

2014

PLAN COMUNAL DE SALUD CURICO

DEPARTAMENTO DE SALUD

MUNICIPAL DE CURICO

2014

DIRECTOR COMUNAL DE SALUD
DR. RENE MELLADO CRUZ

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

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
SR. MARCELO VALENZUELA
SRA. CECILIA BURGOS SANHUEZA
SR. FELIPE REYES
SRTA. FELICITA ROJAS
SRA. KAREN SOTO

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. JAIME ILLANES AREVALO	**CESFAM CURICO CENTRO**
SRA. GERALDINE DELAUNOY ESPINOZA	**CESFAM SARMIENTO**
SRA. GLADYS PAREDES ULLOA	**CESFAM LOS NICHES**

ASESORES COMUNALES

SRA. KAREM RODRIGUEZ	**ASESORA P. INFANTIL.**
SRA. LUZ ARIAS CONSTENLA	**ASESORA P. ADOLESCENTE**
SRA. BERTA MONTECINOS GALLEGUILLOS	**ASESORA P. DE LA MUJER.**
SRA. M. TERESA RAMIREZ GONZALEZ	**ASESORA P. ADULTO Y A. MAYOR.**
SRA. MABEL ALBORNOZ MIÑO	**ASESORA P. ODONTOLOGICO.**
SR. ALFREDO CANCINO ARCE	**ASESOR P. SALUD MENTAL.**
SR. ROBERTO PAVEZ	**ASESOR P. REHABILITACION.**
SRA. OLGA BAEZA CONTRERAS	**ASESORA PNAC- PACAM**

Introducción……..…..
Caracterización de la Comuna…….....
Población……..
Índice de Calidad de Vida…….……
Índice de Habitabilidad……
Caracterización Socioeconómica……..
Diagnóstico de la Situación de Salud…….
Indicadores de Salud……
Población Usuaria…….…….
Actividades de Salud……
Indicadores de Gestión……..
Actividades Recuperativas y de Apoyo ……
Resolución de Especialidades……...
Problemas de Salud Priorizados……..
Programa Nacional de Inmunizaciones……
Programa de alimentación Complementaria de Adulto Mayor…….
Convenios de Campos Clínicos ……
Red de Enlace……
Promoción y Participación……
Recursos Humanos……..
Recursos Materiales……..
Recursos Financieros……
Plan de Capacitación……
Programación de Actividades……..
Actividades según temas priorizados en Diagnóstico Participativo.
Otras Actividades……
Anexo:
……

MISIÓN

"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."

VISIÓN

"Salud Primaria de Calidad al Servicio de la Gente"

INTRODUCCION

Nuestra comuna, se encuentra iniciando una nueva etapa, programando en salud con una mirada estratégica por un cuatrienio 2013-2016 en que consolidaremos la equidad y dignidad que los usuarios merecen. Una salud cercana, con prestaciones de calidad que aseguren bienestar y armonía en nuestro territorio.

Curicó, debe crecer con todos sus habitantes y esforzarse en cumplir todas nuestras grandes metas y objetivos estratégicos, para ello contamos con un equipo de salud acorde a nuestras programaciones y con la mirada puesta en nuestros usuarios. Este año 2013, hemos crecido pensando en los desafíos que se vienen y que debemos consolidar en este nuevo trato ciudadano que hemos suscrito con la comunidad, para el cuatrienio 2013-2016.

Cabe destacar que para este nuevo período, contamos con la participación activa de nuestros 6 CDLs y de toda la comunidad, que bajo su atenta mirada nos aportan en la resolutividad de problemas, no sólo evaluando, sino que participando activamente en la elaboración de este Plan. Hemos incorporado para el año 2014, las jornadas de trabajo realizadas con los Asesores Comunales y Directores de Cesfam durante Agosto y Septiembre, en la cual, con mucha creatividad e innovación, nos han propuesto ideas, estrategias y por sobre todo, poner la dignidad del paciente al centro de la discusión de salud. Nos abocaremos a consolidar esta nueva forma de trabajo y que sus frutos sean ciudadanos y ciudadanas comprometidos/as en la toma de decisiones y el necesario control social, que se debe ejercer en toda institución pública. Estamos mirando Curicó, desde la gente, desde sus barrios donde los ciudadanos/as son actores relevantes.

Nuestra meta es “escuchar y relevar el rol de la comunidad en salud”. Estamos convencidos que el desarrollo de nuestra comuna, pasa por hacer más eficiente el sistema de salud comunal. Hoy contamos con 6 Centros, dos de los cuales son Centros de Excelencia y todos acreditados como Centros de Salud Familiar, trabajaremos estos 4 años, para que culminemos el 2016 con todos los centros funcionando en este enfoque y cumpliendo con los estándares de acreditación, calidad y seguridad del paciente. Incluyendo nuestros CECOFS y Postas con esto garantizaremos calidad de atención a nuestros usuarios.

La integración y respeto a la diversidad de nuestros usuarios, de cualquier condición étnica, social, religiosa o sexual, son principios básicos rectores, los cuales, deben asegurar el derecho a una atención digna, de calidad, orientada y pensada en la persona humana, su condición y tipo de familia en la cual vive.

Los funcionarios de salud, son el motor impulsor de estos cambios, con ellos estamos trabajando en mejorar las condiciones de trabajo y por sobre todo reforzar el rol clave y estratégico que cumplimos en nuestra comuna. El respeto a sus organizaciones, la transparencia y credibilidad, son elementos esenciales de nuestra política laboral impulsada por nuestro Sr. Alcalde.

¿Qué duda cabe?, A pesar del Terremoto, Curicó ha crecido en estos años y toda obra y trabajo necesita ser consolidada, es por esto, que en el cuatrienio 2013-2016, debemos profundizar los logros de nuestro sistema de salud comunal y por sobre todo aportar al desarrollo global de la comuna.



DESCRIPCION COMUNAL

¿Qué Elementos nos caracterizan como Curicanos?, ¿Cuál es nuestra experiencia Vivida? ¿Cuáles son nuestras expectativas? ¿Cuáles son nuestras fortalezas y por ende en que nos debemos abocar? ¿Cuáles son las determinantes sociales que influyen en salud?

CARACTERIZACION DE LA COMUNA DE CURICO



1.-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.

1.1.-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.

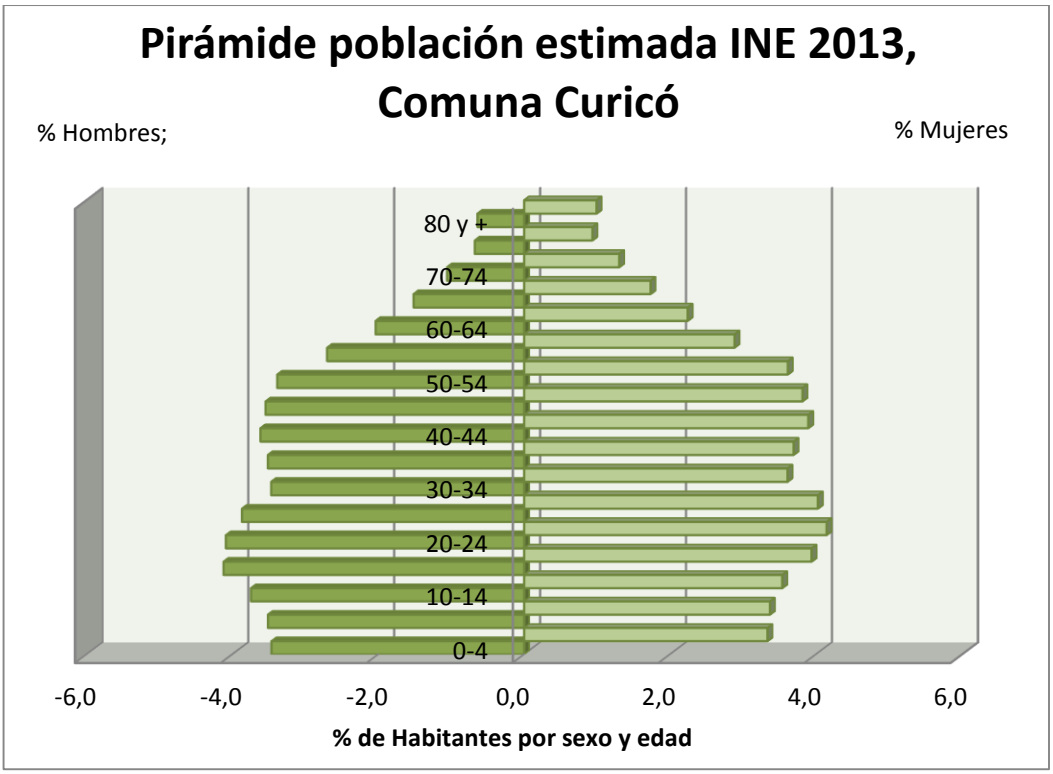
El territorio comunal se sitúa en un valle circundado por la Cordillera de los Andes y la Cordillera de la Costa a 189 kilómetros al sur de Santiago por la línea Chilena Central de ferrocarriles y cuenta con una superficie de 1.328,4 km², representando el 0.17% de la superficie del país.

El principal sistema hidrográfico de la provincia de Curicó lo constituye el río Mataquito, sus aguas conformadas por los ríos Teno y Loteé 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.

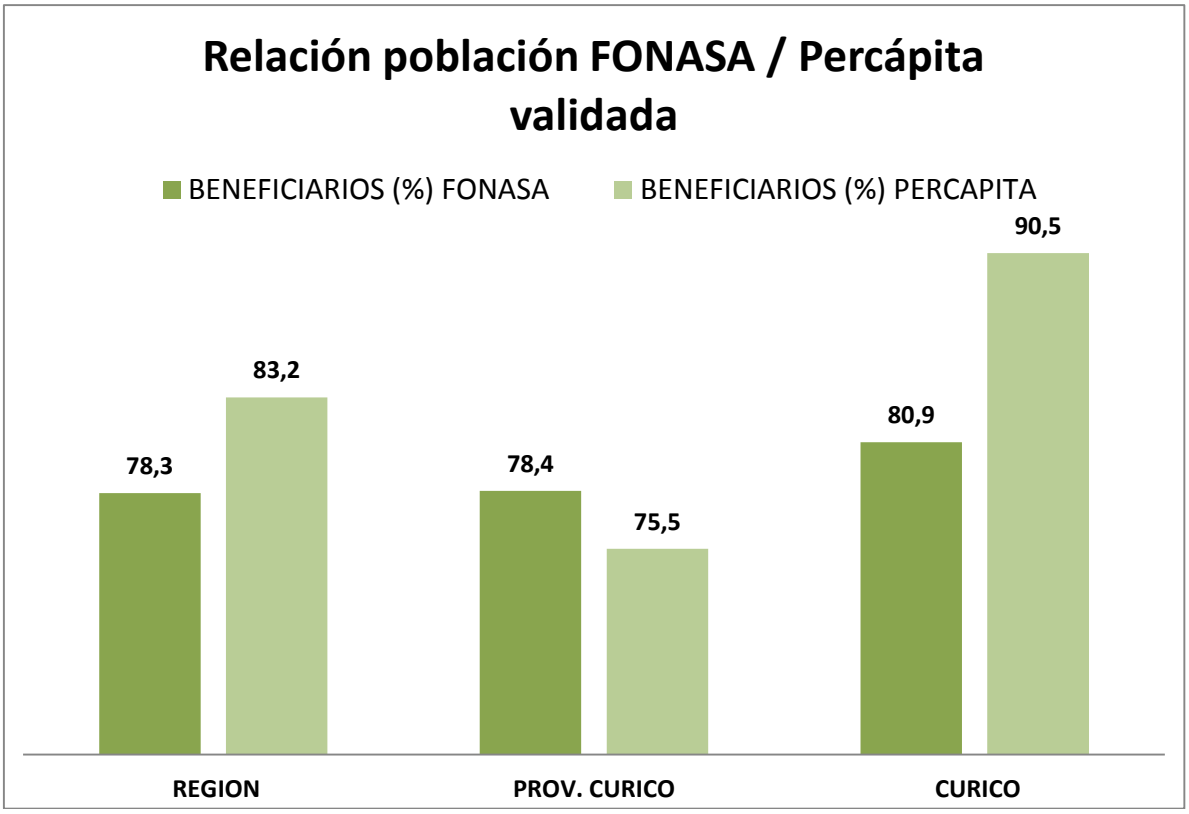
1.2.-POBLACION

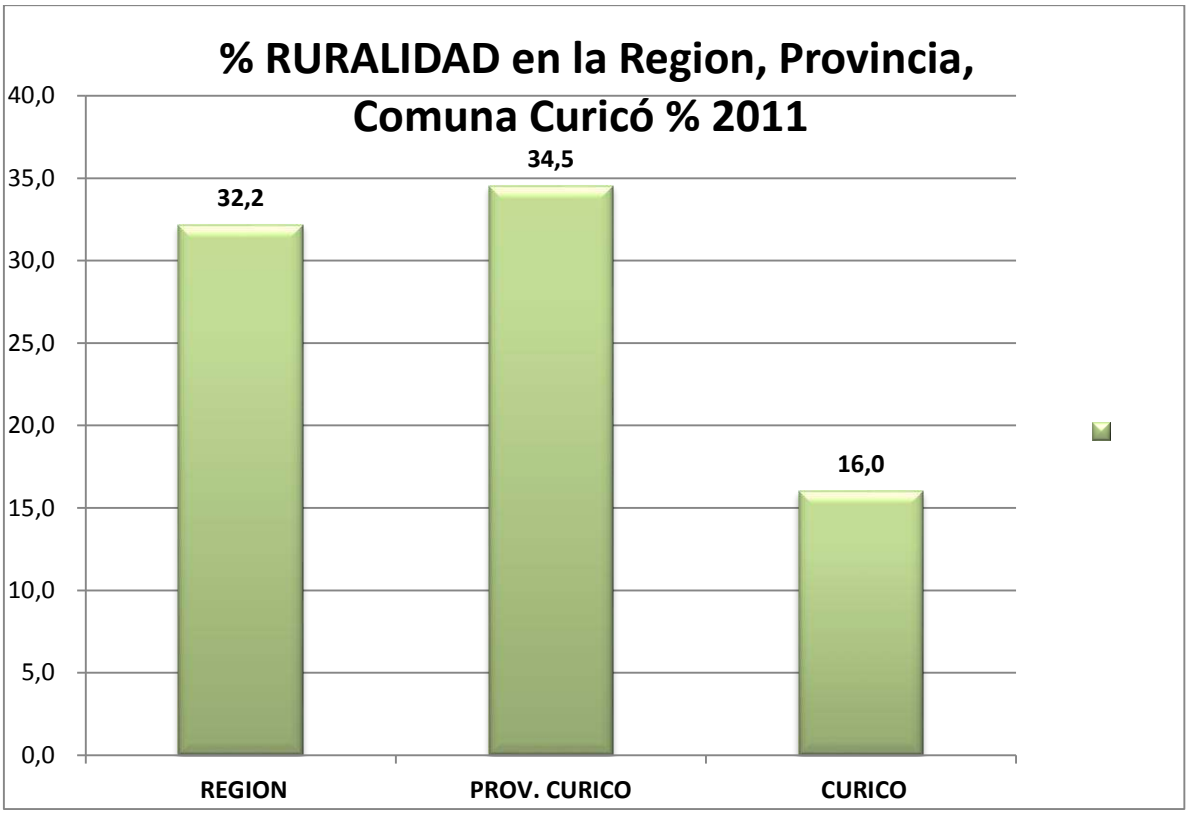
La Comuna de Curicó tiene una población estimada 2013, según INE de 144.423 con una densidad de población 2013, de 108.64 habitantes por Km2.La población se concentra en el área urbana, y con una distribución de por sexo 48,9 de hombres y 51,1 % de mujeres.
La estructura etaria de la población año 2013, tiende a concentrarse en el grupo comprendido entre los 15 y 29 años, como lo muestra el grafico a continuación. La concentración en grupos de mayor edad, nos indica que la población comunal al igual que la tendencia del país es al envejecimiento, como se muestra en el siguiente gráfico.

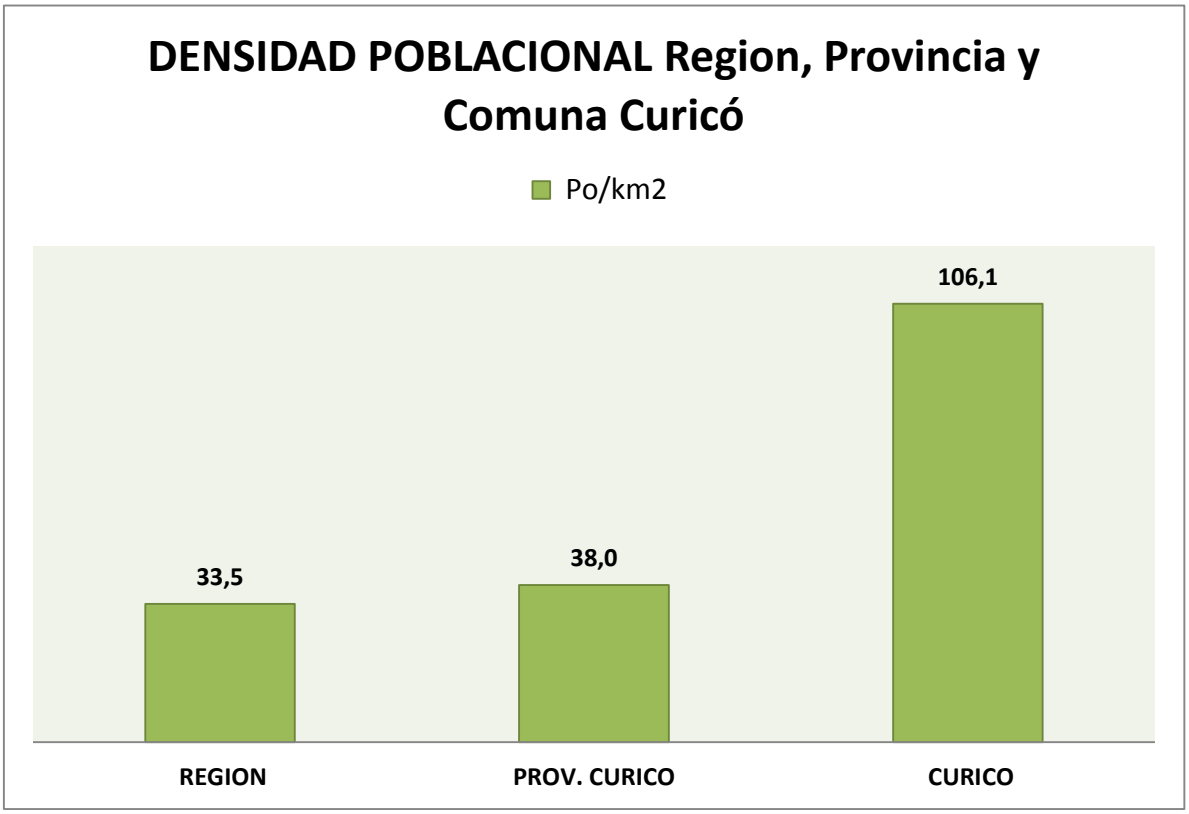
Grafico N° 1- Distribución población INE 2013, comuna Curicó.



1.2.- DENSIDAD POBLACIÓN




% RURALIDAD en la Region, Provincia, Comuna Curicó % 2011
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
32,2
34,5
16,0
REGION
PROV. CURICO
CURICO


DENSIDAD POBLACIONAL Region, Provincia y Comuna Curicó
Po/km2
33,5
38,0
106,1
REGION
PROV. CURICO
CURICO

2.- Indicadores sociales

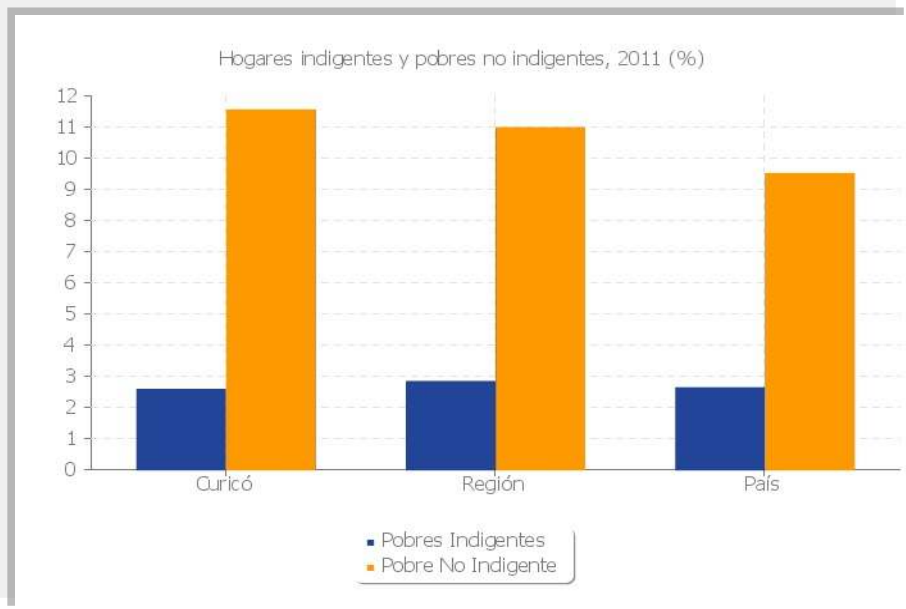
La pobreza en Chile se define a partir de una canasta básica de alimentos, cuyo valor se actualiza según la evolución de los precios. Con ese valor se definen la línea de indigencia y la línea de pobreza urbana ($36.049 y $ 72.098, respectivamente para CASEN 2011). Así definida, la pobreza disminuyó sostenidamente en las dos últimas décadas, desde un 38,6 % en 1990 a un 14,4% en 2011, verificándose una mayor incidencia de pobreza en hogares con jefatura femenina que con jefatura masculina. Los ingresos monetarios corresponden al conjunto de ingresos, esto es, aquéllos que son producto de trabajo remunerado, y los que provienen de subsidios monetarios desde el Estado. Una dimensión relevante en la condición social de la población es la vivienda y sus características. Aspectos como la tenencia (propiedad, arriendo), el hacinamiento (relación entre el número de habitantes de una vivienda y su número de piezas) y el allegamiento (vivienda compartida entre uno o más hogares o familias), así como su tipología y calidad (materialidad y estado de conservación de muros, pisos y techo de una vivienda), resultan insoslayables elementos de la calidad de vida de la población.

2.1 Población según pobreza CASEN 2003-2011

Pobreza en las Personas	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Pobre Indigente	2.223	3.262	4.254	3.572	2,6	2,6	2,8
Pobre No Indigente	16.011	9.470	26.983	16.140	11,5	13,6	11,7
No Pobres	106.765	118.091	106.989	120.092	85,9	83,8	85,6
Total	124.999	130.823	138.226	139.804	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

2.2.- Porcentaje Hogares Indigentes y Pobres no indigentes en la comuna de Curicó año 2011



Fuente: Reportes estadísticos comunales y distritales 2013, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (http://reportesestadisticoscomunales)

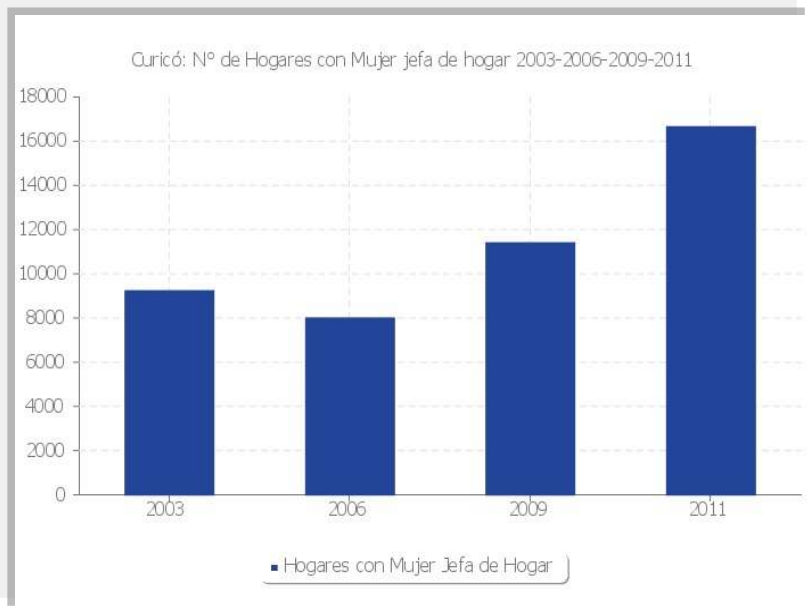
En la Comuna existe un 2.6% de hogares pobres Indigentes, mientras que un 11.5% de los hogares Curicanos está clasificada como Pobre no Indigente.

Según la última encuesta CASEN 2011, la pobreza en el país disminuyó de 15,1 en el año 2009 a 14,4 año 2011, y la pobreza extrema pasó de 3,7 año 2009 a 2,8 año 2011.

Según grupo de edad y género, la pobreza desciende mayoritariamente en la adultez y en la población masculina.

En términos porcentuales esto implica que la pobreza bajó en 5% y la pobreza extrema en 24%. Sin embargo en la Región del Maule la pobreza se mantuvo, mientras la comuna manifiesta un número mayor al promedio nacional y regional en la cantidad de Pobres no indigentes.

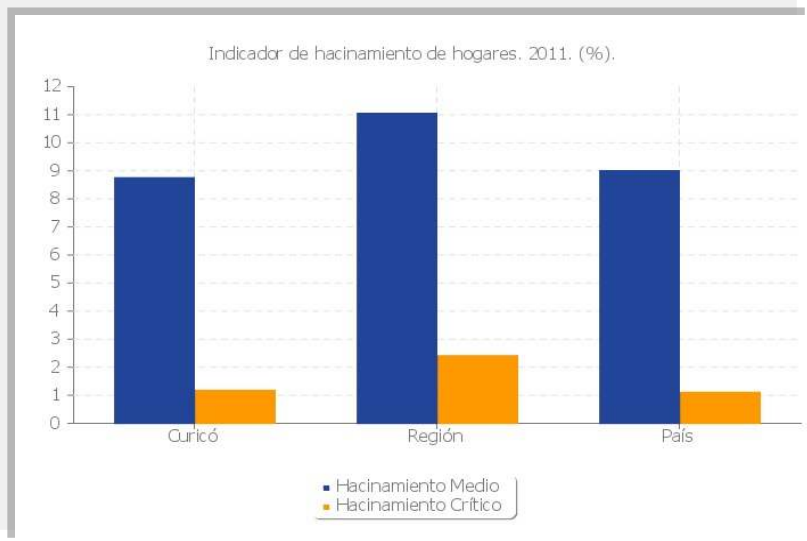
2.3.- Número de hogares en la comuna de Curicó, que corresponden a mujeres Jefas de Hogar, según CASEN 2003-2011



Fuente: Reportes estadísticos comunales y distritales 2013, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (http://reportesestadisticoscomunales)

Al 2011 el número de familias con mujeres jefas de hogar en Curicó corresponde a un total de 16.649, según datos CASEN, representando un 39.1% de los hogares de la comuna. Tiene relevancia también el hecho de que la comuna tiene un porcentaje de mujeres jefas de hogar de 39,1% por sobre el promedio país, (38,8%) y regional con un 34,7%.

2.4.- Índice de hacinamiento de hogares, Comuna, región, país, datos CASEN 2011

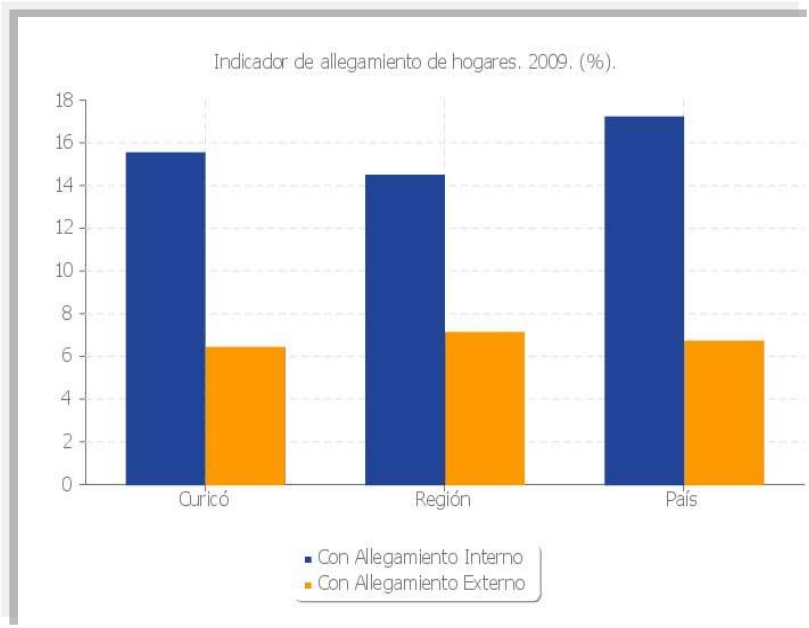


Fuente: Reportes estadísticos comunales y distritales 2013, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (http://reportesestadisticoscomunales)

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

Un 10% de los hogares de la comuna presentan hacinamiento, fundamentalmente del nivel medio, que corresponde a la razón que residen entre 2,5 a 4,9 personas por dormitorio y de este porcentaje un 1,8% se encuentra con un hacinamiento crítico, es decir una ocupabilidad mayor a 5 personas por habitación dormitorio, en comparación a la región.

2.5.- Índice de Allegamiento de hogares CASEN 2003-2011



El fenómeno del allegamiento se manifiesta cuando en un domicilio habitan personas que no son parte del hogar o del núcleo familiar del jefe de hogar. Se entiende como la cohabitación de dos o más núcleos requirentes de vivienda en una vivienda o domicilio y en donde existe la percepción manifiesta de parte del núcleo allegado o el que los acoge que es una situación como tal.

Su existencia revela una brecha entre la cantidad de hogares formales y núcleos familiares que requieren una vivienda para habitar en forma independiente, por una parte, y el número de casas disponibles, por otra. De este modo, el allegamiento corresponde a las familias sin una casa donde puedan realizar sus funciones con suficiente autonomía e independencia. El allegamiento en algunos casos puede presentarse junto con el hacinamiento.

En el allegamiento externo, pueden cohabitar dos o más hogares dentro de una casa (allegamiento en vivienda) o coexistir dos o más viviendas dentro de un sitio (allegamiento en sitio), y en ambos casos se disponen de presupuestos separados y cocinan de manera independiente. El allegamiento interno, por su parte, es una situación en que dos o más núcleos comparten tanto la vivienda como el presupuesto familiar.

En la comuna de Curicó tenemos un 21,1 % de allegados, de los cuales el 15.5% tiene allegamiento interno, porcentaje superior al regional, mientras que en el allegamiento externo alcanzamos valores levemente superior al nivel nacional.

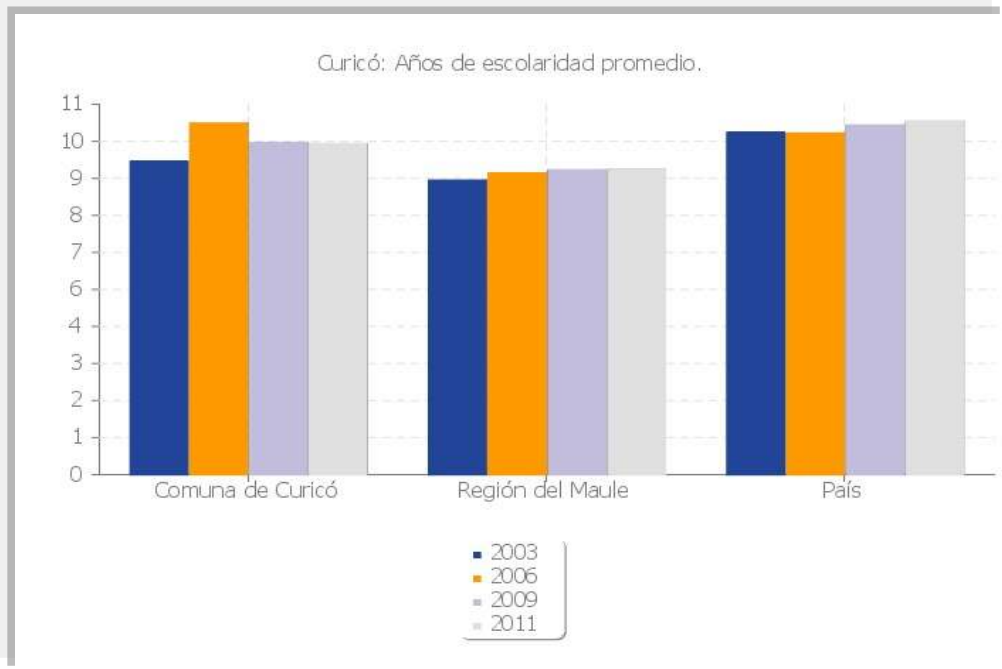
3.-Indicadores Educacionales

3.1 Matrícula por dependencia 2007-2012

	Comuna		Región		País	
Matrícula según Dependencia	2007	2012	2007	2012	2007	2012
Corporación Municipal	0	0	0	0	566.195	451.091
Municipal	16.419	12.018	138.586	113.647	1.122.152	908.804
Particular	14.939	18.160	78.052	87.380	1.736.376	1.887.180
Particular Pagado	3.104	3.097	6.952	7.276	255.150	254.719
Corporación Privada	1.632	1.515	3.178	3.086	56.206	49.473
Total	36.094	34.790	226.768	211.389	3.736.079	3.551.267

Fuente: Elaboración propia en base Matrículas, Ministerio de Educación (MINEDUC).

3.2.-Años de escolaridad promedio en la Comuna de Curicó años 2003 a 2011



Fuente: Elaboración propia en base Matrículas, Ministerio de Educación (MINEDUC).

3.3.-Nivel educacional de la población Comuna, Región, País años 2006 a 2011.

Nivel Educacional	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
				Comuna	Región	País
Sin Educación	3.170	5.826	6.095	5,5	5,3	3
Básica Incompleta	13.681	23.461	20.875	18,8	23,6	14,5
Básica Completa	10.199	13.385	12.623	11,4	14,6	10,7
Media Incompleta	20.282	13.385	18.387	16,5	18,5	20,4
Media Completa	30.591	27.860	30.967	27,8	24	28,2
Superior Incompleta	7.803	8.286	9.421	8,5	6,8	10,5
Superior Completa	12.201	12.586	12.849	11,6	7,2	12,8
Total	98.011	107.494	111.217	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base Matrículas, Ministerio de Educación (MINEDUC).

