

CORPORACION MUNICIPAL DE EDUCACIÓN Y SALUD DE PIRQUE



PLAN DE SALUD COMUNAL

AÑO 2013

CESFAM J.M. BALMACEDA CGR EL PRINCIPAL COSAM PIRQUE

PSR LA PUNTILLA PSR SAN VICENTE PSR SANTA RITA



PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL PARA EL AÑO 2013

PRESENTACIÓN

La construcción de un modelo de salud, equitativo, expedito, digno y de calidad es uno de los propósitos como país, por cuanto se han planteado objetivos sanitarios para la década 2010-2020 que constituyen una referencia inevitable para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben ser ejecutadas en un Plan Comunal de Salud.

Bajo este contexto el alcalde de la Ilustre Municipalidad de Pirque Don Cristián Balmaceda Undurraga, junto a su equipo de salud están altamente comprometidos en respetar los objetivos sanitarios, las Políticas y Estrategias Prioritarias, propuestos por el MINSAL, constituyendo los insumos fundamentales para la formulación del Plan Comunal de Salud de Pirque para el año 2013.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTE GENERALES	8
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	27
DOTACIÓN Y CARTERA DE PRESTACIONES	31
PLAN DE CAPACITACIÓN	46
PROPUESTA METODOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO COMUNITARIO	49
CUIDADOS DE LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA	53
CICLO VITAL INFANTIL 0-9 AÑOS	54
CICLO VITAL 10-19 AÑOS	67
CICLO VITAL 20-64 AÑOS	78
CICLO VITAL 65 AÑOS Y MÁS	88
PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIO PSICOSOCIAL	93
<i>PROGRAMAS TRANSVERSALES</i>	
RED SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	96
SALUD MENTAL	101
SUR	120
COSAM	125
ANEXOS (SE ADJUNTA PROGRAMACIÓN 2013 EXCEL)	127

INTRODUCCIÓN

La Reforma Sanitaria impulsada por el Ministerio de Salud, nos expone que los problemas de salud actuales y futuros, están vinculados a los cambios demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos del país.

Los problemas futuros se deben al envejecimiento de la población y la presencia de nuevas enfermedades: crónicas del adulto, ocupacionales y de salud mental. Otro de los problemas es que aunque el país cuenta con buenos indicadores de salud, hay enormes desigualdades en el acceso a una salud oportuna y de calidad.

Existen además insuficiencias del Modelo y Sistema de Atención, con problemas de gestión y de recursos, un déficit de acceso, cobertura de prestaciones y calidad tanto en el ámbito público como privado, una regulación sanitaria insuficiente e ineficaz del sector privado (seguros privados, prestadores, medicamentos, salud ambiental y salud laboral), una deficiente integración de la Red Asistencial Pública e insuficiente complementación con Red Asistencial Privada.

Desde el punto de vista de la comunidad existe un incremento de la demanda por prestaciones y exigencia de derechos y grados crecientes de insatisfacción en torno al sistema de salud tanto público como privado.

Ahora bien, si consideramos que la salud es un bien social y un derecho de todas las personas y que es una responsabilidad indelegable e irrenunciable del Estado elevar el nivel de salud, los resultados sanitarios y calidad de vida de la población, la reforma pretende que el Estado garantice el acceso a la salud sin exclusiones ni discriminaciones de ningún tipo.

Para esto, se han impulsado los derechos, deberes y garantías de salud, exigibles por las personas, el generar equidad en la atención de salud propone eliminar o reducir las brechas sanitarias nacional y localmente vinculadas a la atención de salud.

Se deben producir cambios al modelo de atención, un modelo que promueva más la salud, para evitar llegar a la enfermedad y el daño, que se preocupe de la promoción de estilos de vida y ambientes saludables y de la rehabilitación.

Un modelo donde básicamente se humanice la atención de salud generando normas de calidad, acceso, oportunidad y buen trato.

La Reforma Sanitaria contempla además un ámbito sanitario:

Los Objetivos Sanitarios: Metas de salud para la década deben responder a los siguientes Objetivos, de los cuales se desprenden objetivos estratégicos.

OE 1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico

OE 2. Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

OE 3. Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables

OE 4. Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital

OE 5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud

OE 6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.

OE 7. Fortalecer la Institucionalidad del Sector Salud

OE 8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas

OE 9. Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias

Es así como la puesta en marcha de este cambio sustancial, considera como pilar sustancial en la atención primaria el fortalecimiento del modelo de Salud Familiar.

La Comuna de Pirque, pionera en la instauración del modelo dentro de los centros de salud rural, tiene como principal objetivo el poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, a partir del cambio hacia un enfoque integral del proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y su comunidad

y centrado especialmente en la prevención, sin dejar de lado la recuperación y rehabilitación.

Este modelo en nuestra Comuna se encuentra en proceso de consolidación. Promoviendo desde la práctica, un modelo de atención integral, flexible y funcional para readecuar su enfoque en función de las necesidades de sus usuarios y las contingencias del medio, mediante la óptima utilización de sus Recursos Humanos y Físicos.

Para esto, se ha priorizado la presencia de recurso humano que se caracterice por su capacidad resolutoria y mejoren la oportunidad en el acceso a la atención clínica de los diferentes sectores de Pirque. Así como, el traspaso de actividades administrativas menos complejas, a los trabajadores menos calificados, centrando y priorizando las actividades clínicas más complejas en aquellos que se encuentran mejor capacitados para realizarlas. Manteniendo un proceso de monitorización en todos los procesos en búsqueda de la excelencia y satisfacción usuaria de todos los beneficiarios y sus familias.

La aplicación de este modelo en la realidad comunal ha pretendido focalizar sus recursos en aquellos sectores con mayor población beneficiaria y vulnerabilidad. Contemplando continuar, consolidar y fortalecer en el tiempo este modelo de atención integral centrado en el usuario y su familia, se realiza el Plan de Salud de la Comuna para este período 2013.

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES GEOGRÁFICOS Y ADMINISTRATIVOS:

La Comuna de Pirque, se encuentra ubicada al sur del área metropolitana de Santiago. Pertenece a la Provincia Cordillera, a 26 Km. del centro de Santiago, con una superficie de 441.2 km², delimitados en forma natural por el Río Maipo por el Sur, y el cordón cordillerano que lo separa de los Llanos del Maipo por el poniente. Por esta razón, la mayor parte del suelo comunal corresponde a cordones cordilleranos, que reducen las posibilidades de ocupación humana actual a dos quintas partes del territorio, lo que explica la densidad poblacional de 37.5 habitantes /Km².

