermas en la comunidad, puesto que en la dinámica del proceso de salud-enfermedad se encuentran diversos estados intermedios de salud relativa en los que, junto al cumplimiento satisfactorio de los condicionantes que definen este estado de salud, pueden encontrarse algunos signos desfavorables –sensaciones dolorosas, disfunciones de órganos o sistemas- de intensidad discreta y no evolutivos, que no impiden a la persona integrarse plenamente en una actividad normal, familiar, profesional y social, y que le permiten "considerarse sano" tanto frente a sí mismo como frente a la sociedad, determinando la poca o nula necesidad de consultar en un centro de salud. Es por ello que es imperativo generar estrategias focalizadas que aseguren ampliar las coberturas de pesquisa de las enfermedades y situaciones de riesgo priorizadas de acuerdo al perfil epidemiológico nacional y comunal Ej. Pesquisa de patologías en personas "sanas" con el aumento de cobertura de examen o pautas de evaluación: HTA y Diabetes con Examen Medicina Preventiva (EMP), de Rezago a través de evaluaciones de desarrollo infantil o de Depresión y/o Consumo riesgoso de alcohol a través de la búsqueda activa con test de tamizaje (Edimburgo, Goldberg, Audit).

- **SALUD ES MÁS QUE UN SISTEMA DE ATENCIÓN**:

  La atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman. Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciables por **factores individuales, sociales**, **culturales**, **económicos** y **ambientales.** Cuando la mirada a los factores conducentes a la salud es amplia, muchas de las intervenciones que buscan modificar dichos factores quedaran fuera de la acción tradicional del sector salud. El enfoque comunal propuesto concibe un rol activo del sector salud en la reducción de inequidades en salud, directamente asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, comprensivos y efectivos, pero con igual importancia, actuando indirectamente, involucrando otros sectores del gobierno comunal y de la sociedad civil (Abogacía). El marco de acción de la Atención Primaria en Salud pública debiese ser un campo de acción social, cuyos agentes incluyen especialistas y técnicos de salud involucrando a otros sectores como establecimientos educacionales, organizaciones sociales, empresarios, políticos e instancias de la sociedad civil. Otro aspecto central es la generación de espacios de participación en la construcción de capital social y cohesión social reconociendo que la acción y soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud.

- **¿DE QUE SE ENFERMAN Y DE QUE MUEREN LO CURICANOS? PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

  MORTALIDAD: La comuna presenta un perfil epidemiológico donde las **enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos** predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada pero que coexisten con enfermedades infecciosas. En **niños(as) menores de 1 año** la primera causa de muerte está dada por afecciones originadas en el período perinatal (43%) y en **población entre 1 y 44 años** la mortalidad es causada principalmente por Causas Externas

(accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios). En este grupo es preocupante el aumento en los últimos años de las muertes por suicidio sobre todo en población adolescentes además de las atribuibles a condiciones y estilos de comportamientos riesgosos (Ej. accidentes de tránsito por influencia del alcohol). Por último en el grupo poblacional donde se presenta el 80% de las muertes (**mayores de 44 años**) las causas predominantes son las asociadas a Enfermedades del Sistema Circulatorio y Cáncer.

AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS: Las limitaciones de los indicadores de mortalidad en la medición de los fenómenos salud-enfermedad determina la necesidad de observar otro indicador para evaluar la carga de enfermedad de nuestra comuna y este corresponde a los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA), indicador que mide otros aspectos del estado de salud, como el estado funcional y la calidad de la vida, indispensable para la toma de decisiones en políticas públicas comunales. **AVISA mide la pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad**, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Esta característica permite identificar los problemas de salud que generan la mayor carga de consultas para nuestros equipos de salud siendo las cinco primeras causas específicas de AVISA:

- **Enfermedad hipertensiva del corazón**
- **Trastornos depresivos unipolares**
- **Trastornos de la vesícula y vías biliares**
- **Dependencia al alcohol**
- **Cirrosis hepática**.

En hombres, entre las cinco primeras aparecen los accidentes del tránsito en vez de los trastornos de la vesícula y vías biliares.
En mujeres aparecen los trastornos ansiosos y las agresiones, mientras que disminuye la dependencia de alcohol y la cirrosis hepática.
De acuerdo a **grupos por edad,** dos de las patologías que generan la mayor carga de enfermedad en **menores de 1 año** son el bajo peso al nacer y trastornos respiratorio al nacer, ambas asociadas fuertemente a la Prematurez y por ende al cuidado perinatal; en niños de **1 a 9 años** son los accidentes de tránsito, caídas y estrabismo; en el grupo de **adolescentes** la mayor carga de enfermedad se atribuye a úlcera péptica, escoliosis, trastornos del ánimo bipolar, accidentes de tránsito, migraña y agresiones; en los **adultos** es la enfermedad Hipertensiva del corazón, los trastornos depresivos unipolares, la dependencia al alcohol y los trastornos a las vías biliares y vesícula; y en el grupo de **adultos mayores** son las cataratas, enfermedad isquémica del corazón, Alzheimer y otras demencias, Diabetes tipo II, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad Hipertensiva del corazón y glaucoma.

FACTORES DE RIESGO: El análisis de la carga de enfermedad y muerte, proporciona información valiosa para dimensionar y priorizar problemas de salud, sin embargo, su énfasis está puesto en la curación o rehabilitación de la enfermedad. Para completar el análisis es necesaria la visualización integrada de la historia natural de los procesos de salud y enfermedad, siendo posible identificar aquellas etapas pre-patogénicas y patogénicas asintomáticas, en las cuales se encuentran los **Factores de Riesgo** para enfermar o morir, carga atribuible a factores de riesgo, los que nos permitirán orientar el diseño de estrategias preventivas y de promoción.
Factores de Riesgo atribuibles a pérdida de salud (AVISA): El consumo de alcohol es el factor de riesgo con mayor carga por pérdida de años de vida saludable, seguido en orden de importancia por la malnutrición por Exceso (sobrepeso y Obesidad) y la Hipertensión.

Factores de Riesgo atribuibles a Muertes: La Hipertensión, es el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible seguido por el consumo de sal, alcohol y tabaco. Es así que, 1 de cada 7 muertes es directamente atribuible a la hipertensión, mientras que 1 de cada 8 lo es al consumo excesivo de sal, 1 de cada 10 al consumo de alcohol, 1 de cada 11 al tabaquismo directo, sin contar el efecto del fumador pasivo.

- **DESIGUALDADES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD RELACIONADAS PRINCIPALMENTE CON DESVENTAJAS SOCIALES:**

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.

- Los hijos de madres de menor nivel de escolaridad, tienen tres veces mayor riesgo de morir que aquellos nacidos de mujeres con un nivel educacional mayor a 13 años.
- La mayor parte de los problemas o situaciones desfavorables para la salud muestran una gradiente educacional evidente, con mayores prevalencia en la población con menos de 8 años de estudio independiente de la edad y entre ellos destacan: presión arterial elevada, dislipidemia HDL, obesidad, relación sodio/potasio en orina >1, bajo consumo de pescado, harinas integrales y de frutas y verduras, hipotiroidismo, sedentarismo, síntomas depresivos de último año, caries dentales y mayor nivel de dependencia del adulto Mayor.
- El consumo de tabaco es un factor de riesgo conductual para enfermedades crónicas que aún presentan en Chile una gradiente educacional inversa, es decir, las tasas de consumo general observadas en el nivel educacional alto superan a las del nivel educacional bajo.
- La mayor prevalencia de problemas por abuso o dependencia de alcohol se encuentra en los estratos socioeconómicos bajos. La mayor parte de los chilenos bebe en forma intermitente y excesiva. La media de gramos de alcohol puro consumido en un mismo día entre los bebedores es superior a los 60 gramos, lo que sitúa a los bebedores chilenos en una situación de elevado riesgo no solo de problemas relativos al consumo de alcohol (Ej. trastorno por dependencia de alcohol) sino de un aumento de la incidencia de más de 40 patologías potenciales (la mayoría de ellas de tipo crónico, como cardiovasculares y cáncer, además de traumatismos y accidentes).
- Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo, y por lo tanto, son atribuibles a la distinta exposición a riesgos y la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables que tienen los hombres y las mujeres, es decir, a factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. En todas las edades la tasa de mortalidad de los hombres por accidentes de tránsito es 4,2 veces más alta que en las mujeres; la mortalidad por lesiones auto infligidas es 4,4 veces más alta, por cirrosis hepática es 2,3 veces, y por enfermedades isquémicas del corazón es 1,4. Desde hace varios años el número de mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja supera el número de muertes maternas. En hombres para todas las edades, dentro de las primeras cinco causas de AVISA figuran los accidentes del tránsito. En las mujeres en cambio, figuran los trastornos ansiosos y las agresiones.

RELACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN EN CENTROS DE SALUD CON SUS USUARIOS:

Según datos de validación FONASA 2012, 131.066 personas están inscritas en establecimientos de nuestro Departamento de Salud Municipal, correspondiendo al 91.8% del total de población estimada por INE para Curicó, siendo el sistema de atención en Salud Municipal, el principal prestador para curicanos y curicanas en atención primaria con un volumen de alrededor de 1 millón de prestaciones por año. El modelo de atención instalado en cada establecimiento de salud de la comuna corresponde a un Modelo de Atención Integral, el cual ofrece una visión integral del proceso salud-enfermedad que, sin desconocer sus aspectos biomédicos en el que se incluyen convenios de mejoramiento de Resolutividad (cirugía menor, atención oftalmológica y de otorrinolaringología) y de apoyo diagnóstico (imágenes, laboratorio) junto a las prestaciones establecidos por ley para la APS, incorpora otras dimensiones (psicosociales), imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico, del avance tecnológico y del cambio hacia un usuario más pro-activo, es decir, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad.

Ahora bien, la valoración social del sistema de atención en salud depende no sólo de la capacidad resolutiva, la oferta de servicios, calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no "médicos" vinculados a la atención. Entre estos, la relación entre usuarias y usuarios y el equipo de salud, tiempos de espera, acceso a la información, trato digno y respetuoso, infraestructura adecuada a necesidades y expectativas de los y las usuarias y en relación a ello se podrían establecer los siguientes supuestos:

- La relación entre usuarios y usuarias con el equipo de salud, otorgaría elementos sustantivos sobre la satisfacción usuaria, si el marco en que se da esta relación está definido desde la protección de derechos, respeto a la diversidad y humanización del trato.
- Las posibilidades de aumentar los grados de satisfacción son mayores si existen espacios de participación ciudadana.
- La relación que establecen mujeres y hombres con el sistema público de salud es cualitativamente distinta frente a una determinada atención, evidenciándose claramente en ámbitos como el acceso a la red, si existen determinantes sociales que condicionan su relación.
- La variable etaria será determinante en la evaluación de servicios específicos, si el marco en el que se ofrecen determinados servicios no contiene un grado de pertinencia a la demanda de los usuarios y usuarias.
- La ciudadanía contribuye a un reconocimiento de las expectativas y necesidades de la población y por otra parte, a ejercer una demanda sobre los servicios de salud en tanto su objetivo es la satisfacción de expectativas y necesidades como cumplimiento de garantías en salud.
- El rol de la ciudadanía es por una parte, el de proporcionar información valiosa para la mejora de la calidad y pertinencia de los servicios y por otra parte, el de controlar y evaluar permanentemente la gestión pública en función de los resultados esperados.

En relación a la realidad comunal sobre tasa de reclamos en centros de salud de la comuna durante el año 2011, se generaron 1.6 reclamos por 1000 inscritos siendo Colón el Centro con la Tasa de Reclamo más alta (3.4) y Sol de Septiembre con la más baja (0.8) siendo los relacionados con los Procedimientos Administrativos (35%), Tiempo de Espera (24%) y Trato (21%) los aspectos que presentan el mayor volumen (80% del total)

Hoy en cada uno de los centros de salud existen espacios de participación ciudadana en pro del mejoramiento en aspectos de la gestión de los establecimientos de salud, como de la calidad de vida del sector.

- Consejos de Desarrollo Local apoya la gestión del Centro de Salud y cumple el rol de control social y realiza un planificación anual
- Oficina de Gestión de Solicitudes Ciudadanas (OIRS) que permiten acoger las necesidades de la población usuaria con eficiencia en un marco de equidad, respeto a los derechos y dignidad de las personas.
- 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.
- Mesas Territoriales: 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 uno, 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 Centro y por ende en la planificación comunal.

NECESIDADES DE SALUD EXPRESADAS POR LA POBLACIÓN

El Diagnóstico de Salud Participativo es el proceso mediante el cual, las personas de la comunidad y los equipos de salud, recogen y comparten información que permite conocer la situación de salud de la comunidad, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y los problemas existentes sobre los cuales se pretende generar soluciones conjuntas con el compromiso de los actores sociales involucrados. El enfoque comunal se orienta al análisis territorial de las problemáticas y necesidades, siendo la comunidad y el equipo de salud más cercano (equipo de sector) quienes priorizan las problemáticas y en conjunto buscan las soluciones. No obstante a lo anterior, el análisis general de la información permite identificar las prioridades comunales.

Metodológicamente en cada centro de salud de la comuna, se realizaron Diagnósticos Participativos en cada Mesa Territorial en funcionamiento (una en cada sector), como parte de las actividades programadas para el año 2012. Cada sector entregó su propia descripción metodológica y el análisis de los nudos críticos percibidos por la comunidad, generándose un resumen por establecimiento que permite obtener un resumen comunal de las necesidades y problemáticas que detallamos a continuación:

- PROBLEMAS MEDIO AMBIENTALES: Perros callejeros y/o abandonados, Micro basurales, canales de riego abierto, Falta de educación medio ambiental. **Priorizado en la totalidad de los centros de salud de la comuna.**
- SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES: Adultos mayores en situación de abandono, Desconocimiento del número de ellos que viven solos, Problemas de salud, Prioridad y accesibilidad a la atención.
  Priorizado en 4 de los 6 de los centros de salud de la comuna.
- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: **Priorizado en 4 de los 6 de los centros de salud de la comuna,** no especificada.

- PROBLEMAS EN LA ATENCION EN CENTROS DE SALUD: Problemas de infraestructura, trato, oportunidad de la atención. **Priorizado en 3 de los 6 de los centros de salud de la comuna.**
- OBESIDAD: **Priorizado en 2 de los 6 de los centros de salud de la comuna**.
- CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS: **Priorizado en 2 de los 6 de los centros de salud de la comuna.**
- DELINCUENCIA Y SENSACIÓN DE INSEGURIDAD: **Priorizado en 2 de los 6 de los centros de salud de la comuna.**
-

B.-PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD

Expuesto lo anterior se definen las siguientes prioridades:

1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE: El medio ambiente puede ser entendido como el conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas con las que interactúan los seres humanos (OPS/OMS, 1999). La salud ambiental engloba los factores ambientales que pueden incidir en la salud de las personas. Su ámbito de acción se basa en la creación de ambientes propicios para la salud y en la prevención de las enfermedades (OMS, 2010). Se calcula que el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% de todos los fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales (OMS, 2006). Junto a su relevancia sanitaria, estos problemas tienen gran impacto en la opinión pública. Actualmente está comprobado que el impacto medioambiental de las áreas verdes en los barrios y poblaciones populares es muy grande, ya que contribuye en forma directa a mejorar la calidad de vida de las personas al intervenirse estos sectores. La Organización Mundial de la Salud, recomienda para crear un buen medio ambiente en un territorio, una superficie de 9 metros cuadrados de áreas verdes por cada habitante, **El indicador comunal alcanza 5,6 metros cuadrados y el promedio país es de 4, 3 metros cuadrados.**

   Como resultado de los Diagnósticos Participativos, la población identifica problemas sanitarios ambientales de su entorno, en la totalidad de los centros de salud de la comuna, destacando: Perros callejeros y/o abandonados, Micro basurales, Canales de riego abierto, Falta de educación medio ambiental. Dichos problemas deben ser evaluados y considerados de acuerdo a la realidad local por los equipos de salud, para la incorporación de éstos en su planificación, haciendo partícipe a la población a través de estrategias de promoción. Así también, a nivel comunal, instalar la temática en las autoridades y otros sectores para la búsqueda de soluciones intersectoriales y con medidas estructurales a través de una Planificación Comunal Intersectorial.

2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO DE CURICÓ A LO LARGO DEL CICLO VITAL: Para intervenir en la totalidad del ciclo vital es necesario un abordaje interdisciplinario e integrador. Además, considerar al menos dos tópicos relevantes: El primero de ellos hace referencia a que las condiciones socioeconómicas al inicio del ciclo vital determinan los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta (Kuh et al.,1997) y el segundo se relaciona con los efectos acumulativos que pueden generar enfermedad, los cuales no solo se limitan a la vida de una persona, sino que pueden transmitirse de generación en generación (Lumey, 1998), lo cual conlleva una desigual distribución de oportunidades desde el inicio de la vida.

PERÍODO PERINATAL: Mortalidad Materna y Perinatal asociada a **Patologías Obstétricas**; Mortalidad y Discapacidad asociada a **Partos Prematuros.**

PERIODO INFANCIA (0 A 9 años**):** Morbimortalidad asociado a **Accidentes, Rezago en el Desarrollo Infantil.**

PERÍODO ADOLESCENCIA (10 a 19 años): **Muertes por Suicidios, Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas, Embarazo Adolescente.**

PERÍODO ADULTEZ (20 a 59 años): Morbilidad, Discapacidad y Mortalidad Prematura **por Enfermedades Cardiovasculares; Cáncer; Trastornos Mentales, Violencia y Traumatismos.**

PERÍODO ADULTO MAYOR (más de 60 años): **Pérdida de funcionalidad e independencia del adulto mayor.**

TRANSVERSAL AL CICLO VITAL: **Obesidad, Sedentarismo, Consumo de Sal; Consumo de Tabaco, Enfermedades Respiratorias Agudas y Crónicas; Enfermedades Transmisibles.**

3. MEJORA CONTINUA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN USUARIA: En términos generales, la OMS sugiere que "una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras" (WHO, 2006). Si bien existen muchas definiciones de calidad, un sistema de salud deberá mejorar en todas las dimensiones de ésta, pero en especial en aquellas más sentidas por la población o de mayor impacto económico como son: **acceso, seguridad, efectividad, eficiencia, aceptabilidad centrada en el paciente, equidad y satisfacción usuaria**.

PLAN DE ACCION COMUNAL

ÁREA PRIORIZADA
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE

OBJETIVO ESTRATEGICO
PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Apoyo a la gestión de las demandas ciudadanas en área Medio ambiental	Liderar Mesa de trabajo Medio Ambiente	Elaborar y ejecutar Plan Comunal Medio Ambiente Integrado y Participativo 2013-2016	Documento de Nombramiento	Nombrar un Encargado Medio Ambiente Dpto. de Salud	Encargado medio Ambiente Departamento de Salud	
			Acta de Constitución de Mesa de Trabajo, Asistencia	Instalar Mesa de Comunal Medio Ambiente		
			Documento Plan	Elaborar Plan 2013-2016 Medio Ambiente		
Mejoramiento Entorno Ambiental Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Alcanzar una superficie de 8 metros cuadrados de áreas verdes por cada habitante al año 2016	Superficie urbana de áreas verdes y espacios públicos / Nº total de habitantes	Abogacía Ámbito comunal (municipio) y territorial (Mesas Territoriales centros de salud -Incorporación Temática medio ambiental en Planes de Trabajo de Mesas Territoriales de Cesfam	-Encargado medio Ambiente Dpto. de Salud -Equipo de salud	Anual Ministerio del Interior. Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE). Sistema Nacional de Indicadores Municipales (SINIM)

OBJETIVO ESTRATEGICO
REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL. **PERIODO PERINATAL**

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Salud Perinatal Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal Disminuir la mortalidad perinatal	META DE IMPACTO: Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal en 3 años	Tasa de Mortalidad Perinatal	Monitoreo	UGC	Anual
		PRODUCTOS ESPERADOS 80% de las gestantes bajo control prenatal con sobrepeso y obesidad son atendidas en al menos 2 consultas nutricionales	Porcentaje anual de gestantes bajo control prenatal con sobrepeso y obesidad, que son atendidas en al menos 2 consultas nutricionales, por Centro de Salud	Consulta Nutricional	Nutricionista	Trimestral
		100% de gestantes son derivadas al nivel secundario por factores de riesgo de parto prematuro	Porcentaje de gestantes que son derivadas al nivel secundario por factores de riesgo de parto prematuro, por Centro de Salud	1.-Detección gestantes en riesgo PP en Control Prenatal 2.-Elaboración IC ARO 3.-Monitoreo por centro de salud y comunal	Matrón(a)	Trimestral
		100% de gestantes son derivadas al nivel secundario por factores de riesgo de Obstétrica de acuerdo al Protocolo de Derivación ARO	Porcentaje de gestantes que son derivadas al nivel secundario por factores de riesgo de Obstétrico de acuerdo al Protocolo de Derivación ARO	1.-Detección gestantes en riesgo Obstétrico en Control Prenatal 2.-Elaboración IC ARO 3.-Monitoreo en Centros de salud y comunal	Matrón(a)	Trimestral
		91% de embarazadas ingresan a control de embarazo antes de las 14 semanas	Proporción de embarazadas que ingresan a control de embarazo antes de las 14 semanas	1.-Gestión SOME Agendas Matronas para Ingreso a control Prenatal 2.-Ingreso a Control Prenatal	1.-Personal SOME 2.- Matrón(a)	Trimestral
		65% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal	Porcentaje de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal	Atención odontológica integral a la embarazada	Odontólogo(a)	Anual

OBJETIVO ESTRATEGICO
REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL **INFANCIA**

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Déficit y Rezago Infantil	Disminuir el Déficit de Desarrollo Infantil en la comuna	META DE IMPACTO: Disminuir 10% la Incidencia de Déficit en población entre 24 y 47 meses	Número de niños con Déficit de Desarrollo Psicomotor del total de evaluaciones de DPM en el grupo de 24 y 47 meses	Control de Salud del Niño y la Niña	Enfermera	Anual
		PRODUCTOS ESPERADOS: 95 % de Cobertura de de niños(as) con Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) en población bajo control entre 18 y 23 Meses Recuperación al cuarto mes, por niño diagnosticado con déficit del DSM en población entre 18 y 23 Meses	1.-Proporción de niños(as) de 18 y 23 meses con Primera Evaluación de Desarrollo Psicomotor EEDP del bajo Control en ese grupo de edad 2.- Proporción de niños recuperados en situación de Normalidad de DPM en reevaluación de DPM de niños diagnosticados con déficit del DSM en población entre 18 y 23 Meses	Control de Salud del niños y la niña	Enfermera	Trimestral
		70 % de Cobertura de de Evaluación de DPM (TEPSI) en población entre 24 y 47 Meses	2.-1.-Proporción d niños(as) de 24 y 47 meses con Primera Evaluación de Desarrollo Psicomotor TEPSI del bajo Control en ese grupo de edad	Control de salud del niños y la niña	Enfermera	Trimestral
		Cumplir a lo menos 90 % de Cumplimiento en los Indicadores del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	Porcentaje de Cumplimiento en los Indicadores del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	-Prestaciones del Protocolo de Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial -Elaboración anual de un Plan Intersectorial en la Red Básica CHCC para un Desarrollo Infantil Saludable	Equipo de Salud, Red Básica CHCC	Trimestral

OBJETIVO ESTRATEGICO
REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL **POBLACION ADOLESCENTE**

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Muertes por Suicidios	Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental con el fin de Reducir las muertes por Suicidio	META DE IMPACTO: Reducir Muertes por Suicidios	Tasa de Mortalidad por suicidio en población adolescente de 10 a 19 años	Elaboración y Aplicación programa de promoción de factores protectores de salud integral de adolescentes y jóvenes	Equipo de Salud	Anual
				Implementación Sistema vigilancia de intentos de suicidios en Servicios de Urgencia de la comuna	Equipo de salud	
		PRODUCTOS ESPERADOS: 8,5% de cobertura de Control de Salud " Joven Sano" a adolescentes de de 10 a 19 años	Cobertura Control de Salud " Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años	Control de Salud " Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años	Equipo de Salud	Trimestral
		100% de adolescentes mayores de 10 años con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	Cobertura Aplicación Pauta de Tamizaje para detección de depresión en población inscrita	Aplicación Pauta de Tamizaje para detección de depresión en población inscrita	Equipo de Salud	Trimestral
			% de ingresos a Tratamiento integral en Atención Primaria e Inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años s y más con diagnóstico de depresión	Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años s y más con diagnóstico de depresión	Equipos de salud mental	Trimestral
			Cobertura Aplicación de screening de ideación suicida a adolescentes con diagnósticos problemas y trastornos de salud mental.	Aplicación de screening de ideación suicida a adolescentes con diagnósticos problemas y trastornos de salud mental.	Equipo de salud mental	Trimestral

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 5% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años	Tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años			Anual
		Aumentar en 10 % la Tasa anual de adolescentes que usan algún método de regulación de fecundidad, por población adolescentes de 15-19 años	Número de centros de Salud con Espacios y/o Horarios Amigable de atención a adolescentes	Mantener o Instalar Espacios y/o Horarios Amigable de atención a adolescentes	Equipo de salud	Semestral
			Tasa anual de adolescentes que usan algún método de regulación de fecundidad, por población adolescentes de 15-19 años	Consejería de regulación de la fertilidad al 100% de adolescentes hombres y mujeres que la solicitan Métodos de Regulación de la Fertilidad	Matrona	Semestral
				Control de Regulación de la Fertilidad		
				Talleres de habilidades parentales a familias y/o cuidadores con adolescentes de 10 a 14 años.	Equipo de Salud	Semestral

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas	Promover la formulación e implementación de políticas locales en promoción de la salud en los entornos comunales, y educacionales, construyendo oportunidades para que las personas familias y comunidades accedan a entornos que faciliten los estilos de vida saludables.	Cobertura población adolescente en Planes Comunales de Promoción de la Salud		Abogacía en la Promoción de vida saludable Establecimientos educacionales y agrupaciones juveniles	Equipo de Salud	Anual
	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco, alcohol y drogas.	El 100% adolescentes consumidoras de tabaco, alcohol o droga detectadas en el control anual de salud recibe Conserjería y/o Derivación a tratamiento	Número de adolescentes consumidoras de tabaco, alcohol o droga detectadas en el control anual de salud recibe Conserjería y/o Derivación a tratamiento del Total de Controles de Salud	Control de Salud " Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años	Equipo de Salud	Semestral
		100 % consejerías a adolescentes consumidores de tabaco detectadas en atención odontológico	Proporción de consejerías a adolescentes consumidores de tabaco detectadas en el control anual de salud	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica	Odontólogo	Semestral
		10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)		Aplicación de AUDIT para detección de consumo de alcohol en control de salud en población adolescente	Equipo de Salud	Semestral
		100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio		Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	Equipo de Salud Mental	Semestral

OBJETIVO ESTRATEGICO: REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL **POBLACION ADULTA**

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	META DE IMPACTO: Aumentar 10% la sobrevida al primer año proyectada del infarto agudo al miocardio y accidente cerebro vascular				Trianual
		PRODUCTOS ESPERADOS: Garantizar el acceso a tratamiento de HTA y Diabetes al 100% de las personas diagnosticadas con la enfermedad	Número de personas que acceden a tratamiento de HTA y Diabetes de las personas diagnosticadas con la enfermedad	Ingreso HTA y Diabetes dentro de los plazos GES	Médico	Trimestral
		100% de personas de 35 años y más, conocen síntomas de IAM y ACV del bajo control del PSCV que asiste a control	Número de personas de 35 años y más, conocen síntomas de IAM y AC V del bajo control del PSCV que asiste a control	Elaboración Cartilla Informativa y entrega en controles de salud	Equipos de salud Establecimientos de salud	Trimestral
		Asegurar ECG al 100 % de la población que consulta por síntomas de IAM	Número de personas con ECG realizado que consultan por síntomas de IAM	Evaluación médica en SAPU y derivación a personas que consultan por síntomas de IAM y ACV	Médico SAPU	Trimestral
		Mantener ambulancia disponible en el 100% de SAPU de la comuna que asegure el traslado inmediato a centro de mayor complejidad a la población que consulta por síntomas de IAM y ACV	Número SAPU en funcionamiento con ambulancia disponible en SAPU de la comuna	Realización de ECG por personal calificado e Informe por Telemedicina	Equipo de salud SAPU calificado	Trimestral
	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	METAS DE IMPACTO: Incrementar en a lo menos 10 % en 3 años la cobertura efectiva de personas de 15 años y más años con HTA controlada (<140/90) respecto de lo logrado	Nº personas hipertensas de 15 y más años con PA <140/90 mm Hg., según último control vigente de año del total de la población hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia	Exámen de Medicina Preventiva *Para toda la población mayor de 15 años que lo solicite *Búsqueda activa en grupo focalizados Hombres de 20 a 44 años y Mujeres 45 a 64 años Actividades protocolizadas Programa de Salud Cardiovascular	Equipo de salud	Trimestral
	Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más	Incrementar a lo menos en un 10% en tres años, la cobertura efectiva de personas de 15 y mas años con diabetes Mellitus Tipo 2 controlada (HbA1c <7%) respecto de lo logrado el año	Nº Personas diabéticas de 15 y más años con Hb A1c<7%, según último control vigente del total de personas diabéticas de 15 y más años estimadas según prevalencia			

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Cáncer	META DE IMPACTO: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	tasa de mortalidad por cáncer				Trianual
	PRODUCTOS ESPERADOS: Aumentar el Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente para el diagnóstico y derivación de casos con sospecha de etapas previas o Invasiva de **Cáncer de Cervicouterino**	A lo menos el 80% de las mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente	Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente del total de población inscrita en este grupo de edad	Difusión trimestral de la oferta de exámenes en centros de salud	Equipo de salud	
	Aumentar el Porcentajes de mujeres 50 a 54 años con Mamografía Preventiva para el diagnóstico y derivación de casos con sospecha de Cáncer de Mamas	Incrementar 10% anual la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 59 años	Nº de mujeres de 50 a 59 años inscritas validadas, con Mamografía vigente del total de población inscrita en este grupo de edad	Controles de salud y Consultas de Morbilidad	Matrona, Medico	
	Realizar mamografía a Personas de 15 años con sospecha de Cáncer de Mamas	100% de personas mayor a 15 años con sospecha de Cáncer de Mamas con Mamografía tomada	Número de personas mayor a 15 años con Mamografía tomada del total con sospecha de Cáncer de Mamas	Toma, proceso y resultados de exámenes (PAP , MX)	Equipo de salud	
	Confirmación de Colelitiasis con Ecotomografía Abdominal en personas entre 35 y 49 años con sintomatología para su derivación a Colecistectomía en centro de mayor complejidad como medida preventiva de Cáncer de Vesícula y vía Biliar	100% de personas entre 35 y 49 años con sospecha de Colelitiasis con Ecotomografía Abdominal tomada	Numero personas entre 35 y 49 años con Ecotomografía Abdominal tomada del total con sospecha de Colelitiasis	Actividades de Protocolo GES Cáncer de Mama, Cáncer Cervicouterino y de Vesícula		