Este indicador permite observar la evolución del nivel de escolaridad de la población en los últimos 5 años.

En relación al nivel educacional de la población de la comuna de Curicó, de acuerdo a datos CASEN 2011, el 5,5% no posee educación formal, por sobre la región (5,3%) y por encima del país (3%). Por otra parte, se observa que en general en todos los tramos nos encontramos bajo los niveles regionales y nacionales. Es decir con un nivel educacional incompleto y menor lo que tiene una relación directa con las estrategias en salud y las determinantes sociales que son determinantes del nivel de salud de la población.

4.-Indicadores económicos

Las tasas de desocupación a nivel nacional son uno de los indicadores más relevantes a la hora de establecer comparaciones regionales o comunales. Ellas, reflejan en gran medida la situación económica de la Comuna en relación a la Región y al conjunto del país. Como dato de referencia, cabe mencionar que la tasa de desempleo nacional ha ido reduciéndose desde 2009, situándose en al 7,7%, según la CASEN de 2011. Relacionado con el empleo y la actividad económica, y con la finalidad de comprender las características propias de la Comuna.

4.1 Población ocupada, desocupada e inactiva CASEN 2003-2006-2009-2011.

Territorio	Tasa de Ocupación				Tasa de Desocupación				Tasa de Participación			
	2003	2006	2009	2011	2003	2006	2009	2011	2003	2006	2009	2011
Comuna de Curicó	56,4	56,8	50,9	55,0	7,9	7,4	8,8	5,0	61,2	61,3	55,8	57,9
Región del Maule	50,5	51,3	47,5	51,5	9,4	6,8	9,2	5,5	55,7	55,1	52,3	54,5
País	51,5	53,1	50,0	51,6	9,7	7,3	10,2	7,7	57,1	57,3	55,7	56,0

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Tenemos claro que nuestra comuna, presenta trabajados denominados estacionarios, o temporeros asociado a los ciclos de producción agrícola de la zona, lo que determina un perfil económico y previsional característico en nuestra población.

5.- Indicadores de seguridad

Las bases de datos de denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS) y denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) son llevadas por el Ministerio del Interior desde 1999 por medio de la confrontación de la información de denuncias provista por Carabineros y Policía de Investigaciones y se expresan en tasas por cada 100.000 habitantes. Las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados. Según las encuestas de victimización, cerca de un 50 por ciento de los delitos no son denunciados. Los DMCS involucran una serie de delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones, entendiéndose que su comisión acarrea una importante alarma pública. Las denuncias por violencia intrafamiliar se registran en forma separada. En términos de evolución, el año 2010 rompe la tendencia ascendente de las denuncias por DMCS y VIF, experimentando leves bajas en las tasas de denuncias cada 100.000 habitantes.

6.1 Tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social x 100 mil habitantes

Territorio	2008	2009	2010	2011	2012
Comuna de Curicó	2.782,6	3.408,6	3.009	3.246,2	2.729,3
Región del Maule	2.348,4	2.471,9	2.112,3	2.343,6	1.962,2
País	2.714,7	2.889,7	2.780,3	3.010,1	2.720,4

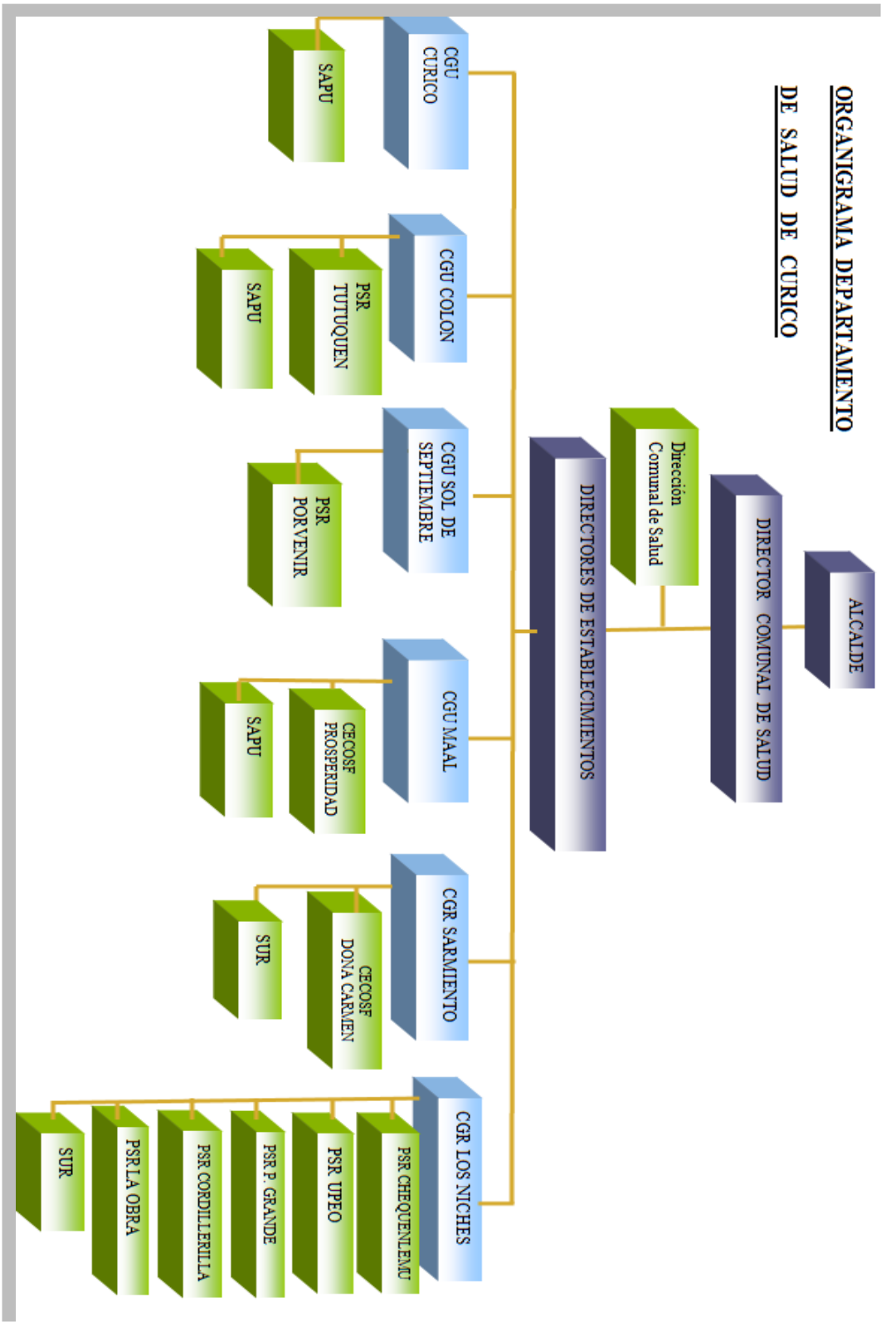
Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior

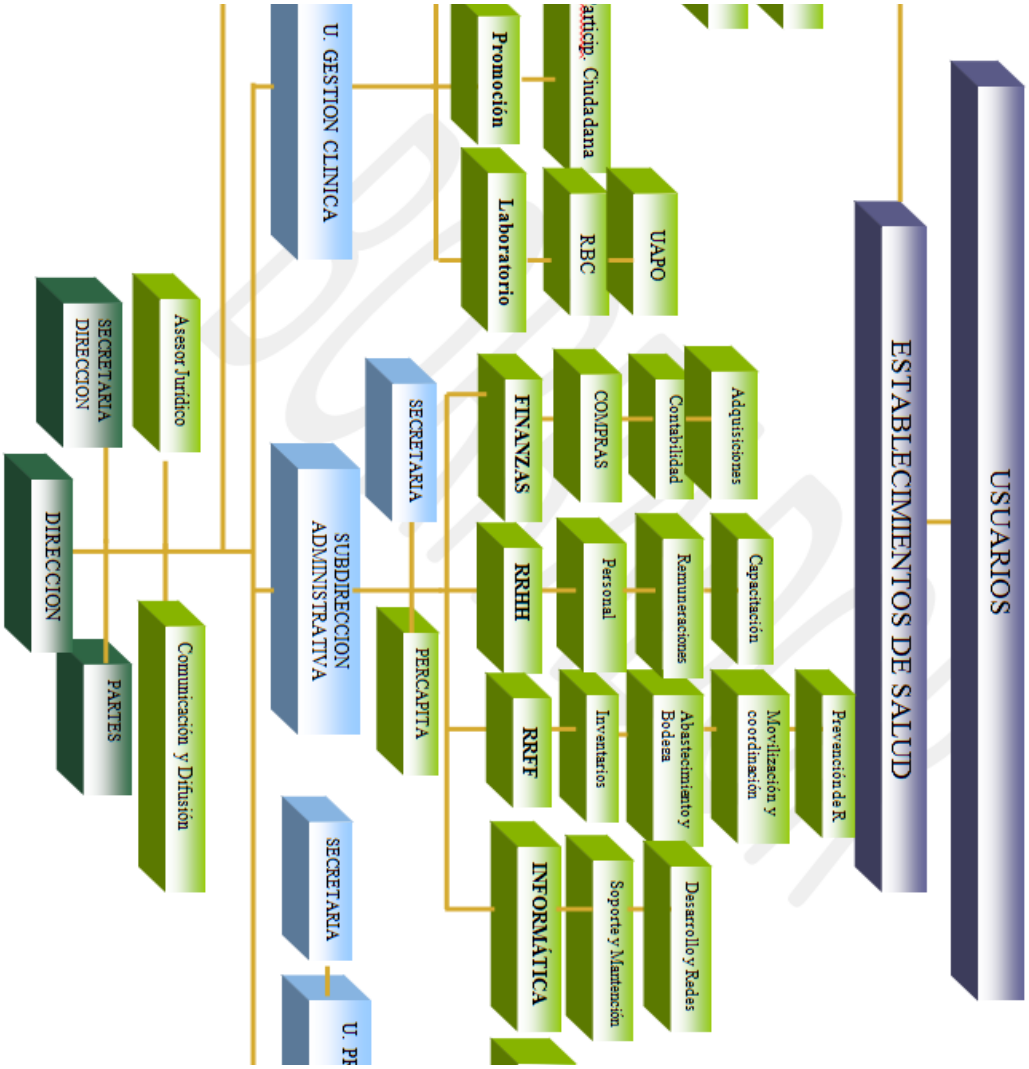
7.2 Tasa de denuncias de violencia intrafamiliar 2008-2012 (por c/100.000 habs.)

Territorio	2008	2009	2010	2011	2012
Comuna de Curicó	622	688,4	630,4	701,4	770,1
Región del Maule	697	706,4	658,9	677,8	613,8
País	677	676,1	638,5	707,8	650,1

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior.

DESCRIPCIÓN DE LA RED DE SALUD COMUNAL





II.- DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD COMUNAL

1.-Natalidad

La Natalidad se obtiene a partir de las cifras de nacimientos ocurridos en el país, y su tasa corresponde al número de nacidos vivos ocurridos en un territorio por cada mil habitantes del mismo, en un periodo dado. Permite conocer anualmente la frecuencia, localización territorial y algunas características de los nacimientos.

Según el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS/MINSAL), en su informe anual 2010, la comuna de Curicó registró un total de 2173 nacimientos, proporción que representa un 15.4% del total de nacidos en el año en la región, de los cuales el 100% recibió Atención Profesional del Parto. La **tasa de Natalidad** comunal para ese período fue de 15,6 por mil nacidos vivos, cifra superior al país y la región.

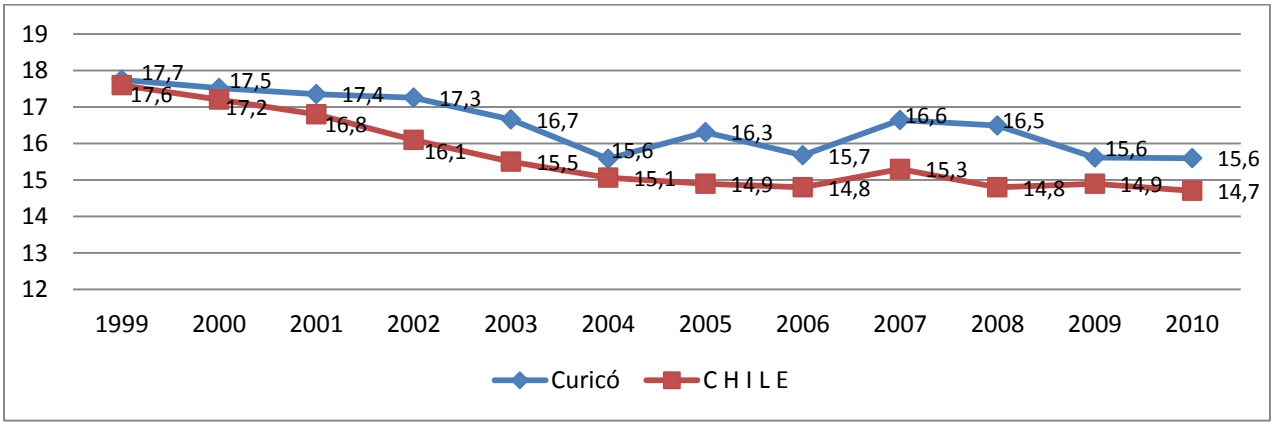
Tabla 17.-Población nacidos vivos totales con atención profesional del parto y tasa de natalidad, según Región, Servicio de Salud y Comuna de Residencia de la Madre. Chile, 2010

Región, Servicio de Salud, Comuna de Residencia de la Madre	Población	Nacidos Vivos			
		Inscritos			Tasa de Natalidad **
		Total	Con atención profesional	Corregidos *	
Total País	17.094.275	250.643	250.238	251.194	14,7
Del Maule	1.007.831	14.103	14.089	14.103	14
Curicó	139.283	2.173	2.173	2.173	15,6

Fuente: DEIS Minsal año 2010 * Según factor de corrección INE 2010 ** Tasa de Natalidad por 1.000 habitantes.

La tendencia que ha experimentado la tasa de Natalidad entre los años 1999 y 2010 se registra en el Gráfico 18, observándose un franco descenso en el período tanto a nivel país como comunal. En consecuencia, nuestra comuna tiene un comportamiento similar al país, alejándose de los otros países de la región americana y acercándose a indicadores de natalidad europeos.

Gráfico 18 Tasa Natalidad Chile-Curicó. Años 1999-2010



Fuente: DEIS Minsal año 2010 Tasa de Natalidad por 1.000 habitantes

2.-Mortalidad

La cuantificación de las defunciones se realiza a través de la Mortalidad, Tasa que da cuenta de las muertes que ocurren en relación a la población de un período y un área geográfica determinada.

La **Tasa de Mortalidad General** que presentó Curicó el año 2010 fue de 5,3 por mil habitantes, cifra similar al indicador país y menor a la regional. Siendo mayor en hombres que en mujeres (tabla 19)

Mortalidad General según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

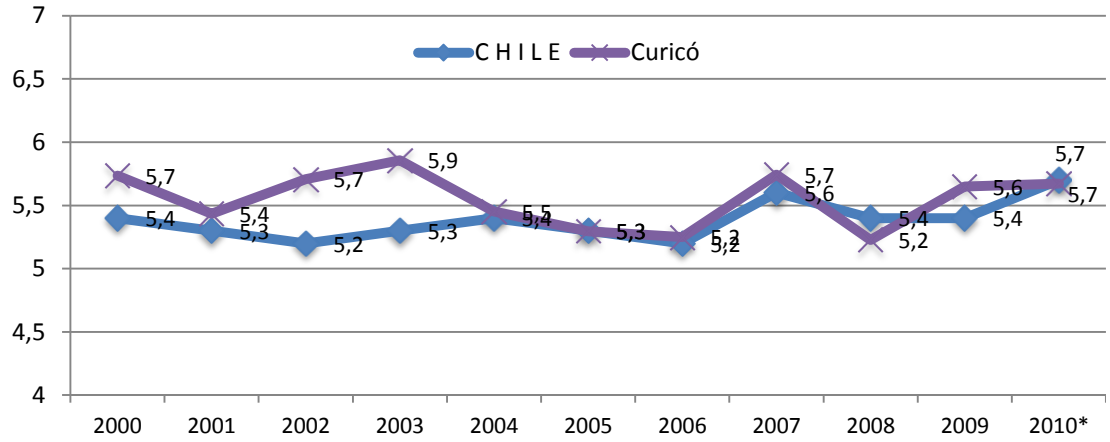
País, Región y comuna	Mortalidad General (*)					
	Ambos Sexos		Hombre		Mujer	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa

Total País	**97.930**	**5,7**	**52.237**	**6,2**	**45.693**	**5,3**
Del Maule	**6.424**	**6,4**	**3.512**	**7**	**2.912**	**5,8**
Curicó	**790**	**5,7**	**411**	**6**	**379**	**5,3**

Fuente: DEIS Minsal año 2010. *Tasa x 1000 Habitantes

En el Gráfico 20 se observa la evolución que ha tenido la curva de Mortalidad General en el decenio 2000-2010 en el país y la comuna. En general se evidencia una estabilización del indicador desde principios de la década, tanto, a nivel nacional como comunal.

Gráfico 20.- Tasa de Mortalidad General Chile-Curicó, años 2000-2010



Fuente: DEIS Minsal año 2010. *Tasa x 1000 Habitantes

3.-Índice de Swaroop

El Índice de Swaroop representa la proporción de fallecimientos entre personas de 60 y más 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. Curicó presenta un índice de 76.2%, similar a la cifra regional y país.

Índice de Swaroop según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

País, Región y comuna	ÍNDICE DE SWAROOP (**)		
	Ambos Sexos	**Hombre**	**Mujer**
Total País	**76,4**	**71,1**	**82,5**
Del Maule	**75,7**	**71,8**	**80,6**

Curicó	76,2	70,6	82,3

Fuente: DEIS Minsal año 2010. . *Tasa x 1000 Habitantes **Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swaroop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

4.-Años de Vida potencialmente Perdidos AVPP

El indicador Años de **Vida Potenciales Perdidos** (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

Curicó presenta Tasas de AVPP inferiores a la Región y al país, lo que refleja un indicador positivo para nuestra comuna (tabla Nº23), existiendo un mayor número de muertes prematuras en hombres que en mujeres.

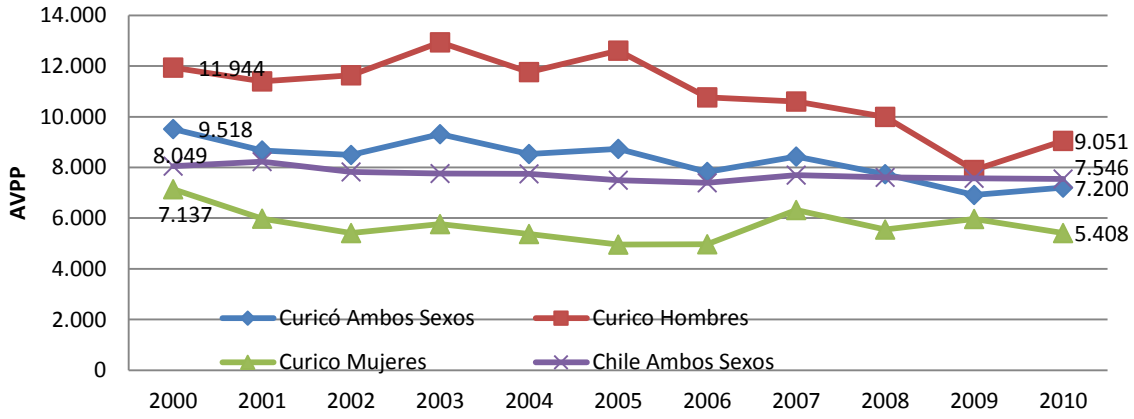
Tasa de Años de vida potenciales perdidos* por 100.000 habitantes menores de 80 años según Región y Comuna, Chile 2000-2010

País, Región y comuna	Tasa AVPP Población menor de 80 años	Tasa AVPP Hombres	Tasa AVPP Mujeres
Total País	**7.546**	**9.667**	**5.446**
Del Maule	**8.734**	**10.881**	**6.593**
Curicó	**7.200**	**9.051**	**5.408**

Fuente: DEIS Minsal año 2010.* Límite de edad 80 años, Tasa por 100.000 habitantes

Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud y el análisis de la distribución de los AVPP y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables. Curicó, en la última década redujo las muertes prematuras, a diferencia del comportamiento país que en el mismo período se ha mantenido estable. Esta reducción está dada principalmente por el cambio significativo que se presentó en la población masculina de la comuna.

Gráfico 24 Tasa de Años de vida potenciales perdidos por 100.000 habitantes menores de 80 años Chile-Curicó, años 2000-2010



Fuente: DEIS Minsal año 2010

SITUACIÓN DE SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN

Salud materna y reproductiva: Chile ha seguido una tendencia exponencial de reducción de la Mortalidad Materna a partir del año 1957, donde se observan grandes quiebres de pendiente: Desde 1957 al 1965 el ritmo de la reducción era de 5.25 por 100 mil nacidos vivos por año; después de 1965 la reducción es de 13.2 por 100 mil nacidos vivos por año; en 1981 se produce un enlentecimiento hasta el año 2003 para luego producirse un estancamiento que se observa desde el 2003 a la fecha.

La **tasa de mortalidad materna** en Chile en el año 2010 fue de 18 defunciones por 10.000 nacidos vivos, Curicó en el mismo año no presentó muertes maternas, comportamiento que la comuna ha mantenido en la última década.

La **tasa general de fecundidad** en la comuna en el año 2010 fue de 56 nacidos vivos por 1000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), cifra discretamente superior a la región (52.9) y similar al país (55.2).

El 14.3 % de estos Recién Nacidos curicanos en el año 2010 correspondió a hijos(as) de madres menores de 20 años (312 RN), cifra menor a la regional (16.1%) y al país (15.6%) durante el mismo período. (Tabla Nº25)

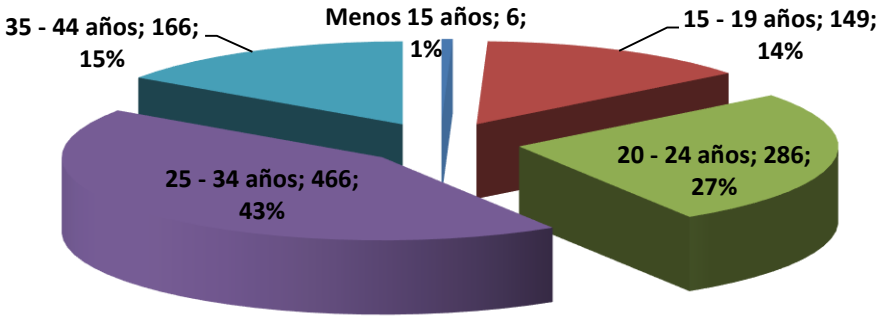
Tabla Nº 25 Nacidos vivos inscritos, según edad de la madre, Región y Comuna de Residencia de la madre. Chile, 2010

Región y Comuna de Residencia de la Madre	Total	Edad de la madre (en años)								
		Menor de 15	% del total de RN	15 a 19	% del total de RN	20 a 34	% del total de RN	35 y más	% del total de RN	Ignorado
CHILE	250.643	963	0,40%	38.047	15,20%	170.348	68,00%	41.231	16,50%	54
REION DEL MAULE	14.103	45	0,30%	2.223	15,80%	9.545	67,70%	2.290	16,20%	0
CURICO	2.173	9	0,40%	303	13,90%	1.513	69,60%	348	16,00%	0

Fuente: DEIS Minsal año 2010

De las **gestantes en control** a Junio del 2013 en la comuna (gráfico xx), 14.5% son menores de 20 años, menor al 18.5% regional y 19.5% nacional, a pesar de lo positivo que pudiese reflejar este indicador, el embarazo en adolescente sigue constituyendo una prioridad comunal, no solo porque se asocia a riesgos sociales y de salud, sino que además, porque en ese grupo de edad, como se evidenciará más adelante, se presentan dificultades de acceso a servicios de anticoncepción para evitar embarazos no planificados.

Gráfico 26 Embarazadas en control según grupo de edad. Curicó Junio 2013

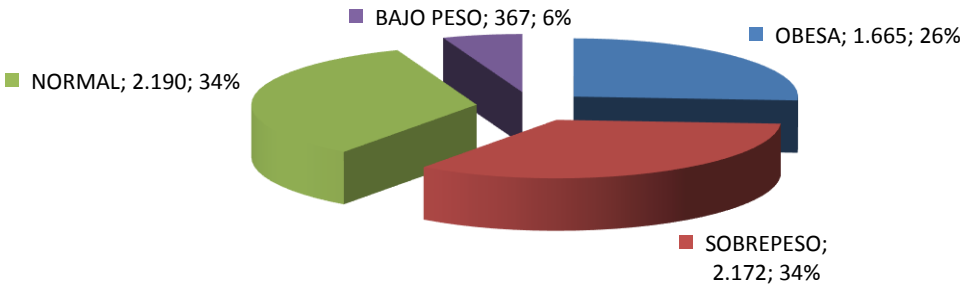


Fuente: DEIS Minsal año 2013

La **obesidad pre-gestacional y la excesiva ganancia de peso gestacional** han sido reconocidas como factores de riesgo independientes de complicaciones maternas y fetales. Se ha evidenciado que el riesgo de cualquier complicación obstétrica es 2 a 3 veces más frecuente en embarazadas obesas comparadas con aquellas no obesas, pudiendo incluso identificarse riesgos preponderantes en cada período del embarazo y puerperio. Específicamente en el embarazo, la obesidad se asocia a diferentes morbilidades perinatales como: Diabetes (diabetes pregestacional y gestacional), Hipertensión gestacional y preclampsia, Malformaciones congénitas, Macrosomía (peso al nacer >4 kg), Cesárea, Mortalidad materna y Mortalidad fetal.

Chile ha aumentado persistentemente durante las últimas décadas la prevalencia del sobrepeso y la obesidad materna. En el último corte poblacional de Junio 2013 el país presentó un 25% de Obesidad y un 33% de Sobrepeso en gestantes en control (58% de Malnutrición por Exceso). **La Comuna (gráfico xx), en el mismo período, presentó un 26% de Obesidad y 34% de Sobrepeso gestacional (60% de malnutrición por exceso).**

Gráfico 27 Embarazadas en control según grupo de edad. Curicó Junio 2013



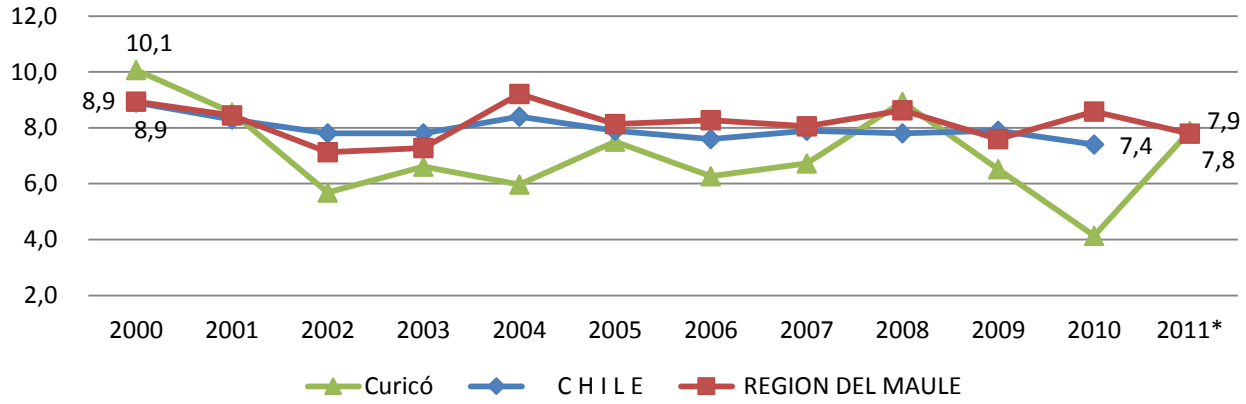
Fuente: DEIS Minsal año 2013

Salud Infantil

Mortalidad: La mortalidad infantil (MI) es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población, siendo un referente importante al momento de evaluar nivel sanitario y grado de desarrollo socioeconómico de una sociedad. Actualmente, Chile posee tasas de MI menores a 10 por 1000 nacidos vivos, posicionándolo dentro de los países de Latinoamérica con las mejores tasas. La Tasa de Mortalidad Infantil (MI) es un indicador que expresa el riesgo de morir que tienen los nacidos vivos durante su primer año de vida y se expresa como tasa por mil nacidos vivos.

La comuna, el año 2011, presento una tasa de 7.9 por mil nacidos vivos, similar al indicador regional (7.8), cifra que quiebra la tendencia al descenso en la comuna

Gráfico 28 Tasa Mortalidad Infantil por Región y Comuna.Chile 2000-2011



Fuente: DEIS Minsal Tasa por 1000 NV * Dato Provisorio SS Maule

El 78% de las defunciones infantiles de Curicó en el año 2010 ocurrió en el primer mes de vida y de éstas, el 86% fueron en la primera semana de vida (tabla xx).

De total de muertes en ese mismo año en la comuna, 67% fueron en niños(as) con peso de nacimiento inferior a 2500 gramos (tabla nª29) y el 67% de los niños(as) fallecidos(as) tenía una edad gestacional menor a 36 semanas.

Tabla Nº29 Mortalidad infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

País, región y comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
	Defunciones menores de 1 año	**Tasa**	**Defunciones menores 28 días**	**Tasa**	**Defunciones menores 7 días**	**Tasa**	**Defunciones 28 días a 11 meses**	**Tasa**
Total País	**1.862**	**7,4**	**1.283**	**5,1**	**988**	**3,9**	**579**	**2,3**
Región Del Maule	**121**	**8,6**	**86**	**6,1**	**66**	**4,7**	**35**	**2,5**
Curicó	**9**	**4,1**	**7**	**3,2**	**6**	**2,8**	**2**	**0,9**

Fuente: DEIS Minsal año 2010 * Por 1.000 nacidos vivos.

Tabla Nº30 Defunciones de menores de 1 año, según peso al nacer, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

País, Región, Comuna	Peso en gramos				
	Total	**< 1.500**	**1.500 a 2.499**	**2.500 a 2.999**	**Mayor o igual 3.000**
Total País	**1.862**	**796**	**351**	**253**	**462**
Del Maule	**121**	**44**	**16**	**22**	**39**
Curicó	**9**	**4**	**2**	**0**	**3**

Fuente: DEIS Minsal año 2010

Tabla Nº31 Defunciones de menores de 1 año, según edad gestacional, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

País, Región, Comuna	Total	Edad gestacional

		Menos de 24 semanas	24 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 semanas y más
Total País	1.862	269	360	187	324	716	6
Del Maule	121	12	21	15	12	61	0
Curicó	9	0	4	0	2	3	0

Fuente: DEIS Minsal año 2010

En el año 2010, las principales causas de mortalidad infantil fueron los trastornos relacionados con la **Malformaciones congénitas del corazón, Prematuridad, y Sepsis bacteriana del recién nacido.**

En resumen y dado el perfil de mortalidad infantil menor de 1 año, hoy es necesario agotar esfuerzos en **ingresar precozmente las gestaciones** para detectar y controlar también en forma precoz los Factores de Riesgo de Prematuridad, asegurar una **Ecografía de Evaluación de Anatomía Fetal (5º mes)** para detección precoz de malformaciones congénitas tratables (malformación congénita del corazón) y lograr contar con **examen de detección de Estreptococo Grupo B (EGB**) siendo la causa infecciosa más frecuente de mortalidad perinatal.

En el año 2010, en la comuna la **tasa de mortalidad en el grupo etáreo de 1 a 9 años** fue de 0,3 defunciones por 1.000 niños de esa edad (tabla xx), principalmente debida a causas externas (accidentes de todo tipo, homicidios) con el 71% de las muertes (DEIS Minsal).

Mortalidad en la niñez, según grupos de edad, por Región y Comuna. Chile, 2010

País, Región y comuna	Grupos de edad (años)					
	Total		1 a 4		5 a 9	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País	500	0,2	312	0,3	188	0,2
Del Maule	49	0,4	31	0,5	18	0,2
Curicó	6	0,3	4	0,5	2	0,2

Fuente: DEIS Minsal año 2010(*) Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

AVISA en Infancia:

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.

AVISA Menores de 1 año: Casi la mitad de los AVISA perdidos en este grupo son por causas perinatales y un tercio por anomalías congénitas. Entre las primeras causas específicas figuran: **bajo peso al nacer, anomalías congénitas del corazón** y **trastorno respiratorio al nacer**, patrón que es similar en ambos sexos.

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Niños menores de 1 año. Chile, 2004

Subgrupos de causas	AVISA	% del total
Perinatales	77.827	46,50%
Anomalías Congénitas	49.776	29,70%
Condiciones Neurosiquiátricas	13006	7,80%

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

AVIISA Niños de 1 a 9 años: Más de la mitad de los AVISA corresponden a los *subgrupos* condiciones neuropsiquiátricas (30.3%) y lesiones no intencionales (24.7%). Dentro de las primeras *causas específicas* están los **accidentes de tránsito**, **caídas**, **estrabismo** y **el síndrome de déficit atencional**. El patrón es similar en ambos sexos.

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Niños de 1 a 9 años. Chile, 2004

Subgrupos de causas	AVISA	% del total
Condiciones Neurosiquiátricas	40.961	30,30%
Lesiones No Intencionales	33.450	24,70%
Enf. Músculo esqueléticas	18921	14,00%
Enf. Órganos de los sentidos	10417	7,70%
Enf. Respiratorias Crónicas	6305	4,70%

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Condiciones de riesgo para la salud infantil

Prematurez y Bajo peso al Nacer: El parto prematuro constituye el 6.6% del total de partos en la comuna, menor a la cifra país pero ligeramente mayor a la regional. En globo de riesgo de muerte de un prematuro es 20 veces mayor que el de un RN de término. (Guía Prevención de Parto Prematuro. MINSAL 2010).

Nacidos vivos inscritos, según edad gestacional, por Región y Comuna de Residencia de la Madre. Chile, 2010

País, Región, Comuna	Total	Edad gestacional					
		Menos de 24 semanas	24 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	Total menos de 37 semanas	% del total de Nacimientos

Total País	250.643	297	797	1.861	15.216	18.171	7,20%
Del Maule	14.103	16	39	92	681	828	5,90%
Curicó	2.173	0	6	10	128	144	6,60%

Fuente: DEIS Minsal año 2010

El bajo peso al nacer se presenta en el 5,9% de los nacimientos en Chile (Tabla Nº 9), cifra similar al 5,7% comunal, teniendo el RCIU (Restricción del Crecimiento Intrauterino) un riesgo de asfixia siete veces superior, y una tasa de mortalidad perinatal ocho veces mayor, cuando se los compara con los recién nacidos de peso adecuado para la edad gestacional

Los nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 g), representan para la comuna el 0,6% del total de nacimientos (1% país) y contribuyen con un 44% de la mortalidad infantil.