Sus límites generales son:

- Norte: Comuna de Puente Alto
- Sur: Provincia del Libertador Bernardo O'Higgins
- Este: Comuna de San José de Maipo
- Oeste: Provincia del Maipo

La Comuna presenta localidades pobladas consolidadas en sectores que cuentan con Escuela, Consultorio o Posta de Salud Rural e Iglesia. El núcleo principal es Pirque Urbano, en torno al cual se han ido conformando agrupaciones alineadas a lo largo su avenida principal, llamadas La Puntilla y San Juan, contando este sector con un eje pavimentado. El Principal es el núcleo con mayor población y que mantiene su carácter rural, con su centro general Rural contando prácticamente con gran parte de su eje pavimentado. Por otra parte, existen otros sectores como Santa Rita y San Vicente que tienen volúmenes menores de población con identidad propia.

A efecto de implementar el Modelo de Salud Familiar la Comuna ha dividido sus establecimientos bajo un esquema de Centros de Cabecera referentes para la población y centros satélites dependientes de los mismos para sus actividades técnicas y administrativas, todos los que constituyen el Centro de Salud Familiar de Pirque.

Bajo esta organización se distribuyen los siguientes centros de cabecera y postas rurales satélites:

- Centro de Cabecera Sector Concha y Toro: Constituido por el Consultorio “Dr. José Manuel Balmaceda”, con las Postas Puntilla, Santa Rita y San Vicente como postas satélites.
- Centro de Cabecera Sector El Principal: Constituido por el Centro General Rural El Principal.

Uno de los pilares fundamentales del quehacer es el recurso humano, por esta razón es fundamental para la atención primaria contar con personal capacitado y comprometido con el sistema.

Es importante señalar que el sistema de salud en el desafío de construir red asistencial de los servicios, pretende transitar desde un diseño de red que surge desde la oferta, desde lo que el sistema sabe hacer y ofrecer hasta un diseño de red que se origine a partir de las necesidades de las personas, es decir desde la demanda, incorporando al usuario en este proceso de cambio.

FINANCIAMIENTO

El Plan de salud no pretende exponer su presupuesto en este documento, solo algunas nociones sobre la forma de financiamiento.

Hasta el año 2004 existía una canasta de prestaciones que debía financiarse en su integridad, sin que su cumplimiento fuera obligatorio, por un valor asignado mensualmente por cada habitante. En el caso de Pirque a este valor per cápita se le anexaba un 20% por el concepto de ruralidad.

Existían además otros financiamientos a través de programas que también estaban per-capitados, y dependían además de la tasa de prevalencia de la prestación y de la población a intervenir.

Durante el año 2005 el per-capita se modificó agrupando los programas e ingresos que venían por fuente externa y las garantías AUGE en el mismo per-capita, así como la obligatoriedad a cumplir ciertas metas (índice actividad) e incorporando nuevas actividades.

Para el año 2013, los recursos destinados a la Atención Primaria de Salud se subdividen en distintos mecanismos de pago y glosas específicas, un 69,7% se transfiere vía per cápita, 24,6% a través de programas de Reforzamiento e iniciativas extraordinarias de capacitación y perfeccionamiento, y un 5,8% al sustento de los gastos originados por la aplicación de las leyes N° 19813, 20157 y 20.250.

Se utilizan actualmente como indexadores:

- Incremento por ruralidad de 20%, de acuerdo a censo 2002
- Pobreza: mide la capacidad económica del municipio, con base a la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1, más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM, existen cuatro tramos de pobreza e incremento respectivos, en el percápita basal.

Tramo 1: 18%

Tramo 2: 12%

Tramo 3: 6%

Tramo 4: 0%

- Adulto mayor 65 años \$ 487
- Desempeño difícil: comunas con diferentes grados de dificultad paera prestar atenciones de salud, en que la dotación de los establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud, deba recibir la asignación de desempeño difícil, a la que se hace mención en los artículos 28,29 y 30 de la ley 19.378.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR

Pirque cuenta con un CESFAM (Centro de salud familiar) “José Manuel Balmaceda”, ubicado en el centro cívico de la comuna, del cual se desprenden distintos satélites, denominados Postas Rurales, y un Centro General Rural “El Principal.

Dada la ubicación en áreas de población cuyas condiciones socio-económicas, culturales o de aislamiento geográfico implican un bajo grado de desarrollo, la Posta de Salud Rural tiene un importante papel en la promoción del desarrollo integral de la comunidad.

Dentro de la comuna existen 3 postas de salud rural.

Su rol en estas comunidades rurales, responde a la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario y con pertinencia cultural, en base a los siguientes ejes:

- Integralidad de la atención y continuidad de los cuidados.
- Desarrollo comunitario y participación social.
- Accesibilidad.
- Integración con la red asistencial.
- Garantías Explícitas en Salud.
- Anticipación al daño.
- Población a cargo.
- Emergencias y catástrofes.
- Protección social.
- Derechos en salud.
- Facilita el acceso de la población rural a bienes públicos de salud.
- Equidad de género.
- Pertinencia cultural.
- Pertinencia territorial.

El total de las postas de salud Rural están a cargo de una enfermera universitaria, y a su vez cada posta esta a cargo de un técnico paramédico de salud rural, que recibe periódicamente el apoyo del equipo profesional compuesto básicamente por médico, enfermera, matrona y dentista, los que concurren en conjunto o en forma alternada, en caso de la posta La puntilla cuenta con estos profesionales diariamente.

La cartera de servicios corresponde a las prestaciones que pretende dar respuesta a los problemas de salud y a las necesidades prioritarias de la población beneficiaria de la Posta en particular.

Debe facilitar el acceso, derivación y seguimiento de aquellas acciones que no son resueltas localmente, dentro de la red asistencial que le corresponde.

EQUIPO DE SALUD

- El equipo de salud rural constituye el equipo de cabecera de la población bajo su jurisdicción, tiene un carácter multidisciplinario y tiene como misión cumplir las metas y objetivos que anualmente determine el plan de salud comunal y las orientaciones

programáticas, bajo la mirada del modelo de salud integral con enfoque familiar, con una estrategia comunitaria y con un enfoque biopsicosocial y con pertinencia cultural.

El equipo, para esto debe tener capacitación continua programada para reforzar conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas técnicas para estar al día con los cambios de roles o tareas.

- Respecto de las rondas a realizar, su frecuencia dependerá de las necesidades de la población inscrita, evidenciadas en el diagnóstico de salud anual y traducido en las horas necesarias de cada profesional.

- El equipo está conformado por:

- Técnico paramédico
- Médico/a
- Enfermero/a
- Matrón/a
- Nutricionista
- Asistente Social
- Kinesiólogo/a
- Odontólogo/a
- Psicólogo/a
- Chofer

Las actividades a desarrollar por el equipo de salud de cada Posta de Salud Rural se enmarcan en las orientaciones generales que cada año elabora el Ministerio de Salud para la programación en red.

