Municipalidad de Curicó

Departamento de Salud Comunal

Plan Comunal de Salud Curicó 2015

Curicó
ciudad abierta a todos

Plan Comunal de Salud Curicó 2015

DIRECTOR COMUNAL DE SALUD
DR. RENE MELLADO CRUZ

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

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
SR. MARCELO VALENZUELA CRUZ
SRA. CECILIA BURGOS SANHUEZA
SR. FELIPE REYES PALMA
SRTA. FELICITAS ROJAS GONZALEZ

DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPAL

SRA. NALDY SARAVIA GALLARDO	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

EQUIPO ASESORES COMUNALES

SRA. KAREM RODRIGUEZ LORENZINI	ASESORA P. INFANTIL.
SRA. ROCIO SIERRACARTAJENA	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.
SRTA. MARISA GONZALEZ GOMEZ	ASESOR P. SALUD MENTAL.
SR. ROBERTO PAVEZ NAVARRO	ASESOR P. REHABILITACION.
SRA. OLGA BAEZA CONTRERAS	ASESORA PNAC- PACAM
SRA. CLAUDIA CABRERA MUÑOZ	ASESORA SALUD FAMILIAR
SRA. PAMELA OLIVARES CONTESSE	ASESORA GES – REF Y CONTREF.

INDICE

VOLUMEN I

Índice..... Pág. 3
Misión- Visión Departamento de Salud de Curicó..... Pág. 4
Introducción..... Pág. 5
Marco General del Plan de salud..... Pág. 7
Descripción Físico y Territorial de la comuna..... Pág. 12
Descripción de la Población..... Pág. 13
Descripción Sistema de Salud..... Pág. 18
Diagnóstico de la situación de salud Comunal..... Pág. 19
Situación de salud de grupos específicos de la Población..... Pág. 23
Población Usuaria..... Pág. 56
Organigramas..... Pág. 57
Red de Salud..... Pág. 59
Redes Intersectoriales y comunales..... Pág. 63
Protocolos referencia y Contrarreferencia..... Pág. 66
Normativa legal vigente..... Pág. 67
Canasta de prestaciones o Actividades de Salud..... Pág. 68
Actividades GES..... Pág. 74
Convenios Vigentes..... Pág. 75
Descripción Convenios..... Pág. 76
Unidad de Laboratorio..... Pág. 85
Unidad farmacia Comunal..... Pág. 86
Comité Calidad..... Pág. 93
Experiencia de trabajo asesores comunales..... Pág. 94
Desafíos por programa..... Pág. 95
Financiamiento APS..... Pág. 101
Informe RRHH..... Pág. 110
Resumen Programación de actividades..... Pág. 123
Plan de capacitación..... Pág. 126
Análisis de la situación de Problemas de salud..... Pág. 127
Evaluación de Indicadores del plan de acción por Programa..... Pág. 138

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"

INTRODUCCIÓN

A partir del año 2002, el Sistema de Salud chileno encaró un nuevo proceso de reforma que incluyó la participación social en salud como uno de sus principios orientadores. Desde esa perspectiva, el Ministerio de Salud aspira a que los equipos de los Centros de Salud incorporen una nueva forma de entender la salud, desde una mirada integral, sistémica y social basada en el Modelo Biopsicosocial que deja atrás la mirada lineal de la salud como sinónimo de ausencia de enfermedad (Modelo Biomédico) y plantea la importancia de comprender la salud como un estado que guarda estrecha relación con el entorno familiar y comunitario en el que se desenvuelve la vida de las personas. En conjunto, este cambio de paradigma se conoce como "Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario" y es a partir de este marco de referencia y de los lineamientos que subyacen a este Modelo así como a la importancia de incorporar el tema de la calidad a la salud de las personas, que se plantea el presente Plan Comunal.

Desde una mirada comunitaria e inclusiva que ha privilegiado el trabajo en equipo y el análisis de una serie de antecedentes que en su totalidad dan cuenta de la realidad local de la salud de la comunidad de las personas que viven en la ciudad de Curicó, se ha acordado priorizar una serie de problemas de salud para el cuatrienio 2013-2016 con una mirada 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. Al tiempo que se mantiene como lineamiento transversal el Modelo de Salud Familiar y la incorporación de la Calidad como eje rector que deberá guiar todas las acciones de Salud en aras de alcanzar el Proceso de Acreditación que contempla el contar con la Autorización Sanitaria y llevar a cabo el proceso de autoevaluación que permita identificar las brechas y desarrollar planes de mejora.

Cabe destacar que para este nuevo período, contamos con la participación activa de nuestros 6 Consejos de Desarrollo Local y de la comunidad, que bajo su atenta mirada nos aportan en la resolución de problemas, no sólo evaluando, sino que participando activamente en la elaboración de este Plan 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.

Finalmente, es relevante mencionar que todos los esfuerzos realizados por los equipos de Salud en pos de dar cumplimiento a los objetivos planteados en el Plan Comunal 2013- 2016,

ha arrojado muy buenos resultados, teniendo como principio orientador la Estrategia Nacional de Salud y los Indicadores establecidos por el MINSAL para la evaluación de los logros, incorporando las supervisiones en terreno y evaluaciones con los equipos de trabajo de cada establecimiento, lo que ha contribuido a que los funcionarios de todos nuestros Centros de Salud puedan no solo validar y difundir las acciones de salud realizadas, sino que además los conceptos de un Modelo de Salud Familiar que resultaban algo teóricos y lejanos se hayan podido comenzar a interiorizar desde la praxis cotidiana.

MARCO GENERAL DEL PLAN COMUNAL DE SALUD

ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS)

El desarrollo experimentado por los sistemas sanitarios a nivel global a lo largo del siglo XX, junto con los cambios sociales, políticos y económicos en la mayoría de los países, ha producido cambios notables en las expectativas de vida de la población. Durante la década de los 70 la Conferencia de Alma Ata marcó un hito mayor al centrar el desarrollo de los servicios sanitarios a nivel de la APS, instando a los gobiernos a asumir esta transición, realizando cambios progresivos buscando no sólo una mejor provisión de servicios en APS, sino también una mayor equidad y desarrollo social.

En el último tiempo, se han logrado definir mejor las tareas que corresponden a la atención primaria, perfilando su importancia en el rol preventivo, educativo y como promotor de la salud. Estudios históricos de Salud Pública dan cuenta que países con una APS fuerte logran no sólo mejores resultados sanitarios; sino a un menor costo y con mayor equidad

La transición demográfica en nuestro país va acompañada de cambio en las costumbres y el estilo de vida de la población, lo que ha modificado los factores de riesgo y el peso relativo de las distintas enfermedades en la sociedad. Las enfermedades infecciosas han dado paso a las patologías crónicas; el aumento en la expectativa de vida trajo como consecuencia una mayor prevalencia de enfermedadesdegenerativas; y la aparición de patologías psiquiátricas y de la esfera social, antes poco habituales, que han supuesto un enorme desafío al sistema de salud.

Inicialmente los establecimientos de salud primaria dependían directamente del Ministerio de Salud, lo cual dificultaba que cada establecimiento pudiera adaptarse a las necesidades particulares de la población a la que atendía. Como una forma de solucionar este problema, se decide descentralizar su administración, traspasándola a las municipalidades, proceso que se llevó a cabo en la década de los 80.

En la década del 2000, la Reforma de Salud propone mantener los avances previamente logrados en el país en temas de salud, haciéndose cargo además del nuevo escenario sanitario, buscando una mayor equidad en el acceso y la calidad de los servicios, y respondiendo a las expectativas de la población, bajo un modelo avanzado de protección social con derechos garantizados.

En este contexto, se configura la salud primaria como el eje de la reforma, enfatizando un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. Este modelo requiere de la

conformación de equipos multidisciplinarios, capaces de adaptarse a la realidad de la población a la que atiende, que ponga un fuerte énfasis en la prevención y promoción de la salud y que al mismo tiempo, sea más resolutivo.

MODELO DE SALUD FAMILIAR

En el año 1992 el Ministerio de Salud inicia en Atención Primaria, la transformación de los Consultorios a Centros de Salud, poniendo la preocupación por la salud y la persona como lo esencial de la relación con los usuarios, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención e incorporando a la comunidad, como entidad participante en la atención de salud.

A partir de 1998 se avanza en intencionar un cambio paradigmático del comprender la salud enfermedad. Si el proceso anterior mantenía su mirada desde la perspectiva técnica de priorizar la prevención y promoción, el nuevo desafío se aboca a incorporar el enfoque biopsicosocial y con él la perspectiva humana de la salud -enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, entre otros.

Con la Reforma de la Salud, se introduce el concepto de redes y el Modelo iniciado en Atención Primaria, se hace coherente con un cambio global. El modelo entonces, debe impregnar a la Red. La instauración del Modelo de Salud Integral se plasma en la Atención Primaria en el Modelo Biopsicosocial con Enfoque Familiar, teniendo una mirada sistémica sobre el proceso salud enfermedad,

Los siguientes son los objetivos que se enfatizan en los cuidados primarios:

1. Proporcionar cuidados continuos de salud, a individuos, familias y la comunidad en que viven, de una manera integral, resolutiva, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, con equipos de salud multidisciplinarios capacitados, que basan su acción en el modelo biopsicosocial con enfoque familiar para satisfacer las necesidades de los usuarios.

2. Al proporcionar continuidad del cuidado en individuos y familias, hablamos de acompañamiento de éstos a lo largo de su ciclo vital individual y familiar.

En el ciclo vital individual abordamos a la persona en las siguientes etapas:

- ✓ Recién nacido
- ✓ Lactante
- ✓ Pre-escolar
- ✓ Escolar
- ✓ Adolescente
- ✓ Adulto joven
- ✓ Adulto mayor

En el ciclo vital familiar consideramos las siguientes etapas:

- ✓ Formación de pareja y crecimiento de la familia
- ✓ Etapa de crianza inicial de los hijos
- ✓ Familia con hijos pre- escolares
- ✓ Familia con hijos escolares
- ✓ Familia con hijos adolescentes
- ✓ Familia en plataforma de lanzamiento (cuando los hijos comienzan a irse del hogar)
- ✓ Familia en edad media (síndrome del nido vacío y reencuentro de la pareja)
- ✓ Familia anciana (pérdida de uno de los cónyuges)

3. Asegurar, a la población beneficiaria del Centro de Salud, el derecho a recibir y demandar una atención personalizada, digna, de calidad y con base en los principios de la bioética, para el conjunto de prestaciones contempladas en el Plan de Salud Familiar y las Garantías en él explicitadas, incorporándose la Ley de Derechos y Deberes.

4. Establecer un sistema de atención que responda a las necesidades de la población con una adecuada relación oferta- demanda.

5. Lograr articulación adecuada con la red de salud, optimizando los mecanismos de referencia y contrarreferencia, radicada las soluciones según criterios de costo eficiencia y disponibilidad.

El enfoque familiar tendrá distintos énfasis dependiendo del punto de la red en la cual se otorgue los servicios. Si bien es cierto que la mirada sobre los condicionantes debe estar presente en todos quienes atienden a personas y familias, su nivel de involucramiento será diferente.

El Modelo de análisis del proceso de salud enfermedad (biomédico) y el modelo relacional (paternalista) no favorecen la participación de los usuarios. Las decisiones puestas en un

saber técnico, prescinden de las opiniones que los usuarios pueden tener en los ámbitos que les afecta.

En una mirada holística de la salud - enfermedad, la persona pasa a ser relevante para una mejor comprensión de la situación de salud de parte de los profesionales y por lo tanto para un diagnóstico más integral.

Las habilidades de comunicación adquieren relevancia y entre ellas, se destaca, la capacidad de escucha activa. De esta manera será posible percibir las señales desde los usuarios y también las señales internas del profesional, que hablan de cuánto la relación satisface las expectativas de ambos. La habilidad "de ser consciente y de monitorizar sus propios sesgos como un marcador de la competencia profesional", es un elemento a considerar, el cambio relacional tiene como base un cambio de actitud de querer vincularse con otro en toda su integralidad, considerando la vulnerabilidad frente a la enfermedad, las expectativas de ayuda, la emocionalidad implícita en la esperanza de ser acogido, de ser escuchado, de ser comprendido, de ser informado, de ser considerado y de ser respetado. Sin importar si el vínculo establecido es de mayor continuidad (cuidados primarios) o episódica (cuidados especializados y hospitalización).

Una gestión participativa, permite un trabajo de equipo horizontal e incentiva la mirada transdisciplinaria y modela la relación que los equipos establecerán con los usuarios.

La respuesta tradicional a las necesidades ha enfatizado el aspecto biológico de la enfermedad con estudios centrados en el individuo y sus características orgánicas.

Un modelo holístico basa su diagnóstico (contextualizado) en la recopilación de antecedentes, experiencias, atribución de significados de los distintos ámbitos del ser humano.

En el enfoque centrado en la familia, los equipos de atención primaria recogen información relevante de la familia, hábitos, aspectos relacionales, mecanismos de afrontamiento de la enfermedad y el estrés familiar, formas de organización de los recursos y tipos de redes de apoyo existentes. A través de la utilización de instrumentos de estudio de familias (genograma, eco mapa, círculo familiar, APGAR familiar), efectúan una aproximación al diagnóstico biopsicosocial.

Lo anterior les permite generar respuestas que abordan estos distintos ámbitos. En la atención episódica, generada en la atención especializada ambulatoria o cerrada, puede ser

de utilidad la utilización de dicha información, por lo cual el flujo de la misma, de manera confidencial, mantiene una cierta coherencia entre los distintos puntos de la red y se evita a usuarios/ as y familias la repetición de situaciones que les puede generar estrés.

En estos puntos de la red, el enfoque familiar estará dado por la recopilación o captura desde la atención primaria, de información pertinente, que ayude a la mejor comprensión de lo que le pasa a la persona y para el diseño de indicaciones basadas en la realidad de aquellas y sus familias.

Una evidencia contundente de cambio en la perspectiva que el equipo tiene del rol que juega el o la usuario/ a es la puesta en marcha de estrategias que aumenten su participación y la expresión clara de sus derechos y deberes.

En esto cobra vital importancia recordar el sentido esencial que tiene la atención primaria de salud en sus áreas:

1. **Promoción**, que en otras palabras, es aprender a cuidar la salud, con diferentes estrategias como los estilos de vida saludable, (alimentación, actividad física, higiene ambiental y personal, desarrollo personal y autoestima, sexualidad responsable, ambientes libres de humo del tabaco, evitar consumo de sustancias), buen ambiente laboral, desarrollo de habilidades parentales.

2. **Prevención**: cómo la persona evita enfermarse? Aquí se describen actividades como: vacunación, controles de salud preventivos (control de niño sano, examen de medicina preventiva del adolescente, adulto y adulto mayor), programa de alimentación complementaria, pesquisa oportuna de enfermedades (cáncer cervico-uterino, mama, vesícula biliar, tuberculosis, VIH SIDA, cardiovasculares, malnutrición), trabajo preventivo en maltrato infantil y del adulto mayor, violencia intrafamiliar, prevención de la dependencia en el adulto mayor y el cuidado de los cuidadores, talleres de memoria.

3. **Curación**: cómo se maneja nuestra enfermedad? Aquí se describen actividades como: tratamiento de pacientes con patologías cardiovasculares, otras patologías crónicas, manejo de pie diabético, manejo de morbilidad, entre otras.

4. **Rehabilitación**: cómo se recupera nuestra funcionalidad luego de padecer una complicación de una enfermedad? Aquí tenemos actividades como el trabajo que se realiza con adultos secuelados.

DESCRIPCIÓN FISICO Y TERRITORIAL DE LA COMUNA DE CURICO

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

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

DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA

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

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



El principal sistema hidrográfico de la provincia de Curicó lo constituye el río Mataquito, sus aguas conformadas por los ríos Teno y Lontué bordean parte de la comuna y son constante preocupación en períodos invernales por el aumento de su caudal.

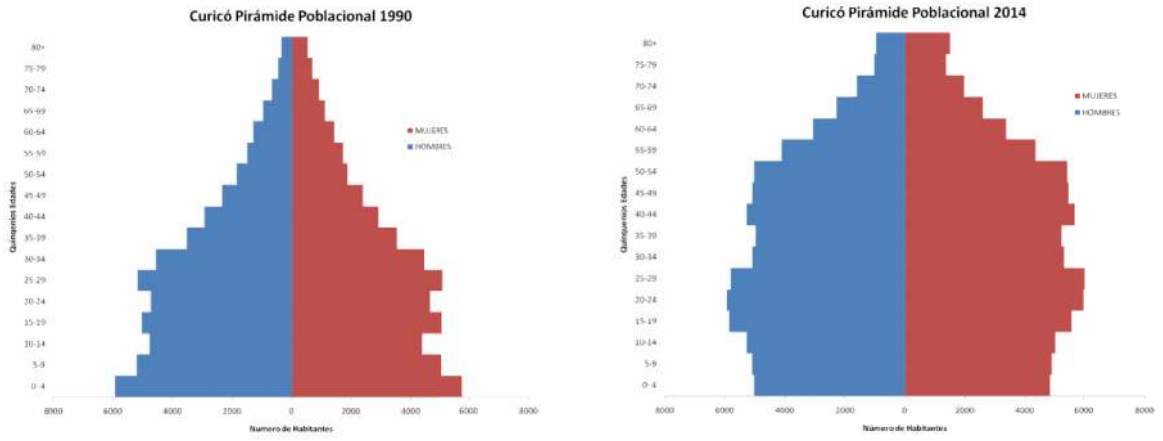
El río Guaiquillo, que se extiende por el sector sur-poniente de la comuna, cuyo escaso caudal constituye una potencial fuente de contaminación para los ribereños.

Curicó presenta un clima mediterráneo con estación seca prolongada en verano. Relativamente caluroso de noviembre a marzo, con temperaturas máximas de 36 grados Celsius en los días más calurosos. El invierno (de junio a agosto) es más húmedo, con temperaturas típicas máximas diarias de 12 grados Celsius, y mínimas de poco más sobre el punto de congelamiento. La pluviosidad media es de 701.9 mm por año.

DESCRIPCIÓN POBLACIONAL

La Comuna de Curicó, de acuerdo a las proyecciones de **población para el año 2014**, tiene 146.130 habitantes, lo que representa el 14,0% de la población proyectada para la región del Maule y 0,8% de la población proyectada en el país.

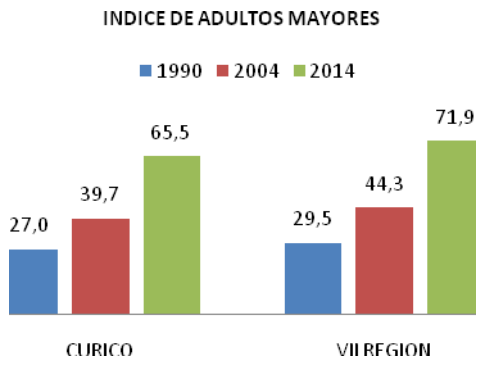
La estructura etaria de la población al año 2014, tiende a concentrarse en el grupo comprendido entre los 15 y 55 años, estableciéndose una **pirámide de población** que ha dejado de corresponder a la de una comuna joven (pirámide expansiva) como era en 1990, para pasar a ser una pirámide en transición hacia un país adulto (pirámide estable) que refleja claramente el proceso de envejecimiento que ha experimentado la población en nuestra comuna.

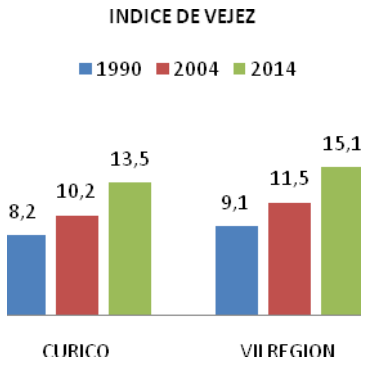


Elaboración Propia Fuente: INE Proyección INE 2014 con Base Censo 2002.

Este grado de envejecimiento demográfico comunal además se ve expresado en el **Índice de Adultos Mayores** que expresa el número de personas de 60 años o más por cada 100

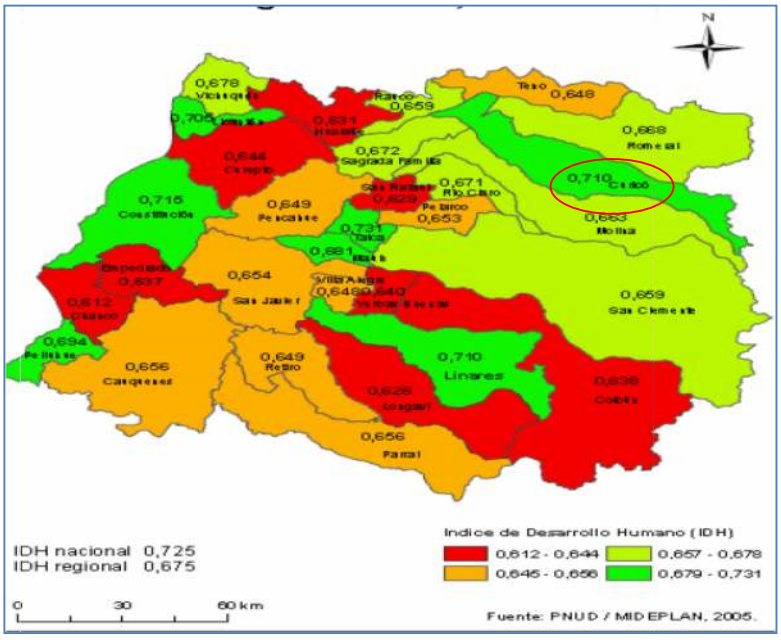
menores de 15 años y el **Índice de Vejez** que expresa el número de personas de 60 años o más por cada 100 habitantes de la comuna. Así, en 2014, habitan aproximadamente 65,5 adultos mayores por cada 100 niños de 0 a 14 años en la comuna y 13,7 personas de 60 años o más por cada 100 personas del total de población, ambos indicadores con aumento sostenido en los últimos años.





Fuente: Elaboración propia según base datos INE, proyección de población.

El **Índice de Desarrollo Humano** (IDH) es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que mide las condiciones de vida de las personas de acuerdo a tres parámetros: salud, educación e ingreso. La región presenta un puntaje de 0,675, encontrándose por debajo de ese valor 22 comunas. El puntaje más bajo correspondió a Chanco (0,612) y el más alto a Talca (0,731). Curicó presenta un puntaje sobre el promedio regional con un puntaje de 0,710.



Sus habitantes se concentran principalmente en el área urbana, presentando sólo un **16% de ruralidad** equivalente a un poco más de 23 mil habitantes, cifra inferior al 34% de

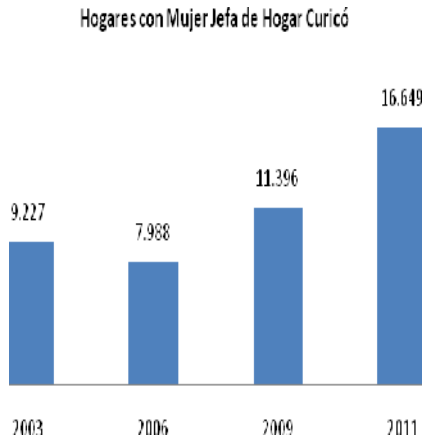
ruralidad en la región y la **densidad de población** comunal corresponde a 110 habitantes por Km2. con una **distribución por sexo** de 48,9% de hombres y 51,1 % de mujeres.

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 se estima que el **14% de la población comunal se encuentra en situación de pobreza** que corresponde a 19.712 personas en esta condición según datos CASEN 2011, tasa que no difiere significativamente, desde un punto de vista estadístico, de la registrada a nivel regional (16,2%) y nacional (14,4%).

Pobreza en las Personas	2011	% según Territorio (2011)		
		Comuna	Región	País
Pobre Indigente	3572	2,60	2,61	2,79
Pobre No Indigente	16.140	11,50	13,58	11,66
No Pobres	120.092	85,90	83,81	85,56
Total	139.804	100	100	100

Fuente:EncuestadeCaracterizaciónSocioeconómicaNacional(CASEN),MinisteriodeDesarrolloSocial.

El número de **familias con mujeres jefas de hogar** en Curicó corresponde a un total de 16.649, según datos CASEN 2011, representando un 39.1% de los hogares de la comuna. La jefatura de hogar femenina casi se ha duplicado en los últimos 8 años, aumentando en 7422 familias. Esto cobra aún mayor relevancia dado que existe una mayor incidencia de pobreza en hogares con jefatura femenina que con jefatura masculina



% Hogares con Mujer Jefa de Hogar según Territorio (2011)		
Comuna	Región	País
39,13	34,69	38,8

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

En el ámbito de los **ingresos**, a Abril 2013, se estima que la renta imponible promedio mensual de los afiliados al seguro de cesantía, es de 406.279 pesos, cifra inferior tanto al promedio regional (416.921 pesos) como nacional (563.414 pesos).

Además, en términos de **protección laboral**, se observa que en la comuna la proporción de la población de 20 años y más que está afiliada al seguro de cesantía (43,4%) es superior al porcentaje observado a nivel regional y nacional (30,1% y 32,9% respectivamente).

En lo referente a **la educación**, la población en Curicó tiene 9.8 **años de escolaridad promedio**, cifra inferior al promedio nacional.

Años de escolaridad promedio	2.003	2.006	2.009	2.011
Comuna de Curicó	9,3	10,4	9,9	9,8
Región del Maule	8,7	9,0	9,1	9,1
País	10,2	10,1	10,4	10,5

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

El 50.5% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos particulares subvencionados, el 35,7% a municipalizados, el 4.6% a Corporaciones de administración delegada y el 9,2% particular pagados.

Matrícula año 2012	Territorio		
	Comuna	Región	País
Porcentaje de matrícula en establecimientos municipalizados, 2012, Ministerio de Educación	35,7	55,8	39,3
Porcentaje de matrícula en establecimientos particulares subvencionados, 2012, Ministerio de Educación	**50,5**	39,0	51,5
Porcentaje de matrícula en corporaciones de administración delegada, 2012, Ministerio de Educación	4,6	1,6	1,5
Porcentaje de matrícula en establecimientos particulares pagados, 2012, Ministerio de Educación	9,2	3,6	7,7

Fuente: Reporte comunal Curicó **Serie Informes Comunales** Nº1, Ministerio de Desarrollo Social 07 de Febrero de 2014

En el ámbito de la **vivienda,** según información proveniente de la Ficha de Protección Social a Julio 2013, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es similar a la región y país. En tanto un menor porcentaje de los hogares de la comuna habitan viviendas con condiciones deficitarias de saneamiento, en donde la cifra regional duplica la comunal.

Hogar y Vivienda	Territorio		
	Comuna	Región	País
Porcentaje de hogares con hacinamiento medio, Ficha de Protección Social, cierre julio 2013, Ministerio de Desarrollo Social	19,9	20,5	19,9
Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico, Ficha de Protección Social, cierre julio 2013, Ministerio de Desarrollo Social	2,0	2,3	2,0
Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario, Ficha de Protección Social, cierre julio 2013, Ministerio de Desarrollo Social	10,7	20,7	17,0

Fuente: Reporte comunal Curicó **Serie Informes Comunales** Nº1, Ministerio de Desarrollo Social 07 de Febrero de 2014

En lo que respecta a las condiciones del entorno, la **tasa de casos de delitos de mayor connotación social**, es mayor en la comuna que en el promedio de la región y país. Asimismo, la **tasa de denuncias por violencia intrafamiliar** también es mayor en la comuna que en la región y país.

Indicadores de Seguridad	Territorio		
	Comuna	Región	País
Tasa denuncias por delitos de violencia intrafamiliar por cada 100,000 habitantes, 2012, Ministerio del Interior	770,0	614,0	650,0
Tasa de casos policiales por delitos de mayor connotación social por cada 100.000 habitantes. 2012. Ministerio del Interior	3.871,0	2.554,0	3.434,0

Fuente: Reporte comunal Curicó **Serie Informes Comunales** Nº1, Ministerio de Desarrollo Social 07 de Febrero de 2014

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de Salud en Curicó, al igual que en todo el país, está compuesto por el Sistema de Salud Público y el Sistema de Salud Privado. En el Sistema Público existe un Seguro Social de Salud administrado por FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con el pago único del 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los indigentes y no cotizantes forman parte de FONASA. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores privados adscritos a esta modalidad.

Según datos FONASA 2012 el 89% de la población INE estimada para Curicó es beneficiario(a) FONASA, cifra mayor que la presentada en la región y el país y que corresponde a 128.068 personas. Siendo las mujeres las que tienen una mayor participación en el sistema de salud público. Esta cifra se ve incrementada al 93% si se estima con los inscritos en centros de salud a razón de que existen beneficiarios que con residencia en comunas vecinas se inscriben en los establecimientos de salud de la comuna.

Territorio	% Participación FONASA / INE 2012		
	Mujeres	Hombres	Total
Curicó	91,28	87,05	**89,2**
Región	78,27	81,61	79,94
País	68,21	69,02	68,61

Elaboración propia en base Fuente: DEIS Minsal

POBLACION	Territorio 2014		
	Comuna	Provincia	Región
POBLACION ESTIMADA INE 2014	146.130	284366	1039543
POBLACION PERCAPITA VALIDADA JUNIO 2014	136.149	217.313	868.377
% de inscritos	**93%**	76%	84%

Elaboración propia en base fuente Dpto. Información para la Gestión SSMaule

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD COMUNAL

INDICADORES BÁSICOS DE SALUD

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EVN)

La Esperanza de Vida al Nacer representa el número medio de años que les quedan por vivir a los sobrevivientes de una cierta edad. La EVN es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes. Este indicador sintético es uno de los más utilizados para comparar el nivel general de la mortalidad entre territorios y a lo largo del tiempo. Los habitantes de Curicó tienen una Esperanza de vida al Nacer de 76.9 años, cifra menor a en 1,5 años que la cifra país. Al comparar por sexo, las mujeres en la comuna tienen una EVN de 2,5 años más que al de hombres.

Territorio	Esperanza de Vida al Nacer (2005-2010)		
	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
País	75,5	81,5	78,5
Región	73,9	80,4	77,1
Comuna	74,4	79,5	76,9

Fuente: Elaboración propia en base a http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/diagnosticos-regionales/diagnosticos-por-region/diagnostico-maule/

Sin embargo, altas expectativas de vida esconden también grandes brechas de desigualdad, es así como un curicano(a) a los 20 años que tiene más de 13 años de estudio vivirá casi 4 años más que una persona que tuvo 8 o menos años de estudio, siendo esta brecha menor que la que experimenta el país de aproximadamente 6 años.

Territorio	Esperanza de vida a los 20 años			
	Total	Años de Estudios		
		0-8	9-12	13 y +
País	59,4	58,8	58,0	65,4
Región	58,1	58,1	57,3	62,0
Comuna	57,9	57,9	57,2	61,8

Fuente: Elaboración propia en base a http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/diagnosticos-regionales/diagnosticos-por-region/diagnostico-maule/

NATALIDAD

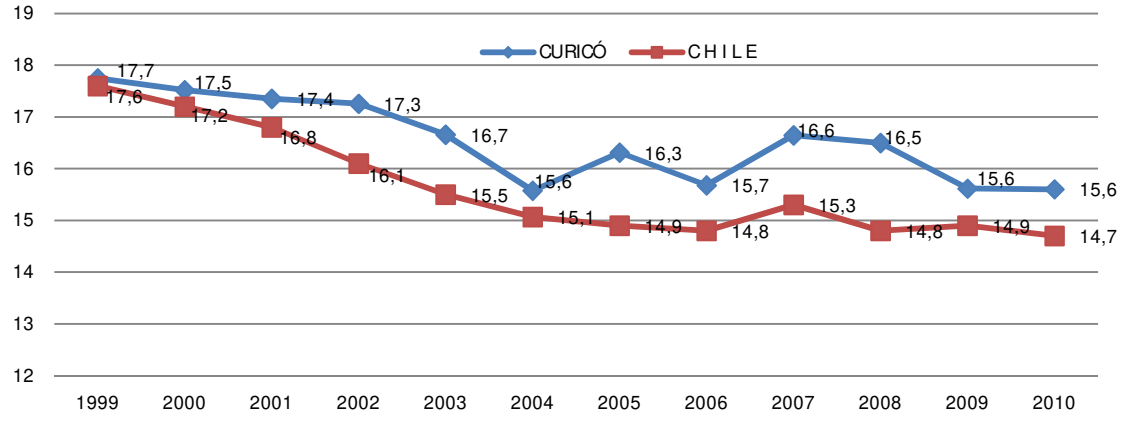
La Natalidad se obtiene a partir de las cifras de nacimientos ocurridos en el país, y su tasa corresponde al número de nacidos vivos ocurridos en un territorio por cada mil habitantes del mismo, en un periodo dado. Permite conocer anualmente la frecuencia, localización territorial y algunas características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

Región, Servicio de Salud, Comuna de Residencia de la Madre	Población	Nacidos Vivos			
		Inscritos			Tasa de Natalidad **
		Total	Con atención profesional	Corregidos *	
Total País	17402630	243635	243231	243858	14,0
Del Maule	1023686	13429	13410	13429	13,1
Curicó	142710	2100	2099	2100	14,7

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS * Según factor de corrección INE 2012 ** Tasa de Natalidad NV Corregidos por 1.000 habitantes

Según el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS/MINSAL), en su informe anual 2012, la comuna de Curicó registró un total de 2100 nacimientos, proporción que representa un 15.6% del total de nacidos en el año en la región, de los cuales solo 1 parto no recibió Atención Profesional del Parto. La **tasa de Natalidad** comunal para ese período fue de 14,7 por mil nacidos vivos, cifra superior al país y la región.

La tendencia que ha experimentado la tasa de Natalidad entre los años 1999 y 2010 es de un franco descenso en el período tanto a nivel país como comunal con una tendencia a la estabilizar en los últimos años. 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.



Fuente: DEIS Minsal *Tasa x 1000 Habitantes

MORTALIDAD E ÍNDICE DE SWAROOP

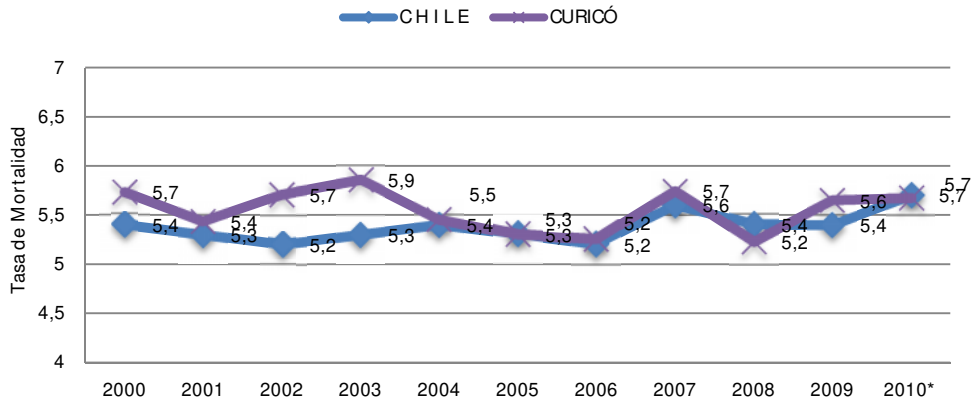
La cuantificación de las defunciones se realiza a través de la Mortalidad, tasa que da cuenta de las muertes que ocurren en relación a la población de un período y un área geográfica determinada. La **Tasa de Mortalidad General** que presentó Curicó el año 2012 fue de 5,9 por mil habitantes, cifra similar al indicador país y menor a la regional, presentándose una tasa de mortalidad en hombres mayor que la de mujeres

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 menor al que presenta la región y el país. Siendo más alto en mujeres que en hombres

País, Región y comuna	Mortalidad General 2012*						ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Ambos Sexos		Hombre		Mujer				
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
País	98711	5,7	51814	6,0	46897	5,3	77,4%	72,0%	83,4%
Región	6333	6,2	3478	6,8	2855	5,6	78,0%	74,1%	82,7%
Curicó	**835**	**5,9**	**427**	**6,1**	**408**	**5,6**	**74,4%**	**67,7%**	**81,4%**

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS * Por 1.000 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

En el país y la comuna, la curva de Mortalidad General en el decenio 2000-2010 evidencia una estabilización del indicador desde principios de la década, tanto, a nivel nacional como comunal.