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Trastornos Mentales	META DE IMPACTO: Aumentar altas clínicas en PBC de Depresión	20% de altas integrales en un año en población bajo control en programa de salud mental por depresión	Tasa anual altas clínicas por población bajo control de Depresión	Abogar para establecer alianzas de trabajo con otros sectores del estado y actores de la sociedad, para desarrollar líneas de acción conjuntas, que permitan incidir positivamente en la calidad de vida de las personas, Interv. Integrales Depresión	Equipos de salud	Anual
	PRODUCTOS ESPERADOS: Detectar en forma activa personas en grupos de riesgo para desarrollar depresión, teniendo presente las diferencias de género en la aparición de la enfermedad.	El 100% de embarazadas y madres de menores de 1 año con sospecha de depresión son evaluadas por equipo salud mental.	Tasa anual de mujeres embarazadas, que ingresan a tratamiento por depresión	Control de embarazada con Pauta de tamizaje aplicada Intervenciones Integrales Depresión	Equipos de salud	Semestral
			Tasa anual de madres de menores de 1 año, que ingresan a tratamiento por depresión	CNS con pauta de tamizaje aplicada a madres Intervenciones Integrales Depresión	Equipos de salud	Semestral
	META DE IMPACTO: Aumentar altas clínicas en PBC en programa de salud mental por consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas	20% de altas integrales en un año en población bajo control en programa de salud mental por consumo perjudicial o depend de alcohol y drogas	Tasa anual altas clínicas por PBC en programa de salud mental por consumo perjudicial o depend de alcohol y drogas			anual
	Detectar, Diagnosticar y dar tratamiento Integral a personas afectadas por problemas asociados al consumo de alcohol	Establecer Línea base 2013 de prevalencia comunal de Consumo de Riesgo y Dependencia según AUDIT del total de pautas aplicadas	Número de Audit con puntaje mayor a 8 del total de Audit aplicados	Aplicación Audit	Equipo de salud	semestral
		Realizar intervención Mínima al 100% de personas con consumo riesgoso de alcohol según Audit	Número de Interv Mínimas del total de personas con Audit con resultado de consumo de Bajo Riesgo	intervenciones Mínimas		
		Realizar intervención Breve al 100% de personas con consumo riesgoso de alcohol según Audit	Número de intervenciones breves del total de personas con Audit con resultado de consumo de riesgo	intervenciones breves		
		Realizar Evaluación Clínica por un profesional competente y con experiencia en el abordaje de consumo problema de alcohol al 100% de personas con posible dependencia de al alcohol según Audit	Número de Evaluaciones clínicas por personal calificado del total de personas con posible consumo problema o dependencia al Alcohol según Audit	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas	Equipo de salud mental	semestral
		Ingresar a programa de salud mental al 100 % de personas con problemas de Dependencia al alcohol y está motivado por cambiar su consumo	Número de personas que ingresan a programa de salud mental del total de personas con problemas de Dependencia al alcohol y está motivado por cambiar su consumo			
		Ingresar a programa de salud mental al 100 % de personas con problemas de Dependencia a drogas y está motivado por cambiar su consumo	Número de personas que ingresan a programa de salud mental del total de personas con problemas de Dependencia a drogas y está motivado por cambiar su consumo			

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Violencia	Disminuir los Femicidios	META DE IMPACTO: Lograr una tasa de femicidios 1,2 por 100 mil en mayores de 15 años	Tasa de Femicidios			Trianual
		PPRODUCTOS ESPERADOS:100% de mujeres que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de VIF	N° de mujeres con sospecha de VIF a las que se les realiza entrevista diagnóstica en programa VIF del total de derivadas	Derivación efectiva de mujeres en quienes se ha detectado Violencia Intrafamiliar (VIF) al "Programa de Atención Integral para Mujeres que viven VIF en Establecimientos de Atención Primaria"	Equipo de salud	Semestral
				Visita Domiciliaria Integral por matrona a gestantes y familia con VIF según evaluación matrona y/o del equipo de cabecera.	Equipo de salud	
				Coordinación intersectorial más efectiva y eficiente para la protección, detección precoz y tratamiento de los daños en las víctimas de violencia de género	Equipo de salud	
Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	META DE IMPACTO: Lograr una Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor de 3,2 por 100 mil	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito			Trianual
	Participar en mesa intersectorial para reducir la mortalidad de accidentes de tránsito	Elaborar y ejecutar Plan Intersectorial de Reducción accidentes de tránsito 2013-2020	Acta de Constitución de Mesa de Trabajo, Asistencia Documento Plan	Abogacía Ámbito comunal (municipio) y territorial (Mesas Territoriales centros de salud con el fin de Impulsar el abordaje intersectorial en la prevención de accidentes de transito	Equipo de salud	Anual

OBJETIVO ESTRATEGICO: REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL: ADULTO MAYOR

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Pérdida de funcionalidad e independencia del adulto mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años	Durante 2013 generar línea base			Anual
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Línea base de cobertura de Plan de actividades de Promoción del envejecimiento activo y autocuidado del adulto mayor.	Número adultos mayores que participan en actividades de Promoción del envejecimiento activo y autocuidado del total de población mayor de 60 años	Liderar y participar en Mesa de trabajo intersectorial del adulto Mayor	Equipo de salud	Semestral
				Elaborar y ejecutar Plan anual de Promoción del envejecimiento activo y autocuidado del adulto mayor.		
	Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior	Proporción de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente	Examen de Medicina Preventiva en el adulto mayor		
	Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	Número de adultos de 65 y más años con plan de intervención y derivación según corresponda del total de casos detectados con riesgo social (sospecha de maltrato; consumo personal o familiar de drogas o problemático de alcohol)	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato o que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas o algún miembro de su familia		
	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas(de alto riesgo) bajo control en PSCV	100% de las personas hipertensas o diabéticas y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	Número de personas hipertensas o diabéticas bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica del total bajo control	Control de salud con clasificación de etapa enfermedad renal crónica		
	Aumentar el número de personas AM que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior los AM que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Diferencia en número de personas que reciben rehabilitación integral con base comunitaria. cada año menos el total en esa condición del año anterior	Atenciones integrales en CCR		
	Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	100% de personas diabéticas mayores de 45 años bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	Número de personas diabéticas mayores de 45 años evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses del total bajo control en esa edad	Control de salud PSCV		

	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	80% de las personas diabéticas mayores de 45 años bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	Número de personas diabéticas mayores de 45 años con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas del total bajo control en esa edad			
	Examen de Fondo de ojos a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 80 % de las personas diabéticas mayores de 45 años a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un exámen de fondo de ojos.	Número de personas diabéticas mayores de 45 años Bajo control tienen un exámen de fondo de ojos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV			

OBJETIVO ESTRATEGICO: REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL**: TRANSVERSAL AL CICLO VITAL**

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Obesidad y Consumo de sal	Promover la Alimentación Saludable en curicanos y curicanas	Incorporar actividades Intersectoriales de promoción de una alimentación saludable en Plan anual de promoción	Número de actividades de promoción de alimentación saludable en Plan comunal de Promoción	Actividades Plan Comunal de Promoción	Equipos de salud, Servicios públicos y privados, comunidad	Anual
			Número de Beneficiarios según grupos de edad			
	Incorporar el consejo Breve en Vida Sana en controles y consultas en todo el ciclo Vital	% centros de salud que incorporan Consejo Breve en Vida Sana en actividades habituales	Número de centros de salud que incorporan Consejo Breve en actividades habituales del total	Difusión y capacitación Consejo Breve en Vida sana	Equipo de salud	Anual
	Disminuir la prevalencia de Obesidad Infantil	Lograr una prevalencia de Obesidad Infantil menor al 10% en 3 años	Número de niños y niñas obesos(as) del total bajo control	Control de salud		semestral
	Aumentar el Porcentaje de niños(as) controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	Aumentar en 10% el Porcentaje de niños(as) controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	Número de niños(as) con lactancia materna exclusiva del total de controlados al sexto mes	Control de salud	Equipo de salud	semestral
				Talleres Lactancia materna		
				Consultas Lactancia materna		
				Consulta Nutricional del 5º mes		
	Mantener el control de salud en población menor de 5 años	Lograr una Tasa anual de 2 controles realizados a niños(as) entre 12 y 23 meses	Número de controles realizados a niños(as) entre los 12 y 23 meses del total bajo control en esa edad	Controles de salud de acuerdo a Orientaciones técnicas	Equipo de salud	semestral
		Lograr una Tasa anual de 2 controles realizados a niños(as) entre 23 y 48 meses	Número de controles realizados a niños(as) entre los 24 y 47 meses del total bajo control en esa edad	Talleres de Nadie es perfecto		
				Consulta Nutricional del 3 años 6 mes		
	Derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Obesidad y síndrome metabólico	100% de los y las adolescentes con obesidad son derivados/as a consulta nutricional	Número adolescentes con obesidad que son derivados/as a consulta nutricional del total de adolescentes obesos diagnosticado en control de salud	EMP Adolescente Joven Sano	Equipo de salud	semestral
				Consulta Nutricional		
	Recuperar la condición nutricional pre gestacional al 8º mes post parto	Lograr o disminuir el 55% de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8º mes post parto FIJAR LINEA BASE 2013	Número de mujeres con Sobrepeso y obesidad del total controlada al 8º mes	Control Post parto del 8º mes	Matrona	semestral
				Consulta y seguimiento nutricional post parto	Nutricionista	
				Actividades del programa Vida Sana	Equipo de salud	
	Intervenir Integralmente Obesidad en niños, adolescentes y adultos	Cumplir con el 80% de metas convenidas para el programa Vida Sana	Porcentaje de metas cumplidas del total de metas del Programa Vida Sana convenidas	Consulta medica, psicológica, nutricionista, talleres, sesiones de actividad Física	Equipo de salud	Semestral

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Sedentarismo	Promover la Actividad Física en curicanos y curicanas	Incorporar actividades Intersectoriales de promoción de la actividad fisica en Plan anual de promoción	Número de actividades de promoción de actividad fisica en Plan comunal de Promoción Número de Beneficiarios según grupos de edad	Actividades Plan Comunal de Promoción	Equipos de salud, Servicios públicos y privados, comunidad	Anual
	Incorporar el consejo Breve en Vida Sana en controles y consultas en todo el ciclo Vital	% centros de salud que incorporan Consejo Breve en Vida Sana en actividades habituales	Número de centros de salud que incorporan Consejo Breve en actividades habituales del total	Difusión y capacitación Consejo Breve en Vida sana	Equipo de salud	Anual
	Intervenir Integralmente Obesidad en niños, adolescentes y adultos	Cumplir con el 80% de metas convenidas para el programa Vida Sana	Porcentaje de metas cumplidas del total de metas del Programa Vida Sana convenidas	Consulta medica, psicológica, nutricionista, talleres, sesiones de actividad Física	Equipo de salud	Semestral
Consumo de Tabaco	Instalación de condiciones para una vida libre de humo de tabaco con el fin de reducir el consumo de tabaco en población de 12 a 64 años	Incorporar actividades Intersectoriales de promoción condiciones para una vida libre de humo de tabaco en Plan anual de promoción	Número de actividades de promoción condiciones para una vida libre de humo de tabaco en Plan comunal de Promoción	Actividades Plan Comunal de Promoción	Equipos de salud, Servicios públicos y privados, comunidad	Anual
	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a de los daños del humo del tabaco	100 % de las gestantes con consumo de tabaco reciben Consejería Breve en Tabaco	Número de Beneficiarios según grupos de edad Número de gestantes con consumo de tabaco en Epsa que reciben consejería breve en tabaco del total de gestante al ingreso a control prenatal	Consejería Breve en tabaco	Matrona, Odontólogo	Semestral
	Proteger la salud del o la adolescente de 12 años de los daños del humo del tabaco	100 % de los (as) adolescentes de 12 años con consumo de tabaco reciben Consejería Breve en Tabaco	Número de adolescentes con consumo de tabaco al alta odontológica a los 12 años que reciben consejería Breve en tabaco del total adolescentes con consume de tabaco al ata odontológica	Consejería Breve en tabaco	odontólogo	Semestral
	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Alcanzar al 30% de la población bajo control en sala IRA y ERA con hogares Libre del humo del tabaco	Número de personas con HLT del total bajo control en sala IRA y ERA	Consejería en Tabaco	Kinesiólogo	Semestral
	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Alcanzar al 30% de la población bajo control en sala IRA y ERA con hogares Libre del humo del tabaco	Número de personas con HLT del total bajo control en sala IRA y ERA	Acreditación Hogares LHT	Equipo de salud	Semestral

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Enfermedades Respiratorias	Reducir la muertes por enfermedades respiratorias	Lograr una tasa de mortalidad de 10,4 x 100.000 habitantes por infecciones respiratorias aguda	Tasa Mortalidad por Enfermedades Respiratorias			Trianual
	Reducir la carga de enfermedad respiratoria por inmunoprevenibles	Inmunizar para Influenza, y Neumococo al 90% población vulnerable.	Tasa anual de adultos mayores de 65 años que reciben vacunación Antiinfluenza	Vacunación	Equipo de Salud	Anual
			Tasa anual de adultos mayores de 65 años que reciben vacunación antineumocócica			
			Tasa anual de menores de 1 año que reciben vacunación antineumocócica			
	Realizar Visitas domiciliarias a niños y niñas con riesgo elevado de morir por neumonía en menores de un año, según Score	90% de visitas domiciliarias a niños y niñas con riesgo elevado de morir por neumonía en menores de un año, según Score	Número de visitas domiciliarias a niños y niñas menores de 1 año con riesgo elevado de morir por bronconeumonía del total de niños de esa edad con esa condición	-Aplicación Score de Riesgo de morir por neumonía -VDI	Equipo de salud	Semestral
	Entregar tratamiento a personas con infecciones respiratorias agudas y exacerbaciones de enfermedades respiratorias crónicas	Mantener Salas IRA, ERA y Mixtas en el 100% de los centros de salud de la comuna	Número de Salas IRA, ERA y Mixtas en centro de salud de la comuna			Anual
		Aumentar en 2 puntos porcentuales la población bajo control en Programa IRA (menor de 20 años) y ERA (mayor de 19) del total de la población en cada edad	Proporción pacientes bajo control en programa ira menor de 19 años del total de la población en esa edad	Consulta Médica	Médico	Semestral
			Proporción pacientes bajo control en programa ERA mayor de 19 años del total de la población en esa edad	Kinesiterapia	Kinesiólogos	
		Realizar Educación Programada al menos al 50 % de los pacientes ingresada a Sala IRA y 50 % de los pacientes ingresadas a sala ERA	Proporción personas que asisten a sesión de educación sobre Enfermedades Respiratoria del total de ingresos	Taller	Kinesiólogos	
	Bajar la tasa de incidencia de Tuberculosis	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis				Anual
		Alcanzar un Tasa de baciloscopia de 50 baciloscopia por cada 1000 consultas en mayores de 15 años	Total baciloscopia de diagnóstico del total consultas ambulatorias de adultos mayores de 15 años	Pesquisa en personas respiratorias sintomáticas	Equipo de salud	Semestral
		Porcentaje anual pacientes ingresados por TBC, que reciben alta de tratamiento completo	Pacientes con alta TBC con tratamiento completo del total ingresados con TBC	Tratamiento supervisado	Equipo de salud	Semestral

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
VIH/SIDA	Reducir la muertes por VIH-SIDA	Lograr una tasa de mortalidad de 1,6 x 100.000 habitantes. por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	Tasa de mortalidad por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida			Trianual
	Promoción de Salud Sexual y Reproductiva en curicanos y curicanas	Incorporar actividades Intersectoriales de promoción de Salud sexual y Reproductiva en Plan anual de promoción	Número de actividades de promoción de Salud sexual y Reproductiva en Plan comunal de Promoción Número de Beneficiarios según grupos de edad	Actividades Plan Comunal de Promoción	Equipos de salud, Servicios públicos y privados, comunidad	Anual
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas en relación a línea base 2012.	Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2013 / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2012) x100	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud.	Equipo de salud	Semestral
	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH a través de un tamizaje para VIH a personas que lo requieran por demanda espontánea o por indicación médica	Incrementar en un 30% el examen de VIH en relación a línea base 2012	Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y mas, año 2013/ Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100	Promoción de la toma de examen VIH en atenciones de salud y en la comunidad	Equipo de salud	Anual
	Disminuir la transmisión vertical del VIH	100% de las gestantes en control acceden a la toma de VIH	Número de Gestantes con VIH tomado del total bajo control	Solicitud de VIH con Consejería Abreviada Toma de muestra y procesamiento Entrega de resultado	Equipo de salud	Semestral
	Derivación de personas VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH	100% de personas con VIH (+) derivadas a UNACESS	Número de personas con VIH (+) derivadas e ingresadas del total de personas VIH (+)	Referencia de casos a UNACESS	Coordinador de procesos asistenciales VIH/SIDA	Semestral

ÁREA PRIORIZADA: **MEJORA CONTINUA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN USUARIA**

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Seguridad y Efectividad en la atención a usuarios(as)	Garantizar que las prestaciones ejecutadas en establecimientos de salud de la comuna cumplan estándares mínimos con el fin de alcanzar la calidad requerida para la seguridad de los usuarios	100% de los establecimientos de salud con Acreditación Sanitaria en el en el período 2013-2016	Número de establecimientos de salud con Acreditación Sanitaria del total de la comuna	Inicio, ejecución y concreción del proceso de acreditación en establecimientos de salud	Equipo de salud	Anual
Asegura la Garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de 69 Problemas de Salud, definidos en la Ley N° 19.966	Asegura la Garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera a los Problemas de Salud, definidos en la Ley N° 19.966 para la APS	100% de cumplimiento de GES atendidos en APS	Nº de casos con GES atendidos en APS con garantía cumplida del total de casos con GES atendidos en APS	Atención y registro de casos	Equipo de salud	Mensual
Derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida.	Garantizar el derecho a toda persona a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida.	100% de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos	Número de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos del total de reclamos	Gestión y proceso de solicitudes ciudadanas	Equipo de salud	Semestral
	Facilitar a los usuarios el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud	100% de los Centros de Salud de la comuna con Comité Asesor de la OIRS en funcionamiento	Número de Centros de Salud de la comuna con Comité Asesor de la OIRS en funcionamiento del total de centros de salud de la comuna	Reuniones periódicas de comité Asesor de la OIRS	Equipo de salud	Semestral
Control Social de la Gestión en Salud	Asegurar el trabajo conjunto entre los equipos de salud y las organizaciones comunitarias que trabajan vinculadas a los establecimientos, de manera de generar respuestas adecuadas de los establecimientos de salud a las necesidades y expectativas de la población, en un marco de modernización de la gestión y protección de derechos garantizados de las personas.	100% de los Consejos de Desarrollo de Salud con plan evaluado y ejecutado a diciembre	Número de Consejos de Desarrollo de Salud con plan evaluado y ejecutado a Diciembre	Elaboración, ejecución y evaluación Planes de Consejo de Desarrollo Local	Equipo de salud	Anual
Enfoque comunitario del modelo de Salud	Mantener 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.	100% de los establecimientos con Mesas Territoriales por sector	Número de establecimientos de salud con Mesas Territoriales	Elaboración, ejecución y Evaluación de Plan Anual de Actividades Elaborar y/o Actualizar Diagnósticos Participativos	Equipo de salud	Anual
Derechos y Deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud	Asegurar los Derechos y Deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud	100% de los establecimientos de salud cuenta con Plan de difusión y cumplimiento de Ley Numero 20.584 para funcionarios y usuarios	Número de los establecimientos de salud con plan de difusión y cumplimiento de Ley Numero 20.584 ejecutado en el año 2013	Elaboración, ejecución y Evaluación de Plan Anual de Actividades	Equipo de salud	Semestral

PLAN DE ACCION POR ESTABLECIMIENTO

Ilustre Municipalidad de Curicó
Departamento de Salud Municipal



"Miguel Ángel Arenas López"

DIAGNOSTICO DE SALUD

CENTRO DE SALUD FAMILIAR

Octubre, 2012

I.- INTRODUCCIÓN

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: Elige Vivir Sano, que define 9 objetivos estratégicos para los próximos 10 años, 50 metas sanitarias y 513 indicadores, plantea algunos desafíos que el Cesfam recoge para trabajar en base a estos, dentro de estos desafíos están:

1.- Destacar la importancia de considerar la salud, desde la perspectiva de ciclo vital individual y familiar.

2.- Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.

3.- Avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década, a partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia
Nacional de Salud 2011-2020.

4.- Desde la mirada del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario se plantean los estudios de familia, la consejería familiar, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos en todo el ciclo vital, entre otras.

Considerando lo anterior y sin restar importancia a la satisfacción usuaria, respecto a la calidad de las prestaciones que recibe,El CESFAM "Miguel Arenas López" ha tenido en cuenta estos aspectos por lo que hoy la programación ha sido en base a estos ejes.

A continuación presentamos el presente diagnóstico de Salud de nuestro CESFAM como primera etapa del proceso de Programación para el año 2013.

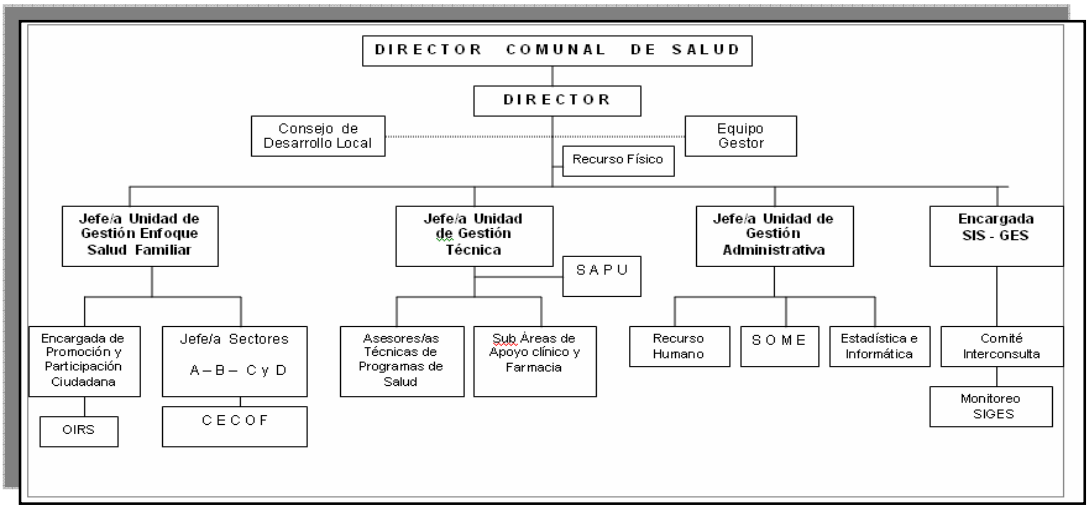
VISIÓN

"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".

ORGANIGRAMA CESFAM "MIGUEL ÁNGEL ARENAS LÓPEZ"



DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

El CESFAM cuenta con un total de población según el corte per cápita 2012 de 32.846 beneficiarios, de ellos son 16.351 mujeres (49.8%) y 16.495 hombres (50.2%).

De la población beneficiaria podemos mencionar que predominantemente pertenece al grupo etáreo de 20 a 64 años. El 30.6% 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.

SECTORIZACIÓN:



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

Sector A:

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:

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:

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 Cecof Prosperidad.

Sector D:

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.

Supra Sector

Formado por área administrativa y unidades de apoyo clínico.

Dotación de Recursos Humanos del CESFAM "Miguel Arenas López"

ESTAMENTOS	NÚMERO	JORNADAS	HORAS SEMANALES
Director	1	44	44
UGC y administrativa	1	44	44
Médicos	9	22 – 44	374
Odontólogos *	5	22 – 44	198
Enfermeras (CESFAM/CESCOF)	7	44	396
Enfermeras SAPU	2	22	44
Matronas***	5	44	220
Nutricionistas	3	44	132
Asistentes Sociales	4	44	176
Psicólogo	3	44	132
Kinesiólogo	3	44 -33-11	88
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 de las 198 de este recurso 22 horas son destinadas a técnica ART en Cecof Prosperidad y 22 horas con actividades destinadas convenio JUNAEB.

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

*** Una matrona con 11 horas de fuero gremial.

IV.- SITUACIÓN DE SALUD.

DESCRIPCIÓN DE SITUACIÓN DE SALUD

PROBLEMA	INDICADOR	ACTIVIDADES PROPUESTAS
Control de salud de la díada posterior a los 10 días de vida del RN.	Nº de diadas controladas antes de los 10 dias de vida/ Nº total de diadas controladas X100	Control matrona extensión horaria. Pesquisa y derivación oportuna del ingreso del díada antes de los 10 días de vida del RN
Aumento de la malnutrición por exceso en la población menor de 6 años en Cesfam MAAL	(Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses) x 100	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva.
	(Nº de niños que asisten a consulta nutricional de 3 años y 6 meses/ (Nº total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control) x 100	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, refuerzo de alimentación saludable y actividad física.
	(Nº de niños menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional / Nº total de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso) x 100	Consulta nutricional a niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente
Déficit del Desarrollo Psicomotor en los menores de 6 años del Cesfam MAAL	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100	- Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor
	(Nº de aplicaciones de TEPSI realizadas al grupo de 24 años a 47 meses / Nº total de niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	-Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI
	Nº de niños/as de 12 a 23 meses con resultado Normal (sin rezago) en la reevaluación y que en la primera aplicación tuvieron resultado de rezago, riesgo o retraso / Nº de niños/as de 12 a 23 meses reevaluados	- Consulta del niño con déficit en su desarrollo psicomotor. - Reevaluación DSM
Escasa participación de los adolescentes en actividades para el fomento de su salud	(Nº de adolescentes entre 10 y 14 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	Control de Salud " Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14.
Embarazo adolescente	(Adolescentes con Consejería en SSR 2013- Adolescentes con Consejería 2012)/ Línea base 2012 / x100	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares y segunda causa de muerte en	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 grupos organizados de la comunidad - A. Prevención -EMP CESFAM -EMP Empresas

población adulta	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 grupos organizados de la comunidad **- A. Prevención** -EMP CESFAM -EMP Empresas
	N° EMPA realizados a hombres de 45 a 64 años /Total de población beneficiaria 45 a 64 años menos población CV en control masculina de 45 a 64 años	**- A Promoción** Difusión de EMPA en grupos organizados de la comunidad **- A. Prevención** -EMP CESFAM -EMP Empresas

V.- DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO.

DESCRIPCIÓN METODOLOGICA

El Diagnóstico Participativo se realizó en las reuniones de mesa territorial de cada sector, como una actividad programada dentro del plan de trabajo del presente año. A cada encargada/o de promoción se le entregó un formato para volcar lo discutido en las reuniones de mesa territorial y además el diagnóstico del año anterior, con el fin de recordar los problemas percibidos durante el 2011 y analizar la necesidad de volverlos a considerar como nudo crítico.

Cada sector entregó su propia descripción metodológica y el análisis de los nudos críticos percibidos por la comunidad.

A continuación el resumen de los problemas y/o necesidades detectadas en los Diagnósticos Participativos de los distintos sectores pertenecientes al CESFAM Miguel Arenas L.

RESUMEN DE NUDOS CRITICOS
Prioridad y accesibilidad en la atención del Adulto Mayor.
Desconocimiento del número de adultos mayores que viven solos.
Cesantía en la juventud.
Obesidad.
Higiene personal.
Violencia intrafamiliar.
Contaminación Ambiental (Zoonosis, Micro basurales, smog, perros vagos).
Necesidad de información sobre beneficios y prestaciones de salud.
Insuficiente entrega de números para horas médicas en la mañana.
Falta de horas urgencias dentales.
Falta de empatía y calidad de la atención del Médico.
Falta de horas para visitas domiciliaras y talleres para profesionales y equipo de salud en general.
Infraestructura deficitaria (Faltan box).

VI.- DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.

1.- CESFAM- CECOF

Etapa del Ciclo Vital	**Problemas**
Salud Materno - Perinatal	
Salud Infantil	Aumento de la malnutrición por exceso en la población menor de 6 años el Cesfam MAAL
	Déficit del Desarrollo Psicomotor en los menores de 6 años del Cesfam MAAL
Salud del Adolescente	Escasa participación de los adolescentes en actividades para el fomento de su salud
	Alta demanda de consulta de adolescentes en Salud Mental
Salud del Adulto	Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares y segunda causa de muerte en población adulta
	Aumento incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes diabético
Salud del Adulto Mayor, familia y cuidadoras	Accesibilidad a la atención integral de salud del Adulto Mayor
	Sobrecarga que provoca en los cuidadores, la atención del paciente postrado severo
Área de Gestión	Ausencia Perfiles de Cargo de Equipo de Gestión y Asesores de Programa.
	Déficit de Estandarización de procesos Administrativos.

2.- SAPU

En base a los siguientes indicadores con corte al mes de Agosto:

INDICADOR	RESULTADO
Tiempo de Espera por atención	El 64, 5% espera menos de una hora para su atención, mientras que el 34,0% espera entre una y dos horas y tan sólo el 1,44% espera sobre 2 horas.
Número de Consultas	El 75,1% de las consultas son realizadas en SAPU en relación al 24,9% de hacen en el CESFAM.
Atención por patologías	El 34,9% de las patologías pertenecen al área respiratoria, seguidas de 18, 17% de enfermedades digestivas y un 14,91% representa a las otras patologías.

Los resultados anteriores revelan la alta demanda de consultas en SAPU, por lo que se requiere constantemente de recursos humano de médico y TENS. Necesidad cubierta por la gestión realizada por el encargado de SAPU, generando así gran Resolutividad a las necesidades de nuestros usuarios. Lo que hace imperioso cubrir la otra demanda que es mejorar la insuficiente infraestructura que existe para estas prestaciones.
Asociado a la gran demanda de atención de este servicio tenemos una espera menor a una hora de 64,5% para recibir la prestación, destacando que un 28,48% recibe atención antes de 15 minutos.