Tabla Nº 36 Nacidos vivos inscritos, según peso al nacer, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2010

País, Región, Comuna de Residencia de la Madre	Peso en gramos						
	Total	< 1.500	% del Total de RN	1.500 a 2.499	% del Total de RN	TOTAL Menos de 2500	% del Total de RN
Total País	250.643	2.559	1,00%	12.113	4,80%	14.672	5,90%
Del Maule	14.103	136	1,00%	611	4,30%	747	5,30%
Curicó	2.173	13	0,60%	111	5,10%	124	5,70%

Fuente: DEIS Minsal año 2010

Obesidad Infantil: La obesidad en la infancia tiene graves consecuencias, tanto para la salud psíquica como física. Los niños con sobrepeso u obesidad presentan niveles más elevados de presión arterial, de colesterol y de insulina en la sangre, comparados con menores de peso normal, por lo que tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hígado graso, entre otras.

Según los datos poblacionales comunales la prevalencia de Obesidad tuvo un sostenido aumento hasta el año 2010, año en que dicho indicador se estabiliza (grafico 37).

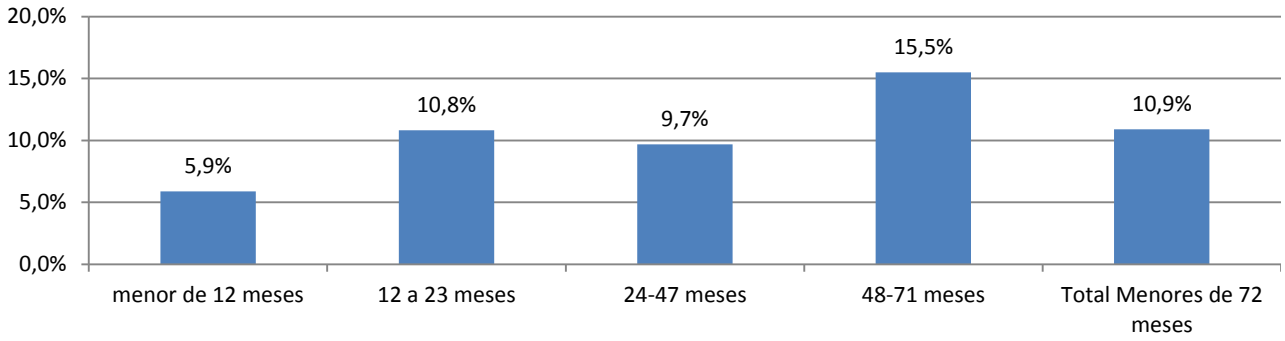
Gráfico 37.- Porcentaje de niños y niñas Obesos (as) menores de 6 años Bajo Control Comuna Curicó. Diciembre 2012



Fuente: Elaboración Propia Datos REM comunales y DEIS

Al evaluar este mismo indicador por tramo de edad, queda en evidencia que la Obesidad ya empieza a tener una alta prevalencia desde el año de vida. (grafico 38)

Gráfico 38 Prevalencia Obesidad según Grupo de Edad menores de 6 años Bajo Control Comuna Curicó Diciembre 2012



Fuente: DEIS Minsal año 2012

REZAGO DEL DESARROLLO INFANTIL: El foco en el Rezago del Desarrollo en menores de 5 años se fundamenta porque considera el desarrollo infantil temprano como un determinante de la salud y el nivel de desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital. En la primera infancia se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y emocionales, de la salud física y mental de los seres humanos. Los economistas sostienen hoy, en base a la evidencia disponible, que la inversión en la primera infancia es una de las más potentes inversiones que un país puede hacer, si se invierte un dólar en etapas tempranas de la infancia se obtiene un retorno de 8 dólares por cada dólar invertido (Carneiro, 2003).

En la comuna durante el año 2012 (tabla XX) el 7,1 % de los niños evaluados no alcanzaban todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad (Riesgo DPM) y un

1,5% presentaba Retraso del mismo (Retraso DPM) lo que refleja un **8,6% de Déficit del Desarrollo Psicomotor** de los niños y niñas evaluados(as). El grupo considerado Normales a la evaluación pero con algún área del Desarrollo alterada **(Normales con Rezago) correspondió a un 4,9 %** del universo evaluado.

Considerando la suma total de las alteraciones del Desarrollo Infantil la comuna presentó un 13.5% de Rezago Infantil, mayor a lo presentado por la región y el país en el mismo período, destacando además el mayor porcentaje de niños con rezago del desarrollo que de niñas, comportamiento similar para la comuna, región y país.

Tabla 39 Niños y Niñas con primera Evaluación de DPM según resultado, por Región y Comuna. Chile, Enero a Diciembre 2012

País, Región y Servicio de Salud	Primera Evaluación DPM menores de 5 años Acumulado Enero - Diciembre					
	Deficit DPM		**Normal con Rezago**	**Total Rezago del Desarrollo**	**Hombres**	**Mujeres**
	Riesgo	**Retraso**				
País	**5,20%**	**1,20%**	**5,30%**	**11,70%**	**13,70%**	**9,60%**
Región	**5,10%**	**1,60%**	**3,10%**	**9,70%**	**11,20%**	**8,00%**
Curicó	**7,10%**	**1,50%**	**4,90%**	**13,50%**	**15,10%**	**11,90%**

Fuente: DEIS Minsal año 2010

Salud Adolescente

Mortalidad: En el 2010, la tasa de mortalidad en la población de 10 a 19 años de edad fue de 0,4 defunciones por 1.000 habitantes de ese grupo etario, indicador similar al regional pero mayor a la cifra país (tabla xx). Esto fallecimientos son debido principalmente a **causas externas** (66,7%), **enfermedades del sistema nervioso** (13.8%) y **neoplasias malignas** (9,2%) (DEIS 2010).

Tabla 40 Mortalidad del adolescente, según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

Región y comuna	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	**Tasa (*)**	**Defunciones**	**Tasa (*)**	**Defunciones**	**Tasa (*)**

Total País	967	0,3	661	0,5	306	0,2
Del Maule	87	0,5	53	0,6	34	0,4
Curicó	9	0,4	4	0,3	5	0,4

(*) Tasa por 1.000 habitantes de 10 a 19 años de edad de cada sexo Fuente: DEIS Minsal Junio año 2013

AVISA en Adolescencia: Más del 60% de AVISA perdidos en este grupo de edad está dado por los *subgrupos* de **las condiciones neuropsiquiátricas** (38,3%**), las enfermedades digestivas** (14.3%) y las **lesiones no intencionales** (11,6%) (Tabla 41). Además se observa que 6,9% del total de años de vidas saludables perdidos está dado por lesiones intencionales.

Tabla 41AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2004

Subgrupos de causas	AVISA	% del total
Condiciones Neurosiquiátricas	140.570	38,30%
Enf. Digestivas	52.384	14,30%
Lesiones No Intencionales	42.723	11,60%
Enf. Musculoesqueléticas	39.518	10,80%
Lesiones Intencionales	25.219	6,90%

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Las *causas específicas* más importantes son la **úlcera péptica** y la **escoliosis**. El patrón por sexo es completamente diferente, es así que **en hombres,** los accidentes de tránsito son la primera causa de perdida de AVISA, siguiendo las agresiones, dependencia de alcohol y caídas, mientras que en **mujeres** destacan trastornos del ánimo unipolar y bipolar y migraña. (tabla 42)

Tabla 42 AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2004

Ambos Sexos	AVISA	Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA
Úlcera péptica	**28.143**	**Úlcera péptica**	**14.307**	**Escoliosis**	**20.201**
Escoliosis	**24.686**	**Accidentes de Tránsito**	**11.262**	**Trastornos del ánimo bipolar**	**15.537**
Trastornos del ánimo bipolar	**20.039**	**Agresiones**	**10.438**	**Úlcera péptica**	**13.836**
Accidentes de Tránsito	**19.613**	**Enfermedad Hipertensiva**	**8.457**	**Migraña**	**13.393**
Migraña	**19.456**	**Dependencia del alcohol**	**7.663**	**Trastornos depresivos unipolares**	**11.995**
Agresiones	**19.116**	**Caídas**	**7.253**	**Obesidad**	**11.622**

Trastornos depresivos unipolares	**17.235**	**Esquizofrenia**	**7.111**	**Trastornos de las vías biliares y vesícula**	**10.410**
Trastornos de las vías biliares y vesícula	**15.073**	**Migraña**	**6.063**	**Trastornos ansiosos**	**9.935**
Obesidad	**14.278**	**Trastornos depresivos unipolares**	**5.240**	**Agresiones**	**8.678**

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007

Condiciones de riesgo para la salud adolescente

Muchas de las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNTs), como enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Diabetes, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Depresión, entre otras, con alta prevalencia en adultos, pero también en adolescentes se inician en la adolescencia (conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otras). Éstas tendrán un importante impacto en la salud y la calidad de vida en el presente de este grupo etario, con consecuencias negativas para ellos (embarazo, drogadicción, deserción escolar) y, en otros casos, son causa de invalidez o muerte (accidentes, suicidios y homicidios).

Aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia y que son atribuibles significativamente a conductas de riesgo, así como, a condiciones y estilos de vida, por lo tanto, son en su mayoría modificables.

Salud Mental:

SUCIDIOS: El estudio 'Epidemiología del Suicidio en la Adolescencia y Juventud' del Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica, reveló que **Chile es el país con mayor aumento en la tasa de suicidios** de los países que conforman la Ocde, sólo superado por Corea del Sur. Según las cifras del ministerio de Salud, en el año 2000 se suicidaban en Chile cuatro de cada 100.000 personas entre 10 y 19 años. En 2010, **esa cifra se elevó a ocho** y se estima que para 2020 habrá 12 suicidios por cada 100.000 jóvenes, lo que representa un alza del 200%.

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

CONSUMO DE TABACO: A pesar que Chile es uno de los países con prevalencias más altas de consumo de tabaco en escolares, se ha observado una disminución del consumo en el bienio 2005 – 2009, de 42,2% a 33,1% en los escolares entre octavo básico y cuarto medio, lo que se ha atribuido a la implementación de la ley anti tabaco en agosto de 2006. En Chile, en el 2009, las niñas en edad escolar fuman más que los niños (35,6% vs. 30,6%). La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 13 años, sin diferencias por sexo (Conace, 2010).

CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL: En Chile, la prevalencia mensual de **consumo de alcohol** es de 35,5% en toda la población escolar, sin diferencias significativas por sexo. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es a los 13,7 años, sin diferencia por sexo (Conace, 2010). Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009- 2010, el grupo de mayor consumo en gramos de alcohol es en jóvenes de 15 a 24 años, con 80 gramos promedio de alcohol puro consumido en un día de consumo habitual

La edad promedio de inicio de consumo de marihuana es de 14,6 años, sin diferencias por sexo. El consumo de riesgo de drogas ilegales en la población de escolar, se ha mantenido elevado y estable en los últimos años, existiendo un aumento del consumo de marihuana, cocaína, pasta base y tabaco en escolares de octavo básico.

Tabla Nº43 Consumo de Alcohol y Sustancias en Adolescentes Prevalencia de consumo de alcohol o sustancias Conace (2009)

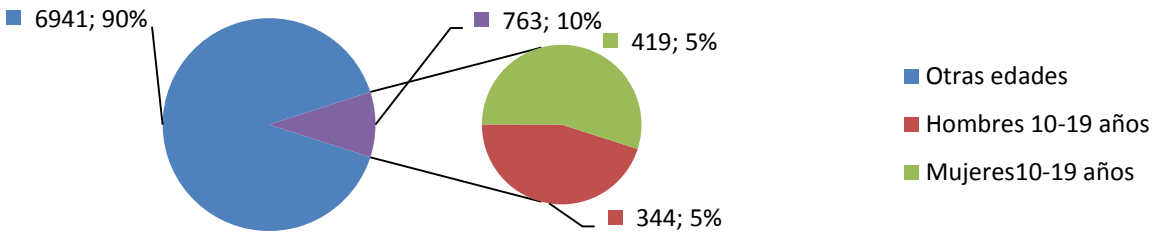
Alcohol	12 a 18 años		**36,00%**
Marihuana	**8º básico**	**2007**	5,30%
		2009	6,50%
Cocaína	**8º básico**	**2007**	1,70%
		2009	3,40%
Pasta base	**8º básico**	**2007**	1,70%
		2009	2,10%
Tabaco	**8º básico**	**2007**	5,00%
		2009	5,30%

Fuente: Conace, 2009. 8º Estudio Nacional de drogas población escolar

DEPRESIÓN: La depresión es una patología de salud mental presente en la población de adolescentes y jóvenes; la sintomatología depresiva presenta una prevalencia de 14% en población de 15 a 24 años, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, siendo más alta en mujeres (Minsal, 2010).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: El trastorno de la conducta alimentaria es un problema emergente, del cual aún se tienen insuficientes estudios locales; uno de ellos, Correa (2006), encontró en una muestra no probabilística de escolares mujeres entre 11 y 19 años de edad, usando el test de screening EDI-2, una prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria de un 8,3%, sin diferencias estadísticamente significativas por nivel socioeconómico ni por grupos de edad (Correa, Zubarew, Silva & Romero, 2006).

Del total de personas en control en Programa de Salud mental de nuestra comuna un 10% (763) son adolescentes y de estos 419 son mujeres (5,4%) y 344 hombres (4,5%)
Porcentaje de Adolescentes en control Programa de Salud Mental Dpto. de salud Curicó. Junio 2013



Fuente: DEIS Minsal año 2013

Los diagnósticos más prevalentes en el Programa de Salud Mental en población adolescente son los trastornos emocionales y del comportamiento de la infancia y adolescencia con un 32,9%, los trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar) con 22,4%, los trastornos hipercinéticos, de la actividad y de la atención con un 18,5% y los trastornos de ansiedad con un 18%. (Tabla Nº 45)

Tabla Nº 45 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Junio 2013

DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES	Población 10-19 años Programa de Salud Mental			
	Región del Maule		Curicó	
TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	1.258	31,20%	240	32,90%
TRASTORNOS DEL HUMOR (Depresión, Trastorno Bipolar)	917	22,70%	163	22,40%
TRASTORNO HIPERCINÉTICOS, DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	394	9,80%	135	18,50%
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	966	23,90%	131	18,00%
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	118	2,80%	38	5,20%
TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS A DEMENCIA	7	0,20%	0	0,00%
ESQUIZOFRENIA	20	0,50%	1	0,10%
PRIMER EPISODIO ESQUIZOFRENIA CON OCUPACION REGULAR	4	0,10%	0	0,00%
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	111	2,80%	16	2,20%
RETRASO MENTAL	109	2,70%	3	0,40%
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	84	2,10%	2	0,30%
TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO	48	1,20%	0	0,00%
Total	4.036	100,00%	729	100,00%

Fuente: DEIS Minsal año 2013

ACCIDENTES DE TRÁNSITO: La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en Chile es muy alta (5,2 por 100.000 hbts., DEIS, 2009), siendo la primera causa de muerte por causas externas en adolescentes y siendo ésta más alta en los hombres. (Minsal, 2010). De acuerdo a un estudio Cepal de 2004, los accidentes serían la primera causa de muerte en los adolescentes hombres y la segunda en adolescentes mujeres.

Salud Sexual y Reproductiva Inicio de actividad sexual:

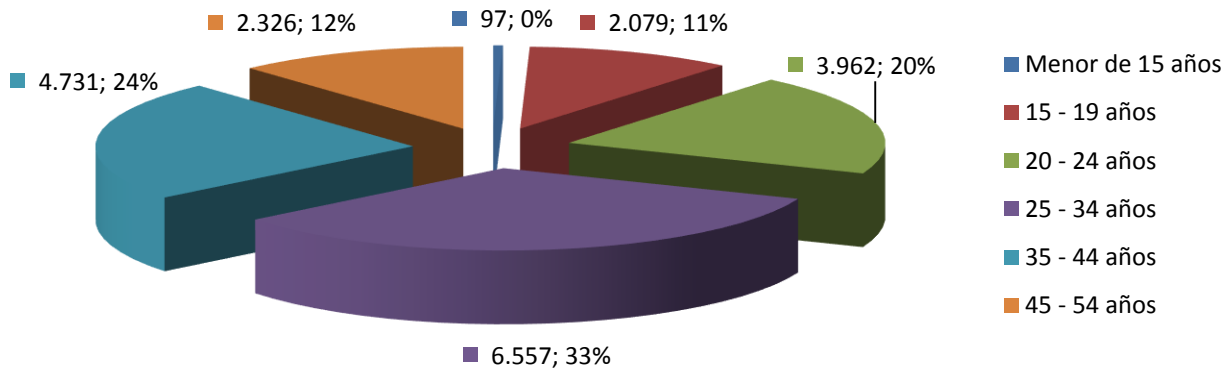
El 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual. La edad de inicio promedio es 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en

1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años (Injuv, 2010). Se distinguen diferencias sutiles por nivel socioeconómico, donde los segmentos socioeconómicos más acomodados inician su actividad sexual algo más tarde.

Existe un claro gradiente de uso de anticonceptivos, según nivel socioeconómico, de manera que el uso en el grupo de nivel socioeconómico ABC1, es de 76,1% en comparación con el nivel socioeconómico E, que usa anticoncepción en la primera relación sólo en el 39,3% (Injuv, 2010) aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo(a) y su familia. Se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre las que se encuentran, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

La población menor de 20 años que está en control por el uso de algún **método de regulación de fertilidad** corresponde a 2176 usuarias(os) que corresponde a un 15% del total bajo control, siendo de estos solo 73 varones.

Gráfico 46 Población en control según método de Regulación de Fertilidad Curicó Junio 2013



Fuente: DEIS Minsal año 2013

La cobertura alcanzada en el grupo de 15 a 19 años en Curicó corresponde a un 18%, distante al 48% de adolescentes en este grupo de edad que declara haber iniciado su vida sexual.-

El **embarazo adolescente** es un problema que se ha mantenido en los últimos años, alcanzando en el 2010 una cifra en la región cercana a 57 nacimientos por mil nacidos vivos entre 15 y 19 años. Del total de nacimientos en la comuna durante el año 2010, 303 hijos(as) fueron de madres entre 15 y 19 años y 9 de menores de 15 años, siendo hijos(as) de adolescentes el 14.3% del total de nacimientos de la comuna.

La maternidad adolescente, sus efectos secundarios como la deserción del sistema educacional antes o después del embarazo, la inserción precaria en el mercado laboral y el posible vínculo con la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente,

favorecen las condiciones para que los hogares formados por madres adolescentes posean características de vulnerabilidad social y económica. En este sentido, el embarazo en la adolescencia es una problemática social, por cuanto reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales, con lo que lo que representa de fondo un problemática.

Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas, tienen más riesgos de consecuencias adversas en salud, menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos sufren más riesgos de salud.

Salud del Adulto

Mortalidad: En el año 2010, la tasa de mortalidad en el grupo de 20 a 44 años de edad fue de 1,3 defunciones por 100.000 habitantes en hombres y de 0.6 en mujeres; en el grupo de 45 a 64 años de 7,3 en hombres y de 3,3 en mujeres. En ambos grupos etáreos, la tasa de defunciones fuer mayor en hombres que mujeres.(tabla 47)

Tabla 47 Mortalidad en el Adulto, según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

País, región y comuna	20 A 44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)	Defunciones	Tasa(*)
Total País	5.047	1,6	2.067	0,6	12.255	6,5	7.207	3,7
Del Maule	343	1,9	146	0,8	765	6,5	471	4
Curicó	34	1,3	15	0,6	114	7,3	55	3,3

(*) Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo. Fuente: DEIS Minsal Junio año 2013

En la Región del Maule el 2010, para **el grupo de 20 a 44 años**, las principales causas de muerte fueron las **Causas Externas**, presente en el 56.4% de los fallecimientos, con un total de 272 muertes, siendo en su mayoría hombres (216); en segundo lugar los **tumores** en el 14% de los casos y las **enfermedades del sistema circulatorio** con un 9%.
En **el grupo de 45 a 64 años**, los **Tumores** son la principal causa de muerte en el 28% de los casos, seguida de **Enfermedades del Sistema Circulatorio** (25%) y en tercer lugar las **Causas Externas (**16%).

AVISA en población Adulta

Adultos de 20 a 44 años: Al igual que en la población adolescente, se mantienen como *subgrupos* más importantes las **condiciones neuropsiquiátricas** y las **enfermedades digestivas,** pero en tercer lugar aparecen las **enfermedades cardiovasculares**.(tabla 48)

Tabla 48 AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos 20 a 44 años. Chile, 2004

Subgrupos de causas	AVISA	% del total
Condiciones Neurosiquiátricas	447.923	30,20%
Enf. Digestivas	254.290	17,10%
Enf Cardiovasculares	176.786	12,10%
Lesiones No Intencionales	146.191	10,80%
Lesiones Intencionales	95.988	6,90%
Enf. Musculoesqueléticas	82.127	5,50%

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

La primera *causa específica* de pérdida de AVISA en este grupo es la enfermedad **hipertensiva del corazón**, seguida por **los trastornos depresivos unipolares y dependencia del alcohol**. El patrón de causas específicas por sexo también es diferente, en **hombres** las primeras causas son la Dependencia de alcohol y Enfermedad hipertensiva del corazón mientras que en **mujeres** son los Trastornos depresivos unipolares y los Trastornos de las vías biliares y vesícula.

Tabla 49 AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adultos 20 a44 años. Chile, 2004

Ambos Sexos	AVISA	Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA

Enfermedad hipertensiva del corazón	147.287	Dependencia al alcohol	87.380	Trastornos depresivos unipolares	83.866
Trastornos depresivos unipolares	126.974	Enfermedad hipertensiva del corazón	82.918	Trastornos de las vías biliares y vesícula	66.100
Dependencia al alcohol	101.581	Accidentes de Tránsito	50.961	Enfermedad hipertensiva del corazón	64.369
Trastornos de las vías biliares y vesícula	87.282	Cirrosis Hepática	50.859	Agresiones	36.643
Accidentes de Tránsito	69.702	Trastornos depresivos unipolares	43.108	Infertilidad femenina, masculina y de la pareja	28.950
Agresiones	69.146	Agresiones	32.503	Úlcera péptica	28.568
Cirrosis Hepática	65.404	Úlcera péptica	28.897	Trastornos ansiosos	27.969

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Adultos de 45 a 59 años: ocupan el primer lugar el *subgrupo* de **enfermedades digestivas**, seguidas por **la condiciones neuropsiquiátricas** y las **enfermedades cardiovasculares**.

Tabla 50 AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos 45 a 59 años. Chile, 2004

Subgrupos de causas	AVISA	% del total
Enf. Digestivas	131.114	17,60%
Condiciones Neurosiquiátricas	121.465	16,30%
Enf Cardiovasculares	115.744	15,50%
Enf. Órganos de los sentidos	72.104	9,70%
Neoplasias Malignas	67.306	9,00%
Enf. Musculoesqueléticas	67.076	9,00%

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Las *causas específicas* más importantes son la enfermedad **hipertensiva del corazón**, la **cirrosis hepática** y los **trastornos de las vías biliares y vesícula**. En ambos sexos, la enfermedad hipertensiva del corazón es la primera causa; en hombres destaca que la cirrosis hepática ocupa el segundo lugar y en mujeres que el **edentulismo** esté en el tercero.

Tabla 51 AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adultos 45 a59 años. Chile, 2004

Ambos Sexos	AVISA	Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA
Enfermedad hipertensiva del corazón	64.672	Enfermedad hipertensiva del corazón	29.720	Enfermedad hipertensiva del corazón	34.952
Cirrosis Hepática	38.206	Cirrosis Hepática	29.048	Trastornos de las vías biliares y vesícula	23.994
Trastornos de las vías biliares y vesícula	32.919	Diabetes tipo II	16.662	Edentulismo	14.919
Diabetes tipo II	30.655	Enf Isqémica del corazón	14.900	Trastornos depresivos	14.439

				unipolares	
Trastornos de la Visión relacionados con la edad	27.374	Trastornos de la Visión relacionados con la edad	13.498	Diabetes tipo II	13.993
Edentulismo	20.195	Accidentes de Tránsito	11.925	Trastornos de la Visión relacionados con la edad	13.876
Trastornos depresivos unipolares	20.124	Dependencia al alcohol	10.221	Trastornos ansiosos	12.304

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Condiciones de riesgo para la salud del Adulto

Hipertensión Arterial: La hipertensión es la principal causa específica de carga de enfermedad en población adulta, tanto en hombres como en mujeres y es el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible en Chile (Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007).

Según la ENS 2010, el 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada. En población de 25 a 44 años la prevalencia esperada es de un 13% y de 45 a 64 años de un 43.8% (48.1% en Hombres y 39.8% en Mujeres) , siendo la población con niveles educacionales bajos en los que presentan una mayor prevalencia (51,1%), mientras que los medio y altos solo 22,8% y 16,7% respectivamente.

Curicó, el año 2013 presenta una cobertura de Hipertensos(as) mayor a 15 años en control de 14,7%, presentando una brecha de un 7% en relación a la prevalencia estimada por el MINSAL y de un 12% para la estimada según ENS 2010. En el grupo de 15 a 64 años (adolescentes y adultos), ésta brecha de cobertura corresponde a un 6,3%.(tablaxx)

Tabla 52.- Cobertura Hipertensión Arterial 15 y más años. Curicó, Junio 2013

Cobertura Hipertensión	Población de 15 y más años		
	15-64 años	**65 y más años**	**Total**
Pobl. Per cápita	90.812	12.880	103.692
Prevalencia esperada MINSAL	**15,70%**	**64,30%**	**21,70%**
	14257	8282	22539
Hipertensos Bajo Control	8.554	6695	15.249
Cobertura Hipertensión	9,40%	52,00%	14,70%
Brecha Cobertura	6,30%	12,30%	7,00%

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2013

El Ministerio de Salud con fines evaluativos de metas sanitarias incorpora el indicador de **Cobertura Efectiva** que evalúa dos aspectos, la proporción de personas con HTA "controladas" o "compensadas" (PA<140/90 mmHg), y el número total de personas con HTA estimadas para una determinada población según la prevalencia. Hasta el año 2011, se utilizaba el indicador de **cobertura**, por una parte, y el de **compensación**, por otra. El indicador de cobertura efectiva se construye con el número de personas hipertensas de 15 y más años con PA<140/90 mmHg bajo control del Total de personas de 15 y más años hipertensas estimadas según prevalencia (15,7% para población entre 15 y 64 años y de 64.3% para 65 años y más) y el **MINSAL espera que éste indicador sea superior al 50%.**

Curicó presenta un 8,5% de **Cobertura Efectiva** del total de la población mayor de 15 años, un 39.3% según prevalencia esperada y de 58% del total de Hipertensos(as) bajo control. para el grupo de 15 a 64 años (adolescentes y adultos) dichas coberturas son de 5,9%, 37,3% y 62.2% respectivamente.

Tabla 53.- Cobertura Efectiva Hipertensión Arterial. Curicó, Junio 2013

Cobertura Efectiva HTA	Poblacion de 15 y más años		
	15-64 años	**65 y más años**	**Total**
Pobl. Percápita	90.812	12.880	103.692
Prevalencia esperada MINSAL	**15,70%**	**64,30%**	**21,70%**
	14257	8282	22539
Hipertensos Bajo Control	8.554	6695	15.249
Hipertensos con PA < 140/90 mmHg	5320	3531	8851
Cobertura Efectiva del Total de la población	5,90%	27,40%	8,50%
Cobertura Efectiva de la Prevalencia Esperada según MINSAL	**37,30%**	**42,60%**	**39,30%**
Cobertura Efectiva del Total Bajo Control	62,20%	52,70%	58,00%

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2013

En el grupo de adultos de 45 a 64 años, grupo en el que existe la mayor prevalencia de Hipertensión en población adulta según la Encuesta nacional de Salud, Curicó presenta una brecha de cobertura de 21,1% distante del 43,8% esperado y que al comparar por sexo, en hombres dicha brecha es aún más significativa (30,6%), dado que en ambos sexos se espera una prevalencia similar. La brecha de cobertura en mujeres es solo de un 12.6%.

Tabla 54.- Cobertura Efectiva Hipertensión Arterial. Adultos 45 a 64 años. Curicó, Junio 2013

Cobertura Efectva HTA	45 - 64		
	Hombres	**Mujeres**	**Total**
Pobl. Percápita	14.342	16245	30.587
Prevalencia esperada (ENS)	**48,10%**	**39,80%**	**43,80%**
Hipertensos(as) Bajo Control	2.508	4.426	6.934
Cobertura HTA	**17,50%**	**27,20%**	**22,70%**
Brecha Cobertura	**30,60%**	**12,60%**	**21,10%**
Hipertensos(as) Compensados(as)* en control	1.451	2.743	4.194
Población HTA Compensada del bajo control	**57,90%**	**62,00%**	**60,50%**

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2013 *PA < 140/90 mmHg

Diabetes: La diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. La principal causa de muerte en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular. Por otro lado, la diabetes es la principal causa de ceguera en adultos entre los 20 y 74 años, mientras que el 35,4% de los ingresos a hemodiálisis por enfermedad renal crónica terminal corresponde a pacientes diabéticos (Poblete,2010). Entre un 60% y un 70% de las personas con diabetes tiene neuropatía, y se estima que entre el 40% y 70% de las amputaciones de extremidades inferiores se relacionan con esta enfermedad (OMS, 2005).

La prevalencia estimada de diabetes por la Encuesta Nacional de Salud 2010, es de 9,4% en población mayor a 15 años, tres puntos porcentuales más alta que la prevalencia informada por la misma encuesta realizada en 2003 (ENS 2003; ENS 2010). La prevalencia aumenta con la edad: 0,4% en el rango de 15-24 años, 3,8% en los de 25-44 años, 16,9% en los de 45-64 años y 25,8% en los de 65 y más años. También existe una gradiente educacional con prevalencias significativamente mayores en el nivel educacional más bajo (20,5%) respecto a los niveles medio y alto (7,1% y 6,2% respectivamente).

Curicó, el año 2013 presenta una cobertura de Diabéticos(as) mayor a 15 años en control de 6,2%, presentando una brecha de un 6,2% en relación a la prevalencia estimada por el MINSAL y de un 3,2% para la estimada según ENS 2010.

Tabla 55 Cobertura Diabetes Mellitus Tipo 2 de 15 y más años. Curicó, Junio 2013

Cobertura Diabetes	Poblacion de 15 y más años		
	15-64 años	**65 y más años**	**Total**
Población Per cápita	90.812	12.880	103.692
Prevalencia esperada MINSAL	10,00%	25,00%	11,90%
	9081	3220	12301
Diabéticos(as) Bajo Control	3.207	2615	5.822
Cobertura Diabetes	3,50%	20,30%	5,60%
Brecha Cobertura	6,50%	4,70%	6,20%

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2013

El Ministerio de Salud con fines evaluativos de metas sanitarias y además no solo mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición incorpora el indicador de **Cobertura Efectiva** que evalúa dos aspectos, la proporción de personas con DM2 "controladas" o "compensadas" (HbA1c<7%), y el número total de personas con DM2 estimadas según prevalencia (10,0% para población entre 15 y 64 años y de 25,0% para 65 años y más). **El MINSAL tiene como meta país alcanzar sobre un 22% en éste indicador.**

Curicó presenta un 2,6% de **Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus tipo 2** del total de la población mayor de 15 años, **un 21,9% según prevalencia esperada** (22% meta país) y de 46.2% del total de Diabético(as) en control. Los Adultos Mayores Diabéticos son los que presentan coberturas efectivas significativamente mayores a las esperadas y el grupo de 15 a 64 años es el que presenta la mayor brecha de efectividad en el tratamiento.

Tabla 56 Cobertura Efectiva Diabetes Mellitus tipo 2. Curicó, Junio 2013

Cobertura Efectiva Diabetes	Población de 15 y más años		
	15-64 años	**65 y más años**	**Total**
Pobl. Percápita	90.812	12.880	103.692
Prevalencia esperada MINSAL	**10,00%**	**25,00%**	**11,90%**
	9081	3220	12301
Diabéticos(as) Bajo Control	3.207	2615	5.822

Diabéticos(as) con HbA1C<7%	1179	1509	2688
Cobertura Efectiva del Total de la población	1,30%	11,70%	2,60%
Cobertura Efectiva de la Prevalencia Esperada según MINSAL	**13,00%**	**46,90%**	**21,90%**
Cobertura Efectiva del Total Bajo Control	36,80%	57,70%	46,20%

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2013

Cáncer: En Chile, el cáncer es la primera causa de años de vida perdidos por muerte prematura (175.741 años equivalentes al 22,5% del total). Sumando los años de vida perdidos por discapacidad, el cáncer es responsable de 221.529 AVISA, ubicándolo en el séptimo lugar de grupos de causas de carga de enfermedad y en quinto lugar en el grupo de 45 a 64 años.

El Cáncer es la primera causa de muerte en población adulta entre 45 y 64 años y al no tener el dato comunal de mortalidad por cáncer podemos identificar que en la Región del Maule, del total de fallecidos por cáncer durante el año 2010, el **Cáncer gástrico** fue el que ocasionó la mayor cantidad de muertes seguido por el de **Vesícula y vías Biliares** en segundo lugar y el de **Tráquea, bronquios y pulmón** en tercero. En hombres, la primera causa de muerte por Tumores es por cáncer de estómago seguido por el cáncer de Tráquea, bronquios y pulmón. En mujeres, el cáncer de vesícula y vías biliares es la primera causa, seguido por el de estómago como segunda y el cáncer de Mama como tercera.