Fuente: DEIS Minsal *Tasa x 1000 Habitantes

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS AVPP

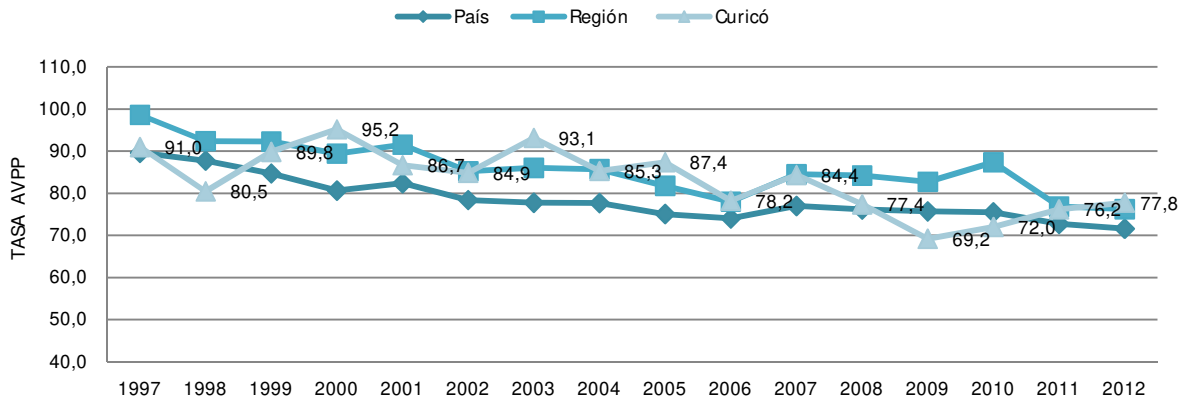
El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida y su tasa corresponde al número de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) en un territorio por cada mil habitantes del mismo.

País, Región y comuna	AVPP 2012 Ambos Sexos	Tasa AVPP Ambos Sexos	Tasa AVPP Hombres	Tasa AVPP Mujeres
País	1.220.998	71,6	90,6	52,7
Región	76.549	76,2	96,0	56,5
Curicó	10.923	77,8	97,7	58,5

Fuente: DEIS MinsalTasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitantes

Curicó presenta Tasas de AVPP **mayores** a la Región y al país, lo que refleja que **nuestra comuna presenta mayor mortalidad prematura**, siendo los hombres los que concentran un mayor número de esta mortalidad prematura existiendo una diferencia cercana a los 40 años de brecha entre ambas tasas.

El análisis de la tendencia de los AVPP en el período 1997-2012, muestra que la mortalidad prematura ha disminuido en el país, región y comuna, con un descenso en Curicó de 13,2 años. Al respecto, es interesante mencionar que hasta el año 2009, la tendencia comunal de este indicador era de un franco descenso y que a partir del año 2010, ha existido un progresivo aumento de las muertes prematuras, tendencia no reflejada en el país y ni en la región del Maule.



Fuente: DEIS MinsalTasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitantes

SITUACIÓN DE SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN

SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA:

La **Razón de Mortalidad Materna** o RMM (número de muertes maternas relacionadas con el embarazo dividido por el número de nacidos vivos) en Chile en el año 2011 fue de 18,5 defunciones por 100.000 nacidos vivos, Curicó en el mismo año no presentó muertes maternas, comportamiento que la comuna ha mantenido en la última década. En 1960, Chile, presentaba una mortalidad materna de 299/100.000 nacidos vivos, una de las más altas de la Región de las Américas. Hoy, Chile ocupa el segundo lugar del continente con la tasa más baja de mortalidad materna, sólo por debajo de Canadá que tiene una tasa de 9 por cada 100 mil. El país con la mayor mortalidad materna del continente es Haití, con 300 por cada 100 mil nacidos vivos.

La disminución en el número de hijos es un fenómeno que en Chile y en la mayoría de los países de América Latina comenzó a notarse desde la segunda mitad de la década de 1960. En 1961 en Chile las mujeres tenían en promedio, 5,43 hijos, que disminuye a 4,93 en 1966. De ahí comienza una caída paulatina, hasta 1998 cuando se logra la última cifra sobre la tasa de reemplazo generacional: 2,15. La **tasa Global de Fecundidad** en Chile y la región del Maule en el año 2012 fue de 1,8 hijos(as) por mujer, cifra que no alcanza la tasa de reemplazo generacional. Ello explica por qué nuestra población no crece y está envejeciendo. La decisión de tener o no hijos es individual. Sin embargo, sus efectos no sólo se viven al interior de las familias, sino en toda la sociedad. El límite que marca un crecimiento estable en la población de un país se conoce como tasa de reemplazo generacional y se estima en dos hijos por mujer, lo mínimo que una sociedad requiere para que los nuevos habitantes reemplacen a su padre y madre.

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).

En el año 2012, el 13.5 % de los Recién Nacidos curicanos correspondió **a hijos(as) de madres menores de 20 años,** de estos 9 eran hijos(as) de madres menores de 15 años y 276 de madres de 15 a 19 años.

Región y Comuna de Residencia de la Madre	Total	Edad de la madre (en años)				
		Menor de 15	15 a 19	20 a 34	35 y más	Ignorado
Total País	243.635	879	34.305	168.023	40.398	30
Del Maule	13.429	57	2.006	9.245	2.120	1
Curicó	2.100	9	276	1.478	336	1

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS Nacidos vivos inscritos según edad de la madre, por Región y Comuna de Residencia de la madre

La prevalencia **del sobrepeso y la obesidad materna** en Chile ha aumentado persistentemente durante las últimas décadas. En el último corte poblacional de Junio 2014 el país presentó un 26,9% de Obesidad y un 33,5% de Sobrepeso en gestantes bajo control (60,4% de Malnutrición por Exceso). La Comuna, en el mismo período, presentó un 26,1% de Obesidad y 35,2% de Sobrepeso gestacional alcanzando un 61,3% de malnutrición por exceso.

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.

SALUD INFANTIL:

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 y 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 comuna, el año 2012, presentó una tasa de 7.1 por mil nacidos vivos, menor al indicador nacional. En ese período el 73% de las defunciones infantiles de Curicó ocurrieron en el primer mes de vida (11) y de éstas, el 91% fueron en la primera semana de vida (10)

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	1812	7,4	1307	5,4	1034	4,2	505	2,1
Region	87	6,5	65	4,8	52	3,9	22	1,6
Curicó	15	7,1	11	5,2	10	4,8	4	1,9

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS * Tasa por 1.000 nacidos vivos. Para Total País, región y comuna

En el año 2012, las **defunciones de menores de 1 año** en Curicó se concentraron mayoritariamente en niños(as) con peso de nacimiento inferior a 2500 gramos, correspondiendo al 66,6% de los menores fallecidos.

Defunciones de menores de 1 año según peso nacimiento	Peso en gramos						
	Total	<1.500	1.500 a 2.499	2.500 a 2.999	3.000 a 3.999	Mayor a 4.000	Ignorado
Total País	1812	812	356	241	352	42	9
Curicó	15	9	1	3	2	0	0

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS

Además estos niños y niñas mayoritariamente también tenían una edad gestacional menor a 36 semanas correspondiendo al 73,3% de los menores de 1 año fallecidos.

Defunciones de menores de 1 año según Edad Gestacional	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	Ignorado
Total País	1812	275	372	191	317	646	2	9
Curicó	15	1	5	2	3	4	0	0

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS

En el año 2012, las **principales causas de mortalidad infantil** en la región fueron los trastornos relacionados con la Dificultad respiratoria del recién nacido, Malformaciones congénitas del corazón y otras malformaciones congénitas del sistema nervioso.

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 2012, en la comuna la **tasa de mortalidad en el grupo etáreo de 1 a 4 años** fue de 12.8 defunciones por 1.000 niños de esa edad, siendo sólo 1 niño fallecido en ese período.

País, Región y comuna	Mortalidad en la niñez según grupo de edad de 1 a 4 años Año 2012					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total País	296	29,6	162	31,8	134	27,3
Región	16	28,3	10	34,7	6	21,6
Curicó	1	12,8	1	25,2	0	0,0

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS * Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

En Curicó, en el mismo año, el grupo etario de 5 a 9 años no presentó defunciones

País, Región y comuna	Mortalidad en la niñez según grupo de edad de 5 a 9 años Año 2012					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total País	177	14,3	100	15,8	77	12,6
Region	12	16,6	9	24,3	3	8,5
Curicó	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS * Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Para el país y la región el grupo de causa de muertes en niños y niñas de 1 a 9 años es debido a Causas Externas de Mortalidad, las que están referidas a caídas, golpes, ahogamiento, intoxicaciones accidentales entre otras).

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.

Subgrupos de causas	AVISA ordenados por magnitud de subgrupo. Niños menores de 1 año. Chile, 2004	% del total
Perinatales	77.827	46,5%
Anomalías Congénitas	49.776	29,7%
Condiciones Neuropsiquiátricos	13.006	7,8%

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

AVISA 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.

Subgrupos de causas	AVISA ordenados por magnitud de subgrupo. Niños de 1 a 9 años. Chile, 2004	% del total
Condiciones Neuropsiquiátricas	40.961	30,3%
Lesiones No Intencionales	33.450	24,7%
Enf. Músculo esqueléticas	18.921	14,0%
Enf. Órganos de los sentidos	10.417	7,7%
Enf. Respiratorias Crónicas	6.305	4,7%

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Condiciones de riesgo para la salud infantil

Prematurez y Bajo peso al Nacer: Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la prematurez y el bajo peso de nacimiento. En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Los Recién Nacidos Prematuros constituyen el 8.2% del total de nacidos vivos de la comuna, superior al porcentaje país, 7.7% y a la región 7.2%. Los casos en Curicó en el año 2012 correspondieron a 173 niños y niñas prematuros(as) y en el globo de riesgo de muerte, el riesgo de un prematuro es 20 veces mayor que el de un RN de término.

País, Región, Comuna	Total	Nacidos vivos inscritos según edad gestacional, por Región y Comuna Chile 2012						
		Menos de 24 semanas	24 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 semanas y más	Ignorado
País	243.635	288	832	1.867	15.838	224.274	170	366
Región	13429	5	46	100	811	12443	8	16
Curicó	2100	1	12	22	138	1927	0	0

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS

El bajo peso al nacer se presenta en el 6.7% de los nacimientos en Curicó, cifra superior al 6% país y al 5.8% regional. En la comuna 140 Nacidos Vivos pesó menos de 2500 gramos y de ellos 34 tuvo un peso inferior a 1500 gramos

País, Región, Comuna	Total	Nacidos vivos inscritos según peso al nacer, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2012 (Peso en gramos)					
		<1.500	1.500 a 2.499	2.500 a 2.999	3.000 a 3.999	4.000 y más	Ignorado
Total País	243.635	2.621	11.930	39.175	168.800	20.743	366
Del Maule	13.429	140	641	2.012	9.388	1.232	16
Curicó	2.100	34	106	368	1.442	150	0

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS

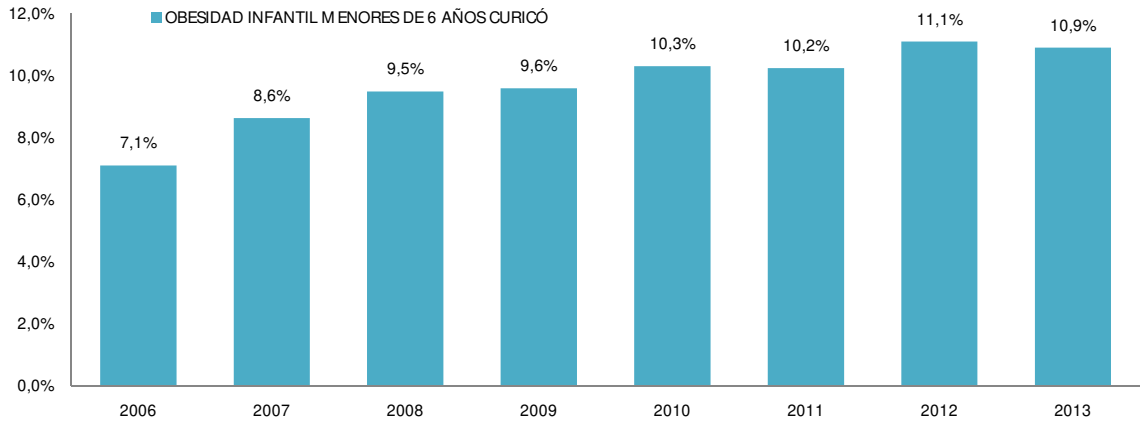
Obesidad Infantil: La obesidad en la infancia tiene graves consecuencias, tanto para la salud psíquica como física. Los niños con sobrepeso u obesidad presentan niveles más elevados de presión arterial, de colesterol y de insulina en la sangre, comparados con menores de peso normal, por lo que tienen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

La obesidad infantil en niños y niñas menores de 6 años en la comuna alcanza al 10,9% de la población en control en esa edad, porcentaje similar al dato país pero inferior al regional

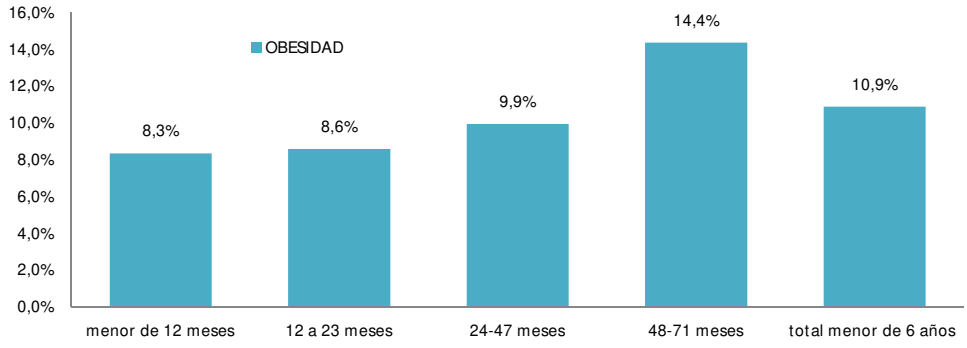
País, Región, Comuna	Obesidad Infantil menor de 6 años bajo control Diciembre 2013
País	10,8%
Región	11,6%
Curicó	10,9%

Fuente: DEIS Minsal

Las cifras comunales indican que la obesidad a aumentó desde un 7,1% en 2006 a un 10,9% en el 2013, datos recogidos de la población de niños y niñas bajo control menor de 6 años en establecimientos de salud de la comuna y que alcanzan cerca del 90% de cobertura de la población menor de seis años



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



<u>Rezago Del Desarrollo Infantil:</u> 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 2013 el 6,5 % de los niños evaluados no alcanzaban todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad (Riesgo DPM) y un 1,3% presentaba Retraso del mismo (Retraso DPM) lo que refleja un **7,8% de Déficit del Desarrollo**

Psicomotor de los niños y niñas evaluados(as), cifra mayor a la cifra país y región. El grupo considerado Normales a la evaluación pero con algún área del Desarrollo alterada **(Normales con Rezago) correspondió a un 5,8%** del universo evaluado.

País, Región y comuna	Mortalidad en la niñez según grupo de edad de 5 a 9 años				
	Deficit DPM			Normal con Rezago	Total Rezago del Desarrollo
	Riesgo	Retraso	Total Déficit		
País	5,0%	1,1%	6,2%	5,3%	11,4%
Región	4,8%	1,2%	6,0%	4,4%	10,4%
Curicó	6,5%	1,3%	7,8%	5,8%	13,6%

Fuente: DEIS Minsal

Considerando la suma total de las alteraciones del Desarrollo Infantil la comuna presentó un 13.6% de Rezago Infantil, mayor a lo presentado por la región y el país en el mismo período.

SALUD ADOLESCENTE

La tasa de mortalidad en la población de 10 a 14 años de edad fue de 37.3 defunciones por 100.000 habitantes y la de 15 a 19 años de 101.1 por 100.000 habitantes, ambas cifras están por sobre lo presentado en la región y el país.

País, Región y comuna	Mortalidad del adolescente 10 a 14 años, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2012					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total País	217	16,8	132	20,1	85	13,4
Región	15	19,0	9	22,3	6	15,5
Curicó	4	37,3	2	36,1	2	38,5

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

País, Región y comuna	Mortalidad del adolescente 15 a 19 años, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2012					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total País	620	43,5	435	60,1	185	26,4
Región	53	62,0	32	73,6	21	49,9
Curicó	12	101,1	6	99,1	6	103,1

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Esto fallecimientos son debido principalmente a **causas externas** (44,4%), **Tumores** (18.6%) y **enfermedades del sistema nervioso** (10,5%) (Región del Maule 2012 DEIS).

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

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2004	AVISA	% del total
Condiciones Neuropsiquiátricas	140.570	38,3%
Enf. Digestivas	52.384	14,3%
Lesiones No Intencionales	42.723	11,6%
Enf. Musculoesqueléticas	39.518	10,8%
LesionesIntencionales	25.219	6,9%

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Las causas específicas más importantes son la úlcera péptica, la escoliosis, los trastornos de ánimo bipolar y los accidentes de tránsito

AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2004	AVISA Ambos sexos
Úlcera péptica	28143
Escoliosis	24686
Trastornos del ánim obipolar	20039
Accidentes de Tránsito	19613
Migraña	19456
Agresiones	19116
Trastornos depresivos unipolares	17235
Trastornos de las vías biliares y vesícula	15073
Obesidad	14278

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

El patrón por sexo es completamente diferente, es así que en hombres, la úlcera péptica, los accidentes de tránsito y las agresiones son las 3 primeras causas de pérdida de Años de Vida Saludable, mientras que en mujeres destacan la escoliosis, los trastornos del ánimo bipolar y la úlcera péptica.

AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adolescentes 10 a 19 años. Chile, 2004	Hombres	AVISA	Mujeres	AVISA
	Úlcera péptica	14307	Escoliosis	20201
	Accidentes de Tránsito	11262	Trastornos del ánimo bipolar	15537
	Agresiones	10438	Úlcera péptica	13836

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007.

Condiciones de riesgo para la salud adolescente

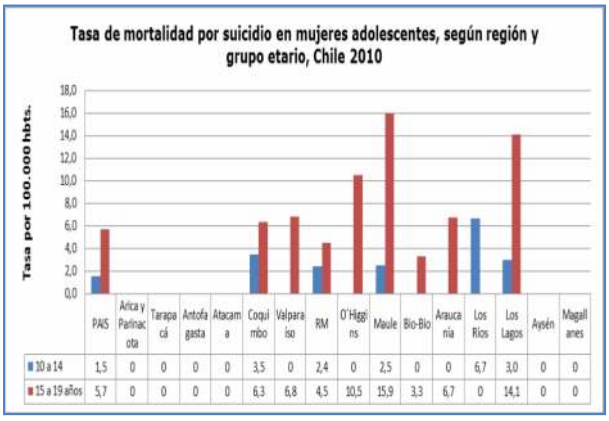
Muchas de las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNTs), como enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Diabetes, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Depresión, entre otras, con alta prevalencia en adultos, pero también en adolescentes se inician en la adolescencia (conducta 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).

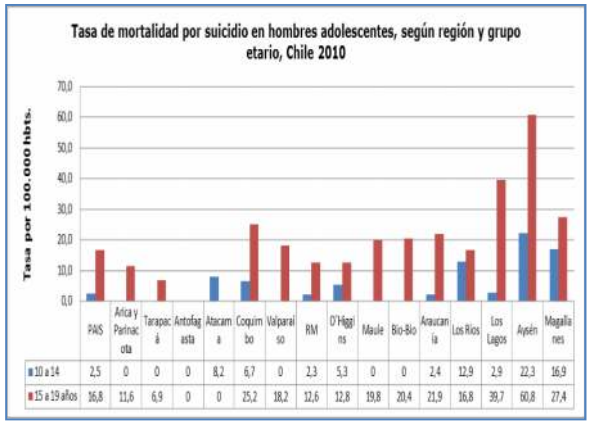
Aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la

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 Adolescente:

Suicidios: 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 4 de cada 100.000 personas entre 10 y 19 años. En 2010, esa cifra se elevó a 8 y se estima que para 2020 habrá 12 suicidios por cada 100.000 jóvenes, lo que representa un alza del 200%. Al desagregar por sexo, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es tres a cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres en todos los países de la OCDE, brecha que se ha mantenido bastante estable en el tiempo (OECD, 2011),en la región del Maule en el año 2010 la tasa de suicidios adolescente fue similar en ambos sexos, destacando el hecho de que grupo de mujeres de 15 a 19 años concentro la mayor tasa del país.





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 período 2001 – 2013, tomando como referencia la prevalencia de consumo en el último mes,

el consumo descendió de 42% a 26,7% y de consumo diario de 15,8% a 7,3, lo que se ha atribuido a la implementación de la ley anti tabaco en agosto de 2006. La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 13 años, sin diferencias por sexo (Conace, 2010), **siendo las niñas en edad escolar las que fuman más que los niños** con una prevalencia diaria de 7,3% en mujeres y de 6,3% en hombres.

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. Las declaraciones de uso de alcohol en el último mes en la región se ubican por debajo del promedio nacional con 34,1%. **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. En la región del Maule los reportes del año 2013 en población escolar según datos CONACE el consumo de marihuana aumentó, llegando a una prevalencia de 24,1%, con una variación significativa de 9,7 puntos porcentuales sobre la cifra del estudio 2011, pero encontrándose por debajo de la prevalencia nacional (30,6%).

La prevalencia regional de consumo de cocaína total en el último año en población escolar es de 4,1% para el último estudio 2013, este es un aumento no significativo de 0,8 puntos porcentuales respecto a 2011.

La prevalencia de consumo de último año de inhalables en escolares, a nivel nacional, muestra por segundo año consecutivo un aumento significativo (variación en tendencia) variando desde 3,0% en 2009 a 5,2% en 2013. En la región del Maule, la prevalencia año de consumo de esta sustancia pasa de un 2,2% en 2011 a un 5,0% en 2013 (variación significativa), valor que se encuentra por debajo de la prevalencia nacional.

A nivel nacional se aprecia un aumento significativo en los reportes del uso de tranquilizantes sin receta médica en el último año en población escolar, pasando de un 7,5% en 2011 a un 9,5% en 2013, siendo este último el valor más alto desde 2007. En la región

del Maule, el consumo de esta sustancia varía desde un 8,7% en 2011 a un 7,8% en 2013, descenso que no es significativo.

En relación a la disponibilidad y acceso en población escolar, la facilidad de compra de alcohol, (proporción de escolares que declara que les sería fácil o muy fácil comprar alcohol) disminuyó respecto al estudio anterior, pasando de un 43,5% en 2011 a un 43,1% en 2013, siendo, esta variación no estadísticamente significativa.

La proporción de escolares de la región del Maule que en el año 2013 declara haber recibido a lo menos un ofrecimiento de marihuana en el último año aumentó significativamente de 19,1% en 2011 a 32,9% en 2013 Por su parte, la proporción de personas que declara que le sería fácil conseguir marihuana varió 8,7 puntos porcentuales, siendo dicha variación estadísticamente significativa respecto al estudio anterior.

Depresión: La depresión es definida operacionalmente por el Ministerio de Salud de Chile como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas.

Los trastornos depresivos en la adolescencia deben ser tomados seriamente, debido a las complicaciones potenciales que conllevan y porque constituyen un riesgo de salud para los niños y adolescentes que los padecen. Este es un trastorno que implica dificultades de adaptación psicosocial prolongada con **alto riesgo de suicidalidad**, afectando directa e indirectamente a un alto porcentaje de la población

La Depresión tiene una prevalencia de un 2% en la niñez y entre 4% a 8% en la adolescencia, aumentando a medida que se avanza en el periodo evolutivo (riesgo de 2 a 4 veces mayor después de la pubertad, especialmente en mujeres). La relación entre mujeres y hombres es de 1:1 en menores 10 años y de 2:1 en la adolescencia.

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)

Situación Comunal de Salud Mental Adolescente

El universo de adolescentes en control a Junio del año 2014 en el Programa de Salud Mental en establecimientos de salud de la comuna corresponde a 857 jóvenes, cifra que corresponde al 11% del total de personas bajo control en este programa. De ellos, 444 son mujeres y 413 hombres.

Los diagnósticos más prevalentes en el Programa de Salud Mental en población adolescente comunal son los trastornos emocionales y del comportamiento de la infancia y adolescencia con un 55,6%, los trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar) con 19,6,4% y los trastornos de ansiedad con un 16.7%.

Diagnósticos De Trastornos Mentales Adolescentes Curicó Junio 2014	Total bajo control 10 a 19 años	% del total Bajo Control
Trastornos Del Humor (Afectivos)	169	19,6%
Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debido A Consumo Sustancias Psicotrópicas	40	4,6%
Trastornos Del Comportamiento Y De Las Emociones De Comienzo Habitual En La Infancia Y Adolescencia	480	55,6%
Trastornos De Ansiedad	144	16,7%
Alzheimer Y Otras Demencias	0	0,0%
Trastornos Conductuales Asociados A Demencia	0	0,0%
Esquizofrenia	1	0,1%
Primer Episodio Esquizofrenia Con Ocupación Regular	0	0,0%
Trastornos De La Conducta Alimentaria	17	2,0%
Retraso Mental	4	0,5%
Trastorno De Personalidad	5	0,6%
Trastorno Generalizados Del Desarrollo	3	0,3%

Fuente: DEIS Minsal Serie P Junio 2014

Los adolescentes con diagnóstico de Depresión en control corresponden a 169 jóvenes, alcanzando una cobertura de 0,9% del total de inscritos en este grupo de edad. La proporción entre hombres y mujeres es de 1:5, siendo 26 hombres y 128 mujeres los que están en control.

Adolescentes en control por TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) Curicó Junio 2014	Total bajo control 10 a 19 años	10 a 14 años		15 a 19 años	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
DEPRESIÓN LEVE	95	0	9	16	70
DEPRESIÓN MODERADA	59	2	3	6	48
DEPRESIÓN GRAVE	11	1	0	4	6
DEPRESIÓN POST PARTO	4		0		4
TRASTORNO BIPOLAR	0	0	0	0	0
TOTAL	169	3	12	26	128

Fuente: DEIS Minsal Serie P Junio 2014

Salud Sexual y Reproductiva Adolescente:

El 48% de adolescentes de 15 a 19 años en Chile 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.

En la primera relación existe un claro gradiente de uso de anticonceptivo según nivel socioeconómico, de manera que el 76,1% del nivel socioeconómico ABC1 si los usa en comparación con el nivel socioeconómico E, que usa anticoncepción sólo en el 39,3% (Injuv, 2010).

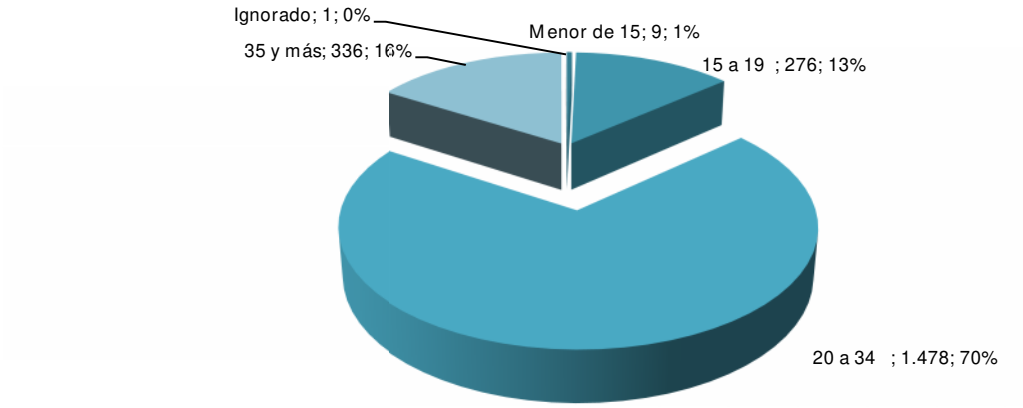
El embarazo en la adolescencia se ha vinculado a múltiples causales y determinantes sociales, entre las que se encuentran, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con **inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva**.

La población menor de 20 años que está en control por el uso de algún método de regulación de fertilidad en establecimientos de salud de la comuna corresponde a 2548 usuarias(os) que corresponde a un 11,2% del total bajo control, siendo de estos solo 82 varones.

La cobertura alcanzada en la comuna a Junio del 2014 en el grupo de 15 a 19 años corresponde a 23,3% mayor a la presentada en junio del año anterior que fue de un 18%, pero distante del 48% de adolescentes en este grupo de edad que declara haber iniciado su vida sexual.-

Del total de nacimientos en la comuna durante el año 2012, 276 hijos(as) fueron de madres entre 15 y 19 años y 9 de menores de 15 años, siendo hijos(as) de adolescentes el 13,6% del total de nacimientos de la comuna.

Nacidos vivos inscritos según edad de la madre, Curicó, 2012



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.

Adolescencia y 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.

En el año 2012, en el país por cada mujer entre 15 y 19 años fallecida en accidentes de tránsito murieron 3,4 hombres y por cada lesionada existieron 1,7 lesionados

Participación de jóvenes (15 a 29 años) en accidentes de tránsito según género (2012)	Participantes	Fallecidos	Total lesionados
Mujeres	9.291	77	6.385
Hombres	24.620	262	10.649
Total	33.911	339	17.034

Informe de Jóvenes CONASET 2012

Durante el año 2012, se registraron en la región 2.162 accidentes de tránsito, dejando como consecuencia 32 fallecidos y 1.105 lesionados (110 graves, 93 menos graves y 902 leves).

Participación de jóvenes (15 a 29 años) en accidentes de tránsito región del Maule(2012)	Accidentes	Fallecidos	Graves	Menos graves	Leves	Total lesionados
VII Maule	2.162	32	110	93	902	1.105

Informe de Jóvenes CONASET 2012

Adolescencia y Violencia de Género

De acuerdo a lo informado en la VI Encuesta del Instituto Nacional de la Juventud (Injuv), se observa declaración de violencia física al interior de la pareja en un 4,6% de adolescentes de 15 a 19 años y en un 8,0% de jóvenes. Lo mismo sucede con la violencia psicológica, presentándose en un 9,9% de adolescentes y en un 16,8% de jóvenes. Las mujeres declaran en mayor proporción haber sufrido violencia física. La declaración de violencia tiende a aumentar a medida que se desciende en posición socioeconómica, siendo las diferencias estadísticamente significativas en los grupos extremos (Injuv, 2010).

SALUD DEL ADULTO

En el año 2012, la tasa de mortalidad en el grupo de 20 a 44 años de edad fue de 1,1 defunciones por 1.000 habitantes .En hombres fue de 1,4 y de 0.7 en mujeres; en el grupo de 45 a 64 años fue de 5 por 1000 habitantes siendo de de 6,8 en hombres y de 3,3 en mujeres. En ambos grupos etarios, la tasa de defunciones fuer mayor en hombres que mujeres.

País, región y comuna	20 a 44 años						45 a 64 años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total País	6.503	1,0	4.582	1,4	1.921	0,6	19.155	4,8	11.971	6,1	7.184	3,5
Del Maule	392	1,1	264	1,4	128	0,7	1.229	5,0	787	6,4	442	3,6
Curicó	57	1,1	37	1,4	20	0,7	170	5,0	112	6,8	58	3,3

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

En la Región del Maule el 2012, para el grupo de 20 a 44 años, las principales causas de muerte fueron las Causas Externas, presente en el 44,4% de los fallecimientos, con un total de 174 muertes, siendo en su mayoría hombres (144); en segundo lugar los tumores en el 18,6% de los casos (73) y las enfermedades del sistema circulatorio con un 10,5%.(41)

En el grupo de 45 a 64 años, los Tumores son la principal causa de muerte en el 32% de los casos (397 fallecidos), seguida de Enfermedades del Sistema Circulatorio con 22,9% (282) y en tercer lugar las Causas Externas con el 14,5% de las muertes (178 muertos)

AVISA 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.

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos 20 a 44 años. Chile, 2004	AVISA	% del total
Condiciones Neuropsiquiátricas	447.923	30,2%
Enf. Digestivas	254.290	17,1%
Enf Cardiovasculares	176.786	12,1%
Lesiones No Intencionales	146.191	10,8%
Lesiones Intencionales	95.988	6,9%
Enf. Musculoesqueléticas	82.127	5,5%

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

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

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

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos 45 a 59 años. Chile, 2004	AVISA	% del total
Enf. Digestivas	131.114	17,6%
Condiciones Neuropsiquiátricas	121.465	16,3%
Enf Cardiovasculares	115.744	15,5%
Enf. Órganos de los sentidos	72.104	9,7%
Neoplasias Malignas	67.306	9,0%
Enf. Musculoesqueléticas	67.076	9,0%

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. Al ordenarlas por sexo, la enfermedad hipertensiva del corazón es la primera causa en ambos; en hombres destaca que la cirrosis hepática ocupa el segundo lugar y en mujeres que el edentulismo esté en el tercero.

AVISA* ordenados por magnitud de causa específica. Adultos 45 a59 años. Chile, 2004	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 unipolares	14.439
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 2014 presenta una cobertura de Hipertensos(as) mayor a 15 años en control de 14,9%, presentando una brecha de un 6,8% 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%.

Cobertura Hipertensión	Población de 15 y más años		
	15-64 años	65 y más años	Total
Pobl. Per cápita oct 2013	93.031	13.230	106.261
Prevalencia esperada MINSAL	15,7%	64,3%	21,8%
	14.606	8.507	23.113
Hipertensos Bajo Control Junio 2014	8.753	7.097	15.850
Cobertura Hipertensión Junio 2014	**9,4%**	**53,6%**	**14,9%**
Brecha Cobertura	6,3%	10,7%	6,8%

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2014

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 en Junio del 2014 presenta un 8,4% de Cobertura Efectiva del total de la población mayor de 15 años, un 38,8% según prevalencia esperada y de 56,6% del total de Hipertensos(as) bajo control. Para el grupo de 15 a 64 años (adolescentes y adultos) dichas coberturas son de 5,9%, 37,4% y 62.4% respectivamente y para el grupo de más de 65 años las coberturas son de 26,6%, 41,3% y 49,5% respectivamente.

Cobertura Efectiva HTA	Población de 15 y más años		
	15-64 años	65 y más años	Total
Pobl. Per cápita Octubre 2013	93.031	13.230	106.261
Prevalencia esperada MINSAL	15,7%	64,3%	21,8%
	14.606	8.507	23.113
Hipertensos Bajo Control	8.753	7.097	15.850
Hipertensos con PA <140/90 mmHg	5.465	3.514	8.979
Cobertura Efectiva del Total de la población	5,9%	26,6%	8,4%
Cobertura Efectiva de la Prevalencia Esperada según MINSAL	**37,4%**	**41,3%**	**38,8%**
Cobertura Efectiva del Total Bajo Control	62,4%	49,5%	56,6%

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2014

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 21,3% distante del 43,8% esperado y que al comparar por sexo, en hombres dicha brecha es aún más significativa (30,7%).. La brecha de cobertura en mujeres es solo de un 12.8%.

Cobertura Efectiva HTA	Población 45 - 64 años		
	Hombres	Mujeres	Total
Pobl. Percápita Octubre 2013	15.037	16.995	32.032
Prevalencia esperada (ENS)	**48,1%**	**39,8%**	**43,8%**
Hipertensos(as) Bajo Control Junio 2014	2.610	4.590	7.200
Cobertura HTA	17,4%	27,0%	22,5%
Brecha Cobertura	**30,7%**	**12,8%**	**21,3%**
Hipertensos(as) Compensados(as)* en control	1.527	2.954	4.481
Población HTA Compensada del bajo control	**58,5%**	**64,4%**	**62,2%**

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2014

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 2014 presenta una cobertura de Diabéticos(as) en control de más de 15 años de 5,7%, presentando una brecha de un 6,1% en relación a la prevalencia estimada por el MINSAL y de un 3,3% para la estimada según ENS 2010.