VII.- PLAN DE ACCIÓN

MATERNO INFANTIL

PROBLEMA	OBJETIVOS	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	RRHH	MONITOREO
Control de salud de la díada posterior a los 10 días de vida del RN.	Aumentar el ingreso oportuno al control de salud de la díada antes de los 10 de vida del RN.	Lograr a lo menos un 80% del control de salud de la díada antes de los 10 días de vida del RN.	Nº de diadas controladas antes de los 10 dias de vida/ Nº total de diadas controladas X100	Control matrona extensión horaria Pesquisa y derivación oportuna del ingreso del díada antes de los 10 días de vida del RN	Matrona Equipo de Salud	REM O1 REM 05 Evaluación trimestral Monitoreo de prestaciones mensual CH.C.C.
Aumento de la malnutrición por exceso en la población menor de 6 años en Cesfam MAAL	Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayor de un mes y menor de 6 años.	Lograr cobertura del 9,74% de Obesos menores de 6 años bajo control en Cesfam MAAL	(Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses) x 100	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva.	Nutricionista	Numerador: REM P2,Sección E, Celda C63 Denominador: REM P2 Sección A, Celdas N32+O32
			(Nº de niños que asisten a consulta nutricional de 3 años y 6 meses/ (Nº total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control) x 100	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, refuerzo de alimentación Saludable y actividad física.	Nutricionista	Numerador: REM P2, Sección E Celda (C64) Denominador: REM P2, Sección A, Celdas (X32+Y32)
		100% de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 6 años bajo control con malnutrición por exceso que Reciben consulta nutricional.	(Nº de niños menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional / Nº total de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso) x 100	Consulta nutricional a niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente	Nutricionista	Numerador: Registro Local Denominador: REM P02: SUMA(F27:AA27) + SUMA(F28:AA28

PROBLEMA	OBJETIVOS	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	RRHH	MONITOREO
Déficit del Desarrollo Psicomotor en los menores de 6 años del Cesfam MAAL	Detección y tratamiento oportuno de niñas y niños con rezago y/o déficit en su desarrollo integral.	95% niños de 18 meses de edad con aplicación de EEDP en el Control de Salud	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100	- Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor	Enfermera	Numerador: REM A-03 Celda: M 11 Denominador: REM P2, Sección A, Celdas (V32+W32)
		90% niños de 36 meses de edad con aplicación de TEPSI en el Control de Salud	(Nº de aplicaciones de TEPSI realizadas al grupo de 24 años a 47 meses / Nº total de niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	-Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI	Enfermera	Numerador: REM A-03 Celda: N 11 Denominador: REM P2, Sección A, Celdas (X32+Y32)
		90% de niños y niñas evaluados con rezago o déficit en su DSM ingresan a sala de estimulación	Nº de niños/as con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor en la primera evaluación, ingresados a sala de estimulación/ Nº de niños/as con resultado de déficit en EEDP y TEPSI en la primera evaluación	-Ingreso a sala de estimulación del Cesfam MAAL	Enfermera Educadora de Párvulo	REM A – 03
		60% de los niños diagnosticados con déficit en su DSM en las evaluaciones de los 18 meses recuperados.	Nº de niños/as de 12 a 23 meses con resultado Normal (sin rezago) en la reevaluación y que en la primera aplicación tuvieron resultado de rezago, riesgo o retraso / Nº de niños/as de 12 a 23 meses reevaluados	- Consulta del niño con déficit en su desarrollo psicomotor. - Reevaluación de DSM	Enfermera	REM A – 03
		100% de niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en el DSM recibe 1 VDI	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias de niños (as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI/ Nº de niños (as) con resultado de déficit de en EEDP y TEPSI	- Visita Domiciliaria Integral	Enfermera Asistente Social Nutricionista TENS	REM A- 26 REM A- 03

ADOLESCENTE

PROBLEMA	OBJETIVOS	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	RRHH	MONITOREO
Escasa participación de los adolescentes en actividades para el fomento de su salud	Contribuir a mejorar la salud de la población Adolescente de 10 a 19 años.	Realizar control "Joven Sano" al 6% de los adolescentes de entre 10 y 14 años inscritos	(Nº de adolescentes entre 10 y 14 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	Control de Salud " Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14.	Asistente Social Nutricionista Enfermera TENS	REM A03 (2011), Sección I, celdas C94 + F94 + C96 + F96 /Población Inscrita de 10 a 14 años
		Realizar talleres educativos de desarrollo personal al 80% de adolescentes entre 10 y 14 años con ficha clan en el año 2012	Nº de adolescentes con ficha clap en el año 2012 / Nº de talleres realizados a los adolescentes de 6° básico de los colegios Quillay y San Marcos.	Entrevista Gestión Talleres educativos sobre autoestima y auto cuidado personal.	Asistente Social	REM 19.2 Registro local
Embarazo adolescente	Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Aumentar en un 5% línea base de 2012 de Adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(Adolescentes con Consejería en SSR 2013- Adolescentes con Consejería 2012)/ Línea base 2012 / x100	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Matrona	REM A19 Salud Sexual Reproductiva Registro Local
	Aumentar el número de adolescentes que Acceden a métodos con enfoque de género.	Aumentar en un 5% línea base de 2012 de Adolescentes bajo control en regulación de fertilidad.	N° de adolescentes bajo control por MAC en 2013- N° de adolescentes bajo control por MAC en 2012 / Línea base 2012 x 100	Ingreso a Paternidad responsable Control de regulación de fecundidad	Matrona	REM A19 Salud Sexual Reproductiva Registro Local

Alta demanda de consulta de adolescentes en Salud Mental	Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental	100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve ha moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan ambulatorio.	(N° de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ N° total de adolescentes con diagnóstico consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o droga) X 100	Consulta de Salud Mental por Medico Consulta de Salud Mental por Psicólogo Consulta de Salud Mental por Asistente Social	Medico Psicólogo Asistente Social	SIGGES

ADULTO

PROBLEMA	OBJETIVOS	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	RRHH	MONITOREO
Aumento de prevalencia en enfermedades cardiovasculares y segunda causa de muerte en población adulta	Pesquisar en forma precoz Factores de riesgo prevenibles que causan morbi-mortalidad cardiovascular	Alcanzar un 20% de 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 grupos organizados de la comunidad **- A. Prevención** -EMP CESFAM -EMP Empresas	Enfermera Nutricionista	REM A 02 sección B
		Alcanzar un 24% 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 grupos organizados de la comunidad **- A. Prevención** -EMP CESFAM -EMP Empresas	Enfermera Nutricionista Matrona	REM A 02 sección B
		Alcanzar un 3% la cobertura de EMPA en Población masculina de 45 a 64 años	N° EMPA realizados a hombres de 45 a 64 años /Total de población beneficiaria 45 a 64 años menos población CV en control masculina de 45 a 64 años	**- A Promoción** Difusión de EMPA en grupos organizados de la comunidad **- A. Prevención** -EMP CESFAM -EMP Empresas	Enfermera Nutricionista	REM A 02 sección B
Aumento incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes diabético	Disminuir incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes diabéticos	El 80% de las personas diabéticas tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies	(Nº de personas con Diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	Control de Salud : Evaluación anual de pie diabético de acuerdo a las guías clínicas de Diabetes Mellitus año 2009	Enfermera	REM P04 Sección A Alternativa Qualidiab

Aumento de la demanda de personas de mayores de 20 años con consumo riesgoso y perjudicial de alcohol y drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	100 % de las personas de 20 años más diagnosticadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda.	(N° de personas de 20 años y más diagnosticadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 20 años y más detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas) x 100.	Intervención Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas Intervención o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas	Medico Psicólogo Psicólogo	Registro Local REM A – 05
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. Promoción** - 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

ADULTO MAYOR

PROBLEMA	OBJETIVOS	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	RRHH	MONITOREO
Accesibilidad a la atención integral de salud del Adulto Mayor	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el Adulto Mayor	Al menos 5 actividades con la comunidad	Nº de actividades realizadas con la comunidad	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas autocuidado en el Adulto Mayor	Nutricionista	REM 19.2 Sección B Celda E 37 y D 37 Registro Local
				Difundir en la comunidad la importancia del EMPAM como acción de detección precoz del riesgo	Equipo de Salud	REM 19.2 Sección B Celda E 37 y D 37 Registro Local
	Prevenir la dependencia del Adulto Mayor con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto Mayor	Mantener en un 50% la cobertura de EMPAM vigente	(Nº de Adultos de 65 años y más con examen de medicina preventiva vigente/ Población inscrita de 65 años y más)*100	Realización del Examen de Medicina Preventiva	Enfermera Kinesióloga	REM 02 sección B
		- Incrementar al menos en 50% Nº de talleres y sesiones realizadas	(Nº de Adultos Mayores que asisten Taller/ Nº de Adultos mayores En riesgo dependencia	Talleres Prevención de caídas	Enfermera Kinesióloga	REM A- 27 Sección B Celda 49
				Talleres de Estimulación Cognitiva y memoria	Psicóloga TENS	REM A- 27 Sección B Celda 48
Sobrecarga que provoca en los cuidadores, la atención del paciente postrado severo	Prevenir la discapacidad en los cuidadores que atienden a pacientes postrados severos.	Incrementar en 50% talleres destinado al cuidado de cuidadores	(Nº total de cuidadores capacitados/ Nº total de cuidadores)*100	Talleres destinados a entregar herramientas de autocuidado a cuidadores	Enfermera A. Social	REM 27 Registro Local

I N T R O D U C C I O N

La incorporación del Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en el año 2009, que acerca al Equipo de Salud a la Comunidad, permitió sectorizar nuestros establecimientos en tres sectores de Salud

Para apoyar las actividades de los Equipos de Cabecera, se encuentran las Unidades de Apoyo, quienes realizan actividades técnicas y administrativas, entre las que cuentan: Clínica de Tratamientos, Farmacia, Bodega PNAC-PACAM, Recursos Físicos, Estadísticas, Contrarreferencia-SIGGES, Auge, Secretaría Dirección, Vacunatorio, Sala Procedimientos ECG-HOLTER, Sala Estimulación, OIRS, Per cápita.

En el Nuevo Modelo de Atención con Enfoque Familiar, se ha enfatizado un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención con mayor eficiencia, eficacia, oportunidad, considerando la integridad física y mental de un usuario que pertenece a una familia y que además está en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, económico, social y cultural.

Con este propósito nuestro CESFAM ha desarrollado iniciativas que consisten en promover una vida saludable, prevenir patologías infectocontagiosas, crónicas y cardiovascular y si éstas ocurren, enfrentarlas rápidamente.

Nuestro CESFAM se centra en un Equipo de Salud Multidisciplinario conformado por médico, odontólogo, enfermera, nutricionista, matrona, kinesiólogo, asistente social, psicólogo, Parvularia, TENS, administrativo, auxiliar servicios, conductor, quienes tienen claro que el principal objetivo de la Salud Familiar y Comunitaria en promover hábitos de alimentación y vida saludables, orientando al usuario a conocer como autocontrolar su patología relevante y realizar una vida normal, para lograr en un futuro no muy lejano trabajar con una comunidad sana.

MISION:

Ser Centro de Salud con un Equipo de Salud comprometido 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, todo ello en forma oportuna y eficiente, con enfoque Biopsicosocial, con la finalidad de ir día a día mejorando para nuestra comunidad.

VISION:

Ser "Un Centro de Salud comprometido con la entrega de una Atención de Calidad al Servicio de nuestra Comunidad".

DESCRIPCION DE LA POBLACION:

Actualmente el CESFAM Colón tiene una población inscrita validada de 19.881 habitantes, incluida la Posta de Tutuquén, de los cuales la gran mayoría pertenece al sector urbano. Dedicada principalmente a labores de temporada en frutícolas y paking, empleados del comercio y actividades en Feria libre

Existen establecimientos educacionales de Enseñanza Básica, Enseñanza Media, Técnico Profesional, Jardines Infantiles y Sala Cuna, Escuelas de Lenguaje, tanto Municipalizados, como particular subvencionados y particulares.

Comunitariamente, nuestra población tiene grupos debidamente organizados como Clubes de Adulto Mayor, Juntas de Vecinos, Sedes Comunitarias, Clubes Deportivos, Centros Comunitarios, contamos con nuestro Consejo de Desarrollo Local, el cual participa activamente apoyando actividades y presentando proyectos para beneficio del CESFAM. Contamos con una Subcomisaria de Carabineros (con quienes tenemos una excelente coordinación, sobretodo para la pesquisa, atención e internación de adultos mayores en abandono, facilitar implementos de apoyo a usuarios No Auge) Cuartel de Bomberos, Radio Emisora, además existe un Alero y Hospedería ambos del Hogar de Cristo, con quienes se trabaja coordinadamente para asistir a sus huéspedes, tanto en atención diurna como en SAPU.

Tenemos problemas de VIH, alcohol y Drogas, presencia de basurales y perros vagos, que no son problemas menores, en los cuales hemos estado interviniendo a través de nuestros Programas, presentándose en la mayoría de los casos la dificultad de los mismos usuarios, quienes no permiten la intervención ni la ayuda.

DOTACION PERSONAL:

ESTAMENTOS	NÚMERO	JORNADAS	HRS SEMANALES
Dirección	1	44	44
Médicos	5	22 – 44	176
Odontólogos	2	44	88
Enfermeras (CESFAM-SAPU)	6	44	264
Matronas	4	22 – 44	154
Nutricionistas	2	44	88
Asistentes Sociales	2	44	88
Psicólogo	2	44	88
Kinesiólogo	2	44-33	77
Parvularia	1	11	11
TENS- FCIA Y DENTAL	20	44	880
Administrativo	11	44	484
Aux. de servicio	3	44	132
Conductor de ambulancia	1	44	44

SITUACION DE SALUD

I.- SALUD MATERNO Y PERINATAL:

Indicadores Relevantes:

- N° de Mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente
- N° de Mujeres de 50 a 59 años con mamografías vigente
- N° de Gestantes con Riesgo Psicosocial con VDI realizada.

II.- PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA:

Indicadores Relevantes:

- N° de Controles de Niño <6 años con consejo breve en vida sana
- N° Niños con Consulta Nutricional al 5° mes de vida.
- N° Niños de 8 – 18 y 36 meses con aplicación de EEDP o TEPSI, según corresponde.

III.- PROGRAMA DEL ADOLESCENTE:

Indicadores Relevantes:

- Diagnóstico de Salud del Adolescente.

IV.- PROGRAMA DEL ADULTO:

Indicadores Relevantes:

- N° EMP realizados Hombre 20 – 44 años
- N° Pacientes con patología CV compensado
- N° VDI realizadas a postrados.

V.- PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR:

Indicadores Relevantes:

- N° Adultos Mayores con EMPAM vigente
- N° Adultos Mayores riesgos de caídas evaluados por kinesiólogos
- N° Adultos Mayores con riesgo psicosocial con plan
- N° VDI realizadas a postrados
- N° Atenciones en domicilio realizadas a dependientes severos.

VI.- PROGRAMA SALUD MENTAL:

Indicadores Relevantes:

- N° VDI a usuarios ingresados por depresión gestantes y madres < 1 año
- N° Gestantes con depresión que se mantienen en tratamiento
- N° VDI a usuarios ingresados por VIF

VII.- PROGRAMA ODONTOLOGICO:

Indicadores Relevantes:

- N° Embarazadas con alta odontológica
- N° Niños de 12 años con alta odontológica
- N° pacientes 60 años con alta odontológica

VII.- PARTICIPACION SOCIAL:

Indicadores Relevantes:

- N° Reclamos respondidos
- N° Organizaciones que participan en CDL

DIAGNOSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO
DE SALUD 2012

I DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

El Diagnóstico Participativo se realizo por sectores, donde cada equipo trabajo con su comunidad y se reunieron para detectar las principales problemáticas que los afectan.

El CESFAM Colon está dividido en tres sectores: Rojo, Azul y Verde. Cada uno de ellos cuenta con una mesa de trabajo territorial activa.

Para la identificación de problemas y sus respectivos nudos críticos (situaciones que están generando problemas o es el efecto de otros problemas), se utilizó como herramienta la **Matriz de Flujograma de Identificación de Problemas**.

II DETERMINACIÓN DE NUDOS CRÍTICOS

El Diagnóstico Participativo del **Sector Rojo** arrojó los siguientes problemas:

1. **Baja Participación Social de las organizaciones de base en la Mesa Territorial** tiene las siguientes relaciones causales:

   - Reuniones en horarios pocos adecuados para la Comunidad
   - Mesa territorial centrada en un solo sector y en una sola sede

2. **Muchos perros vagos en las calles** este nudo crítico tiene relación causal con:

   - Tenencia irresponsable de mascotas
   - Baja esterilización de perros y gatos

3. **Infraestructura insuficiente del CESFAM** este nudo crítico tiene relación causal

   - Necesidad de un techo en la entrada del CESFAM
   - Falta de atención SAPU horario diurno.

Por su parte el Diagnóstico Participativo del **Sector Verde** arrojó los siguientes problemas:

1. **Violencia Intrafamiliar Física y Psicológica** este nudo crítico tiene como relación causal.

   - Consumo de Alcohol y Drogas
   - Machismo
   - Violencia de Género
   - Nivel educacional bajo
   - Normalización del tema

2. **Presencia de Basuras en las Calles** el nudo crítico tiene relación causal con:

   - Gente externa a la Comunidad elimina desechos a orilla de calle, canales y río
   - Inadecuada eliminación de residuos de diversa naturaleza (orgánicos e inorgánicos)

3. **Baja participación de la Comunidad en las Organizaciones de Base** este nudo crítico tiene como relación causal la:

   - Falta de compromiso con la Comunidad
   - Falta de identidad
   - Comodidad
   - Incompatibilidad de horarios
   - Motivación a la participación basada en necesidades individuales

4. **Problemas de Salud del Adulto Mayor** este nudo crítico tiene como relación causal:

- Escasa red de apoyo o inactivada
- Aislamiento Social y Geográfico
- Problemas de salud asociados al tipo de calefacción (leña y calefacción)
- Abandono
- Desconocimiento de las Políticas Públicas
- Se le otorga el cuidado de menores
- Solo interés monetario por el cobro de pensiones

El Diagnostico Participativo del **Sector Azul** arrojó los siguientes problemas:

1. **Canal de Riego Abierto** este nudo crítico tiene como relación causal:

   - Canal de riego se desborda
   - Conflictos vecinales por canal de riego
   - Basura en el sector
   - Presencia de vectores e infecciones
   - Baja participación de la Comunidad
   - Presencia de perros en las calles
   - Malos olores
   - Presencia de sitios eriazos

2. **Dación de horas del CESFAM no es apropiada** tiene las siguientes relaciones causales:

   - Falta de horas médicas
   - Usuarios agresivos y sobre exigentes
   - Baja participación de la Comunidad
   - Establecimiento de Salud con infraestructura deficiente por aumento de la población
   - Aumento de pacientes postrados

3. **Baja Participación de la Comunidad** tiene relación causal con:

   - Canal de riego abierto
   - Dación de horas del CESFAM no es apropiada
   - Falta iluminación en el CESFAM
   - Faltan baños apropiados en el CESFAM
   - Implementar techo en la entrada de CESFAM

III RESUMEN DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS:

El Diagnóstico Participativo del CESFAM Colón arrojo como nudos problemáticos los siguientes:

1. Baja Participación Social de las Organizaciones de Base en las reuniones de Mesas Territoriales.

En cuanto a este problema cabe señalar que se repitió en dos sectores, pudiendo determinar que es una problemática central y que deberá ser analizada en equipo para generar las estrategias adecuadas para intervenir en ella.

2. Muchos perros vagos en las calles
3. Presencia de basuras en las calles
4. Canal de riego abierto

En relación a las problemáticas 2, 3 y 4 se relacionan con el medio ambiente y se repitieron entre los diferentes sectores, teniendo una percepción similar en cuanto a las principales dificultades presentes en su Comunidad. Estos asociados a su mejora fuertemente a la Participación Social

5. Infraestructura insuficiente del CESFAM
6. Dación de horas del CESFAM no es apropiada

Problemáticas 5 y 6 se refieren a situaciones que debiesen ser priorizadas y abordadas por los integrantes del equipo Gestor del Centro de Salud.

7. Violencia intrafamiliar Física y Psicológica
8. Problemas de Salud del Adulto Mayor

Por último estas dos problemáticas son de abordaje integral, por lo tanto implica la articulación con otros organismos e instituciones existentes en la Comunidad.

DIAGNOSTICO DE SITUACION

SALUD MATERNO PERINATAL:

1. Morbimortalidad cáncer cérvico- uterino y de mamas.
2. Alto porcentaje de gestantes con riesgo psicosocial

PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA:

1. Alto índice de mal nutrición por exceso en menores de 6 años
2. El envejecimiento y desarrollo del niño está influenciado por diferentes factores psicosociales que pueden ser favorables o desfavorables.

PROGRAMA DEL ADOLESCENTE:

1. No existe un diagnóstico de salud del Adolescente
2. Baja cobertura en aplicación de ficha clan del adolescente

PROGRAMA DEL ADULTO:

1. Alta prevalencia enfermedades CV y primera causa de muerte en Chile
2. Alto riesgo de discapacidad por complicaciones de las patologías cardiovascular.

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR:

1. Población Adulto Mayor con riesgo de dependencia y representa un 25,2% de la población total de adultos mayores.
2. Postrados representan un 0,2% de la población > de 20 años.

AREAS DE GESTION

PARTICIPACION COMUNITARIA:

1. Alto porcentaje reclamos
2. Baja participación de la comunidad en el CDL y mesas territoriales

SALUD MATERNA Y PERINATAL

PROBLEMAS PRIORIZADOS	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO
Morbimortalidad Cáncer Cérvico-uterino y de mamas.	Contribuir a la disminución de la muerte por cáncer Cérvico-uterino.	Aumentar cobertura de PAP vigente. Prevenir el cáncer Cérvico-uterino a través de coberturas efectivas de Papanicolaou	Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente/Nº mujeres de 25 a 64 años inscritas x 100	Campaña radial informativa sobre la importancia de toma de PAP. Entrega de dípticos 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. Mantener días de toma de PAP.	Equipo de salud Matrona	**REM 1 -19 - 19 A– 27 Semestral.** **Cito- expert** **Registro de planillas de mamografias realizadas durante los últimos 3 años.** **Población femenina percapita validada.**
	Pesquisar precoz y oportuna el Cáncer de mama a través del examen Mamográfico.	Aumentar en 10% la cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente.	Nº de mujeres de 50 -59 años con Mamografía Vigente / Nº de mujeres de 50 a 59 años Percapita validada.	Campaña radial informativa sobre la importancia de toma de Mamografías. Entrega de dípticos informativos sobre la importancia de toma de Mamografías en las mujeres.	Equipo de salud Matrona	**REMA 26** **P1.**

Alto porcentaje de gestantes con riesgo psicosocial.	Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial.	100 % de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	N° de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada / N° total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera x 100.	Visita domiciliaria integral por matrona a gestantes y familias en riesgo psicosocial, según evaluación matrona y/o equipo de cabecera.	Matrona Equipo de salud	**REM 09** **SIGGES** **REM 05**
Riesgo de Prematurez por Impacto de enfermedades buco dentales en el embarazo. Alta prevalencia de patologías bucodentarias en gestantes.	Proteger y recuperar la salud buco-dental de las gestantes.	Cobertura de 63,7% de Atención Integral en embarazadas y Actividades de urgencias según demanda.	N° de embarazadas con alta odontológica total/ total de embarazadas ingresadas x100.	PROMOCION-Instrucción de higiene oral PREVENCION- Examen de salud. Profilaxis. CURATIVO- Atención Integral en embarazadas y Actividades de urgencias según demanda	Odontólogo Tens Administrativo	

PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA AÑO 2013

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
Alto índice de Mal nutrición por exceso en el menor de 6 años. **11.6% OB** **22.6% SP**	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y actividad física	50% de los controles de niños sano con entrega consejo breve en vida sana	Nº de controles de niño < 6 años Con consejo breves en vida sana / Nº de controles de niño < 6 años.	Incorporar consejo breve en vida sana en a lo menos el 50% de los controles de salud del niño < 6 años	Medico Enfermera Matrona Nutricionista Técnico Paramédico	**Trimestral (registro local)**
		25% de las madres o cuidadores de niños menores de 6 años en control participan en talleres de alimentación saludable.	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	Talleres de alimentación saludable	Nutricionista	**TRIMESTRAL** **REM 27** **P 2**
	Detectar oportunamente hábitos alimentarios inadecuados y sedentarismo	80% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida y a los 3 años y 6 meses de los niños en control.	Nº de niños con consulta nutricional al 5º mes de vida / Nº de niños de 5 meses en control.	Consulta nutricional al 5º me de vida	Nutricionista	**SEMESTRAL** **P 2**

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO Y EVALUACION
Alto índice de Mal nutrición por exceso en el menor de 6 años.	Capacitar al equipo de salud en guías alimentarias y actividad física	25% de los funcionarios del Cesfam se capacitan en guías alimentarias y actividad física	N° funcionarios capacitados en guías alimentarias y actividad física / N° total de funcionarios del Cesfam	Capacitación intraservicio	Nutricionista Kinesióloga Enfermera	**SEMESTRAL Registro local**
Alto índice de Mal nutrición por exceso en el menor de 6 años.	Colaborar en la detención del aumento de la mal nutrición por exceso	100% de cobertura en consulta nutricional en niños/as menores de 6 años en control con Dr. de malnutrición por exceso.	N° de niños/as diagnosticados con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ N° de niños/as diagnosticados con malnutrición por exceso.	Consulta malnutrición	Medico Nutricionista	**TRIMESTRAL Registro local**
El crecimiento y desarrollo del niño está influenciado por diferentes factores biopsicosocial es, que pueden ser Favorables o desfavorables	Potenciar la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud	90% de niños/as 1 mes de edad con aplicación de protocolo Neurosensorial.	N° de niños/as 1 mes de edad con aplicación de protocolo Neurosensorial. / N° de niños/as 1 mes con control de salud.	Control de salud con aplicación de protocolo Neurosensorial	Médico	**TRIMESTRAL Registro local**

El crecimiento y desarrollo del niño está influenciado por diferentes factores biopsicosocial es, que pueden ser Favorables o desfavorables	Potenciar la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud	90% de niños/as de 4 meses y 80% de 12 meses de edad con aplicación de pauta de relación vincular	N° de niños/as de 4 y 12 meses edad con aplicación de pauta de relación vincular al momento del control/° de niños de 4 y 12 meses de edad controlados	Control de salud con aplicación de pauta de relación vincular	Enfermera	**TRIMESTRAL REM 03 REM 01**
El crecimiento y desarrollo del niño está influenciado por diferentes factores biopsicosocial es, que pueden ser Favorables o desfavorables	Potenciar la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud	90% de niños /as bajo control de 8, 18 y 36 meses con aplicación de EEDP o TEPSY según corresponda	N° de niños /as de 8, 18 y 36 meses con aplicación de EEDP o TEPSY según corresponda. / N° de niños /as de 8, 18 y 36 meses bajo control.	Control de salud con aplicación de EEDP o TEPSY según edad	Enfermera	**TRIMESTRAL REM 03 P 02**
El crecimiento y desarrollo del niño está influenciado por diferentes factores biopsicosocial es, que pueden ser Favorables o desfavorables	Favorecer la adherencia y cobertura al CNS	Aumentar en un 5% el promedio de controles en el P/E	N° de controles a P/E /N° de P/E en control	Control de salud a preescolares. Visitas de rescate	Enfermera TENS. TENS Administrativos	**TRIMESTRAL REM 03 P 02** **TRIMESTRAL REM 26**

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO Y EVALUACION
	Realizar intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral	Realizar 4 talleres con metodología NEP a padres, madres y/o cuidadores de niños menores de 72 meses	N° de talleres NEP entregados a padres, madres y/o cuidadores de niños menores de 72 meses/ N° de talleres NEP programados	Talleres con metodología NEP	Facilitadores capacitados	**SEMESTRAL REM 26**
		Mantener el porcentaje de educación de grupo en el área de autocuidado: Estimulación y normas de crianza.”	N° de educaciones de grupo en el área de autocuidado: Estimulación y normas de crianza.”/ N° de educaciones de grupo en el área de autocuidado: Estimulación y normas de crianza” programados.	Educaciones grupales	Enfermera Ed. Párvulos TENS	**TRIMESTRAL REM 26**

PROGRAMA ADOLESCENTE 2013

PROGRAMACION ADULTO Y ADULTO MAYOR 2013
CESFAM COLON

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADOR	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO Y EVALUACION
PROB. PRIORIZADO	**OBJETIVOS**	**METAS**	**INDICADOR**	**ACTIVIDADES**	**RRHH**	**MONIT Y EVAL**
No existe un diagnostico de salud del adolescente	Elaborar un diagnostico de la salud en adolescentes	Contar con un diagnostico preliminar basado en las fichas CLAP aplicadas durante el año 2012.	Diagnostico de salud del adolescente elaborado al mes de septiembre 2013	Tabular información recolectada a través de las fichas CLAP	Enfermera y Nutricionista Colaboración unidad de estadística	**Documento oficial del diagnóstico de salud del adolescente**
Baja coberturas en aplicación de ficha CLAP del adolescente	Promover el examen de salud de los adolescentes entre 10 y 14 años.	Aumentar en un 1% el N° Adolescentes entre 10 y 14 años evaluados con ficha CLAP.	(N° de Adolescentes entre 10 y 14 años evaluados/N° total de Adolescentes de 10 a 14 años inscritos)x100	Control de Salud integral del Adolescentes.	Nutricionista Enfermera	**REM 03 Población percapita de 10 a 14 años.** **Registro local**
	Derivar al profesional correspondiente, los problemas de salud detectados durante la aplicación del instrumento.	90% de los adolescentes con problemas pesquisados son derivados al profesional correspondiente.	N° de adolescentes pesquisados con algún problema de salud derivados/ por N° de adolescentes pesquisados.	Derivación a profesionales	Nutricionista Enfermera	**Registro local**
	Atención profesional a los adolescentes derivados.	80% de los adolescentes derivados recibe atención profesional	N° de adolescentes atendidos por profesional/ N° de adolescentes derivados.	Consulta profesional	Equipo profesionales.	

Alta prevalencia enfermedades CV y primera causa de muerte en Chile	Detectar oportunamente factores de riesgo causantes de enfermedades CV.	Aumentar 0.2 % cobertura EMPA hombre 20-44	N° EMPA realizado hombre 20-44 años / población beneficiaria masculina 20-44 menos población CV en control masculina 20-44 años X 100	EMPA EMPA empresa Promover y difundir importancia en la comunidad	Enfermera Tens	**REM 2**
		Mantener 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	**REM 2**
		Alcanzar 3 % de cobertura EMPA en población general de 20 a 64 años	N° de EMPA realizados mujeres y hombres no incluidos en grupos anteriores hasta 64 años/ población de 20 a 64 a no incluida en grupos anteriores menos población CV de 20 a 64 años X 100	EMPA	Enfermera Matrona	**REM 2**
	Mantener la compensación de portadores de patología CV.	Mantener o aumentar la eficacia en población de 15 y más años con patología CV.	Nª de pacientes con patología CV. Compensados/ Nª de pacientes con patología CV bajo control.	Control CV Qualidiab Talleres Autocontrol VD Holter	Medico Enfermera Nutricionista Tens A.Social	**REM P4**

Alto riesgo de discapacidad por complicaciones de las patologías CV.	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**
La población de adulto mayor con riesgo de dependencia y dependencias representa un 25,2% de la población total de adultos mayores	Prevenir la dependencia del AM	Mantener 50 % de población de 65 y más con EMPAM vigente	N° adultos mayores c/ EMPAM vigente/ N° adultos mayores inscritos x 100	EMPAM Difusión y promoción en comunidad	Enfermera	**REM P5**
		Mantener el % de adultos mayores con riesgo de dependencia en talleres.	N° A.M. con riesgo de dependencia asistente talleres/N° total A.M. con riesgo de dependencia c/ EMPAM vigente	Talleres de prevención de caídas actividad física y autocuidado	Enfermera Kinesióloga	**REM 26**
		Derivar a AM con riesgo de caída a evaluación y tratamiento (si corresponde) por Kinesiólogo u otros.	N° de AM con riesgo de caída evaluados por kinesióloga/ N° total de AM con riesgo de caída x 100	Consulta	Kinesióloga	**Registro local**
			N° de AM con riesgo de caída tratados por kinesióloga/ N° total de AM con riesgo de caída evaluados x 100	Consulta Entrega de órtesis Derivar a CCR	Kinesióloga Medico	**Registro local REM 28A**

	Otorgar atención integral a adultos mayores identificados en riesgo psicosocial	15 A. M. detectado con riesgo psicosocial con plan de intervención y derivación	Nº A.M. en riesgo psicosocial con plan / Nº A.M. totales detectados con riesgo psicosocial x 100	Elaboración de planes	Equipo de salud	**Registro local**
Postrados representan un 0.2 % de la población > 20 años inscrita	Brindar atención integral a postrado, familia	Mejorar en un 20 % la tasa de visita	Nº visitas integrales realizadas postrado/ Nº total postrado x 100 Nº atenciones en domicilio realizadas a dependientes severos/ Nº total postrado x 100	V.D. integral V.D. de seguimiento	Equipo de Salud	**REM 26**
	Aumentar Nº de personas cuidadoras de dependientes severos capacitadas	Aumentar a 70 % los cuidadores con capacitación	Nº cuidadores participantes taller/ Nº total cuidadores de dependientes severos x 100	Talleres cuidadores	Enfermera Kinesióloga Psicólogo	**REM 27**

SALUD BUCAL PROGRAMACION AÑO 2013

PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONIT Y EVALUACION
Impacto de enfermedades bucodentales en el embarazo. Alta prevalencia de patologías bucodentarias en gestantes	Proteger y recuperar la salud buco-dental de las gestantes	Cobertura de 63,7% de Atención Integral en embarazadas y Actividades de urgencias según demanda	(N° de embarazadas con alta odontológica total/ total de embarazadas inscritas o beneficiarias)x100	PROMOCION -Instrucción de higiene oral PREVENCION: - Examen de salud. Profilaxis. CURATIVO: - Atención Integral en embarazadas y Actividades de urgencias según demanda	Odontólogo Tens. Administ	**REM 09** **SIGGES** **REM 05**
Alta prevalencia 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% de Atención Odontológica Integral en niños de 6 años y Actividades de urgencias según demanda	(N° de niños de 6 años con alta odontológica total/ total de niños de 6 años inscritos o beneficiarios)x100	PROMOCION -Talleres a niños en colegios PREVENCION: - Examen de salud Profilaxis niños de 6 años. CURATIVO: - Atención Integral en niños de 6 años y Actividades de urgencias según demanda	Odontólogo Tens.	**REM 09** **SIGGES** **Población Percápita**
Caries en adolescentes de 12 años	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescentes a los 12 años, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	70% de cobertura en atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ total en adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios)x100	PROMOCIÓN: Instrucción de higiene oral PREVENCION: Examen de salud, Profilaxis, flúor, Sellante 12 años CURATIVO: - Atención Integral en adolescentes de 12 años y Actividades de urgencias según demanda	Odontólogo Tens.	**Población Percápita**
Salud oral en pacientes Ges 60 años	Lograr una adecuada salud en pacientes de 60	70% de cobertura en atención integral a	(N° de pacientes de 60 años con alta odontológica total/	PROMOCION Educación individual al paciente de 60 años.	Odontólogo Tens.	**Población percapit**

	años	pacientes de 60 años	total de pacientes de 60 años inscritos o beneficiarios)x100	PREVENCION Examen Salud Profilaxis al paciente de 60 años Ges CURATIVO: Atención Integral al paciente GES Actividad de urgencia, según demanda		**a**
Impacto de las enfermedades bucodentales más prevalentes en la calidad de vida de niñas y niños en edad parvularia y escolar.	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años	100% de altas odontológicas de niños de 2 , 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de niños /as de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2 , 4 y 6 años con alta odontológica total) x 100	Odontólogo Tens	**REM 09**
		Promoción y Prevención de la salud bucal en población preescolar	Educación grupal y aplicación de flúor barniz comunitario al 100% de niños preescolares inscritos validados	(Aplicación flúor barniz comunitario (2 aplicaciones X año) niños 2 a 4 años realizadas año actual / Aplicación de flúor barniz comunitario comprometidas año actual) * 100	Odontólogo Tens	**REM 09**