Rondas postas rurales:

Puntilla:

Medico 33 hrs (rondas diarias)
 Nutricionista 22 hrs (rondas diarias)
 Enfermera 3 rondas por semana.
 Odontólogo 22 (rondas diarias)
 Podóloga (2 rondas mensuales)
 Kinesióloga (una ronda semanal)
 Asistente Social (verificación y seguimientos de casos semanales)
 Matrona 33 hrs (rondas diarias).
 Técnico paramédico (rondas diarias)
 Administrativo diariamente.
 Horario de atención Lunes a Viernes de 8:30 a 17:00 horas

San Vicente:

Tens Diariamente
 Rondas:
 Medico: 2 medias jornadas por mes
 Matrona ½ jornada por mes
 Nutricionista 1 jornada por mes
 Enfermera 2 medias jornadas por mes
 Kinesióloga ½ jornada jornada cada tres meses
 Horario de atención Martes y Viernes de 8:30 a 17:00 horas

Santa Rita:

Tens Santa Rita Diariamente

Rondas:

Medico: 2 medias jornadas por mes

Matrona ½ jornada por mes

Nutricionista 1 jornada por mes

Enfermera 3 medias jornadas por mes

Total horas profesionales 34 horas/mes a partir de Marzo 2012, enero y febrero 2012:

15 horas /mes

ÁREAS DE COBERTURA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE PIRQUE

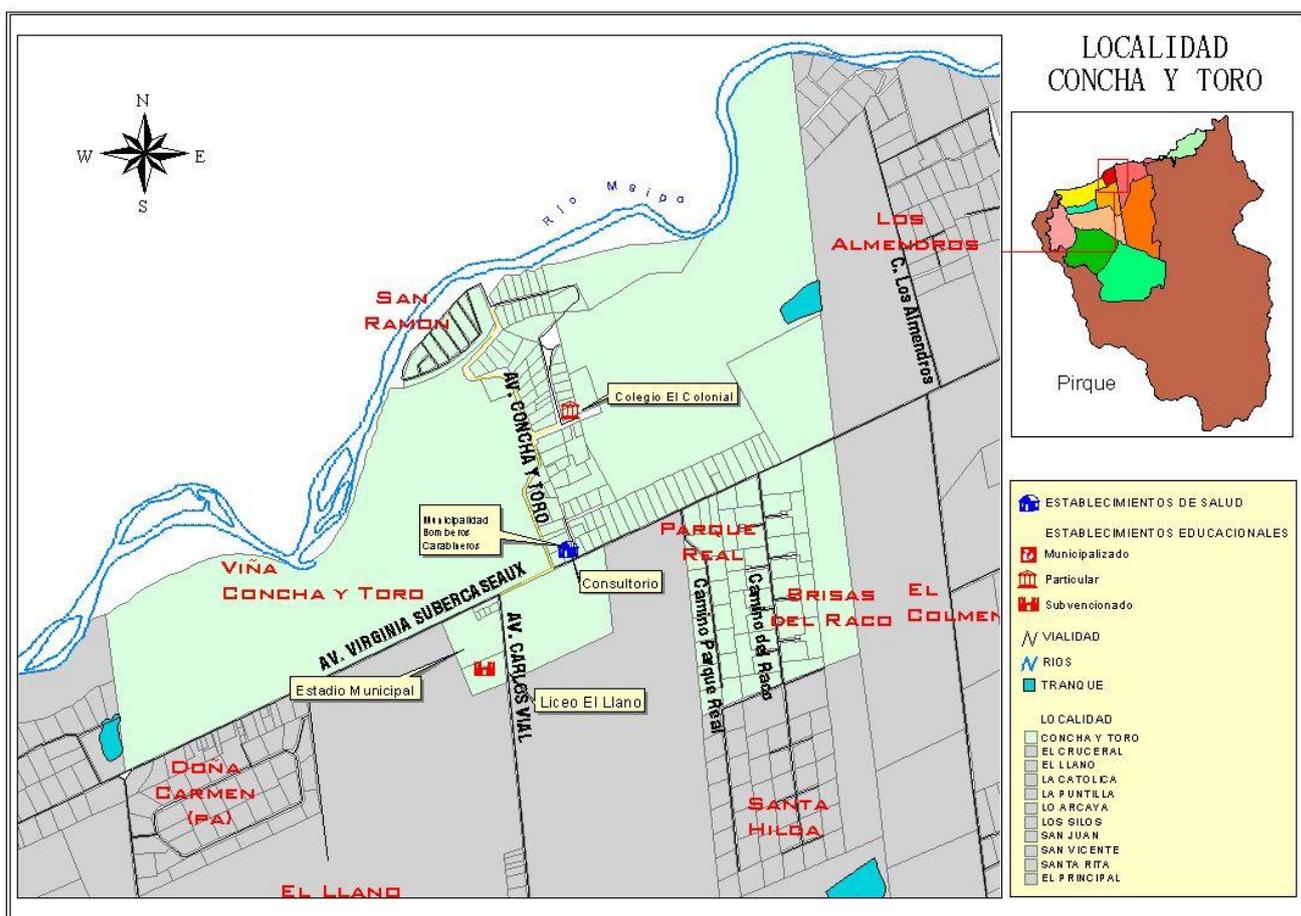
SECTOR CONCHA Y TORO

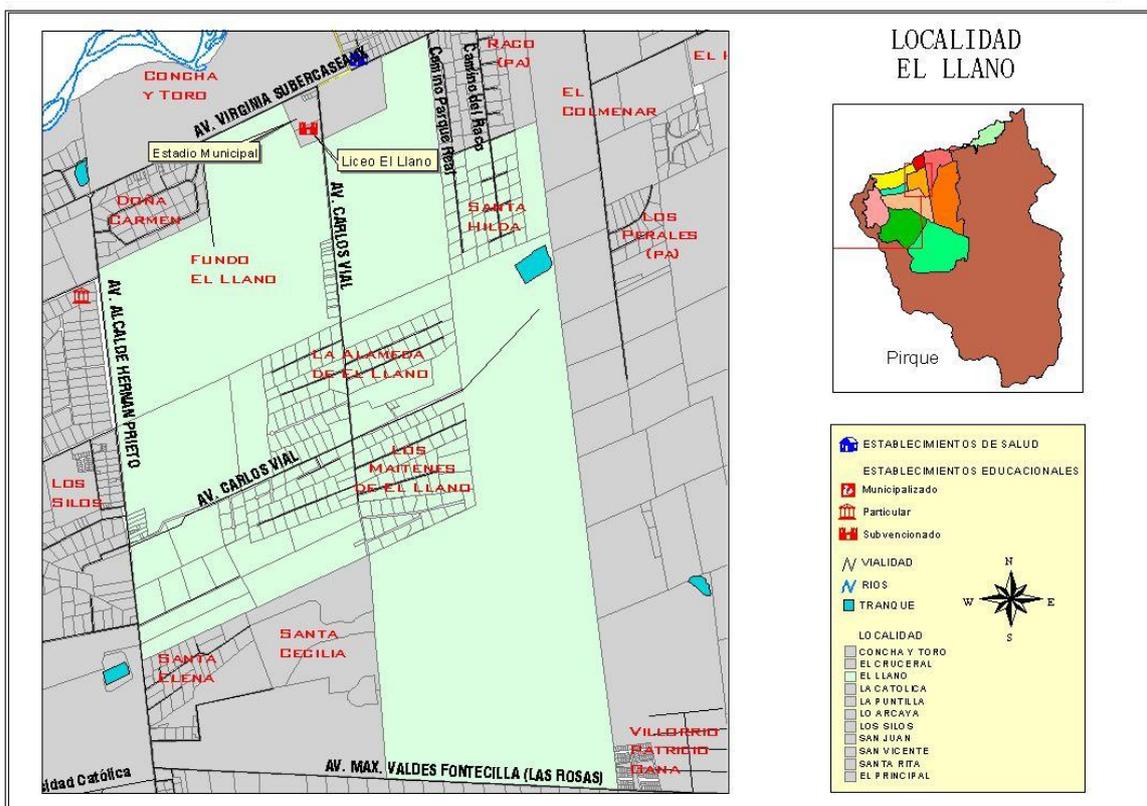
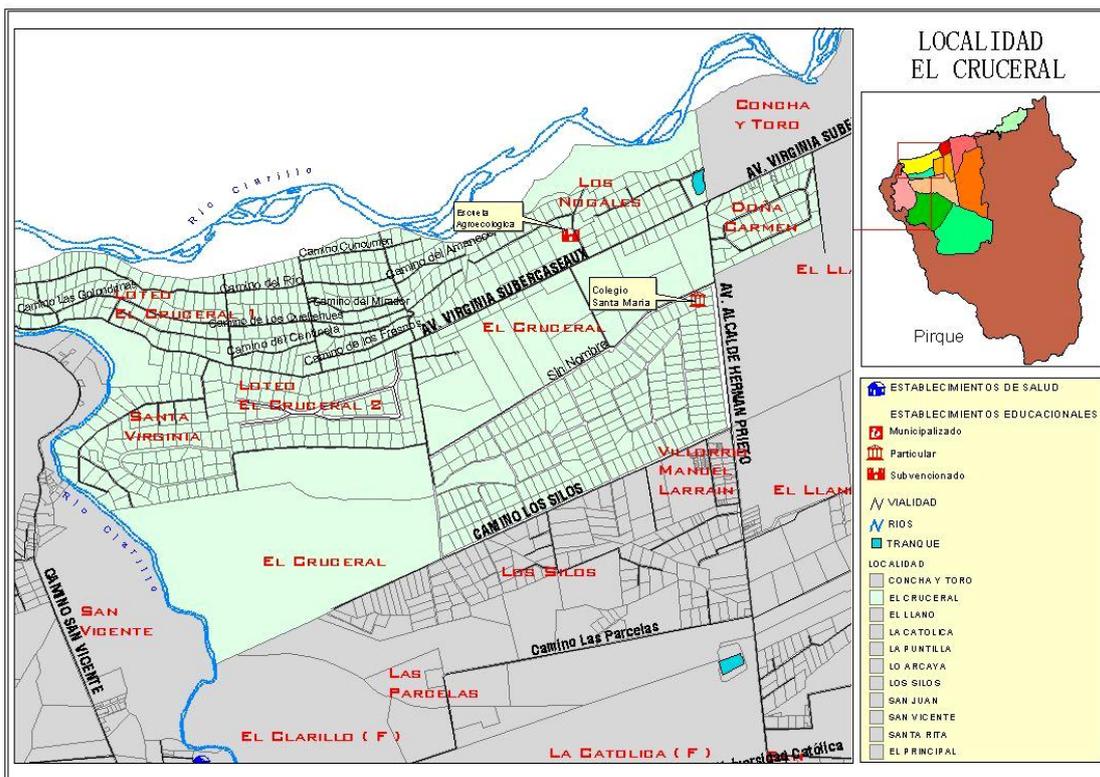
Centro de Salud Familiar “DR. JOSÉ MANUEL BALMACEDA”