Cobertura Diabetes	Población de 15 y más años		
	15-64 años	65 y más años	Total
Población Per cápita Octubre 2014	93.031	13.230	106.261
Prevalencia esperada MINSAL	**10,0%**	**25,0%**	**11,9%**
	9.303	3.308	12.611
Diabéticos(as) Bajo Control Junio 2014	3.370	2.736	6.106
Cobertura Diabetes	**3,6%**	**20,7%**	**5,7%**
Brecha Cobertura	**6,4%**	**4,3%**	**6,1%**

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2014

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 2,8% de Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus tipo 2 del total de la población mayor de 15 años, un 23,2% según prevalencia esperada (22% meta país) y de 48% 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.

Cobertura Efectiva Diabetes	Población de 15 y más años		
	15-64 años	65 y más años	Total
Población Per cápita Octubre 2014	93.031	13.230	106.261
Prevalencia esperada MINSAL	**10,0%**	**25,0%**	**11,9%**
	9.303	3.308	12.611
Diabéticos(as) Bajo Control Junio 2014	3.370	2.736	6.106
Diabéticos(as) con HbA1C<7% Junio 2014	1.379	1.552	2.931
Cobertura Efectiva del Total de la población	**1,5%**	**11,7%**	**2,8%**
Cobertura Efectiva de la Prevalencia Esperada según MINSAL	**14,8%**	**46,9%**	**23,2%**
Cobertura Efectiva del Total Bajo Control	**40,9%**	**56,7%**	**48,0%**

Elaboración propia según datos SS Maule Dpto. Información para la Gestión año 2014

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, del total de fallecidos por cáncer durante el año 2010, el Cáncer gástrico fue el que ocasionó la mayor cantidad de muertes teniendo la tasa de mortalidad más alta seguido por el Tráquea, Bronquios y del Pulmón y en tercer lugar el Cáncer de Próstata.

REGIÓN PROVINCIA COMUNA	TASAS DE MORTALIDAD POR TUMORES Año 2010									
	Total Tumores	Estómago	Vesícula y vías	Próstata	Tráquea, Bronquios y del Pulmón	Esófago	Colon	Mama	Útero	Resto
REGIÓN DEL MAULE	139,2	23,1	13,3	14,8	10,7	6,0	6,9	6,7	4,4	53,3
PROVINCIA CURICÓ	128,6	21,9	11,7	15,7	14,2	6,9	6,2	5,5	2,2	44,4
CURICÓ	124,9	18,7	10,1	12,2	15,1	7,2	7,2	4,3	2,2	48,1

* Serie de mortalidad por causa. Chile 2000 - 2010: Mortalidad por causas, según sexo. Región del Maule, 2000 – 2010 Tasas x 100.000 Hbts.

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 a Junio del 2014, 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 58% de los casos, seguido por los Trastornos de Ansiedad (29%)

El 73% del total de la población en control corresponde a mujeres llegando al 87% en el caso de Trastornos del Humor.

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.

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 de Violencia de Género, que corresponden a 305 mujeres en esta situación.

SALUD DEL ADULTO MAYOR

Actualmente una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. El envejecimiento se concentra más en la población femenina, debido a una menor mortalidad, lo que incide en una esperanza de vida superior respecto de los hombres

En el año 2012, la tasa de mortalidad en el grupo de 65 a 79 años de edad en Curicó fue de 27 defunciones por 1.000 habitantes cifra mayor a la presentada por el país y la región. Al comparar por sexo, son los hombres los que presentaron una tasa de mortalidad mayor, siendo de 33,9 en hombre y de 21,4 en mujeres.

Mortalidad de los adultos mayores65 a 79 años según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2012	65 a 79 años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total país	31320	23,8	17761	30,2	13559	18,7
Región	2104	25,8	1217	31,8	887	20,5
Curicó	270	27,0	152	33,9	118	21,4

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

En el grupo de más de 80 años la mortalidad fue de 135,3 defunciones por mil habitantes siendo en hombres de 123,3 y en mujeres de 143,1

Mortalidad de los adultos mayores 80 y mas años según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2012	80 y más años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total país	38611	111,8	15693	124,6	22918	104,4
Región	2425	125,3	1106	134,4	1319	118,6
Curicó	306	135,3	110	123,3	196	143,1

Anuario de estadísticas Vitales 2012 DEIS* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

En el 2012, las principales causas de muerte en el grupo de 65 a 79 años en la región del Maule fueron los tumores con un 31,6% del las causa de muerte, seguido por las enfermedades del sistema circulatorio con un 29,7%. En el grupo de 80 y más años, prevalecen las enfermedades del sistema circulatorio (35,3%), las enfermedades del sistema respiratorio (19,8) y los tumores (18,2%).

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 y más años, las tres principales causas de pérdida de AVISA son Condiciones Enfermedades Digestivas con el 17,2%, Condiciones neuropsiquiátricas (26,4%) y Enf. Cardiovasculares.

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos Mayores 60 a 74 años. Chile, 2004	AVISA	% del total
Enf. Digestivas	105988	17,2%
Condiciones Neuropsiquiátricos	91911	14,9%
Enf Cardiovasculares	88795	14,4%
Neoplasias Malignas	75270	12,2%
Enf de Órganos de los Sentidos	66240	10,8%
Enf. Musculoesqueléticas	60666	9,9%

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007

En el grupo de mayores de 75 años, las tres principales causas de pérdida de AVISA son: las Condiciones Neuropsiquiatrías con el 24% del total de AVSA, las Enf. Cardiovasculares con un 16,7% y las Enfermedades Digestivas con un 14,2%..

AVISA* ordenados por magnitud de subgrupo. Adultos Mayores de 75 años. Chile, 2004	AVISA	% del total
Condiciones Neuropsiquiátricas	75751	24,9%
Enf Cardiovasculares	51008	16,7%
Enf. Digestivas	43306	14,2%

Neoplasias Malignas	28297	9,3%
Enf de Órganos de los Sentidos	24403	8,0%
Enf. Musculoesqueléticas	18257	6,0%

Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible Año 2007

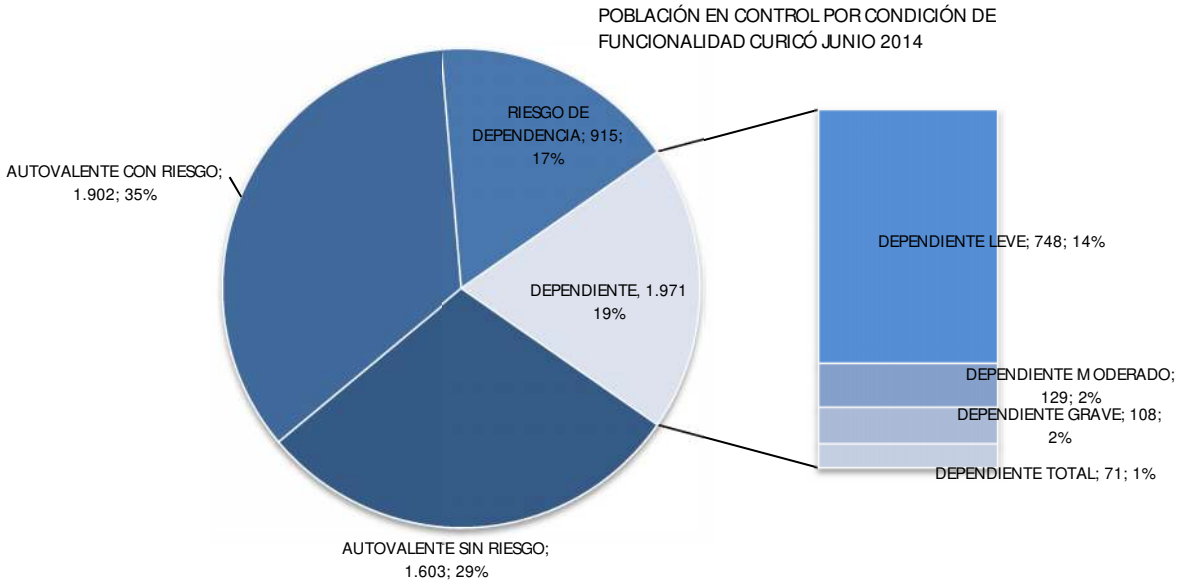
Condiciones de riesgo para la salud del Adulto Mayor

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).

Funcionalidad en el Adulto Mayor: 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.



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.

Actividad Física y sexual sobre los 60 años: En la II Encuesta de Calidad de Vida, realizada por el Ministerio de Salud y el INE se destacan temas de gran importancia para

los adultos mayores, dos de estos temas son la actividad física y la sexualidad, destacando el hecho de que el 55,8% de las personas entre 65 y 74 años camina bastante y el 53,9% declaró tener una pareja sexual.

En relación con su actividad física ¿Con qué frase Ud. se siente más representado(a)? Según edad.	Pasa la mayor parte del tiempo sentado(a) y camina poco		Camina bastante, pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso		Hace esfuerzos vigorosos frecuentemente		Su actividad es habitualmente vigorosa y de mucho esfuerzo	
Edad	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
65 a 74	288	30,4	529	55,8	67	7,1	63	6,7
75 y más	368	52,4	280	39,9	27	3,8	28	3,9

Fuente: MINSAL - INE. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2006.

Parejas sexuales durante el último año	Ninguna		1 pareja		2 o más de una pareja	
Edad	Número	%	Número	%	Número	%
65 a 74	396	44,7	478	**53,9**	13	1,5
75 y más	434	68,5	197	31,2	2	0,3

Fuente: MINSAL - INE. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile 2006.

ANTECEDENTES DE MORBILIDAD COMUNAL

Egresos Hospitalarios: En Chile las cifras de egresos hospitalarios se obtienen a partir del Informe Estadístico de Egreso Hospitalario (Decreto Nº 1671/2010) cuyo reporte es obligatorio para todos los establecimientos de salud del territorio nacional. De las estadísticas de Egresos Hospitalarios se obtiene la información estadística sobre causas de hospitalización y variables asociadas

Egresos Hospitalarios de ambos sexos, según edad y causas. Región Del Maule, Comuna de Curicó, 2011.	**Total**	**Grupo de Edad (años)**					
		0-4	**5-9**	**10-19**	**20-44**	**45-64**	**65 y más**
Todas las Causas	15614	1676	567	1337	6355	3289	2390
Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	277	94	26	20	48	47	42
Tumores	1291	76	88	55	329	435	308
Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos	138	77	9	4	12	18	18
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	469	38	8	38	180	144	61
Trastornos Mentales y del Comportamiento	120	2	0	20	53	30	15
Enfermedades del Sistema Nervioso	255	25	15	25	71	78	41

Enfermedades del Ojo y sus Anexos	116	11	9	6	11	50	29
Enfermedades del Oído y de la Apófisis Mastoides	52	5	4	10	11	14	8
Enfermedades Sistema Circulatorio	1078	12	2	15	141	382	526
Enfermedades Sistema Respiratorio	1229	**458**	**155**	81	156	125	254
Enfermedades del Sistema Digestivo	2168	57	96	220	717	687	391
Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo	159	17	8	16	61	37	20
Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	655	11	7	53	227	264	93
Enfermedades del Sistema Genitourinario	1150	72	24	67	395	362	230
Embarazo, Parto y Puerperio	3448	0	0	408	3034	6	0
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	443	**443**	0	0	0	0	0
Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas	213	106	26	39	29	11	2
Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no clasificados en otra parte	268	37	18	28	61	66	58
Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1528	114	60	168	566	397	223
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	557	21	12	64	253	136	71

Fuente: DEIS Minsal

Para la comuna de Curicó el reporte de egresos hospitalarios durante el año 2011 da cuenta de que en la población de 0 a 4 años la principal causa de egreso hospitalario son las Enfermedades Sistema Respiratorio y las Afecciones Originadas en el Período Perinatal, en el grupo de 5 a 9 son las Enfermedades Sistema Respiratorio, en el grupo de adolescentes de 10 a 19 años las asociadas al Embarazo, Parto y Puerperio seguidas de las Enfermedades del Sistema Digestivo, situación similar se expresa también en el grupo de 22 a 44 años. En la población de 45 a 64 años las causas están asociadas a las Enfermedades del Sistema Digestivo y en el grupo de 65 años y más a Enfermedades Sistema Circulatorio.

Del total de egresos hospitalarios en hombres de la comuna de Curicó, la primera causa fue Enfermedades del Sistema Digestivo (1019) y la segunda fue por Traumatismos, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (1014). En mujeres fueron las causas asociadas al Embarazo, Parto y Puerperio (3448) seguido por las Enfermedades del Sistema Digestivo (1149).

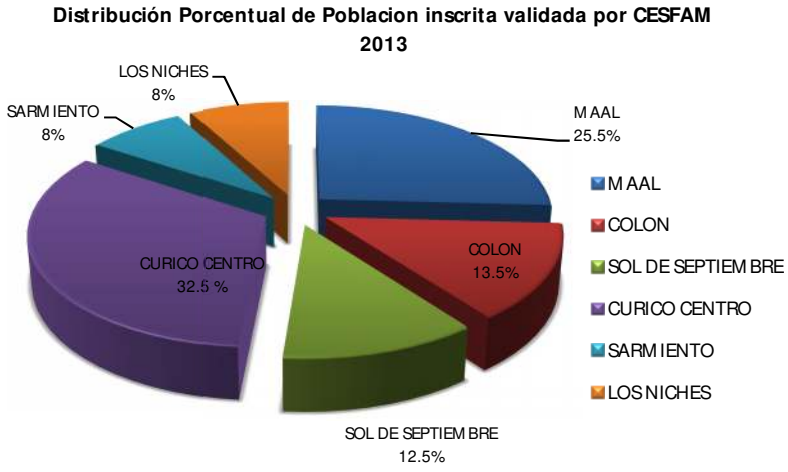
Enfermedades De Notificación Obligatoria: Estas enfermedades son en general evitables a través de estrategias de prevención y promoción de la salud y en el tiempo han mostrado una disminución, fundamentalmente las de transmisión alimentaria, de transmisión sexual y las prevenibles a través de inmunizaciones,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

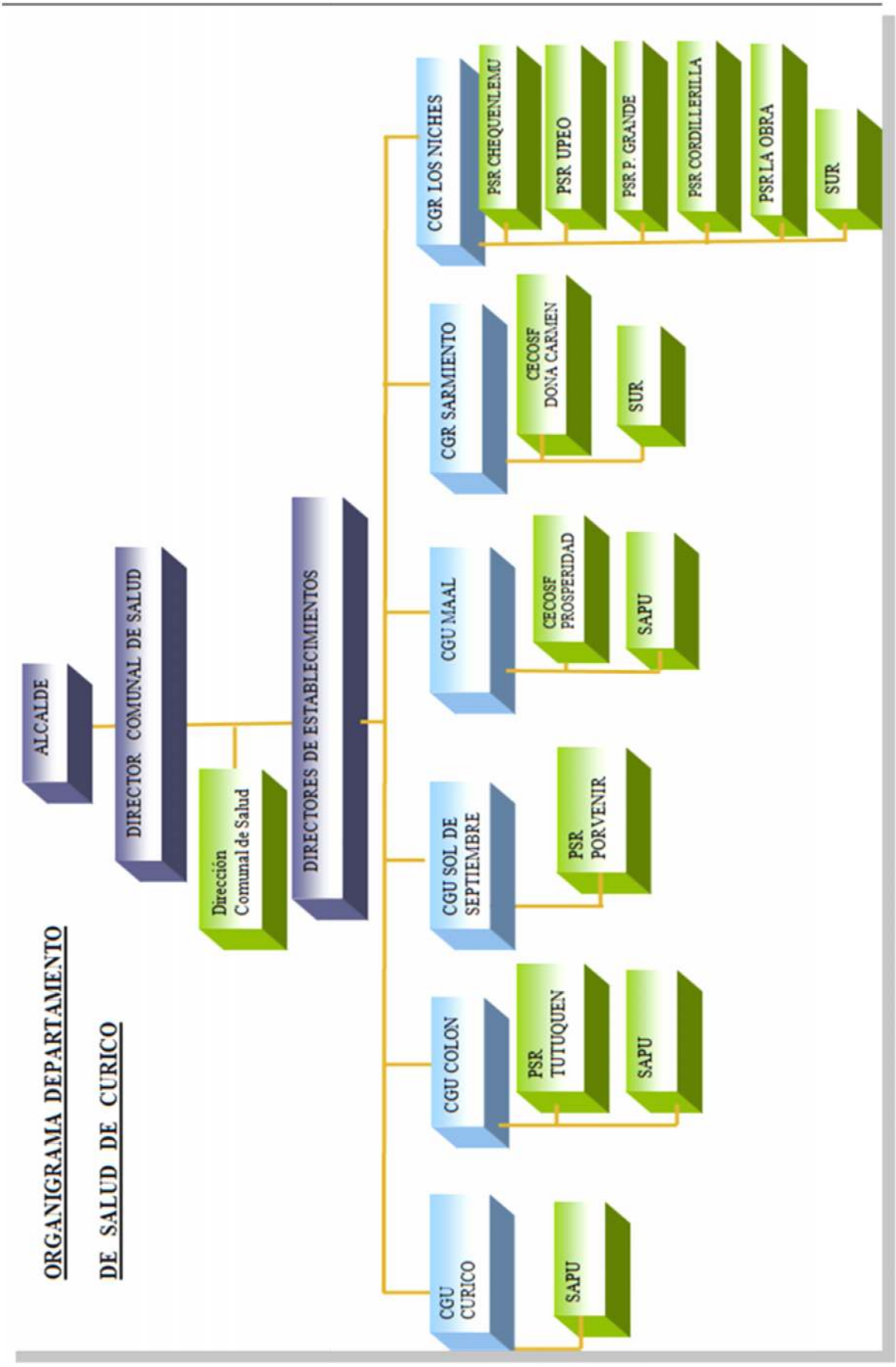
PRINCIPALES CASOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA POR RESIDENCIA REGIÓN DEL MAULE 2001 - 2012												
Años	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	Hepatitis A	Hidatidosis	Meningitis Meningocoxica	Parotiditis	Coqueluche	Tuberculosis	Rubeola	Sífilis	Gonorrea	Difteria	Hanta
2001	9,2	12,0	6,1	3,3	13,5	4,8	18,2	4,5	16,6	20,6	0,0	0,8
2002	5,8	70,4	3,8	2,7	9,2	4,7	19,4	3,4	8,6	13,3	0,0	0,8
2003	4,9	75,9	4,4	2,5	10,6	13,2	18,6	2,0	12,2	10,5	0,0	1,1
2004	5,5	21,5	5,4	2,4	7,7	6,8	18,5	0,0	6,7	6,8	0,0	0,5
2005	2,5	5,6	3,6	2,4	9,2	2,0	11,1	0,0	8,0	5,3	0,0	1,6
2006	1,7	6,3	2,5	1,0	9,9	1,4	11,7	0,0	6,6	5,4	0,0	0,2
2007	1,4	4,4	1,1	0,6	6,3	1,7	9,7	6,6	6,2	5,3	0,0	0,3
2008	1,6	1,4	1,4	0,6	5,2	0,2	9,5	0,0	7,1	2,4	0,0	0,3
2009	1,0	1,2	1,4	0,3	5,5	0,6	10,0	0,0	7,8	3,3	0,0	0,5
2010	0,9	0,6	1,2	0,2	4,7	0,5	9,0	0,0	7,8	3,4	0,0	0,9
2011	0,5	1,1	1,7	0,4	4,0	9,2	8,6	0,0	8,6	2,3	0,0	0,6
2012	0,3	1,1	1,4	0,1	5,6	8,5	6,3	0,0	6,5	1,8	0,0	0,4

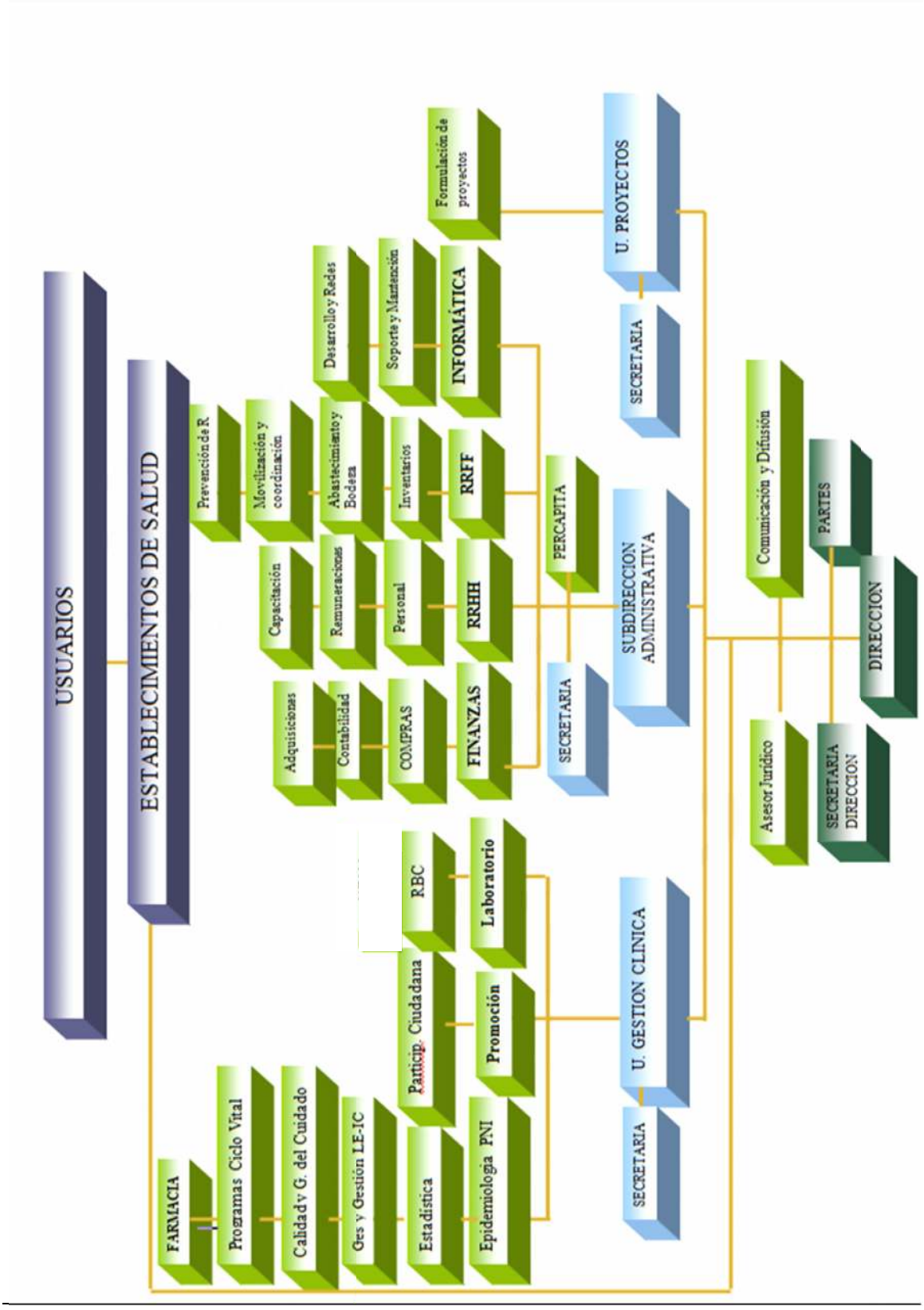
POBLACION USUARIA y BENEFICIARIA EN CURICÓ

El total de población inscrita validada corresponde a 134.292 personas, concentrándose preferentemente en el grupo de edad adulta (20 a 64 años de edad). En la distribución de la población por centros existen claras diferencias, expresadas por densidad poblacional y ubicación geográfica, las que esperamos se distribuyan más equitativamente con el funcionamiento de la reposición CESFAM Sol de Septiembre, ya que es una necesidad sentida por todos los establecimientos el problema de Infraestructura, falta de box y falta de espacios de atención de usuarios. Evidenciando que CESFAM Curicó Centro atiende un tercio 32.5% de la población Curicana, seguido por MAAL con un 25,5% % y acotado a un área geográfica específica, continuando con CESFAM Colón y Sol de Septiembre que bordean el 13,5% de la población y que esperamos se potencien en pro de descongestionar el CESFAM Curicó Centro y por último los dos CESFAM Rurales en el sector de Los Niches y Sarmiento que atienden a su población que representa el 16 % del total de población de la Comuna.

Lo anterior, es importante 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, así como la orientación de los programas de Promoción y Prevención dirigidos a intervenir sobre factores de riesgo que se relacionan con estilos de vida.




ORGANIGRAMA DEPARTAMENTO
DE SALUD DE CURICO
ALCALDE
DIRECTOR COMUNAL DE SALUD
Dirección Comunal de Salud
DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTOS
CGU CURICO
SAPU
CGU COLON
PSR TUTUQUEN
SAPU
CGU SOL DE SEPTIEMBRE
PSR PORVENIR
CGU MAAL
CECOSF PROSPERIDAD
SAPU
CGR SARMIENTO
CECOSF DOÑA CARMEN
SUR
CGR LOS NICHES
PSR CHEQUENLEMU
PSR UPEO
PSR P. GRANDE
PSR CORDILLERILLA
PSR LA OBRA
SUR


USUARIOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
FARMACIA
Programas Ciclo Vital
Calidad y G. del Cuidado
Ges y Gestión LE-IC
Estadística
Epidemiología PNI
Particip. Ciudadana
Promoción
RBC
Laboratorio
U. GESTION CLINICA
SECRETARIA
Prevención de R
Movilización y coordinación
Capacitación
Remuneraciones
Personal
RRHH
Adquisiciones
Contabilidad
COMPRAS
FINANZAS
PERCAPITA
SECRETARIA
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
Desarrollo y Redes
Abastecimiento y Bodega
Inventarios
RRFF
Soporte y Mantención
INFORMÁTICA
Formulación de proyectos
U. PROYECTOS
SECRETARIA
Comunicación y Difusión
PARTES
Asesor Jurídico
SECRETARIA DIRECCION
DIRECCION

RED DE SALUD

La atención de los problemas de salud de los habitantes de la comuna de Curicó está a cargo, dentro del sector público, de la red conformada por los establecimientos dependientes del Servicio de Salud Maule. La red de Atención Primaria de Curicó está formada por 15 establecimientos.

La atención de nivel secundario está a cargo del Hospital San Juan de Dios de Curicó, quienes se coordinan con el nivel primario de atención para prestar atención de especialidad en forma ambulatoria o cerrada (hospitalización) según se requiera. En tanto la atención de urgencia está a cargo de los servicios de urgencia SAMU y a nivel primario de los SAPU de MAAL, Colon y Curicó Centro, más los dos servicios de urgencia rural (SUR) de Sarmiento y los Niches.

RED DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

En el año 1987 se realizó el traspasó de la Atención Primaria de Salud a los Municipios, en esa época en Curicó solo correspondía a la atención rural compuesto por 07 Postas de Salud Rural: Sarmiento, Tutuquén, Los Niches, Chequenlemu, Upeo, Potrero Grande y Cordillerilla, más las Estaciones Médico Rurales de La Quebrada de Cordillerilla, Monte Oscuro de Upeo, Vista Hermosa en Sarmiento, Rincón de Sarmiento y El Maitenal de Tutuquén. El equipo estaba compuesto por paramédicos residentes en las postas, más un equipo profesional que realizaba las rondas y estaba compuesto por enfermera, 1 matrona, 1 médico, más un médico con 22 horas que cumplía la Jefatura y una secretaria, quienes aún continúan trabajando en nuestra APS.

Establecimiento	Funcionario	Cargo
Posta Sarmiento	Segundo Aguilera García	Paramédico de Posta
Posta Tutuquen	Angélica gamboa Rivas	Paramédico de Posta
Posta Los Niches	Sofía Gajardo martinez	Paramédico de Posta
Posta Chequenlemu	Lautaro Morales Aguilar	Paramédico de Posta
Posta Upeo	Caupolicán Morales Aguilar	Paramédico de Posta
Posta Potrero Grande	Emiliano Oyarzún Cortes	Paramédico de Posta
Posta Cordillerilla	Carlos Avila Ramirez	Paramédico de Posta
Equpo Salud Rural	Cecilia Maripangui Ponce	Matrona
	Isabel Sanchez Moreno	Enfermera
	María Celia Aguirre	Médico
Dirrección Comunal	Luis Francisco Uribe Uribe	Médico Jefe
	Jacqueline Malley Saldías	Secretaria
	M Angélica González Navarro	Administrativa
	Felicitas Rojas González	Jefa finanzas
	Pamela Catalán Gallegos	Paramédico de Farmacia
	Victor Perez Navarro	Encargado Bodega yMmantención
	Alvaro Lopez Fuenzalida	Auxiliar de servicio- Estafeta

El año 1988 se traspasó la atención urbana compuesta por 3 Centros: Consultorio Colón, Consultorio Sol de Septiembre y Consultorio Los Aromos. en 1989 se inaugura el Consultorio Sarmiento que cambia de Posta a Centro de Salud , en 1994 se inaugura un nuevo establecimiento llamado Consultorio Urbano Curicó Centro y en 1996 se inaugura en una nueva dependencia el Consultorio Los Niches quien también pasa a ser Centro de Salud.

En la comuna existe un total de 15 establecimientos de salud destinados a la atención en el nivel primario de Salud, conformado por 6 centros de Salud Familiar, 7 Postas, 2 CECOFS, a su vez la red de Urgencia Atención primaria de la comuna de Curicó, cuenta con cinco establecimientos que tienen Servicio de Atención Primaria de Urgencia y urgencia rural (SAPU-SUR).

Cesfam	Población	Establecimiento adosados	G° avance Salud Familiar	Director	Mail	Teléfono	Dirección
Miguel Arenas	34236	Cecof Prosperidad	Nivel Superior	Naldy Saravia Gallardo	Cefam_losaromos@hotmail.com	75-2-311044	Balmaceda 179
		SAPU los aromos			-		
Colon	18360	Posta Tutuquén	Nivel Superior	Martha Alamos Mermoud	cesfamcolon@saludcurico.cl	75-2-312835	Balmaceda S/N
		SAPU Colon					
Sol de Septiembre	16550	Posta Porvenir	Nivel Superior	Ana Teresa Obal	solsept70@hotmail.com	75-2-382732	Av. Alessandri 1290
Curicó Centro	43745		Nivel Superior	Jaime Illanes Arevalo	consultoriocentral@gmail.com	75-2-320460	Av. Freire 0189
Sarmiento	10627	CECOF Doña Carmen	Nivel Superior	Geraldine Delanouy E	cesfamsarmiento@gmail.com	75-2-351002	Pobl. el Progreso Volcán Calbuco S/N
		SUR Sarmiento					
Los Niches	10774	Posta Chequenlemu	Nivel Superior	Gladys Paredes Ulloa	ceslosniches@hotmail.com	75-2-510646	Villa Sta. Elena Océano Atlántico con Océano indico
		Posta Upeo					
		Posta La Obra					
		Posta Potrero Grande					
		Posta Cordillerilla					
		SUR Los Niches					

RED DE URGENCIA COMUNAL

En todos los establecimientos de nuestra Red de Urgencia, la atención se realiza de acuerdo a la gravedad del paciente y no por orden de llegada. En ella se reconocen distintos niveles:

ATENCION PREHOSPITALARIA - SAMU 131

El SAMU es un Sistema de Atención Médico de Urgencia para el traslado de personas gravemente enfermas y/o accidentadas, que se encuentran en su casa o en la vía pública. Para lo cual dispone de una base reguladora de llamados, ubicada en Talca, en la cual un profesional prioriza y regula la pertinencia de las solicitudes.

SAMU entrega atención especializada en el lugar del suceso y un traslado oportuno, estabilizado y coordinado hasta la unidad de emergencias hospitalaria respectiva por ende es una red que se ha fortalecido con la APs, brindando colaboración y derivación mutua.

Tiene atención las 24 horas del día y durante todo el año

UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA – UEH

Corresponde al Servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios, centro de derivación de nuestros SAPUs y SUR destinada a los problemas de salud con riesgo de muerte y casos en que se requiere realizar cirugía u hospitalización. El objetivo es atender a personas en riesgo vital que necesitan atención médica inmediata para salvar su vida en estas unidades se realiza un sistema de Categorización de Pacientes de Urgencia, donde una enfermera valora el estado del paciente para clasificar la gravedad de su enfermedad y, de esta manera, atender con mayor premura los pacientes más graves.

SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIO DE URGENCIA – SAPU

La consulta de urgencia es una de las demandas de atención que sigue en aumento, esto asociado a la escasez de oferta de horas de morbilidad, absorbiendo la demanda insatisfecha y la necesidad de la población quienes por horario de trabajo, oportunidad de la atención y accesibilidad prefieren consultar en estas unidades. La atención de la APS de la comuna absorbe el 75% de las consultas de Urgencia de la provincia de Curicó, conscientes de esta realidad la dirección Comunal con el apoyo del Hospital de Curicó plantearon al Servicio de Salud del Maule a modificar el horario de atención a jornada Diurna en lugar de nocturna, pues el apoyo a la red es mayor en horario diurno.

SAPU Los Aromos: Atiende de Lunes a Viernes de 17:00 a 24:00 hrs.; sábado, domingo y festivos de 08:00 a 24:00 hrs. Esta Unidad está adosado al CESFAM Miguel Arenas López fue inaugurado el año 2004 y atiende anualmente una cifra cercana a las 55 mil consultas de urgencias.

SAPU Central: Corresponde a un convenio SAPU largo Modificado ya que atiende de Lunes a Domingo desde las 07:30 horas a las 01:05 horas, se encuentra ubicado en dependencias del CESFAM Curicó Centro y atiende alrededor de 70 mil consultas de urgencia brindando apoyo a toda la provincia ya que consultan pacientes no solo de beneficiarios de nuestra comuna.

SAPU Colón: Atiende de Lunes a Viernes de 17:00 a 24:00 hrs.; sábado, domingo y festivos de 08:00 a 24:00 hrs. Esta Unidad está adosado al CESFAM Colón, la cifra de consultas de urgencia realizadas durante el año corresponde a las 25 mil consultas de urgencias. Superando las 2 mil consultas mensuales.

SERVICIO DE URGENCIA RURAL

SUR Los Niches: El Sur de los Niches atiende de Lunes a Viernes de 17.00 a 24.00, sábado, domingo y festivos de 08.00 a 16.00 y el resto del horario tiene un paramédico de llamado quien coordina con CESFAM Curicó Centro la atención e indicaciones médicas y la derivación a un centro de mayor complejidad, atiende mensualmente un promedio de 1500 consultas de urgencia.

Sur Sarmiento: El horario de funcionamiento del SUR Sarmiento es de Lunes a Viernes de 17.00 a 24.00, sábado, domingo y festivos de 08.00 a 16.00 y el resto del horario tiene un paramédico de llamado quien coordina con CESFAM Curicó Centro la atención e indicaciones médicas y la derivación a un centro de mayor complejidad, atiende mensualmente un promedio de 1100 consultas de urgencia.

REDES INTERSECTORIALES Y COMUNALES

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

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

Redes Comunales en la que la Unidad de Promoción del Departamento de Salud se integra, a la red de trabajo Comunal en promoción, a las diferentes redes de trabajo intersectorial y comunitario de la comuna.

Redes Territoriales o Locales

Mesas Territoriales: Instancias de trabajo conjunto entre los equipos de salud y la comunidad, asociadas a un territorio delimitado y concebidas con el objetivo de materializar el enfoque comunitario del modelo de salud que se desarrolla en los Centros de Salud de la comuna.

En cada Centro de Salud, existe a lo menos una Mesa Territorial por sector, en las que dentro de sus actividades se encuentra el Diagnóstico Participativo, conclusiones que se incluyen en la planificación de cada uno y por ende en la planificación comunal.

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

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

Redes Comunales

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

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

Red Comunal de Infancia y Adolescencia: El plan Comunal de Salud 2015 ratifica a la 1ª Política Comunal de Infancia y Adolescencia de Curicó, aprobada por el decreto exento Nº 3448, como el documento referencial y orientador de las acciones a implementar, en temas pertinentes a la infancia y adolescencia, para el Departamento de Salud Municipal, las unidades de salud dependientes de éste y los funcionarios que prestan servicios y la conforman."