Tabla 57 Mortalidad por Tumores Malignos Región del Maule, año2010

Tumores Malignos	**2010**					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total Tumores Malignos	**1.403**	**139,2**	**743**	**148**	**660**	**130,5**
Esófago	60	6	42	8,4	18	3,6

Estómago	233	23,1	162	32,3	71	14
Colon	70	6,9	29	5,8	41	8,1
Recto	23	2,3	11	2,2	12	2,4
Hígado y de las vías biliares intrahepáticas	63	6,3	23	4,6	40	7,9
Vesícula, de otras partes y no especificadas de las vías biliares	134	13,3	31	6,2	103	20,4
Páncreas	53	5,3	25	5	28	5,5
Tráquea, bronquios y pulmón	108	10,7	75	14,9	33	6,5
Melanomas malignos de la piel	12	1,2	8	1,6	4	0,8
Otros tumores malignos de la piel	13	1,3	4	0,8	9	1,8
Mama	68	6,7	0	0	68	13,4
Cuello del útero	44	4,4	0	0	44	8,7
Otros tumores malignos	522	51,8	333	66,3	189	37,4

* Tasa de mortalidad de "Todas las causas" por 1.000 habitantes y tasas de mortalidad por causas específicas por 100.000 habitantes. Fuente: DEIS 2010

Enfermedades Mentales: En Chile las condiciones neuropsiquiátricas son el primer grupo de causas de carga de enfermedad, responsables del 23,2% del total de AVISA. Dentro de esta categoría, los trastornos mentales son los que más contribuyen a la carga de años de vida perdidos por discapacidad, destacándose en orden de magnitud de AVISA: depresión unipolar, dependencia del alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, Alzheimer y otras demencias, y trastorno bipolar (MINSAL, 2007).

Asimismo, la relación entre enfermedades mentales y enfermedades físicas está ampliamente documentada; los trastornos mentales pueden aumentar el riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles (Prince et al., 2007). Es así que los trastornos mentales son también responsables indirectos de la carga de enfermedad de otras patologías. En el caso de los accidentes de tránsito, estos se ubican entre las cinco primeras causas de AVISA y están altamente relacionados con el consumo perjudicial y la dependencia de alcohol. Asociado a esto último, la cirrosis hepática es responsable del 15,2% de los años de vida saludables perdidos en los hombres (MINSAL, 2007).

En Curicó, los diagnósticos más prevalentes en el grupo de Adultos de 20 a 64 años en el Programa de Salud Mental son los Trastornos del Humor(Depresión) con el 60% de los casos, seguido por los Trastornos de Ansiedad (26%), destacando el hecho de que el 80% del total de la población en control corresponde a mujeres llegando al 90% en el caso de Trastornos del Humor (Depresión) Tabla xx

Tabla 58 Población Bajo control según Diagnóstico Curico Junio 2013

DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES		Población en control 20 a 64 años		
		Ambos sexos	**Hombres**	**Mujeres**
TRASTORNOS DEL HUMOR(AFECTIVOS)	DEPRESIÓN LEVE	1144	149	995
	DEPRESIÓN MODERADA	1998	190	1808

	DEPRESIÓN GRAVE	91	19	72
	DEPRESIÓN POST PARTO	75	0	75
	TRASTORNO BIPOLAR	23	3	20
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	POSIBLE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL : **AUDIT**:16 o más ptos	357	282	75
	OTRA SUSTANCIA COMO DROGA PRINCIPAL	26	11	15
	POLICONSUMO	254	205	49
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		1458	248	1210
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS		1	1	0
TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS A DEMENCIA		1	1	0
ESQUIZOFRENIA		4	1	3
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		53	0	53
RETRASO MENTAL		37	19	18
TRASTORNO DE PERSONALIDAD		61	16	45
Total Población en control según Diagnóstico		**5583**	**1145**	**4438**

Fuente: DEIS Minsal año 2013

Accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios: En la región las Causa Externas de Mortalidad son el primer grupo de causa de fallecimientos en el grupo de adultos de 20 a 44 años y la tercera en el grupo de 45 a 64 años (DEIS 2010). Los traumatismos secundarios a accidentes de tránsito constituyen la quinta causa específica de carga de enfermedad (AVISA) en ambos sexos de 20 a 44 años y la tercera causa entre hombres en el mismo grupo etáreo. En el país el número de personas que fallecen víctimas de accidentes de tránsito más que triplica el número de víctimas de homicidios y violencia cada año.

Curicó, presenta una tasa mayor de accidentabilidad con consecuencias fatales y de morbilidad que las cifras país y de la región, registrando una tasa cercana a los 13 fallecidos por 100.000 habitantes

Tabla 59.- Tasas de Accidentabilidad, Mortalidad y Morbilidad por accidentes de tránsito Chile 2012

País, región y comuna	TASA DE ACCIDENTABILIDAD		TASA DE MORTALIDAD		TASA DE MORBILIDAD	
	100.000 HABITANTES	**100.000 VEHICULOS**	**100.000 HABITANTES**	**100.000 VEHICULOS**	**100.000 HABITANTES**	**100.000 VEHICULOS**
País	**335,07**	**155,49**	**8,75**	**3,83**	**305,84**	**133,94**
Región del Maule	**382,83**	**148,3**	**12,6**	**4,88**	**342,1**	**132,52**

Curicó	**654,47**	**316,2**	**12,61**	**6,09**	**505,22**	**244,09**

CONASET Información estadística de accidentes de tránsito en Comunas, Distritos, Circunscripciones y Regiones de Chile (Año 2012)

En Chile, las agresiones están entre las cinco primeras causas de AVISA en mujeres. Además, son la principal causa especifica de AVISA por lesiones en mujeres, mientras que en los hombres lo son los accidentes de tránsito.

Las agresiones que sufren las mujeres son mayoritariamente por violencia doméstica, intrafamiliar o basada en el género. Alrededor del 90% de las denuncias por esta causa son efectuadas por mujeres, lo que confirma la direccionalidad de género en la violencia intrafamiliar. La OMS ha definido a la VIF como una "epidemia". Cuando la violencia afecta a una mujer, existe una alta probabilidad de que los niños de la familia también la sufran (OPS, 2003). Los niños sufren no solo por ser testigos de esa violencia, sino también porque su madre no está en condiciones de protegerlos de los abusos de otras personas cercanas e, incluso, porque ella misma puede maltratarlos.

En Curicó, el 6% de la población en control del Programa de Salud Mental corresponde a víctimas o agresores de Violencia de Género, de estos 329 corresponden a mujeres víctimas de Violencia.

Tabla 60 Numero de personas en control por Violencia de genero Curico Junio 2013

Población 20-64 años Programa de Salud Mental por situación de Violencia de género	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Víctima	330	1	329
Agresor	36	35	1

Fuente: DEIS Minsal Junio año 2013

Salud del Adulto Mayor

Mortalidad: En el año 2010, la tasa de mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad fue de 33,3 defunciones por 100.000 habitantes en hombres y de 21,9 en mujeres; en el grupo de 80 y más años fue de 142,5 en hombres y de 148,3 en mujeres.

Tabla 61 Mortalidad en el Adulto Mayor, según sexo, por Región y Comuna. Chile, 2010

País, región y comuna	65 a 79 años				80 y más años			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
Total País	17.722	32,5	13.265	19,6	15.232	132,1	21.806	107,6
Del Maule	1.205	34,1	835	20,8	1.057	138,5	1.345	131,4
Curicó	135	33,3	111	21,9	118	142,5	184	148,3

(*) Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo. Fuente: DEIS Minsal Junio año 2013

En el 2010, las principales causas de muerte en el **grupo de 65 a 79 años** fueron las enfermedades del sistema circulatorio (32%) y los tumores (30%) y en el **grupo de 80 y más años**, las enfermedades del sistema circulatorio (42%) y los tumores (17,5%).
AVISA en población Adulta Mayor: Este estrato representa el 16,3% del total de AVISA de la población.

En el grupo de 60 a 74 años, predominan las **Enfermedades Digestivas**, con un 17,4% del total de AVISA para este grupo de edad, dadas principalmente por trastornos de las vías biliares y vesícula, y cirrosis hepática; en segundo lugar, se encuentran las **condiciones neuropsiquiátricas**, con un 15,3% de los AVISA, siendo el Alzheimer y otras demencias, el subgrupo más importante. **Las Enfermedades Cardiovasculares** están en tercer lugar y Las **Neoplasias Malignas** en cuarto, con un 12,9%, predominando el cáncer gástrico, cáncer pulmonar, cáncer de próstata y de vía biliar.

Al analizar por sexo, en el grupo de 60 a 74 años, cobra importancia la Enfermedad isquémica del corazón, las Cataratas, el Glaucoma y el Alzheimer junto a otras demencias, en ambos sexos. Aumenta en importancia, principalmente en hombres, la Enfermedad cerebrovascular.

Tabla 62.- AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos Mayores 60 a 74 años. Chile, 2004

Subgrupos de causas	AVISA	% del total
Enf. Digestivas	105.988	17,20%
Condiciones Neurosiquiátricas	91.911	14,90%
Enf Cardiovasculares	88.795	14,40%
Neoplasias Malignas	75.270	12,20%
Enf de Órganos de los Sentidos	66.240	10,80%

Enf. Musculoesqueléticas	**60.666**	**9,90%**

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

En el grupo de 75 y más años, las tres principales causas de AVISA son **condiciones neuropsiquiátricas** (26,4%) que al igual que el tramo previo, están dadas principalmente por Alzheimer y otras demencias. Le siguen las **Enfermedades Cardiovasculares** (16,5%) y **Enfermedades Digestivas** (14,0%).

En hombres predominan las Enfermedades cardiovasculares (cerebrovasculares e isquémicas del corazón). En mujeres se mantiene la importancia del Alzheimer y otras demencias, junto a la Enfermedad cerebrovascular.

Tabla 63 AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos Mayores de 75 años. Chile, 2004

Subgrupos de causas	AVISA	% del total
Condiciones Neurosiquiátricas	**75.751**	**24,90%**
Enf Cardiovasculares	**51.008**	**16,70%**
Enf. Digestivas	**43.306**	**14,20%**
Neoplasias Malignas	**28.297**	**9,30%**
Enf de Organos de los Sentidos	**24.403**	**8,00%**
Enf. Musculoesqueléticas	**18.257**	**6,00%**

*Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Condiciones de riesgo para la salud del Adulto Mayor

En el país, desde un pasado con enfermedades agudas, de predominio infeccioso y además únicas (unimórbidas), principalmente en niños y sin mayor compromiso de la funcionalidad; se ha pasado a un perfil de enfermedades crónicas, degenerativas, de manifestación simultanea (comorbilidad), con predominio en adultos mayores, y con habitual compromiso de la funcionalidad (Vergara G., 2006).

Es difícil determinar la frontera entre envejecimiento normal y patológico, sin embargo, es bastante claro que en el proceso de envejecimiento se estrecha notablemente la reserva funcional de cada órgano y sistema, de tal modo que pequeñas injurias o desbalances, generan más rápidamente una insuficiencia (Guijarro J., 1999).

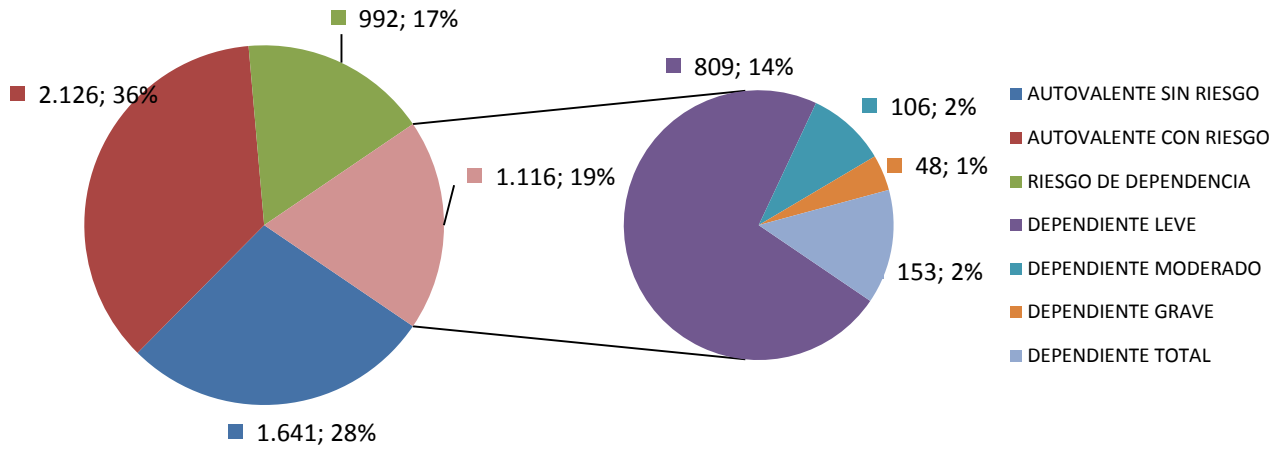
Lo más relevante es que la enfermedad en el adulto mayor, se hace presente a través de la pérdida de funcionalidad, siendo éste el nodo común al que confluyen las diversas patologías (Landi et al., 2010).

La independencia funcional o funcionalidad no es otra cosa que la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno habitual y cumpliendo su rol social. El deterioro funcional es

un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, El objetivo primordial del enfoque geriátrico es la mantención y mejoría de la funcionalidad, ya que este es el mejor indicador de salud en el adulto mayor (Beswick A. et al., 2008).

En nuestra comuna el 27,9% del total de adultos mayores en control presenta Autovalencia Sin Riesgo, 36,2% Autovalencia Con Riesgo, 16,9 presenta Riesgo de Dependencia y 19% presentan algún nivel de Dependencia. Dentro de estos últimos el 13,7% presenta Dependencia Total es decir se encuentran postrados en su domicilio.

Gráfico 64.- Población en Control Programa de Salud del Adulto Mayor por Condición de Funcionalidad



Fuente: DEIS Minsal Junio año 2013

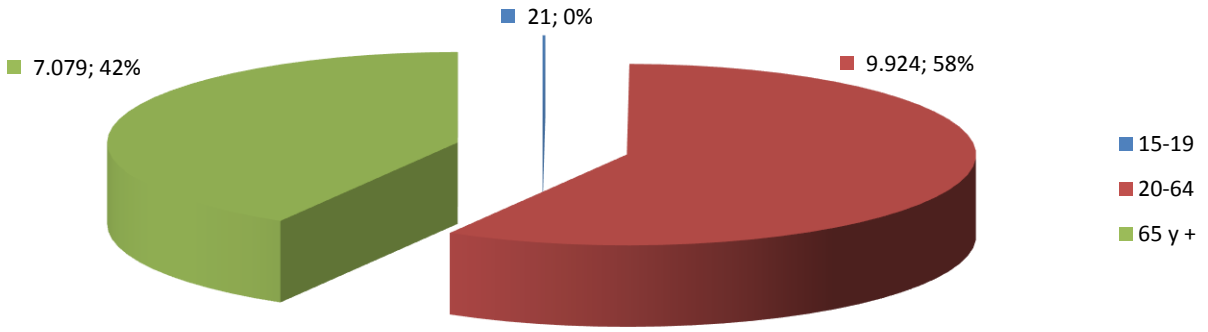
La funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida no solo dependen de los procesos biológicos inherentes al envejecimiento, sino también del contexto social y económico en el cual éste se vive. La gran diferencia entre la prevalencia de dependencia en los afiliados al sistema público y aquellos afiliados al sistema privado de salud, con diferencias que alcanzan casi al doble en las personas mayores adscritas al sistema público de salud, muestra de manera irrefutable no solamente una tremenda desigualdad de clase, sino además demuestra como el sistema público debe enfrentarse a una demanda de servicios y un gasto asociado cada vez mayor (Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, SENAMA)

Hoy en día la dependencia presente en los adultos mayores chilenos es producto de una cadena de hechos acontecidos a los largo de sus vidas. Observamos como la escasa educación es un factor de riesgo de padecerla, situación que no es modificable en esta etapa. A este determinante social se suma como factor de riesgo la presencia de una o más enfermedades crónicas, como son la Diabetes tipo 2 y los Accidentes Vasculares.

Los adultos mayores, aún en los mejores sistemas de salud, pueden presentar múltiples enfermedades crónicas, de tal manera que el status de enfermo es permanente y, en la mayoría de los casos, definitivo. Sobre esta condición se superponen eventos agudos de enfermedad o se

producen frecuentes reagudizaciones de la patología crónica preexistente. En Curicó, gran parte de las personas con riesgo cardiovascular en control son adultos mayores (42%).

Gráfico 65.- Población en control Programa de Salud Cardiovascular



Fuente: DEIS Minsal Junio año 2013

ANTECEDENTES DE MORBILIDAD

Egresos Hospitalarios: Del total de egresos hospitalarios en Curicó, el mayor porcentaje corresponde a causa del proceso de parto y puerperio (30%) seguido por enfermedades del Sistema Digestivo (15%) y del Sistema Respiratorio (9.8%)Teniendo un patrón similar a la región y el país.(tablaxx)

Tabla Nº 66- Egresos Hospitalarios por grupos de causas, Chile, región del Maule, Comuna Curicó año 2009.y la importancia relativa de las causas de Egreso

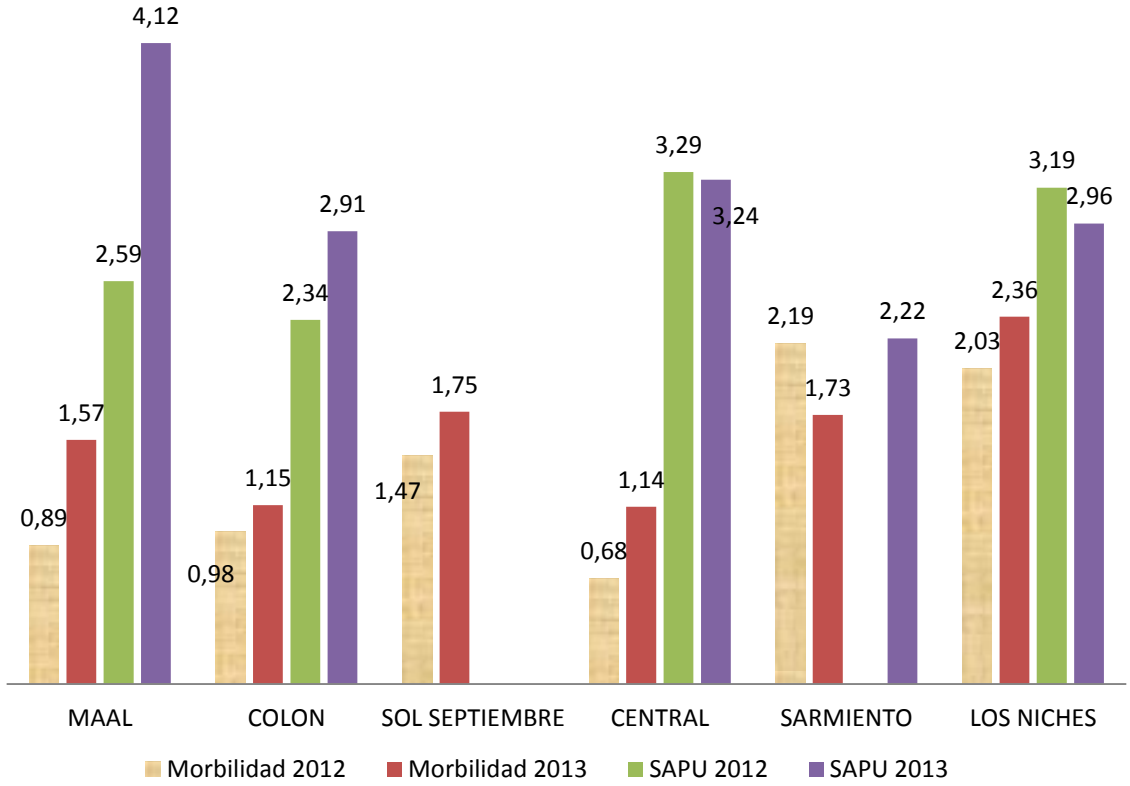
Causas de Egreso	*Chile*	*%*	*Región*	*%*	*Curicó*	*%*
Enf. Parto y puerperio	340.348	20,2	17.940	36,6	4.924	30,2
Enf. Sistema Digestivo	197.036	11,7	4.886	10	2.455	15
Enf. Sistema Respiratorio	179.338	10,7	4.590	9,4	1.592	9,8
Traumatismos y envenenamientos	156.646	9,3	3.001	6,1	1.408	8,6
Enf. Sistema 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	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	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
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	49.014	100	16.327	100

Fuente: DEIS Minsal año 2009

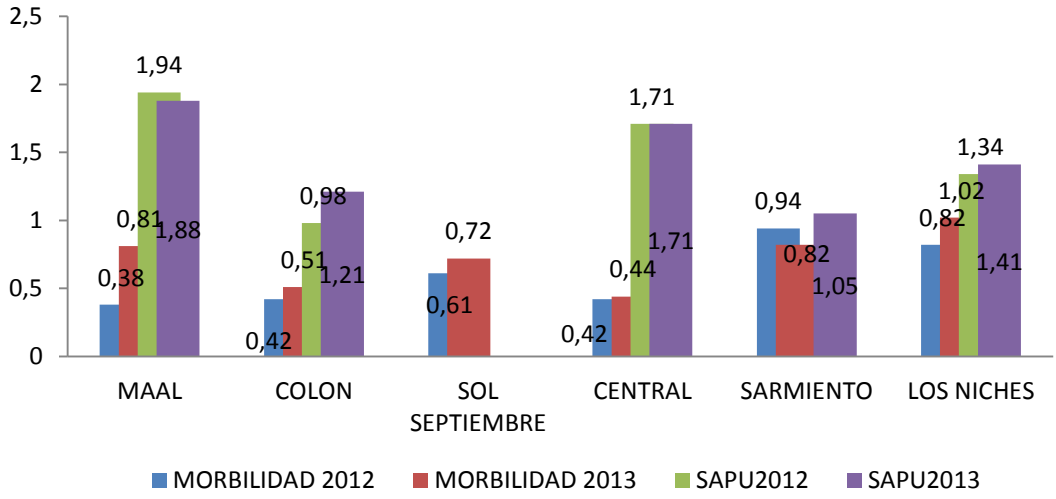
Del total de egresos, el mayor porcentaje corresponde a población entre 20 y 44, influyendo directamente en ello los egresos por Parto en la población femenina. Las principales causas de egresos en niños, corresponden a enfermedades del sistema respiratorio, mientras en el grupo de adolescentes (10-19 años), la primera causa al igual que en el grupo de 20 a 44 es por Parto espontaneo, o sus complicaciones

En la población de 45 a 64 años la principal causa es por patología del sistema digestivo, y en el grupo adulto mayor por enfermedades del sistema circulatorio.

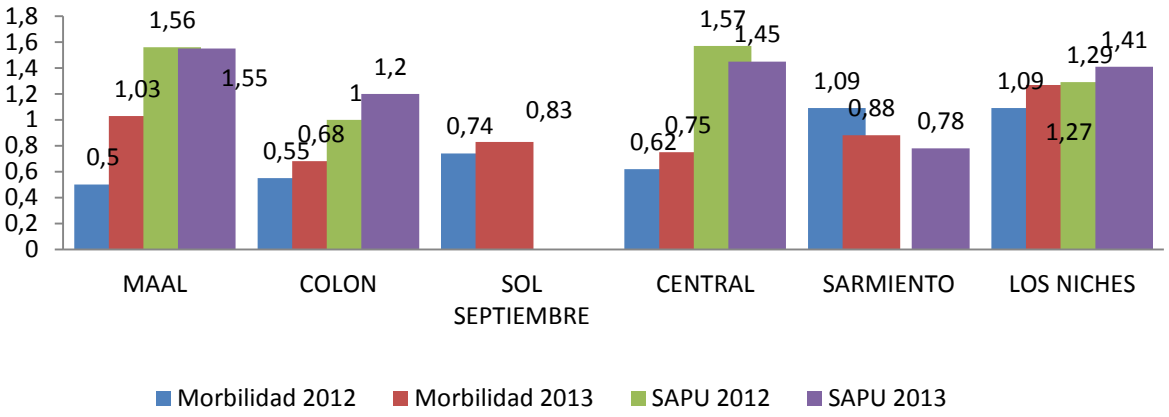
Tasas consulta Infantil Morbilidad y SAPU 2012-2013



Tasas de Consulta Adolescente Morbilidad y SAPU 2012-2013



Tasas consulta Adulto Morbilidad y SAPU 2012-2013



Enfermedades De Notificación Obligatoria: Estas enfermedades son en general evitables a través de estrategias de prevención y promoción de la salud y en el tiempo han mostrado una disminución, fundamentalmente las de transmisión alimentaria, de transmisión sexual y las prevenibles a través de inmunizaciones, aun así es esperable que estas cifras mejoren.

Tabla 70.- Tasa de Incidencia de las enfermedades de notificación obligatoria, su tendencia.

Patologías	2007	2008	2009	2010	2011
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
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

DEIS-MINSAL 2011

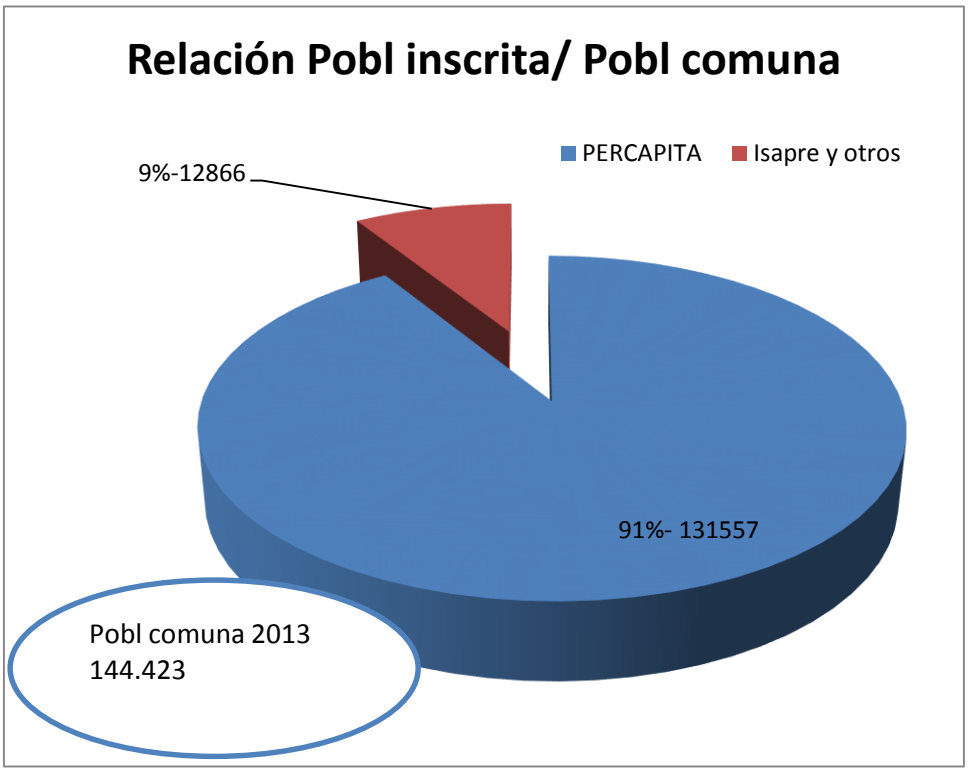
En la tabla N° 13, se muestra la relación entre los casos observados en la comuna, verus la región y el país encontrándose que aún es necesario y urgente mejorar el indicador de Hepatitis Víricas. También la presencia constante y la tendencia al aumento de tuberculosis, nos obliga a reforzar las medidas de vigilancia epidemiológica específicamente la pesquisa activa y el tratamiento oportuno.

13.-Índice Epidémico 2011

Enfermedades	*INDICE EPIDEMICO*		
	CURICÓ	*REGIÓN*	*CHILE*
Transmitidas por alimentos	*0*	*0.66*	*1.12*
Trans. Respiratoria (TBC)	*1.11*	*1*	*1.03*
Transmisión. Sexual	*0.72*	*0.97*	*1.15*
Prevenibles por inmunización	*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*

POBLACION USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En nuestro país, lo que define el acceso de la población a los servicios de salud, es el seguro de salud al cual están afiliadas. En el caso de la comuna, un 91 % de la población es beneficiaria y se encuentra inscrita en nuestros establecimientos, mientras que un 9 % Isapre y otros regímenes
(CAPREDENA – DIPRECA, etc.)



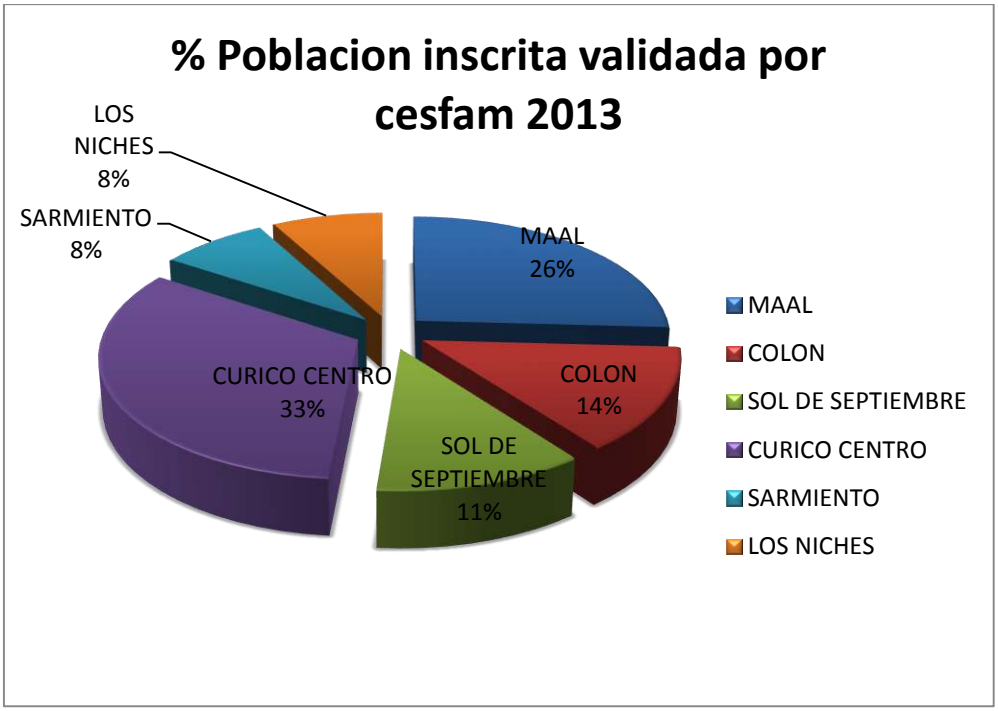
Fuente: INE

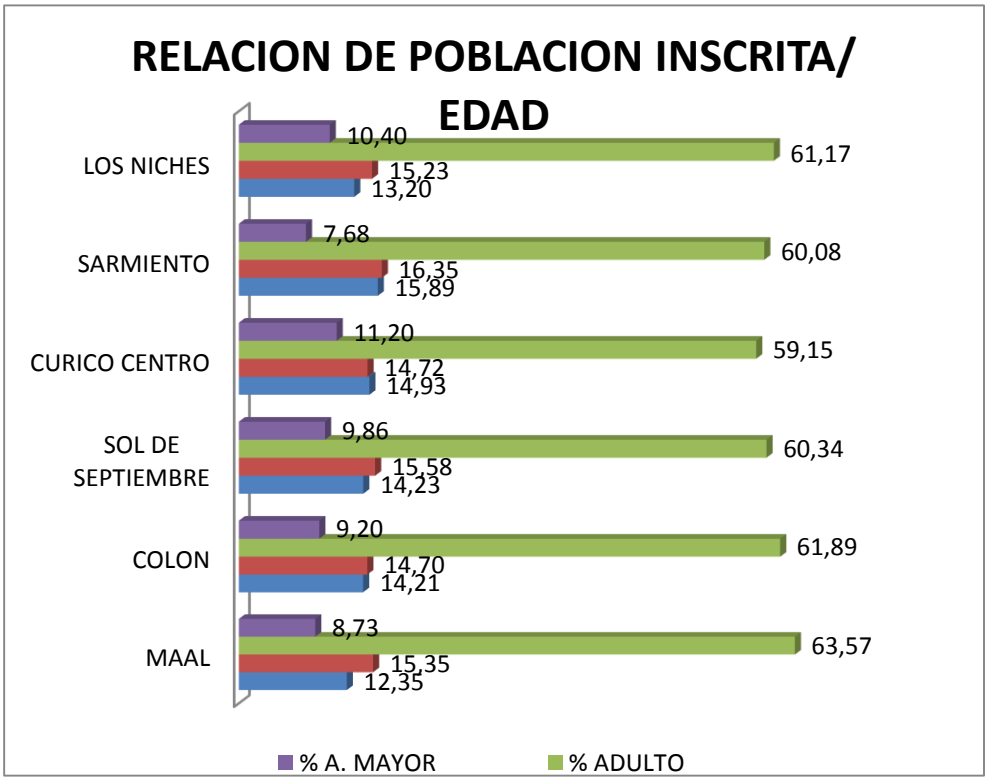
Lo anterior implica que este gran porcentaje de población accede a la atención a través de nuestros establecimientos de atención primaria, de esta manera las características del acceso y la oportunidad son un gran desafío, y están condicionadas en gran medida por los recursos existentes y su gestión, tanto de recursos humanos como de infraestructura.

El total de población inscrita validada corresponde a 131557 personas, concentrándose preferentemente en el grupo de edad adulta (20 a 64 años de edad) Existen claras diferencias entre Establecimientos al comparar los porcentajes de población correspondientes a cada uno, según grupos de edad, lo que se muestra en el grafico a continuación, además se aprecia que el mayor porcentaje de población Infantil y adolescente se concentra en los Establecimientos de sarmiento y Sol de septiembre, la mayor cantidad de adulto se concentra en MAAL, y la mayor cantidad de adultos mayores en Central y Los Niches

Lo anterior es importante de considerar a la hora de definir y gestionar los recursos de

acuerdo al perfil de consulta y necesidades de esta población en particular, en vistas a satisfacer las necesidades de acceso y oportunidad de la atención, asi como la orientación de los programas de Promoción y Prevención dirigidos a a intervenir sobre factores de riesgo que se relacionan con estilos de vida.





ACTIVIDADES Y LOGROS EN SALUD POR CICLO VITAL

Las actividades se inician con la atención integral de la diada, madre hijo y la incorporación del progenitor, y continua con las atenciones propias del estado de salud, la evolución del desarrollo esperable para la edad.

El Modelo de Atención Integral tiende al cuidado de salud de la población teniendo como meta la entrega de las prestaciones pertinentes a la situación sanitaria de ésta, con un criterio de equidad y la búsqueda de equilibrio entre las necesidades de la población y las prestaciones entregadas por los centros de salud. Lo cual conlleva una adecuación de la oferta frente a los problemas de salud demandados por esta. Además, el modelo nos desafía a funcionar como red asistencial en donde el usuario debiera transitar por los diferentes niveles de complejidad en forma continua, logrando solucionar sus problemas de salud en forma eficiente y con el máximo de calidad.