PROGRAMACION 2013 SALUD MENTAL PROBLEMAS PRIORIZADOS

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACION
No existencia de registro evaluador de Depresión y VIF en grupos específicos (gestantes y madres de niños menores de 1 año)	Elaborar registro local que permita evaluar Ingresos, adhesión a tratamiento y egresos de programas de Depresión y VIF en grupos específicos	Registro Local que permita evaluar Depresión y VIF en grupos específicos	Registro	Elaborar registro local que permita evaluar Ingresos, adhesión a tratamiento y egresos de programas de Depresión y VIF en grupos específicos	Psicóloga	Registro interno
Baja cobertura de depresión en grupo específicos (gestantes y madres de niños menores de 1 año)	Aumentar el ingreso de personas de grupo específicos (gestantes y madres de niños menores de 1 año) con patología depresiva.	Aumentar en un 80% el ingreso al Programa de Depresión, de gestantes pesquisadas con depresión a través de EPSA	N° de gestantes ingresadas pesquisadas con depresión a través de EPSA/ N° de gestantes con EPSA con riesgo de Depresión	Consulta salud mental	Medico Psicólogos	Rem 5
		Aumentar en un 80% el ingreso de madres con niños menores de 1 año pesquisadas con depresión post parto a través de Edimburgo	N° de madres con niños menores de 1 año ingresadas con depresión/ número total de madres con Edimburgo con sospecha de depresión			
		Realizar VDI al 50% de pers de grupos específicos, ingresados por depresión	N° VDI a pers de grupos específicos ingresados por depresión/N° de personas de grupos específicos ingresadas por depresión.	VDI	Psicólogos	REM 26
	Brindar	Brindar	N° de personas que reciben	Control de SM	Medico SM	REM 5

	tratamiento oportuna a personas de grupos específicos, ingresados por depresión y bajo control	tratamiento integral al 100% de los ingresados por depresión	tratamiento por depresión/ N° de personas ingresadas por depresión	-Consejería individual y Familiar -Psico-educación -VDI Derivación a Psiquiatría en caso que amerite	y Psicólogos	REM 6
Baja adherencia a tratamiento por depresión en grupos específicos	Mejorar la adherencia a tratamiento por depresión en grupos específicos (gestantes y madres de niños menores de 1 año)	Lograr adherencia a tratamiento(4 controles) por depresión, a grupos específicos(gestantes y madres con niños menores de 1 año) de un 50%	N° de gestantes ingresadas a depresión que se mantienen en tratamiento/ N° de gestantes ingresadas por depresión x 100 N° de madres con niños menores de 1 año ingresadas a depresión que se mantienen en tratamiento/ N° de madres con niños menores de 1 año ingresadas por depresión x 100	Consultas y Control Programa de SM	Medico SM y Psicólogos	Registro Interno REM5
Baja cobertura de VIF en mujeres de grupos específicos (gestantes y madres de niños menores de 1 año)	Aumentar el ingreso de mujeres con VIF pertenecientes a grupos específicos.	Aumentar el ingreso en un 15% de gestantes con VIF detectadas a través de EPSA Aumentar el ingreso en un 15% adolescentes gestantes con violencia de genero detectadas a través de EPSA	N° de gestantes ingresadas con EPSA con VIF/ número total de la gestantes con EPSA con sospecha de VIF N° de adolescentes gestantes ingresadas con EPSA con VIF/ número total de la adolescentes gestantes con EPSA con sospecha de VIF	Control y consulta SM Control y consulta SM	Medico SM Psicólogos Medico SM Psicólogos	Registro interno REM5 REM3 Registro interno REM 5 REM 3

	Brindar tratamiento oportuna a personas de grupos específicos, ingresados por VIF	Realizar VDI al 50% de personas de grupos específicos, ingresados por VIF	N° de VDI a personas de grupos específicos ingresados por VIF/N° de personas de grupos específicos ingresadas por VIF	VDI	Psicólogos Asistente Social	REM26
		Brindar tratamiento oportuna al 100% de las mujeres ingresados por VIF y bajo control	N° de personas que reciben tratamiento por VIF/ N° de mujeres ingresadas por VIF	Control y consulta salud mental Consejería individual y/o familiar. Psico educación VDI	Medico Psicóloga (a)	Registro interno REM6
Alta incidencia de trastornos emocional Infanto- Juvenil	Apoyar las acciones de Salud Mental en establecimientos educacionales de educación preescolar y escolar	Realizar intervenciones comunitarias al 10% de los establecimientos educacionales preescolar y escolar (3)	N° de establecimientos educacionales que reciben intervención comunitaria/ N° de establecimientos educacionales x 100	Talleres	Psicólogos	REM 19 REM 6
	Brindar atención integral y oportuna a niños/as y familias con problemas y trastornos mentales	Incorporar la realización talleres de reforzamiento de habilidades parentales al 20% de las familias de niños/as escolares con trastornos emocionales	N° de familias con hijos escolares con trastornos emocionales que asisten a talleres/ N° de familias con hijos escolares con trastornos emocionales	Talleres	Psicóloga (a)	

PARTICIPACION SOCIAL AÑO 2013

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RR HH	MONITOREO
Alto porcentaje de reclamos.	Reducir el porcentaje de reclamos que se generan en el establecimiento. Dar respuesta a los reclamos en los plazos establecidos.	Reducir el porcentaje de reclamos a lo menos en un 10 %. 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 2012, 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 semestral de la OIRS.**
Baja participación de la comunidad en el Consejo de Desarrollo y mesas territoriales	Mantener activo el Consejo de desarrollo local. Mantener activas las mesas Territoriales de los tres sectores del establecimiento. Realizar diagnostico participativo	Aumentar la participación de las organizaciones comunitarias en el CDL y mesas territoriales, a lo menos en un 5 % Que el 100% de las mesas territoriales cuente con su diagnostico participativo	Nº de organizaciones comunitarias. Participantes en CDL Nº Total de organizaciones comunitarias. Nº de organizaciones comunitarias Participantes en mesas territoriales Nº Total de organizaciones comunitarias del sector Nº de diagnósticos participativos realizados Total de diagnósticos participativos programados.	Actualizar catastro de organizaciones comunitarias. Contar con un plan de trabajo anual. Entrevistas Reuniones ampliadas. Acciones de coordinación. Difusión radial Registro de actas. Reunión de trabajo para efectuar diagnóstico participativo.	Asistente Social. Equipo de salud.	**Registro de asistencia.** **Registro de actas de reuniones.** **REM 19.** **Plan de trabajo** **Documento de diagnóstico Participativo**



MUNICIPALIDAD DE CURICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

DIAGNOSTICO DE SALUD

CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM

SOL DE SEPTIEMBRE

2012-2013

CESFAM SOL DE SEPTIEMBRE

I.-INTRODUCCION

El nuevo modelo de atención instalado en nuestro CESFAM, ha sido definido de carácter integral, familiar y comunitario, este ha ido progresivamente incorporando y haciendo suya las demandas de los usuarios. Entendiendo que la atención de salud debe ser un proceso continuo centrado en el cuidado integral de las familias, preocupado de la salud de las personas y del ambiente antes de que aparezca el daño, entregándoles herramientas para su auto-cuidado, promoviendo estilos de vida saludable, facilitando la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud y si enferma nos preocupamos que las personas sean atendidas en etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos.
El objetivo del presente documento, es realizar una programación local de actividades 2013 de acuerdo a un diagnostico de salud participativo, realizando una priorización de las actividades y basados en lo que es nuestra cartera de servicios.

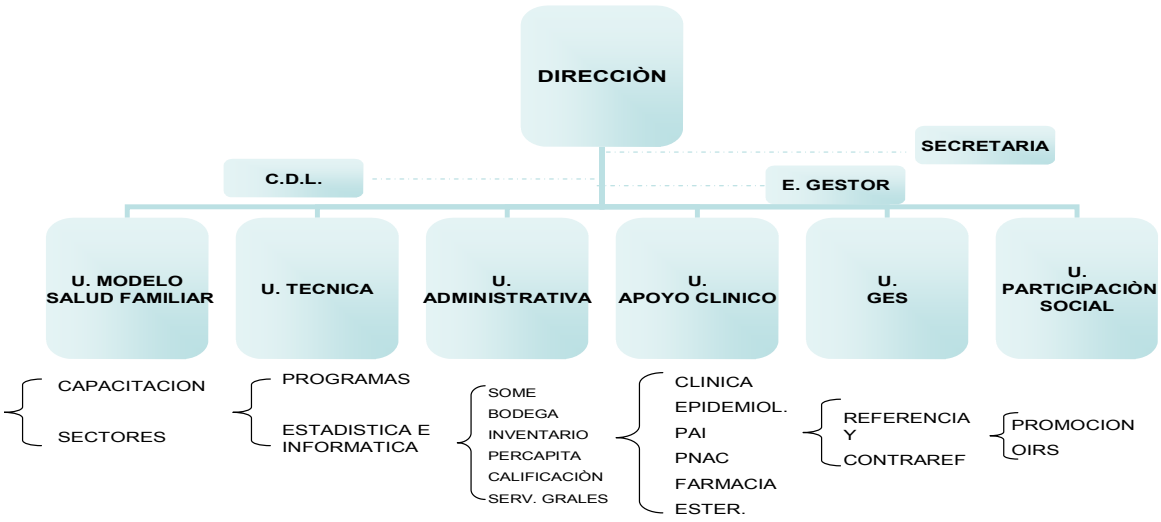
II.- ANTECEDENTES

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, siendo inaugurado en el año 1978.
Se ubica en el sector Nor-oriente de la ciudad y su Directora es la Sra. Ana Teresa Obal, de él depende además desde junio de 2009 la P.S.R. El Porvenir ubicada en Camino a Zapallar Km. 4 S/N.

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

VISIÓN
"Acercando la salud a las personas"

III.- ORGANIGRAMA.



IV.- DESCRIPCION DELA POBLACION:

Para los beneficiarios del CESFAM sus principales fuentes laborales están dadas a través de las actividades agrícolas, de la construcción y frutícolas de temporada.

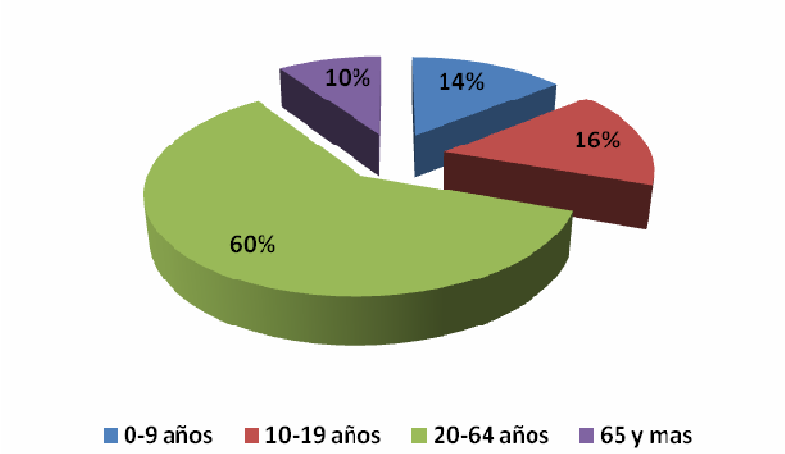
El trabajo de temporada en verano, ha dado origen a la integración de mano de obra tanto de menores como de mujeres, que durante el año se mantienen escolarizados o como dueñas de casa, quienes producto de estos ingresos pasan a constituirse en jefes de hogar ya que su único ingreso es el que sustenta al grupo familiar. A lo anterior se suman otras actividades laborales para menores que generan ingresos, ya sea, como cuidadores de autos, empaquetadores en supermercados y feria libre.

NIVEL FONASA	N° PERSONAS	%
Tramo A	5633	36
Tramo B	6102	39
Tramo C	2347	15
Tramo D	1565	10
TOTAL	15647	100

Situación previsional

Este cuadro resume, la situación previsional de nuestros usuarios, según tramo de FONASA, llama la atención que un 75% se encuentran entre los tramos A y B, reflejando en alguna medida el nivel socioeconómico de nuestros usuarios

Distribución de población asignada, de acuerdo a grupo etario



SECTORIZACIÓN

El radio de acción del Centro de Salud Sol de Septiembre, comprende terrenos planos urbanizados, pavimentados y de ripio; 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:

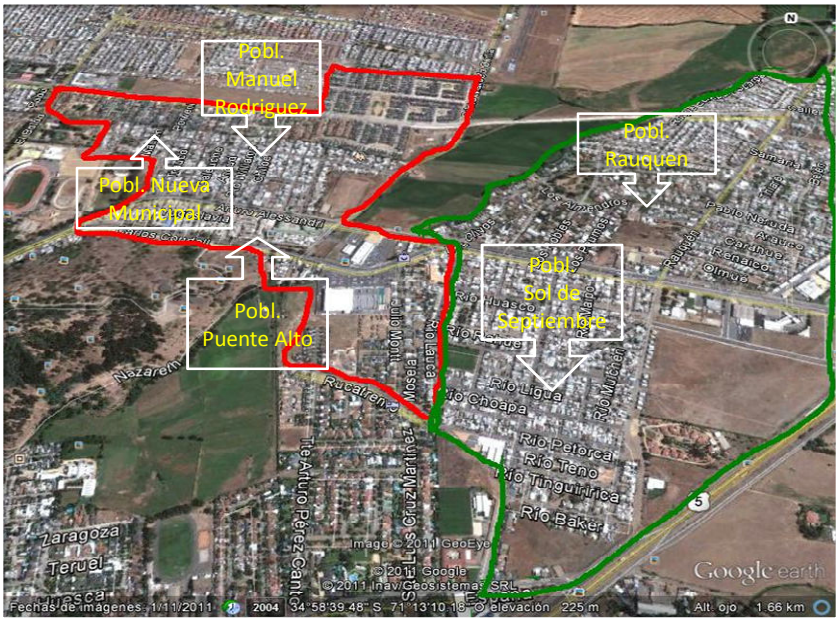
Liderado por la Mat, Elizabeth Contador.

Este sector se encuentra limitado:
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.

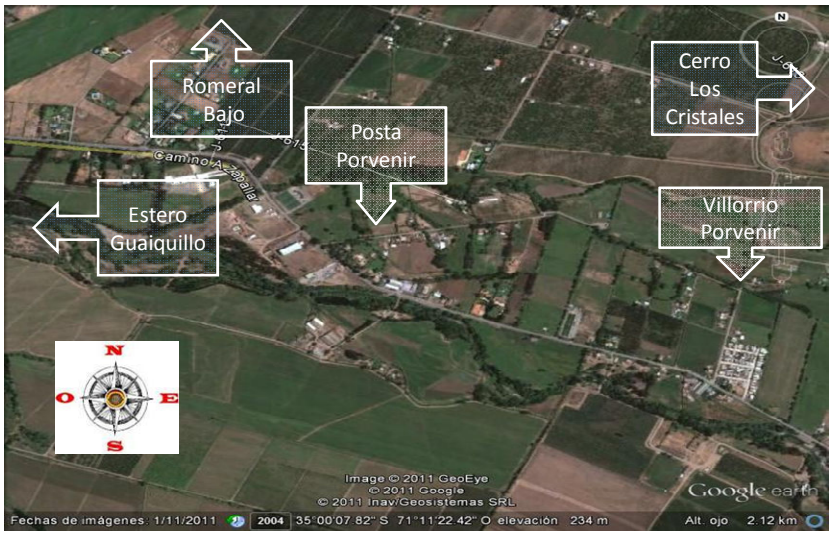
SECTOR 2:
Liderado por la E.U. Sandra Méndez.
Sus límites son:
Norte: Avenida Amsterdam de la Población Don Sebastián de Rauquén
Sur: Avenida España y Río Teno (Población Sol de Septiembre)
Este: Carretera Longitudinal 5 sur
Oeste: Calles Río Loa, Río Lauca, camino Piloto Marcelo Oxilia y camino Aeródromo.

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.

Sector 1



Sector 2



DOTACIÓN

Instrumentos	N° Funcionarios	N° Horas	Total Horas Disponibles
Médicos	4	44	154
Nutricionistas	3	44	132
Psicólogas	2	44	88
Enfermeras	6*	44	264
Kinesiólogos	2	1/ 33 hrs y 1/ 44 hrs	77
Asistentes Sociales	3	44	132
Matronas	3	44	132
Odontólogos	3	44	132
TENS	20	44	880
Administrativos	12	44	528
Auxiliares de Servicio	2	44	88

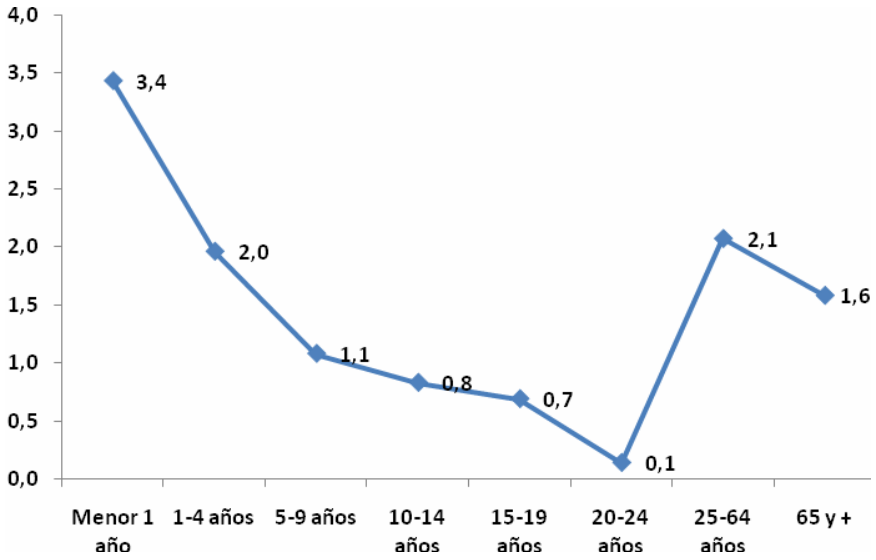
***Una profesional con licencia prolongada.**

IV.- SITUACION DE SALUD

Tasa de consulta morbilidad según grupo etario y año

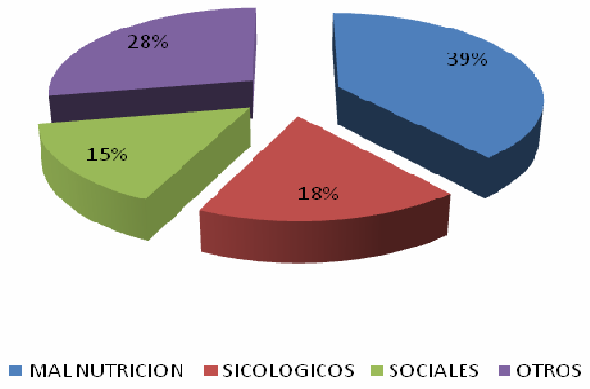
	2009	2010	2011	2012
Menor 1 año	3,4	2,9	2,6	3,6
1-4 años	2,0	1,6	1,4	3,6
5-9 años	1,1	1,1	1,7	0,9
10-14 años	0,8	0,5	0,6	0,5
15-19 años	0,7	0,5	0,6	0,7
20-24 años	0,1	0,6	0,6	0,6
25-64 años	2,1	0,6	0,6	0,8
65 y +	1,6	1,1	1,3	1,7
TOTAL		1,4	1,2	0,9

Tasa de consulta morbilidad 2012, por grupo etario



Comentario: La tasa de consulta de morbilidad año 2012 es de 0.9, la mayor tasa de consulta es en el grupo etario menor de 1 año y 1 a 4 años.

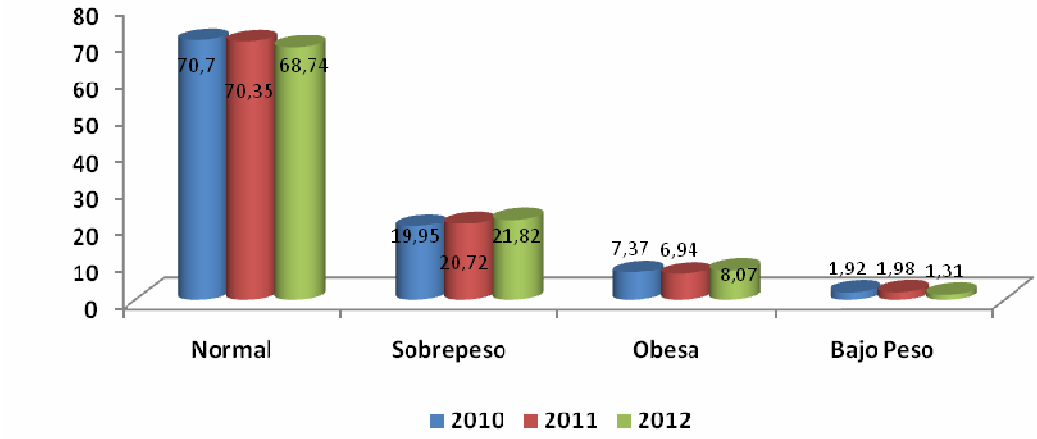
Problemas derivados de la aplicación de ficha CLAP en adolescentes



Comentario:

La aplicación de la Ficha CLAP en nuestro establecimiento, nos ha permitido saber que existe una población, que presenta múltiples problemáticas y a las cuales se hace necesario comenzar a abordar. La problemática con mayor frecuencia es la malnutrición por exceso y déficit con un 39%; en otros se incluyen problemas médicos, ginecológicos y odontológicos.

Obesidad infantil (menor de seis años)



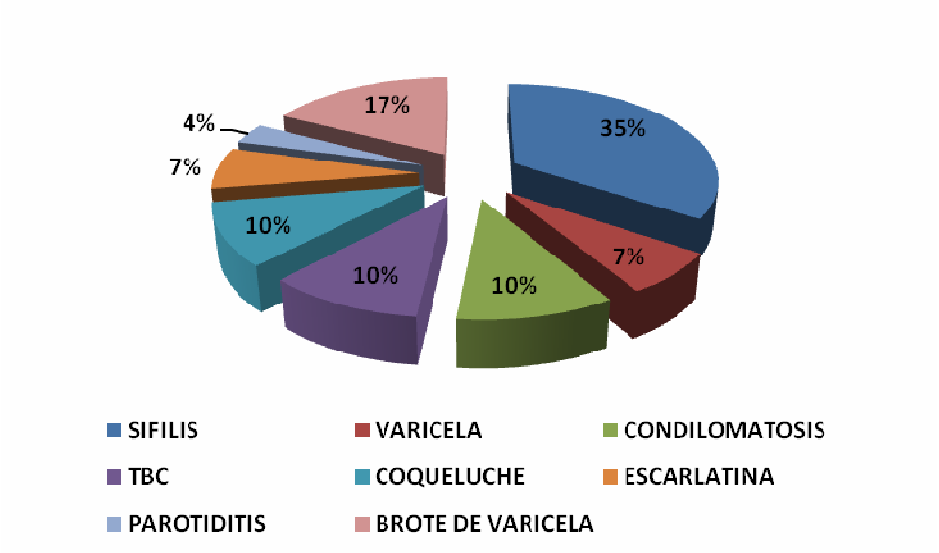
Comentario:

Nuestro establecimiento se ha caracterizado por la constante implementación de estrategias tendientes a la disminución de la obesidad infantil, manteniendo indicadores por debajo de lo que son la realidad nacional

Vemos con preocupación un leve aumento en el último año de de la malnutrición por exceso y una disminución de los niños con estado nutricional normal, lo cual nos obliga a nosotros como equipo de salud a priorizar esta problemática en lo que será nuestro plan de salud.

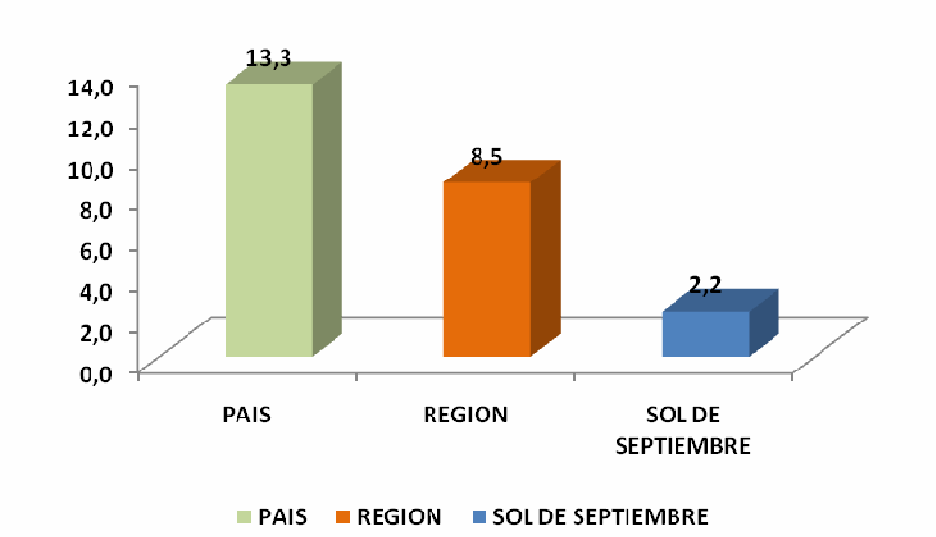
Enfermedades de Notificación Obligatoria 2012

ENO	N° DE CASOS
SIFILIS	10
VARICELA	2
CONDILOMATOSIS	3
TBC	3
COQUELUCHE	3
ESCARLATINA	2
PAROTIDITIS	1
BROTE DE VARICELA	5
TOTAL	29



Comentario:
La epidemiologia es fundamental a la hora de conocer a nuestra población. Evaluando la presencia de ENO o brotes que pudieran desencadenar propagación de enfermedades infecciosas que atenten a la salud de los usuarios.
Durante al año 2012, las enfermedades ENO que se notificaron en la institución están dentro del contexto esperado y fueron manejadas de acuerdo al Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria (DS N° 158.)

Tasa de Baciloscopía



Comentario:
Durante el año 2012, se han realizado 147 baciloscopia de 6580 consultas de morbilidad en población mayor de 15 años; existiendo un déficit en la solicitud de baciloscopias, dado que el promedio país de la tasa v/s baciloscopias es de 13,3% y de la región 8,5% y nuestra institución es de 5 %.

Índice COPD

GRUPO ETARIO	PROMEDIO CEO	PROMEDIO COP-D	COMPOMENTE C
2 años	1,5	-	1
4 años	3,5	-	3,2
6 años	3,16	-	2,5
12 años	-	3,5	2,17
Embarazadas	-	10,63	4,2

Resumen diagnóstico salud bucal pacientes 6 años ingresados durante año 2012.

GRUPO ETARIO	Total ingresos A agosto	Total libres de historia de caries	% Libres de caries
6 años	162	63	38,88

Comentario

Uno de los objetivos estratégicos del plan nacional de salud 2011-2020 es prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menor de 20 años con énfasis en los más vulnerables .la meta de impacto nacional es aumentar a un 33% la prevalencia de ausencia de historia de caries en niños de 6 años.

De acuerdo a nuestro diagnóstico local observamos que nuestra población de 6 años ingresada a tratamiento presenta una prevalencia de historia libre de caries de un 38,88 %, superando la meta nacional. No obstante es necesario mantener políticas educativas y preventivas tanto en embarazadas, como en los menores de 2 y 4 años (por medio del control odontológico del niño sano), con el fin de mantener o aumentar este porcentaje de niños de 6 años libres de caries.

V.- DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

Durante el año 2012 el CESFAM Sol de Septiembre contempla en su programación en el área de Promoción y Participación Ciudadana diversas actividades, con el objeto de obtener información a lo largo del año la cual orientará la elaboración del Diagnóstico Participativo que se ejecutará en el año 2013.

Con el propósito de confeccionar el Diagnóstico Participativo, se realizó una reunión del Consejo de Desarrollo Local del CESFAM Sol de Septiembre el día 27 de Septiembre a las 19:00 Hrs., la que contó con la presencia de 11 funcionarios del Equipo de Salud y un total de 34 representantes de organizaciones comunitarias.

En esta ocasión se entregó una breve introducción con respecto a lo que sería el trabajo de la jornada y la metodología de participación. Se procede a dividir a los asistentes de acuerdo a su Sector de residencia (Sector 1, Sector 2 y Sector Rural correspondiente a Sector de Porvenir). Con el objeto de conocer los principales problemas y/o necesidades de cada Sector se utiliza la técnica "Lluvia de ideas". Se consensua la información entre los participantes e ingresa a una *Matriz de Doble Entrada.* Posteriormente la comunidad en conjunto con el Equipo de Salud proceden al análisis de esta información para concluir con la identificación de *Nudos Críticos* por Sector.

NUDOS CRITICOS:

En el análisis del Diagnóstico Participativo de los Sectores: 1-2 y Sector Rural correspondiente a El Porvenir, son coincidentes en el primer nudo crítico "Falta de Educación Medioambiental" como lo demuestran los gráficos de cada Sector.

1. Falta de educación medio ambiental
2. Bajo nivel educacional de los padres
3. Problema administrativo a nivel central
4. Aumento de delincuencia en el sector
5. Desconocimiento de de redes sociales existentes

VI.- DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN

1.-SALUD MATERNO-PERINATAL

- Alta incidencia de patologías buco dentarias en gestantes.