Red Comunal Adulto Mayor: Red recientemente conformada con la misión de promover la participación y autovalencia entre los adultos mayores de la comuna, coordinando esfuerzos sectoriales y comunitarios para su cumplimiento.

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

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

Red Programa Vida Sana Escolar: Red de establecimientos educacionales de la comuna que fomentan una alimentación saludable y promueven la actividad física en la comunidad educativa.

Convenios con Instituciones de educación Superior: Los establecimientos del Departamento de Salud de Curicó, son centros docente asistenciales y dentro de su espíritu formador de nuevos profesionales y técnicos en salud, mantiene convenios vigentes con algunos Institutos de educación superior, entre ellos Santo Tomás, AIEP, Universidad Católica del Maule, Universidad de Talca, velando por la calidad de las prestaciones otorgadas y por el cumplimiento de los derechos de los usuarios.

Convenios Salud Ocupacional: Dentro del incipiente desarrollo de la salud Ocupacional en nuestra comuna, hemos implementado algunas estrategias para acercar la salud y fundamentalmente los exámenes preventivos a los lugares de trabajo de nuestr@s , entre ellos destacan algunas empresas: LIDER, Parquímetros de Curicó, Agrícola San José, Inspección del Trabajo, Hogar de Día, Jumbo, Falabella, etc.

PROTOCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Las guías clínicas elaboradas por el MINSAL, para los 80 problemas de salud con garantías explícitas, son un valioso aporte para la derivación de los pacientes portadores de patologías GES.

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

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

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

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

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

Objetivos:
1.- Utilización eficiente y oportuna de los recursos técnicos y profesionales

2.-Disminuir las listas de espera y los tiempos de espera de pacientes derivados

3.-Optimizar el criterio de priorización de listas de espera

4.-Propender a una atención precoz y oportuna de patologías que requieran evaluación, diagnóstico y tratamiento precoz

5.-Propender a disminuir las complicaciones o secuelas secundarias derivadas a una atención tardía.

6.-Mejoramiento de la relación entre atención primaria y secundaria.

NORMATIVA LEGAL VIGENTE

El desarrollo de la atención Primaria se enmarca en un contexto legal dentro del cual se garantiza el acceso a la atención de salud, se establecen derechos y deberes con los trabajadores y se incorporan mecanismos de Incentivo al Desempeño Colectivo.

La siguiente tabla presenta los principales cuerpos legales que rigen la operación y organización del Área salud, estas regulan el Funcionamiento y las prestaciones que deben brindarse al estar establecidas por ley, el detalle de las actividades realizadas están separadas por ciclo vital. En color Rojo se detallaron las actividades que se realizan pero que no forman parte de la canasta percapitada sino que se realiza con recursos propios y algunos vía convenio

Leyes	Temas
Ley 19.966	AUGE - Acceso Universal a Garantías Explicitas en Salud. Contempla mecanismos legales que dotan al ministerio de salud para definir un conjunto de enfermedades priorizadas y las respectivas garantías asociadas.
Ley 19.378	Estatuto para funcionarios de Atención Primaria en Salud. Establece los derechos y deberes contractuales de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de salud primaria.
Ley 19.813	Asignación de Estímulo al Desempeño Colectivo. Recompensa salarial para los funcionarios de APS asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención otorgada a los pacientes.
Ley 19.937	Ley de autoridad sanitaria y gestión (reconoce funciones SEREMI salud) Acreditación de prestadores individuales y establecimientos que brindan prestaciones GES
Ley 20.285	Sobre transparencia y acceso a la información pública.
Ley 20.157	Asignación de desempeño difícil.
Ley 20.584	Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas, en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud.

CANASTA DE PRESTACIONES

Los centros de salud de APS ofrecen a las familias usuarias, una serie de prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de su salud; las que pretenden contribuir al cuidado de la salud durante todo el ciclo vital de la persona las que son financiadas vía aporte percápita o aporte estatal y convenios vigentes que establecen tareas específicas. En Rojo las prestaciones adicionales que realizamos sin aporte especifico

Programa de Salud del niño y la niña.

Prestaciones en el niño de 0 a 9 años	Nº Actividades	Observación
1. Control Niño Sano.	12722	
2. Evaluación de Desarrollo Psicomotor.	9924	
3. Control Malnutrición(educacion)	911	No se realiza prestación
4. Control de lactancia materna(en menores de 2 años)	4514	
5. Educación a grupos de riesgo	2393	
6. Consulta Nutricional	7566	
7. Consulta Morbilidad.	13945	
8. Control de Enfermedades Crónicas.(falta IRA)	44	
9. Consulta por déficit del desarrollo psicomotor	793	
10 Control por Medico y Kinesiólogo en Sala de Infecciones Respiratorias Aguda (IRA)	7099	
11. Consulta de Salud Mental.	1870	
12. Vacunación: Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) y otras	80% cobertura	
13. Programa Nacional de Alimentación Complementaria	95% cobertura	
14. Visita Domiciliaria Integral en Paciente de Riesgo (Psicosocial, Biomédico)	967	
I.- Salas de estimulación en cada centro que cuentan con profesionales Parvularias y fonoaudiólogos.	3823	2178 parvularia, 1645 por FND
II.- Atencion por medico y Psicologo, mas tratamiento farmacologico en niños Ingresados por trastornos del comportamiento	171	



Programa de Salud del Adolescente



Prestaciones Programa de Salud del Adolescente de 10 a 19 años	Nº Actividades	Observación
15. Control de Salud. (Fichas Clap)	1948	
16. Consulta de Morbilidad.	7836	
17. Control de Patologías Crónicas.(EPI , HTA, DM)	222	
18. Control Prenatal.	1502	
19. Control Puerperio Post Aborto Y Post Parto.	39	
20. Control de Regulación de Fecundidad.	2376	
21. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	607	
22. Control Ginecológico Preventivo.	42	
23. Educación Grupal.	487	
24. Consulta de Morbilidad Obstétrica	1097	
25. Consulta de Morbilidad Ginecológica	630	
26. Intervención Psicosocial		
27. Consulta y Consejería en Salud Mental	2537	
28. Programa Nacional de Alimentación Complementaria	95% cobertura	
29. Visita Domiciliaria Integral de Paciente en Riesgo Biopsicosocial.	644	
III.- Consejería Breve Antitabaco	1577	
IV.- Control preconcepcional	15	
VII.- Consejería en Prevención de VIH e ITS	47	
VIII.- Consejería en Estilos de Vida Saludables y Conductas de Autocuidado	1686	

Amarillo= Prestación asociada a todos los Programas, en página 74

Programa de la Mujer

Prestaciones Programa de Salud de la Mujer	Nº Actividades	Observación
30. Ingreso y Control Prenatal.	9032	
31. Control Post Parto y Post Aborto.	303	
32. Control de Regulación de la Fecundidad.	15101	
33. Consejería en Salud Sexual Reproductiva	732	
34. Control Ginecológico.	7983	
35. Educación Grupal		
36. Consulta de Morbilidad Obstétrica.	693	
37. Consulta Morbilidad Ginecológica (ITS,VIH Y Otras).	7993	
38. Consulta Nutricional Embarazada y Puérpera al 8vo Mes Post Parto.	279	
39. Programa Nacional de Alimentación Complementaria	95% cobertura	
40. Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre De Embarazo	359	3º Trimestre
VII. Consejería Breve Antitabaco a Embarazadas Con Alta Odontológica	714	
IX. Control preconcepcional	341	
X.- Consejería en Prevención de VIH e ITS	165	
XI.- Visita Domiciliaria a Gestantes	1114	
XII. Consulta Anticoncepción de Emergencia.	165	
XIII - Talleres de Preparación Para El Parto y La Crianza.	999	

Amarillo= Prestación asociada a todos los Programas, en página 74



Programa del Adulto



Prestaciones Adulto de 20 a 64 años	Nº Actividades	Observación
41.- Consulta morbilidad	42473	
42. Control y Manejo de Patologías Crónicas: Hipotiroidismo, Epilepsia.	22120	
43. Consulta Nutricional.	2457	
44.-Control de salud con aplicación de EMP	7603	
45. Intervención Psicosocial		
46. Control Salud Mental: Tratamiento Multidisciplinario por Médico, Psicólogo,	13796	
47.-Educacion Grupal		
48.- Atención Domiciliaria Integral a Pacientes Postrados.	412	
49.- Atención Podológica a Pacientes Diabéticos.	2956	
50.- Curación Avanzada Pie Diabético	3920	
51.-Intervencion Grupal de actividad fisica	47	
XIV.- Controles Médicos y Kinésicos por Patologias Respiratorias Crónicas en Sala	2292	
XV.- Disminuir Incidencia de Amputación de EEII a traves de Eval pies	3958	
XVI.- Fondo de Ojo Anual para Prevenir Retinopatia Diabética.	3736	
XVII.- Exámenes de Laboratorio de Paciente con Patologia Cardiovascular.	352141	
XVIII.-Tratamiento Farmacológico de acuerdo a Cada Patologia.	100%	
XIX.-Vigilancia de Tuberculosis, con Examen de Baciloscopias y Evaluación por Equipo de Salud.	100%	
XX.- Monitoreo Ambulatorio de presión Arterial (MAPA)	599	
XXI.-Electrocardiograma por telemedicina	3887	
XXII.- Rehabilitación física en patologías osteomusculares agudas PRI	Convenio en ejecución	

Amarillo= Prestación asociada a todos los Programas, en página 74

Programa de Salud Adulto Mayor



Prestaciones Programa de Salud Adulto Mayor	Nº Actividades	Observación
52. Consulta de Morbilidad.	12066	
53. Control de Salud otras Patologías: Hipotiroidismo, Epilepsia.	17890	
54.-Consulta nutricional	391	
55.Control salud Examen Medicina Preventiva de Adulto Mayor (EMPAM).	5188	
56. Intervención Psicosocial		
57.- Consulta de Salud Mental.	4268	
58.-Educacion Grupal		
59.- Consulta Médica y Kinésica Por Patol Crónicas Respiratoria en Sala ERA.	2439	
60.-Vacunacion Antiinfluenza	70% cobertura	
61.- Visita Domiciliaria Integral con Fines Diagnósticos y Curativos.	455	
62.- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	95% cobertura	
63.- Atención Podológica de Adultos Mayores Diabéticos.	2990	
64.- Curación Avanzada Pie Diabético.	2978	
XXIII.- Consejería a Adultos Mayores con Enfermedades Respiratorias	86	
XXIV.-Educacion Individual en enfermedades respiratorias	1597	
XXV.-Educacion Grupal en Enfermedades respiratorias	159	
XXVI.-Taller caidas	112	
XXVII.-Taller memoria,	134	
XXVIII Rehabilitacion Pulmonar	En proceso	

Amarillo= Prestación asociada a todos los Programas, en página 74

Prestaciones Salud Oral

Prestaciones en Salud Oral	Nº Actividades	Observación
65. Examen de Salud	9603	
66. Educación Grupal Cuidados En Salud Oral	95	
67. Urgencias Odontológicas Ambulatorias	14556	
68. Exodoncias	9554	
69. Destartraje y/o Profilaxis (pulido coronario)	8324	
70. Obturaciones	18335	
71.- Aplicación de Sellantes	14498	
72. Pulpotomías	263	
73. Aplicación Flúor Barniz	8206	
74. Endodoncias	60	por convenio con SSM
75. Radiografía Dental	1973	
XXIX.- Control Niño Sano Odontológico 2 Años	828	
XXX.- Control Niño Sano Odontológico 3- 4 y 5 Años	1503	
XXXI.- Atención Integral Niños de 12 Años	1168	
XXXII.- Examen y Diagnóstico Anomalías Dento-Maxilares (Opi)	150	
XXXIII.- Educación Individual Cuidados En Salud Oral	8248	

Prestaciones Asociadas a todos los Programas

Prestaciones Asociadas a Todos Los Programas	Nº Actividades	Observación
76. Educación Grupal	4794	
77. Consejería Familiar	1985	
78.-Visita domiciliaria Integral	4338	
79. Consulta Social	8561	
80. Tratamientos inyectables y procedimientos (curaciones)	164386	
81. Extensión Horaria	10420	
82.Intervencion Familiar Psicosocial	47	
83.Diagnostico y Control TBC	100%	
84. Laboratorio Clinico	352141	
XXXIV.- Eventos Masivos de Promoción de la Salud	571	
XXXV.-Actividades Comunitarias en Salud Mental	107	
XXXVI.-Educacion y capacitacion comunitaria	991	
XXXVII.-Actividades de difusion y comunicación	1147	
XXXVIII.- Visitas y tratamientos a domicilio	4007	

Actividades con garantías explícitas en salud.

ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD (GES)	Nº Beneficiarios	Observación
85. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial.	15850	
86. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2.	6106	
87. Diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más.	4442	
88. Diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años.	88	
89.Entrega de ortesis para beneficiarios de 65 y más años.	464	
90. Tratamiento médico en mayores de 55 años con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.	2762	
91. Acceso tratamiento IRA baja de manejo ambulatorio en menores 5 años.	763	
92. Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.	12066	
93. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios.	364	
94. Evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años.	1178	
95. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a pacientes de 60 años.	1168	
96. Acceso a evaluacion y alta odontologica integral a Mujeres embarazadas.	1190	
1. Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria	1737	
2. Diagnostico y tratamiento de enfermedad pulmonar obstructiva cronica.	948	
3. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada.	485	
4.-Acceso y tratamiento de Plan Ambulatorio basico (PAB) en OH y drogas	42	
5.-Prevención Secundaria de insuficiencia renal Crónica terminal	90% Pctes BC	
6.-Enfermedad de parkinson	78	
7.-Diagnostico de Displasia luxante de caderas	1220	
8.-Screening de cancer cervico uterino	25284	
9.-Screening cancer de mamas	2757	
10.-Hipotiroidismo en personas de 15 y mas años	1753	
11.-Erradicacion Helicobacter Pylori	100% Pctes derivados	

Convenios vigentes que permiten actividades adicionales

Además de las prestaciones establecidas por ley, nuestro Departamento de salud realiza actividades complementarias que son llevadas a cabo en nuestros establecimientos financiadas a través del aporte percapita basal que corresponde a $ 3794 por inscrito validado que en nuestra comuna son 134.292 personas ascendiendo a un monto total de $509.503.848, más un aporte adicional de $543 por cada adulto mayor de 65 años correspondiente 13.230 personas equivalente a $ $7.183.890, otorgándonos un monto total de $516.687.738 mensuales y 6.291.030.636 monto total anual.

A esto se suma un total de 38 convenios vigentes con el Servicio de Salud del Maule que nos aporta un total de $ 1.951.101.232 y nos compromete a realizar prestaciones adicionales a la cartera, la mayoría de estos convenios los hemos fortalecido, ampliando coberturas y estrategias de intervención, aumentando los costos u optimizando el uso de los recursos.

Listado de Convenios vigentes:

N°	CONVENIOS VIGENTES 2014	RESOLUCION Nº	FECHA	MONTO TOTAL
1	PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA	243	21-01-2014	17.460.720
2	PROGRAMA VIDA SANA OBESIDAD	295	23-01-2014	43.419.600
3	CONVENIO PROG. DE REHABILITACION INTEGRAL EN LA RED SALUD	410	28-01-2014	24.839.615
4	PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE ADULTO-ERA	570	04-02-2014	94.541.268
5	CONV.PROGRAMA DE CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR	578	04-02-2014	105.288.519
6	CONV. DE PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD	672	10-02-2014	132.129.365
7	CONVENIO DE PROGRAMA GES ODONTOLOGICO ADULTO	747	11-02-2014	51.326.220
8	PROGRAMA GES PREVENTIVO EN SALUD BUCAL EN POBLACION ESCOLAR	752	11-02-2014	8.947.954
9	CONVENIO DE PROGRAMA GES ODONTOLOGICO FAMILIAR	850	12-02-2014	69.755.159
10	PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL	879	11-02-2014	88.418.672
11	APOYO DIAG. RADIOL.PARA RESOLUCION EFECIENTE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUN.	967	20-02-2014	12.057.750
12	ESTRATEGIA INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA 2014	986	20-02-2014	1.750.000
13	PROGRAMA DE MEJORIA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL	1309	12.03.2014	23.027.424
14	PROGRAMA APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL EN LAS REDES ASISTENCIALES	1394	13.03.2014	116.588.218
15	CONVENIO CONTROL DE SALUD JOVEN SANO	1407	13.03.2014	16.770.200
16	PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN APSM	1410	13.03.2014	45.764.914
17	PROGRAMA VIDA SANA EN ALCOHOL APS	1528	25.03.2014	22.923.653
18	PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS	1598	28.03.2014	64.436.484
19	CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	1677	02.04.2014	4.353.093
20	MODELO ATENCION ENFOQUE FAMILIAR	1836	14.04.2014	38.073.000
21	SAPU CORTO maal	1549	26.03.2014	112.708.182
22	SAPU CORTO colon	1548	26.03.2014	112.708.182
23	Sur Sarmiento	1553	26.03.2014	37.695.608
24	Sur Los Niches	1552	26.03.2014	37.695.608
25	PROGRAMA COMPLEMENTARIO GES EN APS	1830	14.04.2014	206.000.000
26	CONVENIO SENDA MINSAL	2091	30.04.2014	26.185.248
27	MAS SONRISAS PARA CHILE	2520	28.05.2014	47.524.208
28	IRA EN SAPU MAAL	2718	11,06,2014	1.802.739
29	IRA EN SAPU COLON	2719	11,06,2014	1.802.739
30	IRA EN SAPU CENTRAL	2717	11,06,2014	1.802.739
31	ADENDA ERA	2429	23.05.2014	12.708.054
6.B	CONV. MODIFICATORIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD	2489	27.05.2014	15.450.000
32	FONDO DE FARMACIA	2620/2949	014/26.06.2014	114.174.220
35	REFUERZO SAPU MAAL	2950	26,06,2014	4.678.464
34	REFUERZO SAPU COLON	2951	26,06,2014	4.678.464
35	REFUERZO SAPU CURICO CENTRO	2952	26,06,2014	4.678.464
36	SAPU LARGO CURICO CENTRO	3060	04-07-2014	169.568.702
37	FORTALECIMIENTO MEDICINA FAMILIAR	3318	31,07,2014	12.229.783
17.A	PROGRAMA VIDA SANA EN ALCOHOL APS. Adenda CAPACITACION	3814	11.09.2014	2.781.000
38	APOYO A LA GESTION	3808	13-10-2014	50.357.000
	Total 2014			1.959.101.232

Dentro de estos convenios destacan:

1.- PROGRAMA VIDA SANA Obesidad:

La estrategia Vida Sana utilizada para combatir la obesidad y sus consecuencias y complicaciones lleva 3 años de implementación. Esta vez favoreciendo 400 usuarios

Los que se caracterizan por un alto nivel de abandono, para lo cual se ha tratado de incentivar la adherencia al cumplimiento de indicaciones. Como resumen presentamos tabla adjunta que muestra el logro de indicadores y las mejorías en salud en su control del 4ºmes.

Comuna	% de niños y adolescentes intervenidos mejora su condición física al 4° mes (6 a 19 años)	% de niños y adolescentes intervenidos mejora su perímetro cintura al 4° mes (6 a 19 años)	% de adultos intervenidos disminuye un 5% su peso inicial al 4º mes (20 a 54 años)	% de adultos intervenidos mejora su perímetro de cintura al 4° mes (20 a 54 años)	% de adultos intervenidos mejora su condición física al 4º mes (20 a 54 años)	% de usuarios con control 4° mes realizado (6 a 19 años y 20 a 54 años)
Curicó	96%	85,14%	74,71%	93,53%	96,45%	55,22% 63,91%



2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL CCR

El Centro Comunitario de Rehabilitación CCR, ha cumplido 6 años de presencia en la comuna de Curicó, atendiendo usuarios que presentan patologías que generan gran discapacidad, alterando sus actividades de la vida diaria apareciendo con esto, diversas formas de dependencia.

En marzo del año 2013 se traslada a dependencias del liceo de hombres Luis Cruz Martínez, donde ha completado 18 meses de funcionamiento, manteniendo el nivel de atención y entusiasmo, que nos ha servido para superar momentos complejos, al no estar en un ambiente adecuado en espera del traslado definitivo al Nuevo Cesfam Sol de Septiembre que posee una sala que cumple con los requerimientos de infraestructura necesarios.





Ingresos Enero a Septiembre 2014 CESFAM	CENTRO	LOS	M.A.	SARM	SOL	TOTAL
SINDROME DOLOROSO DE ORIGEN NO TRAUMATICO	24	22	4	79	5	31	**165**
ARTROSIS LEVE Y MODERADA DE RODILLA Y CADERA	26	38	2	50	12	10	**138**
SECUELA DE ACV	6		1	9	1	7	**24**
ENFERMEDAD DE PARKINSON	1	4		1			**6**
OTRO DEFICIT SECUNDARIO CON COMPROMISO NEUROMUSCULAR EN MAYOR DE 20 AÑOS		1		1			**2**
OTROS	5	13	1	2	1		**22**
TOTAL INGRESO (N° DE PERSONAS POR CESFAM)	**62**	**78**	**8**	**142**	**19**	**48**	**357**

Logros 2014

Dentro de los logros del presente año, se destacan:

La formación de una Agrupación de Usuarios Portadores de Párkinson, nacida al alero de CCR, asociando a todos las personas que sufren de esta enfermedad dentro de la provincia.

Realización de tres campeonatos de Bochas en los meses de mayo, julio y octubre, esperando una gran final para el día 3 de diciembre, creando de esta forma, clubes de adultos mayores aficionados a esta actividad socio-recreativa, comprometiendo la participación de más de 200 personas, esta actividad nos permite incluir a los usuarios en etapa de alta de nuestro CCR.

Apoyo al fortalecimiento de agrupaciones como la Unión Comunal de Adulto Mayor, programa de discapacidad de la Municipalidad para la futura formación de la Oficina de Discapacidad, Fundación La Familia, entre otros.

Está programado, junto con la mesa de trabajo intersectorial de Discapacidad, la celebración del día internacional de la Discapacidad para el próximo 03 de diciembre, con diferentes actividades en la alameda curicana.

Se han incorporado patologías que no están incluidas en nuestro convenio con la finalidad de ampliar la rehabilitación de nuestros usuarios con otros déficits neurológicos y sensitivos, como por ejemplo Guillain Barre y pacientes con artrosis que presentan déficit sensorial como ceguera.







Foto: Campeonatos de Bochas en Gimnasio Abraham Milad (mayo del 2014) y en Polideportivo Chile Entrena (Octubre 2014)

Desafíos 2015

Revisando la problemática de atención en rehabilitación de la comuna, nos hemos propuesto superar los desafíos que comprometen mejorar la cobertura de patologías que generan diferentes grados de discapacidad las que no están incluidas en el convenio, y que a la fecha no han encontrado respuesta a sus necesidades de inclusión.

Al estar considerado dentro del CESFAM Sol de Septiembre, no queremos perder el carácter comunal con el que fue creado este CCR, puesto que tenemos grandes poblaciones a cubrir provenientes de los otros establecimientos de nuestro Departamento. Durante los 6 años de desarrollo del programa, se han creado lazos y grupos de monitores que le han dado una característica propia de atención al CCR, formando un espíritu y una identidad única del programa.

Fortalecer las redes de apoyo para organizaciones de discapacidad que están en formación como el Centro de Enfermos de Párkinson de Curicó.

Fortalecer las redes de organismos relacionados con el deporte y la cultura, que permita el desarrollo de actividades socio-recreativas, deportivas y culturales, que favorezcan la participación e inclusión de nuestros usuarios para la etapa posterior al tratamiento, tanto en el área laboral como social.

3.- CONVENIO PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL (PADBPS) CHILE CRECE CONTIGO:

Este programa es el eje del Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños, niñas y a sus familias en la trayectoria de desarrollo.

El objetivo del PADBS en el marco de acción de nuestro Departamento de Salud es fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su gestación hasta que cumplan cuatro años de edad o que ingresen a la educación preescolar, a través de la red asistencial de establecimientos de salud de atención primaria, mediante prestaciones de calidad y complementarias al actual control prenatal, parto, puerperio, control del niño y la niña sano/a. Mensualmente, participan en actividades del programa cerca de un centenar de prestadores que están encargados de ejecutar las actividades del programa como controles, talleres, visitas domiciliarias entre otras actividades; un profesional coordinador del programa en cada Cesfam y un Encargado Comunal del Programa cuya función es la Gestión Técnico-Financiera y del gestión del conocimiento del Programa.

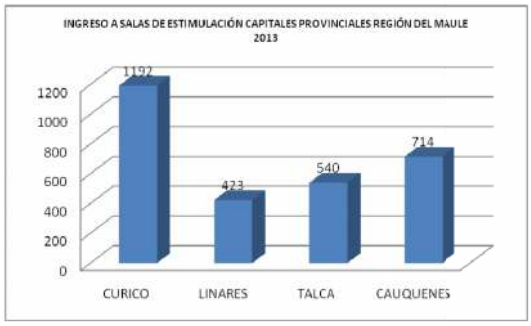


Para fortalecer las prestaciones diferenciadas establecidas para los niños y niñas que presentan alguna situación de vulnerabilidad en su desarrollo y con especial énfasis en los niños y niñas con diagnóstico de rezago o déficit en su desarrollo sicomotor nuestro Departamento de Salud cuenta con una Sala de Estimulación en cada uno de los 6 Centros de salud familiar de la comuna y están física y funcionalmente unidas a ellos. Cuatro se encuentran en zona urbana y dos en zonas rurales cubriendo además las demandas Postas de Salud Rural de la comuna, dar respuesta al Derecho de una atención OPORTUNA, DIGNA y de CALIDAD a niños y niña que presenten Rezago o Riesgo de Rezago independiente de su lugar geográfico de nacimiento y desarrollo, respetando su medio comunitario y asistencial asegurando una conexión estrecha entre las actividades de cada Sala y las actividades de los establecimientos de salud, generando una atención personalizada y multidimensional.



Desde Agosto del año 2013 nuestras actividades en Sala de Estimulación se ven fortalecidas por la instalación del Programa de Estimulación Temprana del Lenguaje "Hablame" que busca , a través del mejoramiento de competencias de los Equipos de Salud y Educadoras de Párvulos, la intervención fonoaudiológica y la educación a madres, padres y/o cuidadores y comunidad en general, potenciar al máximo el desarrollo de habilidades lingüístico-comunicativas en todos los niños y niña que reciban atención en la red de establecimientos del Departamento de Salud de la comuna de Curicó.

El número de ingresos a nuestras Salas durante el año 2013 fue de 1.192 niños y niñas y a Septiembre del 2014 ya son 793 nuevos caso. Durante el año 2014 el 100% del total de los niños y niñas a los que se les diagnosticó Déficit del Desarrollo ingresaron a Sala (237 casos) y el 100% de los niños(as) Normal con Rezago también lo hicieron (207 casos). Estas cifras reflejan los altos estándares de focalización que hemos conseguido, otorgando también la oportunidad de ingresar a nuestras Salas De Estimulación a niños y niñas que presentan con Desarrollo esperado para la edad pero que presentan alguna situación de vulnerabilidad o riesgo de Rezago en el Desarrollo (349) niños(as). Hoy se ha logrado no sólo conseguir eficiencia y focalización priorizada a los grupos con mayor necesidad (Déficit y Rezago en el Desarrollo), sino que además ampliar la cobertura a niños y niñas que se encuentran en una mayor vulnerabilidad de presentar rezago en el Desarrollo.



En el ámbito de el mejoramiento de competencias parentales destaca la modalidad de Taller Nadie es Perfecto (NEP), talleres destinados a promover el desarrollo de habilidades parentales que se realizan en centros de salud como parte de las prestaciones de Chile Crece Contigo. Se trata de un método de trabajo especialmente diseñado para la crianza de niños de entre 0 y 5 años y en todos nuestros centros de salud existen profesionales entrenados como Facilitadores NEP y que son referentes regionales en esta práctica.



En relación a los Talleres de "Preparación de Parto y Crianza" y de "Estimulación y Normas de Crianza", durante el año 2013 se avanza en el



proceso de cambio enla planificación y ejecución de éstos talleres, avanzando a un modelo más participativo y vivencial y menos expositivos. Ejemplo de ello son los talleres de Masaje y los de ejercicios prenatales

Otro hecho destacable, es que dado el funcionamiento autónomo de nuestras Salas, se ha permitido utilizar los Fondos de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (fondos de gestión Municipal) en proyectos de extensión de prestaciones de Salas de Estimulación.

- Atención Fonoaudiológica en Jardines Infantiles (Diagnóstico y Tratamiento)



- Atención en Domicilio por Terapeuta Ocupacional a niños y niñas hasta los 5 años con discapacidad o severas dificultades de desplazamiento.

4.- PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD:

El Programa de Resolutividad tiene varios componentes uno de ellos.

Intervenciones de Cirugía menor con solicitud de biopsias (los pacientes de los 6 centros se derivan a pabellón de Cirugía menor de Sarmiento, Los Niches y Curicó Centro) y durante el año se realizaron 1215 procedimientos.

Atención por especialista de Otorrinoraningología: durante el año se gestionó la atención de 390 pacientes a quienes se realizó exámenes de Audiometría, VIII par, impedanciometría, consulta y control por especialista y entrega de audífonos.

UAPO: La UAPO cumplió su tercer año de funcionamiento beneficiando a miles de usuarios con consultas, exámenes y lentes, además de realizar Fondo de Ojos a todos nuestros pacientes diabéticos, permitiéndonos mantener un mejor control y prevenir complicaciones. Este año se duplico el RRHH que labora en esa área ampliando nuestra cobertura de pacientes bajo control con diagnóstico de Glaucoma y ampliando la oferta de fármacos entregados.

Endoscopía:: El convenio aporto para realizar 19 endoscopias las que corresponden a una coberura de un 1% de la lista de espera, por los montos asignados calculados en base al valor Fonasa y por la falta de Oferta de especialistas, el convenio se realizó con el Hospital de Curicó.

Medico Gestor: Con la finalidad de optimizar el proceso de Derivación de pacientes a través del sistema de Referencia y Contrareferencia, se incorporó un médico gestor de la Comuna, quien está revisando IC, liderando reuniones y elaborando protocolos de derivación además de participar en las reuniones con el nivel secundario.

5.- CONVENIO GES ODONTOLOGICO ADULTO



Durante este año se ha implementado la atención Dental del convenio Ges Odontológico adulto de 60 años a través de una clínica dental móvil que se instaló en las cercanías de los establecimientos y que otorgó las prestaciones, mejorando dos problemas fundamentales, el primero de infraestructura y el segundo de adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes, esto sin duda favorecido por la inmejorable accesibilidad.

Con esta estrategia se han dado 145 altas integrales en pacientes de 60 años.

6.- CONVENIO COMPLEMENTARIO GES

Este convenio aporta dinero extra para el manejo de los pacientes con patología GES, para la realización de exámenes, acceso a medicamentos y curación avanzada en pie diabético.

Algunas de las patologías incluidas son Hipotiroidismo, erradicación de H. Pylori, depresión, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, etc.

7.- UNIDAD LABORATORIO CLINICO

El Laboratorio Clínico es una especialidad médica básica, perteneciente al grupo denominada de apoyo diagnóstico y, como todas ellas, indispensables en la actualidad. El objetivo del laboratorio clínico es contribuir al diagnóstico y prevención de enfermedades, así como al tratamiento y control de pacientes, control epidemiológico y de salud pública, por medio de análisis que se ajusten a estándares de calidad, utilizando para ello conocimientos, métodos, procedimientos e instrumentación actualizados.

El laboratorio clínico presta su servicio de información sobre el estado de salud del paciente a través del médico, que es quien solicita las determinaciones y utiliza el informe analítico para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente.

Para satisfacer la solicitud de exámenes de la comuna, el Departamento de Salud de Curicó mantiene un convenio con el Hospital San Juan de Dios de Curicó, a quien aporta recurso humano y financiero para la realización de exámenes de laboratorio.

La evolución de la demanda expresada va en aumento y se proyecta para diciembre de este año este año la realización de alrededor de 450.000 exámenes, este aumento está directamente relacionado con la dotación de profesionales, el crecimiento poblacional de la comuna y el cumplimiento de Programas de salud. La siguiente tabla muestra que la mayor cantidad de exámenes se concentra en el área de bioquímica clínica.

Exámenes	Cantidad	Porcentaje
Hematológicos	151.945	32,30%
Bioquímicos	226.449	48,14%
Hormonales	23.616	5,02%
Inmunológicos	839	0,18%
Microbiológicos	12.320	2,62%
Exámenes de deposiciones, exudados, secreciones y otros	197	0,04%
Orina	55.063	11,70%
TOTAL	470.429	100%

Desafíos 2015

1. En ámbito producción se proyecta aumentar la cantidad de exámenes en un 10%, debido al crecimiento poblacional y al aumento de las atenciones sanitarias por la reposición del Cesfam Sol de septiembre.

2. En el ámbito calidad se proyecta mantener una tasa de rechazo de muestras inferior al 0.5%, para lo cual se realizaran capacitaciones en toma de muestras y monitoreo periódico (trimestral) de este indicador.

3. Mejorar la toma de muestras de los Urocultivos, se proyecta disminuir a 5% las muestras contaminadas, realizando cambio en la toma de muestra y capacitaciones al personal que se desempeña en esta área. (muestras contaminadas en el primer semestre del 2014 es de 15.7%)

4. En el ámbito Seguridad del Paciente, se proyecta cumplir con el 100% del aviso de resultados críticos (valores de exámenes que comprometan la vida del paciente).

8.- UNIDAD DE FARMACIA COMUNAL

La Unidad de Farmacia Comunal, dependiente de la Unidad de Gestión Clínica, es la entidad a cargo de la Planificación, Adjudicación y Distribución de Medicamentos, Insumos Médicos, Dentales y de Enfermería para los establecimientos dependientes de la Dirección de Salud de Curicó.

Realiza compras, en base al Arsenal Farmacológico vigente, fármacos e insumos presentes en canastas GES para APS y canasta UAPO utilizando para esto las siguientes modalidades: Compra Directa, Convenio Marco, Licitación Pública y Compra Asociativa de Municipalidades (Orientaciones para la planificación y programación en red, Subsecretaria de redes asistenciales División de Atención Primaria,2015), para optimizar recursos económicos y garantizar oportunidad de despacho de productos.

La adjudicación de medicamentos e insumos se realiza en base a criterios de;

- ✓ EFICACIA
- ✓ SEGURIDAD
- ✓ COSTO

Con dos aspectos claves: relación beneficio-riesgo y relación costo-efectividad, considerando criterios de fármaco- economía, los cuales se consideran con rigor metodológico en la toma de decisiones.

Se incorporó este año, en base a las Políticas Ministeriales y la Ley de Fármacos, la adquisición de fármacos bioequivalentes, asegurando que los medicamentos entregados en los Centros de Salud sean de calidad y seguros para todos nuestros usuarios.

Una de las tareas más importantes para la Unidad de Farmacia es el despacho oportuno de fármacos e insumos a los establecimientos dependientes de la comuna, con el fin de dar cumplimiento a la correcta y completa dispensación de fármacos e insumos, basándose en la Norma General Técnica N° 12 en las farmacias de los centros priorizando canastas GES, Programas Ministeriales y Programa Fondo de Farmacia (FOFAR).

Para cubrir estos requerimientos los despachos se distribuyen según calendario coordinando a los establecimientos, personal de bodega y movilización, de manera de realizar esta importante actividad de manera ordenada y eficaz.

Dentro de esta misma línea de trabajo, se instauro el despacho de "quiebres" los días miércoles, proceso por el cual se previene la falta de medicamentos e insumos entre despachos a los establecimientos, por un aumento de la demanda por parte de los usuarios.

El despacho de fármacos ministeriales correspondientes a patologías como Hipotiroidismo, Artrosis, Epilepsia ,Parkinson ,Asma, IRA, ERA y medicamentos pertenecientes a canasta programa Fondo de Farmacia, se realiza según stocks asignados considerando población bajo control inscrita y validada, de manera de garantizar la oportunidad y disponibilidad a tratamiento farmacológico a los usuarios.