Dirección: Avenida Ramón Subercaseaux N° 87 – Pirque

Fonos: 3858570 - 3858574 – 3858580

Cobertura Sectores: Concha y Toro, El Llano, Cruceral y San Vicente



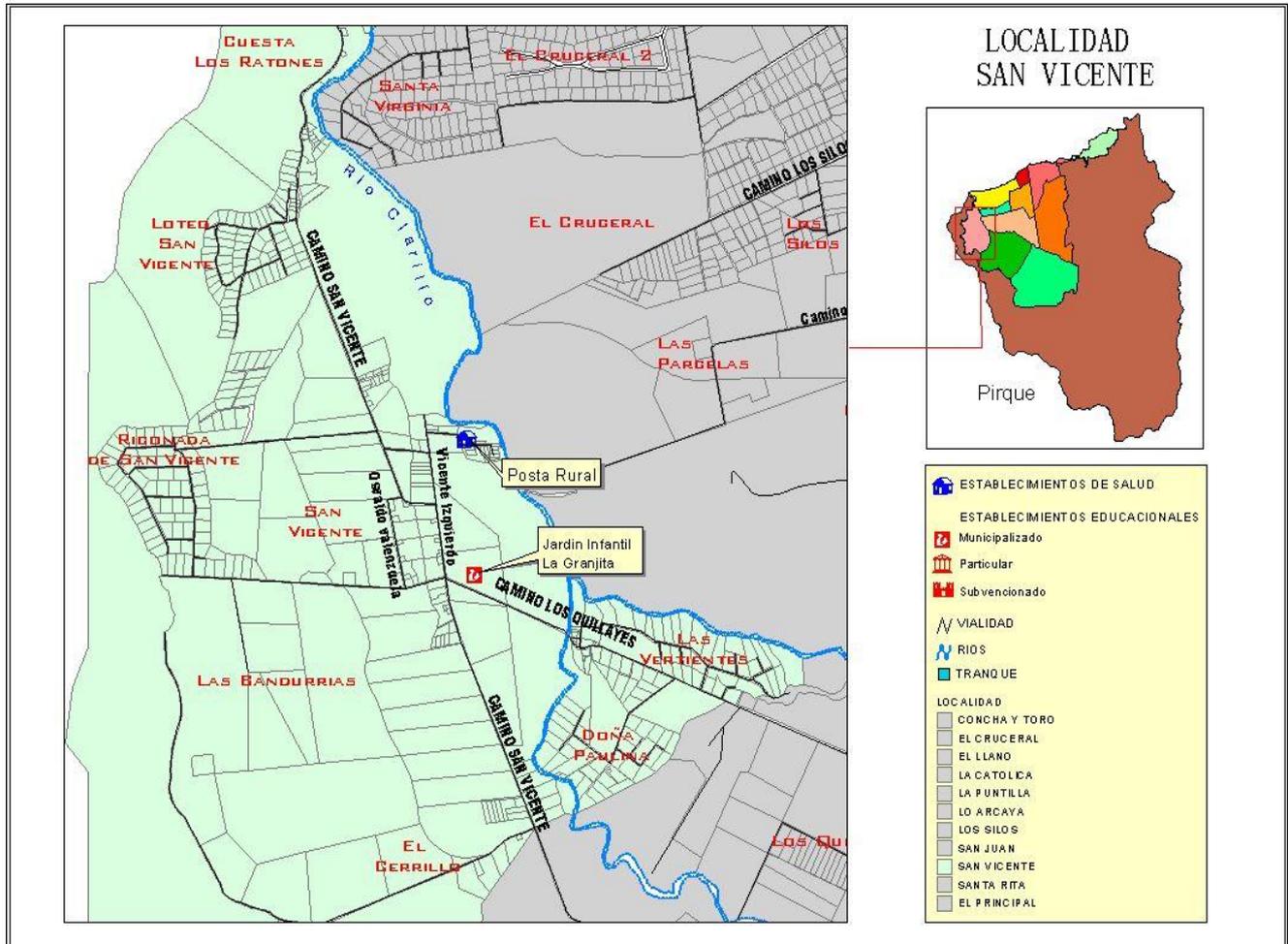


SECTOR CONCHA Y TORO

Posta Rural SAN VICENTE

Dirección: San Vicente s/ n

Fonos: 8547038

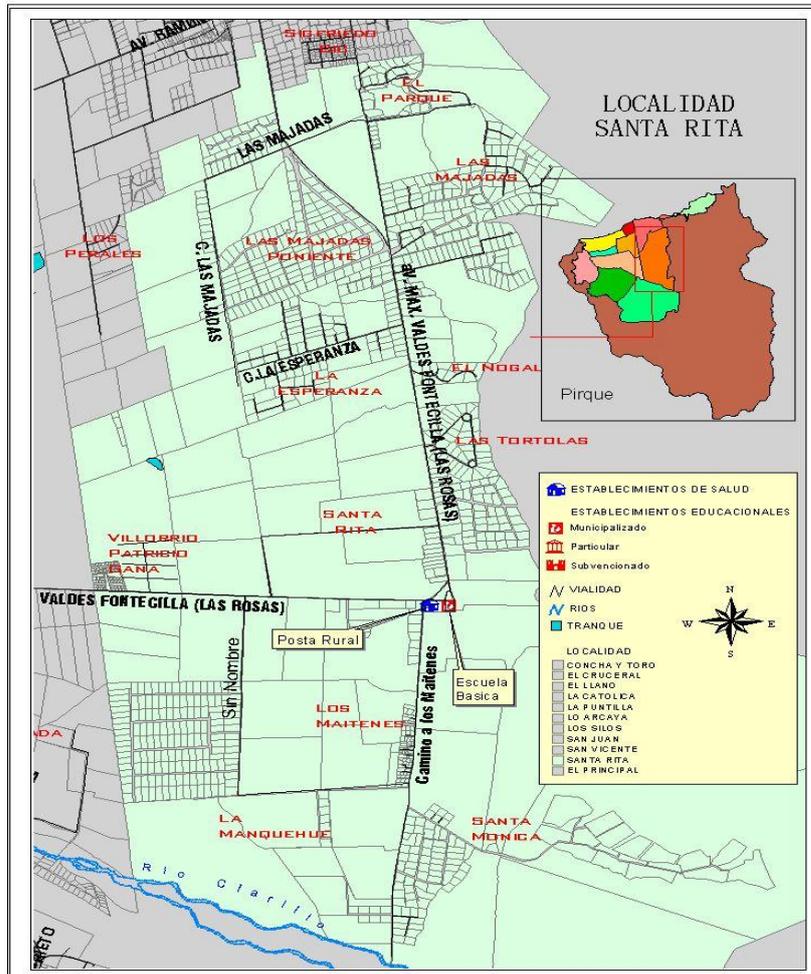


SECTOR CONCHA Y TORO

Posta Rural SANTA RITA

Dirección: Circunvalación Máximo Valdés s/n

Fono: 8546013



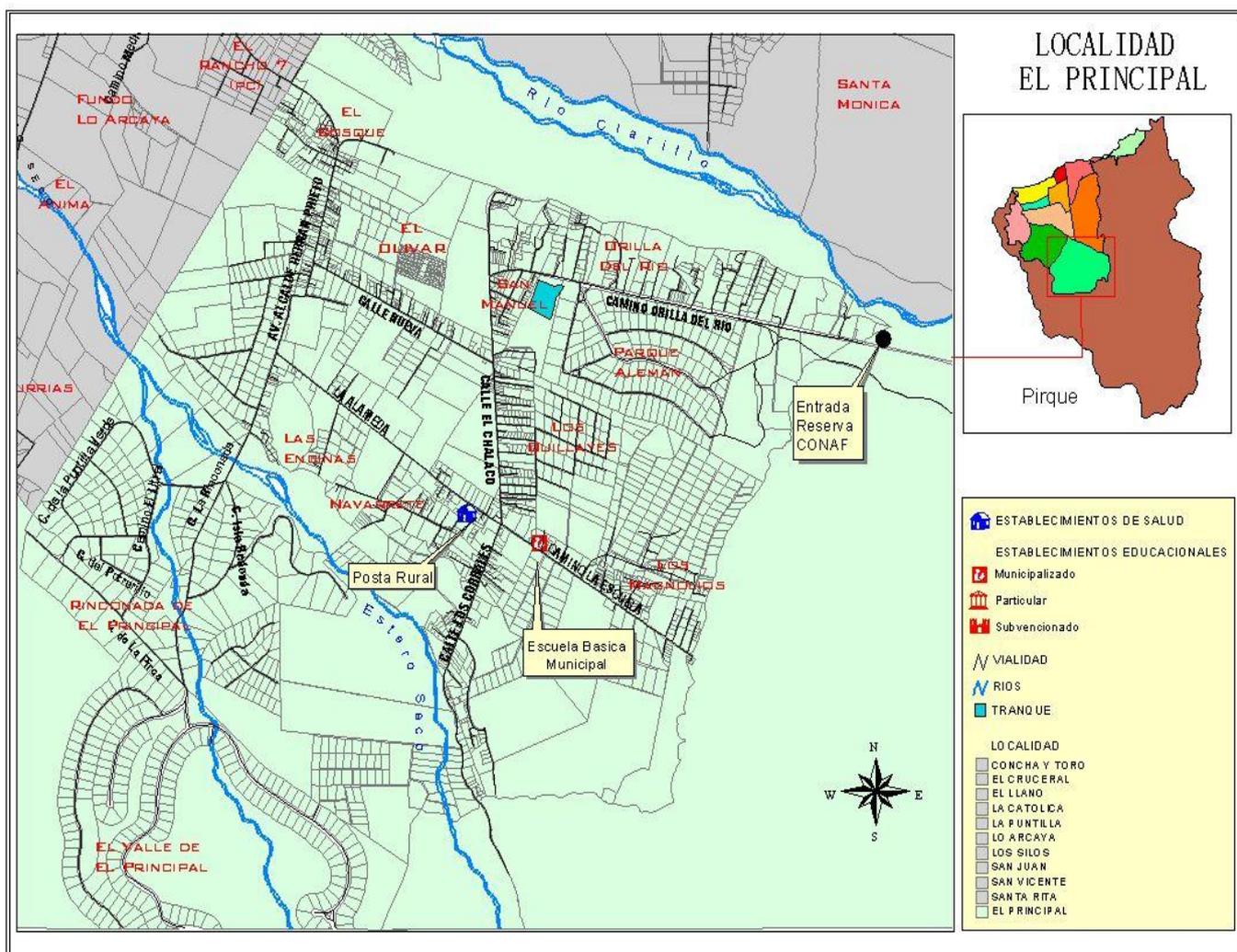
SECTOR EL PRINCIPAL

Centro General Rural EL PRINCIPAL

Dirección: Alameda s/n

Fonos: 8547040

Cobertura Sectores: El Principal, Lo Arcaya y Santa Rita



Existen distintas prestaciones, que se otorgan en los diferentes centros de salud y postas rurales antes mencionados entre ellos se encuentran:

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Algunas de las enfermedades cubiertas y que se atienden en Atención Primaria son:

1. Cáncer cervicouterino (toma del examen PAP)
2. Diabetes mellitus tipo II
3. Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
4. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
5. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
6. Salud oral integral para niños de 6 años
7. Depresión en personas de 15 años y más
8. Asma bronquial y severa en menores de 15 años
9. Urgencia odontológica ambulatoria
10. Salud oral integral del adulto de 60 años
11. Salud oral integral a los 6 años
12. Salud oral integral para embarazada
13. Consumo perjudicial y dependencia del alcohol y drogas en personas menores de 20 años

Enfermedades incorporadas el 1 de julio de 2010

14. Asma bronquial en personas de 15 años y más
15. Displasia laxante de caderas
16. Salud oral integral de la embarazada

METAS SANITARIAS

En el artículo cuarto de la ley 19.813, se define la aplicación de metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para cada año, en las distintas comunas del país con el fin de promover el mejoramiento de la calidad y oportunidad de la atención.

Del cumplimiento de las metas sanitarias que se hayan fijado para un año, depende la obtención de la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo para el personal que labora en los establecimientos de nivel primario.

El cumplimiento de estas metas no considera aporte financiero directo para las instituciones administradoras.

Es así como, las metas sanitarias definidas año tras año, son acciones incluidas en el plan de salud que define el per cápita, que consideran solo a la población inscrita en los establecimientos de nivel primario y deben reflejar la participación laboral de los diferentes estamentos que componen los equipos de salud.

El resultado del cumplimiento obliga al pago de los estímulos antes mencionados a los trabajadores siempre y cuando las metas sean cumplidas en un porcentaje superior al 75%.