2.- SALUD INFANTIL

- Alta incidencia de IRAs en la población infantil menor de 5 años.
- Alta Incidencia de DPM alterados
- Aumento en los niveles de malnutrición por exceso en relación a años anteriores

3.- SALUD DEL ADOLESCENTE

- Grupo etario con múltiples problemáticas que influyen en su comportamiento e inserción a la sociedad
- 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.
- Baja tasa de solicitud de baciloscopias en relación a N° consultas medicas
- Baja adherencia de pacientes crónicos al programa cardiovascular

5.- SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS

- Insuficiente programación de actividades destinadas a mejorar y/o mantener la autovalencia de los adultos mayores

7.- AREA DE GESTION

- Dificultad en la organización del SOME.
- Ausencia de protocolos que permitan avanzar en la acreditación

PROBLEMATICAS DETECTADAS EN EL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Y ACCIONES PARA RESOLVERLOS

PROBLEMA	ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA	RESPONSABLES	TIEMPO
1.-FALTA DE EDUCACIÓN MEDIO AMBIENTAL	✓ Coordinación con Depto. agropecuario de la I. Municipalidad de Curicó, con la finalidad de gestionar actividades relacionadas con Operativos Sanitarios que podría estar relacionado con las siguientes alternativas: ✓ Esterilización en perros y gatos, Operativo antiparasitario en perros y gatos. ✓ Instalación de chip identificatorio en las mascotas. ✓ Educación Social sobre tenencia responsable de mascotas. ✓ Criadero de chanchos ✓ Coordinar con Depto. de Aseo y Ornato de Ilustre Municipalidad de Curicó, con la finalidad de gestionar actividades de educación en R.S.D.	Consejo de Desarrollo Local (Plan de Trabajo Anual). Equipo de Salud. Equipo de Promoción y Participación de Salud.	Marzo a Diciembre 2013
2.-BAJO NIVEL EDUCACIONAL DE LOS PADRES	✓ Coordinar con escuela del sector talleres educativos con la finalidad de "educar y fortalecer lazos familiares". ✓ Coordinar con programa De Vuelta a Clases de la I. Municipalidad la jornada educativa sobre circuito de gestión. ✓ Elaboración de Díptico informativo de las diferentes redes sociales, donde se pueda denunciar hechos. ✓ Coordinación con SENDA para entregar información acerca de acciones preventivas en la comunidad referentes a Drogas y Alcohol. ✓ Entregar información acerca de proyectos de postulación de alarmas vecinales.	Consejo de Desarrollo Local. Equipo de Salud Sector	Marzo a Diciembre 2013

3.-PROBLEMA ADMINISTRATIVO A NIVEL CENTRAL	✓ Entregar información a CDL acerca de horarios de llegada de los usuarios para toma de muestra de exámenes: Si bien se entregan 30 números de igual forma se reciben los restantes hasta las 8:15 hrs. ✓ Informar a la comunidad que a pesar del aumento en la dotación de médicos, de igual forma faltan horas debido a que ha aumento la población demandante, especialmente en trastornos de salud mental.	Equipo de Salud	Marzo a Diciembre 2013
4.- AUMENTO DE LA DELINCUENCIA EN EL SECTOR	✓ Promover denuncia ciudadana mediante capacitación CDL. ✓ Pesquisa, Diagnostico, Tratamiento y derivación de OH (GES). ✓ Talleres de prevención antitabáquica en colegios del sector. (kinesiólogo) ✓ Educación Antitabáquica C.D.L. ✓ Consulta Salud Mental ✓ VDI Según equipo de Salud ✓ Coordinación con la red e Intersector. ✓ Coordinación con equipo CESFAM y comunidad.	Equipo de Salud Consejo Desarrollo Local	Marzo a Diciembre 2013
5.DESCONOCIMIENTO DE REDES SOCIALES DISPONIBLES	✓ Mesa de trabajo con las diferentes organizaciones sociales de la comunidad con el objetivo de gestionar recursos públicos para recuperar espacios locales para esparcimiento. ✓ Invitación abierta a los usuarios a las reuniones de Mesa Territorial. ✓ Motivación a través de invitaciones a los adultos mayores para que se integren y/o participen en actividades de la comunidad y Centro de salud.	Consejo de desarrollo Local (Plan de Trabajo Anual) Mesa Territorial, Posta de Salud	Marzo a Diciembre 2013

P L A N D E A C C I O N 2013

MATERNO Y PERINATAL

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
Alta incidencia de patologías buco dentarias en gestantes.	Proteger y recuperar la salud buco dental de las gestantes. Disminuir la trasmisión de caries de madre a hijo.	Alcanzar 65%de cobertura en altas odontológicas totales en embarazadas que ingresan a control prenatal Lograr que el 25% de las gestantes con alta odontológica reciben consejería breve antitabaco	Nº de embarazadas con alta odontológica total/total de embarazadas que ingresan a control prenatal X100. Nº de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/total de embarazadas con alta integral odontológica X100	Promocionales Talleres educativos a embarazadas Preventiva Consejeria breve antitabaco Tratamiento Alta odontológica integral de gestantes .	Odontólogo TENS	**Evaluación mensual** **REM 09** **REM 05** **REM 27** **Registro Local**

INFANTIL

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
Aumento porcentual en los niveles de malnutrición por exceso en relación a años anteriores.	Mantener o disminuir los índices de malnutrición por exceso (< 30,23%)	Aplicar pauta de factores de riesgo cardiovascular. Detectar y derivar en forma oportuna en los controles de niño sano a los menores con malnutrición por exceso. Ingresar a consulta nutricional al 100% de los niños detectados con diagnostico de obesidad.	N° total de niños obesos/ Población bajo control X 100	**Promocionales** Consejería familiar **Preventivas** Control niño sano Consultas nutricional a los 5 meses y 3 años 6 meses. Taller a los 7 meses de estimulación y alimentación. **Tratamiento** Consulta y seguimiento nutricional a todos los niños obesos.	Medico Enfermera Nutricionista TENS	Evaluación mensual REM P2
Alta vulnerabilidad De la población bajo control que influye en forma negativa en el desarrollo integral de los	Detectar en forma precoz y oportuna los factores de riesgo que influyan en forma negativa en el desarrollo infantil.	Aplicar al 90% de los niños/as de 1 mes el protocolo neurosensorial. Realizar al 90% de los niños/as las evaluaciones de EEDP de 8 meses y TEPSI (3 años). Realizar al 94,1% de los niños/as las evaluaciones de EEDP de 18 meses.	- (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 evaluaciones de 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, realizadas al grupo de 7 a 11 meses/ total de	**Preventivas** Control de salud a los 8 y 18 meses. TEPSI 3 años Pautas breves a los 4,12,15,21 y 24 meses en los Controles de salud con Aplicación de pautas. Talleres de Autocuidado:		

niños.		Aplicar al 90% de los niños/as pautas breves, pauta Edimburgo, evaluación massie campbell Ingresar al 100% de los niños con rezago y déficit del desarrollo psicomotor a la sala de estimulación	aplicaciones realizadas al grupo de 7 a 11 meses) x 100. (N° de aplicaciones con resultado alterado, realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ total de aplicaciones realizadas al grupo de 12 a 23 meses) x 100. (N° de aplicaciones con resultado alterado, realizadas al grupo de 3 años/total de aplicaciones realizadas al grupo de 3 años) x 100.	Estimulación y Normas de crianza. **Tratamiento** VDI al 100% de los niños con rezago, riesgo y retraso. Ingreso a la sala de estimulación al 100% de los niños con algún déficit. Consultas por déficit EEPD y TEPSI. Reevaluaciones EEPD y TEPSI.		
Alta incidencia de IRAs en la población menor de 5 años.	Contribuir a la disminución de las complicaciones por las IRA baja Mantener en control a pacientes con patología crónica respiratoria en la infancia	Atender al 100% de las IRAs menores de 5 años dentro de las 48 hrs desde el diagnostico. Realizar el 100% de las hospitalizaciones abreviadas requeridas.	(N° de atenciones de niños menor de 5 años con diagnóstico de IRA baja / total de IRA (alta y baja)en menores de 5 años) * 100 (N de HA en menores de 7 meses con dg de IRA baja / N° total de consultas por IRA (alta y baja)en menores de 7meses)*100	**Promocionales** Consejería familiar **Preventivas** Taller de prevención IRA y reconocimiento signos SOS **Tratamiento** Ingreso a Sala IRA por cuadro respiratorio agudo Consulta médico Control en sala IRA por patología respiratoria crónica infantil	Medico Kinesiólogo	REM 23 Evaluación trimestral Registro Local

				Espirometrías Hospitalización abreviada **Rehabilitación** VDI a paciente postrado con patología respiratoria crónica infantil		

ADOLESCENTE

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
Alta incidencia de patologías buco dentarias en población menor de 20 años.	Mejorar la salud buco dentaria de la población menor de 20 años.	Alcanzar el 19,97% de 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.	**Promocionales:** Instrucción de higiene oral individual a los pacientes que ingresan a tratamiento odontológico. **Preventivas y Recuperativas** Atención odontológica integral a población menor de 20 años, priorizando los grupos etarios: 2, 4, 6 y 12 años.	Odontólogo TENS	Evaluación mensual l REM 9

Grupo etario con múltiples problemáticas que influyen en su comportamiento e inserción a la sociedad	Contribuir a mejorar el nivel de vida de los adolescentes beneficiarios del CESFAM	Implementar actividades de intervención en al menos el 50% de los adolescentes y que sean beneficiarias del CESFAM	N° de adolecentes atendidos por profesional especifico/N° de derivaciones al profesional especifico de adolescente derivados de ficha CLAP*100	**Promocionales** Consejería **Preventivas** Control paternidad responsable **Tratamiento** Consulta Nutricional Consulta medica Consulta social Consulta Psicóloga	Equipo de salud Psicóloga Asistente Social Matrona Nutricionista	Evaluación trimestral REM 1 REM3 REM4 REM6 Registro local

ADULTO

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
Baja adherencia al Programa de Prevención Cáncer Cérvico Uterino	Mejorar la adherencia al Sub programa CACU	Mejorar en un 10 % la adherencia al sub-programa CACU Alcanzar una cobertura de PAP igual al 70% en mujeres de 25 a 64 años	N° de mujeres que acuden espontáneamente a tomarse el PAP/ N° de mujeres que se toman PAP*100 Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente/Nº de Mujeres 25 a 64 años Población Beneficiaria	**Preventivas** Toma PAP Derivación a toma PAP Campañas toma PAP Educación comunitaria Control Ginecológico	Matrona en toma de PAP TENS en colaboración	Evaluación mensual Citoexpert REM 12 Registro local

			*100			
Baja tasa de solicitud de baciloscopias en relación a N° consultas medicas	Aumentar la pesquisa de TBC en nuestro Establecimiento	Aumentar en un 25 % la toma de baciloscopias en relación al número de consultas medicas	N° de baciloscopias realizadas / N° de consultas medicas *100	**Promoción** Difundir en la comunidad la importancia de realizar la baciloscopía en pacientes sintomáticos **Preventivo** Solicitar baciloscopias a pacientes sintomáticos en todas las instancias que se detecten en este Establecimiento **Tratamiento** Derivación oportuna de pacientes positivos al HBC Supervisión de tratamiento farmacológico de pacientes en tratamiento	Medico Enfermera Kinesiólogo Matrona Nutricionista TENS Administrativos	Evaluación mensual Mensual Cuaderno de registro local

ADULTO y ADULTO MAYOR

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
Baja adherencia de pacientes crónicos al programa cardiovascular	Mejorar la cobertura de HTA Mejorar la cobertura de DM	Incrementar en un 5 % la cobertura de HTA respecto al año anterior. Aumentar la cobertura de Dm en un 3% respecto al año anterior	Población bajo control con HTA de 15 años y mas/total de personas de 15 años y mas con HTA según prevalencia x 100 Población bajo control con DM tipo 2 de 15 y mas años /total de personas de 15 años y mas con DM tipo 2 según prevalencia x 100	**Promoción** Difundir en la comunidad EMP Difundir en la comunidad las complicaciones y riesgos de las enfermedades cardiovasculares **Preventivos** EMPA Control salud cardiovascular Visita rescate **Tratamiento** Consulta salud cardiovascular (Medico, Enfermera, Nutricionista) Visita de rescate	TENS Medico Enfermera Nutricionista	Evaluación semestral REM -A02 REM– A 26 REM-A01 REM P 04

Insuficiente programación de actividades destinadas a mejorar y/o mantener la autovalencia de los adultos mayores	Mejorar la cobertura de adultos mayores que ingresan a talleres de memoria y prevención de caidas	Aumentar en al menos 5 puntos porcentuales los adultos mayores que ingresan a talleres de memoria y prevención de caidas	N° de adultos mayores en taller de memoria durante el 2012/ N° de adultos mayores en taller de memoria durante el 2013 X 100 N° de adultos mayores en taller de prevención de caídas durante el 2012/ N° de adultos mayores en taller de prevención de caídas durante el 2013 X 100	Talleres de memoria por Psicóloga a adultos mayores derivados del EPAM con minimental alterado Talleres de prevención de caídas por Kinesiologo a adultos mayores derivados del EPAM con riesgo de caídas	Psicóloga Kinesiólogo	Evaluación trimestral REM-27

GESTION

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
Dificultad en la organización del SOME.	Implementar plan de mejoramiento en SOME de modo que permita un trabajo armónico, integral, cohesionado del equipo de salud.	Implementar al menos el 50% de las actividades diseñadas	Presencia/ausencia N° de entrevistas realizadas/N° de funcionarios de SOME*100 Presencia/ausencia (SI/NO) N° flujogramas realizados/N° flujogramas programados*100 Presencia/ausencia(SI/NO N° profesionales incorporados a la agenda electrónica/N° profesionales que tienen agenda en SOME*100	Diseño de Plan de intervención Entrevistas personales Taller motivacional Diseño de flujogramas (adulto, infantil, IRA, ERA, salud mental, mujer, adolescente) Ornamentación del SOME Manual de organización Manual de funciones Agenda electrónica Agenda profesionales	Directora Jefe de SOME Equipo de calidad Administrativos Jefes de programa	Mensual Pauta de cotejo Registro Local
Ausencia de protocolos que permitan avanzar en el tema de la acreditación	Avanzar en la acreditación Sanitaria	Implementar al menos el 50% de los protocolos necesarios para la acreditación		Aplicación de pauta de acreditación Diseño de Protocolos	Directora Equipo de Calidad Encargados de Programa	Trimestral



APROBADO
CONSULTORIO
DE EXCELENCIA
por la calidad en la atención



PROGRAMACIÓN 2013

Elaborado por:
Director: Luis Jaime Illanes Arévalo
Subdirectora: Ximena Jofré Galdames
Unidad Gestión Clínica: Carol Davidson Masson

EQUIPO DE SALUD

CONSEJO DE DESARROLLO DE LOCAL

ORGANIZACIONES SOCIALES Y COMUNITARIAS

Octubre 2012

GRACIAS AL EQUIPO DE SALUD
CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL
ORGANIZACIONES SOCIALES Y COMUNITARIAS

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de planificación y programación para la atención primaria es una herramienta que pretende contribuir a optimizar la gestión de los Centros de Salud Familiar, así como también, dar respuesta al rol normativo y regulador del Ministerio de Salud, de acuerdo a la Ley 19.937, y el mandato legal establecido en la Ley N° 19378 Estatuto de Atención Primaria.

La programación en red para el año 2013, recoge algunos desafíos:

1. Destacar la importancia de considerar la salud, desde la perspectiva de ciclo vital individual y familiar.
2. Incorporar una visión de mediano y largo plazo, a través de una planificación de la red asistencial, y a corto plazo la programación anual de la red.
3. Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
4. Avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década, a partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los objetivos estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.
5. Desde la perspectiva del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, se releva la implementación de estrategias trazadoras, que den cuenta del Modelo, como son: los estudios de familia, la consejería familiar, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos en todo el ciclo vital.

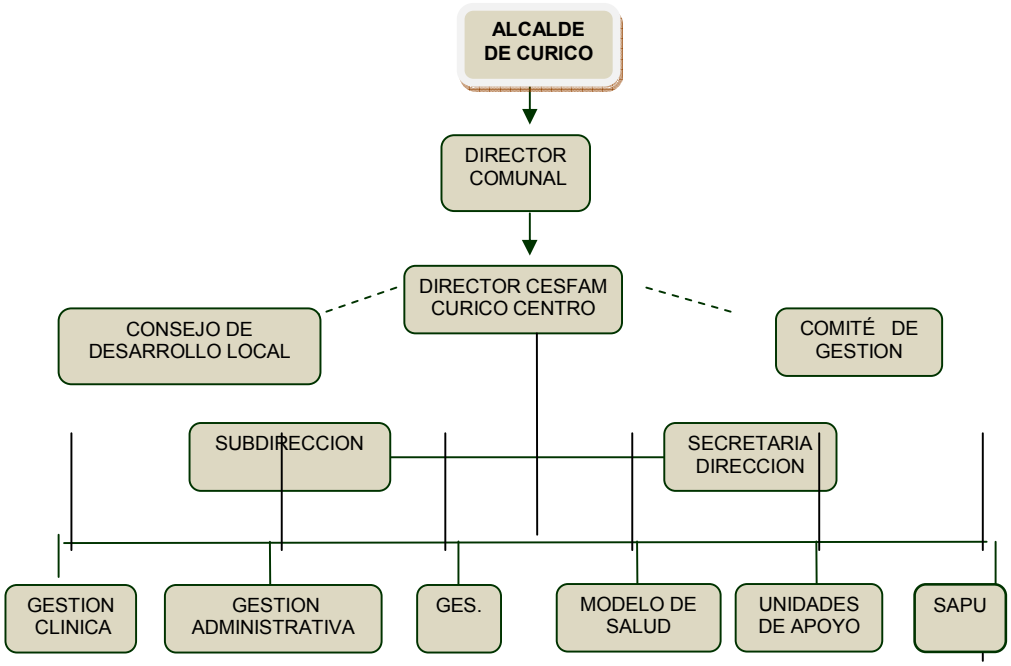
Como CESFAM de excelencia también recogemos el desafío de mejorar la satisfacción usuaria a través de la entrega de servicios de calidad y con un trato humanizado.

En relación a este ámbito el CESFAM se encuentra trabajando en la protocolización de prestaciones, capacitación intraservicio y la gestión de reclamos y sugerencias. Por lo tanto el plan de acción propuesto para el año 2013, enfatiza en acciones de promoción y prevención de la enfermedad, fomentando el autocuidado del usuario y sus familias a través de todo el ciclo vital, mejorando nuestra capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios.

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."

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."

II.- ORGANIGRAMA



▪ Programas de Salud. ▪ Gestión del cuidado ▪ Epidemiología ▪ Vacunas ▪ Investigacion y Desarrollo ▪ Docencia ▪ Supervisión y control.	▪ Personal ▪ Desarrollo y Bienestar del Personal ▪ SOME ▪ Informática ▪ Servicios generales. ▪ OIRS ▪ Gestión de proyectos ▪ Supervisión y control	▪ Protocolos y Guias clinicas. ▪ Farmacia ▪ Monitoreo y control. ▪ Auditoras clinicas. ▪ Consultorias de especialidades. ▪ Supervisión y control	▪ Equipos de cabecera ▪ Promoción ▪ Coordinación Intersectorial ▪ Extensión a la comunidad ▪ Participación ▪ Desarrollo del L.T.S. ▪ C.E.S. Amigo ▪ Supervisión y control.	▪ Toma de muestras ▪ Procedimientos de apoyo clinicos ▪ Podología ▪ Atención domiciliaria ▪ Esterilización ▪ Movilización ▪ Supervisión y control	▪ Admisión ▪ Recaudación y Estadistica ▪ Clinica ▪ Farmacia ▪ OIRS ▪ Epidemiología ▪ GES ▪ Movilizacion ▪ Aseo y ornato ▪ Supervisión y control.

III.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El CESFAM Curicó Centro , cuanta con una población inscrita de 54.053 personas a septiembre 2012, 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 Octubre 2012 es de 43.097 personas.

La distribución por grupo etáreo corresponde a un 14,16% a población de 0 a 9 años , un 14,53% de 10 a 19 años, un 60,69% de 20 a 64 años y un 10,62% de 65 años y más, 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 urbano tenemos personas inscritas que viven fuera del área territorial.

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

En relación a su condición de beneficiario nos encontramos que un 92,9% son FONASA y el 5,8% pertenece a otro sistema previsional.

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

IV.- DESCRIPCIÓN ÁREA GEOGRÁFICA



El CESFAM se encuentra ubicado en la A. Freire N° 0189, en el sector centro norte de la cuidad de Curicó. Los límites geográficos son los siguientes:

- Norte: Avda. El Boldo en Zona Urbana (Línea férrea)
- Poniente: Línea férrea.
- Sur: Ribera Norte del Río Lontué.
- Oriente: Calle Jesús Pons por Avda. España.

V.- SECTORIZACION

El CESFAM Curicó Centro se encuentra sectorizado de acuerdo al criterio geográfico, estableciendo cuatro sectores: el sector azul, verde y naranjo, el que a su vez esta 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 cuidad, el sector verde comprende el área geográfica más cercana al CESFAM, más algunos sectores como son Bombero Garrido y Tutuquen. El sector naranjo corresponde geográficamente al sector centro sur de la cuidad más Rauquen y el sector blanco todos los sectores que están fuera del limite geográfico del CESFAM.

VI.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SECTOR

Tabla N°1: Distribución de la población inscrita por sector y grupo etáreo a Septiembre 2012.

	Distribucion de Población por Sector								
	Verde		Azul		**Naranjo**		**Blanco**		**Total**
Grupo Etáreo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
0-9 años	2289	15.11	2525	17.16	1513	10.54	1327	13.5	7654
10-19 años	2189	14.45	2343	15.92	1914	13.33	1406	14.3	7852
20-64 años	9225	60.88	8872	60.28	8461	58.95	6247	**63.56**	**32805**
65 y más años	1449	9.56	978	6.64	2466	17.18	849	8.64	5742
Total	15152	100	14718	100	14354	100	9828	100	54053

Fuente : per cápita Septiembre 2012

Se puede observar, en la tabla Nº 1 que la población por sector se distribuye en 28% el verde, un 27,2% el azul, un 26.6% el naranjo y un 18.2% el blanco. En la distribución por edades observamos que el sector blanco tiene un 63.56% de adultos y el naranjo un 17.18% de adultos mayores.

VIII . SITUACIÓN DE SALUD

1.- CARACTERÍSTICAS DEL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN.

1.2 Tasa de consulta médica

Tabla Nº 2 Tasa de consulta general y por grupos de edad en CESFAM

Grupo de edad	Tasa
0 a 9 años	0.81
10 a 19 años	0.46
20 a 64 años	0.63
65 y más	1.26
Población total	0.68

De acuerdo a la tendencia observada durante el año 2012 el CESFAM presenta una tasa de consulta en relación a la población total inscrita de un 0.68, la distribución por grupos de edad es la siguiente: de 0 a 9 años 0.81, de 10 a 19 años 0.46, de 20 a 64 años es de 0.63 y los mayores de 65 años es de 1.26. Por lo tanto los grupos que concentran mayores tasas son la población infantil y la adulta mayor, ambos grupos prioritarios por su vulnerabilidad.

Con respecto a la distribución de las consultas de morbilidad por sexo, se observa que las mujeres concentran el 67.8% y los hombres sólo el 32.2%, destaca un leve aumento del acceso a hombres en relación al 2011.

En relación al programa cardiovascular, la tasa de consulta por médico en los diabéticos es de 1.6 y en los hipertensos de 1.08.

1.3 Tasa de consulta médica y perfil de consulta en servicio de SAPU

Tabla N°3 Tasa de consulta general y por grupos de edad en SAPU

Grupo de edad	Tasa
0 a 9 años	3.7
10 a 19 años	1.6
20 a 64 años	1.5
65 y más	1.5
Población total	1.8

En relación a lo observado durante el año 2012 en el servicio de SAPU presenta una tasa de consulta en población total inscrita de 1.8, la distribución por grupos de edad es la siguiente: de 0 a 9 años 3.7, de 10 a 19 años 1.6, de 20 a 64 años 1.5 y los mayores de 65 de 1.5. Las tasas observadas son todas más altas que en la morbilidad del CESFAM y significativamente más alta en el grupo de 0 a 9 años, donde el Nº de consultas se incrementa en los meses de Junio y Julio por problemas respiratorios.

Con respecto a la distribución de las consultas por sexo en el caso de las mujeres son 57% y los hombres el 43%.

De acuerdo a lo observado durante el año 2012, la primera causa de consulta son las enfermedades respiratorias con un 47.5%, como segunda causa las enfermedades digestivas con un 14.4% y la tercera causa son enfermedades a la piel y anexo con un 10.9%.

1.4 Diagnóstico epidemiológico

En el CESFAM .que incluye consultorio y SAPU se realiza vigilancia Epidemiológica diaria 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 Junio y Julio, y cae notoriamente a partir de Agosto.

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. Se observo un considerable aumento de casos de varicela respecto a años anteriores (entre mayo y julio), incluso observándose diversos brotes epidemiológicos durante los meses de junio y julio, especialmente en jardines infantiles (Cadenitas, Betty, Capullito).

1.5 Enfermedades de notificación obligatoria

En el transcurso del año 2012 (Semana Epidemiológica Nº 1 a Nº 42) del presente año, se notificaron en el CESFAM y SAPU:

- 14 casos de Intoxicación Alimentaria entre los meses de enero y febrero.
- 3 casos de gonorrea (en los meses de abril, junio y julio)
- 3 casos de rubéola en abril
- 7 casos de parotiditis (entre los meses de mayo y octubre)
- 1 caso de coqueluche en agosto
- 7 casos de AH1N1 entre los meses de julio y septiembre, siendo el peack en agosto.

1.6 Salud materno infantil

Desde el año 2008 a través del sistema de protección social a la infancia se ha estado evaluando integralmente a las gestantes y sus familias en aspectos psicosociales, y el porcentaje de familias en riesgo ha disminuido año a año, actualmente es de un 14.1%. En el caso de los niños y niñas también se ha realizado un seguimiento de las familias en riesgo detectando 55 niños con déficit en el desarrollo psicomotor y 233 niños con riesgo psicosocial.

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 el CESFAM encontramos una realidad que se repite a nivel país, con porcentaje de obesidad infantil de un 10.6 %, en adolescentes de un 11.1 %, en embarazadas de un 17.1 %, en adultos sanos de un 27.3 % y con enfermedades crónicas de un 31.5 % y en adulto mayores de un 18.9 %

1.8 Salud del adolescente

En relación al embarazo en el adolescente como un factor de riesgo psicosocial en el CESFAM se ha observado una incidencia de un 12.1 %, porcentaje que ha seguido disminuyendo en los últimos años.

Desde el años 2009 se cuenta con el Programa Espacios amigables para adolescentes (EAA), el cual se ha mantenido en ejecución con un equipo multidiciplinario que ha permito entregar una atención integral a los jóvenes de 10 a 19 años en un horario adecuado a sus necesidades.

Cabe destacar que en este año 2012 se firmó un convenio con el SSM para incorporar la actividad CONTROL JOVEN SANO a las actividades del CESFAM, lo que ha permito realizar al mes de septiembre un total de 420 controles de joven sano con fichas CLAP a adolescentes de 10 a 19 años en las escuelas del sector.

1.9 Salud familiar

Desde el año 2008 el CESFAM está progresivamente evaluando el riesgo familiar, al años 2012 contamos con un total de 2.538 familias evaluadas que representan a un 23.7 % de las familias inscritas, de las cuales hemos encontrado en riesgo medio y alto al 19.5 %. El 94.9 % de familias evaluadas han sido intervenidas por los equipos de cabecera.

Los criterios de focalización actuales fueron definidos por el equipo de salud y son los siguientes:

- Familia 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 score de riesgo grave de morir por neumonía
- Familia con niños en riesgo psicosocial
- Familia con personas oxigeno dependientes
- Familia con integrante con tuberculosis pulmonar activa
- Familia con adulto mayor en riesgo de dependencia
- Familia con integrante con dependencia grave o total

Para el años 2013 se incorporará las familias con integrantes con oxigeno dependientes que en la actualidad son 7 familias.

1.10 Examen preventivo

En el CESFAM desde Enero a Septiembre del 2012 se han realizado 4.550 exámenes preventivos focalizando la actividad en adolescentes de 10 a 14 años con un 8.7 % de cobertura, en varones de 20 a 44 años con una cobertura de un 14.3 % , en mujeres de 45 a 64 años una cobertura de un 17.7 % y en el adulto mayor con un cobertura de un 40.4%.

1.11 Salud del adulto y cardiovascular

La tendencia del Programa es a seguir creciendo, durante el periodo de Junio 2011 a Junio 2012 se observó un incremento del bajo control de un 3.5 % en el caso de la hipertensión y de un 10.4% en la Diabetes y de un 10 % en dislipidemia.

Con respecto al riesgo coronario de los pacientes este se distribuye en un 3.1 % bajo, con un 67.9% en moderado y un 8.5 % alto y un 20.5% muy alto, esta última situación es preocupante porque está asociada a la limitación en el acceso de tratamiento con hipolipemiantes haciendo más difícil reducir el riesgo.

El porcentaje de tabaquismo observado también preocupa, ya que estamos con un 12.7%.

En relación a la cobertura efectiva se ha logrado compensar a un 43.6% de los hipertensos y aun 47.2% de los diabéticos.

Con respecto a la prevención de enfermedad renal crónica se ha logrado aplicar pauta de detección al 64% del bajo control, con una pesquisa de daño renal en etapa 3,4 y 5 de un13.2%.

Con respecto al indicador de calidad Qualidab se ha logrado aplicar a un 20.5% del bajo control y la evaluación del pie en diabéticos a un 60.4% de bajo control a septiembre 2012.

1.12 Salud del adulto mayor, familia y cuidadores

En el CESFAM el porcentaje de adultos mayores llega al 10.62%, con una tasa de consulta de 1.26.

La cobertura de examen preventivo llega al 40.4%. Por lo tanto este es un grupo que está en permanente contacto con el Centro de salud y al cual hay que estimular a participar en actividades que promuevan el envejecimiento activo como son los talleres de prevención de caídas y estimulación de la memoria.

En relación a su condición funcional se observa que el 75.7 son autovalentes, un 9.7% tienen riesgo de dependencia, un 13.1% son dependientes, de los cuales un 12.8% son postrados. Las familias apoyadas con estipendio durante el año 2012 son ocho.

Con respecto al estado nutricional se ha observado que el 10.5% están bajo peso.

1.13 Salud de la mujer y cáncer

En relación a la prevención del cáncer de cuello uterino, el CESFAM ha logrado una cobertura de un 56.4 % de PAP vigente a septiembre 2012, se observa un aumento de un 2% en relación al año anterior.

Con respecto a la prevención de Cáncer de mamas el CESAFM mantiene 1288 mujeres con mamografía vigente, de las cuales 827 son preventivas de 50 59 años y 461 a mujeres con sospecha de patología mamaria.

1.14 Programa nacional de inmunizaciones

En el CESFAM con respecto a tercera dosis de pentavalente y polio oral se ha logrado un 65% de cumplimiento a septiembre, encontrando que el 90% de los niños bajo control tienen sus vacunas al día.

En el caso de la vacuna para el adulto de 65 años se ha logrado una cobertura de un 46.9%.

1.15 Salud bucal

La atención GES odontológica ha logrado mantener y mejorar la salud bucal de aquellos grupos focalizados y ofrecer atención de urgencia al 100% que lo solicita.

1.16 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 1740 personas que recibe tratamiento. La patología más frecuentes es la Depresión que representa el 62.4% del bajo control.

1.17 Patología con garantías explicitas

Tabla N°2: Casos con Garantías GES en APS, creados en CESFAM desde 2009 a Septiembre 2012.