El despacho a SAPUs y SURs de la comuna se realiza según un arsenal acotado y stocks asignados a fin de optimizar recursos, espacio físico y evitar pérdidas de medicamentos e insumos en estas unidades.

Se reactivó el Comité de Farmacia y Terapéutica Comunal, el cual como organismo técnico-asesor en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos procedió a una exhaustiva revisión del arsenal terapéutico comunal, el cual se modificó y acotó a fin de adecuarlo a la realidad local, de manera de optimizar recursos y realizar normativa de prescripción dirigidas a médicos de éste departamento de Salud.

Se realizaron capacitaciones a TENS, administrativos y auxiliares de servicios de toda la comuna, con el fin de reforzar conocimientos y habilidades para superar las brechas existentes acorde a las exigencias técnicas laborales, fortaleciendo el cumplimiento de las medidas y normativas ministeriales que atañen directamente el correcto funcionamiento de las unidades de farmacia en los distintos establecimientos de la comuna.

En concordancia con la Norma General Técnica N° 12 "Organización y Funcionamiento de la Atención Farmacéutica en la Atención Primaria de Salud" y Norma Técnica N° 147 "Buenas prácticas de almacenamiento y distribución para droguerías y depósitos de productos farmacéuticos" se entregó a la población diabética insulino-requirente inscrita y validada de los distintos establecimientos de la comuna sobres térmicos aislantes para transporte de insulinas, de esta manera se permite la continuidad de cadena de frio requerida por estos medicamentos, garantizando su estabilidad y eficacia en el trayecto hacia el domicilio de nuestros usuarios.

Se rediseñó los sobres para despacho de medicamentos, incorporando datos de prescripción, horario de tomas, serie y fecha de vencimiento para facilitar la comprensión de las indicaciones de prescripción, entregando herramientas para una mejor comprensión de la terapia farmacológica.

El programa de Control y Eliminación de Tuberculosis (PROCET), para casos de TBC pulmonar y vírgenes de tratamiento es competencia de la Atención Primaria de Salud a partir del año 2014.

La Unidad de Farmacia Comunal entrega estos medicamentos a la población requirente en dosis individualizadas, según fase de tratamiento contemplados en los lineamientos ministeriales. Este acto de despacho desde la bodega comunal de las unidades concretas de fármacos es de exclusiva responsabilidad de los Químicos Farmacéuticos Comunales.

El programa FOFAR permitió la incorporación de un 2° Químico Farmacéutico a la Unidad de Farmacia Comunal, quien complementa las funciones de la QF comunal, incrementando la

gestión logística y técnica especialmente enfocada hacia los establecimientos dependientes de la Dirección de Salud Municipal de Curicó

Es importante señalar que para la correcta toma de decisiones en relación a los stocks asignados de fármacos, se requiere contar con datos fidedignos y acordes a la realidad de cada establecimiento, a fin de evitar y prever despachos incompletos de recetas médicas.

Información y análisis de gastos en farmacia 2014

INFORMACION FARMACIA AÑO 2014

(En Pesos)

CODIFICACION PRESUPUESTARIA	***CUENTAS***	***PRESUPUESTO INICIAL***	***PRESUPUESTO VIGENTE***	***EJECUTADO Y PAGADO AL 30.09.2014***
215-22-04-004-000	*PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICAMENTOS*	*373.150.000*	*613.394.529*	*383.732.641*
215-22-04-005-001	*INSUMOS E INSTRUMENTAL MEDICO MENOR*	*100.000.000*	*160.437.431*	*119.624.978*
215-22-04-005-002	*INSUMOS E INSTRUMENTAL DENTAL*	*36.000.000*	*64.260.753*	*34.230.277*
215-22-04-005-003	*OTROS SERVIC.MEDICOS Y DENTALES*	*40.000.000*	*204.434.951*	*167.478.042*
215-22-04-005-004	*PROCESAMIENTO, INSUMOS Y EXAM.DE LABORAT.*	*180.000.000*	*190.232.050*	*108.975.260*
	TOTAL FARMACIA	***729.150.000***	***1.232.759.714***	***814.041.198***

Información a septiembre 2014, Unidad de Finanzas Departamento de Salud Municipal Curicó.

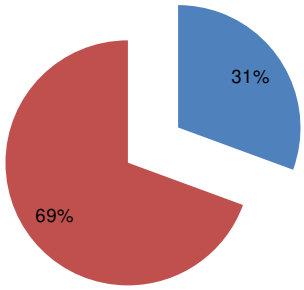
Impacto de canasta Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (FOFAR) en presupuesto 2014.

El Programa Fondo de Farmacia para ECNTs implementado en 2014, está destinado a proveer de un acceso oportuno de la población a medicamentos definidos en el arsenal básico del Servicio de Salud, para enfermedades crónicas no transmisibles, con prioridad en problemas de salud cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes Mellitus 2 y dislipidemia).

En nuestra comuna la población validada en estas patologías es de 18.725 usuarios, lo que implica un gasto mensual en esta canasta específica de $17.441.035.

El impacto de este programa ministerial a la fecha en comparación al universo de fármacos se presenta en el siguiente gráfico.

Impacto presupuesto farmacos comunal de Programa FOFAR a septiembre 2014



ITEM	Gasto referido ($)
FOFAR	117.279.137
Otros Farmacos	266.483.504

CANASTA FOFARA septiembre 2014	Unidades despachadas	Valorizado ($)
Enalapril 10 mg	1.826.000	3.652.000
Ac. Acetilsalicílico 100 mg	1.221.020	21.978.360
Losartan 50 mg	1.962.600	25.513.800
Metformina 850 mg *	2.014.470	36.260.460 *
Glibenclamida 5 mg *	857.430	3.429.720 *
Atorvastatina 20 mg	705.810	15.527.820
Lovastatina 20 mg	9.190	73.520
Amlodipino 5 mg	3.270	65.400
Atenolol 100 mg	680	6.800
Atenolol 50 mg	439.870	2.639.220
Atorvastatina 10 mg	391.780	5.093.140
Captopril 25 mg	6.040	114.760
Enalapril 20 mg	764.000	6.112.000
Espironolactona 25 mg	58.380	1.225.980
Furosemida 40 mg	522.168	9.921.192
Hidroclorotiazida 50 mg	1.204.815	8.433.705
Nifedipino liberación retardada 20 mg	1.294.000	15.528.000
Nitrendipino 20 mg	1.440	5.760
Propanolol 40 mg	169.980	1.359.840
Tolbutamida 500 mg	870	27.840
		156.969.317* gast opresupuest ario no FOFAR

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica **(UAPO)** presente en nuestra comuna, entrega una solución rápida a las necesidades de atención oftalmológicas de toda la

población beneficiaria de APS, si bien la UAPO funciona al interior del recinto del Centro de Salud Familiar Curicó Centro atiende todos los beneficiarios de la comuna.

Este programa entrega recursos para adquisición de lentes (presbicia) y fármacos para tratamiento de glaucoma y síndrome de ojo seco.

RESOLUCIÓN N° 672/ 10.02.2014	
Presupuesto 2014 FARMACOS UAPO	**5.493.000**
GASTO 2014 fármacos UAPO	12.652.828

El programa cubre parcialmente el gasto que la comuna destina al tratamiento de estas patologías, el 57% restante es absorbido por el presupuesto comunal.

Insumos.

La siguiente tabla muestra el gasto comparativo 2013-2014 en relación a unidades y valores.

INSUMOS	unidades despachadas	valorizado (pesos)
2.013	25.553.934	296.818.429
2.014	30.444.246	217.289.495

Se observa que a pesar de un incremento en las unidades de despacho, los valores involucrados disminuyeron en 27%, lo que claramente es reflejo de un manejo más acucioso de políticas de compra, las cuales al realizarse en su mayoría por licitación pública permiten obtener mejores precios por parte de los proveedores.

Desafíos y proyecciones Farmacia Comunal año 2015

La Unidad de Farmacia Comunal para el año 2015 tiene como desafío prioritario optimizar los recursos económicos entregados, con énfasis en el suministro de medicamentos e insumos terapéuticos oportuno, expedito y en forma eficiente, permitiendo con ello dar cumplimiento a las acciones de salud que se realizan en los establecimientos de la comuna.

Claramente la calidad de los medicamentos e insumos a adquirir es un punto importante y relevante no solo para esta Unidad, sino también para la Dirección de Salud Municipal, y es por lo que se continuará mejorando los criterios de evaluación de fármacos e insumos, entregando valores relativos altos a ítems de calidad técnica, normas GMP y/o afines de los productos a adquirir dentro de los procesos de compra.

Durante el año 2015 se incrementarán las visitas programadas a las farmacias de los establecimientos, trabajando directamente con los encargados de estas unidades, para:

Promover el cumplimiento de la dispensación acotada a fechas de despacho en pacientes crónicos, de manera de entregar solo la cantidad requerida de fármacos hasta fecha de próximo retiro:

Supervisar el correcto manejo de libros e inventario de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes.

Establecer relaciones cuantitativas entre el stock físico de las farmacias y cifras informadas por el Sistema Integral de Abastecimiento Electrónico (Abass) por medio de inventarios selectivos y conteo "in situ".

Estandarizar el manejo del módulo receta electrónica del SISMAULE, estimulando su correcto uso por TENS y encargados de farmacia, definiendo perfiles para cada usuario.

Reforzar cumplimiento de la Norma General Técnica N° 12 en relación al funcionamiento de farmacias y Norma Técnica N° 147, sobre correcto almacenaje y distribución de medicamentos e insumos.

Establecer línea valorizada de mermas por CESFAM y Comunal, para caracterizar productos y disminuir la brecha.

Generar protocolos de solución para reclamos atingentes a farmacia en las OIRS de los establecimientos de manera de disminuir la frecuencia.

Difundir y promover el trabajo del Comité de Farmacia y Terapéutica, a fin de continuar en su labor de estandarizar y generar normativas comunales de prescripción, velar por un correcto uso de fármacos e insumos, promoviendo su uso racional, entregando lineamientos generales en materia de selección, disposición, uso y utilización de medicamentos.

8.- COMITÉ CALIDAD

Durante el año 2014, se constituyó el Comité de Calidad Comunal, formado por los Encargados de cada Centro de Salud. Se realizaronreunionesmensuales.

Logros

- ✓ Creación Programa Anual de Calidad (CAL 1.1) de cada CESFAM
- ✓ Se crea un instrumento formal de comunicación en el área de Calidad, Normas Internas de Calidad (NIC).
- ✓ Aplicación de pauta de cotejo para atención abierta (Autoevaluación), Trimestralmente, monitoreada por el Servicio de Salud del Maule.
- ✓ En el mes de Junio 2014, se realiza aplicación de Pauta de Cotejo, por todo el Equipo Comunal de Calidad en cada CESFAM
- ✓ Se programa Capacitaciones, dirigido a diferentes funcionarios:
- ✓ Equipo de Calidad de cada CESFAM: en aplicación de Pauta de Cotejo
- ✓ Funcionarios de la Dirección Comunal: Proceso de Acreditación.
- ✓ Equipo de Calidad de cada CESFAM y Dirección Comunal: Construcción de Indicadores de Calidad.

Grado de avance

En la tabla siguiente se observa el grado de avance en los diferentes establecimientos de la comuna:

		2° Corte	3° Corte
CESFAM Central	Obligatorias	30	40
	Total Aplican	17	23,6
CESFAM Sol de Septiembre	Obligatorias	22	33,3
	Total Aplican	8	7,69
CESFAM MAAL	Obligatorias	30	30
	Total Aplican	11	11
CESFAM Sarmiento	Obligatorias	22	30
	Total Aplican	9	12,5
CESFAM Los Niches	Obligatorias	40	50
	Total Aplican	9	7
CESFAM Colon	Obligatorias	30	30
	Total Aplican	9	17,8

Estrategias utilizadas

- ✓ Se realizan reuniones mensuales del Equipo de Calidad Comunal
- ✓ El Equipo de Calidad Comunal, aborda 2 áreas de trabajo:
- ✓ Autorización Sanitaria: Reunir documentos requeridos para solicitar el proceso.
- ✓ Proceso de Acreditación: Elaborar Protocolos comunales con Asesores Técnicos.

EXPERIENCIA EXITOSA TRABAJO COMUNAL

Grupo de asesores Comunales

El equipo de asesores comunales y encargados de programa de este Departamento de salud, realizó un trabajo exhaustivo que contemplo la priorización de aspectos críticos en cada área, definiendo umbrales de cumplimiento, creando y difundiendo distintas pautas de supervisión de cada uno de los programas y unidades, las que fueron aplicadas según calendario enviado previamente en una jornada por establecimiento, realizando un análisis de los resultados en conjunto.

Este trabajo resulto muy exitoso pues se logró un acercamiento a los encargados locales, conociendo su realidad apostando ideas y sugerencias y recogiendo aspectos positivos o innovadores en cada establecimiento, los que esperamos replicar a nivel comunal, además nos sirvió para reconocer áreas en las que comunalmente estamos deficientes, resultando de esta experiencia un plan de trabajo y metas para el 2015.

Además para el logro de objetivos sanitarios planteados para los años 2015-2016 se revisó la planilla de monitoreo de Indicadores, publicada por el MINSAL, estableciendo aquellos Indicadores que utilizaremos para nuestra evaluación, además se planteó una serie de desafíos para el próximo año, los que serán abordados desde distintas áreas, favoreciendo la capacitación y coordinación que permite el abordaje integral delas problemáticas.



DESAFÍOS 2015 POR PROGRAMAS

Programa Odontológico
Lograr y fortalecer Incorporación programa odontológico en el trabajo comunitario
Control Odontológico al año de vida.
Capacitación al equipo de salud en el área de salud oral
Programa Infantil
Implementación estrategias para disminuir obesidad en menor de 6 años , intervenciones diferenciadas en niños de 12 a 17 meses
Aplicar Pauta Breve a los 15 meses (estimulación temprana)Mejorar estrategias de VDI en niños con déficit
Programas alimentarios
Personal técnico capacitado en normativa de Bodega de leche
Cumplir requerimiento de control de temperatura en todas las bodegas

Programa salud Mental
Articular con SOME y GES criterios de rescate, egreso y cierre de caso, según norma vigente
Protocolos de atención programada en salud mental con el equipo de salud
Mejoramiento sistema de vigilancia intento suicidio
Programa Adolescente
Favorecer el acceso de jóvenes y garantizar continuidad de atención
Establecer espacios diferenciados en cada CESFAM
Establecer mecanismos de coordinación con otras comunas
Continuar mejorando coordinación con centros y equipos de cada establecimiento
Sistematizar seguimiento de los adolescentes controlados
Fortalecer la capacitación a los equipos

Programa Rehabilitación
Fortalecer programa de Rehabilitación pulmonar
Integrar CCR y vincular con los establecimientos de acuerdo a orientaciones programáticas
Evaluación encuesta calidad de vida
Programa de la Mujer
Implementar Ecografía Obstétrica primer trimestre
Mejorar el trabajo intra sectores y coordinación en red
Ges Referencia y CR
Contar con monitor GES, de acuerdo a perfil establecido, con horas y funciones asignadas
Completar flujograma derivación GES para las patologías de APS
Capacitación a monitores y digitadores de Referencia y Contrarreferencia.
Salud Familiar
Todos los CESFAM con grado máximo de Desarrollo, Nivel Superior
Establecer criterios de focalización a nivel comunal
Unificar instrumentos de Salud Familiar
Incorporar Médicos de Familia en el trabajo con familias

Programa Adulto
Cumplir con prestaciones específicas de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, según GES
Ampliar jornada Atención (hasta las 20 horas y sábados en la mañana)
Implementar confirmación telefónica a control Médico de PSCV
Implementar estrategias de control grupal
Implementar estrategias de control integral por médico
Implementar consultorías médicas cardiovasculares

Programa Promoción
Integrar desafíos Sanitarios al trabajo intersectorial a través de redes y mesas de trabajo incluido plan de promoción
Favorecer la inclusión de los objetivos sanitarios en el PLADECO
Avanzar modelo comunitario en cada CESFAM
Farmacia
Estimación de requerimientos de medicamentos e insumos Médicos y de Enfermería (14 Noviembre)
Desarrollo de planillas rutificada para patologías Epilepsia, Parkinson, Hipotiroidismo, IRA, ERA y Artrosis
Las patologías incluidas en FOFAR y Trazadores, se cruzará información del registro de receta electrónica, ya instaurado en la comuna
Catastro de equipos electrocardiógrafo, ecógrafos, para programación de compra de insumos diferenciados.
Estimación de requerimientos de fármacos e insumos de UAPO.
Los insumos dentales se realizará estimación comunal, con el apoyo de Asesora Comunal, con distribución de estos según requerimientos.
Calidad
Ser líderes en proceso de Acreditación Atención Abierta a nivel Regional.
Instalar Cultura de Calidad en el Departamento de Salud
Sensibilizar al equipo de salud
Proceso de Demostración de 2 CESFAM
Cumplimiento del 80% de las Características Obligatorias.

DESAFÍOS TRANVERSALES EN EL AREA DE GESTIÓN CLINICA

ESTABLECER UN PROTOCOLO COMUNAL EFECTIVO DE SALAS DE ESTERILIZACIÓN (SEGÚN NORMATIVA VIGENTE)
• Unificar uso, manejo y orden de Fichas Clínicas y Timbres.
• Definir los procedimientos y prestaciones que necesitan Consentimiento informado.
• Establecer Procesos de Evaluación interna en GES.
• Realizar reuniones Internas por Programas como herramienta de difusión.
• Fortalecer trabajo en SOME: establecer estrategias de capacitación, coordinación, etc.
• Fortalecer manejo de aplicaciones informáticas: Referencia y Contrarreferencia, Licencias Médicas, Registro de prestaciones, Receta electrónica.
• Fortalecer y unificar registros y actividades desarrolladas bajo la mirada del Modelo Salud Familiar: Visitas domiciliarias, consejerías, etc.
• Establecer Mapa Epidemiológico: GoogleMaps.
• Definir y Planificar compras de equipamientos e insumos.
• Estandarizar Taller de Memoria.
• Capacitaciones para fortalecer y nivelar actividades de distintos Programas de Salud
• Acreditación de los establecimientos
• Calidad y Seguridad de las prestaciones
• Uniformidad de los procesos
• Contribuir al logro de Objetivos Estratégicos Ministeriales, a través del Plan de Acción.
• Cumplimiento GES
• Cumplimiento de Metas Sanitarias e IAAPS.

DESAFÍOS EN EL AREA ADMINISTRATIVA

ADQUISICIONES
Planificación de compras 2015
Establecer sistema de monitoreo y seguimiento de Solicitudes de Pedidos
Monitorear el cumplimiento de fechas y flujogramas de adquisiciones
Recepción de solicitudes los 5 primeros días del mes
Funcionamiento de Comisión evaluadora de compras.
Elaboración de oficio de respuesta a Unidad solicitante.
Gestión Inventario y RRFF
Regularizar adquisición de bienes inmuebles, equipamiento, equipos
Control de existencias.
Complementación de Unidad de Adquisiciones y Finanzas.
Demostración y Acreditación
A Diciembre 2014 todos los establecimientos tienen inventario actualizado
Fortalecimiento del funcionario de recursos físicos de cada establecimiento
Mejorar distribución de material de escritorio y formularios
Velar por la vigencia y calidad de los formularios que se adquieren
Coordinación efectiva y retroalimentación de llegada de equipos, insumos, formularios, etc. a los solicitantes.
Verificar la correcta recepción de formularios
Mantención preventiva de Equipos clínicos (balanzas, refrigeradores, altímetros, autoclaves)
Mantención preventiva de Estufas, Aire acondicionado, Red eléctrica, Red húmeda y Extintores.
Contar con un técnico capacitado en cada CESFAM para reparaciones menores(agua, electricidad, otros)
Clima laboral
Instancia de capacitación en clima laboral para jefaturas y funcionarios
Evaluar con apoyo de RRFF espacios de descanso para funcionarios
Convenios con diferentes empresas
Pausas saludables
Mediación en situaciones de conflicto
Promover clima laboral saludable
Fomentar sentido de pertenencia
Promover la comunicación y relaciones humanas armónicas
Apoyar la resolución de conflictos
Desarrollar actividades de prevención de riesgo

INFORMÁTICA
—Renovación paulatina de equipamiento de computadores
—Aumentar o centralizar equipamiento de impresión
—Aumentar 90% calidad y renovación de servidores (aumentando calidad de servicios)
—Aumentar en un 60% cámaras IP de vigilancia
—Sistema único de control de asistencia, relojes con parámetros biométricos
—Aumentar 100% calidad de Switch de enlace de comunicación
—Aumentar 100% Router de enrutamiento de comunicación
—Aumentar en un 100% ancho de banda en Establecimiento de salud
DESARROLLO
Sistema de feriado legal
Sitio web para Depto. Salud Curicó, INTRANET
Reforzar sistema de receta electrónica
Sistema de Licencia Médica
Sistema de Control de Documentación
Contar con un técnico en cada Cesfam que será el enlace en resolución de problemática básicos en área informática y computacional.
Resolución rápida a problemas básicos, acortando tiempos de espera en la resolución.
Se realizará capacitación a cada funcionario de acuerdo a su función.
—Se realizarán capacitaciones específicas de entidades externas si las tareas lo requieren, con la ayuda y colaboración de las directrices.
—Renovación equipamiento obsoleto o en mal estado
—Contar con oficinas adecuadas para la realización de tareas encomendadas (sala de máquinas para servidores, sala de procedimiento, mantención, investigación y prueba)
—Oficina para los funcionarios de la unidad.
—Automatización de procesos y mejoramiento de sistema de producción institucional.
- Manual de Buen uso de Internet
—Acortar tiempo de espera en resolución de fallas.
Plan de Mantenciones de equipos computacionales e impresoras.
—Mejorar plan de acción. (Plan de Compras)
—Manuales de procedimientos
—Protocolos de usos de los servicios entregados por la Dirección Comunal
RRHH
Envío de Informe de ausentismo laboral por categoría y establecimiento
Envío de tasa de profesionales contratado por CESFAM
Contratación de personal en horario diferido

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN CURICO

BALANCE 2014

PRESUPUESTO 2015

FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA

Así cómo ha evolucionado el Modelo de Atención Primaria de Salud, también ha evolucionado el Sistema de Financiamiento. Hasta Junio de 1994 el sistema de asignación de recursos para la atención primaria era determinado por pago de atenciones prestadas, conocido como Mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipales (FAPEM); este mecanismo, establecía un valor único nacional para cada prestación generando el riesgo de postergar el necesario énfasis del cuidado de la salud por el fomento de la producción de actividades orientadas a la recuperación de la salud en desmedro de la Promoción y la Prevención, que tienen por objetivo que las personas de nuestras comunidades sean más sanas.

Desde julio de 1994 se implementa un nuevo mecanismo de asignación de recursos, el sistema de pago "per cápita" con base en la población inscrita en cada Centro de Salud. Los elementos distintivos de la asignación de recursos estatales a través de esta modalidad son: identificación de los beneficiarios por FONASA quien valida los datos de las personas que se han inscrito en los

Centros de salud. Para determinar el valor del per cápita se Costea en base a parámetros técnicos de una canasta de prestaciones o Plan de Salud Familiar y con indexadores que incorporan variables de ajuste orientadas a la equidad como pobreza ruralidad, dificultad para acceder a atenciones de salud, dificultad para prestar atenciones de salud y población de adultos mayores.

El año 2005 post Reforma de la Salud se redefine el plan de prestaciones básicas incorporando las prestaciones del régimen de Garantías AUGE y de los Programas de Reforzamiento. Ese año se incorpora al mecanismo de financiamiento un conjunto de índices de actividad para evaluar los resultados de salud de las entidades administradoras y efectuar rebajas en caso de incumplimiento.

Año	2014	2013	2012	2011	2010
Valor unitario					
Percapita	3794	3515	3336	2743	2440
Laboratorio	0	0	0	0	85
Adulto Mayor	543	536	487	466	447
Población Validada	134292	131557	131066	127622	125003
Aporte mensual	$ 516.687.750	$ 487.907.691	$ 439.079.125	$ 371.807.431	$ 295.523.583

BALANCE DE EJECUCION PRESUPUESTARIA ACUMULADO AL 30.09.2014
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL CURICO

(En Miles de Pesos)

SUB TITULO	ITEM	ASIG-NACION	SUB-ASIGNACION	SUB-SUB-ASIGNAC.	CUENTAS PRESUPUESTARIAS	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO VIGENTE	TOTAL ACUM-EJECUCION 3º TRIMESTRE	SALDO PRESUPUEST.	PORCENTAJE
					INGRESOS PRESUPUESTARIOS					
05					**TRANSFERENCIAS CORRIENTES**	**9.076.000**	**10.058.339**	**7.288.102**	**2.770.237**	**72,46**
	03	006	001		ATENC.PRIMARIA ART.49 L.19378	5.940.000	6.347.961	4.754.295	1.593.666	74,89
			002		APORTES AFECTADOS	2.300.000	2.730.954	2.044.527	686.427	74,86
		099			DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	136.000	279.424	172.056	107.368	61,58
		101			DE LA MUNICIPALIDAD A SERV.IN	700.000	700.000	317.224	382.776	45,32
07					**INGRESOS DE OPERACIÓN :**	**42.000**	**52.000**	**50.003**	**1.997**	**96,16**
	02				VENTA DE SERVICIOS	42.000	52.000	50.003	1.997	96,16
08					**OTROS INGRESOS CORRIENTES**	**255.500**	**400.500**	**342.526**	**57.974**	**85,52**
	01	001			REEMBOLSO LIC.MEDICAS ART.4	245.000	390.000	341.663	48.337	87,61
	99	999			REINTEGROS VARIOS	10.500	10.500	863	9.637	8,22
15					**SALDO INICIAL DE CAJA**	**65.000**	**705.845**	**705.845**	-	**100,00**
					TOTAL INGRESOS	**9.438.500**	**11.216.684**	**8.386.476**	**2.830.208**	**74,77**
					GASTOS PRESUPUESTARIOS					
21					**GASTOS EN PERSONAL**	**7.715.000**	**8.619.496**	**6.665.596**	**1.953.900**	**77,33**
	01				**PERSONAL DE PLANTA**	**4.736.500**	**5.117.278**	**4.117.247**	**1.000.031**	**80,46**
		001			SUELDOS Y SOBRESUELDOS	3.432.450	3.637.304	3.038.070	599.234	83,53
		002			APORTES DEL EMPLEADOR	156.000	161.190	118.720	42.470	73,65
		003			ASIG.POR DESEMPEÑO	653.000	706.000	525.990	180.010	74,50
		004			REMUNERACIONES VARIABLES	422.050	510.750	380.801	129.949	74,56
		005			AGUINALDOS Y BONOS	73.000	102.034	53.666	48.368	52,60

	O2				**PERSONAL A CONTRATA**	**2.845.490**	**3.288.082**	**2.446.771**	**841.311**	**74,41**
		OO1			SUELDOS Y SOBRESUELDOS	2.300.500	2.404.800	1.823.007	581.793	75,81
		OO2			APORTES DEL EMPLEADOR	90.000	93.000	68.679	24.321	73,85
		OO3			ASIG.POR DESEMPEÑO	202.000	253.000	186.823	66.177	73,84
		OO4			REMUNERACIONES VARIABLES	200.590	460.590	330.176	130.414	71,69
		OO5			AGUINALDOS Y BONOS	52.400	76.692	38.086	38.606	49,66
	O3				**OTRAS REMUNERACIONES**	**133.010**	**214.136**	**101.578**	**112.558**	**47,44**
		OO1			HONORARIOS SUMA ALZ.PERS.NA	-	80.000	34.600	45.400	43,25
		OO4			REMUNERAC.REGUL.POR C.DEL T.	1.200	1.200	-	1.200	00,00
		OO5			SUPLENCIAS Y REEMPLAZOS	131.810	132.936	66.978	65.958	50,38
22					**BIENES Y SERVIC. DE CONSUMO**	**1.447.000**	**2.265.937**	**1.326.494**	**939.443**	**58,54**
	O1				ALIMENTOS Y BEBIDAS	13.350	26.650	12.254	14.396	45,98
	O2				TEXTILES, VEST.Y CALZADOS	94.500	165.970	89.814	76.156	54,11
	O3				COMBUSTIB.Y LUBRICANTES	27.500	27.500	13.758	13.742	50,03
	O4				MAT. USO O CONSUMO CTE.	945.350	1.510.847	944.201	566.646	62,49
	O5				SERVICIOS BASICOS	128.400	150.400	86.102	64.298	57,25
	O6				MANTENIMIENTO Y REPARACION.	102.500	181.270	93.010	88.260	51,31
	O7				PUBLICIDAD Y DIFUSION	-	18.000	2.175	15.825	12,08
	O8				SERVICIOS GENERALES	23.500	38.100	6.499	31.601	17,06
	O9				ARRIENDOS	58.000	74.500	45.632	28.868	61,25
	10				SERVICIOS FINANC.Y DE SEGUR.	11.200	11.200	3.502	7.698	31,27
	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFES	20.500	27.500	11.116	16.384	40,42
	12				OTROS GTOS.EN Bs.Y Ss.CSMO	22.200	34.000	18.431	15.569	54,21
23					**PRESTAC.DE SEGURIDAD SOCIAL**	**1.000**	**22.961**	**21.961**	**1.000**	**95,64**
	O1	OO4			DESAHUCIO E INDEMNIZACIONES	1.000	22.961	21.961	1.000	95,64
26					**OTROS GASTOS CORRIENTES**	**2.000**	**2.000**	**-**	**2.000**	**00,00**
	O1				DEVOLUCIONES	2.000	2.000	-	2.000	00,00
29					**ADQUIS.DE ACTIVOS NO FINANC.**	**272.000**	**304.790**	**116.131**	**188.659**	**38,10**
	O3				VEHICULOS	50.000	-	-	-	00,00

	04				MOBILIARIOS Y OTROS	65.000	89.385	34.840	54.545	38,98
	05				MAQUINAS Y EQUIPOS	87.000	124.638	38.629	86.009	30,99
	06				EQUIPOS INFORMATICOS	70.000	90.767	42.662	48.105	47,00
34					**SERVICIO DE LA DEUDA**	**1.500**	**1.500**	**-**	**1.500**	**00,00**
	07				DEUDA FLOTANTE	1.500	1.500	-	1.500	00,00
					TOTAL GASTOS	**9.438.500**	**11.216.684**	**8.130.182**	**3.086.502**	**72,48**

PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2015				
				(En Pesos)
SUB	***ITEM***	***ASIG.***	***DENOMINACION***	***PRESUPUESTO***
TITULO				**2015**
			INGRESOS PRESUPUESTARIOS	***$ 10.592.500.000***
O5			***TRANSFERENCIAS CORRIENTES***	***$ 10.082.000.000***
	O3		*De otrasentidadesPúblicas*	*$ 10.082.000.000*
O7			***INGRESOS DE OPERACIÓN***	***$ 54.500.000***
	O2		*Venta de Servicios (Boletas y Bonos no beneficiarios)*	*$ 54.500.000*
O8			***OTROS INGRESOS CORRIENTES***	***$ 356.000.000***
	O1		*Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas*	*$ 345.000.000*
	99		*Otros*	*$ 11.000.000*
15			***SALDO INICIAL DE CAJA***	***$ 100.000.000***

SUB TITULO	ITEM	ASIG.	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2015
			GASTOS PRESUPUESTARIOS	**$ 10.592.500.000**
21			**GASTOS EN PERSONAL**	**$ 8.268.350.000**
	O1		Personal de Planta	$ 5.025.800.000
	O2		Personal a Contrata	$ 3.012.800.000
	O3		OtrasRemuneraciones	$ 229.750.000
22			**BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO**	**$ 1.963.650.000**
	O1		Alimentos y Bebidas	$ 27.100.000
	O2		Textiles, Vestuarios y Calzados	$ 174.000.000
	O3		Combustibles y Lubricantes	$ 26.500.000
	O4		Materiales de Uso o Consumo Corriente	$ 1.224.900.000
	O5		ServiciosBásicos	$ 158.500.000
	O6		Mantenimiento y Reparaciones	$ 137.750.000
	O7		Publicidad y Difusión	$ 18.000.000
	O8		ServiciosGenerales	$ 38.500.000
	O9		Arriendos	$ 81.500.000
	10		Servicios Financieros y de Seguros	$ 12.000.000
	11		ServiciosTécnicos y Profesionales	$ 28.900.000
	12		Otros Gastos en Bienes y servicios de Consumo	$ 36.000.000
23			**PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL**	**$ 1.000.000**
	O4		Desahucios e Indemnizaciones	$ 1.000.000
26			**OTROS GASTOS CORRIENTES**	**$ 4.000.000**
		O1	Devoluciones	$ 4.000.000
29			**ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS**	**$ 354.000.000**
	O3		Vehículos	$ 50.000.000
	O4		Mobiliarios y Otros	$ 85.000.000
	O5		Máquinas y Equipos	$ 125.000.000
	O6		EquiposInformáticos	$ 94.000.000
34			**SERVICIO DE LA DEUDA**	**$ 1.500.000**
	O7		DeudaFlotante	$ 1.500.000
35			**SALDO FINAL DE CAJA**	**$ -**

JUSTIFICACION PRESUPUESTO SALUD MUNICIPAL AÑO 2015						
SUB	**ITEM**	**ASIG.**	**SUB**	**SUB-**	**DENOMINACION**	**PRESUPUESTO (En Pesos)**
TIT.			**ASIG**	**SUB-**		**2015**
				ASIG		
					INGRESOS PRESUPUESTARIOS	**$10.592.500.000**
O5					**TRANSFERENCIAS CORRIENTES**	**$ 10.082.000.000**
	O3				**De otras entidades Públicas**	**$ 10.082.000.000**
		OO6			*Del Servicio de Salud*	$ 9.090.000.000
			OO1		*Atención Primaria Art.49 Ley Nº 19.378*	$ 6.390.000.000
			OO2		*Aportes Programas*	$ 2.700.000.000
		101			*De la Municipalid.a Servicios Incorporados a su Gestión*	$ 700.000.000
		999			*De Otras Entidades Públicas*	$ 292.000.000
O7					**INGRESOS DE OPERACIÓN**	**$ 54.500.000**
	O2				*Venta de Servicios (Boletas y Bonos no beneficiarios)*	$ 54.500.000
O8					**OTROS INGRESOS CORRIENTES**	**$ 356.000.000**
	O1				**Recuperación y Reembolsos por Licencias Médicas**	**$ 345.000.000**
		OO1			*Reembolso Art.4º Ley Nº 19.345*	$ 345.000.000
	99				**Otros**	**$ 11.000.000**
		999			*Reintegros varios*	$ 11.000.000
15					**SALDO INICIAL DE CAJA**	**$ 100.000.000**

INFORME DE RECURSOS HUMANOS PARA PLAN COMUNAL DE SALUD 2015

DOTACION APROBADA AÑO 2015
ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE RRHH
CONTRATACION
AUSENTISMO
ROTACION

INFORME DE RECURSOS HUMANOS PARA PLAN COMUNAL DE SALUD 2015

1.- DOTACIÓN PROYECTADA PARA AÑO CALENDARIO 2015

La dotación para los establecimientos de salud municipal dependientes de la I. Municipalidad de Curicó, correspondiente al año calendario 2015, fue aprobada por el H. Concejo Municipal en sesión extraordinaria de fecha 30 de septiembre de 2014 y mediante Decreto Exento N° 4275.