Durante el año 2012 el cumplimiento de las metas sanitarias de la Comuna de Pirque ha sido a la fecha el siguiente:

META	CUMPLIMIENTO PIRQUE	META COMPROMETIDA 2012	META NEGOCIADA 2013
Recuperación del Desarrollo Psicomotor. (Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados).	33.3% (agosto)	70%	Meta País: 90% Se negocia 80 %
Reducción del Nº de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente. Nota: Este Nº se debe establecer basado en el estudio de la brecha que cada Comuna tenga para alcanzar el 80% de sus mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente.	54.4% (septiembre)	Disminución en un 20% de brecha	La comuna negoció disminución de brecha en un 20%
Cobertura de alta odontológica total en adolescentes de 12 años.	62.88% (septiembre)	70%	Meta país 72%, la comuna negoció meta país
Cobertura alta odontológica total en embarazadas	69.25%(agosto)	62%	Meta país 65%, la comuna negoció meta país.
Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años.	68.97% (septiembre)	70%	Meta país 75%, la comuna negoció meta país.
Cobertura efectiva de diabetes Mellitus tipo 2 en personas 15 años y más.	15.71% (junio)	12.4%	Mata país, 22%, se negocia 17,1%, (en consejo consultivo) propuesta de la comuna 16,1%
Cobertura efectiva en HTA en personas 15 años y más	52.28% (junio)	38.4%	Meta país 50%, la comuna negocia 53,5%
Obesidad en niños menores	10.2% (junio)	8.5%	Meta país 9.4%, se negocia 9,5% (en consejo

de 6 años. Ley N° 19813			consultivo) propuesta comunal era 9,8%
Consejos de desarrollo de salud funcionando regularmente.	100%	100%	100% (se cambia indicador a incorporación de 3 representantes del CDL a reuniones técnicas)
Evaluación de satisfacción usuaria	100%	100%	100%
Evaluación Pie diabético			Meta a negociar 90%

Otra actividad desarrollada por cumplimiento de metas es el **Índice de Actividad de Atención Primaria en Salud (IAAPS)**, metas de cumplimiento progresivo durante el año, también pactadas entre la entidad administradora de salud y el servicio de salud. El no cumplimiento del 90% de estas metas significa en sí una disminución en la asignación per cápita comunal.

En Enero del año 2005, el Ministerio de Salud a través de la aplicación del Decreto 181 se establecieron parámetros que los establecimientos de atención primaria deben cumplir en forma obligatoria. Estos se relacionan con atenciones del plan AUGE y otras metas generales que reflejan calidad e impacto de las prestaciones de salud.

El cumplimiento se mide a través de semestres móviles siendo el primer semestre de Enero a Junio, el segundo de Febrero a Julio, y así sucesivamente. Según el grado de incumplimiento de las metas la disminución puede variar entre el 4 y el 12% mensual. En el caso de las patologías AUGE, la disminución puede ser de un 1 a un 8%. La medida tiene por objeto cumplir con una eficiente asignación de los recursos.