PATOLOGIAS	2009	2010	2011	2012
Diabetes Mellitus tipo 2	210	162	164	158
IRA en < de 5 años	678	720	897	1801
Neumonía > 65 años	2	9	17	26
Hipertensión arterial	435	316	327	299
Salud oral 6 años	358	436	467	537
Vicio de refracción	95	68	49	56
Depresión	532	339	199	189
Órtesis	130	142	90	93

EPOC	62	50	45	25
Artrosis de rodilla	50	91	236	272
Artrosis de cadera	27	32	72	123
Urgencia odontológica	803	1358	876	602
Salud oral adulto	116	51	48	4
Salud oral embarazadas	343	429	458	645
Epilepsia	0	14	8	6
Asma	0	27	38	18
Total	3471	3809		

V. DIAGNÓSTICO 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 el día 4 de Septiembre se convocó a las tres mesas territoriales que redefinieron los diagnósticos planteándose los siguientes nudos críticos:

Sector verde: - abuso infantil

- Adultos mayores en riesgo: abandono, maltrato y baja participación social

Sector azul: - Contaminación ambiental (aire principalmente) ,existencia de micro basurales en calles y sitios eriazos

Sector naranja: - alto riesgo de accidentes por problemas de señalética principalmente en Población Guaquillo

- Sensación manifiesta de falta de preocupación por la tercera edad y sus necesidades desde la comunidad en general

5.1 Priorización de problemas:

- Abuso infantil
- Adultos mayores en riesgo
- Riesgo de accidentes de tránsito
- Falta de preocupación por la tercera edad
- Microbasurales en calles sitiss eriazos

VI. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SEGÚN CICLO VITAL

6.1.1 Salud Materno- perinatal

- Gestantes con riesgo psicosocial
- Malnutrición por exceso en embarazadas y puérperas

6.1.2 Salud infantil

- Baja cobertura de actividades educativas de apoyo a la crianza
- Niños con déficit en su desarrollo psicomotor

6.1.3 Salud del adolescente

- Embarazo en adolescentes
- Falta de acceso a actividades preventivas

6.1.4 Salud del adulto

- Aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles
- Muerte por cáncer de cuello de útero
- Discapacidad y mortalidad prematura por amputaciones en diabéticos

6.1.5 Salud del adulto Mayor

- Adulto mayores en riesgo de dependencia
- Sobrecarga de cuidadores y familiares de postrados

6.2 ÁREA DE GESTIÓN

N°	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO / EVALUACIÓN
1	**Técnica: Calidad y Seguridad del paciente** **- Por ley el 1° de Julio 2014 todos los Centro de Salud de APS deberán cumplir la 4° garantía GES (Ley 19.966)**	- Avanzar en el proceso de Acreditación en Salud, para otorgar atención segura y de calidad	- Contar con un sistema de vigilancia de eventos adversos y centinelas en el Centro de Salud	- Contar con Protocolo Eventos Adversos (EA) - Existencia Formulario Notificación E.A. - % de E.A. (N° E A analizados/ N° EA Notificados x100)	- Elaborar Protocolo de eventos adversos y centinelas. - Confección y socialización de formulario notificación eventos adversos y centinelas - Análisis de eventos adversos y centinelas - Diseñar planes de intervención según incidentes.	- Enfermera responsable eventos adversos y centinela - Jefes de sector/ área / unidad, según corresponda	**Evaluación trimestral**
2	**Participación Comunitaria:** **- Mejorar la Participación social y comunitaria.**	- Mantener la red comunitaria establecida, con cada uno de los equipos de sector - Fortalecer red social y comunitaria mediante la participación activa de los integrantes del C.D.L.	- 3 mesas territoriales activas - Mantener Consejo de Desarrollo Local activo - Diagnóstico Participativo	- % de mesas territoriales - % reuniones	- Reuniones comunitarias - Difusión social - Planificación participativa - Entrevistas	- Asistentes Sociales - Equipo de sector - Director	**REM 19**

PLAN DE ACCIÓN EN EL CICLO VITAL

7.1 Salud materno perinatal

Nº	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO / EVALUACIÓN
1	**Gestantes con Riesgo Psicosocial (14.1%)**	Seguimiento a las gestantes de riesgo psicosocial para intervenir factores de riesgo confirmados , que afecten al niño o niña en gestación	100% gestantes de riesgo psicosocial con VDI	Nº Gestantes con riesgo psicosocial con VDI / Nº total gestantes de riesgo psicosocial	Visita Domiciliaria Integral	Matrona y Otro profesional (a. social, enfermera, psicólogo)	**REM 26 FORM P 1**
2	**Malnutrición por exceso en gestantes y puérperas (17.1%)**	Vigilar activamente la ganancia ponderal durante la gestación y el descenso ponderal durante el periodo post parto	35% de gestantes con malnutrición por exceso con consulta nutricional. 35% de mujeres en post parto con consulta nutricional	Nº gestantes con malnutrición con consulta nutricional/ Nº total gestantes con malnutrición Nº muj. Post parto con malnutrición con consulta nutricional/ total muj. Postparto con malnutrición	Consulta nutricional	Nutricionista	**REMA04 P1**

7.2 Salud infantil

N	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
1	Baja cobertura de actividades educativas de apoyo a la crianza.	Fortalecer el control de salud del niño/a con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral	Promedio de 3 talleres de NEP iniciados, entregados a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de 72 meses, por facilitador vigente	Nº de talleres de NEP iniciados, entregados a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de 72 meses, por facilitador vigente / Nº total de facilitadores de la comuna * 100	Taller educativo de habilidades parentales con metodología NADIE ES PERFECTO a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de 72 meses bajo control	Psicólogo A. Social	**Sistema de registro monitoreo del Chile crece contigo (módulo NEP)**
2	Niños con déficit en su desarrollo psicomotor (55 niños)	Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor	90 % de los niños y niñas detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os	Nº de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8,18 y 36 (meses) *100	Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor	Enfermera	**Numerador: REM A03 Denominador:**

	90 % de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	(N° de niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	Educadora de párvulos	**Numerador: REM A03, Sección C, celda(E34+F34+G34+H34+E35+F35+G35+H35) Denominador: REM A03,Sección B "Resultados a la aplicación de escala de eval del DPM, Celdas (D21+E21+F21+G21+D22+E22+F22+G22)**
	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales	N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral	Enfermera	**Numerador: REM A26, Sección A "V. Domiciliarias Integrales a flias", Celdas:(D11+E11+F11). Denominador: REM P2, Sección C "Población en control según resultado de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (C43+C44+C45+C46+C47+C48+C49+C50+C51+C52)**

7.3 Salud del adolescente

N°	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
1	Embarazo adolescente (12.1%)	Disminuir el N° adolescentes que se embarazan	Disminuir a lo menos en un 1% N° de adolescentes que se embarazan	% de Embarazadas adolescentes que ingresaron a control en el año 2012 En comparación % de embarazadas adolescentes que ingresan en el año 2013	Talleres de salud sexual y reproductiva en Espacios amigables - Control de planificación familiar - Consejería en Salud Sexual y Reproductiva - Control de salud Joven Sano	Matrona Enfermera	**- REM 19** **- REM O1** **- REM 05** **- REM 03**
2	Aumento de las enfermedades que deterioran la calidad de vida de los adolescentes	Aumentar los controles de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo	5.66% cobertura de ficha CLAP a adolescentes entre 10 y 14 años	N° de controles con ficha clan de 10 a014 años/ N° de adolescentes inscritos de 10 a 14 años x 100	- Control de salud con ficha CLAP	Matrona Enfermera Nutricionista	REM 03

7.4 Salud de las personas adultas

N°	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
1	Aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y condiciones prevenibles que causan alta morbilidad y mortalidad	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad en los adultos	20% de cobertura EMP en varones de 20 a 44 años 24% de cobertura de EMP en mujeres de 45 a 64 años	N° de EMP realizados a varones de 20 a 44 años/ N° de varones de 20 a 44 años x 100 N° de EMP realizados a mujeres de 45 a 64 años/ N° de mujeres de 45 a 64 años x 100	EMP Consejo breve vida sana	Enfermera Matrona Nutricionista	**RemA 02**
2	Muertes por cáncer de Cuello del útero	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino	70% de cobertura de PAP vigente en mujeres de 25 a 64 años	N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente/N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas x 100	Control gine Control prenatal EMP Control de regulación de fecundidad	Matrona	**Citoexpert** **REM-P12**
3	Discapacidad y mortalidad prematura por amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes	Disminuir la incidencia de amputaciones en diabéticos	80% de las personas con diabetes en control se les realiza una evaluación de los pies anual	N° de diabéticos bajo control con evaluación del pie/ N° de diabéticos bajo control x 100	Evaluación del pie en control de diebéticos	Enfermera	Rem P4

7.5 Salud del adulto mayor, familia y cuidadores

N°	PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO/ EVALUACIÓN
1	Adulto mayores en riesgo de dependencia (9.7%)	Prevenir la dependencia del AM	50% de cobertura de EMPAM	N° de AM con EMPAM vigente/ N° de AM inscritos x 100	EMPAM	Enfermera Kinesiólogo	**RemA02**
			56 talleres de prevención de caídas	N° de talleres realizados/ 56*100	Taller grupal	Kinesiólogo	**Rem 27**
			24 talleres de estimulación de memoria	N° de talleres realizados/24*100		Psicólogo	
2	Sobrecarga de familias y cuidadores de AM con dependencia total	Capacitar a cuidadores o familiares de AM con dependencia total	100% de cuidadores que reciben estipendio capacitados	N° de cuidadores capacitados/N° de cuidadores con estipendio x 100	Taller grupal	Enfermera Kinesiólogo Psicólogo	Rem 27

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CURICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
CENTRO DE SALUD FAMILIAR SARMIENTO

PROGRAMA DE SALUD LOCAL
CESFAM SARMIENTO
2013

INTRODUCCION

Cada año es necesario detener el trabajo para reflexionar sobre lo vivido, analizar indicadores de salud, identificar situaciones problemas y alternativas de solución para continuar mejorando la calidad de la atención de salud en virtud de la misión y visión de nuestro establecimiento.

El Modelo de Salud Familiar destaca la relevancia de la participación de los actores en salud para favorecer el empoderamiento y el protagonismo de cada agente frente a la temática, convirtiéndose en un eje clave frente a la toma de decisiones. Es por ello, que para lograr la creación del Diagnóstico de Salud y Plan de Acción 2013, se convoca a las distintas organizaciones comunitarias para formular el Diagnóstico Participativo; además se trabaja en sesiones con usuarios internos que forman equipo en distintas áreas en relación con los programas de salud según ciclo vital y otra sesión con equipo de gestión; en ellas se levantan opiniones, sugerencias y situaciones problema; posteriormente se reúnen a analizar esta información los asesores de dirección dando como resultado el Plan de Acción.

El presente informe recopila la visión, misión, historia y antecedentes de la población y del desarrollo del establecimiento. Posteriormente, se realiza descripción de la situación de salud de la comunidad, diagnóstico participativo e interpretación de los problemas de programas a través del ciclo vital y gestión. Por último, se genera el Plan de Acción, ejercicio que permitió enfocar esfuerzos para el año 2013 en situaciones reconocidas como dificultad y visualizar los objetivos ya alcanzados, notando sin duda un avance importante en la realización del trabajo.

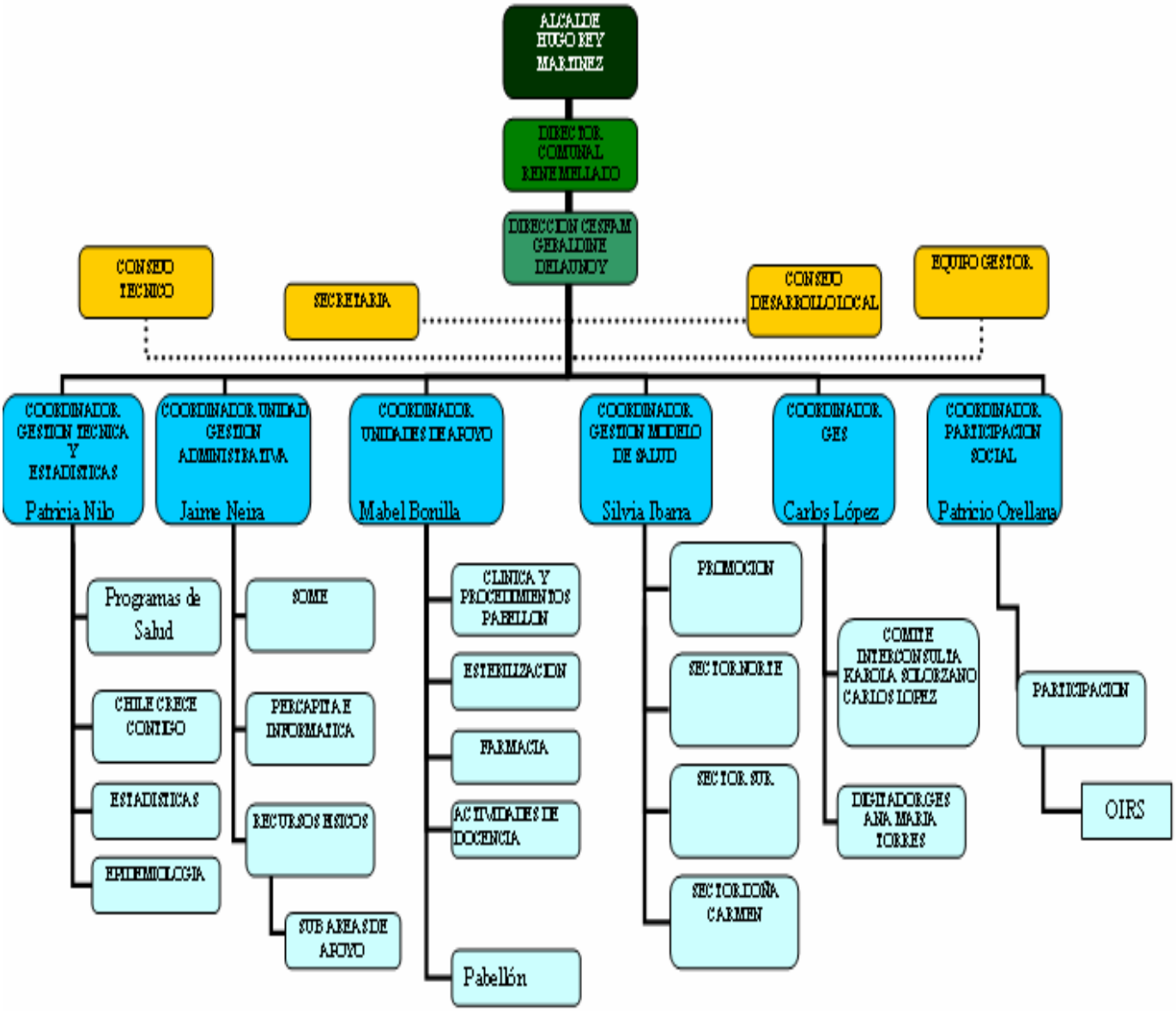
VISIÓN

“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 y recuperación incorporando la participación de la comunidad y las redes de apoyo”.

ORGANIGRAMA



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 2012, 12.113 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 N°. 1

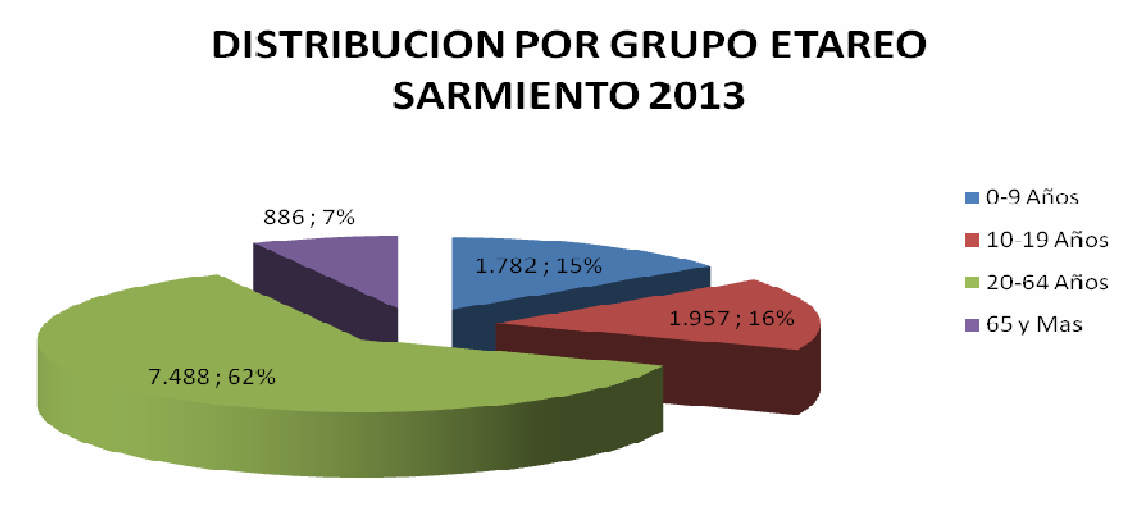
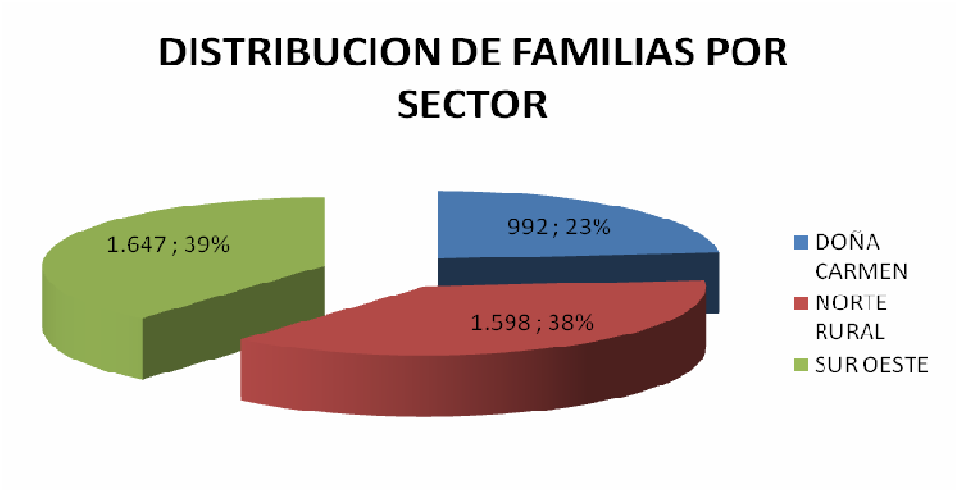


Grafico N°. 2

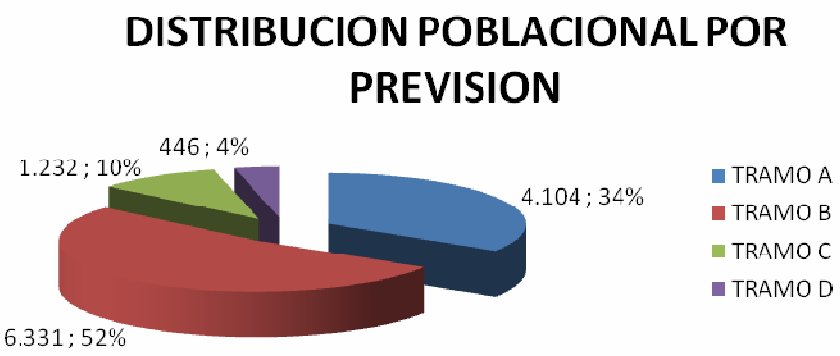


El sector Sur - Oeste representa el mayor porcentaje de la población de Sarmiento con un 39%; seguido del sector Norte - Rural que alcanzo el 38% y el sector Doña Carmen un 23%

INDICE 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 86% de la población pertenece a los quintiles más vulnerables, esto se relaciona con el trabajo esporádico de la zona y el alto numero 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	2.315	2.148	4.463
SUR OESTE	2.498	2.402	4.900
DOÑA CARMEN	1.346	1.404	2.750
TOTAL	6.159	5.954	**12.113**

DOTACION PROYECTADA PARA EL AÑO CALENDARIO 2012

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

ESTAMENTOS	NÚMERO	JORNADAS	HRS SEMANALES
Dirección	1	44	44
Médicos	3	44	132
Odontólogos	2	44	88
Enfermeras	3	44	132
Matronas	4	22 – 44	110
Nutricionistas	2	22-44	110
Asistentes Sociales	2	44	88
Psicólogo	2	44	88
Kinesiólogo	2	44-33	77
Parvularia	1	11	11
TENS	16	44	704
Administrativo CATEGORIA C	3	44	132
Administrativo CATEGORIA E	7	44	308
Aux. de servicio	4	44	176
Conductor de ambulancia	1	44	44

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	%	2012	%
TOTAL CONSULTAS MEDICAS	**11975**	**100**	**14780**	**100**	**14568**	**100**
IRA TOTAL	**5627**	**46**	**6646**	**45**	**4761**	**32**

Se desprende de la observación de las tablas anteriores que el 32 del total de las consultas de morbilidad corresponden a enfermedades respiratorias, se evidencia una baja sostenida en consultas relacionadas con IRA lo cual podría ser fundamentado por la efectividad de la Sala Mixta, Educación promocional y preventiva y la eficacia de la Estrategia de Vacunación.

TASA DE CONSULTA MORBILIDAD POR GRUPO ETÁREO

MORBILIDAD	TASA
Menor de un año	3.6
Infantil general	1.5
Adolescente	0.9
Adulto	0.9
Adulto mayor	1.3
Tasa General	1.05

Existe aún una tasa consulta elevada en el menor de un año, se destaca si que se ha logrado una disminución de 1.8 respecto al año anterior. En Infantil general, adolescentes y adultos la tasa se mantiene y, en adulto mayor se refleja un leve aumento. Esto podría reflejar que se están concentrando los esfuerzos en los grupos priorizados.

Respecto a la tasa general se evidencia un menor indicador respecto a la tasa nacional, lo que podría deberse a la falta de utilización de horas de dotación médica debido al ausentismo.

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

GRUPO ETAREO	% DE OBESIDAD
Gestantes	20
Octavo mes post-parto	22
Niño/a	8.8
Adulto	34.8
Adulto Mayor	25
Promedio	22

El porcentaje de obesidad en la población bajo control continúa siendo un problema, comparando los valores con el año 2011 es importante destacar la disminución de un 2% en la población adulta y adulta mayor, por otra parte haber logrado alcanzar la meta en cuanto al indicador de la obesidad infantil es también u triunfo.

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

PLAN DE SALUD COMUNITARIO DEL CESFAM SARMIENTO 2012 SECTOR SUR OESTE

PROBLEMÁTICA	***ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA***	***RESPONSABLES EJECUCIÓN***	***TIEMPO***
1- Falta de organización entre los vecinos y organizaciones de base ***Nudo crítico: Organizaciones Sociales v/s Cultura y Educación**	- Instaurar instancias de organización entre Juntas de Vecinos. - Gestiones entre dirigentes para activar la participación de Juntas de vecinos y grupos habitacionales en la comunidad.	- Juntas de Vecinos (2 dirigentes asumen tarea), Equipo de Salud.	- Octubre 2012 a Marzo 2013.
2- Escasas instancias de participación grupal en jóvenes y /o adolescentes. ***Nudo crítico: Organizaciones Sociales v/s Cultura y Educación.**	- Averiguar instancias de Talleres de Formación de Líderes Comunitarios Juveniles. - Crear instancias de participación comunitaria Juvenil en el establecimiento de salud	- Mesa Territorial, Equipo de Salud. - Equipo de Salud	- Octubre a Diciembre 2012. - Enero a Octubre 2013
3- Seguridad Ciudadana ***Nudo crítico: Familia y Comunidad; Organizaciones sociales v/s Gestión.**	- Gestiones con Juntas de Vecinos, Unión de Juntas de Vecinos de Sarmiento, Consejo de Desarrollo Local de Salud de CESFAM Sarmiento.	- Carabineros, Juntas de vecinos y Organizaciones sociales.	- Octubre 2012 a Octubre 2013.

PLAN DE SALUD COMUNITARIO DEL CESFAM SARMIENTO 2012 SECTOR NORTE - RURAL

PROBLEMÁTICA	***ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA***	***RESPONSABLES EJECUCIÓN***	***TIEMPO***
1- Consumo problemático de drogas y alcohol entre jóvenes y adultos de la comunidad. ***Nudo crítico: Cultura y Educación v/s Familia y Comunidad; Intersector.**	- Gestiones con organizaciones intersectoriales como SENDA, PDI, Carabineros, Establecimientos Educacionales, Iglesias, etc.	- Consejo de Desarrollo Local de Salud.	- Marzo a Octubre 2013.
	- Utilización de medios comunicacionales para promover estilos de vida saludables (Facebook, radio local, televisión en sala de espera.)	- Centro de Salud.	- Octubre 2012 a Diciembre 2013.
	- Alianza estratégica con Centros Educacionales para incorporar a estudiantes en práctica de distintas carreras.	- Centro de Salud.	- Marzo a Diciembre 2013.
	- Gestiones con todas las instituciones de Sarmiento.	- Juntas Vecinales.	- Enero a Diciembre 2013.
2- Sensación de inseguridad y de poca vigilancia policial. ***Nudo crítico: Recursos; Gestión v/s Intersector.**	- Gestiones para generar Plan Cuadrante de Carabineros (o Programa similar) en Sarmiento.	- Consejo de Desarrollo Local de Salud, Dirigentes Vecinales y Carabineros.	- Marzo a Junio de 2013.
	- Fomentar la utilización del Programa "Denuncia Seguro" (Fono: 6004000101, Página web www.denuciaseguro.cl)	- Consejo de Desarrollo Local de Salud y Dirigentes Vecinales.	- Enero a Diciembre de 2013.
3- Basura botada en las calles de Sarmiento y en el río en sector de Rincón de Sarmiento. ***Nudo crítico: Cultura y Educación v/s Intersector.**	- Gestiones con Departamento de Aseo y Ornato Municipal.	- Dirigentes Sociales	- Marzo a diciembre de 2013.

PLAN DE SALUD COMUNITARIO DEL CESFAM SARMIENTO 2012 SECTOR DOÑA CARMEN

PROBLEMÁTICA	***ACCIONES A DESARROLLAR PARA RESOLVER EL PROBLEMA***	***RESPONSABLES EJECUCIÓN***	***TIEMPO***
1- Consumo problemático de drogas y alcohol tanto en jóvenes como en adultos del sector. ***Nudo crítico: Cultura y Educación v/s Familia y Comunidad.**	- Gestiones con instituciones atingentes a la problemática para fomentar en el sector charlas educativas. (Ej: SENDA, PDI, Carabineros, Centro de Salud.)	- Mesa Territorial y Juntas de Vecinos.	Enero a Octubre de 2013.
	- Fomentar Estilos de Vida Saludables.	- Centro de Salud.	Enero a Diciembre de 2013.
2- Sensación de inseguridad vecinal debido a delincuencia en el sector. ***Nudo crítico: Recursos v/s Intersector.**	- Gestiones con Carabineros para la fiscalización con mayor frecuencia en el sector.	- Juntas de Vecinos de Sarmiento y Carabineros.	Enero a Diciembre de 2013.
	- Fomentar la utilización del Programa "Denuncia Seguro" (Fono: 6004000101, Página web www.denuciaseguro.cl)	- Dirigentes Vecinales.	Enero a Diciembre de 2013.
3- Inexistencia de agrupaciones juveniles en el sector que promuevan conductas saludables. ***Nudo crítico: Gestión v/s Organizaciones Sociales.**	- Realizar gestiones coordinadas entre las organizaciones vecinales del sector para fomentar la creación de agrupaciones juveniles.	- Juntas vecinales e Iglesias del sector.	Enero a Diciembre de 2013.

DIAGNOSTICO DE SITUACION

Luego de realizar sesiones 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.

En relación con el programa de la mujer y familia se identifican como problemática lo siguiente: escasa adherencia de las mujeres a sus controles ginecológicos preventivos lo que implica que sea sumamente difícil mantener la cobertura del 70%; en cuanto a la salud perinatal se identifica alto porcentaje de gestantes con malnutrición por exceso; participación poco óptima en los talleres prenatales de apoyo a la crianza; existe una baja evaluación oportuna (antes de los 10 días de vida) en la puérpera y su recién nacido, debido a la poca importancia que los padres le dan al hecho de ser atendidos precozmente.

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 identifica como oportunidad el Convenio Joven y se plantea como necesidad contar con un diagnóstico integral de los adolescentes de nuestra localidad; creemos que las acciones que involucran esta etapa del ciclo debieran tener más bien un carácter anticipatorio promocional y preventivo. De esta forma enfrentar las problemáticas biopsicosociales que implican 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 los distintos participantes reconocen una serie de situaciones que dan por resultado plantearse que existe una deficiencia en algunos procesos administrativos, lo que lleva a una descoordinación en la atención, que no permite avanzar en el proceso de acreditación.

PLAN DE ACCION

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	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, BC.	Lograr que los usuarios adquieran conocimientos que le permitan practicar el autocuidado	Disminuir en a lo menos un 1% las tasa de embarazo adolescente.	tasa de embarazo adolescente 2013 / tasa de embarazo adolescente 2012	Realizar educación en establecimiento educacional a 8º básico de afectividad y sexualidad. Realizar educación en paternidad responsable a alumnos de 8º básico.	Equipo multidisciplinario	Monitoreo semestral
		Lograr que un 80 % de las gestantes participan en talleres para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales / Nº de gestantes que ingresan a control prenatal x 100	Disponibilidad de talleres para el 100% de las gestantes. Promoción y difusión de talleres prenatales en control prenatal, mesas territoriales y radio local	Equipo multidisciplinario	Monitoreo Trimestral
		Alcanzar un 80% de cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	Nº de gestantes con mal nutrición por exceso bajo control con consulta nutricional / Nº total de gestantes por malnutrición por exceso x 100	Consulta Nutricional Taller 2 CHCC	Equipo multidisciplinario	monitoreo mensual
		Educar al 50 % de las madres de RN en prevención de IRA	Nº de Madres educadas en prevención de IRA / total de ingresos de RN x 100	Cápsula educativa en 1º taller CHCC VDI a niños con riesgo a morir por neumonía VDI a gestante con tabaquismo Difusión radial	Kinesiólogo A. Social TENS	monitoreo mensual
		Mantener en valores menores al 10 % de	Nº obesos menores de 6 años / población bajo	Taller de mal nutrición por exceso	Nutricionista TENS	monitoreo semestral

		obesidad infantil en el menor de 6 años	control < 6 años x 100	Visita domiciliaria a niños con mal nutrición Difusión radial		
		Realizar diagnóstico de salud integral al 10 % de adolescente de 10 a 14 años	nº fichas clap aplicadas en niños de 10 a 14 años / total de adolescentes de 10 a 14 años x 100	Aplicación ficha clap en colegio municipalizado. Creación de espacio amigable	Equipo multidisciplinario	monitoreo semestral
		Realizar promoción al 80 % de los 7º básicos de colegios municipalizados en autoestima y buen trato	Nº de cursos intervenidos en autoestima y buen trato / total de 7º básicos municipalizados x 100	Educación en establecimiento educacional Elaboración y entrega de guía anticipatoria Difusión radial.	Equipo multidisciplinario	Monitoreo semestral
		Mantener a lo menos cobertura de 70 % de PAP en mujeres de 25-64 años inscritas en APS	Nº mujeres de 25-64 años con PAP vigente / Nº mujeres inscritas de 25-64 años x 100	Difusión importancia del PAP en distintas actividades participativas de la comunidad Difusión radio local Rescate PAP atrasado Disponibilidad control Ginecológico	Equipo multidisciplinario	monitoreo mensual
		Lograr que un 80% de puérperas y RN sea atendido por matrón antes de los 10 días.	Nº de díadas con control de salud integral antes de los 10 días de vida / Nº total de díadas controladas x 100	Gestión de agenda (agenda flexible) Control integral del Binomio Difusión de importancia de control precoz del binomio en talleres CHCC	Equipo multidisciplinario	monitoreo mensual
		Trabajar con una intervención	nº cuidadores con capacitación / nº	Fortalecimiento del grupo de cuidadores. Capacitación y	Kinesiólogo A. Social	monitoreo semestral

		psicosocial en el 50 % de los cuidadores de postrados o con dependencia moderada o severa	postrados x 100	educación. Realizar un catastro de cuidadores	TENS	
		Intervenir a 5 familias por sector para certificar como Hogar Libre de tabaco	nº de hogares certificados como Hogar libre de Tabaco / Hogares intervenidos x 100	VDI a familia a intervenir Consejería familiar antitabaco Difusión radial	Kinesiólogo A. Social TENS	monitoreo semestral
	Disminuir la prevalencia de AM con dependencia	Realizar al 20 % de los AM con riesgo de dependencia un plan de intervención a través de Gestor de Caso	total de planes de intervención realizados / total de AM con riesgo x 100	Realizar y desarrollar plan de intervención a AM con riesgo de dependencia en EMPAM	Equipo multidisciplinario	Monitoreo mensual

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACIÓN
Deficiencia en habilidades parentales de padres, madres y cuidadores con respecto a la salud biopsicosocial de sus hijos (a), lo que incide en niños con déficit en DPM , obesidad, alta incidencia de patologías respiratorias, vulnerabilidad, maltrato	Mejorar habilidades parentales en padres, madres y/o cuidadores de niños	70 % de padres, madres y/o cuidadores de menores de un año, reciben sesiones educativas con metodología participativa	Nº padres, madres y/o cuidadores de niños menores de 1 año que ingresan a taller educativo / Nº de niños menores de 1 año bajo control x 100	Realizar metodología participativa en talleres y educar en el buen uso del material CHCC. Reformular temas a tratar en talleres. Aplicar pauta de evaluación al final de la sesión.	Equipo multidisciplinario	Monitoreo mensual
		Realizar promoción y difusión en la comunidad y al equipo para mejorar adherencia al taller Nadie es Perfecto	Nº padres, madres y/o cuidadores reclutados al taller Nadie es Perfecto / total de ingresos al taller nadie es perfecto	Sensibilizar al equipo Realizar cápsulas educativas en jardines infantiles Entrega de material educativo Difusión radial	Enfermera A. Social Psicólogo	Monitoreo mensual
		Realizar Promoción y Prevención en Maltrato infantil en el 100 % de los Jardines Infantiles del Sector.	Realizar cartilla educativa a padres y educadores en maltrato infantil	Sensibilizar al equipo Realizar cápsulas educativas en jardines infantiles Entrega de material educativo Difusión radial	Enfermera A. Social Psicólogo	Monitoreo semestral
		Mejorar en un 5 % la adhesión a	Nº niños menores de 6 meses con LME / Nº de	Fortalecer el taller de apego, para fomentar lactancia	Equipo multidisciplinario	Monitoreo semestral

		lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses	niños menores de 6 meses bajo control x 100	materna exitosa. Campaña promoción de lactancia materna Difusión radial		
		90 % de niños (a) con detección de vulnerabilidad son beneficiados con VDI	Nº de familias de niños (a) con vulnerabilidad que recibe VDI / Nº de familias de niños (a) detectados con vulnerabilidad x 100	Crear un sistema de registro que permita identificar los niños con vulnerabilidad. Crear y difundir flujograma de VDI de acuerdo a riesgo. Definir facilitador de familia para cada caso.	Equipo multidisciplinario	Monitoreo mensual
		Aumentar en un 5 % el Nº de niños pesquisados por déficit en DPM	Nº de niños pesquisados por déficit en DPM / Nº de niños con DPM realizados x 100	Realizar interjuez interno entre enfermeras, para validar aplicación de escalas de DPM.	Enfermera	Monitoreo mensual

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	INDICADORES	ACTIVIDADES	RR.HH	MONITOREO EVALUACION
Falta de educación en Salud Oral ,lo que incide en la alta prevalencia e incidencia de caries en al población durante todo el ciclo evolutivo	Disminuir incidencia de caries en población escolar	Realizar educación oral al 70 % de las embarazadas asistentes talleres de CHCC	Nº de embarazadas que reciben educación en Salud Oral en talleres de preparación al parto y la crianza / Total Ingreso de Embarazadas x 100	Incorporar el componente en salud oral al Taller del 7º mes	Odontólogo Matrona TENS	Monitoreo mensual
		Realizar CONS al 30 % de los niños de 2 años y al 35 % de los niños de 4 años	Nº de niños de 2 años que asisten a CONS / Nº de 2 años inscritos x 100	Implementar el CONS en forma incremental desde el año de vida	Odontólogo TENS	Monitoreo mensual
			Nº de niños de 4 años que asisten a CONS / Nº de 4 años inscritos x 100	Implementar la atención odontológica integral a niños pre escolares de este grupo etáreo	Odontólogo TENS Educador	Monitoreo mensual
		Realizar Promoción y Prevención en Salud Oral en el 100 % de los Jardines Infantiles del Sector.	Nº de Jardines infantiles que reciben Educación en Salud Oral / Total de jardines Infantiles x 100	Realizar cartilla educativa a padres y educadores en salud oral	Odontólogo TENS Educador Establecimiento educacional	Monitoreo semestral

				Realizar fluoración barniz a niños ingresados a los jardines infantiles		
		Realizar Promoción de Salud Oral en el 50 % de los Establecimientos Municipalizados.	Nº de Establecimientos Educacionales que reciben Educación en Salud Oral / Total de Establecimientos educacionales x 100	Comprometer a los establecimientos educaciones a empoderarse de la salud oral de los alumnos, por medio de carta compromiso	Odontólogo TENS Educador Establecimiento educacional	Monitoreo semestral
				Implementar cepilleros en establecimiento educacional		
				Realizar guía anticipatoria de adolescencia y salud bucal 8º		

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	INDICADORES	ACTIVIDADES	RRHH	MONITOREO EVALUACIÓN
Deficiencia en procesos administrativos, que lleva a una descoordinación en la atención, lo que no permite avanzar en el proceso de acreditación.	Posicionar al centro en un CESFAM acreditado.	Mejorar calidad de la atención	Elaborar un cronograma de ejecución	Crear y socializar el Manual de Atención del CESFAM: definición de funciones, perfil del funcionario.	Equipo gestor Equipo multidisciplinario	Monitoreo de cronograma
				Actualizar y socializar organigrama de ejecución por área		
				Crear y socializar flujos de atención y de procesos		
				Elaborar plan de trabajo por sector en beneficio de su comunidad		
				Realizar reuniones periódicas y planificadas en las distintas áreas acordes a los objetivos de cada una. Realizar monitoreo de registros		Monitoreo mensual
		Mejorar competencias del recurso humano	nº de capacitaciones atingentes / total de funcionarios X 100	Capacitar funcionarios en el área específica en el cual se encuentra desempeñando	Equipo gestor Equipo multidisciplinario	Monitoreo semestral
			Implementar el funcionamiento de facilitador de familia	Capacitar a facilitador de familia		
		Mejorar acceso, oportunidad y continuidad de la atención	Implementar al selector de demanda en horario peak	Capacitar e implementar un selector de demanda en SOME en horario peak	Equipo gestor Equipo multidisciplinario	Monitoreo semestral

			Establecer 2 protocolos de atención por área	Crear protocolos de atención en cada área técnica		
		Implementar la ley de deberes y derechos del usuario	Total de reuniones con capacitación en el tema /total reuniones realizadas x 100	Realizar difusión en al menos a 3 organizaciones comunitarias Difusión radial	Equipo multidisciplinario	Monitoreo semestral
			nº consentimientos firmados al ingreso / total de ingresos a crónicos X 100	Implementar consentimiento informado para procedimientos invasivos como cirugía menor y en el ingreso de pacientes crónicos.		
			nº consentimientos firmados previo a cirugía menor / total de cirugías X 100			
			Total encuestas aplicadas / total de pacientes ingresados acrónico x 100	Implementar la aplicación de encuesta de satisfacción usuaria a pacientes ingresados a programas crónicos durante el año 2013	Equipo multidisciplinario	Monitoreo mensual


LOS NICHES

DIAGNOSTICO CESFAM LOS NICHES 2012-2013
RESEÑA HISTORICA

El CESFAM Los Niches inicia sus funciones el año 1987 como Posta de Salud Rural, la cual se encontraba ubicada en el Fundo San Jorge a cargo de un Técnico Paramédico. En el año 1990 esta posta de Salud se traslada a Villa Santa Elena donde actualmente está ubicado.