Es en ese contexto que encontramos una serie de logros y actividades desarrolladas en salud, durante el último año que nos permiten evaluar nuestro quehacer y a su vez enfocarnos en lo que se plantea para el 2014-2016.-

El análisis los realizaremos por ciclo vital y en forma transversal en el caso de aquellos convenios o programas que tiene un alcance horizontal.

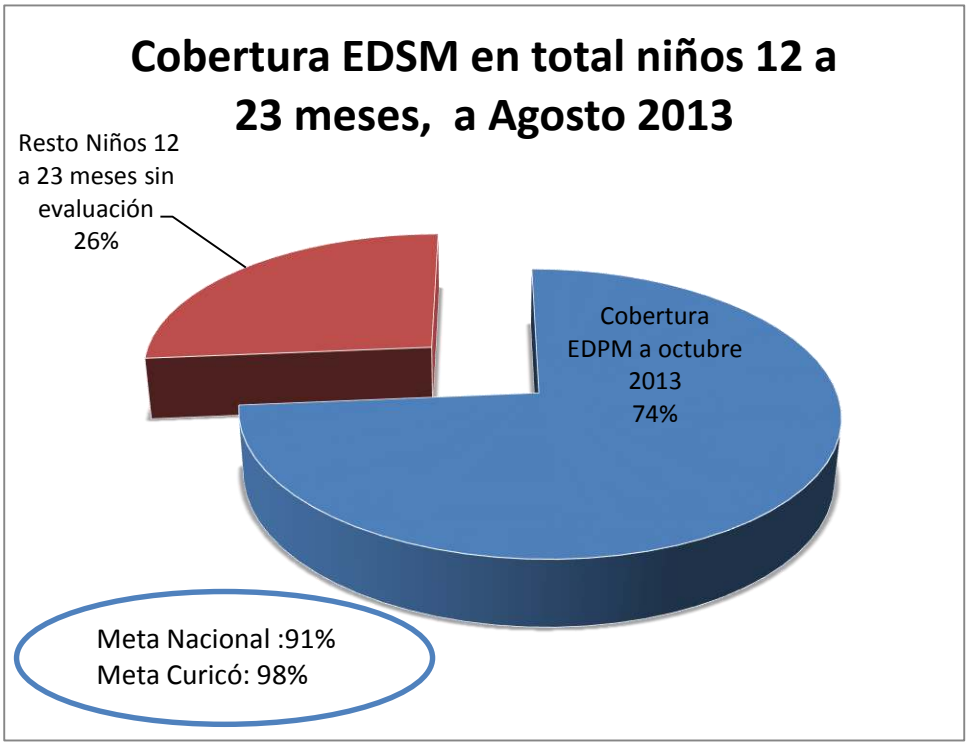


Salud del Niño

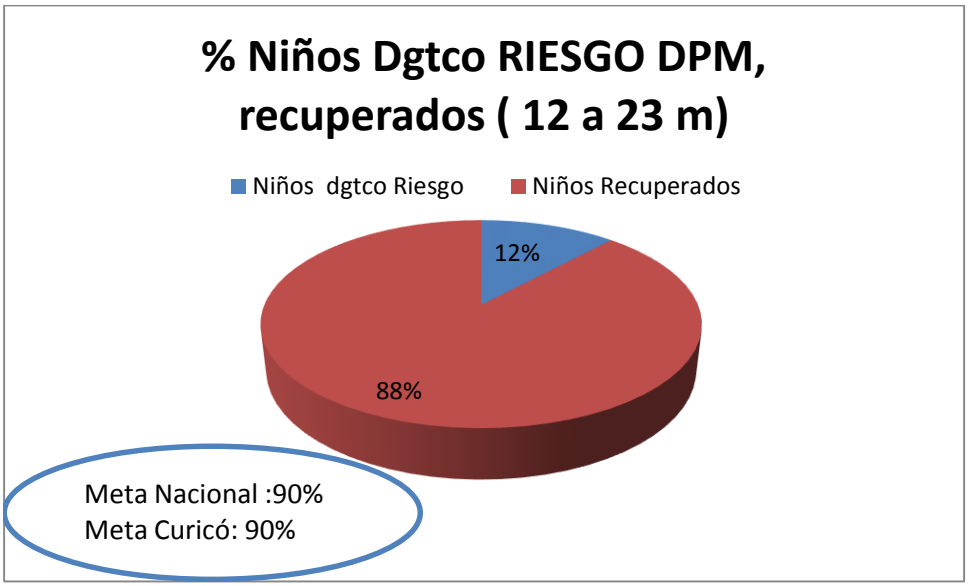
Metas e Índices de actividad de Atención Primaria (IAAPS)

Evaluación desarrollo Psicomotor

En Relación al Desarrollo psicomotor, se evalúan dos indicadores la cobertura de la aplicación de las escalas en niños de 12 a 23 meses, con la finalidad de identificar riesgo o retraso e intervenir precozmente



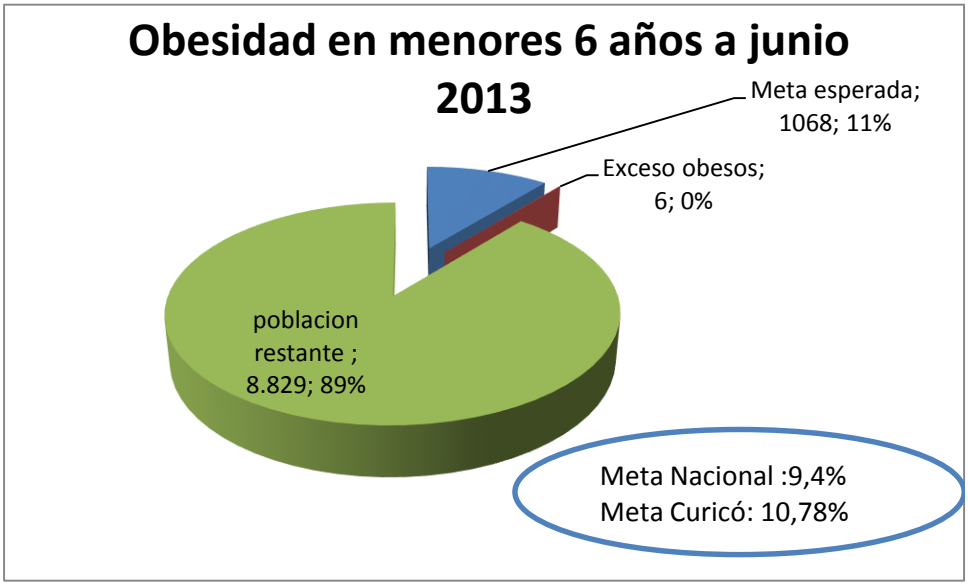
El segundo indicador corresponde al % de niños diagnosticados con riesgo y que han sido recuperados dentro de los 4 meses siguientes, indicador en el cual Nuestra comuna pone especial énfasis y realiza diferentes estrategias de seguimiento como visita domiciliaria, Derivación a sala de estimulación, estudios de familia, entre otros.



Fuente: REM

Obesidad Infantil

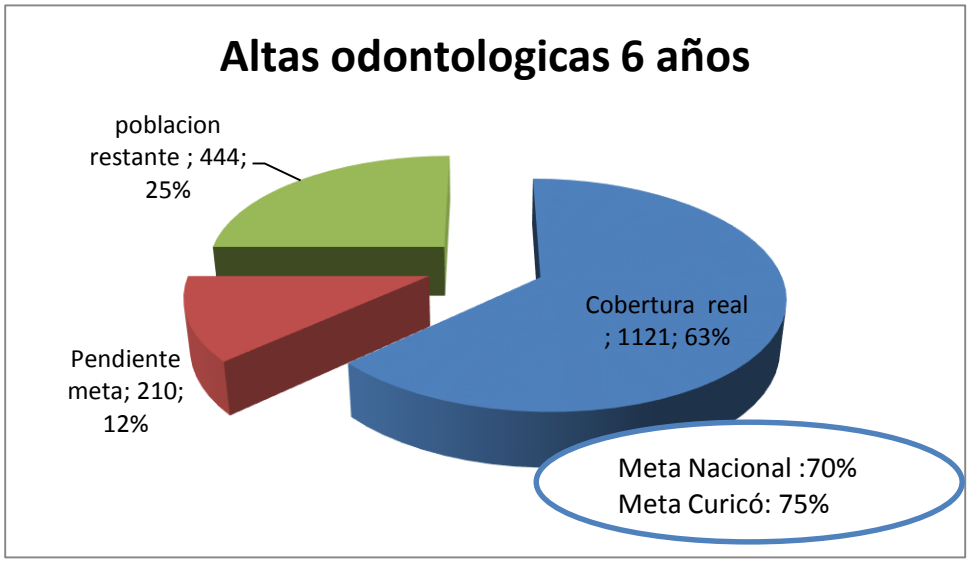
Este indicador monitorea la evolución de la obesidad infantil en niños menores de 6 años, problema que se ha mantenido en el tiempo y que presenta una tendencia al aumento no solo en nuestra comuna, sino a nivel nacional, reconociendo una necesidad de intervención mayor y por ende se contempló en el plan de acción de la comuna y se focalizaron los esfuerzos de vida sana.



Fuente: REM

Salud Oral Integral

Una de las metas del área odontológica corresponde al número de altas odontológicas integrales en niños de 6 años, en la cual históricamente hemos tenido coberturas mayores a las nacionales, gracias a estrategias implementadas, como derivación desde Control de Niño sano, intervención en colegios, entre otras.



CHILE CRECE CONTIGO

Este programa enmarcado en el sistema de protección integral a la primera infancia, se desarrolla en la comuna a contar del año 2007, y a la fecha ha ampliado la oferta de atención, permitiendo a las embarazadas, sus hijos y acompañante una atención integral del proceso reproductivo, basada en la evidencia científica, humanizada y respetuosa de los beneficios que esto conlleva. El programa da cuenta de 20 indicadores, que se detallan en las tablas N° 30 y N° 31

Fotos salas de estimulación





NADIE ES PERFECTO

Esta actividad está inmersa en el programa de protección a la infancia, a través de la capacitación de profesionales, quienes cumplen el rol de facilitadores y forman grupos de padres con quienes se trabaja a través de talleres.





Sala IRA

A través de las Salas IRA y ERA, se complementa la atención de pacientes portadores de patología respiratoria aguda y crónica, y además al contar con personal calificado es posible realizar procedimientos de diagnóstico.

Bajo control se encuentran en las Sala IRA, 2216 niños portadores de síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR) y 1163 portadores de Asma bronquial.





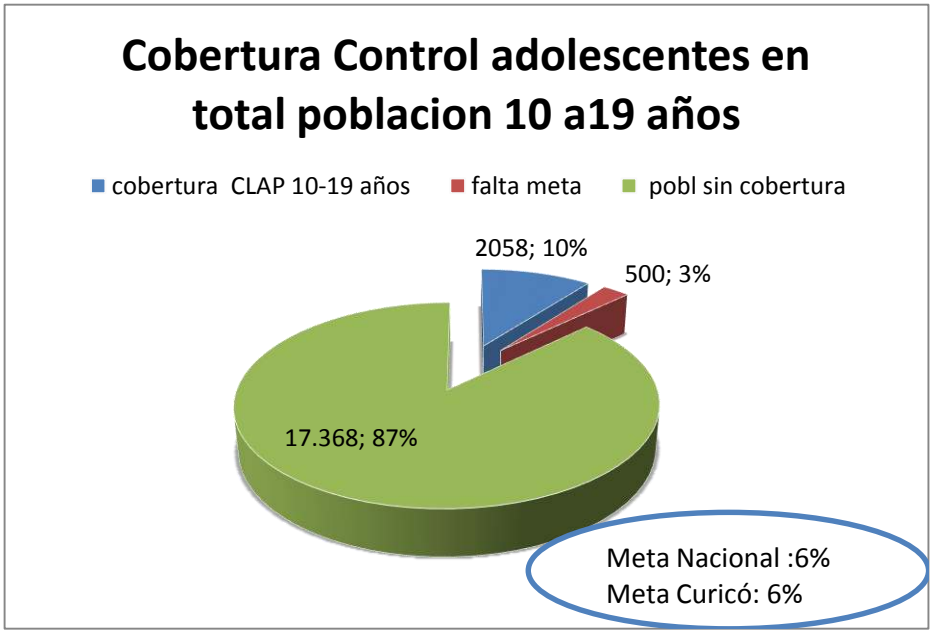
Salud del adolescente

El objetivo de las actividades de salud de este grupo es fundamentalmente “apoyar su proceso de autonomía progresiva” entregándoles elementos que les permitan tomar decisiones adecuadas respecto a su vida, también en el marco del trabajo con énfasis en lo comunitario, e intersectorial tendiente a actuar sobre determinantes sociales que pueden actuar negativamente en su desarrollo. La prevención y promoción de estilos de vida saludables son fundamentales para acceder a una adultez con buena calidad de vida



Metas e Índices de actividad de Atención Primaria (IAAPS)

Control de salud del adolescente



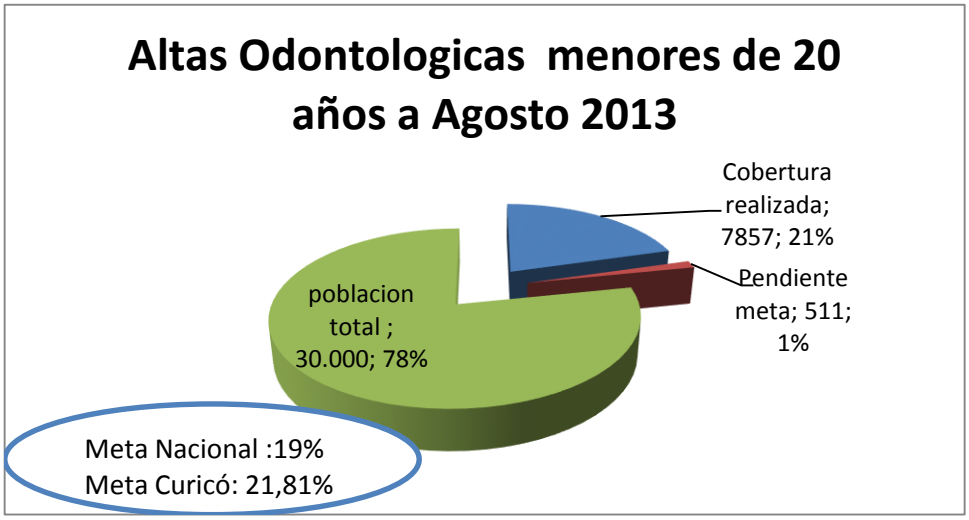
Fuente: REM

Conscientes del problema de acceso y acercamiento de los adolescentes a los establecimientos de salud, nos hemos hecho cargo de esa búsqueda y hemos implementado estrategias que nos permitan la aproximación a este grupo vulnerable , de manera de promocionar estilos de vida saludable y prevenir patologías en las distintas áreas además de diagnosticar precozmente e intervenir oportunamente en los aspectos más complejos de salud mental, salud sexual y reproductiva, y estilos de vida saludable. Además de derivar en forma oportuna dentro de la red al nivel secundario.

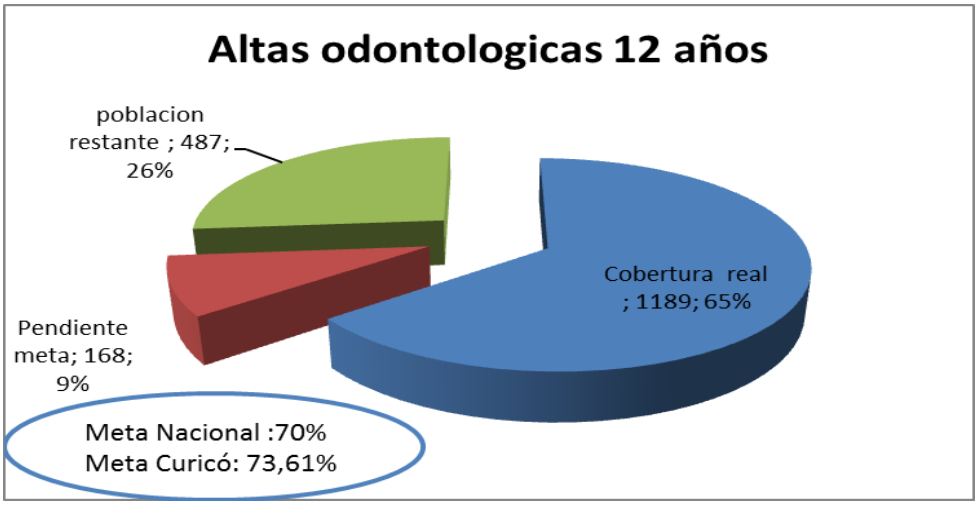
Para esto se implementó la estrategias de Espacios amigables en Cesfam Curicó Centro, horarios Diferidos, y exclusivos para la atención de los Jóvenes y priorización en la derivación.

- Control del joven sano con aplicación de ficha CLAP en jóvenes en dos grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años
- Consejería en salud reproductiva, realizada por matronas capacitadas en base a guía clínica y protocolos. Habiéndose realizado a la fecha 354 actividades.
- Charla-taller para adolescentes en colegios municipalizados de la comuna (7°-8°, 1° y 4° medio), habiéndose intervenido a 2469 alumnos en modalidad integral, y 3616 otras modalidades.
- Talleres para padres en área de salud mental
- Talleres para profesores en salud mental
- También se ha trabajado en la reincidencia, a través del diseño y la implementación de un Plan Protocolizado, que incorpora entre otros, el establecimiento de un plazo crítico para el inicio de tratamiento anticonceptivo, visita domiciliaria con rescate de inasistentes, y la incorporación de un método anticonceptivo de larga duración.

Salud Oral Integral



En ambos indicadores la meta comunal, está por sobre las metas nacionales y muestra un cobertura elevada y con tendencia al alza en los adolescentes menores de 20 años y focalizado en el grupo de 12 años.







Salud Mental

indicadores	Meta 2013	Logrado a Agosto
Nº de niños, niñas y adolescentes atendidos por trastorno hipercinético.	75	134
Nº de niños y niñas ingresados a tratamiento por maltrato infantil	50	55
Nº de niños y niñas ingresados a tratamiento por trastornos emocionales y conductuales de la infancia y la adolescencia	80	220
Nº de organizaciones de padres u organizaciones comunitarias que reciben desde el establecimiento de salud , en actividades de prevención de problemas salud mental en niños, niñas, y adolescentes	4	4
Nº de establecimientos educacionales que reciben capacitación para sus profesores en promoción y prevención de salud mental en niños	4	8

Consejerías

Consejerías	10 a 19 años
Estilos Vida y Autocuidado	54
Actividad Física	30
Tabaquismo	7
Salud Sexual y Reproductiva	274
Regulación Fertilidad	337
Prevención VIH- ITS	398
otros	43

Talleres Comunitarios realizados a organizaciones y establecimientos educacionales en promoción y prevención en problemas de salud mental en niños y adolescentes

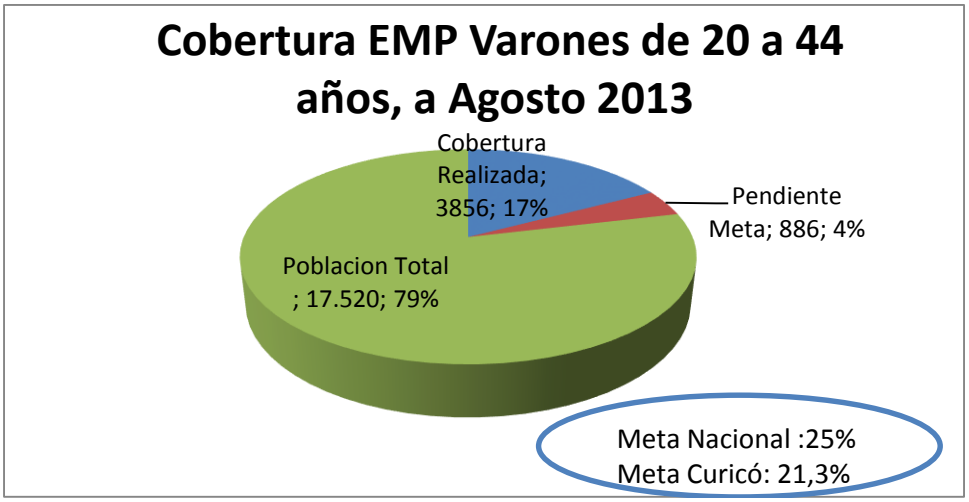


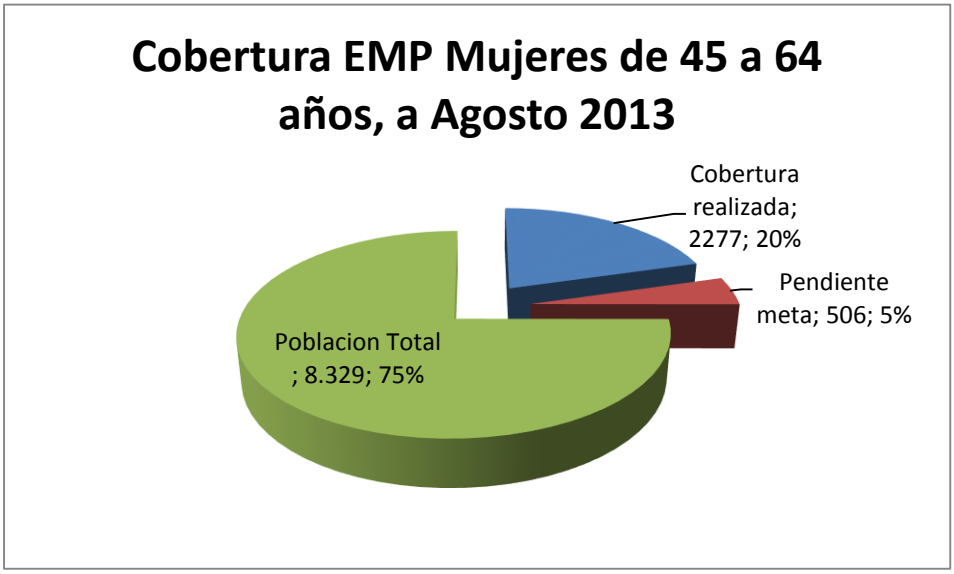


Salud del adulto

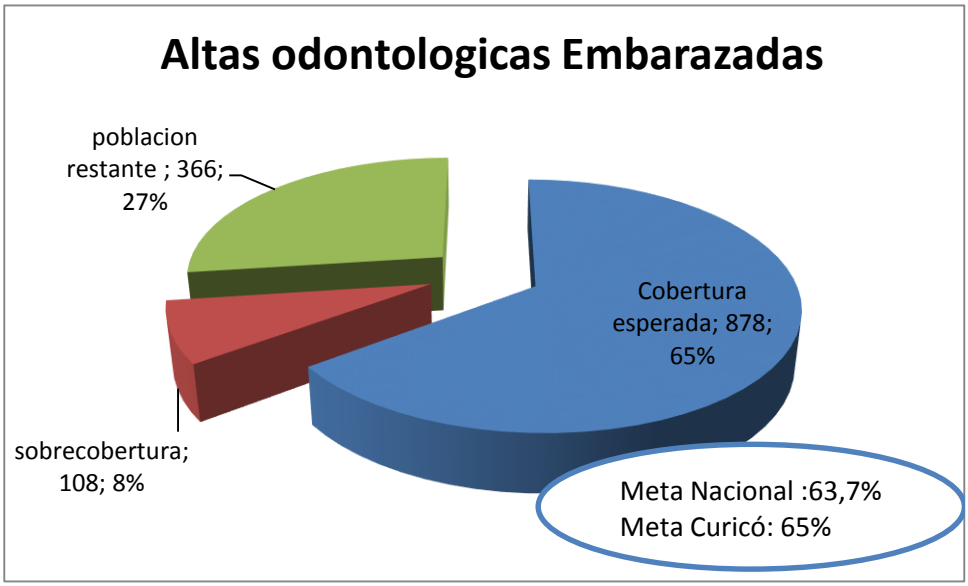
Dadas las características de este grupo laboralmente activo, en edad reproductiva, cuya cercanía con los establecimientos es esporádica a través de consultas de morbilidad, las que se siguen concentrando en SAPU y que por ende hace más difícil el contacto con el establecimiento. En el caso de las enfermedades crónicas en este grupo la recuperación de la salud, una vez instalado el daño y su mantención así como la rehabilitación son fundamentales en la calidad de vida. Sin embargo es relevante promocionar y /o prevenir complicaciones resultantes de este perfil de salud

Metas e Índices de actividad de Atención Primaria (IAAPS)





Salud Oral Integral

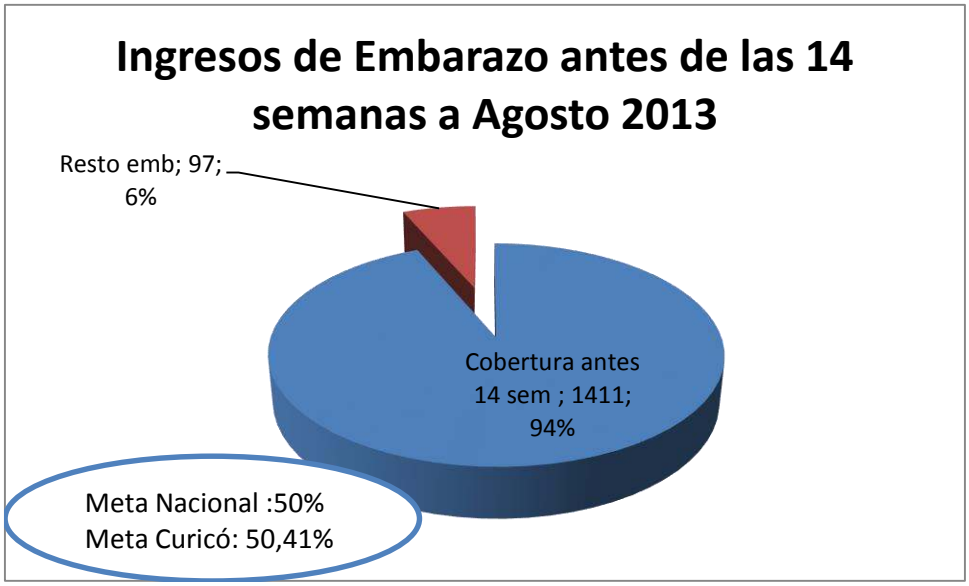


Convenio Salud Oral Integral		
Prestaciones	Meta 2013	Realizado a Septiembre
Endodoncias	60	88
Protesis	150	490
Altas MHER	206	114
Altas SERNAM	114	98

Este convenio ha beneficiado a los adultos de la comuna, especialmente centrado en las Mujeres y Hombres de escasos recursos, otorgando las prestaciones necesarias para lograr el alta integral de estos pacientes beneficiando con prótesis y endodoncias, además de las prestaciones de reconstrucción Las estadísticas a nivel nacional, muestran un deterioro importante, de la salud bucal en la población chilena, esto dado por múltiples factores que impactan negativamente.

Gran parte de la población requiere de atención especializada por el grado de avance del daño, y esta oferta es limitada, por esta razón a través de programas especiales se ha procurado resolver esta brecha.

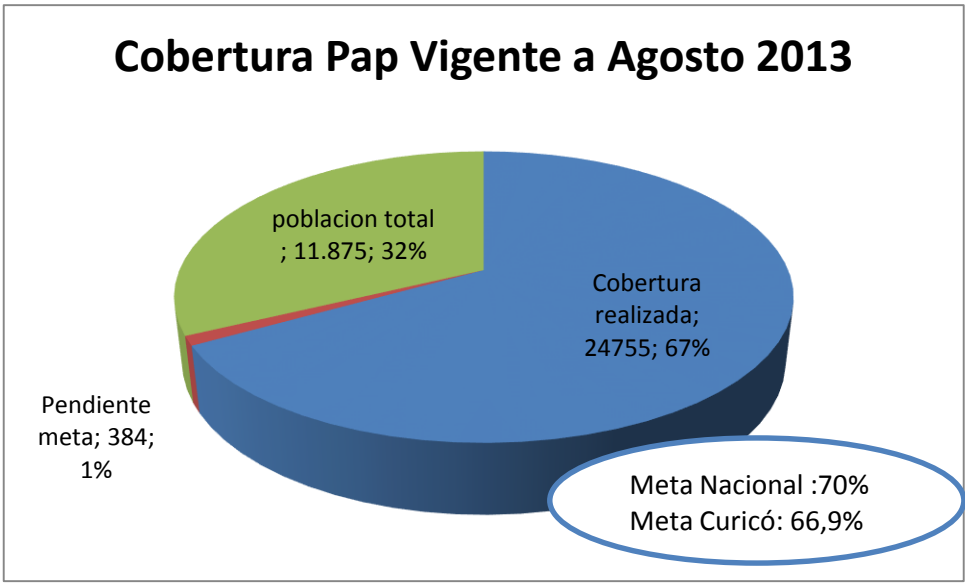
Salud bucal, personas de escasos recursos



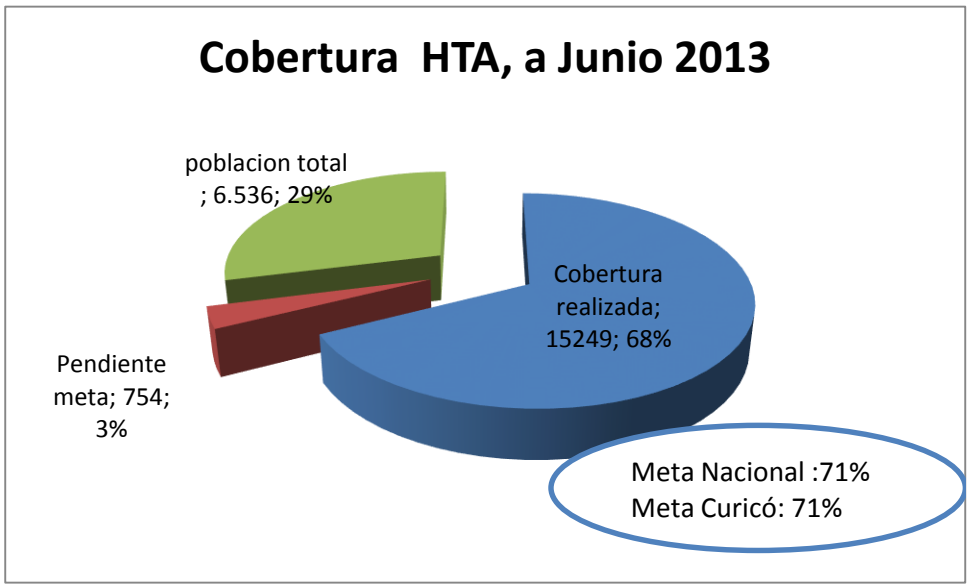
Este programa focaliza las acciones en población vulnerable de entre 18 y 64 años , con excepción del grupo etario 60 años por encontrarse incluido en el GES dental y por lo tanto es la atención es priorizada a nivel primario.

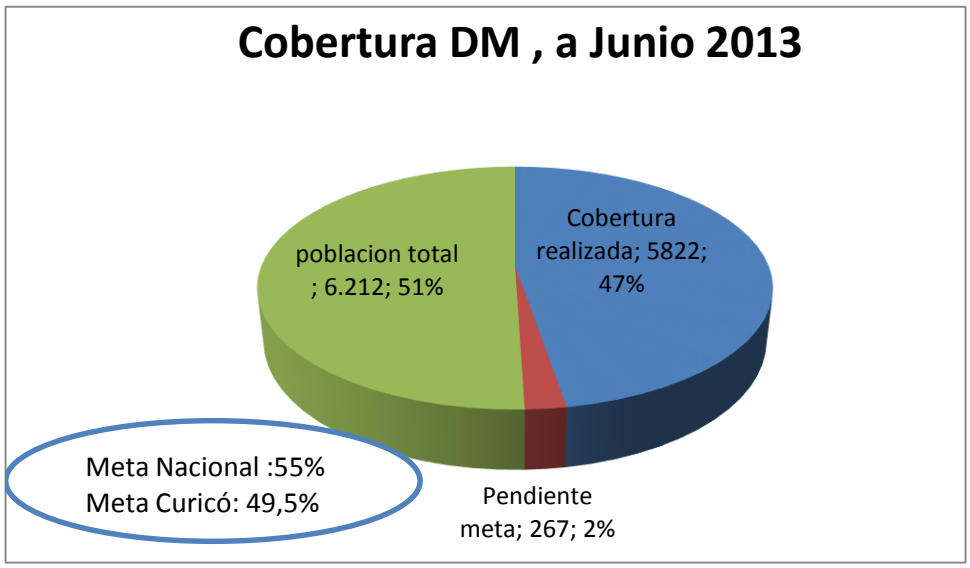
Las prestaciones otorgadas a través de este programa dirigido son: preventivas, recuperativas y prótesis removibles necesarias.