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

CATEGORÍA	Profesión o actividad	Nº de cargos	Nº de horas semanales
A	MEDICO	48	1903
	ODONTÓLOGO	20	814
	QUÍMICO FARMACÉUTICO	2	88
	BIOQUÍMICO	0	0
	OTROS	0	0
B	ASISTENTE SOCIAL	18	792
	ENFERMERO(A)	54	2310
	KINESIÓLOGO (A)	18	792
	MATRÓN(A)	30	1298
	NUTRICIONISTA	21	902
	PSICÓLOGO (A)	16	693
	TECNÓLOGO MEDICO	6	253
	OTROS CATEG. B	19	836
C	PROGRAMADOR	0	0
	ESTADÍSTICO	0	0
	SECRET. EJECUTIVA	5	220
	TEC. PARAMÉDICO	152	6688
	TEC. NIVEL SUPERIOR	8	352
D	AUX. ENFERMERÍA	16	704
E	ADMINISTRATIVO	118	5145
	SECRETARIA	0	0
F	CHOFER	12	528
	AUX. SERVICIOS	37	1628
	ESTAFETA	0	0
	NOCHERO	4	176

2.- RECURSOS HUMANO DISPONIBLE

El total de recurso humano contratado al 31 de Agosto de 2014, para los establecimientos de salud dependientes de la I. Municipalidad de Curicó, es el siguiente:

CATEGORÍA	Profesión o actividad	Nº de cargos	Nº de horas semanales
A	MEDICO	46	1815
	ODONTÓLOGO	21	836
	QUÍMICO FARMACÉUTICO	2	88
	BIOQUÍMICO	0	0
	OTROS	0	0
B	ASISTENTE SOCIAL	18	792
	ENFERMERO(A)	54	2310
	KINESIÓLOGO (A)	20	858
	NATRÓN(A)	30	1298
	NUTRICIONISTA	21	902
	PSICÓLOGO (A)	18	759
	TECNÓLOGO MEDICO	5	209
	OTROS CATEG. B	22	968
C	PROGRAMADOR	0	0
	ESTADÍSTICO	0	0
	SECRET. EJECUTIVA	5	220
	TEC. PARAMÉDICO	165	7260
	TEC. NIVEL SUPERIOR	7	308
D	AUX. ENFERMERÍA	16	704
E	ADMINISTRATIVO	118	5145
	SECRETARIA	0	0
F	CHOFER	10	440
	AUX. SERVICIOS	35	1540
	ESTAFETA	0	0
	NOCHERO	2	88

3.- ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO RECURSO HUMANO 2013- 2014

Análisis anual del período comprendido entre el 01 de Septiembre de 2013 al 31 de Agosto de 2014, 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.

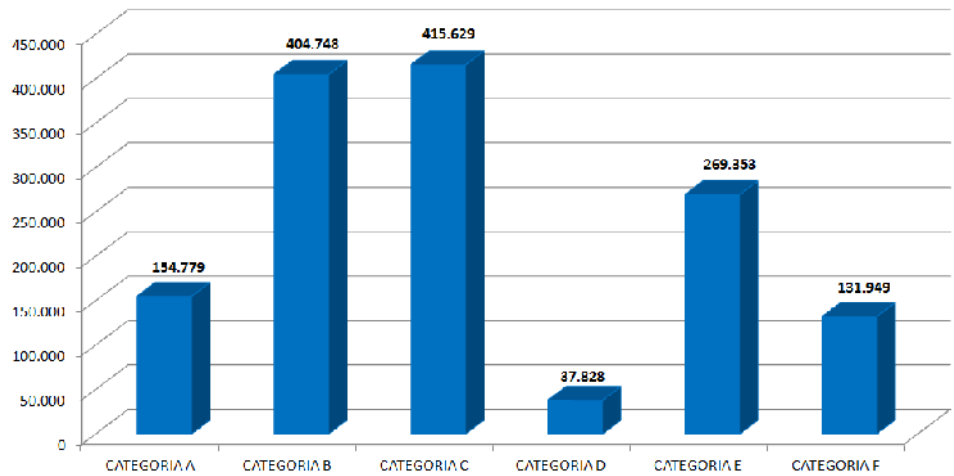
3.1.- CONTRATACIÓN DEL PERÍODO

En el período se contrataron 1.249.808 horas anuales, lo que representa un aumento de 8,45% comparado con igual período del año anterior, lo que da un promedio de 591.77 jornadas mensuales completas (de 44 horas semanales). Las horas de trabajo extraordinario en el periodo alcanzaron las 164.478. Dando un total anual de 1.414.286 horas disponibles de recurso humano.

El 88.37% de las horas corresponde a jornada ordinaria de trabajo y el 11.63% a trabajos extraordinarios.

TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES (Sept. 2012 a Agos. 2013)	HORAS ANUALES (Sept. 2013 a Agos. 2014)	Variación	Proporción 2013-2014
Jornada Ordinaria	1.152.480	1.249.808	8.45%	88.37%
Trabajo Extraordinario	118.169	164.478	39.19%	11.63%
Total	1.270.649	1.414.286	11.30%	100%

El siguiente cuadro muestra el total de horas contratadas por categorías.



El siguiente cuadro muestra el total de horas contratadas por jornada ordinaria y trabajos extraordinarios, segmentadas por categorías y cargos subyacentes.

CATEGORÍA / CARGO	HORAS ANUALES			
	Jornada ordinaria	Trabajo extraor.	Total	%
CATEGORÍA A	129.360	25.419	154.779	10,9%
MEDICO	82.544	23.598	106.142	7,5%
ODONTÓLOGO	41.712	1.626	43.338	3,1%
QUÍMICO FARMACÉUTICO	2.992	161	3.153	0,2%
DIRECTOR COMUNAL	2.112	34	2.146	0,2%
CATEGORÍA B	373.384	31.364	404.748	28,6%
ENFERMERO(A)	102.080	10.946	113.026	8,0%
MATRÓN(A)	58.784	6.003	64.787	4,6%
NUTRICIONISTA	42.064	812	42.876	3,0%
KINESIÓLOGO (A)	36.696	3.839	40.535	2,9%
ASISTENTE SOCIAL	38.544	1.679	40.223	2,8%
OTROS CATEG. B	32.736	5.276	38.012	2,7%
PSICÓLOGO (A)	35.376	1.224	36.600	2,6%
DIRECTOR(A) CONS.	12.672	1.397	14.069	1,0%
TECNÓLOGO MEDICO	9.328	188	9.516	0,7%
FONOAUDIÓLOGO (A)	2.992	0	2.992	0,2%
TERAPEUTA OCUP.	2.112	0	2.112	0,1%
CATEGORÍA C	369.248	46.381	415.629	29,4%
TEC. PARAMÉDICO	338.976	42.103	381.079	26,9%
TEC. NIVEL SUPERIOR	19.712	3.301	23.013	1,6%
SECRET. EJECUTIVA	10.560	977	11.537	0,8%
CATEGORÍA D	34.496	3.332	37.828	2,7%
AUX. ENFERMERÍA	34.496	3.332	37.828	2,7%
CATEGORÍA E	241.592	27.761	269.353	19,0%
ADMINISTRATIVO	241.592	27.761	269.353	19,0%
CATEGORÍA F	101.728	30.221	131.949	9,3%
AUX. SERVICIOS	73.568	19.525	93.093	6,6%
CONDUCTOR	21.824	9.579	31.403	2,2%
VIGILANCIA	4.224	829	5.053	0,4%
GASFÍTER	2.112	288	2.400	0,2%
Total	1.249.808	164.478	1.414.286	100,0%

3.2.- ROTACIÓN DE PERSONAL

La rotación anual del personal, en el periodo de estudio, fue de 28 funcionarios que en conjunto completan 25.75 jornadas totales, 3 de ellas corresponden a contrato indefinido y 25 con contrato a plazo fijo. Las causales de rotación se detallan a continuación:

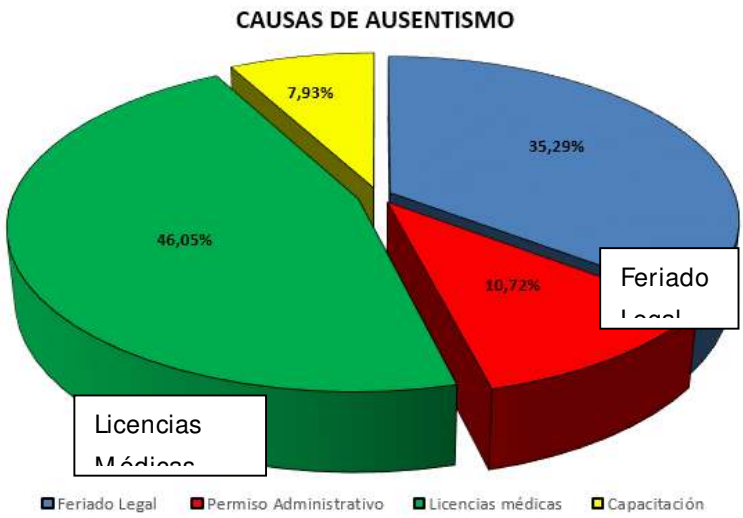
CAUSAL DE ROTACIÓN	Número Funcionarios
Permuta	0
Medida disciplinaria	1
Renuncia Voluntaria	14
Retiro Voluntario	1
Fallecimiento	1
Vencimiento plazo contrato	11
TOTAL	28

ESTAMENTO	JORNADAS SEGÚN TIPO DE CONTRATO			
	PLAZO FIJO		INDEFINIDO	
	N° Funcionarios	Total Jornadas	N° Funcionarios.	Total Jornadas.
Médico	11	429		
Químico Farmacéutico	2	44		
Tec. Paramédico	2	88		
Tec. Nivel Superior	1	44		
Aux. Enfermería			1	44
Administrativo	8	352	1	44
Aux. servicios	1	44	1	44
TOTALES	25	1001	3	132

3.3.- AUSENTISMO LABORAL

El ausentismo laboral del período alcanzó las 231.427,2 horas anuales, lo que representa un 18.52% anual en relación a las horas contratadas para el periodo en estudio, experimentando una disminución de 1.85% 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	81.672,0	35,29%	6,53%
Permisos Administrativos	24.819,8	10,72%	1,99%
Licencias médicas	106.572,2	46,05%	8,53%
Capacitación	18.363,2	7,93%	1,47%
Total	231.427,2	100,00%	18,52%



- El 46.05% del total de ausentismo anual, corresponde a licencias médicas, con un total de 106.572.2 horas anuales, las que expresadas en jornadas laborales equivalen a 50.46 jornadas año no disponibles laboralmente, destinadas principalmente a la recuperación de la salud de los funcionarios. Las horas laborales no disponibles por este concepto alcanzan un 8,53% del total comunal anual de horas contratadas.

- La segunda causa en orden de incidencia con un 35,29%, corresponde a Feriado Legal. Representa el 6,53% del total comunal de horas contratadas. Correspondiendo a 16.05 días año por cada jornada laboral completa.

- La tercera causa en orden de incidencia con un 10.72% corresponde a permisos administrativos (con y sin goce de remuneraciones), que representa el 1,99% 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 4,49 días año por cada jornada laboral completa.

- La cuarta causa en el orden de incidencia con un 7.93% del total de ausentismo, corresponde a los permisos a Curso para jornadas de capacitación y perfeccionamiento del personal, que representan el 1,47% del total anual de horas contratadas. Se excluyen las horas utilizadas en capacitación intraservicio.
  El total anual de horas destinadas a capacitación fue de 18.363,2 horas, lo que muestra que en promedio, se utilizaron 31,03 jornadas anuales completas, lo que es inferior a lo proyectado, considerando un total de 44 horas anuales de capacitación por cada funcionario, es decir, 5 días al año.

3.4.- COMPORTAMIENTO DE CONTRATACIÓN Y AUSENTISMO POR ESTAMENTO

3.4.1.- ESTAMENTO MÉDICO: En el período se contrataron 82.544 horas anuales por jornada ordinaria de este recurso, las que corresponden a 39,08 jornadas completas mensuales, además se contrataron 23.598 horas anuales en trabajos extraordinarias, lo que da un total de 106.142 horas anuales, tiempo que representa un 7,5% del total del recurso humano contratado en el periodo en estudio. Cifra significativamente mayor a las horas contratadas en igual periodo del año anterior, donde las horas contratadas alcanzaron las 77.950 horas anuales, lo que demuestra un incremento en 36,2% en la utilización de horas médico. Las horas ordinarias contratadas del estamento médico corresponden al 77,8% del total contratado y las extraordinarias a un 22,2%.

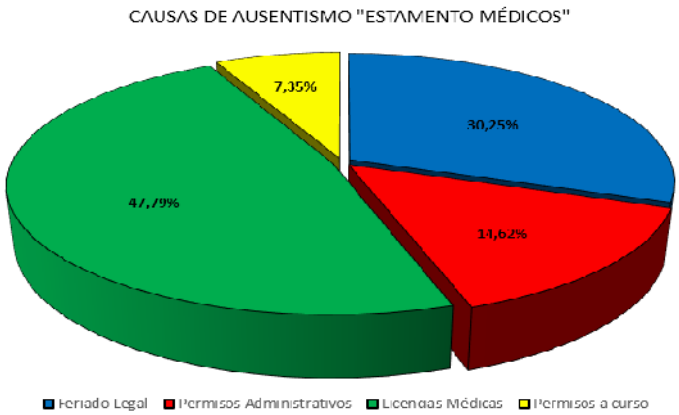
TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES (Sept. 2012 a Agost. 2013)	HORAS ANUALES (Sept. 2013 a Agost. 2014)	Variación	Proporción 2013-2014
Jornada Ordinaria	68.112,0	82.544	21,2%	77,8%
Trabajo Extraordinario	9.838,0	23.598	139,9%	22,2%
Total	77.950,0	106.142	36,2%	100,0%

Ausentismo Médico: el Estamento Médico presenta un ausentismo de 18,46% situándose marginalmente por debajo del promedio comunal. La principal causa de ausentismo, con un 8,82%, son por Licencias médicas, la segunda causa de ausentismo con un 5,58% es por feriado legal, los permisos administrativos, con y sin goce de remuneraciones representan un 2,70%, y

por último los permisos a curso solicitados por actividades de capacitación representan un 1,36% del total contratado.

Durante el periodo el ausentismo laboral médico alcanzó el 6,58% del ausentismo comunal en recurso humano.

CAUSA AUSENTISMO MEDICO	HORAS ANUALES DE AUSENTISMO	% CAUSA DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO EN RELACIÓN HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	4.609,0	30,2%	5,58%
Permisos Administrativos	2.227,5	14,6%	2,70%
Licencias médicas	7.282,0	47,8%	8,82%
Capacitación	1.119,8	7,3%	1,36%
Total	15.238,3	100,0%	18,46%



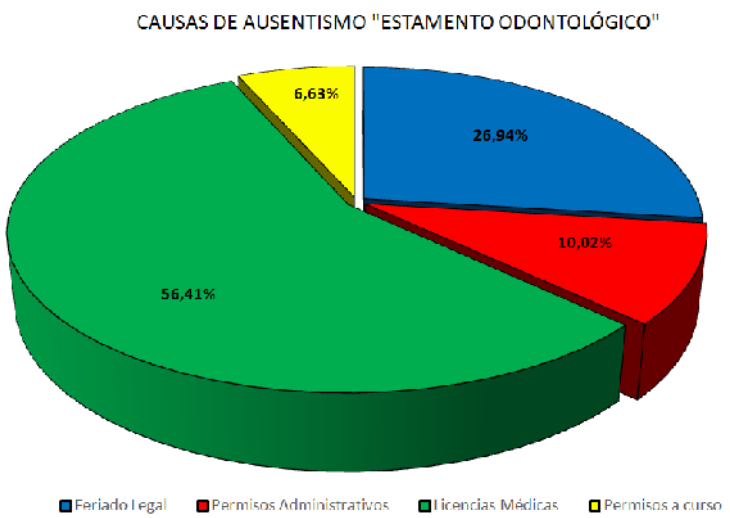
3.4.2.- ESTAMENTO ODONTOLÓGICO: En el período se contrató 41.712 horas anuales de odontólogo, lo que corresponde a 19,75 jornadas completas mensuales. El total de horas contratadas es de 43.338, de las cuales 1.626 corresponden a trabajos extraordinarias (3,8%) y 41.712 con jornada ordinaria de trabajo (96,2%). Dichas contrataciones representan el 3,10% del total comunal de horas recurso humano.

Las horas extraordinarias son significativamente menores que el porcentaje anual de trabajos extraordinarios contratados del recurso humano de 11,63%, siendo inferior en 7,83 puntos porcentuales.

TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES (Sept. 2012 a Agos. 2013)	HORAS ANUALES (Sept. 2013 a Agos. 2014)	Variación	Proporción 2013-2014
Jornada Ordinaria	39.072	41.712	6,8%	96,2%
Trabajo Extraordinario	1.389	1.626	17,1%	3,8%
Total	40.461	43.338	7,1%	100,0%

Ausentismo Odontológico: el Estamento Odontológico presenta un ausentismo de 22,0% situándose un 3,48% por sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo 12,4% es por licencia médica, la segunda causa en orden de incidencia de ausentismo 5,9% es por Feriado Legal, los permisos administrativos representan el 2,2% del ausentismo y la capacitación sólo un 1,5%. En general el ausentismo laboral representa el 3,97 % del ausentismo comunal en recurso humano.

CAUSA AUSENTISMO ODONTÓLOGOS	HORAS ANUALES	%CAUSA AUSENTISMO	% AUSENTISMO/ HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	2477,2	26,9%	5,9%
Permisos Administrativos	921,8	10,0%	2,2%
Licencias médicas	5187,6	56,4%	12,4%
Capacitación	609,4	6,6%	1,5%
Total	9196,0	100,0%	22,0%

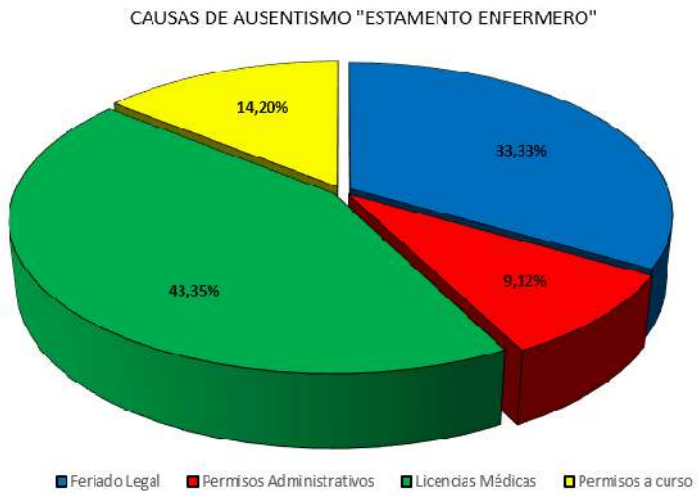


3.4.3.- ESTAMENTO ENFERMERO(A): En el período se contrataron 102.080 horas anuales para cumplir jornada ordinaria, lo que corresponde a 48,33 jornadas completas mensuales. El total de horas contratadas en el periodo en estudio fue de 113.026, de las cuales 10.946 corresponden a trabajos extraordinarias (9,7%) y 102.080 horas a jornada ordinaria de trabajo (90,3%). Dichas contrataciones representan el 8% del total comunal de horas recurso humano. Las horas extraordinarias son menores que el porcentaje anual de trabajos extraordinarios contratados del recurso humano de 11,63%, siendo inferior en 1,93 puntos porcentuales.

TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES (Sept. 2012 a Agos. 2013)	HORAS ANUALES (Sept. 2013 a Agos. 2014)	Variación	Proporción 2013-2014
Jornada Ordinaria	91.872	102.080	11,1%	90,3%
Trabajo Extraordinario	8.187	10.946	33,7%	9,7%
Total	100.059	113.026	13,0%	100,0%

Ausentismo Enfermera: el Estamento Enfermero(a) presenta un ausentismo de 20,95% en proporción a las horas contratadas anualmente, situándose 2.43% por sobre el promedio comunal. La principal causa de ausentismo es por licencia médica, corresponde a un 9,08%, del total de horas disponibles, la segunda causa en orden de incidencia 6,98% de ausentismo es por feriado legal, los permisos administrativos representan un 1,91% y la capacitación sólo un 2,97%. El ausentismo laboral representa el 9,24% del ausentismo comunal en recurso humano.

CAUSA AUSENTISMO ENFERMERA	HORAS ANUALES	COMPOSICIÓN %CAUSA AUSENTISMO	% AUSENTISMO/ HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	7.128,0	33,33%	6,98%
Permisos Administrativos	1.949,2	9,12%	1,91%
Licencias médicas	9.270,8	43,35%	9,08%
Capacitación	3.036,0	14,20%	2,97%
Total	21.384,0	100,00%	20,95%

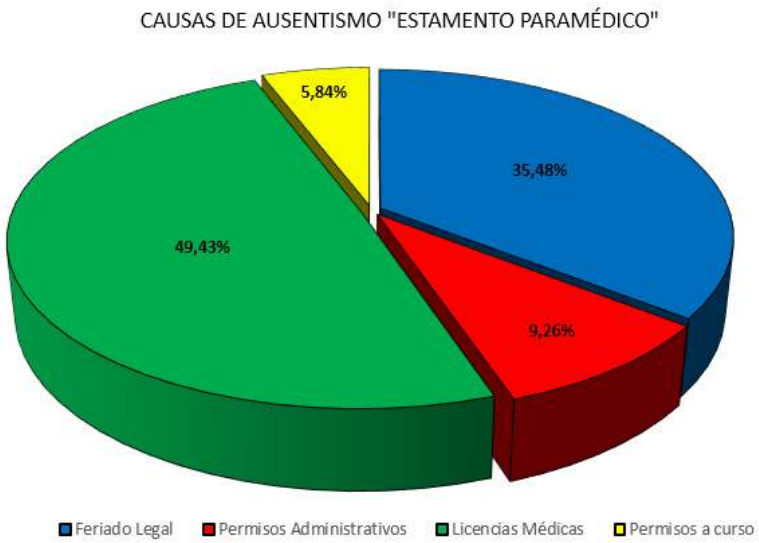


3.4.4.- ESTAMENTO PARAMEDICO: En el período se contrató 338.976 horas anuales, lo que corresponde a 160,5 jornadas completas mensuales. El total de horas contratadas es de 381.079, de las cuales 42.103 corresponden a trabajos extraordinarias (11%) y 338.976 horas a jornada ordinaria de trabajo (89,0%). Las horas extraordinarias son menores que el porcentaje anual de trabajos extraordinarios contratados del recurso humano de 11,63%, siendo inferior en 0,63%. Dichas contrataciones representan el 26,9% del total comunal de horas recurso humano.

TIPO DE JORNADA	HORAS ANUALES (Sept. 2012 a Agos. 2013)	HORAS ANUALES (Sept. 2013 a Agos. 2014)	Variación	Proporción 2013-2014
Jornada Ordinaria	340.032	338.976	-0,3%	89,0%
Trabajo Extraordinario	31.747	42.103	32,6%	11,0%
Total	371.779	381.079	2,5%	100,0%

Ausentismo Paramédico: el Estamento Paramédico presenta un ausentismo de 19,39% situándose un 0,87% bajo el promedio comunal. La principal causa de ausentismo es por licencia médica y corresponde a un 9,58%, del total de horas contratadas, teniendo un peso relativo de 49,43% 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 6,88%, los permisos administrativos implican un ausentismo del 1,8%, y por último capacitación con el 1,13%.

CAUSA	HORAS ANUALES	COMPOSICIÓN %CAUSA AUSENTISMO	% AUSENTISMO/ HORAS CONTRATADAS
Feriado Legal	23.320,0	35,48%	6,88%
Permisos Administrativos	6.085,2	9,26%	1,80%
Licencias médicas	32.489,6	49,43%	9,58%
Capacitación	3.836,8	5,84%	1,13%
Total	65.731,6	100,00%	19,39%



REPUBLICA DE CHILE
I.MUNICIPALIDAD DE CURICÓ
DEPARTAMENTO DE SALUD
ESTABLECIMIENTO

Balance Comunal

HORAS ASISTENCIALES DIARIAS

PROGRAMAS	MEDICO	ODONTOLOG	ENFERMERA	MATRONA	NUTRIC	INESIOLOG	PSICOLOGO	A. SOCIAL	D.PARVULOS	FONOAUD	TENS	Educ odont	PODOLOGO	CCR TERAPEUTA	CCR INESIOLOGO
DE LA MUJER	0,00	0,00	0,00	178,91	7,43	0,91	0,90	5,54	0,00	0,00	3,86	0,00	0,00	0,00	0,00
NIÑO Y NIÑA	25,07	0,15	50,45	0,33	24,26	0,56	0,50	6,50	17,30	15,50	1,30	0,00	0,00	0,00	0,00
ADOLESCENTE	8,39	0,00	5,30	7,23	1,96	0,00	1,45	1,92	0,00	0,00	2,13	0,00	0,00	0,00	0,00
ADULTO Y ADULTO MAYOR	144,80	0,00	114,30	0,40	61,60	5,40	0,58	24,74	0,00	0,00	8,60	0,00	11,60	0,00	0,00
SALUD MENTAL	22,61	0,00	1,55	0,00	0,00	0,00	47,36	3,60	0,00	0,00	0,00	0,98	0,00	0,00	0,00
ODONTOLOGICO	0,00	106,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	119,58	7,97	0,00	0,00	0,00
REHABILITACION	5,03	0,00	0,00	0,00	0,00	54,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,35	7,35
PRODUCTOS ALIMENTARIOS	0,08	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	61,13	0,00	0,00	0,00	0,00
PNI- Epidemiologia	0,75	0,00	4,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,39	0,00	0,00	0,00	0,00
PROMOCION	0,30	0,52	3,20	2,20	2,50	0,90	1,40	6,78	0,00	0,00	3,47	0,66	0,00	0,00	0,00
APOYO CLINICO-SAPU	103,50	38,84	75,28	50,22	29,02	33,40	18,46	10,80	1,30	0,00	291,03	8,00	2,27	0,00	0,00
SUBTOTAL 1	310,53	145,68	255,01	239,29	127,77	95,37	70,65	59,88	18,60	15,50	551,49	17,61	13,87	7,35	7,35

HORAS ADMINISTRATIVAS DIARIAS POR RECURSO

ACTIVIDADES	MEDICO	ODONTOLOG	ENFERMERA	MATRONA	NUTRIC	INESIOLOG	PSICOLOGO	A. SOCIAL	D.PARVULOS	FONOAUD	TENS	Educ odont	PODOLOGO	CCR TERAPEUTA	CCR INESIOLOGO
ADMINISTRACION															
Encargado GESTION (Cargo Responsabilidad)	0,25	4,5	68,5	14	12,5	10,06	8,5	22,8	0	0	0	0	0	0	0
REUNIONES ESTABLECIMIENTO															
EQUIPO CABECERA Y/O SECTOR	3,05	2,25	11,25	9	6,45	2,45	4,15	4,55	0,32	0	22,8	0,3	0,3	0	0
EQUIPO GESTOR	0,25	1,11	8,109	2	1,775	1,275	1,4	1,955	0	0	23,5	0	0	0	0
AMPLIADA CESFAM	4,43	2,15	12,35	3,48	2,58	1,72	1,95	2,08	0,13	0	19,33	0,28	0,13	0	0
OTRAS (JEFE SECTOR, PROG, CHCC, VIH)	1,04	0,06	9,86	2,98	6,774	1,671	1,869	5,2	0	0,125	3,08	0	0	0	0
REUNIONES COMUNALES Y HORAS ASESOR COMUNAL	0														
PROGRAMA INFANTIL+CHCC+NEP	0	0	4,605	0,37	0,22	0	0,06	0	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMA ADOLESCENTE	0	0	4,38	0	0,765	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMA MUJER	0	0	0	8,775	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMA ADULTO - CV	0	0	4,255	0,62	0,125	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMA ODONTOLOGICIO	0	3,74	0,125	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMA SALUD MENTAL	0	0,2	0	0	0	0	1,33	0	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMA PROMOCION	0	0	0	0,05	0,015	0,125	0,12	0,55	0	0	0	0	0	0	0
PROGRAMA REHABILITACION	0	0	0	0	0	3,595	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REUNIONES ESTAMENTO	0														
ENFERMERA Y EPIDEMIOLOGIA - PNI	0	0	8,395	0	0	0	0	0	0	0	0,37	0	0	0	0
MEDICOS	3,695	0	0,37	0	0	0	0	0	0	0	0,37	0	0	0	0
NUTRICIONISTA - PALIMENTARIOS	0,37	0	0	0	1,77	0	0	0	0	0	0,125	0	0	0	0
ASITENTE SOCIAL	0	0	0	0	0,25	0	0	2,7	0	0	0,41	0	0	0	0
OTRAS REUNIONES COMUNALES	0														
CALIDAD	0	0,15	15,375	0	0,15	0	0	0	0	0	0,125	0,125	0	0	0
ESTADISTICAS	0	0	0,965	0	0,12	0	0	6	0	0	0,125	0	0	0	0
GES E INTERCONSULTAS	0,625	0	4,32	0	6,42	0,15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAPU	0	0	0,255	0	0,12	0	0	0,12	0	0	0,125	0,125	0	0	0
OTRAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	0														
SALUD FAMILIAR	1,64	1,25	2,33	2,55	2,42	0,86	0,99	1,12	0,13	0	8,06	0,43	0,43	0	0
CAPACITACION	4,79	2,3	5,92	3,24	3,5	1,79	1,8	1,98	0,04	0	17,83	0,34	0,34	0	0
SUPERVISION	3,36	1,375	16,75	1,5	3,163	1,13	2,69	2,255	0,16	0	6	0,125	0	0	0
ESTADISTICAS	0														
DIARIA	5,25	3,507	18,05	17,18	11,177	2,343	5,09	9,298	0	0	28,015	0	0	0,5	0,5
MENSUAL	1,05	3,434	18,572	10,601	9,211	5,751	5,484	5,684	0,008	0	34,888	0,6	1,2	0	0
TRASLADOS (A RURAL)	0,1	1,9	6,5	3,36	3,3	1,6	2,4	1	0,2	0	1,1	0,25	0	0	0
SUB TOTAL 2	29,9	27,926	221,236	83,706	76,805	38,52	37,833	67,292	0,988	0,125	166,253	2,575	2,4	0,5	0,5
TOTAL GENERAL (1+2)	340,43	173,61	476,24	323,00	204,58	133,89	108,48	127,17	19,59	15,63	717,74	20,19	16,27	7,85	7,85
% horas adm del total horas															

	MEDICO	ODONTOLOG	ENFERMERA	MATRONA	NUTRIC	INESIOLOG	PSICOLOGO	A. SOCIAL	D.PARVULOS	FONOAUD	TENS	Educ odont	PODOLOGO	CCR TERAPEUTA	CCR INESIOLOGO
TOTAL HORAS CONTRATADAS	380,6	162,8	462	259,6	180,4	158,4	138,6	158,4	35,2	17,6	1478,4	70,4	26,4	9,8	8,6
TOTAL HORAS PROGRAMADAS	340,43	173,61	476,24	323,00	204,58	133,89	108,48	127,17	19,59	15,63	717,74	20,19	16,27	7,85	7,85
BALANCE	40,17	-10,81	-14,24	-63,40	-24,18	24,51	30,12	31,23	15,61	1,98	760,66	50,22	10,13	0,95	0,95
Brecha		1 cargo 22	1 cargo 44	2 cargos 44	2 cargos 44										

	ADMINISTRAT	AUX. SERV.	CONDUCTOR	T Médico	Otros B	Nochero
TOTAL HORAS CONTRATADAS	1029	325,6	105,6	50,6	105,6	35,2
TOTAL HORAS PROGRAMADAS	854	316,6	116,8	55,8	105,6	33,4
BALANCE	175	9	-11,2	-5,2	0	1,8
Brecha			1 cargo 44			

PLAN DE CAPACITACION 2015

Nota: Las fichas técnicas van en detalle en volumen II del Plan de Salud Comunal Curicó 2015

Plan de CAPACITACIÓN 2015

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION / FECHA DE REALIZACIÓN	OBJETIVO	NUM PARTICIPANTES POR CATEGORIA							Hrs. Pedag	FINANCIAMIENTO	
			A	B	C	D	E	F	TOTAL		ITEM CAPACITACION	Fecha Realización
1.-	Curso Taller Intervención en crisis	Adquirir conocimientos y destrezas en aplicación de Intervención en crisis.	6	18	6	0	0	0	30	11	$ 742.070	Junio
	Curso taller Actualización en Salud Familiar: énfasis en instrumentos de evaluación	Fortalecer la aplicación de instrumentos de evaluación como actividad básica requerida para el modelo de atención, en el trabajo con los individuos y familias.	0	24	6	0	0	0	30	11	$ 742.070	Agosto
	Curso Atención Integral de la mujer en etapa de climaterio en APS	Adquirir herramientas para la atención integral de la mujer en etapa de climaterio	6	24	0	0	0	0	30	22	$ 1.484.139	Julio
	Curso Calidad y modelo de salud.	Identificar el proceso de calidad como parte integral del modelo	3	3	14	2	14	14	50	11	$ 1.236.783	Junio
	Curso Actualización en Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud de las personas Adultas Mayores en APS	Actualizar conocimientos en Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud de las personas Adultas Mayores en APS	6	24	0	0	0	0	30	11	$ 742.070	Septiembre
	Curso Taller Medición de la Presión Arterial, Técnica Estandarizada	Capacitar al personal de salud en la técnica de medición de presión arterial, con el fin de participar en actividades de detección, diagnóstico y control de sujetos hipertensos	6	12	12	0	0	0	30	11	$ 742.070	Septiembre
	Curso primeros auxilios avanzados: RCP.	Obtener los conocimientos necesarios para actuar correctamente frente a una emergencia y brindar los primeros auxilios de ser necesario, mientras llega la atención médica especializada.	0	0	12	0	18	0	30	22	$ 1.484.139	Marzo
	Curso Taller Atención Pre hospitalaria avanzada: CAPREA.	Conocer técnicas de atención pre hospitalaria avanzada	8	22	0	0	0	0	30	22	$ 1.484.139	Agosto
	Curso Taller Atención Pre hospitalaria básica: CAPREB.	Conocer técnicas de atención pre hospitalaria básica	0	0	26	0	0	4	30	22	$ 1.484.139	Agosto
	Curso Taller Atención Pre hospitalaria: RCP básica en adulto: BLS	Conocer técnica de RCP Básica en adulto.	0	0	10	0	10	10	30	11	$ 742.070	Agosto
	Curso Desarrollo biopsicosocial del adolescente y su manejo en la atención primaria de salud	Reforzar el uso de herramientas y técnicas de intervención en adolescentes	0	30	0	0	0	0	30	22	$ 1.484.139	Septiembre
2.-	Curso Taller "Fortaleciendo el registro de prestaciones en salud, una herramienta informática"	Preparar a los funcionarios en la sistematización del proceso de atención y registro de prestaciones en sistema informático en red.	30	100	0	0	0	0	130	11	$ 3.215.635	Mayo
	Curso Taller "Sistema de Gestión de Agendas en SOME y Gestión de demanda"	Estandarizar el manejo de programas operativos en la creación, reconversión de agendas y dación de horas.	0	12	0	0	24	0	36	11	$ 890.484	Agosto
4.-	Curso Infecciones asociadas a la atención en Salud	Reconocer aspectos técnicos para el control y prevención de infecciones asociadas a la atención de salud	6	12	6	0	0	6	30	11	$ 742.070	Septiembre
	Curso Taller Gestión de solicitudes ciudadanas	Adquirir destrezas para el mejoramiento continuo de la satisfacción usuaria	0	12	12	0	6	0	30	11	$ 742.070	Octubre
	Curso Taller Estrategias Comunicacionales y	Potenciar herramientas para abordar situaciones complejas	0	6	12	0	6	6	30	11	$ 742.070	Agosto

	Buen Trato al usuario	de trato al usuario										
	Curso Taller Resolución de conflictos y comunicación asertiva	Desarrollarhabilidades de comunicación	0	6	12	0	12	0	30	11	$ 742.070	Noviembre
	Curso Manejo de residuos en centros de atención de salud	Conocer la normativa vigente relacionada al manejo de residuos en establecimientos de atención de salud.	0	0	20	2	0	8	30	22	$ 1.484.139	Abril
	CursoRiesgosbiológicos.	Adquirir habilidades dirigidas a evitar la producción de accidentes biológicos, mediante procedimientos de trabajo seguros y utilización de dispositivos de seguridad	0	0	12	2	0	16	30	11	$ 742.070	Mayo
	Curso Taller Técnicas de movilización y manejo de pacientes.	Identificar los peligros para el usuario y funcionario, asociados al manejo manual de pacientes y determinar las medidas de control y preventivas asociadas a la actividad.	0	0	20	2	0	8	30	8	$ 539.687	Mayo
	Taller III Escuela de Salud	Fomentar el compromiso y la responsabilidad en la atención al usuario.	0	6	6	12	0	6	30	22	$ 1.484.139	Noviembre
5.-	CursoInvestigación de accidentes.	Conocer técnicas para la investigación y análisis de accidentes	0	6	6	0	18	0	30	8	$ 539.687	Marzo
	Curso Manejo manual de carga.	Adquirir conocimientos para identificar, prevenir y controlar factores de riesgos vinculados al manejo manual de cargas.	0	0	6	0	12	12	30	8	$ 539.687	Abril
	Curso Prevención de riesgos de radiación UV.	Adquirir conocimientos para prevenir riesgos asociados a la exposición a radiación ultravioleta	0	0		0	0	15	15	6	$ 202.383	Enero
	Curso Prevención de accidentes en la vía pública.	Reconocer los peligros presentes en la vía pública.	0	0	6	0	12	12	30	8	$ 539.687	Junio
	Curso Taller Autocuidado: Prevención de daño a la voz.	Proporcionar las herramientas que permitan aprender una adecuada técnica vocal y adquirir hábitos y conductas tendientes a mejorar la calidad de su voz.	0	6	6	0	0	18	30	5	$ 337.304	Mayo
	Curso Taller Monitor ejercicios compensatorios.	Reconocer los beneficios de los ejercicios compensatorios	0	6	6	0	18	0	30	8	$ 539.687	Junio
6.-	Taller Excel básico	Precisar aspectos teórico prácticos del manejo de excel	0	0	0	0	20	0	20	22	$ 989.426	Junio
8.-	CursoResponsabilidad legal.	Conocer el concepto de responsabilidad legal en el ámbito de la prevención de riesgos y salud ocupacional.	0	30	0	0	0	0	30	6	$ 404.765	Marzo
9.-	Cursoidentificación de peligros.	Conocer y aplicar las metodologías del proceso de identificación de peligros y aplicar medidas de control eficaces sobre los riesgos.	0	2	10	0	10	8	30	11	$ 742.070	Marzo - Abril
	Taller Manejo de extintores (enTrailer).	Conocer conceptos y manejo de extintores.	6	20	30	4	20	20	100	15	$ 3.373.044	Agosto
TOTALES	31		77	381	256	24	200	163	1101	402	$ 31.900.000	

Obs: El detalle y las fichas de capacitación 2015. Se encuentran en Volumen II del Plan Comunal de Salud 2015

ANALISIS DE SITUACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

EVALUACION DE INDICADORES DE SALUD DEL PLAN DE ACCIÓN COMUNAL 2013-2016, POR CICLO VITAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD MUNICIPAL COMUNAL 2015

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

CURICÓ COMUNA URBANA NO POBRE:

Curicó es una comuna altamente urbanizada, con buenos indicadores de acceso al agua potable, alcantarillado, educación y servicios de salud, pero que coexiste con una realidad rural (16.8%) que mantiene problemas de servicios básico en algunas zonas y riesgos asociados a la actividad laboral agrícola como riesgos en la exposición a plaguicidas, canales abiertos que incluso recorren la ciudad, etc. A pesar de ser clasificada como una comuna No Pobre (Clasificación de las comunas en tramos de pobreza, sobre la base del Índice de Privación Promedio Municipal), presenta un 14% de personas en situación de pobreza con un ritmo sostenido de incremento de hogares a cargo de mujeres. En el ámbito de la Seguridad Ciudadana, Curicó presenta una tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social mayor a la región y el país con la consecuente sensación de inseguridad. En Educación, la escolaridad promedio es de 9.8 años cursados, mayor al promedio regional (9.05), pero menor al nacional (10.38). Las familias han optado mayoritariamente por Establecimientos de Educación Particular Subvencionada (51,5%) por sobre los municipales (39,3%) y particulares (7,7%), por lo tanto, cualquier iniciativa preventiva o promocional que involucre a establecimientos educacionales debiese estar concebida en este escenario.

ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO:

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

SALUD COMO UN PROCESO MULTIDIMENSIONAL Y VARIABLE MOGRÁFICO:

Salud es el logro más alto de bienestar físico, mental, social y con capacidad de funcionamiento permitido por los factores sociales en los que está inmerso el individuo y el colectivo. La Salud tiene dos componentes: uno subjetivo, la "sensación de bienestar", el hecho de sentirse bien en diferentes grados y otro objetivo y mensurable, "la capacidad de funcionamiento". Es por ello que es fundamental entender que el Sistema de Atención Primaria en Salud deberá responder de manera eficiente a las demandas de la población sean estas objetivamente necesarias (perdida en la capacidad de funcionamiento) y las percibidas como tales por la comunidad pero que desde el punto de vista médico no son pertinentes Ej. "atenciones en SAPU no pertinentes, pero percibidas como "urgentes". Otro aspecto relevante está en el desafío en la Prevención Secundaria (pesquisa) y Terciaria (reducción del daño), tratamiento y Rehabilitación de patologías como Diabetes, HTA, Depresión, Rezago u otras, en el que el estado de salud en las personas no es homogéneo, lo que dificulta diferenciar personas sanas y personas enfermas en la comunidad, puesto que en la dinámica del proceso de salud-enfermedad se encuentran diversos estados intermedios de salud relativa en los que, junto al cumplimiento satisfactorio de los condicionantes que definen este estado de salud, pueden encontrarse algunos signos desfavorables –sensaciones dolorosas, disfunciones de órganos o sistemas- de intensidad discreta y no evolutivos, que no impiden a la persona integrarse plenamente en una actividad normal, familiar, profesional y social, y que le permiten "considerarse sano" tanto frente a sí mismo como frente a la sociedad, determinando la poca o nula necesidad de consultar en un centro de salud. Es por ello que es imperativo generar estrategias focalizadas que aseguren ampliar las coberturas de pesquisa de las enfermedades y situaciones de riesgo priorizadas de acuerdo al perfil epidemiológico nacional y comunal Ej. Pesquisa de patologías en personas "sanas" con el aumento de cobertura de examen o pautas de evaluación: HTA y Diabetes con Examen Medicina Preventiva (EMP), de Rezago a través de evaluaciones de desarrollo infantil o de Depresión y/o Consumo riesgoso de alcohol a través de la búsqueda activa con test de tamizaje (Edimburgo, Goldberg, Audit).

SALUD ES MÁS QUE UN SISTEMA DE ATENCIÓN:

La atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman. Tanto la salud como la enfermedad son altamente influenciables por factores individuales, sociales, culturales, económicos y ambientales. Cuando la mirada a los factores conducentes a la salud es amplia, muchas de las intervenciones que buscan modificar dichos factores quedaran fuera de la acción tradicional del sector salud. El enfoque comunal propuesto concibe un rol activo del sector salud en la reducción de inequidades en salud, directamente asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, comprensivos y efectivos, pero con igual importancia,

actuando indirectamente, involucrando otros sectores del gobierno comunal y de la sociedad civil (Abogacía). El marco de acción de la Atención Primaria en Salud pública debiese ser un campo de acción social, cuyos agentes incluyen especialistas y técnicos de salud involucrando a otros sectores como establecimientos educacionales, organizaciones sociales, empresarios, políticos e instancias de la sociedad civil. Otro aspecto central es la generación de espacios de participación en la construcción de capital social y cohesión social reconociendo que la acción y soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud.

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

MORTALIDAD: La comuna presenta un perfil epidemiológico donde las enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada pero que coexisten con enfermedades infecciosas. En niños(as) menores de 1 año la primera causa de muerte está dada por afecciones originadas en el período perinatal (43%) y en población entre 1 y 44 años la mortalidad es causada principalmente por Causas Externas (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios). En este grupo es preocupante el aumento en los últimos años de las muertes por suicidio sobre todo en población adolescentes además de las atribuibles a condiciones y estilos de comportamientos riesgosos (Ej. accidentes de tránsito por influencia del alcohol). Por último en el grupo poblacional donde se presenta el 80% de las muertes (mayores de 44 años) las causas predominantes son las asociadas a Enfermedades del Sistema Circulatorio y Cáncer.

AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS: Las limitaciones de los indicadores de mortalidad en la medición de los fenómenos salud-enfermedad determina la necesidad de observar otro indicador para evaluar la carga de enfermedad de nuestra comuna y este corresponde a los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA), indicador que mide otros aspectos del estado de salud, como el estado funcional y la calidad de la vida, indispensable para la toma de decisiones en políticas públicas comunales. De acuerdo a grupos por edad, dos de las patologías que generan la mayor carga de enfermedad en menores de 1 año son el bajo peso al nacer y trastornos respiratorio al nacer, ambas asociadas fuertemente a la Prematurez y por ende al cuidado perinatal; en niños de 1 a 9 años son los accidentes de tránsito, caídas y estrabismo; en el grupo de adolescentes la mayor carga de enfermedad se atribuye a úlcera péptica, escoliosis, trastornos del ánimo bipolar, accidentes de tránsito, migraña y agresiones; en los adultos es la enfermedad Hipertensiva del corazón, los trastornos depresivos unipolares, la dependencia al alcohol y los trastornos a las vías biliares y vesícula; y en el grupo de adultos mayores son las cataratas, enfermedad isquémica del corazón, Alzheimer y otras demencias, Diabetes tipo II, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad Hipertensiva del corazón y glaucoma.

FACTORES DE RIESGO: El análisis de la carga de enfermedad y muerte, proporciona información valiosa para dimensionar y priorizar problemas de salud, sin embargo, su énfasis está puesto en la curación o rehabilitación de la enfermedad. Para completar el análisis es necesaria la visualización integrada de la historia natural de los procesos de salud y enfermedad, siendo posible identificar aquellas etapas pre-patogénicas y patogénicas asintomáticas, en las cuales se encuentran los Factores de Riesgo para enfermar o morir, carga atribuible a factores de riesgo, los que nos permitirán orientar el diseño de estrategias preventivas y de promoción.

- Factores de Riesgo atribuibles a pérdida de salud (AVISA): El consumo de alcohol es el factor de riesgo con mayor carga por pérdida de años de vida saludable, seguido en orden de importancia por la malnutrición por Exceso (sobrepeso y Obesidad) y la Hipertensión.
- Factores de Riesgo atribuibles a Muertes: La Hipertensión, es el factor de riesgo con mayor mortalidad atribuible seguido por el consumo de sal, alcohol y tabaco. Es así que, 1 de cada 7 muertes es directamente atribuible a la hipertensión, mientras que 1 de cada 8 lo es al consumo excesivo de sal, 1 de cada 10 al consumo de alcohol, 1 de cada 11 al tabaquismo directo, sin contar el efecto del fumador pasivo.

DESIGUALDADES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD RELACIONADAS PRINCIPALMENTE CON DESVENTAJAS SOCIALES:

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

- ✓ Los hijos de madres de menor nivel de escolaridad, tienen tres veces mayor riesgo de morir que aquellos nacidos de mujeres con un nivel educacional mayor a 13 años.
- ✓ La mayor parte de los problemas o situaciones desfavorables para la salud muestran una gradiente educacional evidente, con mayores prevalencia en la población con menos de 8 años de estudio independiente de la edad y entre ellos destacan: presión arterial elevada, dislipidemia HDL, obesidad, relación sodio/potasio en orina >1, bajo consumo de pescado, harinas integrales y de frutas y verduras, hipotiroidismo, sedentarismo, síntomas depresivos de último año, caries dentales y mayor nivel de dependencia del adulto Mayor.
- ✓ El consumo de tabaco es un factor de riesgo conductual para enfermedades crónicas que aún presentan en Chile una gradiente educacional inversa, es decir, las tasas de consumo general observadas en el nivel educacional alto superan a las del nivel educacional bajo.
- ✓ La mayor prevalencia de problemas por abuso o dependencia de alcohol se encuentra en los estratos socioeconómicos bajos. La mayor parte de los chilenos bebe en forma intermitente y excesiva. La media de gramos de alcohol puro

consumido en un mismo día entre los bebedores es superior a los 60 gramos, lo que sitúa a los bebedores chilenos en una situación de elevado riesgo no solo de problemas relativos al consumo de alcohol (Ej. trastorno por dependencia de alcohol) sino de un aumento de la incidencia de más de 40 patologías potenciales (la mayoría de ellas de tipo crónico, como cardiovasculares y cáncer, además de traumatismos y accidentes).

- ✓ Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo, y por lo tanto, son atribuibles a la distinta exposición a riesgos y la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables que tienen los hombres y las mujeres, es decir, a factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. En todas las edades la tasa de mortalidad de los hombres por accidentes de tránsito es 4,2 veces más alta que en las mujeres; la mortalidad por lesiones auto infligidas es 4,4 veces más alta, por cirrosis hepática es 2,3 veces, y por enfermedades isquémicas del corazón es 1,4. Desde hace varios años el número de mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja supera el número de muertes maternas. En hombres para todas las edades, dentro de las primeras cinco causas de AVISA figuran los accidentes del tránsito. En las mujeres en cambio, figuran los trastornos ansiosos y las agresiones.

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

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

Ahora bien, la valoración social del sistema de atención en salud depende no sólo de la capacidad resolutiva, la oferta de servicios, calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no “médicos” vinculados a la atención. Entre estos, la relación entre usuarias y usuarios y el equipo de salud, tiempos de espera, acceso a la

información, trato digno y respetuoso, infraestructura adecuada a necesidades y expectativas de los y las usuarias y en relación a ello se podrían establecer los siguientes supuestos:

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

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

- ✓ Consejos de Desarrollo Local apoya la gestión del Centro de Salud y cumple el rol de control social y realiza un planificación anual
- ✓ Oficina de Gestión de Solicitudes Ciudadanas (OIRS) que permiten acoger las necesidades de la población usuaria con eficiencia en un marco de equidad, respeto a los derechos y dignidad de las personas.
- ✓ Comité Asesor de OIRS: Éste comité funciona al interior de los Consejos de Desarrollo Local con el fin de dar transparencia a la gestión de las solicitudes ciudadanas (Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones) realizadas por las Direcciones de los CESFAM de la comuna.
- ✓ Mesas Territoriales: Instancias de trabajo conjunto entre los equipos de salud y la comunidad, asociadas a un territorio delimitado y concebidas con el objetivo de materializar el enfoque comunitario del modelo de salud que se desarrolla en los Centros de Salud de la comuna, en cada uno, existe a lo menos una Mesa Territorial por sector, en las que dentro de sus actividades se encuentra el Diagnóstico Participativo, conclusiones que se incluyen en la planificación de cada Centro y por ende en la planificación comunal.

NECESIDADES DE SALUD EXPRESADAS POR LA POBLACIÓN:

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

Metodológicamente, cada centro de salud de la comuna elaboró su Diagnóstico Participativo sistematizando los diagnósticos realizados por sector en los espacios de encuentro comunitario que permite cada Mesa Territorial (una en cada sector), como parte de las actividades programadas para cada año. En éste proceso, participa un total de aproximadamente 313 personas que representaban a cerca de 151 organizaciones o instituciones de diferentes puntos de la comuna. Cada sector entregó su propia descripción metodológica y el análisis de los nudos críticos percibidos por la comunidad, generándose un resumen por establecimiento que permite obtener un resumen comunal de las necesidades y problemáticas que detallamos a continuación:

1. PROBLEMAS MEDIO AMBIENTALES: Perros callejeros y/o abandonados, Micro basurales, canales de riego abierto, Falta de educación medio ambiental. Priorizado en la totalidad de los centros de salud de la comuna.
2. PROBLEMAS EN LA ATENCION EN CENTROS DE SALUD: Problemas de infraestructura, trato, oportunidad de la atención. Priorizado en 5 de los 6 de los centros de salud de la comuna.
3. PREOCUPACIÓN POR LA SITUACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES: Adultos mayores en situación de abandono, Problemas de salud, Prioridad y accesibilidad a la atención. Priorizado en 4 de los 6 de los centros de salud de la comuna.
4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: Priorizado en 4 de los 6 de los centros de salud de la comuna, no especificada.
5. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS: Priorizado en 3 de los 6 de los centros de salud de la comuna.
6. DELINCUENCIA Y SENSACIÓN DE INSEGURIDAD: Priorizado en 3 de los 6 de los centros de salud de la comuna.

B.- PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y PROBLEMAS DE SALUD

Expuesto lo anterior se definen las siguientes prioridades:

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

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

2.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO DE CURICÓ A LO LARGO DEL CICLO VITAL:

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

- PERÍODO PERINATAL: Mortalidad Materna y Perinatal asociada a Patologías Obstétricas; Mortalidad y Discapacidad asociada a Partos Prematuros.
- PERIODO INFANCIA (0 A 9 años): Morbimortalidad asociado a Accidentes, Rezago en el Desarrollo Infantil.
- PERÍODO ADOLESCENCIA (10 a 19 años): Muertes por Suicidios, Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas, Embarazo Adolescente.
- PERÍODO ADULTEZ (20 a 59 años): Morbilidad, Discapacidad y Mortalidad Prematura por Enfermedades Cardiovasculares; Cáncer; Trastornos Mentales, Violencia y Traumatismos.
- PERÍODO ADULTO MAYOR (más de 60 años): Pérdida de funcionalidad e independencia del adulto mayor.
- TRANSVERSAL AL CICLO VITAL: Obesidad, Sedentarismo, Consumo de Sal; Consumo de Tabaco, Enfermedades Respiratorias Agudas y Crónicas; Enfermedades Transmisibles.

3.- MEJORA CONTINUA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN USUARIA:

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

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.

C.- ACTUALIZACION PLAN COMUNAL DE SALUD

La metodología de evaluación de avance 2014 de plan de salud del cuatrienio y la actualización del Plan de Acción para el año 2015 se basó en una revisión cualitativa y cuantitativa de los indicadores del año anterior bajo un proceso participativo e integrador dentro de los equipos de salud de los establecimientos de la comuna. El principal fin metodológico fue distinguir y seleccionar aquellos indicadores que reflejaran el avance en el logro del abordaje de las problemáticas comunales priorizadas y del cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud

En este sentido, se establece que el principal insumo para la sustentación de información de la evaluación y actualización Plan de Salud Municipal está contenido en la información documentada en el Departamento de Salud, las orientaciones y lineamientos de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, las orientaciones programáticas del Minsal, el Régimen General de Garantías AUGE como instrumento de regulación sanitaria, Compromisos e Indicadores de Gestión en Salud 2014, el PLADECO, PADEM y otros instrumentos públicos de planificación y la retroalimentación comunitaria,

La conducción metodológica ha sido liderada por un grupo de profesionales asesores de la Dirección Comunal de Salud encabezados por la Unidad de Gestión Clínica. Este equipo está conformado por profesionales cada uno como asesor (a) o referente técnico de un programa o convenio de salud y que han trabajado con un enfoque participativo, flexible y dinámico para direccionar los destinos de nuestro Departamento de Salud fortaleciendo el trabajo de equipos directivos y técnicos de los centros de salud.

El Plan de Acción cuenta con Indicadores operativos con el fin de alcanzar los objetivos sanitaros, los Compromisos e Indicadores de Gestión en Salud, los indicadores asociados a convenios y el Régimen General de Garantías AUGE .

Indicadores Programa Infantil

Número único	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2014	Observaciones
94	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de controles sanos de los 2 meses de edad del niño(a) en los que se aplica a las madres la Escala de Depresión Edimburgo	Número de controles sanos a los 2 meses de edad del niño(a) en los que se administra a las madres la Escala de Depresión Edimburgo	Número de controles sanos a los 2 meses de edad del niño(a)	95%	**97%**	
94	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de controles sanos de los 6 meses de edad del niño(a) en los que se aplica a las madres la Escala de Depresión Edimburgo	Número de controles sanos a los 6 meses de edad del niño(a) en los que se administra a las madres la Escala de Depresión Edimburgo	Número de controles sanos a los 6 meses de edad del niño(a)	95%	**92%**	
95	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de madres con resultado positivo en la aplicación de la Escala de Edimburgo que ingresan a tratamiento por depresión postparto	Número de madres con resultado positivo en la aplicación de la Escala de Edimburgo que ingresan a tratamiento por depresión postparto	Número de madres con resultado positivo en la aplicación de la Escala de Edimburgo	80%	**5%**	
218	Sobrepeso y Obesidad	Prevención	Porcentaje de niños(as) entre los 12 y 17 meses, bajo control con obesidad	Número de niños(as) entre los 12 y 17 meses, bajo control con obesidad	Número de niños(as) entre los 12 y 17 meses bajo control	No aplica	**8,2%**	
224	Sobrepeso y Obesidad	Prevención	Porcentaje de niños de 12 a 17 meses bajo control con obesidad que mejoran su condición	Número de niños de 12 a 17 meses bajo control con obesidad que mejoran su condición (reevaluación)	Número de niños de 12 a 17 meses con obesidad en la primera evaluación	No aplica	**No evaluado**	
227	Sobrepeso y Obesidad	Prevención	Porcentaje de niños/as bajo control entre el 5to a 11avo mes con diagnóstico nutricional normal con consulta nutricional del 5to mes	Número de niños(as) bajo control entre el 5to a 11avo mes con diagnóstico nutricional normal con consulta nutricional del 5to mes	Número de niños(as) bajo control entre el 5to a 11avo mes con diagnóstico nutricional normal	80%	**40%**	
229	Sobrepeso y Obesidad	Prevención	Porcentaje de niños(as) bajo control entre los 42 y 47 meses con diagnóstico nutricional normal con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses	Número de niños(as) bajo control entre los 42 y 47 meses con diagnóstico nutricional normal con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses	Número de niños(as) bajo control entre los 42 y 47 meses con diagnóstico nutricional normal	80%	**19%**	
219	Sobrepeso y Obesidad	Prevención	Porcentaje de lactantes al sexto mes de vida con lactancia materna exclusiva.	Número de lactantes que al sexto mes de vida reciben lactancia materna exclusiva	Número de lactantes al sexto mes de vida con control de salud	60%	**46%**	

224	Sobrepeso y Obesidad	Prevención	Porcentaje de niños menores de 6 años con diagnóstico de obesidad	Número de niños y niñas menores de 6 años con diagnóstico nutricional de obesidad	Población bajo control en niños(as) menores de 6 años	Menor a 10%	**10,2%**	
LOCAL	Sobrepeso y Obesidad / Salud Infantil	Prevención	Tasa anual de 2 controles realizados a niños(as) entre 12 y 23 meses	Número de controles realizados a niños(as) entre los 12 y 23 meses	Población bajo control en el grupo de 12 y 23 meses	2	**1,6**	
LOCAL	Sobrepeso y Obesidad / Salud Infantil	Prevención	Tasa anual de 2 controles realizados a niños(as) entre 24 y 47 meses	Número de controles realizados a niños(as) entre los 24 y 47 meses	Población bajo control en el grupo de 24 y 47 meses	2	**0,7%**	
LOCAL	Salud Infantil	Prevención Secundaria	Porcentaje de niños con incidencia de déficit del DSM en poblacion de 36 meses	Número de niños(as) con déficit del DPM a los 36 meses	Total de evaluaciones del DPM a los 36 meses.	Disminuir un 10%	**8,20%**	
LOCAL	Salud Infantil	Desarrollo Infantil Integral	Porcentaje de niños con EEDP en población de 12 a 23 meses	Número de niños(as) de 12 a 23 meses con 1º evaluación del DSM	Nº de niños(as) de 12 a 23 meses bajo control a Diciembre 2014	95%	**75,64 %**	
278	Salud Infantil	Prevención Secundaria	Porcentaje de recuperación de niños(as) diagnosticados con déficit del DSM en población de 12 a 23 meses, al cuarto mes.	Número de niños(as) de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DPM, recuperados período Enero a Dic 2014	Nº de niños(as) de 12 a 23 meses diagnosticado con riesgo del DSM en 1º evaluación, período enero a dic 2104	90%	**78%**	
LOCAL	Salud Infantil	Desarrollo Infantil Integral	Porcentaje de Evaluación de DPM (TEPSI) en población de 36 meses	Número de niños(as) de 36 meses con 1º evaluación del DSM (TEPSI)	Nº de niños(as) de 36 meses bajo control a Dic 2014	70%	**52%**	
282	Salud Infantil	Prevención Secundaria	Promedio de Visitas Domiciliarias, por niños con diagnóstico de déficit de DSM.	Número de Visitas Domiciliarias realizadas a niños y niñas déficit con DSM	Número de Niños y niñas con déficit en el DSM	2	**2**	
278	Salud Infantil	Prevención Secundaria	Porcentaje) de recuperación de niños y niñas diagnosticado con riesgo del DSM.	Número de niños(as) diagnosticados con riesgo del DSM, que en la reevaluación son diagnosticados con un DSM normal	Número de niños y niñas diagnosticados con riesgo del DSM en la primera evaluación	No aplica	**62%**	
279	Salud Infantil	Prevención Secundaria	Porcentaje de recuperación de niños y niñas diagnosticado con retraso del DSM	Número de niños(as) diagnosticados con retraso del DSM, que en la reevaluación son diagnosticados con un DSM normal	Número de niños y niñas diagnosticados con retraso del DSM en la primera evaluación	No aplica	**31%**	

Indicadores Programa Adolescente

Número único	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2014 septiembre	Observaciones
296	Muertes por suicidios	Vigilancia	Porcentaje de SAPU y SUR que implementan vigilancia de intentos de suicidio en la comuna de Curico	Número de SAPU - SUR que implementan vigilancia de intentos de suicidio	Número de Servicios SAPU Y SUR	100%	100,00%	
293	Muertes por suicidios	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de población adolescentes, que recibieron Control de Salud Integral, en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes , que recibe Control de Salud Integral	Número de adolescentes inscritos	11%	9,09%	sin contar EA
	Muertes por suicidios	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos con GHQ-12 aplicado,en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos con GHQ-12 aplicado	Número de adolescentes entre 15 y 19 años inscritos	N/A	0,88%	Numerador: Incluido en REM 2014
557	Muertes por suicidios	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes a las que se les aplica GHQ-12 y que obtienen resultado positivo (5 o más puntos) en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes a las que se les aplica GHQ-12 y que obtienen resultado positivo (5 o más puntos)	Número de adolescentes a las que se les aplica GHQ-12	N/A	16,13%	Numerador-Denominador: Incluido en REM 2014
96	Muertes por suicidios	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes con sospecha de depresión detectados en CJS,en la comuna de Curicó	Número de adolescentes a las que se les aplica CJS pesquizados con sospecha de depresion (sin GHQ-12)	Número de adolescentes a las que se les realiza CJS	N/A	1,39%	
6	Muertes por suicidios	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes inscritos que ingresan a tratamiento por depresión, ,en la comuna de Curicó	Número de adolescentes inscritos que ingresan a tratamiento por depresión	Número de adolescentes inscritos	N/A	0,36%	
289	Muertes por suicidios	Detección de Casos de Riesgo	Porcentaje de adolescentes que cuentan con tamizaje de riesgo de suicidio aplicado (OKASHA),en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes que cuentan con tamizaje de riesgo de suicidio aplicado	Número de adolescentes inscritos	N/A	3,90%	Inlcuido en REM 2014
8	Embarazo Adolescente	Vigilancia	Porcentaje de gestantes adolecentes que ingresan a control prenatal, en la comuna de Curicó. Establecer línea de base	Número de gestantes adolescentes que ingresan a control prenatal en la comuna de Curicó.	Número de mujeres adolescentes inscritas	N/A	2,16%	

301	4	Embarazo Adolescente	Porcentaje de mujeres adolescentes de 10 a 19 años que ingresan a control prenatal por segunda vez, en la comuna de Curicó	Número de mujeres adolescentes que ingresan a control prenatal por segunda vez	Número de mujeres adolescentes que ingresan a control prenatal	N/A	12,96%	
302	4	Embarazo Adolescente	Promedio de visitas domiciliarias integrales realizadas a gestantes menores de 15 años que ingresan a control prenatal, en la comuna de Curicó	Número de visitas domiciliarias integrales realizadas a gestantes menores de 15 años según ingresos a control prenatal de gestantes menores de 15 años	Número de ingresos a control prenatal de gestantes menores de 15 años	N/A	209,09%	
9	Embarazo Adolescente	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de centros de salud que cuentan con al menos Espacio amigable /Diferenciado para la Atención de Adolescentes, en la comuna de Curicó.	Número de centros de salud que cuentan Espacio Amigable/ Diferenciado para la Atención de Adolescentes	Número de centros de salud de la comuna	100%	33,33%	
299	Embarazo Adolescente	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de adolescentes que usan algún método de regulación de fecundidad, en la comuna de Curicó	Número de adolescentes bajo control en regulación de fecundidad	Número de adolescentes inscritos	aumentar 10% en 3 años los ingresos. 2013: 10,9%	12,83%	
325 - 326	Embarazo Adolescente	Cobertura y Calidad de la Atención	Tasa de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes inscritos, en la comuna de Curicó	Número de consejeria en Salud Sexual y Reproductiva a adolescentes inscritos	Número de adolescentes inscritos		2,78%	* Numerador: Incluido en Rem 2014
325 - 326	Embarazo Adolescente	Cobertura y Calidad de la Atención	Tasa de Consejerías en Regulacion de la Fertilidad en adolescentes inscritas, en la comuna de Curicó	Número de consejeria en Regulacion de la Fertilidad a adolescentes inscritos	Número de adolescentes inscritos		3,34%	* Numerador: Incluido en Rem 2014
541	Conducta Sexual	Promoción y prevención	Tasa de entrega de preservativos en consejería en Prevención VIH/ITS en los espacios amigables/diferenciados para adolescentes y jóvenes, en la comuna de Curicó.	Número de preservativos entregados en consejería en Prevención VIH/ITS en los espacios amigables/diferenciados para adolescentes y jóvenes	Número de consejerías en Prevención VIH/ITS en espacios amigables/diferenciados para adolescentes y jóvenes		57,14%	* Numerador: Incluido en Rem 2014

245	Consumo de tabaco, OH Y Drogas.	Intervención en AP	Porcentaje de adolescentes con consumo riesgoso de drogas que reciben consejería por consumo de drogas pesquizados en CJS, en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes con consumo riesgoso de drogas que reciben consejería por consumo de drogas	Número de adolescentes con consumo riesgoso de drogas pesquizados en CJS.	100%	42,86%	
100	Consumo de tabaco, OH Y Drogas.	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años con AUDIT aplicado, en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes inscritos con AUDIT aplicado	Número de adolescentes inscritos		8,61%	
214	Consumo de tabaco, OH Y Drogas.	Intervenciones Breves	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19años con AUDIT de 1 a 15 puntos que recibe intervención breve, en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes de 15 a 19 años con AUDIT de 1 a 15 puntos que recibe intervención breve	Número de jóvenes entre 15 y 19 años con AUDIT de 1 a 15 puntos		115,48%	
18	Consumo de tabaco, OH Y Drogas.	Cesación del Consumo	Porcentaje de altas odontologicas integrales de 12 años que reciben consejería breve* en tabaco, del total de altas adontologicas, en la comuna de Curicó	Número consejo breve en tabaco realizados a adolecentes de 12 años.	Número de altas odontologicas de 12 años.	100%	85,19%	
98	Consumo de tabaco, OH Y Drogas.	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes inscritos que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicotrópicas,en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes inscritos que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicotrópicas	Número de adolescentes inscritos		0,03%	
101	Consumo de tabaco, OH Y Drogas.	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes con AUDIT de 16 puntos o más que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia al alcohol,en la comuna de Curicó.	Número de adolescentes con AUDIT de 16 puntos o más que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia al alcohol	Numero de adolescente con AUDIT 16 puntos o más	100%	60,00%	
21	Obesidad y consumo de sal	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje adolescentes con sp y obesidad que son derivados/as a consulta nutricional del total de adolescentes con sp y obesidad diagnosticado en control de salud (CJS), en la comuna de Curicó	Número de adolescentes derivados consulta nutricional y/o p. vida sana	Número de adolescentes con sp y obesisdadpesquizados en el CJS	100%	83,58%	

Indicadores Programa de la Mujer

Número único	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2013	2014	Observaciones
1	**Salud Perinatal**	Prevención	Porcentaje de gestantes que ingresan a control prenatal que tienen control preconcepcional	Nº de Gestantes que ingresan a control prenatal con control preconcepcional	Nº Gestantes totales que ingresan a control prenatal	**20%**	No evaluado	No evaluado	Se implementara a partir 2015
2	**Salud Perinatal**	Prevención	Porcentaje de gestantes bajo control prenatal con sobrepeso u obesidad que son atendidas en al menos 2 consultas nutricionales	Nº de Gestantes SP Y O, que acceden a dos consultas nutricionales	Total de Gestantes ingresos SP Y O	**80%**	No evaluado	24,30%	
3	**Salud Perinatal**	Prevención	Porcentaje de gestantes que ingresan a control prenatal con factores de riesgo de parto prematuro	Número de gestantes que ingresan a control prenatal con factores de riesgo de parto prematuro	Número de gestantes que ingresan a control prenatal	**no aplica**	No evaluado	No evaluado	
4	**Salud Perinatal**	Prevención	Porcentaje de gestantes que son derivadas al nivel secundario por factores de riesgo de parto prematuro, por Centro de Salud	Nº de gestantes derivadas al nivel secundario por factores de riesgo de parto prematuro	Nº de gestantes que presentan factores de riesgo para parto prematuro	**100%**	No evaluado	100%	
5	**Salud Perinatal**	Prevención	Porcentaje de gestantes que ingresan acontrol prenatal con menos de 14 semanas	Nº de gestantes que ingresan a control prenatal con menos de 14 semanas de gestacion	Nº de gestantes que ingresan a control prenatal.	**94,31%**	**94,31%**	92,30%	
6	**Cáncer**	Detección y confirmación diagnóstica	Porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años de edad beneficiarias, que cuentan con PAP en los últimos 3 años.	Mujeres entre 25 y 64 años de edad beneficiarias, que cuentan con PAP en los últimos 3 años	N° de Mujeres entre 25 y 64 años de edad beneficiarias	**80%**	69,50%	66,2	
7	**Cáncer**	Detección y confirmación diagnóstica	Porcentaje de mujeres entre 50 y 59 años de edad beneficiarias, que cuentan con mamografía realizada dentro de los últimos 3 años	Nº de mujeres entre 50 y 59 años de edad beneficiarias, que cuentan con mamografía realizada dentro de los últimos 3 años	Mujeres entre 50-59 años de edad beneficiarias	**80%**	48,5	45%	
8	**Cáncer**	Detección y confirmación diagnóstica	% personas mayores de 15 años, con PPM que se les realiza mamografia	Nª de personas que se realizan mamografia por PPM	Nº de personas que se les solicita mamografia por PPM	**100%**	92%	93%	
9	**VIH**	Detección y confirmación diagnóstica	Tasa de mortalidad por Virus de Inmunodeficiencia Humana	Nª de personas que fallecen por VIH	poblacion total	**No aplica**			

10	**VIH**	Detección y confirmación diagnóstica	% de personas beneficiadas con actividades de promoción de Salud sexual y Reproductiva	Número de personas que participan de actividades de promoción de Salud sexual y Reproductiva	poblacion beneficiaria	**no aplica**	No evaluado	No evaluado	
11	**VIH**	Detección y confirmación diagnóstica	% de personas mayores de 15 años que reciben consejeria de prevencion de VIH e ITS	Nº de consejerias de prevencion de VIH e ITS en personas mayores de 15 años	poblacion beneficiaria mayor de 15 años	**5%**	1,90%	1,50%	
12	**VIH**	Detección y confirmación diagnóstica	% de poblacion mayor de 15 años que se toma VIH	Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 15 años y más	poblacion beneficiaria mayor de 15 años	**5%**	1,20%	1,25%	
13	**VIH**	Detección y confirmación diagnóstica	% de gestantes que al noveno mes tienen al menos un VIH	Número de Gestantes QUE al noveno mes tienen su VIH	total de gestantes de noveno mes (corte)	**100%**	No evaluado	No evaluado	
14	**VIH**	Detección y confirmación diagnóstica	% de personas con VIH (+) derivadas a UNACESS	Numero de personas VIH (+) derivadas a UNACESS	Total de personas con VIH (+) diagnosticadas	**100%**	100%	100%	
15	**VIH**	Detección y confirmación diagnóstica	Porcentaje de centros con toma de muestra implementado	Nº de centros con toma de VIH implementado	Nº total de centros de la comuna	**100%**	93,30%	100%	
16	**Sobre Peso Y Obesidad**	Prevención	porcentaje de mujeres post parto evaluadas al octavo mes con estado nutricional sobre peso y obesas	numero de mujeres post parto evaluadas al octavo mes con estado nutricional sobre peso y obesas	total de mujeres post parto evaluadas al octavo mes.	**55%**	61,40%	61,60%	