La atención se centraba en el Centro de Salud y en las Postas de Salud rural ubicadas en, Chequenlemu, Upeo, Cordillerilla y Potrero Grande, este último funcionaba en el cuartel de Carabineros.

En el año 1996 se inaugura el Centro de salud Los Niches que actualmente ocupamos y se incorpora a nuestra red de salud la Posta de La Obra.

En el año 2006 el Servicio de Salud nos otorga la categoría de Centro de Salud Avanzado y comienza nuestro caminar tendiente a obtener la acreditación como CESFAM.

Durante el año 2007, se acredita como CESFAM, lo cual nos permite sectorizar en dos áreas geográficas definidas, quedando el sector 1 Los Niches y sector 2 las Postas de Salud Rural. (Upeo, Potrero Grande, Chequenlemu, Cordillerilla y La Obra).A partir de este momento además se cuenta con dos equipos de cabecera.

En el presente año 2012 se inaugura la reposición de la posta de Potrero Grande Y se obtiene la acreditación de CESFAM de nivel superior.

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 brindando atención de calidad

SECTORIZACION

Nuestro CESFAM se encuentra dividido en 2 sectores que a continuación se describen:

Sector 1: que corresponde a la circunscripción del Cesfam con los siguientes límites

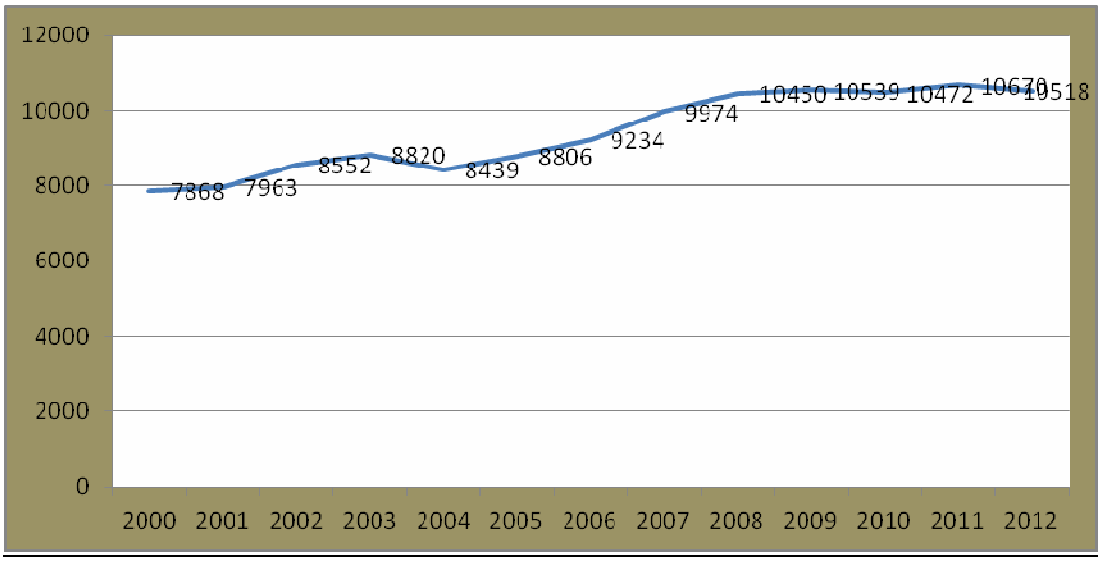
- **Norte**: Fundo San José
- **Sur**: Camino Zapallar
- **Este:** Camino Las Piedras
- **Oeste**: Berma oriente de la panamericana

Sector 2: corresponde a las 5 postas rurales dependientes del Cesfam las cuales son:

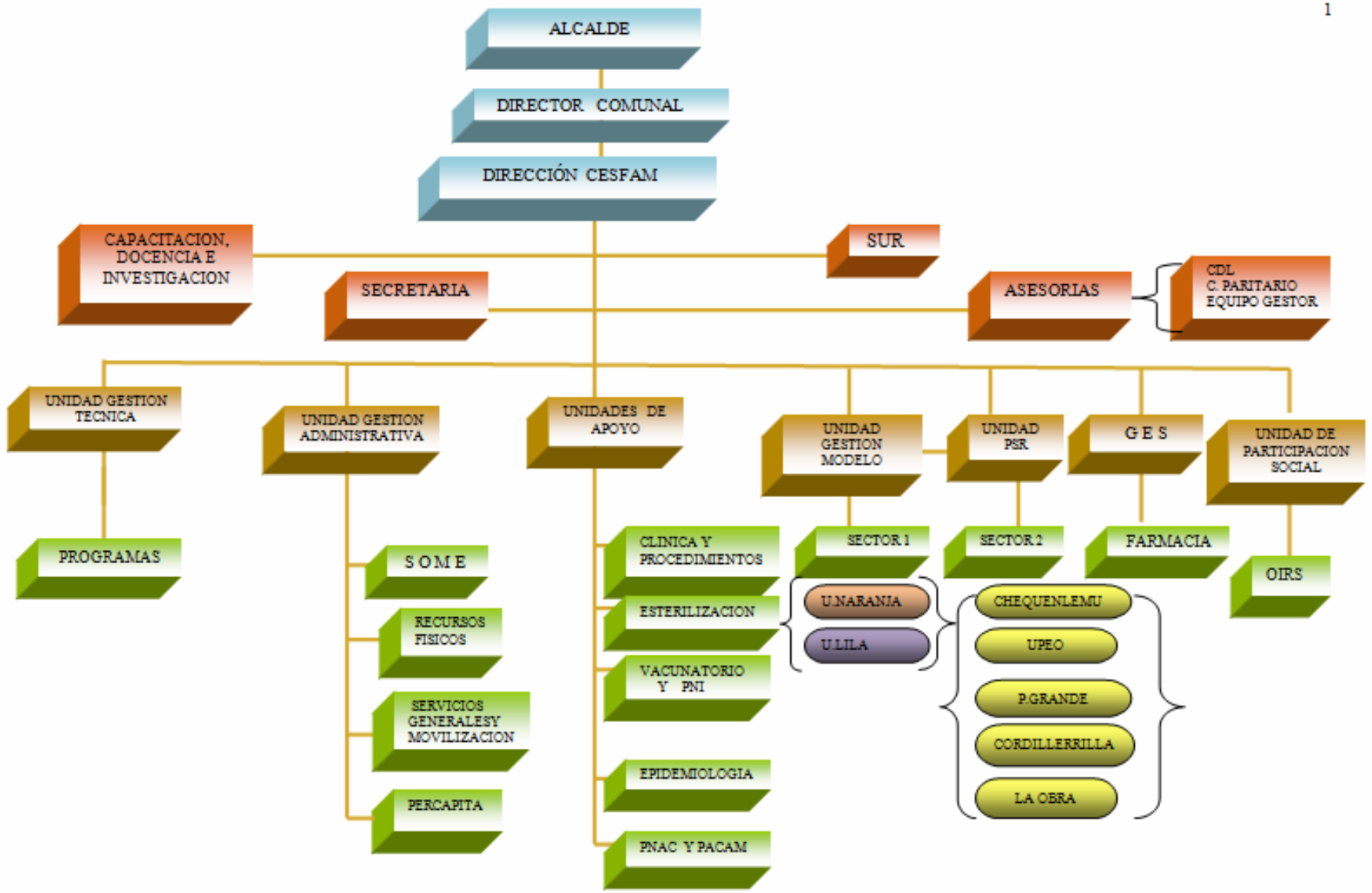
- P.S.R. La Obra:
- P.S.R. Cordillerilla
- P.S.R. Chequenlemu
- P.S.R. Potrero Grande
- P.S.R. Upeo

SITUACION DEMOGRAFICA

Población inscrita validada:



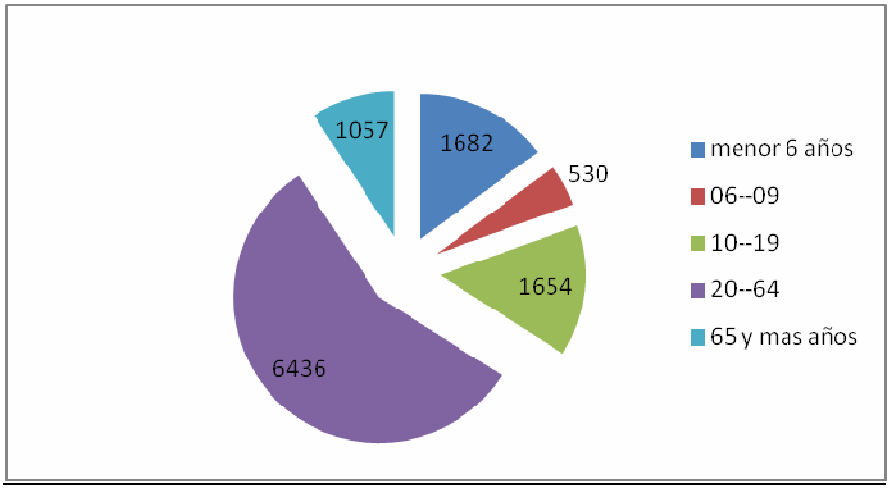
Como se observa en grafico desde el año 2000 a la fecha ha habido un aumento sostenido de la población en el sector, alcanzando los 10.518 inscritos per cápita.


ALCALDE
DIRECTOR COMUNAL
DIRECCIÓN CESFAM
CAPACITACION, DOCENCIA E INVESTIGACION
SECRETARIA
SUR
ASESORIAS
CDL
C. PARITARIO
EQUIPO GESTOR
UNIDAD GESTION TECNICA
PROGRAMAS
UNIDAD GESTION ADMINISTRATIVA
S O M E
RECURSOS FISICOS
SERVICIOS GENERALESY MOVILIZACION
PERCAPITA
UNIDADES DE APOYO
CLINICA Y PROCEDIMIENTOS
ESTERILIZACION
VACUNATORIO Y PNI
EPIDEMIOLOGIA
PNAC Y PACAM
UNIDAD GESTION MODELO
SECTOR 1
U.NARANJA
U.LILA
UNIDAD PSR
SECTOR 2
CHEQUENLEMU
UPEO
P.GRANDE
CORDILLERRILLA
LA OBRA
G E S
FARMACIA
UNIDAD DE PARTICIPACION SOCIAL
OIRS

DOTACION HORAS CESFAM LOS NICHES 2012-2013

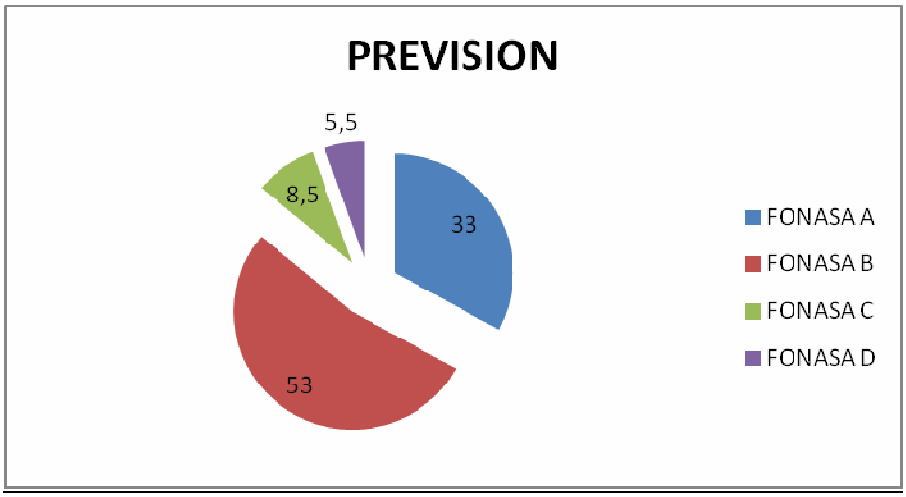
ESTAMENTOS	NÚMERO	JORNADAS	HRS SEMANALES
Dirección	1	44	44
Médicos	2	44	88
Médico SUR	1	44	44
Odontólogos	2	22-44	66
Enfermeras	2	44	88
Matronas	2	44	88
Nutricionistas	2	44	88
Asistentes Sociales	1	44	44
Psicólogo	2	44	88
Kinesiólogo	2	44	88
Parvularia	1	11	11
TENS Cesfam	17	44	748
TENS SUR	2	44	88
Aux paramédico	4	44	132
Administrativo	7	44	308
Administrativo SUR	1	44	44
Técnico administrativo	1	44	44
Aux. de servicio	4	44	132
Aux. servicio SUR	1	44	44
Conductor de ambulancia	1	44	44

POBLACION INSCRITA VALIDADA 2011-2012 POR GRUPO ETAREO



En relación a la distribución de población según grupo etareo es necesario destacar que el el 61.1% corresponde a población adulta y tan solo un 10% a población adulta mayor

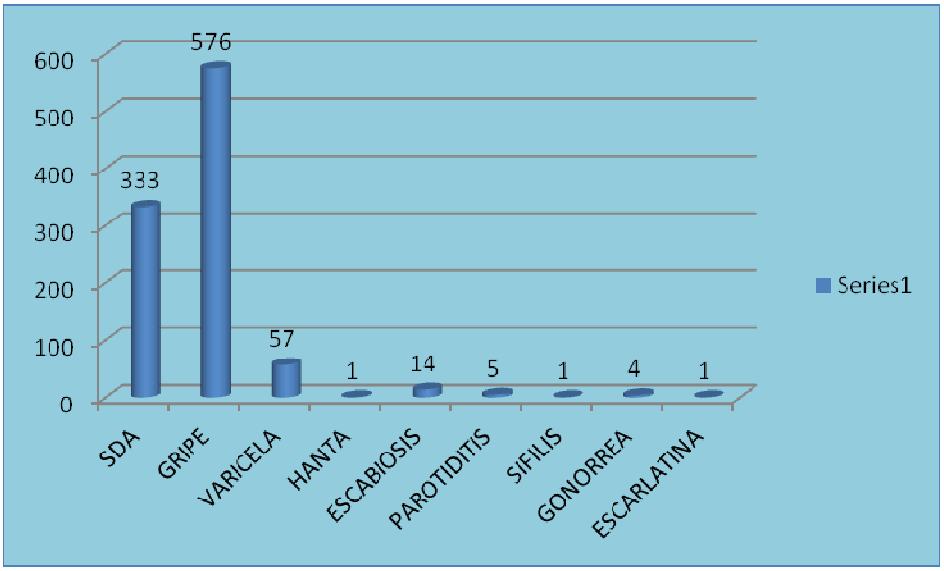
SEGÚN PREVISION



Nuestra población beneficiaria en un 100% es FONASA, siendo el mayor porcentaje (86%) A y B, lo cual nos sugiere un usuario con mayor vulnerabilidad.

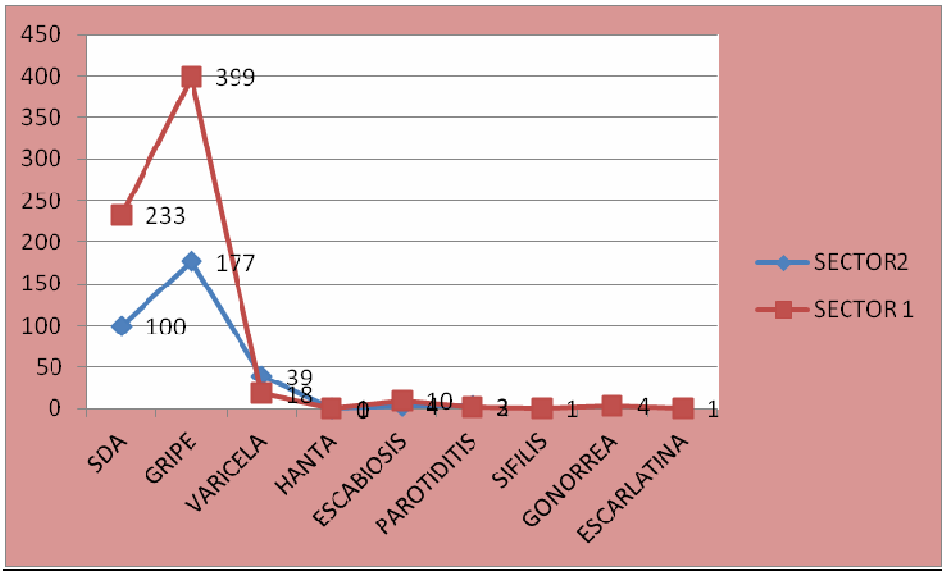
INDICADORES DE SALUD

EVALUACIÓN DE EPIDEMIOLOGIA

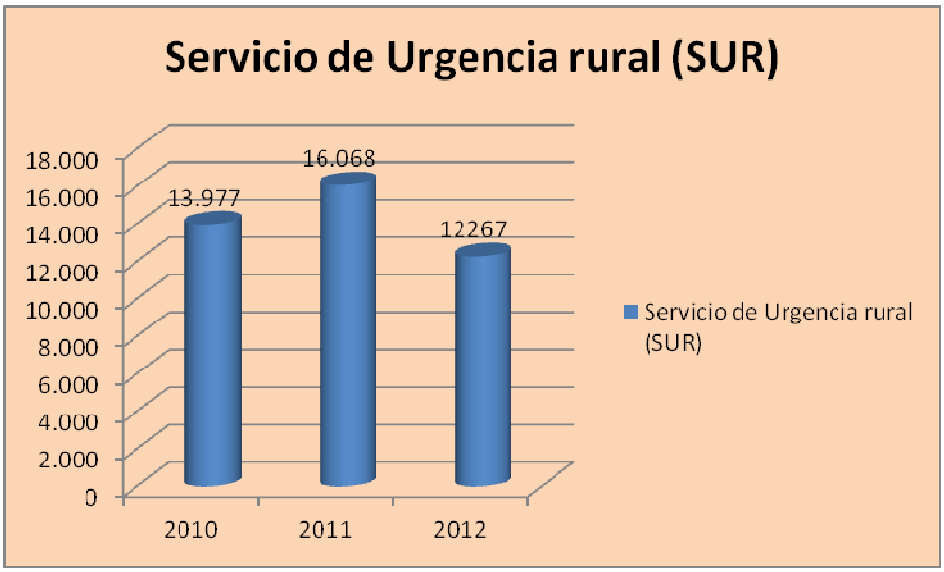


En relación a la presencia de enfermedades infectocontagiosas el mayor numero corresponde a Diarreas (33%) y Gripe (58%), Varicela (5.7%), mención especial tiene la presencia de 1 caso de Hanta en nuestro sector.

EVALUACIÓN DE EPIDEMIOLOGIA POR SECTOR

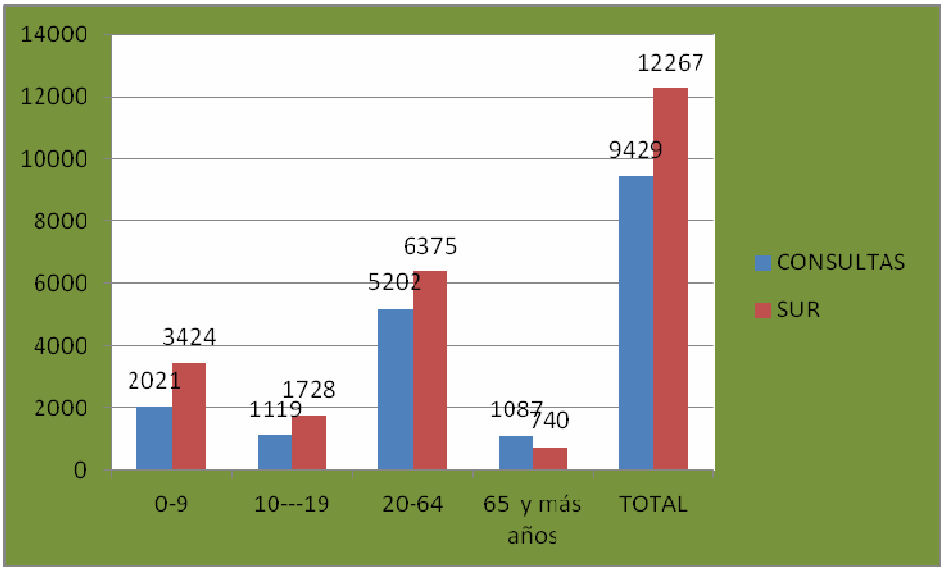


CONSULTAS MÉDICAS DE URGENCIA SUR



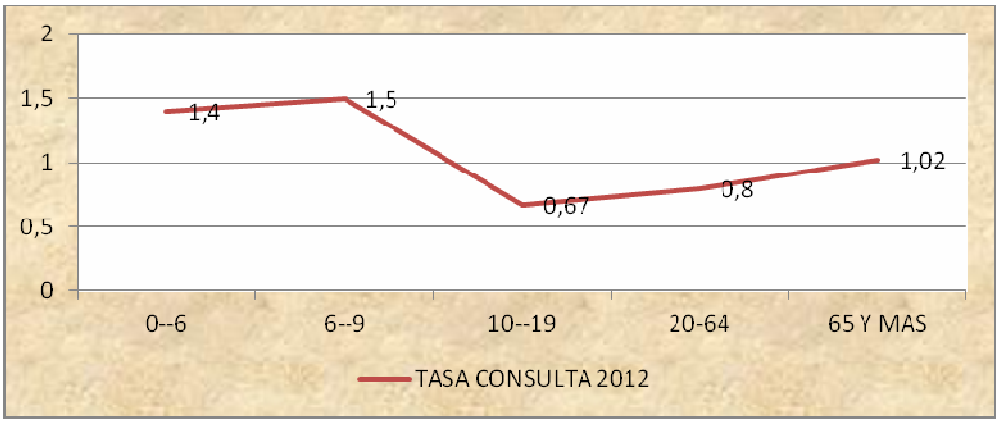
La gráfica anterior muestra una disminución de las prestaciones en el SUR, según lo proyectados el número de atenciones será superior al año anterior.

CONSULTA MORBILIDAD /SUR



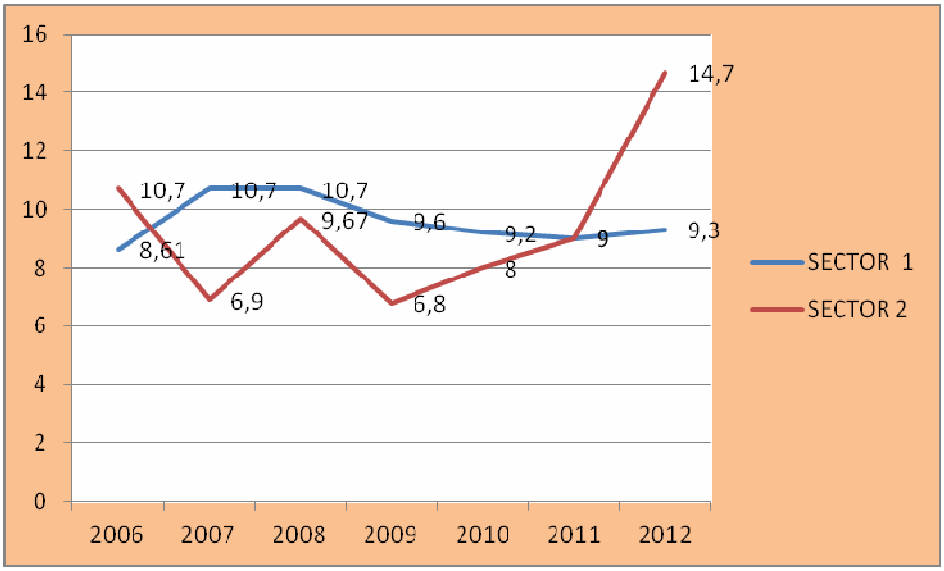
La grafica anterior muestra claramente una tendencia de nuestra población a priorizar atención en SUR.

TASA DE CONSULTA DE MORBILIDAD POR EDAD



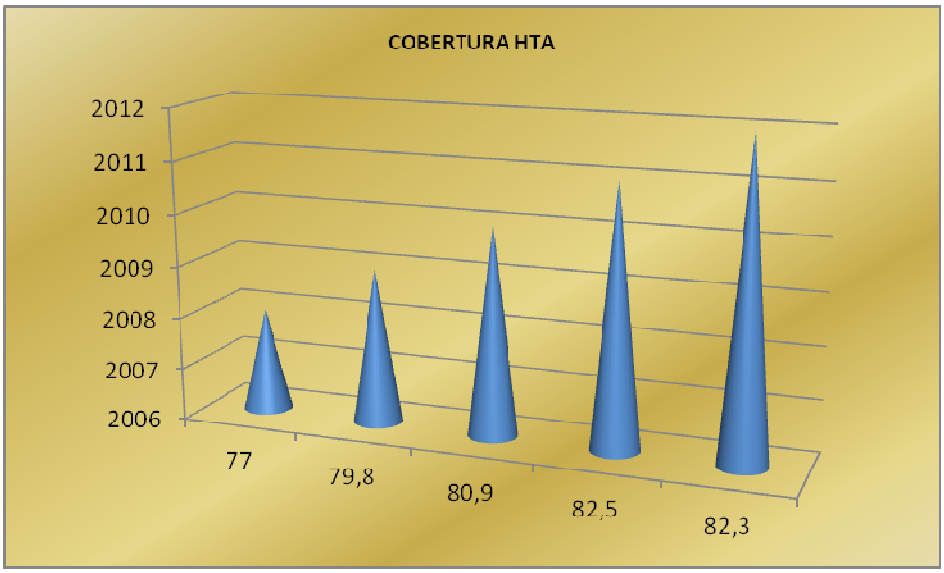
La mayor tasa de consulta corresponde a la población infantil con 1.5 y población adulta mayor con 1.02.La tasa de consulta general corresponde a **0.89**.

MALNUTRICION POR EXCESO OBESIDAD EN MENOR DE 6 AÑOS

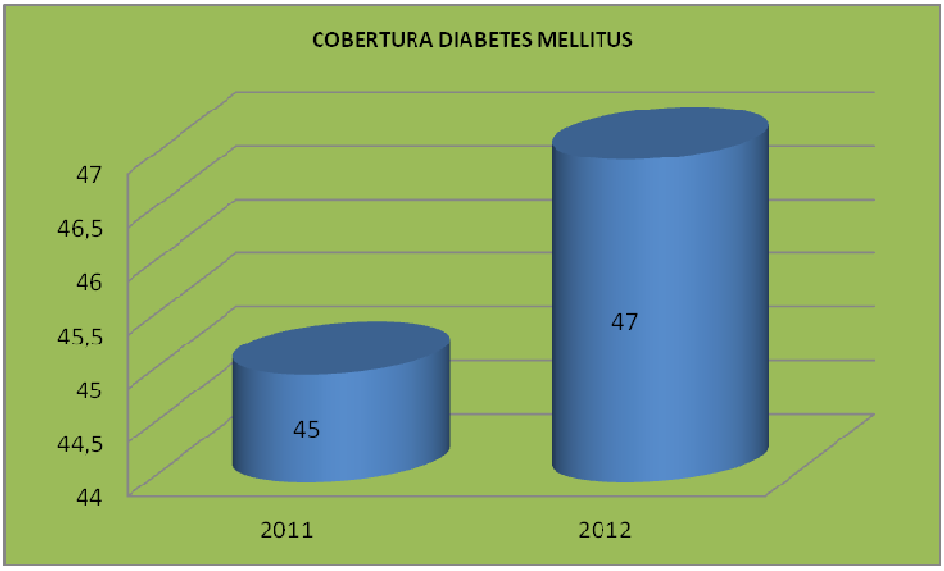


En la población infantil sector tenemos un índice de malnutrición por exceso en promedio de un 10.4% (obesidad) que no es diferente a la realidad nacional.

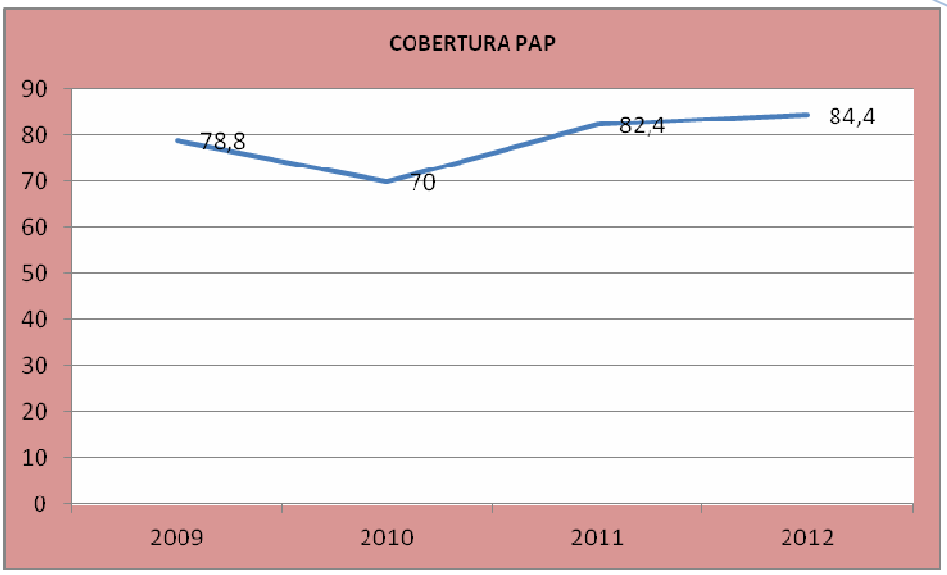
COBERTURA DE PROGRAMAS.



Esta grafica presenta un crecimiento sostenido de la cobertura de pacientes con Hipertensión Arterial bajo control.