Salud Materna Y Perinatal



Salud Cardiovascular

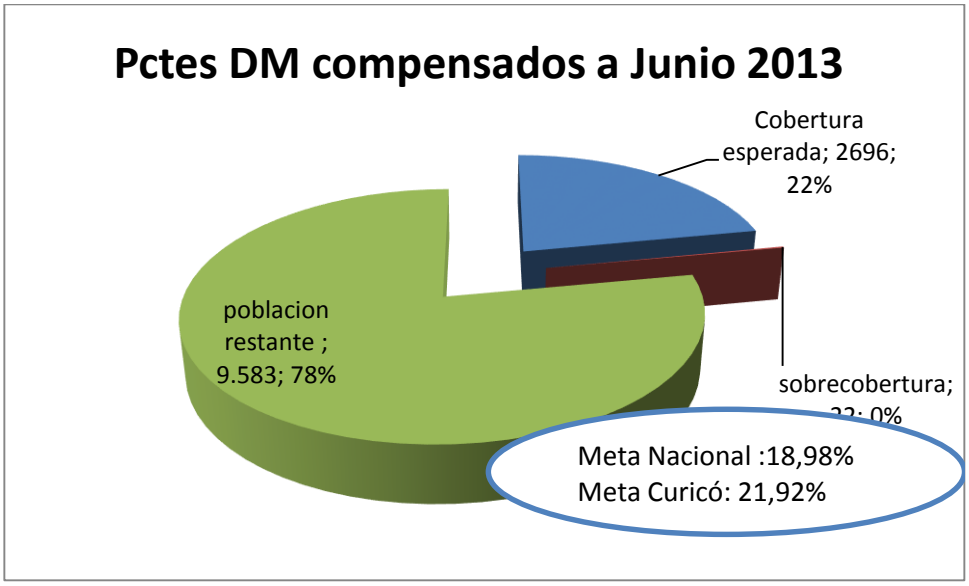


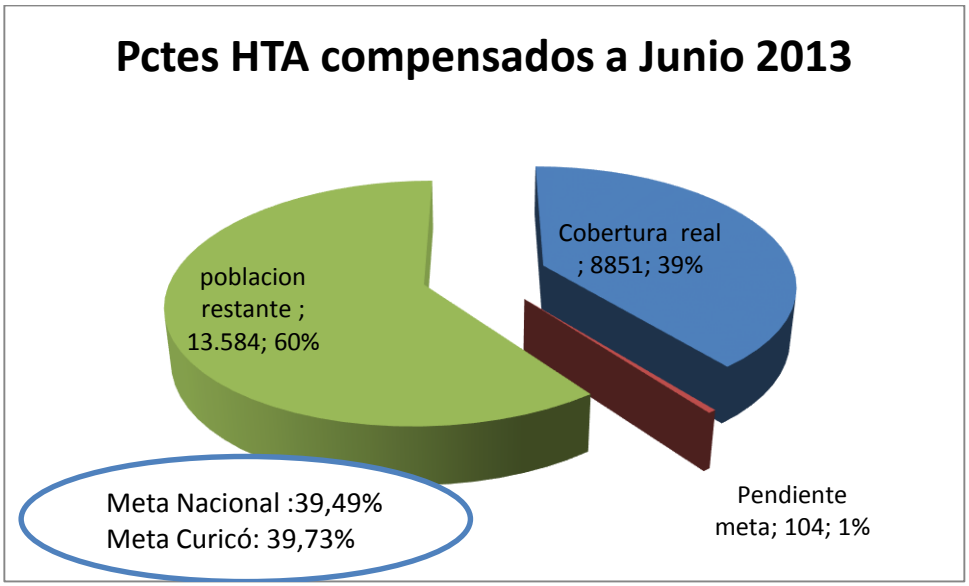


Otras actividades que han resultado exitosas fundamentalmente dirigidas a la compensación de los pacientes y su adherencia al programa son:

- Ingreso integral
- Control grupal
- Talleres educativos
- Formación de grupos de autoayuda, (formación de Club de diabéticos)
- Capacitaciones
- Trabajo rutificado con pacientes descompensados

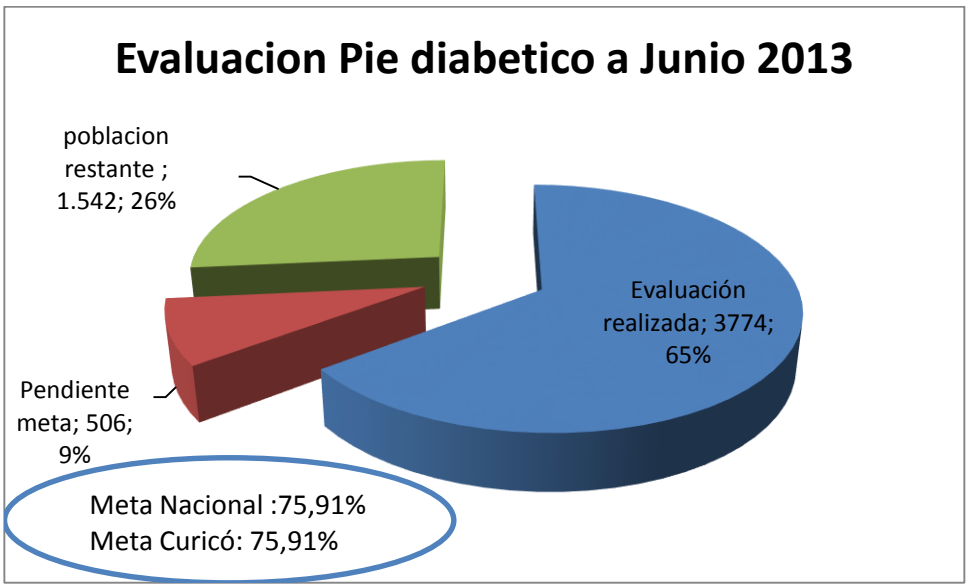
Se espera con estas intervenciones poder mejorar nuestros indicadores tanto de cobertura con el fin de adelantarnos al daño, como compensación, para evitar la morbimortalidad por estas causas.




Pctes HTA compensados a Junio 2013
poblacion restante ; 13.584; 60%
Cobertura real ; 8851; 39%
Pendiente meta; 104; 1%
Meta Nacional :39,49%
Meta Curicó: 39,73%






Evaluacion Pie diabetico a Junio 2013
poblacion restante ; 1.542; 26%
Evaluación realizada; 3774; 65%
Pendiente meta; 506; 9%
Meta Nacional :75,91%
Meta Curicó: 75,91%

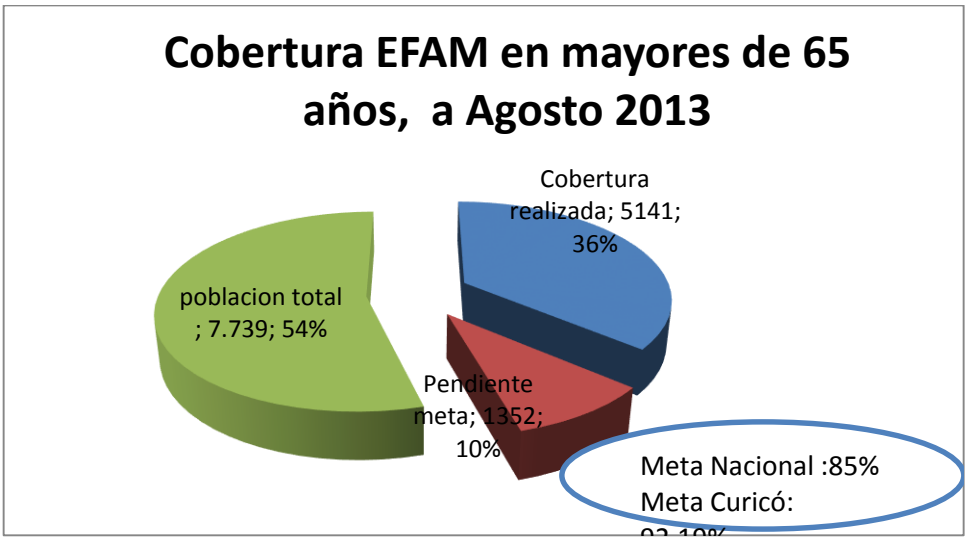


Salud del Adulto Mayor

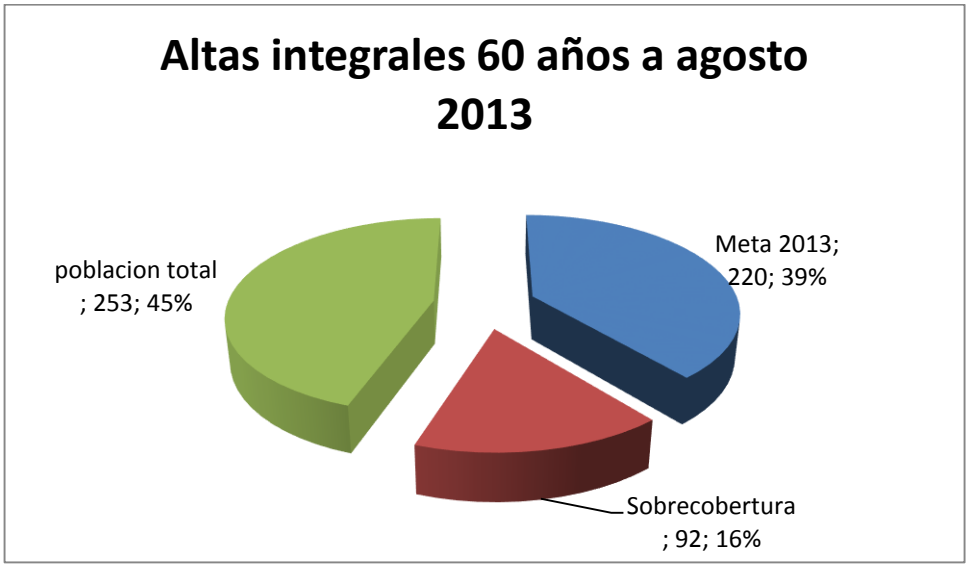
"Todos llegamos a ser viejos, sin embargo el cómo envejecemos y la calidad de vida en la vejez, se relaciona con los recursos intelectuales, biológicos, materiales y ambientales acumulados a lo largo del ciclo vital"

En este grupo procurar mantener una funcionalidad adecuada que les permita la autovalencia es fundamental, así las acciones están dirigidas a hacia el envejecimiento activo y saludable en un marco de respeto y satisfacción usuaria

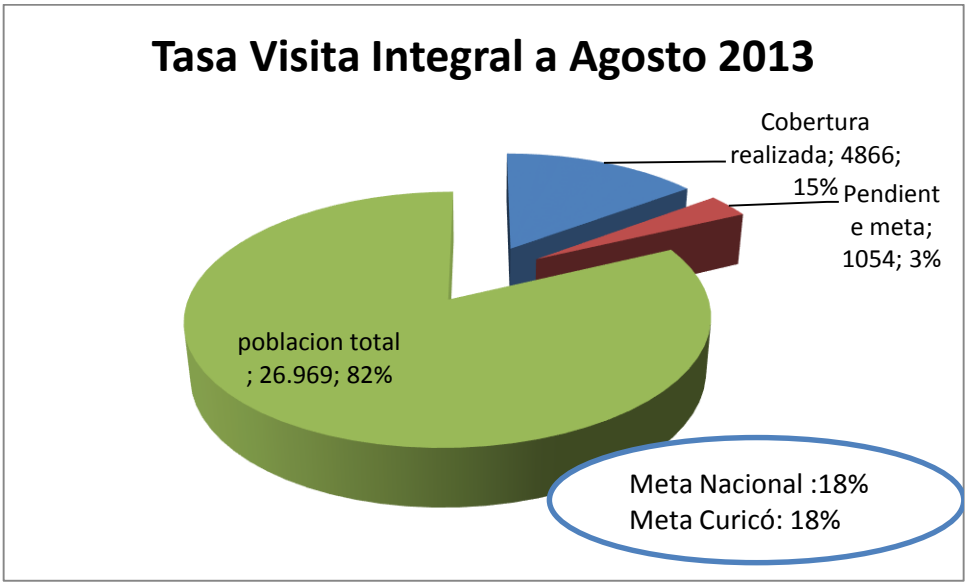
Metas e Índices de actividad de Atención Primaria (IAAPS)



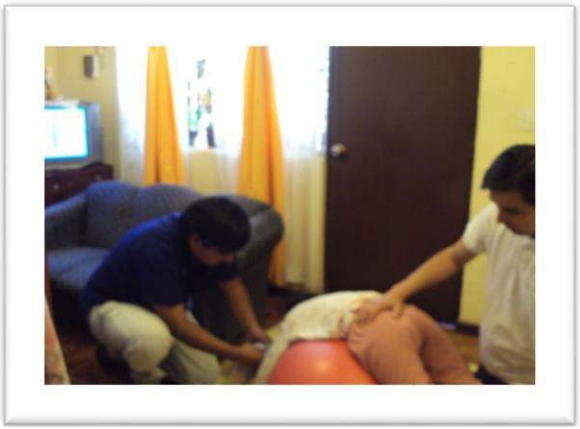
Salud Oral Integral



Atención de Postrados





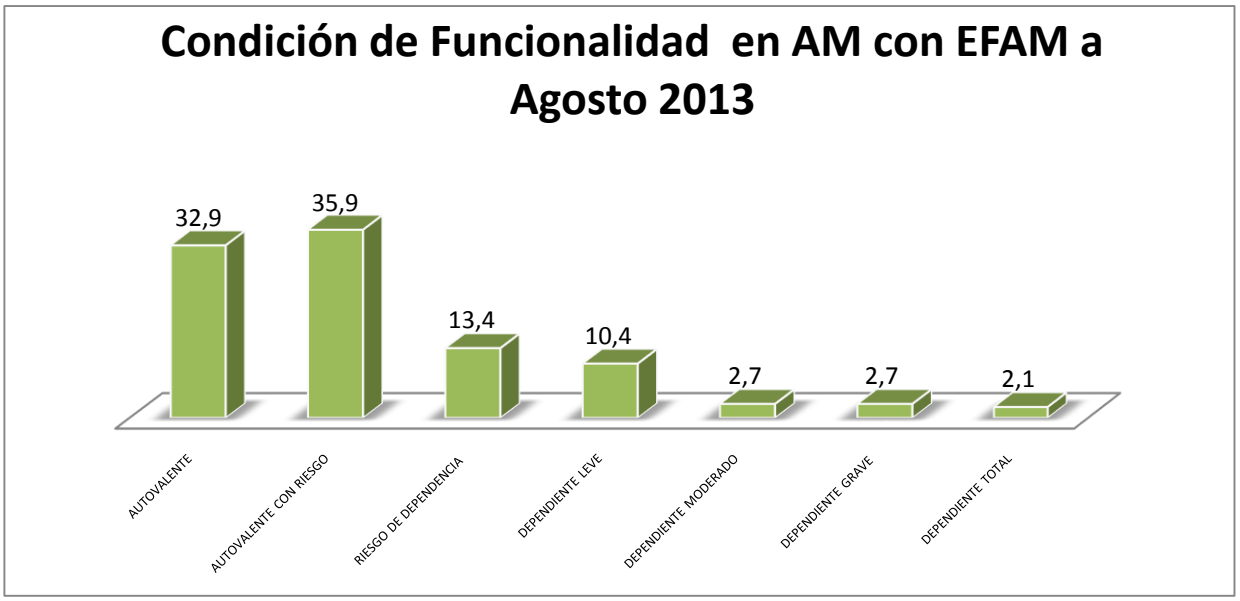


- La visita domiciliaria realizada por el equipo de salud, se transforma en un eje fundamental de acercamiento con la familia, pues el objetivo es brindar Una atención cálida y cercana con nuestros pacientes y sus familias

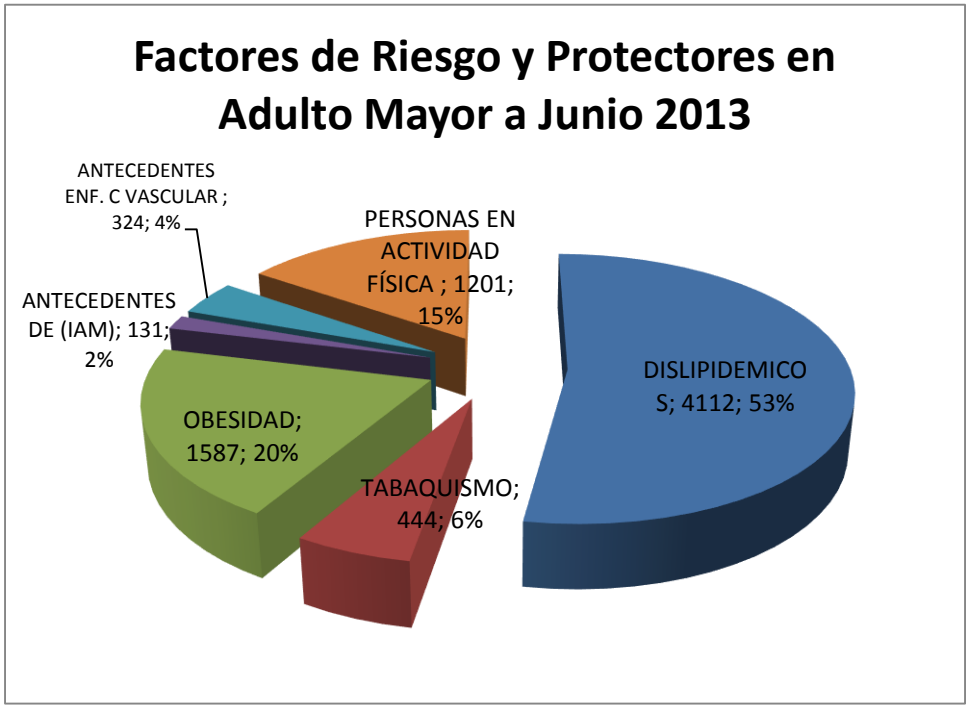
  En las visitas integrales no se considera las múltiples visitas de seguimiento a pacientes postrados y los procedimientos y tratamientos en domicilio, entre otros:
  - Entrega de PACAM y Medicamentos
  - Curaciones
  - Fleboclisis
  - Alivio del dolor y cuidados paliativos
  - Entrega de Ortesis

- Visitas de diversos profesionales (medico, enfermera , nutricionista, asistente social, podólogo y TENS)

Los cuidados en domicilio por el equipo de salud, tiende entre otras cosas a prevenir complicaciones, muchas de las cuales derivan de la formación de escaras, producto de la postración. Para ello los Establecimientos cuentan con insumos necesarios de curación avanzada para tratar esta complicación si se presenta.



Fuente REM



Talleres prevención de caídas

Como una forma de promover la funcionalidad en el adulto mayor se han implementado en los establecimientos Talleres de prevención de caídas



Talleres de memoria





CCR Salas de rehabilitación Integral y comunitaria

A través de estas salas, se brinda atención a personas que padecen de algún grado de discapacidad física producto de enfermedades crónicas. Siendo las causas más frecuentes de atención por>: sd. Dolorosos (hombro doloroso, tendinitis, lumbago) artrosis, enfermedad de Parkinson, secuelas de Accidente cerebro vascular, TEC, trauma raquimedular.

Al mes de agosto se han ingresado 1610 pacientes y se han egresado por alta 870 (grafico N° 43)











Vida Sana OBESIDAD

La obesidad constituye un factor de alto riesgo, asociado a patología cardiovascular, siendo su origen multicausal, la asociación con sedentarismo, y malos hábitos de alimentación, hacen de esta una enfermedad prevenible a través de la toma de conciencia y el cambio de hábitos de vida.

La obesidad y el sobrepeso es un problema que afecta a todos los grupos de edad, y está presente también en estados especiales de la vida como es el embarazo y el post parto.
Por ello gran parte de las actividades en esta área están enfocadas a prevenir y tratar oportunamente su aparición.

El otro grupo de importancia por la relevancia que tiene la obesidad en las complicaciones, son las personas con patología cardiovascular (hipertensos, diabéticos), lamentablemente la tendencia es al alza.
Influye directamente en este grupo de pacientes la falta de actividad física, ya que a pesar de estar implementada como estrategia, el abandono es importante.
Dentro de las estrategias para abordar este tema se implementa el programa VIDA SANA en su componente obesidad, a través del cual se han realizado diversas actividades destinadas a promover estilos de vida saludables y entre las cuales se encuentran:

- Coordinación con colegios para intervención del programa.
- Coordinación con radios comunales, con información del programa.
- Reuniones mensuales con encargados de cada centro de salud.
- Talleres para apoderados en colegios municipales intervenidos.
- Incentivos a la asistencia a talleres (libro de recetas saludables)
- Y se encuentran bajo control al mes de agosto 385 personas





Sala ERA y Rehabilitación Pulmonar

Durante este año se modificó, gracias a un convenio las ultimas 2 salas IRA- Mixta de la Comuna, contando actualmente con 6 salas ERA, las que se brindan atención a los adultos con patologías crónicas respiratorias.A junio 2013, se tenía un total de 992 pacientes portadores de Asma bronquial y 953 con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Cabe mencionar que durante este año se ha ejecutado exitosamente el Programa de Rehabilitación Pulmonar Comunal para pacientes EPOC, contando con un número de 15-20 pacientes en forma constante. De ellos algunos han logrado la reinserción al mundo laboral y la gran mayoría ha experimentado mejoría al minuto de evaluar su calidad de vida.
Se ha generado una gran motivación por la realización de actividad física entre ellos, rompiendo con el círculo del temor a la exacerbación frente al ejercicio.

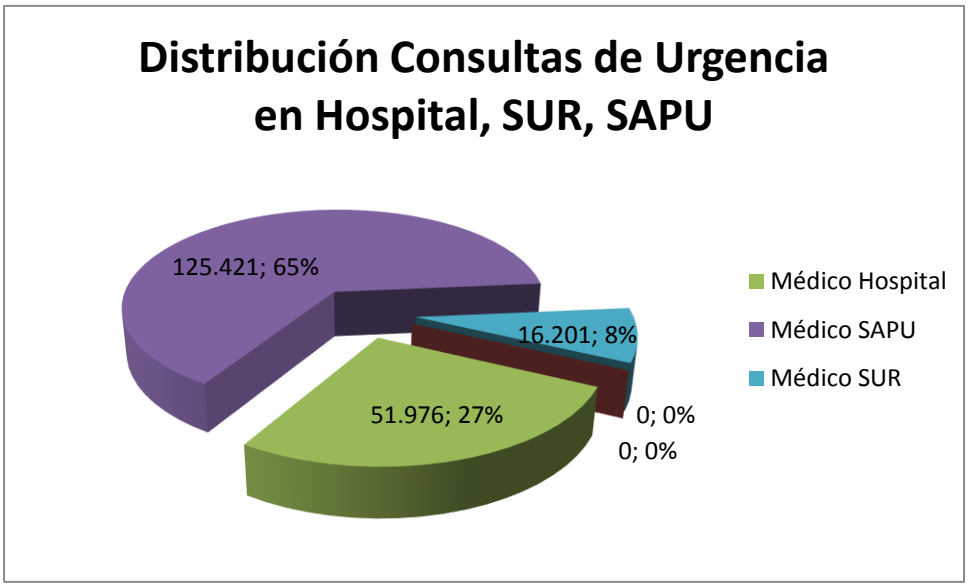








CONSULTAS MEDICAS DE URGENCIA SAPU- SUR

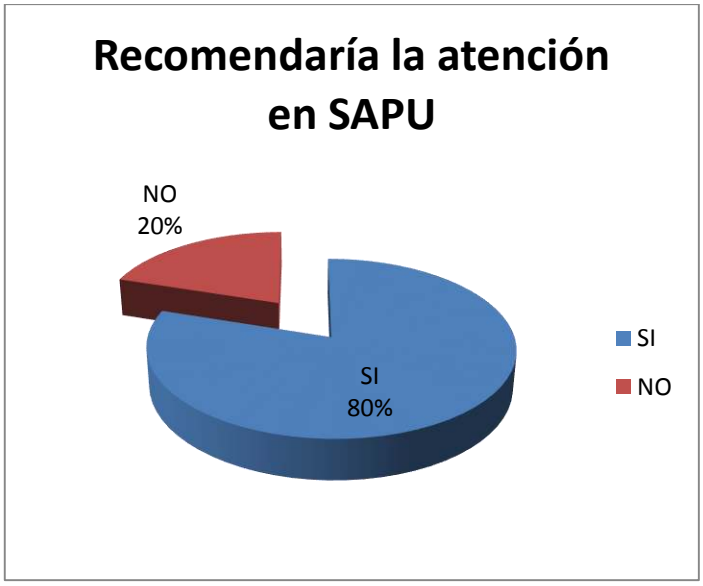


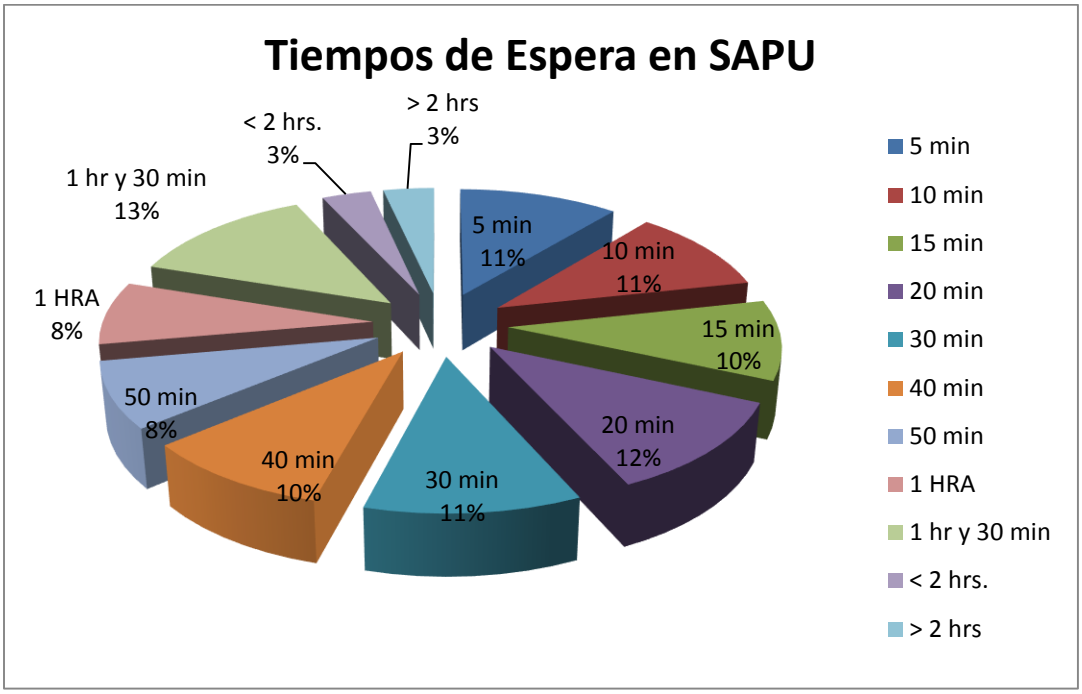
La tendencia de la consulta a través de urgencia ha ido en ascenso desde que se implementaron los Servicios de Urgencia, esto se relaciona directamente con la oferta de horas de morbilidad, en el día, así los SAPU absorben en gran parte la demanda insatisfecha y la necesidad de la población que no accede en el día por razones de trabajo.

En nuestra comuna contamos con 3 SAPU (Central, Colon y MAAL), Sur Los Niches y Sur Sarmiento que comenzó a Funcionar a fines de Abril de 2013.

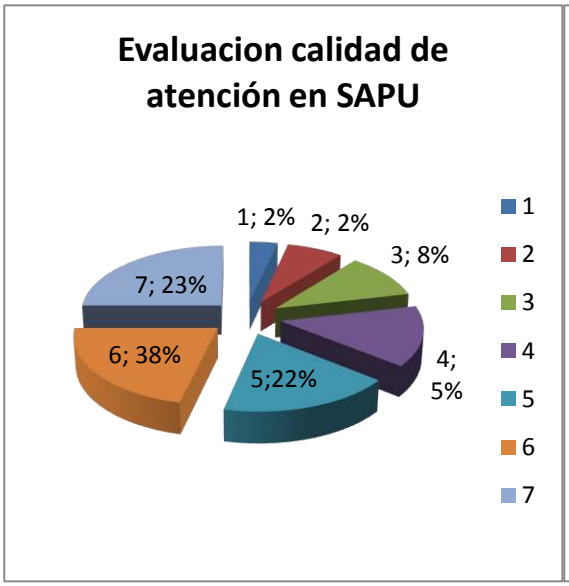
Del total de consultas de urgencia en la comuna de Curicó, observamos que la APS concentra un 73% de esta consulta, mientras la Unidad de Emergencia del Hospital de Curicó atiende el 27% de esta demanda.

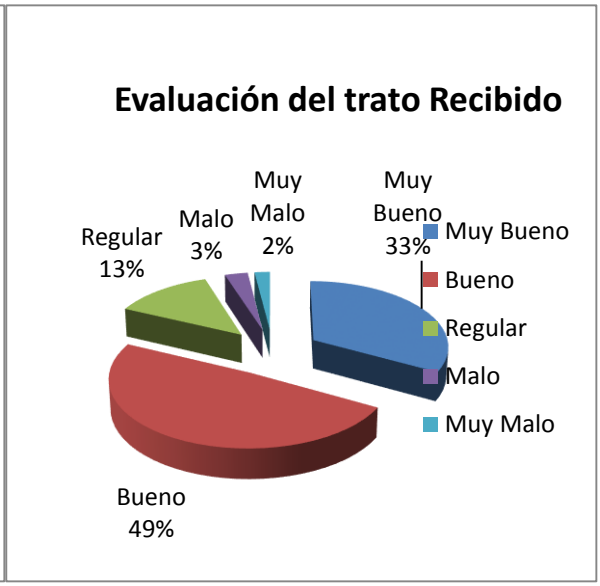
La derivación hacia el nivel de mayor complejidad es de 2,3%, lo cual implica que la resolutividad a este nivel es alta.





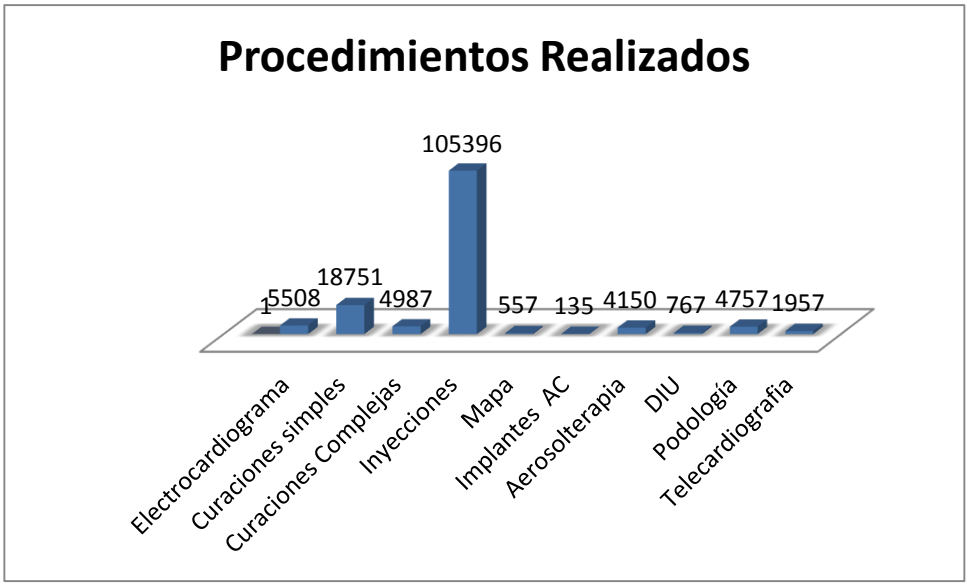
Encuesta satisfacción



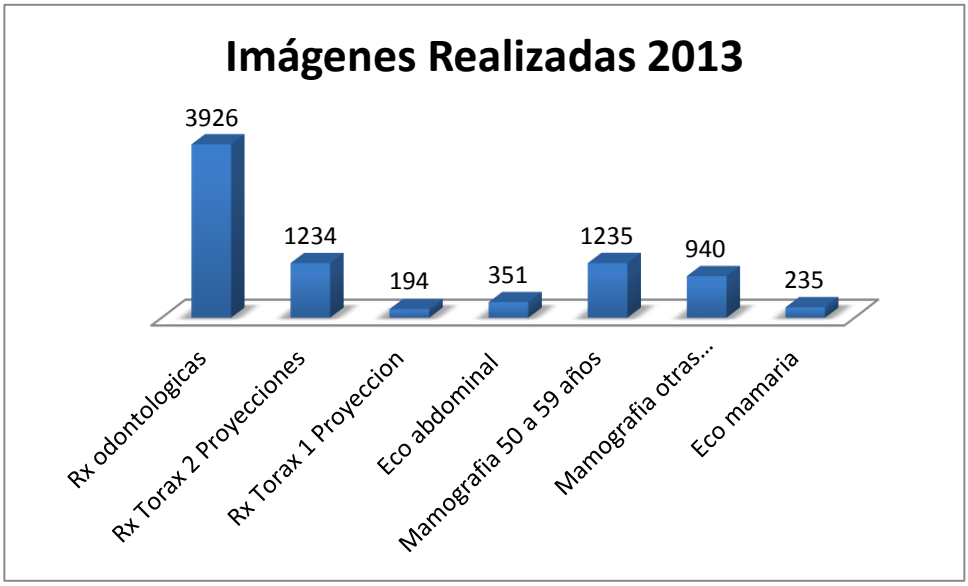


PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

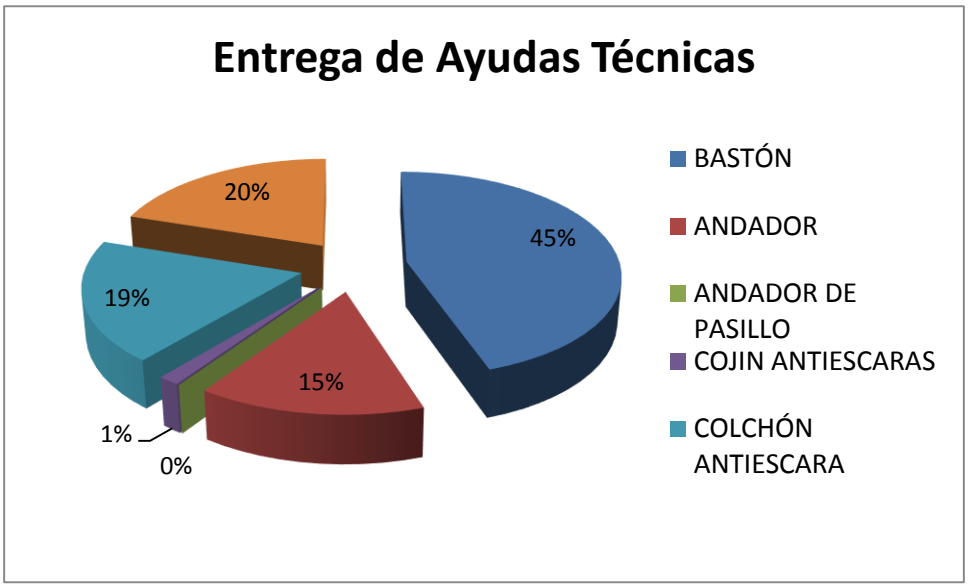
Los Cesfam, Postas y Cecof brindan distintas prestaciones en nuestros establecimientos, a Septiembre los Procedimientos realizados se desglosan así:



Las imágenes realizadas a septiembre 2013, financiadas a través de distintos convenios y focalizadas en grupos específicos, realizando las prestaciones en centros médicos particulares lo que nos garantiza la oportunidad.



Las Ortesis o ayudas técnicas son entregadas a los adultos mayores de 65 años que presenten alguna limitación en su deambulación.