En la siguiente tabla se muestra la Evaluación de Cumplimientos de Metas, asociado al Índice de Actividad de La atención Primaria, asociado al Decreto Supremo 181 (tercer semestre móvil año 2012)

N°	Componentes	META PAIS	META COMUNAL	ESPERADO 3° CORTE	Importancia Relativa	datos REM	Resultado	Indice
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), hombres de 20 a 44 años	25	12,10	7,87	8,00	193 3.143	6,1	6,25
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), mujeres de 45 a 64 años	25	23,40	15,21	8,50	123 1.198	10,3	5,74
3	Cobertura de EFAM de 65 años y más	50	40,00	26,00	8,50	472 1.816	26,0	8,50
4	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	85	85,00	85,00	8,00	128 164	78,0	7,35
5	Cobertura de examen de salud del adolescente integral entre 10 y 14 años	5	6,80	4,42	8,00	63 1.409	4,5	8,00
6	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	19	34,01	22,11	8,00	1.269 5.623	22,6	8,00
7	Gestión de Reclamos en Atención Primaria	90	97,80	97,80	10,00	54 54	100,0	10,00
8	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	52	47,00	47,00	10,00	786 1.707	46,1	9,80
9	Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	68	82,02	82,02	10,00	2.403 3.134	76,7	9,35
10	Cobertura Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niñas/os de 12 a 23 meses bajo control	91	95,10	61,82	10,00	151 222	68,0	10,00
11	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	0,18	0,32	0,21	11,00	986 4.608	0,214	11,00
Total					100	INDICE		93,97

ACREDITACIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

En el marco de la reforma de salud y de las garantías explícitas, se ofrece a los usuarios una atención de calidad acreditada por la Superintendencia de Salud, para todos los establecimientos, públicos y privados, de atención abierta y cerrada. Para esta acreditación la Superintendencia de salud ha fijado estándares, con los cuales se inicia un nuevo sistema de evaluación de calidad exigible para el

Esto implica para los establecimientos de salud, en este caso de atención primaria, ofrecer prestaciones de salud más integrales, con coberturas garantizadas.

Este proceso de acreditación obliga a realizar una visión crítica del actual funcionamiento y organización de los establecimientos y realizar en base a los resultados de esta autoevaluación, un trabajo de reingeniería para disminuir las brechas entre lo existente y lo exigible.

Para dar respuesta a este proceso de acreditación, se formó el año 2012, una oficina de calidad, la cual opera con reuniones bimensuales, y avances según las metas prefijadas en los diferentes ámbitos que se someten a evaluación en la futura acreditación planeada para el año 2014. Durante el año 2013 se espera cumplir con todas las características obligatorias y el 50% de las características en los 9 ámbitos. Se espera someterse al proceso de evaluación para optar a la Autorización Sanitaria, requisito previo al proceso de Acreditación. Durante el año 2013 (octubre) se espera realizar la autoevaluación y solicitar a superintendencia de salud la acreditación voluntaria para el primer semestre 2014.

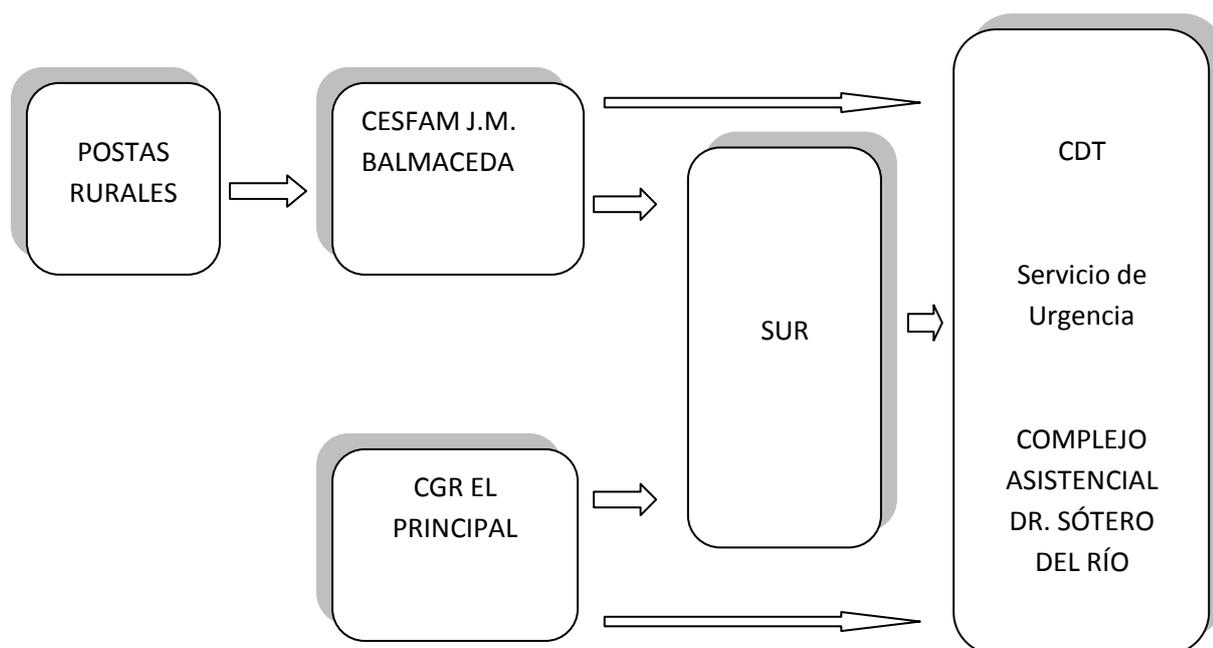
En el año 2012, la población inscrita en los Centros de Salud de Pirque y validada por FONASA fue de 18.433, aumentando un 7% con respecto al año anterior. Para el año 2013, se estima un porcentaje de aumento igual o cercano al 10%.

DERIVACIÓN

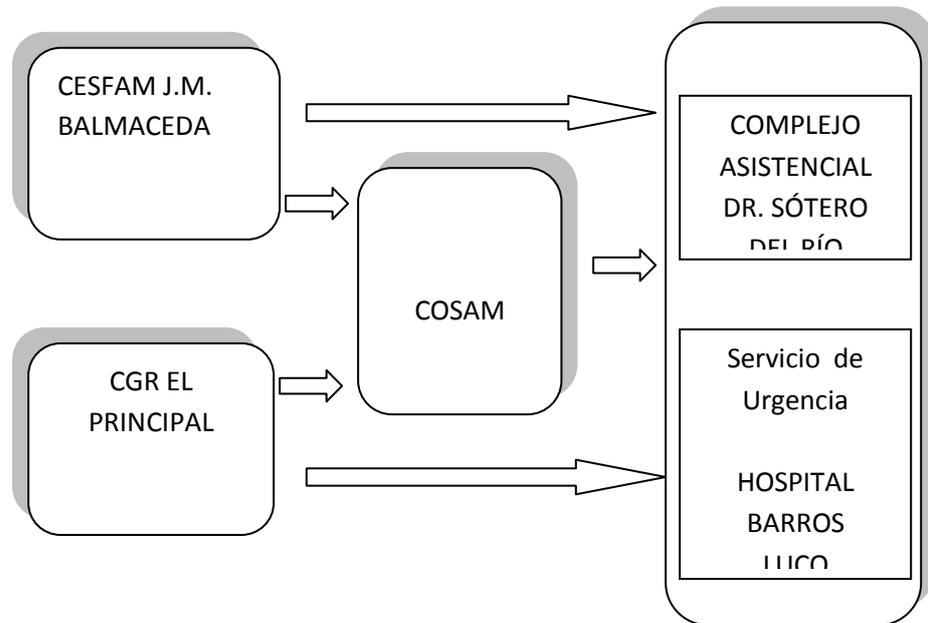
Cuando un paciente necesita ser derivado, por necesitar atención de especialidades, éste se envía al Centro de diagnóstico y Tratamiento del Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR).