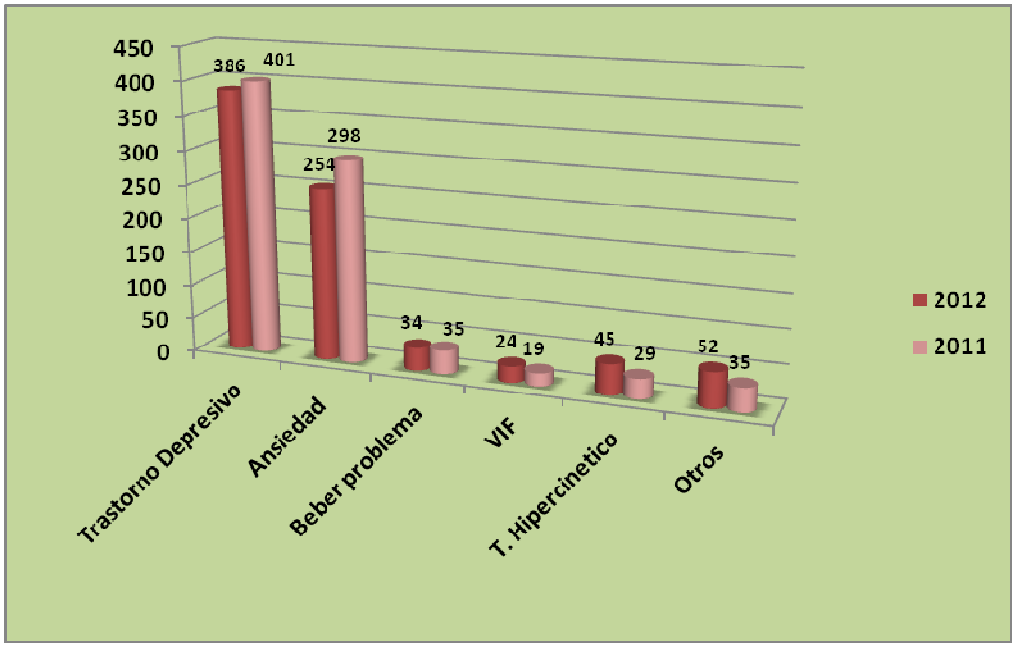


La cobertura de pacientes con Diabetes Mellitus mejora en 2 puntos porcentuales en relación al año anterior.

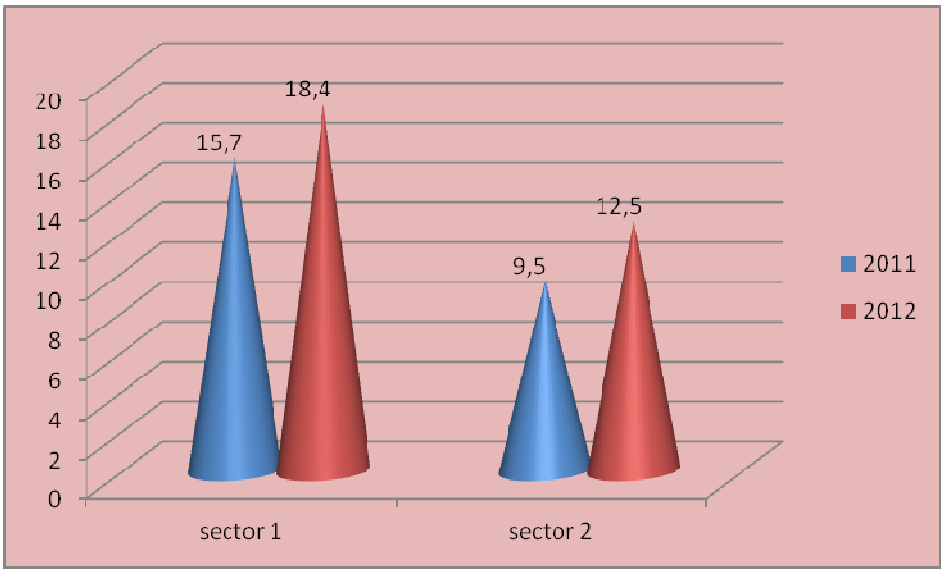


En relación a la cobertura de PAP podemos observar un aumento sostenido de las mujeres con PAP vigente.

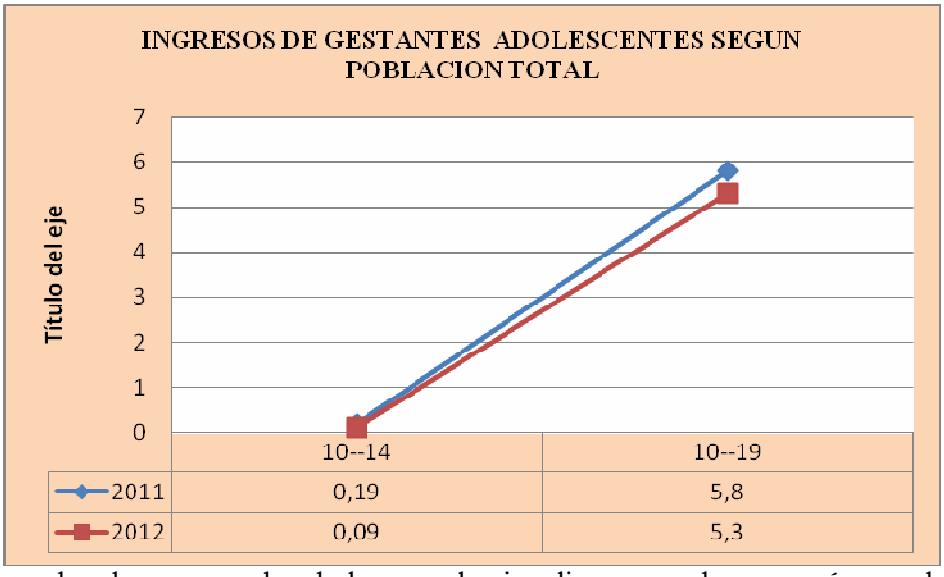
POBLACION BAJO CONTROL SALUD MENTAL



INGRESO DE GESTANTES ADOLESCENTES SEGUN POBLACION TOTAL DE GESTANTE



Al comparar el año2011-2012 podemos observar que hubo aumento de ingreso de gestantes adolescentes en ambos sectores del CESFAM.



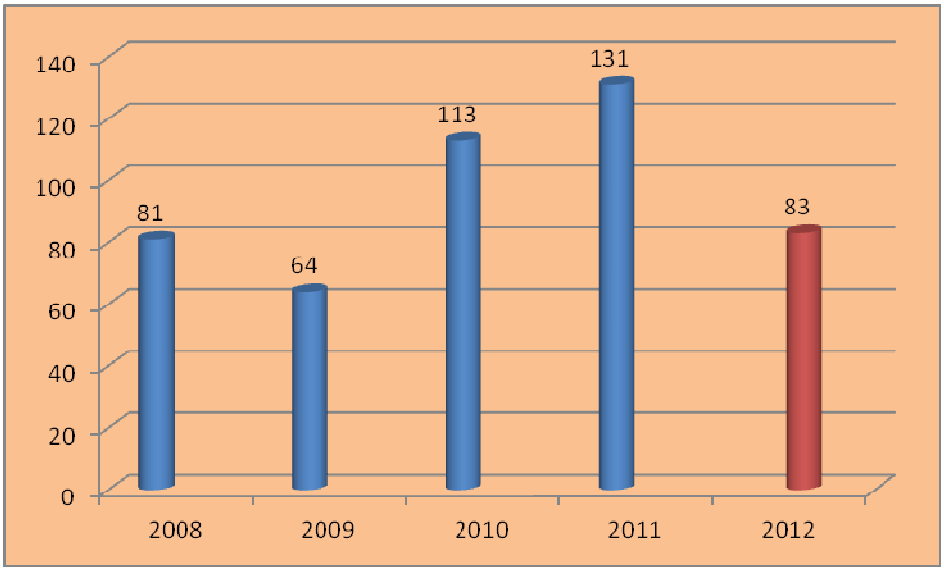
Al comparar los dos grupos de edad se puede visualizar que el mayor número de ingresos de embarazo adolescentes en los 2 últimos años se genera en el grupo de 15-19 años de edad.

INGRESO DE GESTANTES SEGÚN RIESGO PSICOSOCIAL

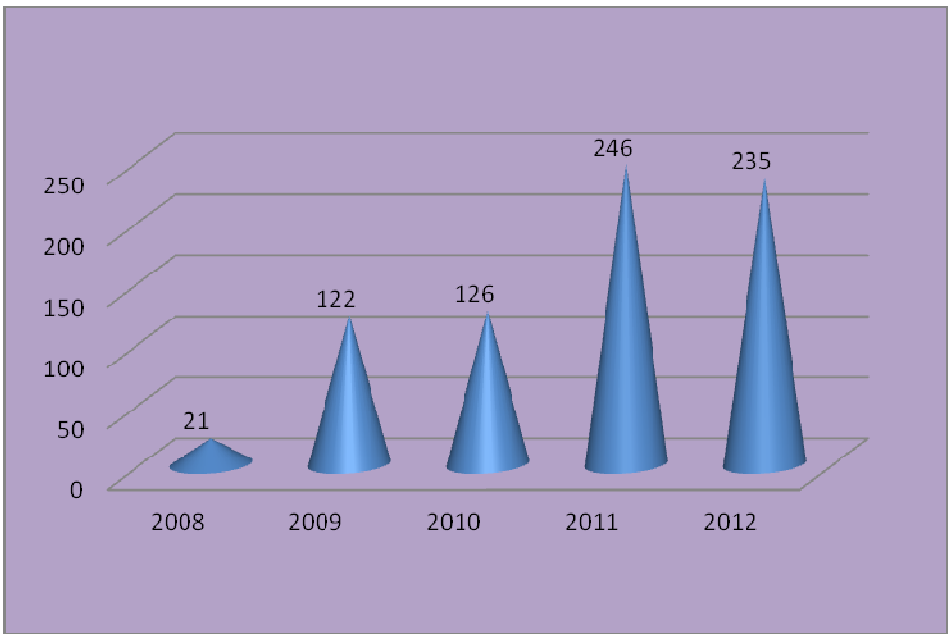


En relación al riesgo biopsicosocial de las gestantes podemos destacar que en el sector 1 disminuyó en un 10% y en el sector 2 aumento en un 15% de la población gestante.

RESOLUTIVIDAD
CIRUGÍAS MENORES



DISTRIBUCION DE MAMOGRAFIAS POR AÑO



En relación a las mamografías realizadas se puede apreciar un aumento sostenido desde el año 2008.

DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO

PROBLEMATICAS SEGÚN NUDOS CRITICOS:

Localidad Chequenlemu:

Problema Salud	Causas	Soluciones
Obesidad en Niños y Adultos	Malos hábitos de alimentación	Educación en alimentación saludable Talleres de Gimnasia
Adultos Mayores en riesgo de abandono	Alcoholismo Falta de apoyo familiar	Tratamiento para alcoholismo Apoyo desde otras instituciones
Perros Vagos	Abandono de perros de personas ajenas al sector	Realizar catastro de perros en los hogares

Localidad La Obra:

Problema Salud	Causas	Soluciones
Medico Adultos	Ronda pacientes adultos falta de horas	Evaluar S.O.S. Mas horas medicas
Podóloga	El problema de la locomoción desde el sector hacia Los Niches (muy caro el pasaje)	1 vez al mes o cada dos meses evaluar desde el Cesfam Los Niches
Falta de personal los días de ronda	Despacho de recetas más expedito	En rondas apoyar con otro Paramédico.

Localidad Cordillerilla:

Problema Salud	Causas	Soluciones
Alcohol y Drogas	Falta de preocupación de los padres Lugares con poco control} Droga: falta de denuncia por parte de vecinos	Charla educativa en colegios y otras organizaciones Plazas activas Centro juveniles Confiabilidad en las denuncias
Obesidad en general	Comida chatarra Malos hábitos alimenticios	Taller de comida saludable en colegios y organizaciones
Mala tenencia de mascotas	Irresponsabilidad de las personas que tienen animales	Ir a charla de organismos competentes con la tenencia de animales.

Localidad Los Niches:

Problema Salud	Causas	Soluciones
Horas oftalmológicas	Alta demanda	Tener más horas de especialista
Mas orientación sobre su enfermedad (ser mas especifico)	Falta de tiempo que se le da al paciente	Mayor orientación desde el medico
Falta de cordialidad	Poco respeto	Respeto desde el publico a los funcionarios y viceversa

Localidad Potrero Grande:

Problema Salud	Causas	Soluciones
Consumo de Alcohol	Falta de oportunidades laborales. Deserción escolar. Consumo a nivel de los padres. Lugares clandestinos de expendido de bebidas alcohólicas. Problemas familiares.	Bolsa de trabajo y coordinación con la OMIL. Actividades de difusión para la prevención del consumo de alcohol. Fiscalización de lugares de expendidos de bebidas alcohólicas. Campaña de prevención del consumo a nivel local con actividades masivas.
Obesidad	Malos hábitos de alimentación. Falta de espacios para hacer actividades físicas. Conducta sedentaria de los vecinos.	Talleres de prevención de obesidad, alimentación saludable en las escuelas del sector. Campaña de difusión del cuidado de la obesidad. Mesón saludable Gestionar gimnasios al aire libre. Talleres de actividad física.
Adultos mayores que viven solos y con problemas de salud	Falta de red de apoyo al adulto mayor en el sector. Desintegración familiar. Varios problemas de salud crónicos. Falta de recursos económicos Vivienda no adecuada.	Catastro de adultos mayores que viven solos. Ingreso a atención domiciliaria del equipo de salud y de posta. Coordinar integración a club de adulto mayor.

Localidad Upeo:

Problema Salud	Causas	Soluciones
Adultos mayores que viven solos y con problemas de salud	Falta de red de apoyo al adulto mayor en el sector. Desintegración familiar. Varios problemas de salud crónicos. Falta de recursos económicos. Viviendas inadecuadas.	Catastro de adultos mayores que viven solos. Ingreso a atención domiciliaria del equipo de salud y de posta. Coordinar integración a club de adulto mayor.
Consumo de Alcohol	Falta de oportunidades laborales. Deserción escolar. Consumo a nivel de los padres. Lugares clandestinos de expendido de bebidas alcohólicas. Problemas familiares.	Actividades de difusión para la prevención del consumo de alcohol. Fiscalización de lugares de expendidos de bebidas alcohólicas. Campaña de prevención del consumo a nivel local con actividades masivas. Apoyo para Ingreso a tratamiento-
Violencia intrafamiliar	Consumo de Alcohol. Consumo de Drogas. Problemas de comunicación al interior de las familias. Problemas de salud mental Conflictos no resueltos.	Taller sobre el buen trato en colegios- Taller de prevención de la VIF en la comunidad. Actividades masivas de difusión en conjunto con organizaciones locales Apoyar las denuncias.

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 2013.

1.- Adultos mayores en situación de abandono.
2.- Perros callejeros y/o abandonados
3.- Consumo excesivo de alcohol y drogas en la población
4.- Obesidad en la población.
5.- Violencia intrafamiliar.

PROBLEMAS POR CICLO VITAL

Salud Materna y Perinatal:

- Ingreso tardío a control prenatal
- Control de salud de la díada posterior a los 10 días de vida del RN.
- Alta prevalencia de pacientes con patología buco dentarios en gestantes.

.

Salud Infantil:

- Malnutrición por exceso (obesidad)en el menor de 6 años
- Déficit del Desarrollo Psicomotor en población menor de 6 años
- Alta prevalencia de pacientes con patologías buco dentaria
- Alta incidencia de patologías respiratorias agudas en menores de 5 años.

Salud del adolescente:

- Embarazo adolescente.
- Ausencia de diagnostico sobre problema de obesidad en el Cesfam Los Niches
- Alta prevalencia de pacientes con problemas buco dentarios (alto índice ceo o COPD y malos hábitos de higiene oral) en la población adolescente, específicamente 12 años.

Salud de las personas adultas:

- Prevenir secuelas por complicaciones de enfermedad cardiovascular.
- Alta prevalencia de personas patologías respiratoria
- Alta prevalencia de problemas buco-dentarios en pacientes de 60 años.

Salud del adulto mayor, familias y cuidadores:

- Adulto mayor en situación de abandono
- Adultos mayores postrados
- Subdiagnóstico de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del adulto (EPOC y Asma).

Participación comunitaria

- Baja participación de los dirigentes sociales en actividades preventivas y de promoción de la salud en las Mesas Territoriales y en el Consejo de Desarrollo Local.

Área de Gestión:

Problema priorizado: Ausencia de agendas electrónicas en SOME:

- Implementar Agendas electrónicas en el SOME del Cesfam

Área calidad de atención:

Problema priorizado: Acreditación julio 2014

- Implementación de gestión calidad para el proceso de acreditación

Área satisfacción usuaria:

Problema priorizado: Insuficiente evaluación de la satisfacción usuaria

- Aplicación de 2 encuestas para medir satisfacción usuaria en el Cesfam y postas salud rural.

Área salud familiar

Problema priorizado: Adulto mayor en riesgo de dependencia sin planes de intervención biopsicosocial

- Implementar gestor de caso para adulto mayor

PLAN DE ACCION CESFAM LOS NICHES 2013

INFANCIA PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	INDICADORES	ACTIVIDADES	RR.HH.	MONITOREO EVALUACION
Malnutrición por exceso (obesidad 10.4%) en población menor de 6 años	Detener el aumento de la malnutrición (obesidad) en el CESFAM Los Niches	Disminuir en 1% la prevalencia de la malnutrición por exceso (obesidad)en el menor de 6 años en el CESFAM Los Niches	Nº de niños/as en control en el CESFAM Los Niches con diagnostico Nutricional de obesidad / Nº Total de niños/as bajo control del menor de 6 años x 100	-Consulta nutricional al 5º mes. -Consulta nutricional 7º mes. .-Consulta nutricional a los 3 años 6 meses. -Consulta nutricional por malnutrición por exceso derivado del control de salud. -Talleres EVS y prevención ECNT a menores de 6 años. -Taller Fomento LME -Actividad de promoción en estilos de vida saludable.	Nutricionista Equipo de Salud	REM P2 REM 4 Registro local REM 27
Déficit del Desarrollo Psicomotor en población menor de 6 años del CESFAM Los Niches	Detección oportuno de niñas y niños con rezago y/o déficit en su desarrollo sicomotor.	90% niños de 8 meses de edad con aplicación de EEDP en el Control de Salud 90% niños de 18 meses de edad con aplicación de EEDP en el Control de Salud	-(Nº de aplicaciones de evaluación de DPM realizadas al grupo de 7 a 11 meses / Total de niños y niñas de 7 a 11 meses bajo control) x 100 -(Nº de aplicaciones de evaluación de DPM realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100	- Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de DPM -Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de DPM	Enfermera Enfermera	REM AO3 REM P2 REM 1

		90% niños de 36 meses de edad con aplicación de TEPSI en el Control de Salud 90% niños/as de 4, 12, 15 21 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(N° de aplicaciones de TEPSI realizadas al grupo de 24 años a 47 meses / N° total de niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100 (N° de aplicaciones de pautas breves realizadas a los 4 meses/ N° total de niños/as de 4 meses bajo control)*100 (N° de aplicaciones de pautas breves realizadas en el grupo de 12-17 eses/ N° total de niños/as de 12 a 17 meses bajo control)*100 (N° de aplicaciones de pautas breves realizadas en el grupo de 18-23 meses/ N° total de niños/as de 18 a 23 meses bajo control)*100 (N° de aplicaciones de pautas breves realizadas en el grupo de 24-47 meses/ N° total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control)*100	-Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta breve Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve Control de salud a los 15 meses con aplicación de pauta breve Control de salud a los 21 mes con aplicación de pauta breve Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve Derivación oportuna a sala de estimulación derivado del control de salud. Taller estimulación temprana (3° mes).	Enfermera Enfermera Enfermera TENS TENS TENS Educadora de párvulos	 REM 18 REM 27

Alta prevalencia de pacientes con patologías buco dentaria	Mejorar la salud bucal de niños y niñas en edad preescolar y escolar. Reforzar técnica de cepillado e higiene oral en pacientes que ingresen a programa dental en edad preescolar y escolar	- Lograr 50% de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años inscritos en CESFAM y 80% en 6 años (GES). - Educar al 100% de niños/as de 4 y 6 años que ingresan al programa dental, en relación a técnica de cepillado e higiene oral.	Nº de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ Nº total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios) x 100. -Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ Nº total de niños/as de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100. - Nº de educaciones a niños/as de 4 años que ingresan a programa dental/ Nº total de niños/as de 4 años ingresados a programas x 100. Ídem 6 años	Atención odontológica integral a niños y 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 Educación (técnica de cepillado e higiene oral) en pacientes con alta odontológica total. -	Asistente dental. Odontóloga Educadora	REM 09 SIGGES (Ges 6 años) REM 09

Aumento de pacientes, menores de 9 años, con patologías respiratorias crónicas en sala IRA (asma y SBOR).	Apoyar y contribuir en el manejo adecuado y oportuno de patologías respiratorias crónicas, asma y SBOR, en pacientes menores de 9 años.	Atención 100% pacientes menores de 5 años, derivados para atención kinésica, por patologías GES (dentro de 72 horas. Control y tratamiento al 60 % de pacientes crónicos respiratorio en menores de 9 9 años.	Nº de atenciones kinésica realizadas a pacientes menores de 5 años, derivados por patologías GES / Nº de pacientes menores de 5 años, derivados para atención kinésica por patologías GES por médico morbilidad x 100.	Atención Kinésica patologías respiratorias GES	Kinesiólogo	REM 23
			Nº de pacientes crónicos respiratorios menores de 9 años atendidos por kinesiólogo / Nº total de pacientes crónicos respiratorios bajo control menor de 9 años (asma y SBOR) x 100 Nº de pacientes crónicos atendidos por médico de la sala / Nº total de pacientes bajo control. (asma y SBOR) x 100	Control kinésicos de patologías crónicas. Control médico de patologías crónicas.	Kinesiólogo Médico sala Mixta (IRA	REM 23 Planilla monitoreo mensual
		Educar al 60% de cuidadores de niños de 9 meses de edad bajo control en nuestro CESFAM, sobre prevención de Infecciones Respiratorias Agudas e inhaloterapia.	Nº de cuidadores de niños de 9 meses asistentes a taller prevención IRA / Nº de niños de 9 meses bajo control en nuestro CESFAM x 100	Taller prevención IRA e inhaloterapia para cuidadores de niños de 9 meses.	Kinesiólogo	Taller prevención IRA e inhaloterapia para cuidadores de niños de 9 meses.

ADOLESCENCIA PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	INDICADORES	ACTIVIDADES	RR.HH.	MONITOREO EVALUACION
Embarazo adolescente	- Disminuir el Nº adolescentes que se embarazan en el sector rural de Los Niches	- Disminuir a lo menos en un 1% Nº de adolescentes que se embarazan	(Nº de adolescentes que se embarazan/ Nº total de adolescentes en edad fértil de la población asignada del sector rural de Los Niches) X100	- Pesquisa y derivación oportuna del equipo de salud a los y las adolescentes que consulten por planificación familiar - Gestión de agenda - Talleres de salud sexual y reproductiva en colegio del sector - Ingreso a planificación familiar de las o los adolescentes que consulten - Consejería en Salud Sexual y Reproductiva - Implementación de Levonorgestrel 0.75 (Escapel) en S.U.R. - Control de salud o consulta diferenciada para los y las adolescentes - Control de salud Joven Sano	- Matrona Equipo de salud	- REM O1 - REM 05 - Evaluación trimestral -Monitoreo de prestaciones mensual CH.C.C

Ausencia de diagnostico sobre problema de Obesidad Adolescente En el CESFAM los Niches	- cuantificar la población adolescente con mal nutrición en el sector.	- Consulta Nutricional a 90% de los Adolescentes derivados con malnutrición exceso.	(Nº adolescente en consulta nutricional con malnutrición por exceso con /nº adolescente con ficha CLAP) x 100	- Aplicación ficha CLAP. - Consulta nutricional - Taller EVS en colegios del sector	- Matrona - Enfermero Nutricionista. - TENS - A. Social. - Psicóloga - Medico	-Ficha CLAP 2012 - Rem 19 - Rem A 04
Alta prevalencia de pacientes con problemas buco dentarios (alto índice ceo o COPD y malos hábitos de higiene oral) en la población adolescente, específicamente 12 años, en relación a la población total.	Mejorar y mantener la salud bucal de la población Adolescente a los 12 años. -Reforzar técnica de cepillado e higiene oral en pacientes que ingresen a programa de 12 años.	- Lograr el 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los Adolescentes de 12años, beneficiarios o inscritos en SNSS. - Educar al 100% de niños/as de 12 años que ingresen al programa dental, en relación a técnica de cepillado e higiene oral.	-(Nº Adolescentes de 12 años con alta odontológica total/Nº total de Adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios)x100 - Nº de educaciones a niños/as de 12 años que ingresan a programa dental/ Nº total de niños/as de 12 años que ingresen al programa x 100.	-Atención Odontológica Integral. - Atención de urgencia según demanda. - Derivación atención secundaria (ortodoncia). -Educación (técnica de cepillado e higiene oral) en pacientes que ingresan a programa. -Alta odontológica integral -Atención de Urgencia - Articulación con la red.	Odontóloga Asistente dental.	REM 09 REM 09

MATERNO PERINATAL PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	META	INDICADOR	ACTIVIDAD	RECURSO HUMANO	MONITOREO DE EVALUACION
Ingreso tardío a control prenatal	Aumentar el Nº de gestantes que ingresan al control antes de las 14 semanas de gestación	Lograr a lo menos un 90% de ingreso precoz a control prenatal antes de las 14 semanas de gestación. (I.A.A.P.S.)	Nº de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas / Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal X 100 (convenio CH.C.C)	Gestión de agenda y redistribución e horas matronas Control matrona extensión horaria Pesquisa y derivación oportuna a ingreso de control prenatal	Matrona Equipo de Salud	REM 03 REM 05 REM P-1 Evaluación trimestral Monitoreo de prestaciones mensual CH.C.C.
Control de salud de la díada posterior a los 10 días de vida del RN.	Aumentar el ingreso oportuno al control de salud de la díada antes de los 10 de vida del RN.	Lograr a lo menos un 80% del control de salud de la díada antes de los 10 días de vida del RN. (Según convenio CH.C.C.)	Nº de diadas controladas antes de los 10 dias de vida/ Nº total de diadas controladas X100 Según convenio CH.C.C.	Gestión de agenda y redistribucion e horas matronas Control matrona extensión horaria Pesquisa y derivación oportuna del ingreso del díada antes de los 10 días de vida del RN	Matrona Equipo de Salud	REM O1 REM 05 Evaluación trimestral Monitoreo de prestaciones mensual CH.C.C.

Alta prevalencia de pacientes con patología buco dentarios (altos índices COPD) en gestantes, en relación a los ingresos al programa dental.	- Recuperar la salud bucodental de las gestantes. - Reforzar técnica de cepillado e higiene oral en pacientes que ingresen a programa de gestantes (GES).	Alcanzar el 65% de cobertura en altas odontológicas integrales, en gestantes ingresadas a programa GES en el establecimiento. - Educar al 100% de gestantes ingresadas a programa dental.	Nº de gestantes con alta odontológica integral/Nº de gestantes ingresadas a control prenatal x 100 - Nº de educaciones a gestantes que ingresan a programa dental/ Nº total de gestantes que ingresen al programa x 100.	- Educación (técnica de cepillado e higiene oral) en pacientes que ingresan a programa. - Entrega de Kit de aseo bucal(pasta, cepillo, seda dental y colutorio) - Examen de salud bucal. - Exodoncias (si procede). - Articulación con la red	Odontóloga Asistente dental. Odontóloga	REM 09 SIGGES REM 09

ADULTO **Problema Priorizado**	**Objetivos**	**Metas**	**Indicadores**	**Actividades**	**RRHH**	**Monitoreo evaluación**
Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles de la población de 20 y más años bajo control en el Cesfam Los Niches.	Contribuir a prevenir o detener la progresión de las complicaciones de los pacientes 20 y más años con enfermedad cardiovascular bajo control del Cesfam Los Niches	Clasificar al 100% de las personas diabéticas o hipertensas de 20 años y más bajo control en PSCV según pauta de evaluación de función renal. Lograr que el 100% de las personas con diabetes tipo 2 de 20 y más años bajo control se les realice una evaluación de los pies anual.	N° de personas hipertensas o diabéticas bajo control clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses/ N° total de hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte x 100 N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizo una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ n° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control x 100	-Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento -Aplicación de pautas para prevención enfermedad renal -Evaluación del pie -Curación pie diabético	Medico Enfermera Nutricionista	REM 1 P4 Registros locales

		Lograr que el 100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas del pie diabético reciban manejo avanzado de heridas. Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años con DM 2 (Hb A1c<7) respecto de lo logrado el año anterior	N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con ulcera activa del pie tratadas con manejo avanzado/ n° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con ulcera activa del pie x 100. N° de personas diabéticas bajo control con hb1c<7 según último control/N°total de personas de 20 y mas años con diabetes mellitus tipo 2 según prevalencia			

Alta prevalencia de problemas buco-dentarios en pacientes de 60 años.	Mantener cobertura 50% en ingresos de pacientes de 60 años con problemas buco dentario, con derivación pertinente. - Reforzar técnica de cepillado e higiene oral en pacientes que ingresen a programa de 60 años (GES).	Ingresar 100% de pacientes de 60 años que demanden atención dental. -Educar al 100% de pacientes de 60 años ingresados a programa dental (GES).	Nº de adultos de 60 años ingresados a programa dental GES / Nº de adultos de 60 años que demanden atención dental x 100 - Nº de educaciones a pacientes de 60 que ingresan a programa dental/ Nº total de pacientes de 60 que ingresen al programa x 100.	- Examen de salud bucal. - Exodoncias (si procede). - Articulación con la red	Asistente dental. Odontóloga	REM 09 SIGGES REM 09

Aumentar diagnóstico oportuno de pacientes con enfermedad respiratoria Crónica del adulto.	Aumentar diagnóstico oportuno de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del adulto.	- Aumentar la pesquisa en un 10% de pacientes crónicos respiratorio que ingresen a la sala.	Nº de ingresos a sala mixta por patología respiratoria crónica mayores de 45 años de edad / Nº bajo control de pacientes crónicos respiratorio mayores de 45 años en sala mixta x 100	Pesquisa espontánea de paciente sintomático, con antecedente hábito tabáquico y/o con historia familiar de enfermedades respiratoria Realización Examen funcional (Espirometría) Solicitud de Rx Torax Confirmación diagnóstica a pacientes con patología respiratoria crónica por medico de sala	Equipo CESFAM Kinesiólogo Médico Sala Mixta (ERA)	REM 23 Monitoreo local.

ADULTO MAYOR Problema Priorizado	**Objetivos**	**Metas**	**Indicadores**	**Actividades**	**RRHH**	**Monitoreo evaluación**
Adulto mayor en situación de abandono.	Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en abandono.	Lograr que un 80% de AM en abandono reciben las prestaciones de acuerdo a la cartera de servicio	-Nº de AM en situación de abandono bajo control con plan de salud/ Nº de A.M en situación de abandono x100	control de salud del adulto mayor	Medico Enfermera Nutricionista Asistente social kinesiólogo	Registro local

	Mantener cobertura de pacientes de 65 años, que reciben Vacuna Neumocócica.	Otorgar Vacuna Neumocócica al 100% del bajo control de sala, que cumple 65 años de edad durante el año 2013	Nº de pacientes crónicos respiratorio de 65 años de edad vacunados / Nº total de pacientes bajo control en sala Mixta de 65 años. (asma y EPOC) x 100	Vacunación Antineumocócica.	Enfermero TENS	REM 13
Subdiagnóstico de pacientes postrados severos del sector.	Aumentar la pesquisa oportuna del paciente postrado severo	Aumentar en un 90% el ingreso de pacientes al programa de postrado severo. Entregar capacitación al 100% de cuidadoras que reciben estipendio.	Nº de pacientes que ingresan a programa de postrado severo / Nº de pacientes bajo control en el programa de postrado severo x 100 Nº de cuidadoras capacitadas de usuarios con postración severa que reciben Estipendio / Nº total de cuidadoras de dependientes severos que reciben estipendio x 100	Atención domiciliaria del equipo de salud	Enfermera , Nutricionista , kinesiólogo, psicólogo, asistente social y TENS	REM 26 REM.-P5 REM-P3 Monitoreo local REM 27

2013

SALUD PRIMARIA DE CALIDAD AL SERVICIO DE LA GENTE