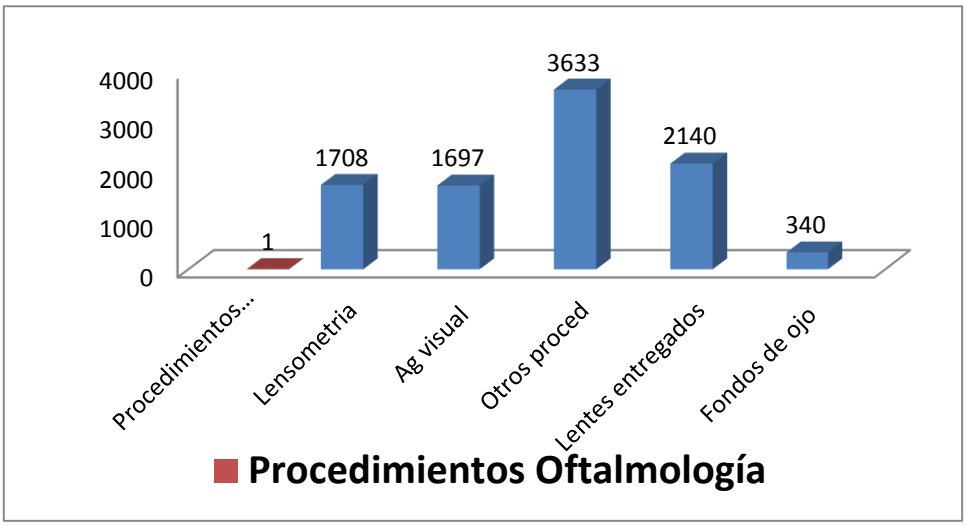


RESOLUCION DE ESPECIALIDADES

El objetivo de este programa, que se enmarca en el programa de apoyo a la gestión, es de maximizar la resolución ambulatoria de patologías frecuentes en la atención primaria, proporcionando la posibilidad de incrementar la capacidad resolutiva.

Unidad de atención primaria oftalmológica UAPO

La UAPO ha permitido mejorar la resolutividad en el área oftalmológica de la comuna resolviendo problemas de salud, que históricamente han formado parte de la lista de espera de atención en el nivel secundario y que se han transformado en cuellos de botella al no tener acceso a ella.



Durante este año se compró una cámara retinal que permite el seguimiento y evaluación de nuestros pacientes diabéticos a través de la realización de Fondos de ojo



La agenda UAPO, se elabora tomando en consideración la lista de espera de los Centros de Salud, y por esta razón, la relación pacientes nuevos, controles es de 80-20.

Otra patología, que genera lista de espera a nivel secundario y terciario es el glaucoma. En nuestra Unidad, se encuentran actualmente 380 pacientes bajo control, teniendo en consideración que toda la demanda se genera hacia la UAPO y desde aquí se deriva fundamentalmente la que requiere de solución quirúrgica.

Desde el inicio, se comenzó a trabajar la lista histórica de Oftalmología, que ascendía a 2917 pacientes, en espera de atención. A la fecha la lista de espera es de 228 pacientes y el tiempo de espera máximo para su hora es de 2 meses.

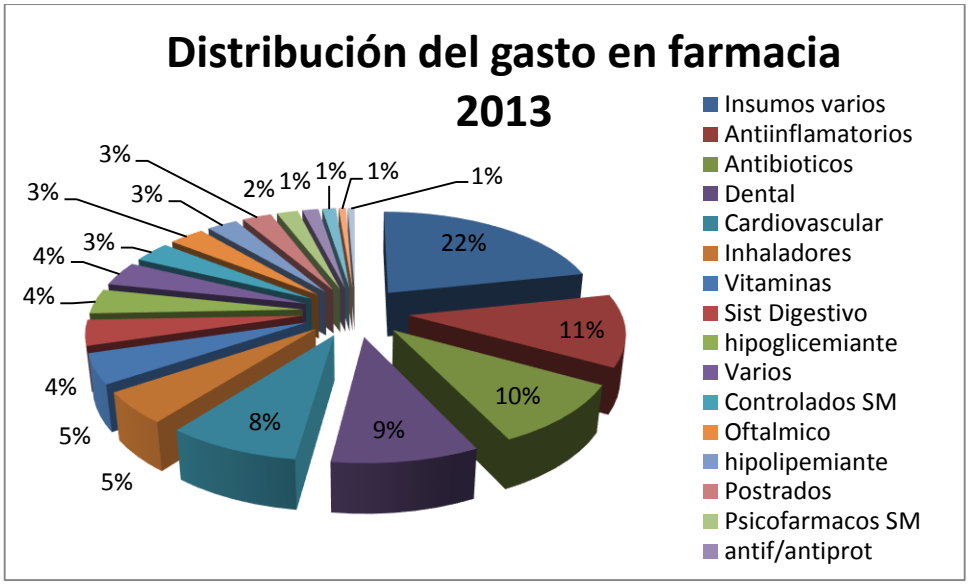
UNIDADES DE APOYO

Farmacia

Es una Unidad de apoyo a la gestión asistencial, cuyo objetivo principal es asegurar el abastecimiento necesario en forma oportuna y de calidad a los Establecimientos de salud.

A través de esta Unidad y de la información que genera, ha sido posible, racionalizar el uso de medicamentos y establecer protocolos de atención, estableciendo las proyecciones de consumo de manera de evitar quiebres de stock.

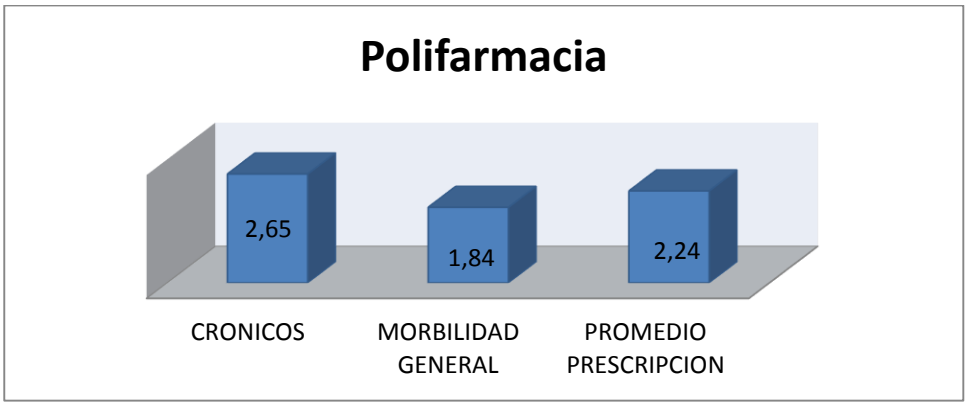
Para el año 2013 se presupuestó un gasto total de 1.005.465.207 millones, de los cuales a Septiembre se ha gastado un 80 % equivalente a 811.221.006 pesos, según el grafico y tabla que se detalla a continuación.



En este gráfico se aprecia que el mayor gasto se realiza en Insumos equivalente a un 21% del presupuesto, luego antiinflamatorios y antibióticos cuyo mayor consumo es en SAPU, seguido de dental, donde se aprecian amplias coberturas, para luego continuar con los medicamentos del PSCV que no son otorgados por el servicio de salud y que están garantizados por el GES, entre otros.

Otro indicador importante de considerar es el Indice de Polifarmacia, que relaciona el número de medicamentos prescritos por receta extendida, tanto en la atención de morbilidad como la atención de pacientes crónicos.

En la consulta de crónicos es de 2,65y en morbilidad de 1,84.Este Indice a pesar de los esfuerzos realizados no ha sufrido grandes variaciones, la tendencia es la misma y es mayor en la consulta de crónicos.

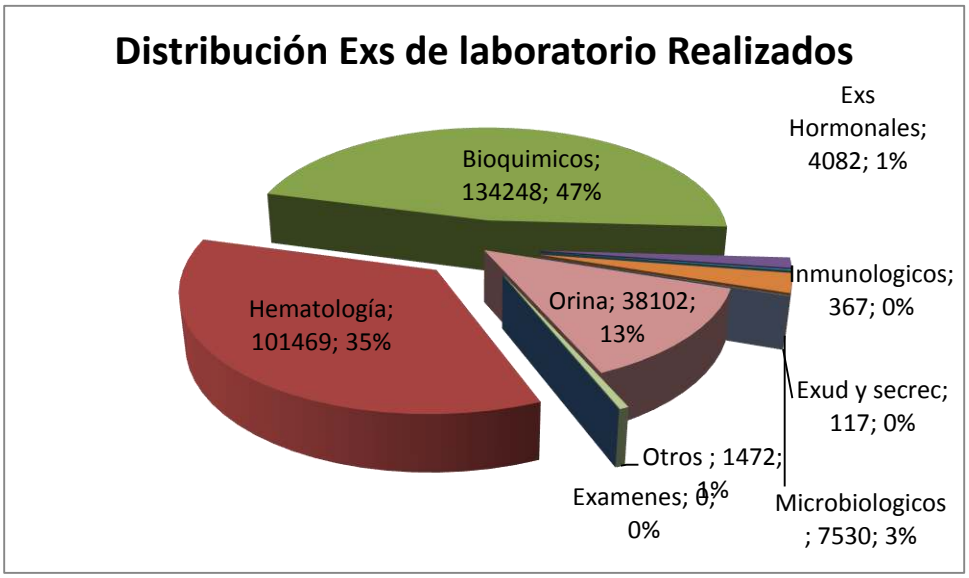


Medicamentos	consumo 10 meses	proyección anual
Varios	31.174.010	37.408.812
AINES	91.294.785	109.553.742
ANTB	77.603.608	93.124.330
Controlados	26.704.540	32.045.448
Oftalmico	25.168.800	30.202.560
Corticoides	9.749.602	11.699.522
Inhaladores	39.880.290	47.856.348
Antihistaminicos	4.914.685	5.897.622
antif/antiprot	11.553.642	13.864.370
IPR	2.172.400	2.606.880
Cardiovascular	66.887.986	80.265.583
hipoglicemiante	31.526.170	37.831.404
hipolipemiante	21.754.132	26.104.958
Antiparkinsonianos	3.546.655	4.255.986
Psicofarmacos	15.069.822	18.083.786
Anticonvulcivante	2.004.280	2.405.136
Hipotiroidismo	3.052.950	3.663.540
Sist Digestivo	32.261.604	38.713.925
Escabicida	5.219.801	6.263.761
R musculares	519.218	623.062
Antidotos	284.878	341.854
Antianemicos	1.670.252	2.004.302
Vitaminas	37.694.596	45.233.515
compra especial		32.000.000
Inyectables	2.791.868	3.350.242
Insumos varios	172.002.286	206.402.743
Dental	73.798.148	88.557.778
Postrados	20.919.998	25.103.998
TOTAL COMUNAL	811.221.006	1.005.465.207

Laboratorio

La comuna tiene un convenio con el hospital, entregando recurso humano y financiero por la cantidad de exámenes realizados, esto permite dar respuesta a la solicitud de los establecimientos de salud y de nuestra población.

La evolución de la demanda expresada va en aumento y la proyección a diciembre de este año se acerca a los 400 mil exámenes. En parte este aumento se explica por la aplicación de nuevos protocolos GES en los cuales debemos dar cumplimiento y que tiene que ver fundamentalmente con exámenes de tipo bioquímicos que como muestra el grafico siguiente



INFORME DE RECURSOS HUMANOS PARA PERIODO 2013

1.-DOTACIÓN PROYECTADA PARA AÑO CALENDARIO 2014

La dotación para los establecimientos de salud municipal dependientes de la I. Municipalidad de Curicó, correspondiente al año calendario 2014, fue aprobada por el H. Concejo Municipal en sesión ordinaria de fecha 16 de septiembre de 2013 y mediante Decreto Exento N° 2934 de fecha 25 de Septiembre de 2013.

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.

CATEGORIA	Profesión o actividad	Nº de cargos	Nº de hrs
A	MEDICO	41	1683
	ODONTOLOGO	20	814
	QUÍMICO FARMACÉUTICO	2	66
	BIOQUIMICO	0	0
	OTROS	0	0
B	ASISTENTE SOCIAL	17	748
	ENFERMERO(A)	47	1980
	KINESIOLOGO (A)	16	649
	MATRON(A)	27	1166
	NUTRICIONISTA	20	847
	PSICOLOGO (A)	15	638
	TECNOLOGO MEDICO	5	209
	OTROS CATEG. B	16	704
C	PROGRAMADOR	0	0
	ESTADISTICO	0	0
	SECRET. EJECUTIVA	5	220
	TEC. PARAMEDICO	146	6424
	TEC. NIVEL SUPERIOR	12	528
D	AUX. ENFERMERIA	15	660
E	ADMINISTRATIVO	109	4782
	SECRETARIA	0	0
F	CHOFER	12	528
	AUX. SERVICIOS	35	1540
	ESTAFETA	0	0
	NOCHERO	4	176
OTROS	DIRECTORES CESFAM	6	264
	DIRECTOR COMUNAL	1	44

2.- RECURSOS HUMANO DISPONIBLE

El total de recurso humano contratado al 31 de Agosto de 2013, para los establecimientos de salud dependientes de la I. Municipalidad de Curicó, es el siguiente:

CATEGORIA	Profesión o actividad	Nº de cargos	Nº de hrs
A	MEDICO	36	1419
	ODONTOLOGO	20	814
	QUÍMICO FARMACÉUTICO	1	44
	BIOQUIMICO	0	0
	OTROS	0	0
B	ASISTENTE SOCIAL	17	748
	ENFERMERO(A)	46	1914
	KINESIOLOGO (A)	16	649
	MATRON(A)	27	1166
	NUTRICIONISTA	20	847
	PSICOLOGO (A)	15	638
	TECNOLOGO MEDICO	4	165
	OTROS CATEG. B	14	616
C	PROGRAMADOR	0	0
	ESTADISTICO	0	0
	SECRET. EJECUTIVA	5	220
	TEC. PARAMEDICO	146	6424
	TEC. NIVEL SUPERIOR	10	440
D	AUX. ENFERMERIA	15	660
E	ADMINISTRATIVO	110	4826
	SECRETARIA	0	0
F	CHOFER	11	484
	AUX. SERVICIOS	35	1540
	ESTAFETA	0	0
	NOCHERO	2	88
OTROS	DIRECTORES CESFAM	6	264
	DIRECTOR COMUNAL	1	44

3.- ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO RECURSO HUMANO 2012-2013

Análisis anual del período comprendido entre el 01 de Septiembre de 2012 al 31 de Agosto de 2013, se expresa en número de horas, conformando jornadas semanales de 44 horas. Considera horas del 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 1.152.480 horas anuales, representa un aumento de 8.62% comparado con igual período del año anterior, lo que da un promedio de 545.68 jornadas mensuales completas (de 44 horas semanales). Las horas de trabajo extraordinario en el periodo alcanzaron las 118.169, dando un total anual de 1.270.649 horas disponibles de recurso humano.
El 90,70% de las horas corresponde a jornada ordinaria de trabajo y el 9.30% a trabajos extraordinarios.

TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES	PORCENTAJE
Jornada Ordinaria	1.152.480	90,70%
Trabajo Extraordinario	118.169	9,30%
Total	1.270.649	100%

3.2.- ROTACIÓN DE PERSONAL

La rotación anual del personal fue de 19 funcionarios que en conjunto completan 18 jornadas totales, 4 de ellas corresponden a contrato indefinido y 15 con contrato a plazo fijo. Las causales de rotación se detallan a continuación:

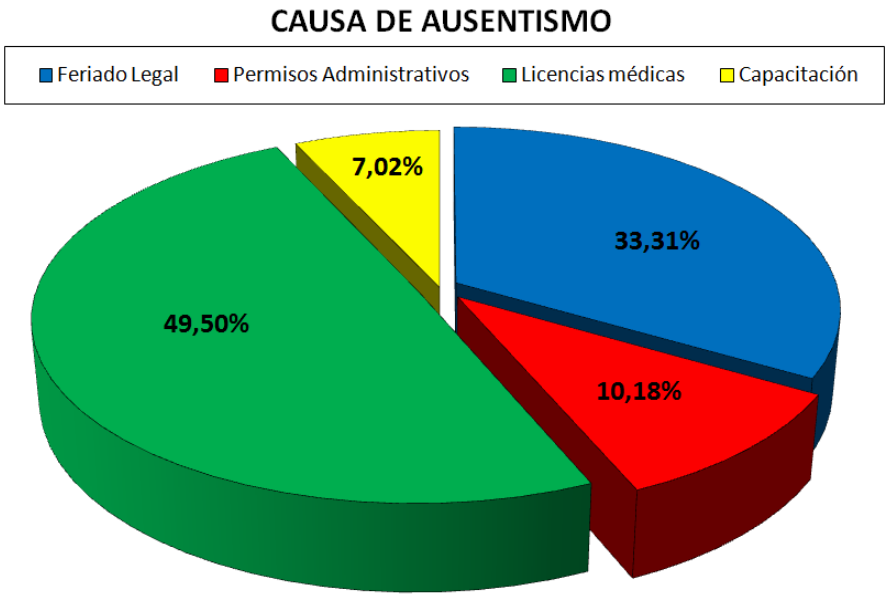
CAUSAL DE ROTACIÓN	NÚMERO FUNCIONARIOS
Permuta	0
Jubilación o Pensión	0
Renuncia Voluntaria	14
Retiro Voluntario	1
Fallecimiento	2
Vencimiento plazo contrato	2

ESTAMENTO	JORNADAS SEGÚN TIPO DE CONTRATO	
	Plazo Fijo	Indefinido
Médico	253	
Odontólogo	44	
Asistente Social		44
Matrona	88	
Kinesiólogo	11	
Psicólogo	44	
Terapeuta Ocupacional	44	
Tec. Paramédico	44	
Tec. Nivel Superior	44	
Auxiliar de enfermería	44	44
Administrativo		88

3.3.- AUSENTISMO LABORAL

El ausentismo laboral del período alcanzó las 235.787.2 horas anuales, lo que representa un 18,56% anual en relación a las horas contratadas para el periodo en estudio, experimentando un aumento de 0,45% 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 solo días hábiles).

CAUSA	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	78.531,2	33,31%	6,18%
Permisos Administrativos	24.002,0	10,18%	1,89%
Licencias médicas	116.705,6	49,50%	9,18%
Capacitación	16.548,4	7,02%	1,30%
Total	235.787,2	100,00%	18,56%



- El 49.50% del total de ausentismo anual, corresponde a licencias médicas, con un total de 116.705.6 horas anuales, las que expresadas en jornadas laborales equivalen a 55.26 jornadas año no disponibles laboralmente, destinadas principalmente a la recuperación de la salud de los funcionarios. Las horas laborales no disponibles por este concepto alcanzan un 9,18% del total comunal anual de horas contratadas.

- La segunda causa en orden de incidencia 33,31%, corresponde a Feriado Legal. Representa el 6.18% del total comunal de horas contratadas. Correspondiendo a 16.34 días año por cada jornada laboral completa.

- La tercera causa en orden de incidencia 10.18% corresponde a permisos administrativos (con y sin goce de remuneraciones), que representa el 1,89% 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 son de 5,00 días año por cada jornada laboral completa.

- La cuarta causa en el orden de incidencia 7.02% corresponde a Capacitación, que representa el 1,30% 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 de 16.548,4 horas. Lo que es inferior a lo proyectado considerando un total de 44 horas anuales por cada funcionario.

3.4.- COMPORTAMIENTO DE CONTRATACIÓN Y AUSENTISMO POR ESTAMENTO

3.4.1.- ESTAMENTO MÉDICO:

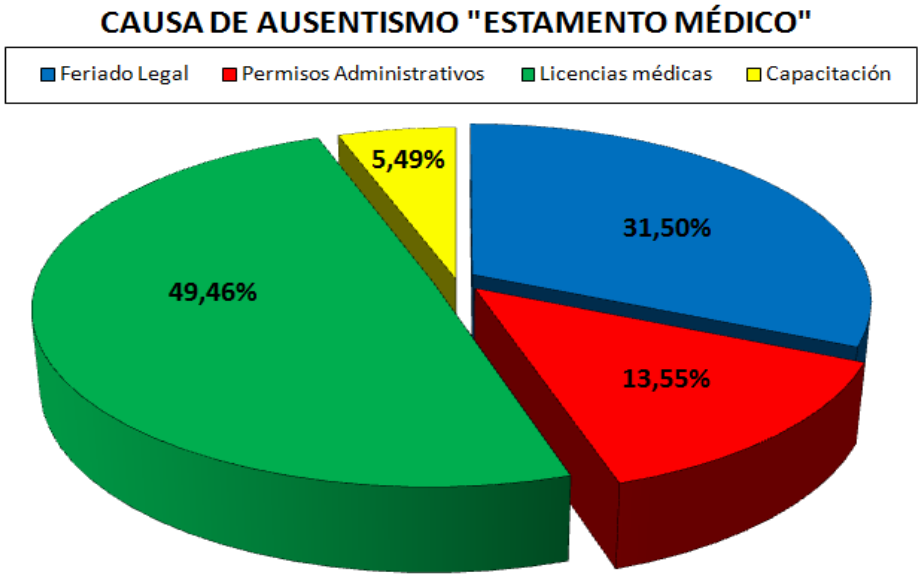
En el período se contrató 68.112 horas anuales, lo que corresponde a 32,25 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 5,91% del total comunal del recurso humano. El total de horas contratadas es de 77.950, de las cuales 9.838 corresponden a trabajos extraordinarias (12,62%) y 68.112 a jornada ordinaria de trabajo (87,38%). Las horas extraordinarias sobrepasan en 3,32 puntos porcentuales el porcentaje anual de trabajos extraordinarios contratados del recurso humano.

CONTRATACIÓN ESTAMENTO MEDICO		
Jornada Ordinaria	68.112,0	87,38%
Trabajo Extraordinario	9.838,0	12,62%
Total	77.950,0	100%

Ausentismo Médico: el Estamento Médico presenta un ausentismo de 20,25% situándose un 1,69% sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo, con un 10,01%, es por Licencias médicas, la segunda causa de ausentismo con un 6,38% es por feriado legal, los permisos administrativos, con y sin goce de remuneraciones representan un 2,74%, y por último los permisos a curso solicitados por actividades de capacitación representan un 1,11%.

Durante el periodo el ausentismo laboral médico alcanzó el 6,69% del ausentismo comunal en recurso humano.

CAUSA AUSENTISMO MEDICO	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	4.972,0	31,50%	6,38%
Permisos Administrativos	2.138,4	13,55%	2,74%
Licencias médicas	7805,6	49,46%	10,01%
Capacitación	866,8	5,49%	1,11%
Total	15.782,8	100%	20,25%



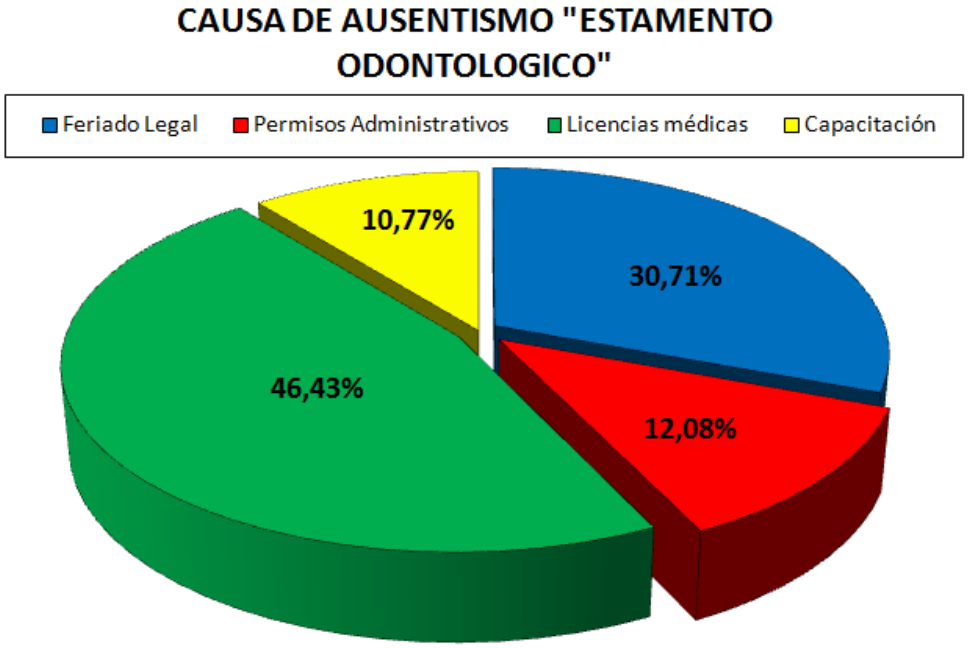
3.4.2.- ESTAMENTO ODONTOLÓGICO

En el período se contrató 39.072 horas anuales de odontólogo, lo que corresponde a 18,50 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 3,39% del total comunal de horas recurso humano.
El total de horas contratadas es de 40.461, de las cuales 1.389 corresponden a trabajos extraordinarias (3,43%) y 39.072 a jornada ordinaria de trabajo (96,57%). Las horas extraordinarias son menores significativamente que el porcentaje anual de trabajos extraordinarios contratados del recurso humano de 9,30%, siendo inferior en 5,87 puntos porcentuales.

CONTRATACIÓN ESTAMENTO ODONTOLÓGICO		
Jornada Ordinaria	39.072	96,57%
Trabajo Extraordinario	1.389	3,43%
Total	40.461	100,00%

Ausentismo Odontológico: el Estamento Odontológico presenta un ausentismo de 18,27% situándose un -0,29% por debajo del promedio comunal. La principal causa de ausentismo 8,48% es por licencia médica, la segunda causa en orden de incidencia de ausentismo 5,61% es por Feriado Legal, los permisos administrativos representan el 2,21% del ausentismo y la capacitación sólo un 1,97%. En general el ausentismo laboral representa el 3,14 % del ausentismo comunal en recurso humano.

CAUSA	HORAS ANUALES	COMPOSICIÓN %CAUSA AUSENTISMO	% AUSENTISMO/ HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	2.270,4	30,71%	5,61%
Permisos Administrativos	893,2	12,08%	2,21%
Licencias médicas	3.432,0	46,43%	8,48%
Capacitación	796,4	10,77%	1,97%
Total	7.392,0	100,00%	18,27%



3.4.3.- ESTAMENTO ENFERMERO(A)

En el período se contrató 91.872 horas anuales, lo que corresponde a 43,50 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 7,97% del total comunal de horas recurso humano.

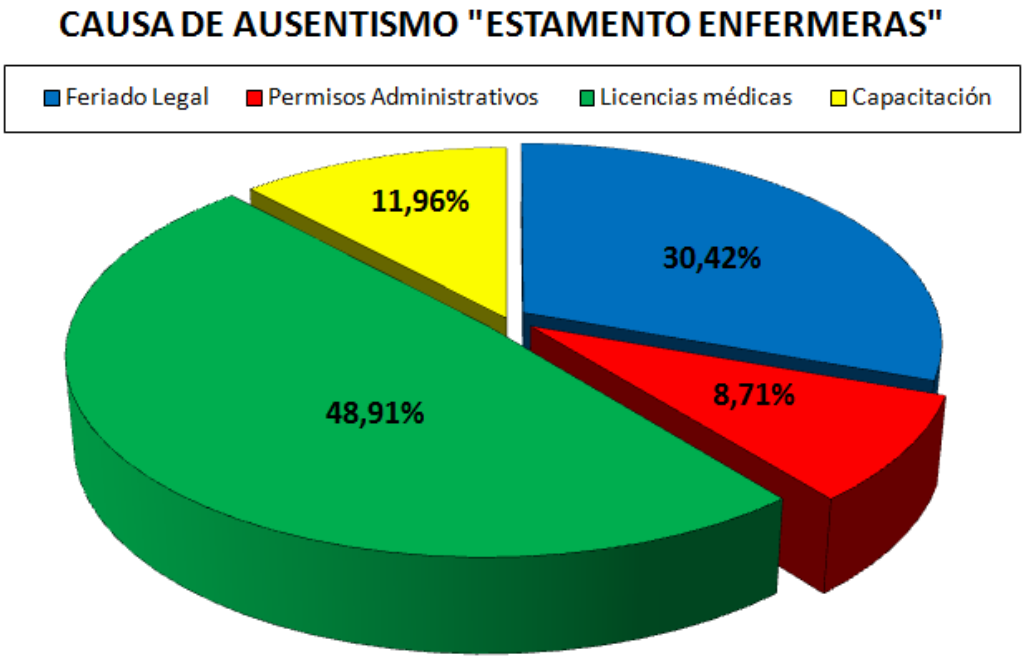
El total de horas contratadas es de 100.059, de las cuales 8.187 corresponden a trabajos extraordinarias (8,18%) y 91.872 horas a jornada ordinaria de trabajo (91,82%). Las horas extraordinarias son menores que el porcentaje anual de trabajos extraordinarios contratados del recurso humano de 9,30%, siendo inferior en 1,12 puntos porcentuales.

CONTRATACIÓN ESTAMENTO ENFERMERO(A)		
Jornada Ordinaria	91.872	91,82%
Trabajo Extraordinario	8.187	8,18%
Total	100.059	100,00%

Ausentismo Enfermera: el Estamento Enfermero(a) presenta un ausentismo de 22,32% en proporción a las horas contratadas anualmente, situándose un 3,76% por sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo es por licencia médica, corresponde a un 10,91%, del total de horas disponibles, la segunda causa en orden de incidencia 6,79% de ausentismo es por feriado legal, los permisos administrativos representan un 1,94% y la capacitación sólo un 2,67%.

El ausentismo laboral representa el 9,47% del ausentismo comunal en recurso humano.

CAUSA	HORAS ANUALES	COMPOSICIÓN %CAUSA AUSENTISMO	% AUSENTISMO/ HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	6.793,6	30,42%	6,79%
Permisos Administrativos	1.944,8	8,71%	1,94%
Licencias médicas	10.920,8	48,91%	10,91%
Capacitación	2.670,8	11,96%	2,67%
Total	22.330,0	100,00%	22,32%



3.4.4.- ESTAMENTO PARAMEDICO

En el período se contrató 340.032 horas anuales, lo que corresponde a 161,00 jornadas completas mensuales. Dichas contrataciones representan el 29,5% del total comunal de horas recurso humano.
El ausentismo laboral representa el 33,73% del ausentismo comunal en recurso humano.

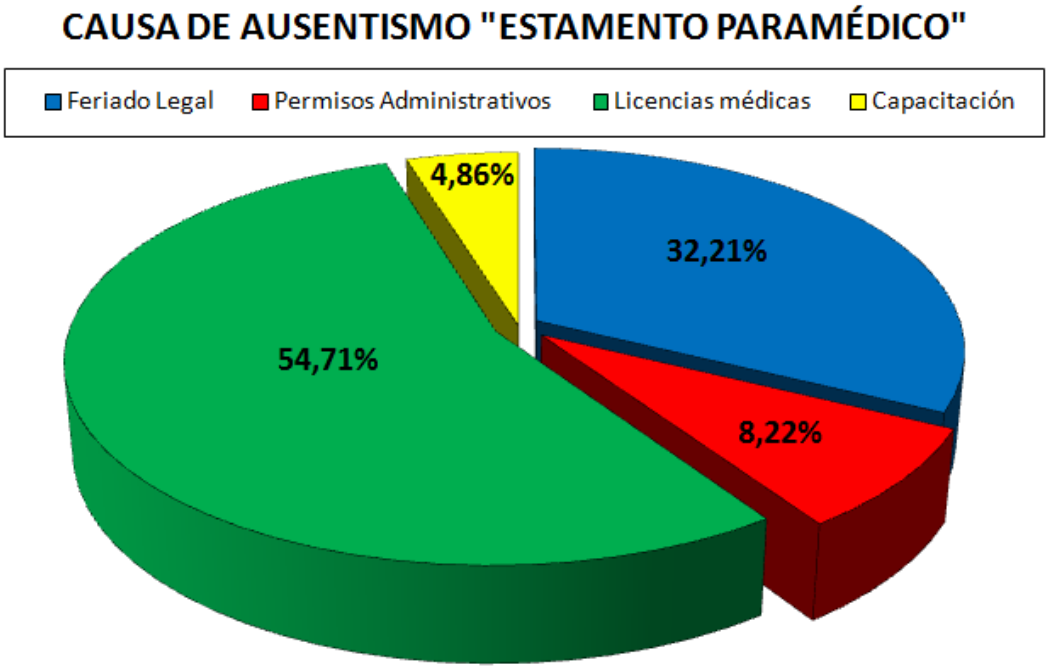
El total de horas contratadas es de 371.779, de las cuales 31.747 corresponden a trabajos extraordinarias (8,54%) y 340.032 horas a jornada ordinaria de trabajo (91,46%). Las horas extraordinarias son menores que el porcentaje anual de trabajos extraordinarios contratados del recurso humano de 9,30%, siendo inferior en 0,76%.

CONTRATACIÓN ESTAMENTO PARAMEDICO		
Jornada Ordinaria	340.032	91,46%
Trabajo Extraordinario	31.747	8,54%
Total	371.779	100,00%

Ausentismo Paramédico: el Estamento Paramédico presenta un ausentismo de 21,39% situándose un 2,83% sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo es por licencia médica y corresponde a un 11,70%, del total de horas

contratadas, teniendo un peso relativo de 54,71% en la composición de las causas de ausentismo para el estamento.
La segunda causa en orden de incidencia de ausentismo es el feriado legal alcanzando el 6,89%, los permisos administrativos implican un ausentismo del 1,76%, y por último capacitación con el 1,04%.

CAUSA	HORAS ANUALES	COMPOSICIÓN %CAUSA AUSENTISMO	% AUSENTISMO/ HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	25.616,8	32,21%	6,89%
Permisos Administrativos	6.538,4	8,22%	1,76%
Licencias médicas	43.507,2	54,71%	11,70%
Capacitación	3.863,2	4,86%	1,04%
Total	79.525,6	100,00%	21,39%



RECURSOS MATERIALES-INFRAESTRUCTURA

Para dar atención de salud a la población, la comuna cuenta con:

- 6 Centros de Salud Familiar
- 2 CECOF(Prosperidad y Doña Carmen)
- 7 Postas Salud Rural (Tutuquen, Porvenir, Potrero Grande, La obra, Chequenlemu, Upeo, Cordillerilla).
- 2 SAPUs cortos (MAAL, Colon)
- 1 SAPU largo (Curicó Centro)
- 2 SUR (Los Niches; Sarmiento)

A través del Programa de apoyo a la gestión local y mediante recursos propios se han llevado a cabo, trabajo tendientes a normalizar aquellos Establecimientos cuya creación data de antes del año 2006, con el fin de poder obtener la autorización sanitaria y posterior Acreditación en el ámbito de calidad.