Indicadores Programa Adulto

Número OE	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2013	2014	Observaciones
2	Enfermedades Cardiovasculares	Oportunidad de la Atención	Porcentaje de personas bajo control del PSCV que asiste a control conocen síntomas de IAM y ACV	Número de personas bajo control del PSCV que asiste a control conocen síntomas de IAM y ACV	Personas bajo control del PSCV	80%	No aplica	No aplica	Se implementa a partir del Septiembre del 2014
2	Hipertensión Arterial	Calidad de la Atención	Porcentaje de personas de 15 años y más con hipertension arterial (HTA) de acuerdo a prevalencia	Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años	Nº de Hipertensos de 15 y más años, esperados según prevalencia (Población Inscrita Validada de 15-64 años x 15,7% + Población Inscrita Validada de 65 y más años x 64,3%)	71%	69,9%	68,3%	
2	Hipertensión Arterial	Prevención secundaria y Control	Porcentaje de personas de 15 años y más hipertensas con presión arterial <140/90 mm Hg de acuerdo a prevalencia		Nº de Hipertensos de 15 y más años, esperados según prevalencia (Población Inscrita Validada de 15-64 años x 15,7% + Población Inscrita Validada de 65 y más años x 64,3%)	50%	40,4%	38,8%	
2	Hipertensión Arterial	Calidad de la Atención	Porcentaje de establecimientos AP* que cuentan con al menos un profesional certificado* en toma de presión arterial, en los últimos 3 años, por CESFAM	Número de establecimientos AP que cuentan con al menos un profesional certificado en toma de PA, en los últimos 3 años.	Número total de establecimientos del Dpto Salud Curicó	100%	No aplica	No aplica	No se cuenta con información
2	Diabetes Mellitus	Prevención secundaria y Control	Promedio de examenes de Hb A1c en pacientes diabéticos bajo control en PSCV	Número exámenes de HbA1c en pacientes diabéticos	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV	100%	No aplica	No aplica	No se cuenta con información
2	Diabetes Mellitus	Prevención secundaria y Control	Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control PSCV, que cuentan con examen de fondo de ojo vigente, por CESFAM	Número de pacientes diabéticos bajo control PSCV que cuentan con examen de fondo de ojo vigente	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV	50%	No aplica	50,3%	
2	Diabetes Mellitus	Prevención secundaria y Control	Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control en PSCV, que cuentan con al menos dos mediciones de presión arterial	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV que tienen al menos dos mediciones de presión arterial	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV	100%	No aplica	No aplica	Implementar registro

			dentro del año, por CESFAM	dentro de los últimos 12 meses					
2	Diabetes Mellitus	Prevención secundaria y Control	Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control en PSCV, que cuentan con al menos un examen de colesterol LDL dentro del año, por CESFAM	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV que tienen al menos 1 examen de colesterol LDL dentro de los últimos 12 meses	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV	100%	No aplica	No aplica	Implementar registro
2	Diabetes Mellitus	Prevención secundaria y Control	Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control en PSCV evaluados con el QUALIDIAB-Chile	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV que han sido evaluados con el QUALIDIAB-Chile en los últimos 12 meses	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV	33% anual	19,1%	21,1%	
2	Diabetes Mellitus	Prevención secundaria y Control	Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control en PSCV con Ex de pie vigente	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV con Examen de Pie evaluados en los últimos 12 meses	Número de pacientes diabéticos bajo control en PSCV	90%	78,3%	65,8%	
2	Enfermedad Renal Crónica	Control y Manejo Clínico	Porcentaje de pacientes diabéticos en PSCV que cuentan con razón albúmina-a-creatinina urinaria (RAC) como indicador de daño renal, dentro del último año, por CESFAM	Número de pacientes diabéticos en PSCV que tienen una determinación de RAC dentro de los últimos 12 meses	Número de pacientes diabéticos en PSCV	100%	No aplica	No aplica	Implementar registro
2	Enfermedad Renal Crónica	Control y Manejo Clínico	Porcentaje de pacientes diabéticos en PSCV, que cuentan con la determinación VFG (indicador de función renal), dentro del último año, por CESFAM	Número de pacientes diabéticos en PSCV que tienen una determinación de VFGe dentro de los últimos 12 meses	Número de pacientes diabéticos en PSCV	100%	No aplica	No aplica	Implementar registro
2	Enfermedad Renal Crónica	Control y Manejo Clínico	Porcentaje de pacientes diabéticos y ERC en PSCV, que reciben tratamiento con IECA o ARA II, por CESFAM	Número de pacientes diabéticos y ERC en PSCV en tratamiento con IECA o ARA II	Número de pacientes diabéticos y ERC en PSCV	100%	No aplica	No aplica	Implementar registro

2	Estrategias Transversales	Modelo de Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas	Porcentaje de establecimiento de AP* , que utilizan estrategia: acompañamiento de usuarios a control PSCV, por CESFAM	Número de establecimiento de AP, que utilizan estrategia acompañamiento de usuarios a control PSCV	Número de establecimientos del Depto Salud Curicó	80%	No aplica	No aplica	Implementar registro
2	Estrategias Transversales	Modelo de Atención de Pacientes con Enfermedades Crónicas	Porcentaje de establecimiento de AP* , que utilizan estrategia Club de Diabéticos, por CESFAM	Número de establecimiento de AP, que utilizan estrategia Club de Diabéticos	Número de establecimientos del Depto Salud Curicó	80%	No aplica	33,3%	
3	Consumo de Alcohol	Intervenciones Breves	Porcentaje de personas inscritas de 20 a 64 años con AUDIT > 7 puntos	Número de personas inscritas de 15 a 24 años con AUDIT > 7 punto	Número de personas inscritas de 15 a 24 años	% DM bajo control en PSCV, que cuentan con al menos un examen colesterol LDL en el año, por CESFAM	No aplica	No aplica	Implementar registro

Número OE	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2013	2014	Observaciones
4	Salud del Adulto Mayor	Detección, Evaluación Funcional y Cobertura de Atención	Porcentaje de personas adultas mayores de 65 años y más,inscritas que cuentan con EMPAM realizado durante el último año.	Número de personas adultas mayores, de 65 años y más, inscritas que cuentan con EMPAM realizado durante el último año	Número de personas adultas mayores de 65 años y más, inscritas	70%	49,3%	35,50%	
4	Salud del Adulto Mayor	Detección, Evaluación Funcional y Cobertura de Atención	Porcentaje de personas adultas mayores de 65 años y más con resultado de evaluación funcional: autovalentes con riesgo y/o con riesgo de dependencia, con control de seguimiento efectuado dentro de los primeros 6 meses de realizado el EMPAM	Número de personas de 65 años y más, autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, con control de seguimiento efectuado dentro de los primeros 6 meses de realizado el EMPAM	Número de personas adultas mayores de 65 años y más, autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, con EMPAM vigente	100%	No aplica	No aplica	Se implementa a partir del 2° Semestre del 2014
4	Salud del Adulto Mayor	Detección, Evaluación Funcional y Cobertura de Atención	Porcentaje de población de 65 años y más, que han sido atendidos en Centros Comunitarios de Rehabilitación, por SS	Número de personas adultas mayores, de 65 años y más, que han sido atendidas en centros comunitarios rehabilitación	Número de personas adultas mayores de 65 años y más, inscritas	5%	No aplica	No aplica	Implementar registro
2	Discapacidad	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de usuarios, de la red de Rehabilitación, dependientes* que están a cargo de cuidador que cuenta con Plan de Apoyo Integral para el Cuidador* incorporado en el PTI.	Número de usuarios, de la red de Rehabilitación, dependientes que estan a cargo de un cuidador que posee Plan de Apoyo Integral al Cuidador incorporado en el PTI	Número de usuarios, de la red de Rehabilitación, dependientes que estan a cargo de un cuidador	70%	No aplica	No aplica	Implementar registro

Indicadores Programa Salud Mental

Número OE	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2014	Observaciones
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes inscritos que ingresan a Programa de Salud Mental	Número de adolescentes inscritos que ingresan a tratamiento a Programa de Salud Mental	Número de adolescentes inscritos	n/a	1,4%	
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de personas inscritas, mayores de 15 años que ingresan a tratamiento por depresión	Número de personas inscritas, mayores de 15 años que ingresan a tratamiento por depresión	Número de personas mayores de 15 años inscritos	n/a	6,70%	
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de niños y niñas que ingresan a tratamiento por Trastorno Déficit Atencional	Número de niños y niñas inscritas que ingresan a tratamiento por TDAH	Número de niños, niñas inscritos	n/a	0,50%	
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de adolescentes inscritos que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicotrópicas	Número de adolescentes inscritos que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicotrópicas	Número de adolescentes inscritos	n/a	0,10%	
2	Trastornos Mentales	Calidad de la atención	Porcentaje de personas egresadas de tratamiento por consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicotrópicas por alta clínica	Número de personas egresadas de tratamiento por consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicotrópicas por alta clínica	Número de personas egresadas de tratamiento por consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicotrópicas	25%	81%	
2	Trastornos Mentales	Calidad de la atención	Porcentaje de personas egresadas de tratamiento por depresión por alta clínica	Número de personas egresadas de tratamiento por depresión por alta clínica	Número de personas egresadas de tratamiento por depresión	85%	62%	
2	Trastornos Mentales	Calidad de la atención	Porcentaje de personas egresadas de tratamiento por consumo perjudicial o dependencia al alcohol por alta clínica	Número de personas egresadas de tratamiento por consumo perjudicial o dependencia al alcohol por alta clínica	Número de personas egresadas de tratamiento por consumo perjudicial o dependencia al alcohol	80%	55%	
4	Salud del Adolescente	Sistema Local de Vigilancia y seguimiento.	Porcentaje de SUR, SAPU y Cesfam que implementan sistema de vigilancia y seguimiento de intentos de suicidio.	Número de SUR, SAPU y CESFAMs que implementan sistema de vigilancia y seguimiento de intentos de suicidio.	Número de SUR, SAPU y CESFAMs de la Comuna	90%	45%	

2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de gestantes con resultado positivo en la Escala de Depresión Edimburgo que ingresan a tratamiento por depresión	Número de gestantes con resultado positivo en la Escala de Depresión Edimburgo que ingresan a tratamiento por depresión	Número de gestantes con resultado positivo en la Escala de Depresión Edimburgo	80%	5,10%	
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de niños(as) de 5 a 9 años inscritos que ingresan a tratamiento por trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	Número de niños(as) de 5 a 9 años inscritos que ingresan a tratamiento por trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	Número de niños(as) de 6 a 9 años inscritos	No aplica	0,90%	
2	Trastornos Mentales	Calidad de la atención	Porcentaje de personas inscritas de 15 años y más que ingresan a tratamiento por trastorno ansioso	Número de personas inscritas de 15 años y más que ingresan a tratamiento por trastorno ansioso	Número de personas inscritas de 15 años y más		3,60%	
3	Consumo de Drogas Ilícitas	Intervención en AP	Porcentaje de gestantes con consumo riesgoso de drogas que reciben consejería por consumo de drogas	Número de gestantes con consumo riesgoso de drogas que reciben consejería por consumo de drogas	Número de gestantes con consumo riesgoso de drogas	90%	NO REGISTRADO 2014	
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de personas entre 20 a 64 años, bajo control por condiciones crónicas, con aplicación de GHQ-12	Número de personas entre 20 a 64 años inscritas con aplicación de GHQ-12	Número de personas entre 20 a 64 años, bajo control por condiciones crónicas	20%	ACTIV. NO SE REALIZA EL 2014	
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de niños(as) entre 6 y 9 años bajo control con tamizaje para detección de Trastorno Hipercinetico aplicado	Número de niños(as) entre 6 y 9 años bajo control con tamizaje para detección de Trastorno Hipercinetico aplicado	Número de niños(as) entre 6 y 9 años bajo control	35%	ACTIV. NO SE REALIZA EL 2014	Falta evaluar si se realizará esto el 2015 y que profesional.
2	Trastornos Mentales	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de niños(as) entre 6 y 9 años con Conners positivo que ingresan a tratamiento por trastorno hipercinético	Número de niños(as) entre 6 y 9 años con Conners positivo que ingresan a tratamiento por trastorno hipercinético	Número de niños(as) entre 6 y 9 años con Conners positivo	85%	DENOMINADOR NO REGISTRADO 2014	

Indicadores Programa Rehabilitación

Número OE	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2014	Observaciones
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Calidad de la Atención	Porcentaje de niños(as) menores de un año con riesgo moderado y grave de morir por neumonía* que reciben Visita Domiciliarian Integral, por Cesfam	Número de niños y niñas menores de un año con riesgo elevado de morir por neumonía* que reciben Visita Domiciliaria Integral	Número de niños y niñas menores de un año con riesgo moderado y grave de morir por neumonía*	N/A	84%	Solo score grave de morir por nac
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Calidad de la Atención	Porcentaje de personas menores de 20 años, que fallecen en su domicilio por neumonía, a los que se les realiza auditoría, por SS	Número de personas menores de 20 años, que fallecen en su domicilio por neumonía, a los que se les realiza auditoría	Número de personas menores de 20 años, que fallecen en su domicilio por neumonía	N/A	N/A	No se han notificado auditorias en este grupo etareo desde SSMAULE
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Calidad de la Atención	Porcentaje de personas entre 20 y 80 años, que fallecen en su domicilio por neumonía, a los se les realiza auditoría, por SS	Número de personas entre 20 y 80 años, que fallecen en su domicilio por neumonía, a los se les realiza auditoría	Número de personas entre 20 y 80 años, que fallecen en su domicilio por neumonía	N/A	100%	Se notificaron 9, de las cuales se realizaron 9 auditorias
2	Enfermedad Respiratorias Crónica	Calidad de la atención	Porcentaje de pacientes respiratorios crónicos (Asma y EPOC) que ingresan al programa ERA y mejoran su puntaje de calidad de vida a los 12 meses de ingresados	Número de pacientes respiratorios crónicos (Asma y EPOC) que ingresan al programa ERA y mejoran su puntaje de calidad de vida a los 12 meses de ingresados	Númerode pacientes respiratorios crónicos (Asma y EPOC) que ingresaron hace 12 meses al programa ERA	N/A	N/A	Se puede obtener el 2015 al reaplicar test calidad de vida
2	Enfermedad Respiratorias Crónica	Calidad de la atención	Porcentaje de pacientes con patología respiratoria crónica (EPOC) que cuentan con programa de rehabilitación pulmonar finalizado, por SS	Número de pacientes con patología respiratoría crónica (EPOC) que cuentan con programa de rehabilitación pulmonar finalizado de acuerdo a Orientaciones de la Unidad Respiratoria de la DIVAP	Número de pacientes con patologia respiratoria crónica (EPOC) en control	N/A	N/A	Actualmente todos los CESFAMsestan realizando RP, se lograra el 10% del BC epoc
2	Enfermedad Respiratorias Crónica	Prevención secundaria	Porcentaje de paciente crónicos respiratorios (EPOC y Asma), que declaran la estrategia de Hogares Libres de Humo de Tabaco* , por SS	Número de pacientes crónicos respiratorios (EPOC y Asma) que declaran hogares libres humo de tabaco	Número de pacientes crónicos respiratorios (EPOC y Asma)	N/A	N/A	Se realizaron por programa promocion, proximo año focalizar en Cronico respiratorio

4	Salud del Adulto Mayor	Detección, Evaluación Funcional y Cobertura de Atención	Porcentaje de población de 65 años y más, que han sido atendidos en Centros Comunitarios de Rehabilitación, por SS	Número de personas adultas mayores, de 65 años y más, que han sido atendidas en centros comunitarios rehabilitación	Número de personas adultas mayores de 65 años y más, inscritas	5%	1,40%	Realzar y fomentar la funcion de CCR
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Calidad de la Atención	Porcentaje de personas adultas mayores, de 65 y más años, con diagnóstico de neumonía de tratamiento ambulatorio, que reciben control en AP dentro de las 48 horas, por SS	Número de personas adultas mayores, de 65 años y más, diagnosticadas con neumonía de tratamiento ambulatorio que reciben control en AP dentro de las 48 horas	Número de personas adultas mayores, de 65 años y más, diagnosticadas con neumonía de tratamiento ambulatorio	70%	N/A	Según norma, el usuario con NAC+65 debe tener control a las 48 hrs del dg confirmado para evaluacion. (no es lo mismo que garantia Ges de confirmacion) Implementar control medico o kine a las 48 hrs y su correcto registro (ges, some, ERA)
2	Enfermedad Respiratorias Crónica	Cobertura de Atención y Detección Precoz	Porcentaje de personas inscritas de 20 años y más que se encuentran bajo control en programa ERA, con diagnóstico confirmado de Asma y EPOC, según normas MINSAL, por SS	Número de personas inscritas de 20 años y más que se encuentran bajo control en programa ERA, con diagnóstico confirmado de Asma y EPOC, según normas MINSAL	Número de personas inscritas y validadas de 20 años y más	5%	1,50%	
2	Enfermedad Respiratorias Crónica	Cobertura de Atención y Detección Precoz	Porcentaje de personas inscritas menores de 20 años bajo control en programa IRA con diagnóstico confirmado de Asma según normas del Minsal, por SS	Número de personas inscritas menores de 20 años bajo control en programa IRA con diagnóstico confirmado de Asma Bronquial según normas del Minsal	Población inscrita y validada menor de 20 años	5%	2,10%	
0	Enfermedad Respiratorias Crónica	Cobertura de Atención y Detección Precoz	Tasa de ingresos a programa IRA y ERA, por enfermedad respiratoria crónica, por derivaciones de atenciones de urgencia de morbilidad respiratoria, por SS	Número de ingresos a programa IRA/ ERA por enfermedad respiratoria crónica derivadas de atenciones de urgencia de morbilidad respiratoria (Unidad de Emergencia Hospitalaria y SAPU)	Número de Atenciones de Urgencia por IRA baja (Unidad de emergencia hospitalaria y SAPU)	3,5 por 100	N/A	identificar la procedencia del usuario que ingresa a ERA por PATOLOGIA RESPIRATORIA CRONICA
2	Enfermedad Respiratorias Crónica	Calidad de la atención	Porcentaje de pacientes de 20 años y más con patología respiratoria crónica bajo control (EPOC y Asma), por función pulmonar (espirometría vigente) , por Cesfam	Número de pacientes de 20 años y más con patología respiratoria crónica bajo control (EPOC y Asma), por función pulmonar (espirometría vigente)	Número de pacientes de 20 años y más con patología respiratoria crónica bajo control (EPOC y Asma)	60%	34%	solicitar en el primer control del año la espirometria, reforzar solicitud con medico ERA

2	Enfermedad Respiratorias Crónica	Calidad de la atención	Porcentaje de pacientes con patología respiratoria crónica bajo control (EPOC y Asma), que cuentan con evaluación de calidad de vida con instrumento sugerido* al ingreso, por Cesfam	Número de pacientes con patología respiratoria crónica bajo control (EPOC y Asma), que cuentan con evaluación de calidad de vida con instrumento sugerido* al ingreso	Número de pacientes con patología respiratoria crónica (EPOC y Asma) ingresados a control	70%	80%	230 ingresos ERA, con 184 aplicaciones ECV
2	Discapacidad	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de los usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación que cuentan con PTI por cesfam	Número de usuarios ingresados a nivel comunitario de rehabilitación que cuentan con PTI	Número de usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación	80%	38%, 319 de 840	mejorar criterios de derivacion en RBC
2	Discapacidad	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de las personas entre 24 y 60 años con Plan de Tratamiento Integral con objetivos de rehabilitación laboral que alcanzan habilidades sociolaborales*	Número de personas entre 24 y 60 años con Plan de Tratamiento Integral con objetivos de rehabilitacion laboral que alcanzan habilidades sociolaborales	Número de personas entre 24 y 60 años con Plan de Tratamiento Integral con objetivos de rehabilitacion laboral	70%	N/A	implementar monitoreo de variable el 2015
2	Discapacidad	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de usuarios, de la red de Rehabilitación, dependientes* que están a cargo de cuidador que cuenta con Plan de Apoyo Integral para el Cuidador* incorporado en el PTI	Número de usuarios, de la red de Rehabilitación, dependientes que estan a cargo de un cuidador que posee Plan de Apoyo Integral al Cuidador incorporado en el PTI	Número de usuarios, de la red de Rehabilitación, dependientes que estan a cargo de un cuidador	70%	N/A	implementar monitoreo de variable el 2015, integrar a equipo de postrados
2	Discapacidad	Cobertura y Calidad de la Atención	Porcentaje de los usuarios con diagnósticos de ACV, LM y TEC dados de alta del nivel hospitalario que ingresan al nivel comunitario de atención en la Red de Rehabilitación, por SS	Número de usuarios con diagnósticos de ACV, LM y TEC dados de alta del nivel hospitalario que ingresan al nivel comunitario de atención en la Red de Rehabilitación	Número de usuarios con diagnósticos de ACV, LM y TEC dados de alta del nivel hospitalario	80%		
2	Discapacidad	Organos de los sentidos	Porcentaje de adultos que reciben atención de Habilitación y Rehabilitación para el Trabajo en la Red de Rehabilitación que logran ingresar al mercado laboral pertinente.	Número de adultos que reciben atención de Habilitación y Rehabilitación para el Trabajo en la Red de Rehabilitación que están habilitados para ingresar al mercado laboral	Número de adultos que reciben atención de Habilitación y Rehabilitación para el Trabajo en la Red de Rehabilitación	No aplica	N/A	implementar monitoreo de variable el 2015, fortalecer el trabajo por parte de terapeuta ocupacional

2	Discapacidad	Organos de los sentidos	Porcentaje de personas diagnosticadas con deficit sensorial adquirido que ingresan a atención en la red de Rehabilitación	Número de personas con deficit sensorial adquirido que ingresan a atención en la red de Rehabilitación	Número de personas diagnosticados con deficit sensorial adquirido	80%	N/A	implementar monitoreo de variable el 2015, integrar a ccr trabajo de fonoaudiologo
2	Enfermedad Respiratorias Crónica / S. Mental	Cobertura de la Atención y detección	Porcentaje de personas entre 20 a 64 años, bajo control en sala Era, con aplicación de GHQ-12	Número de personas entre 20 a 64 años inscritas con aplicación de GHQ-12	Número de personas entre 20 a 64 años, bajo control por condiciones crónicas	20%	N/A	Implementar en controles ERA, medico o KINE, puede ser autoaplicado, se puede realizar en sala de espera o salas de preparacion

Indicadores de Promoción

Número OE	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Cifra Numerador	Nombre Denominador	Cifra denominador	Estándar	2014	Observaciones
2	Salud Bucal	Intervención Pre-escolar y Escolar	Porcentaje de niños (2 y 4 años), que cuentan con un adulto responsable que se considera capaz de cuidar de su salud bucal	Número de niños de 2 y 4 años que cuentan con un adulto responsable que se considera capaz de cuidarles su salud bucal		Total de niños de 2 y 4 años incluidos en el estudio		No aplica	NO EVALUADA INICIO 2015	
2	Salud Bucal	Intervención Pre-escolar y Escolar	Porcentaje de establecimientos escolares (municipales), que cuentan con programa educativo operativo en Salud Bucal* de 1º a 4º básico	Número de establecimientos escolares (municipales) con programa educativo operativo en Salud Bucal de 1º a 4º básico.		Número establecimientos escolares municipales		No aplica	NO EVALUADA INICIO 2015	
2	Salud Bucal	Intervención Pre-escolar y Escolar	Porcentaje de establecimientos preescolares (municipales, JUNJI-Integra), que cuentan con Programa Educativo Promocion en Salud de Padres* operativo	Número de establecimientos preescolares (municipales, JUNJI e Integra) con programa educativo Promocion en Salud para padres, operativo.		Número de establecimientos preescolares (municipales de JUNJI e Integra)		No aplica	NO EVALUADA INICIO 2015	
2	Salud Bucal	Intervención Pre-escolar y Escolar	Porcentaje de establecimientos preescolares (JUNJI, INTEGRA, Municipales) que cuentan con espacio físico de cepillado	Número de establecimientos preescolares (dependientes de JUNJI, Integra y Municipalidades) con espacio físico de cepillado		Número de establecimientos preescolares (dependientes de JUNJI, Integra y Municipalidades)		No aplica	NO EVALUADA INICIO 2015	
2	Salud Bucal	Intervención Pre-escolar y Escolar	Porcentaje de establecimientos preescolares (JUNJI, INTEGRA, Municipales) s, que cuentan con insumos de cepillado adecuado*	Número de establecimientos preescolares (dependientes de JUNJI, Integra y Municipalidades) con insumos de cepillado adecuados.		Número de establecimientos preescolares (dependientes de JUNJI, Integra y Municipalidades) por SEREMI		No aplica	NO EVALUADA INICIO 2015	

2	Salud Bucal	Intervención Pre-escolar y Escolar	Porcentaje de establecimientos preescolares (JUNJI, INTEGRA, Municipales), cuyos niños reciben barniz de flúor semestralmente, por SS	Número de establecimientos preescolares (dependientes de JUNJI, Integra y Municipalidades), cuyos niños reciben barniz de flúor semestralmente.		Número de establecimientos preescolares (dependientes de JUNJI, Integra y Municipalidades)		No aplica	NO EVALUADA INICIO 2015	
2	Discapacidad	Trabajo intersectorial y participación	Incorporación componente de discapacidad y rehabilitacion en PLADECO,	SI/NO		NO APLICA		SI	NO	
3	Salud Óptima	Promoción de Salud en Comunas	Incorporación de la promoción de salud en alguno de los instrumentos de planificación local (PLADECO, PADEM)	SI/NO		NO APLICA		SI	SI	PADEM PROGRAMA VIDA SALUDABLE ESCOLAR
3	Salud Óptima	Promoción de Salud en Comunas	Porcentaje de actividades de promoción que incorporan de factores protectores psicosociales del total de actividades PCPS	Número de actividades de promoción que incorporan factores protectores psicosociales en PCPS	31	Número Actividades PCPS	31	No aplica	100%	
3	Salud Óptima	Promoción de Salud en Comunas	Porcentaje actividades que incorporan componente de promoción de cohesión social y asociatividad en sus PCPS, por SEREMI	Número de actividades que incorporan componente de promoción de cohesión social y asociatividad en PCPS	21	Número Actividades PCPS	31	No aplica	68%	
3	Salud Óptima	Promoción de Salud en Comunas	Porcentaje de actividades que incorporan actividades de recuperación y habilitación del entorno para promover estilos de vida saludables en PCPS,	Número de actividades que incorporan el componente recuperación y habilitación del entorno para promover estilos de vida saludables en PCPS	4	Número Actividades PCPS	31	No aplica	13%	
3	Salud Óptima	Promoción de Salud en Comunas	Porcentaje de actividades que incorporan componente de alimentación saludable en sus PCPS,	Número de actividades que incorporan componente temático de alimentación saludable en PCPS	11	Número Actividades PCPS	31	No aplica	35%	

3	Salud Óptima	Promoción de Salud en Comunas	Porcentaje actividades de promoción de la salud destinada a adultos mayores en sus PCPS	Número de actividades de promoción de salud destinadas a los adultos mayores en PCPS	14	Número Actividades PCPS	31	No aplica	45%	
3	Consumo de Tabaco	Intervención Escolar	Porcentaje de establecimientos educacionales que participan en actividades de promoción para la prevención del consumo de tabaco* en pcps	Número de establecimientos educacionales que participan en actividades de promoción* para la prevención del consumo de tabaco		Número de establecimientos educacionales		No aplica	NO EVALUADA	
3	Consumo de Tabaco	Intervención Comunitaria	Porcentaje de actividades incorporan componente de tabaco en el PCPS,	Número de actividades que incorporan componente tabaco en el PCPS	6	Número Actividades PCPS	31	No aplica	19%	
3	Sedentarismo	Abogacía	Porcentaje de actividades que incorporan componente de actividad física en sus PCPS,	Número de de actividades que tienen componente de actividad física en sus PCPS por SEREMI	13	Número Actividades PCPS	31	No aplica	42%	
4	Salud Infantil	Desarrollo Infantil Integral	Porcentaje de CESFAM en cuyos planes de salud consideran actividades para la Promoción del Desarrollo Infantil,	Número CESFAM en cuyos planes de salud consideran actividades para la Promoción del Desarrollo Infantil	6	Número de Centros de Salud	6	100%	100%	
7	Gobernanza y Participación	Participación y Derechos de la Ciudadanía y Usuarios	Porcentaje de Centros de Salud que cuentan con Consejos de Desarrollo, funcionando en forma regular y permanente	Número de Centros de Salud que cuentan con Consejos de Desarrollo, funcionando en forma regular y permanente,	6	Número de Centros de Salud	6	100%	100%	
7	Gobernanza y Participación	Participación en el cuidado	Porcentaje de actividades vinculadas a mecanismos de participacion (mesas territoriales ,CDL) programadas durante el año, que son realizadas, por CESFAM	Número de actividades vinculadas a mecanismos de participacion (mesas territoriales ,CDL) programadas durante el año, que son realizadas por CESFAM		Número de actividades vinculadas a mecanismos de participacion (mesas territoriales ,CDL) programadas para el año en CESFAM		No aplica	NO EVALUADA	PLANILLA MONITOREO 2015

8	Satisfacción Usuaria	Protocolos de Atención y Trato	Porcentaje de establecimientos que evaluan plan de mejora de información y gestión de reclamos	Número de establecimientos que evaluan plan de mejora de información y gestión de reclamos	6	Número de establecimientos que implementan plan de mejora de información y gestión de reclamos	6	No aplica	100%	
4	Salud Infantil	Desarrollo Infantil Integral	Porcentaje de niños(as) entre 0 y 5 años, cuyos Madres, padres y/o cuidadores ingresan a Talleres Nadie es Perfecto, por SS	Número de niños entre 0 y 5 años cuyos padres, madres o cuidadoras(es) ingresan al taller N es P	116	Número de niños(as) menores de 6 años que está bajo control	9986	5%	1,2%	SEPTEMBRE
3	Sobrepeso y Obesidad	Prevención	Porcentaje de mujeres entre 15 y 45 años con sobrepeso u obesidad, según EMPA, que ingresan al programa vida sana componente obesidad	Número de mujeres entre 15 a 45 años con sobrepeso u obesidad, según EMPA, que ingresan al programa vida sana componente obesidad		Número de mujeres entre 15 y 45 años con sobrepeso u obesidad, según EMPA	1907	No aplica		SEPTEMBRE
3	Sobrepeso y Obesidad	Intervención en establecimientos de educación	Porcentaje de establecimientos educacionales intervenidos en alimentación saludable y/o actividad física (PCPS)	Número de establecimientos educacionales seleccionados intervenidos en alimentación saludable y/o actividad física (PCPS)		Número de Establecimientos educacionales		No aplica	NO EVALUADA	
8	Satisfacción Usuaria	Mejorar la calidad de la atención en un marco de respeto de los derechos de las personas	Porcentaje de establecimientos que cuentan con protocolos de atención y trato al usuario	Número de Centros de Salud que cuentan con protocolos de atención y trato al usuario en áreas priorizadas por el nivel central		Número de Centros de Salud	6	100%	0,0%	
2	Violencia Intrafamiliar	Trabajo Intersectorial	Incorporación componente Violencia Intrafamiliar en PLADECO	SI/NO		NO APLICA		SI	NO	

Indicadores de Salud familiar

Número OE	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Nombre Numerador	Nombre Denominador	Estándar	2014	Observaciones
No aplica	Salud Familiar	CESFAM de la comuna con Nivel de Desarrollo Superior	Porcentaje de Cesfam de la comuna con Nivel de Desarrollo Superior	Nº de Cesfam de la comuna con nivel de desarrllo superior	Nº de Cesfam de la Comuna	100%	83.3%	
7	Recursos Humanos	Competencias Adecuadas	Porcentaje de funcionarios con capacitación básica en salud familiar	Número de funcionarios con capacitación básica en salud familiar	Número total de funcionarios	90%	#¡REF!	
7	Recursos Humanos	Competencias Adecuadas	Porcentaje de integrantes del equipo gestor de cada CESFAM con capacitación avanzada en salud familiar	Número de integrantes del equipo gestor de cada CESFAM con capacitación avanzada en salud familiar	Número total de funcionarios integrantes del equipo gestor decada CESFAM	40%	76%	
7	Recursos Humanos	Competencias Adecuadas	Tasa de médicos que realizó o se encuentra realizando la especialidad de medicina familiar* en AP	Número de médicos que realizó o se encuentra realizando la especialidad de medicina familiar	Número de médicos de dotación APS	No aplica		
8	Satisfacción Usuaria	Protocolos de Atención y Trato	Porcentaje de funcionarios que son capacitados en Atención y Trato al Usuario	Número de de funcionarios que son capacitados en Atención y Trato al Usuario	Número de funcionarios capacitados en Atención y Trato al Usuario	No aplica		

Número OE	Tema	Resultado Esperado	Nombre Indicador	Cifra reportada del Numerador	Nombre Denominador	Cifra reportada denominador	Estándar	2014	Observaciones
1	Tuberculosis	Detección Precoz	Razón de casos pulmonares observados versus los esperados que presentan baciloscopia o cultivo positivo		Número de casos pulmonares con bacteriología positiva esperados para el período por Establecimiento		No aplica	#¡DIV/0!	
1	Tuberculosis	Detección Precoz	Tasa de baciloscopia de diagnóstico por consultas ambulatorias de adultos, por SS	815	Número de consultas de morbilidad de mayores de 15 años	58724	50 por 1.000 consultas	27,8%	
1	Tuberculosis	Detección Precoz	Porcentaje de contactos censados, que son estudiados completamente* , por SS		Número de contactos censados		90%	#¡DIV/0!	* Se considera un estudio de contactos completo a aquel que tiene el resultado de los exámenes efectuados según lo indica la norma técnica y tiene una conclusión diagnóstica, emitida por médico de atención
1	Tuberculosis	Capacitación	Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con al menos 1 profesional y 1 técnico paramédico capacitados* en la norma técnica del programa de Tuberculosis, durante los últimos 5 años, por SS	6	Número de establecimientos de salud	6	75%	100%	Capacitados en cursos sobre la normativa técnica del programa de tuberculosis vigente en el año de la capacitacion. Puede variar en profundidad y extensión del curso según el publico objetivo.
1	Enfermedades Transmisibles	Cobertura de inmunización	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacunación contra Hepatitis B, Difteria, Tetános, Tos Convulsiva, H. Influenza B, según decreto vigente, por SEREMI		Población de niños(as) de 1 año		95%	#¡DIV/0!	REM C para los años 2011 y 2012. RNI a partir del 2013
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Cobertura de inmunización	Porcentaje de personas adultas mayores, de 65 años y más, que reciben vacunación anti-influenza por SEREMI	7720	Número de personas adultas mayores, de 65 años y más	10855	95%	71%	
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Cobertura de inmunización	Porcentaje de personas adultas mayores, de 65 años, que reciben vacunación anti-neumocócica, por SEREMI		Número de personas adultas mayores, de 65 años	257	95%	17.8%	REM C para los años 2011 y 2012. RNI a partir del 2013
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Cobertura de inmunización	Porcentaje de niños(as) de 1 año con esquema completo de vacunación anti-neumocócica por SEREMI	1564	Número de niños/as de 1 año	1966	95%	80%	REM C para los años 2011 y 2012. RNI a partir del 2013. Como numerador se considerará solo la dosis aplicada a los 12 meses
6	Inocuidad Alimentaria	Fiscalización y Vigilancia	Porcentaje de ETA notificada, que cuentan con investigación de brote, por SAPU	7	Número de brotes de ETA notificados	7	90%	100%	

Curicó
ciudad abierta a todos