También se han realizado obras en pro del mejoramiento, que permitan aumentar la oferta de atención como por ejemplo Posta porvenir, Habilitación sala de Rayos en Cesfam Curicó Centro.

De la misma forma se ha tratado de mejorar las condiciones de trabajo de los funcionarios, y de atención para nuestros pacientes, en espacios, estéticamente, más limpios y prolijos.

MIGUEL ANGEL ARENAS LOPEZ (MAAL)

Infraestructura y modificación clínicas CESFAM MAAL Pintura y Mejora interior, SAPU MAAL

Infraestructura para CESFAM reestructuración e Implementación SOME







Pintura Cecof Prosperidad
Pintura interior Sapu
Separador ambientes en sala de espera







CESFAM COLON

Habilitación muebles de Clínica
Pintura interior Sapu
Separador ambientes en sala de espera







POSTA PORVENIR

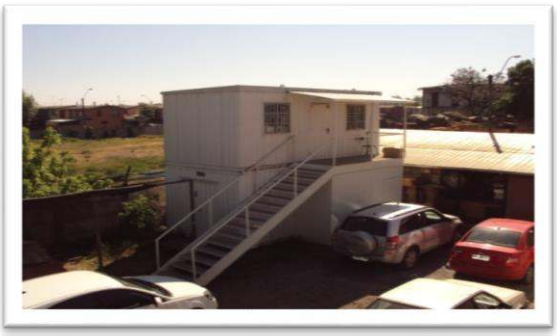
Habilitación Box dental en posta Porvenir








CESFAM CURICO CENTRO








-Implementación conteiner, para el archivo y Bodega, -Pintura de casino de funcionarios, -Pintura Box Sapu
-Habilitación pabellón cirugía menor
-Habilitación sala de rayos dental y box dental nuevo

CESFAM LOS NICHES

Habilitación muebles de Clínica
Pintura interior Sapu
Separador ambientes en sala de espera











CESFAM SARMIENTO

Habilitación muebles de Clínica
Pintura interior Sapu
Separador ambientes en sala de espera







RECURSOS FINANCIEROS

Proyecto Presupuesto 2014

SUB TITULO	*ITEM*	*ASIG.*	*DENOMINACION*	*PRESUPUESTO 2014*
INGRESOS PRESUPUESTARIOS				*$ 9.438.500.000*
O5			*TRANSFERENCIAS CORRIENTES*	*$ 9.076.000.000*
	O3		*De otras entidades Públicas*	*$ 9.076.000.000*
O7			*INGRESOS DE OPERACIÓN*	*$ 42.000.000*
	O2		*Venta de Servicios (Boletas y Bonos no beneficiarios)*	*$ 42.000.000*
O8			*OTROS INGRESOS CORRIENTES*	*$ 255.500.000*
	O1		*Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas*	*$ 245.000.000*
	99		*Otros*	*$ 10.500.000*
15			*SALDO INICIAL DE CAJA*	*$ 65.000.000*

Desglose gastos presupuestarios por ítem s 2014

SUB TITULO	ITEM	ASIG.	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2014
GASTOS PRESUPUESTARIOS				$ 9.438.500.000
21			GASTOS EN PERSONAL	$ 7.715.000.000
	O1		Personal de Planta	$ 4.736.500.000
	O2		Personal a Contrata	$ 2.845.490.000
	O3		Otras Remuneraciones	$ 133.010.000
22			BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	$ 1.447.000.000
	O1		Alimentos y Bebidas	$ 13.350.000
	O2		Textiles, Vestuarios y Calzados	$ 94.500.000
	O3		Combustibles y Lubricantes	$ 27.500.000
	O4		Materiales de Uso o Consumo Corriente	$ 945.350.000
	O5		Servicios Básicos	$ 128.400.000
	O6		Mantenimiento y Reparaciones	$ 102.500.000
	O8		Servicios Generales	$ 23.500.000
	O9		Arriendos	$ 58.000.000
	10		Servicios Financieros y de Seguros	$ 11.200.000
	11		Servicios Técnicos y Profesionales	$ 20.500.000
	12		Otros Gastos en Bienes y servicios de Consumo	$ 22.200.000
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	$ 272.000.000
	O3		Vehículos	$ 50.000.000
	O4		Mobiliarios y Otros	$ 65.000.000
	O5		Máquinas y Equipos	$ 87.000.000
	O6		Equipos Informáticos	$ 70.000.000
34			SERVICIO DE LA DEUDA	$ 1.500.000
	O7		Deuda Flotante	$ 1.500.000
35			SALDO FINAL DE CAJA	$ -

Justificación Presupuestaria 2014

SUB TITULO	ITEM	ASIG	SUB ASIG	SUB-SUB ASIG	DENOMINACION	PRESUPUESTO
INGRESOS PRESUPUESTARIOS						$ 9.438.500.000
O5					TRANSFERENCIAS CORRIENTES	$ 9.076.000.000
	O3				De otras entidades Públicas	$ 9.076.000.000
		OO6			Del Servicio de Salud	$ 8.240.000.000
			OO1		Atención Primaria Art.49 Ley Nº 19.378	$ 5.940.000.000
			OO2		Aportes Programas	$ 2.300.000.000
		101			De la Municipalidad Servicios Incorporados a su Gestión	$ 700.000.000
		999			De Otras Entidades Públicas	$ 136.000.000
O7					INGRESOS DE OPERACIÓN	$ 42.000.000
	O2				Venta de Servicios (Boletas y Bonos no beneficiarios)	$ 42.000.000
O8					OTROS INGRESOS CORRIENTES	$ 255.500.000
	O1				Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas	$ 245.000.000
		OO1			Reembolso Art.4º Ley Nº 19.345	$ 245.000.000
	99				Otros	$ 10.500.000
		999			Reintegros varios	$ 10.500.000
15					SALDO INICIAL DE CAJA	$ 65.000.000

CAPACITACION

La capacitación acorde a las facultades que confiere la Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, constituye para nuestra comuna un eje central, definida como una herramienta de gestión e inversión en el desarrollo del capital humano, teniendo por ello un rol preponderante para el logro de objetivos y metas, colaborando en la formación de un personal técnicamente competente para brindar una atención de salud de calidad.

Las grandes áreas trabajadas dicen relación con los lineamientos de la orientación programática en salud.

B) LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS:

Cada año el Ministerio de Salud entrega orientaciones a los Servicios de Salud del país con los Lineamientos Estratégicos para la formulación de los Planes y Programas Anuales, dirigidos tanto al personal de la Red Asistencial adscrito a la Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, a los profesionales de las leyes N° 19.664 y 15.706 y al personal regido por la ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria Municipal. Para el año 2014 se mantendrán los 9 lineamientos formulados el año 2013, que se detallan a continuación, de los cuales se ha dado prioridad a los 4 primeros y al N° 6.

1) Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.

2) Consolidar el Modelo de Gestión en Red , local regional y suprarregional (macro y micro redes)

3) Fortalecer el Sistema de Garantías Explicita en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.

4) Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

5) Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria

6) Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICS)

7) Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera

8) Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas

9) Mejorar la prevención, y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc. Que afectan la seguridad e las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

El desglose de lo realizado se puede observar en el siguiente cuadro:

FORMULARIO RESUMEN PLAN ANUAL CAPACITACIÓN FUNCIONARIOS ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) DEPARTAMENTO DE SALUD DE CURICO FECHA 2013																				
															PRIMER CORTE AGOSTO 2013					
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION / FECHA DE REALIZACIÓN	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							Nº HORAS PEDAGOG	FINANCIAMIENTO					ACTIVIDAD REALIZADA		ASISTENCIA PROGRAMADA O	ASISTENCIA	
		A	B	C (Té	D (T	E (Adm	F (Aux	TOTAL		ITEM CAPACIT	FONDOS MUNICIP	OTRO FONDO	TOTAL PRESUP ASIG	T PRESUP EJEC	SI	NO	Nº	Nº	%
1.-	CT Entrenamiento de intervención Visita Domiciliaria Integra	0	30	6	0	0	0	36	11	800000					x		36	36	100
	CT Entrenamiento en Consejería y mediación. MARZO	0	36	0	0	0	0	36	11	800000					x		36	36	100
	CT Educación en salud para adultos. MARZO	0	18	18	0	0	0	36	11	800000						x	36		
	CT Técnicas de intervención en crisis. MARZO	0	20	10	0	0	0	30	11	800000					x		30	30	100
	CT Indice de barthel como parte del EMPAM. ABRIL	0	30	0	0	0	0	30	11	800000						x	30		
2.-	CT Norma técnica de funcionamiento de los servicios farmac	0	8	21	0	0	7	36	11	800000						x	36		
3.-	C Prevención primaria de enfermedad renal crónica. ABRIL	0	8	20	0	0	7	35	11	800000					x		35	35	100
	C Manejo de diabéticos insulino requirentes. MAYO	12	18	12	0	0	0	42	11	800000						x	42		
	C Manejo avanzado de pié diabético. MAYO	6	24	6	0	0	0	36	11	800000					x		36		
	C manejo avanzado de úlceras varicosas. MAYO	6	18	6	0	0	0	30	11	800000						x	30		
4.-	C Acreditación de establecimientos de Atención Primaria. M	6	12	6	0	12	6	42	11	1000000					x		42	56	133
	CT Deberes y derechos de los usuarios Ley 20584 JUNIO	6	6	12	0	12	6	42	11	800000					x		42	42	100
	CT Actualización en evaluación de Escala Neurosensorial. JU	12	18	0	0	0	0	30	11	800000						x	30		
	CT Atención al usuario interno y externo. JUNIO	0	6	12	0	12	6	36	11	800000						x	36		
5.-	T Trabajo en equipo. JUNIO	0	6	12	0	12	12	42	11	800000					x		42	35	83
	CT Monitores en ejercicios compensatorios. JULIO	0	6	12	0	18	6	42	11	200000					x		42	35	83
	CT Autocuidado: comunicación efectiva. JULIO	0	6	12	0	12	6	36	11	800000					x		36	35	97
	CT Autocuidado: prevención daño de la voz. JULIO	0	6	6	0	18	6	36	11	200000					x		36	35	97
	CT Movilización y traslado de pacientes. MAYO	0	12	18	0	0	6	36	11	200000					x		36	35	97
	C Prevención de riesgos para comites paritarios de higiene y	0	6	6	0	18	12	42	11	200000					x		42	35	83
	C Rol de jefaturas y encargados del personal sanitario en la p	6	24	0	0	0	0	30	11	200000					x		30	30	100
6.-	CT Presentaciones efectivas. JULIO	0	6	6	0	20	0	32	22	800000						x	32		
	CT Internet Básico. AGOSTO	0	0	0	0	30	0	30	11	800000						x	30		
	CT SIGES. AGOSTO	0	0	0	0	30	0	30	11	800000						x	30		
	CT Excell avanzado. AGOSTO	0	0	0	0	30	0	30	33	800000						x	30		
7.-	CT Gestión logística de bodegas. AGOSTO	0	0	0	0	30	0	30	11	800000						x	30		
8.-	C Deberes y derechos de los funcionarios. AGOSTO	2	6	18	0	12	6	42	11	800000						x	42		
	II Escuela de Salud de Curico. SEPTIEMBRE							30	33	3500000						x	30		
9.-	CT Reanimación cardiopulmonar básica. SEPTIEMBRE	6	12	18	0	0	0	36	11	800000					x		36	35	97
	CT Manejo preventivo vehículos de emergencia básicos. SEP	0	0	0	0	0	12	12	11	200000					x		12	12	100
	C Riesgos biológicos. OCTUBRE	0	6	18	0	0	12	36	11	200000					x		36	36	100
	C Técnicas de supervisión y liderazgo en prevención de riesg	0	12	12	0	6	6	36	11	200000					x		36	36	100
	CT Prevención y control de incendios. OCTUBRE	0	0	6	0	14	16	36	11	200000					x		36	36	100
	CT Emergencia y evacuación. OCTUBRE	0	0	6	0	14	16	36	11	200000					x		36	36	100
	CT manejo residuos peligrosos DS N° 148, especiales REAS DS	0	6	12	0	6	12	36	11	200000					x		36	36	100
TOTALES		62	366	291	0	306	160	1213		24300000					**21**	14			

Sobre la base de lo expuesto, la evaluación en área de capacitación es positiva a nivel general.

N° ACTIVIDADES PROGRAMADAS	35
N° ACTIVIDADES EJECUTADAS	21
% ALCANZADO a Agosto 2013	60

Llama la atención del lugar cada vez más significativo de las capacitaciones autogestionadas y/o con alianzas internas, logrando llegar casi al 25% del total. En efecto dado la generación de dichas capacitaciones aumentando el número de cupos comprometido a nivel local a 1213.

Debemos agregar que el Servicio de Salud del Maule ha gestionado diversos cursos que nos ha permitido capacitar más funcionarios, a esto se suman las personas becadas en Diplomados con distintas temáticas como Acreditación en atención abierta, Urgencia, Gestión en APS, Pasantías nacionales y Pasantías internacionales.

FORMULARIO RESUMEN PLAN ANUAL CAPACITACIÓN FUNCIONARIOS ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) DEPARTAMENTO DE SALUD DE CURICO FECHA 2013																					
															PRIMER CORTE AGOSTO 2013						
LINEAMIENTOS ESTRATEGIC	ACTIVIDADES DE CAPACITACION / FECHA DE REALIZACIÓN	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							Nº HORAS PEDAGOG	FINANCIAMIENTO					ACTIVIDAD REALIZADA			ASISTENCIA PROGRAMADA O	ASISTENCIA	
		A	B	C (Té	D (T	E (Adm	F (Aux	TOTAL		ITEM CAPACIT	FONDOS MUNICIP	OTRO FONDO	TOTAL PRESUP ASIG	T PRESUP EJEC			Nº		
1.-	Curso Taller Consejería Individual y Familiar. Marzo 2014	0	30	0	0	0	0	30	11	$ 558.000							30		
	Curso Taller Valoración e intervención del trabajo con fa	6	20	10	0	0	0	36	22	$ 1.140.000							36		
	Curso Norma técnica infanto - juvenil. Marzo 2014	6	24	0	0	0	0	30	22	$ 1.068.000							30		
	Curso Acreditación en salud. Abril 2014	6	20	6	2	6	6	46	11	$ 654.000							46		
	Curso Consejo Breve. Abril 2014	0	0	30	4	0	0	34	11	$ 582.000							34		
	Curso Taller EMPAM	0	30	0	0	0	0	30	11	$ 558.000							30		
	Curso Taller Visita Domiciliaria Integral. Mayo 2014	6	18	12	0	0	0	36	11	$ 594.000							36		
	Curso Trabajo Comunitario en Salud. Mayo 2014	0	6	10	2	8	6	32	11	$ 570.000							32		
2.-	Curso Taller Sistema Gestión de la Demanda. Mayo 201	5	5	12	0	12	0	34	11	$ 582.000							34		
	Curso Taller Capacitación en Manejo de Farmacia para T	0	0	30	0	0	0	30	11	$ 558.000							30		
3.-	Curso Actualización en gestión de garantías explícitas en	1	10	2	0	20	0	33	11	$ 576.000							33		
	Curso Actualización en aspectos clínicos de patologías GI	26	0	0	0	0	0	26	11	$ 534.000							26		
	Curso manejo avanzado de pié diabético. Mayo 2014	0	36	0	0	0	0	36	11	$ 594.000							36		
	Curso manejo avanzado de heridas. Mayo 2014	0	30	0	0	0	0	30	11	$ 558.000							30		
4.-	Curso Taller Deberes y derechos de los usuarios. Ley 205	6	6	12	0	12	6	42	11	$ 630.000							42		
	Curso Taller Buen trato al Usuario. Mayo 2014	0	0	10	2	24	6	48	11	$ 666.000							48		
5.-	Taller Promoción del clima laboral saludable. Mayo 2014	0	6	12	0	12	12	42	11	$ 630.000							42		
	Curso Taller Liderazgo y gestión de personas. Junio 2014	12	30	0	0	0	0	42	11	$ 630.000							42		
	Curso Taller Movilización y traslado de pacientes. Mayo 2	0	6	18	0	0	12	36	11	$ 594.000							36		
	Curso Taller autocuidado: Prevención de daño de la voz. J	0	6	6	0	18	6	36	11	$ 594.000							36		
	Curso Taller Monitores en ejercicios compensatorios. Juli	0	6	12	0	18	6	42	11	$ 630.000							42		
6.-	Curso Taller Presentaciones Efectivas. Junio 201	0	16	16	0	0	0	32	22	$ 1.092.000							32		
	Curso taller Excell Básico. Julio 2014	0	7	0	0	23	0	30	33	$ 1.578.000							30		
	Curso taller Excell intermedio. Mayo 2014	0	10	0	0	20	0	30	33	$ 1.578.000							30		
	Curso taller Excell avanzado. Agosto 2014	0	12	0	0	18	0	30	33	$ 1.578.000							30		
7.-	Curso Taller manejo de residuos peligrosos DS N° 148, es	0	6	12	0	6	12	36	11	$ 594.000							36		
	Curso Taller Medicamentos trazadores y canasta GES. Ag	3	5	18	2	4	0	32	11	$ 570.000							32		
	Curso Taller Manejo de Bodegas y Control de Existencias	0	0	0	0	30	0	30	22	$ 1.068.000							30		
	Curso Taller Mantención eléctrica básica. Mayo 2014	0	0	0	0	0	25	25	11	$ 528.000							25		
	Curso Operadores de Generadores a vapor. Agosto 2014	0	6	24	0	0	0	30	22	$ 1.068.000							30		
	Curso Taller Manejo de Bodegas de Farmacia. Septiembre	0	6	18	0	6	0	30	22	$ 1.068.000							30		
8.-	Curso deberes y Derechos de los funcionarios. Septiembr	2	6	18	0	12	6	42	11	$ 630.000							42		
9.-	Curso Riesgos Biológicos. Agosto 2014	0	6	18	0	0	12	36	11	$ 594.000							36		
	Curso Taller Emergencia y evacuación. Septiembre 2014	0	0	6	0	14	16	36	11	$ 594.000							36		
	Curso Taller reanimación cardiopulmonar básica. Septiem	0	12	0	0	18	6	36	11	$ 594.000							36		
	Curso Prevención de riesgos para comités paritarios de h	0	6	6	0	18	12	42	11	$ 630.000							42		
	Curso Taller manejo preventivo vehículos de emergencia	0	0	0	0	0	12	12	11	$ 450.000							12		
	Curso Taller prevención y control de incendios. Octubre 2	0	0	6	0	14	16	36	11	$ 594.000							36		
	Total	79	387	324	12	313	177	**1296**		$ 28.308.000							**1296**		

CALIDAD

La acreditación en Calidad para los establecimientos de atención abierta, establecida por el Ministerio de Salud, aún no ha determinado una fecha exacta de inicio de vigencia para hacer exigible la Garantía de Calidad en las prestaciones GES realizadas por nuestros establecimientos. Sin embargo y bajo este contexto la Dirección Comunal de Salud, consciente de esta prioridad ha establecido las Políticas de calidad en nuestra Comuna, Creando el Comité de calidad Comunal que tiene dentro de sus objetivos "contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que otorgan los establecimientos de salud", por lo que esta unidad estará a cargo de liderar y Fortalecer el proceso de acreditación y del trabajo previo que éste involucre, con el objetivo de acreditar en calidad a todos los establecimiento de salud de la comuna de Curicó.

La primera etapa es desarrollar una autoevaluación de modo de poder identificar las brechas de cumplimiento del estándar general de calidad, en cada uno de los establecimientos.

Con esta información se dará inicio a una segunda etapa de elaboración de Planes de Mejora que se desarrollarán a nivel comunal y serán implementados a nivel local.

Con el fin de lograr lo planteado anteriormente será clave desarrollar actividades que contemplen la entrega de herramientas técnicas a los equipos de salud, que permitan identificar las brechas existentes en los cada uno de los centros de la comuna, a través de capacitaciones específicas y del trabajo coordinado a nivel comunal. Igualmente, se deberán conformar equipos que dirijan el proceso en cada uno de los centros, que serán liderados por los Directores de los Centros de Salud y el encargado del programa de mejora continua de calidad respectivo. La estrategia de trabajo que se desarrollará a nivel comunal estará estructurada en base a los nueve ámbitos que contempla el "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta

Uno de los principales productos de la primera capacitación dirigida a directivos y encargados del programa de calidad, será la medición de los nueve ámbitos (autoevaluación), material que servirá de insumo para elaborar planes de mejora, que serán implementados en los Centros de Salud durante el año 2014.

En paralelo a lo anterior, se ha diseñado una estrategia de difusión y sensibilización la cual por una parte busca sensibilizar a todos y todas las funcionarias del Departamento de Salud de Curicó sobre la importancia e impacto del proceso de acreditación de calidad de los distintos centros de salud de la comuna, así como motivar la participación activa en la implementación del proceso de acreditación en calidad. Lo anterior, se considera fundamental y transversal a las etapas previas al proceso de acreditación.

Con las actividades desarrolladas durante el 2014 se persigue que todos establecimientos de salud se encuentren preparados para postular al proceso de acreditación en los plazos establecidos.

Problema priorizado	Objetivo especifico	Acciones	Indicador	Meta	responsable
CALIDAD	Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que otorgan los establecimientos de salud del Departamento de salud de Curicó.	Conformación de equipos de trabajo en cada uno de los Cesfam y Establecimientos de apoyo	(Equipos conformados/ total de equipos planificados conformar)*100	100% de los equipos conformados en los Centros, mediante resolución al 31 de Diciembre 2013	Director de Salud y Director de Establecimientos
		Capacitación inicial sobre Manual de Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales, dirigida a directivos y encargados de calidad	(Directivos y Encargados de Calidad que aprueban curso de capacitación inicial/ total de Directivos y Encargados de Calidad)*100	80% de Directivos y Encargados que aprueban	Unidad de Calidad
		Sensibilización de funcionarios en materia de calidad y proceso de acreditación	Número de actividades de sensibilización realizadas	Al menos 1 actividad de sensibilización al mes en el Ces	Encargado de Calidad Local
		Realización de autoevaluación en los Establecimientos de Salud, según pauta de cotejo de manual de atención abierta y Manual de Laboratorio, según corresponda	Informe de Autoevaluación de todos los Establecimientos	Primer Informe presentado al 31/01/2014, Segundo Informe a Julio 30/07/2014	Encargado de Calidad Local y Unidad de Calidad

Problema priorizado	Objetivo especifico	Acciones	Indicador	Meta	Responsable
CALIDAD	Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que otorgan los establecimientos de salud administrados por la Corporación de Educación y Salud de San Bernardo	Formulación de planes de mejora, en base a informe de autoevaluación del Establecimiento	Plan de mejora del Establecimien to	Plan presentado durante el primer semestre 2014	Director del Cesfam y Encargado Local de Calidad
		Implementación de estrategias establecidas en plan de mejora en cada centro	(N° de estrategias efectivamente implementadas/ Total de estrategias planificadas implementar)*100	100% de las estrategias planificas	Director del Cesfam, Encargado Local de Calidad y Unidad de Calidad
		Reuniones técnicas con equipos de calidad de los Establecimientos y Encargados por Ámbito	N° de reuniones	Una reunión cada 15 días	Unidad de Calidad, Encargados Locales de Calidad y Encargados por Ámbitos
		Monitoreo y control de las actividades desarrolladas por los equipos de calidad de los Cesfam	Reuniones de evaluación de trabajo realizado	Una reunión mensual	Unidad de Calidad
		Realización de auto diagnóstico de cada uno de los Establecimientos	Informe de auto diagnóstico por Establecimiento	Auto diagnóstico realizado por centro	Director del Ces, Encargado Local de Calidad y Unidad de Calidad

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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 Acta de Constitución de Mesa de Trabajo, Asistencia Documento Plan
Mejoramiento Entorno Ambiental Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas Sensibilizar a los usuarios en el tema y mesas TERRITORIALES	Alcanzar una superficie de 8 metros cuadrados de áreas verdes por cada habitante al año 2016 -Incluir el tema en reuniones de Consejo de Desarrollo	Superficie urbana de áreas verdes y espacios públicos / Nº total de habitantes Nº reuniones de consejo de desarrollo en que el tema se incluyó en tabla. Número de actas de reuniones de consejo de desarrollo que se trató el tema

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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 Establecer línea de base
		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 Falta meta impacto
		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
		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
		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
		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

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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
		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 90% 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
		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
		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

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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 Establecer línea base	Tasa de Mortalidad por suicidio en población adolescente de 10 a 19 años
		PRODUCTOS ESPERADOS: 20% de cobertura de Control de Salud "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	Cobertura Control de Salud " Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años
		100% de adolescentes mayores de 10 años con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión. El Ges depresión es desde los 15 años. Antes de esa edad son pocos los diag. de depresión se hacen generalmente como t. del comportamiento y emociones.	Cobertura Aplicación Pauta de Tamizaje para detección de depresión a través de CLAP o Goldberg 12)
			% de ingresos a Tratamiento integral en APS e Inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años (15a)con diagnóstico de depresión
			Cobertura Aplicación de screening (Okasha) de ideación suicida a adolescentes con diagnósticos problemas y trastornos de salud mental.

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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. Establecer línea de base
		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 Estrategias Amigables de atención a adolescentes
			Tasa anual de adolescentes que usan algún método de regulación de fecundidad, por población adolescentes de 15-19 años. Diseñar talleres de habilidades parentales para adolescentes (2014) Implementar talleres 2015

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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 Establecer línea base	
	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 Consejería 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
		100 % consejerías a adolescentes consumidores de tabaco a quienes se realiza atención y alta odontológica	Proporción de consejerías a adolescentes consumidores de tabaco detectadas en el control anual de salud
		100% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)	Numero de consejos breves realizados
		100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio	ingresos en rem 05/ Ing. sigges

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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	Establecer línea de base
		PRODUCTOS ESPERADOS: Garantizar el acceso a tratamiento de HTA y Diabetes al 100% de las personas diagnosticadas con la enfermedad	Número de personas Ingresadas HTA y Diabetes / ingresos SIGGES HTA y DM. Aumentar Pesquisa a través del EMP en grupos focalizados
		100% de personas bajo control del PSCV que asiste a control conocen síntomas de IAM y ACV. Proporcionar atención diferenciada a pctes. secuelados ave	Número de cartillas entregadas/ Nº personas que asisten a control. Derivación a CCR. Incorporar un cesfam con atención piloto de psicólogo y actividad física a los ingresos de HTA y DM (2014)
		Asegurar ECG al 100 % de la población que consulta por síntomas de IAM (construir indicador en SAPU	Número de personas con ECG realizado que consultan por síntomas de IAM Nº EKG de urgencia realizados/ nº personas que consulta con síntomas de IAM
		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. Mejorar la contrareferencia para identificar los pctes. atendidos por IAM y AVE en at secundaria	Tiempo de espera de traslados en ambulancia (derivación y recepción de pacientes) en dgtcos. de AVE y IAM
	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., /total de la población hipertensa de 15 y más años estimadas según prevalencia
	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 más 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%/ total de personas diabéticas de 15 y más años estimadas según prevalencia

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
Enfermedades Cardiovasculares	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
	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
	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 RRHH)	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
	Detección de personas diabéticos bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	100% de personas diabéticas mayores 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 con ex de píe vigente y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
Cáncer	META DE IMPACTO: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Establecer tasa de línea base mortalidad por cáncer	
	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	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
	Aumentar el Porcentajes de mujeres 50 a 59 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
	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 realizada	Número de personas mayor a 15 años con Mamografía realizada/ del total de mamografías solicitadas con sospecha de Cáncer de Mamas
	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 realizada	Numero personas entre 35 y 49 años con Ecotomografía Abdominal realizada/ecotomografías solicitadas con sospecha de Colelitiasis

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
Pérdida de funcionalidad e independencia del adulto mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la perdida de funcionalidad en población de 65 a 80 años	Durante 2013 generar línea base
	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. Incluir actividades que incentiven envejecimiento activo en el plan de promoción	Número adultos mayores que participan en actividades de Promoción del envejecimiento activo y autocuidado del total de población mayor de 60 años
	Prevenir dependencia del AM con factores de riesgo detectados en EMPAM	Incrementar a un 55% cobertura de Empam durante 2014-2016	Lograr un 80% de control semestral en AM, clasificado como Riesgo de Dependencia Nº controles EMPAM realizados/Nº AM con Riesgo de Dependencia.
	Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	100% de AM detectados con riesgo dependencia son derivados a Gestor de casos social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	Número de adultos de 65 y más años en control con riesgo de dependencia con plan de intervención y derivación según corresponda del total de casos detectados con riesgo social (sospecha maltrato; consumo personal o familiar de drogas o problemático de alcohol)
	Priorizar la derivación e Ingreso a CCR de adultos Mayores con dependencia	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior los AM que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Nº ingresos en CCR/Derivación de AM en Riesgo de dependencia con limitación funcionalidad y dolor osteomuscular crónico
	Detección de personas AM diabéticos de 65 y más 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.
	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 RRHH)	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

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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
			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 funcionarios capacitados/ total de funcionarios que realizan atención
	Disminuir la prevalencia de Obesidad Infantil	Lograr una prevalencia de Obesidad Infantil menor al 10% en 6 años	Número de niños y niñas obesos(as) del total bajo control
	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
	Mantener el control de salud en población menor de 5 años	Lograr una Tasa anual mínima 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
		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
	Derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Sobrepeso y Obesidad(10 a19) detectados en CLAP	100% de los y las adolescentes con obesidad son derivados/as a consulta nutricional y programa Vida sana	Número adolescentes con sb y obesidad que son derivados/as a consulta nutricional del total de adolescentes obesos diagnosticado en control de salud
	Recuperar la condición nutricional pregestacional al 8º mes post parto Incorporar derivación de puérperas con OB y SB peso a control nutricional	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 Derivar a vida sana Lograr intervención nutricional en puérperas	Número de mujeres con Sobrepeso y obesidad del total controlada al 8º mes
	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

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
Sedentarismo	Promover la actividad física en curicanos y curicanas	Incorporar actividades intersectoriales de promoción de la actividad física en plan anual de promoción	Número de actividades de promoción de actividad física en plan anual de Promoción
			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
	Intervenir Integralmente obesidad en niños , adolescentes y adultos	Cumplir 100% de las metas convenidas en programa vida Sana	Porcentaje de metas cumplidas del total de metas del programa vida sana Ob
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 para una vida libre de humo de tabaco en plan anual de promoción	Número de actividades de promoción de condiciones para una vida libre de humo de tabaco en plan anual de Promoción
	Proteger la salud de la gestante y su hijo de los daños del Humo de tabaco	100% de las gestantes con consumo de tabaco reciben consejería breve en tabaco	Número de beneficiarios según grupos de edad
			Nº de gestantes con consumo de tabaco en EPSA que reciben consejería breve en tabaco del total del gestantes al ingreso de control prenatal
	Proteger la salud del o la adolescente de 12 años de los daños del humo de tabaco	100% de los 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 de adolescentes con alta odontológica integral
	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco	Alcanzar 10% de la población Bajo control en Sala IRA y ERA con hogares Libres de humo tabaco	Número de personas con HLHT del total bajo control en sala IRA y ERA

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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
	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
			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
	Promover, prevenir, diagnosticar y dar tratamiento de calidad a personas con infecciones respiratorias agudas y enfermedades respiratorias crónicas	Estandarizar y mejorar el funcionamiento de las salas IRA-ERA de la comuna Categorizar por severidad al 100% de pacientes crónicos ingresados en 2014 a programa IRA-ERA	Número de Salas IRA, ERA de la comuna que se aplica pauta de cotejo Ingresos IRA-ERA 2014 categorizados por severidad/ total de ingresos IRA-ERA 2014
		Establecer línea de base de pacientes con diagnóstico de sbor, que evolucionan a asma. Infantil.	Número de pacientes que evolucionan a asma bronquial, previo dg de SBOR, del total de pacientes que egresa de sala IRA previo diagnóstico de SBOR.
		Evaluar calidad de vida al 100% de paciente ERA que ingresa con patología respiratoria crónica	Score obtenido al 100% de pacientes que ingresan por patología crónica a ERA y se les aplica cuestionario de calidad de vida.
		Aplicar estrategias educativas grupales para la promoción de salud y la prevención de enfermedades respiratorias al 50% de los pacientes ingresados a ERA.	Número de pacientes ingresados a ERA que reciben educación por el total de Ingresos ERA
Enfermedades Respiratorias	Bajar la tasa de incidencia de Tuberculosis	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis	
		Alcanzar un Tasa de baciloscopía de 50 por cada 1000 consultas en mayores de 15 años	Total baciloscopía de diagnóstico del total consultas ambulatorias de adultos mayores de 15 años
		Porcentaje anual pacientes ingresados por TBC, que reciben alta de tratamiento completo	Pacientes con alta TBC con tratamiento completo del total ingresados con TBC

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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
	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
	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,2012 x100)
	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 más, año 2013/ Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100
	Disminuir la transmisión vertical del VIH	100% de las gestantes tienen acceso a la toma de VIH. 100% de la gestantes terminan su embarazo con al menos un VIH	Número de Gestantes QUE al noveno mes tienen su VIH/total de gestantes de noveno mes (corte)
	Derivación de personas VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH	100% de personas con VIH (+) derivadas a UNACESS y ARO si corresponde	Número de personas con VIH (+) derivadas e ingresadas del total de personas VIH (+)
	Mejorar el acceso a la toma de VIH	100% de los centros tienen implementada la toma de VIH	N° de centros con toma de muestra implementado/Nº total de centros

Tema	Objetivos	Metas	Indicadores
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
Asegura la Garantís 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
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
Derecho a efectuar las consultas y los reclamos que estime pertinentes, respecto de la atención de salud recibida. Control Social de la Gestión en Salud	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
	Asegurar el trabajo conjunto entre los equipos de salud y las org. Comunitarias que trabajan vinculadas a los establecimientos, de manera de generar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas de la población, en un marco de modernización de la gestión y protección de derechos garantizados.	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
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
Enfoque comunitario del modelo de Salud Derechos y Deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención 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. Asegurar los Derechos y Deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud	100% de los establecimientos con Mesas Territoriales por sector 100% de los establecimientos de salud cuenta con Plan de difusión y cumplimiento de Ley Numero 20.584 para funcionarios y usuarios	Número de establecimientos de salud con Mesas Territoriales Número de los establecimientos de salud con plan de difusión y cumplimiento de Ley Numero 20.584 ejecutado en el año 2013

Plan de Salud local por establecimientos

- Cesfam Colon
- Cesfam Sarmiento
- Cesfam los Niches
- Cesfam Sol de Septiembre
- Cesfam Miguel Arenas
- Cesfam Curicó Centro