En el caso de requerirse atención de urgencia de mediana o alta complejidad, se realiza la derivación al servicio de urgencia de este centro. Desde las 23:00 horas, dependiendo de la complejidad del caso, se deriva también a SAPU en la comuna de Puente Alto, que ofrece otra posibilidad de atención médica profesional.

ESQUEMA DE DERIVACION DESDE APS



ESQUEMA DE DERIVACION SALUD MENTAL



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

La Comuna de Pirque presentó en el quinquenio 1990-1995 un incremento porcentual en su población estimada de un 13%, tendencia que como se evidencia en la siguiente tabla, que grafica el resultado censal año 2002, se sigue observando hasta la fecha. Es así como en el quinquenio 1995 – 2000 el incremento porcentual fue de un 9,7% y de un 21,5% del 2000 – 2002.

Grupo Etareo	Población Estimada / Año			
	1995	2000	2001	2002
0 – 14 años	4105	4336	4326	4758
15 – 64 años	7688	8529	8703	10725
65 y más años	630	767	803	1082
Total	12423	13632	13832	16565

Fuente: INDISAL/98 – Anuario Estadístico 2001- 2002

La población de Pirque presenta una situación similar a la existente a nivel nacional, desde el punto de vista de la composición demográfica. Es así como se puede observar a la Comuna en un proceso de transición demográfica o envejecimiento caracterizado por la disminución progresiva de los menores de 15 años y el aumento en proporción de los mayores de 65 años, lo que se explica en la población infantil por una disminución en la natalidad, y en el adulto y adulto mayor, por una mayor sobrevivencia y por tanto una ganancia en años de esperanza de vida.

Porcentaje que representa cada Grupo Etareo En la Comuna de Pirque				
Año	0 – 14 años	15 – 64 años	65 y más años	Total
1995	33,0	61,9	5,1	12423
2000	31,8	62,6	5,6	13632
2001	31,3	62,9	5,8	13832
2002	28,7	64,7	6,5	16565

Las fuentes de información que se utilizaron en el presente informe son: CENSO 2002, estadísticas del SSMSO, PADEM, Plan de Salud Comunal años 2012, estadísticas proporcionadas por el Equipo de Salud de Pirque y miembros de la comunidad (Carabineros, Bomberos, Juntas de Vecinos) entre otras.

MORTALIDAD GENERAL

Relacionando el número de defunciones con la población estimada por INE para el año 2000, se calcula la tasa bruta de mortalidad por comuna. La tasa bruta de mortalidad general en la Comuna mostraba una tendencia a la disminución los años 2007 y 2008, quedando muy similar a la tasa de mortalidad del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente y la Región Metropolitana, sin embargo el año 2009 muestra un alza que supera la tasa del Servicio y se acerca bastante a la del País.

COMUNAS	Tasa Mortalidad General					
	2007		2008		2009	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Pirque	82	3,9	81	3,7	109	4,9
SERVICIO	5.958	4,0	5.585	3,7	5.963	4,0
REGION	35.317	5,3	33.392	4,9	34.373	5,0
PAIS	93.000	5,6	90.168	5,4	91.965	5,4

Fuente INE-Minsal-Seremi

Cabe destacar que del total de muertes del año 2009, el 3,6 % corresponde a población menor de un año, y el 57% corresponde a adultos mayores,

El Índice de Swaroop para ambos sexos (% de defunciones en personas de 50 años y más) ha presentado un descenso progresivo en la Comuna de Pirque desde el año 1995 (79.3%), siendo en el año 2000 de 75.8 %. (75.0% en hombres y 76.9 en mujeres).

<i>INDICE DE SWAROOP 2000</i>			
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Pirque	75.8	75	76.9
S.S.M.S.O	76.6	70.6	83.4
País	82.1	77.9	87.2

Fuente: INDISAL/98-2000

Si bien este indicador en la Comuna de Pirque es similar al del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, se observa una diferencia en la distribución por sexo, siendo en la Comuna similar pero a nivel del Servicio se aprecia un mayor valor de las mujeres respecto a los hombres. Es así como bajo esta visión más local, como lo muestra la siguiente tabla, se evidencia con mayor fuerza el peso que va adquiriendo la población de 65 años y más.

El año 2011 hubo un 10,5% en el grupo etáreo de 65 y más, este año se experimentó una leve disminución, pero la tendencia de aumento de la población adulto mayor sigue en alza.

Grupo Etareo	Población Inscrita Validada 2012	
	N°	%
0 – 14 años	4091	22,1%
15 – 64 años	12526	67,9%
65 y más años	1816	9,8%
Total	18433	100

TASA DE NATALIDAD

COMUNA						
	2007		2008		2009	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
Pirque	261	12,4	303	13,90	310	13,9
SERVICIO	20.886	13,9	21.162	13,90	21.761	14,1
REGION	98.246	14,7	100.696	14,90	102.816	15,1
PAIS	242.054	14,6	248.366	14,8	253.584	15,0
Fuente INE-Minsal-Seremi						

La comuna de Pirque muestra una tasa de natalidad inferior a la observada a nivel de Servicio y del País, aunque podemos ver claramente que su su tendencia ha ido al alza en los últimos tres años, de acuerdo a lo observado en la tabla.

DOTACION Y CANASTA DE PRESTACIONES**Tabla de Dotación actualizada noviembre 2012.**

CARGO	CANTIDAD en personas	HRS	CANTIDAD EN HORAS
DIRECTOR CONSULTORIO	2	88	2
EDUCADORA DE PARVULO	1	33	0,75
NOCHERO	0	0	0
COORDINADORA TECNICA	1	44	1
ENCARGADA DE ADQUISICIONES	1	44	1
INFORMATICO	1	44	1
SECRETARIA	1	44	1
MEDICOS	10 (*)	374	8,5
ODONTOLOGOS	2	88	2
ENFERMERAS	4	176	4
ASISTENTE SOCIAL	5	176	4
KINESIOLOGO	3	99	2,25
MATRONAS	3	132	3
NUTRICIONISTA	4	165	3,75
PROF. EDUC. FISICA	1	44	1
PSICOLOGO	5	187	4,25
PODOLOGA	0	0	0
AUXILIAR FARMACIA	2	88	2
TECNICO EN ENFERMERIA	29	1276	29
AUX. PARAMEDICOS	3	132	3
AUXILIAR DENTAL	3	132	3
ADMINISTRATIVOS	12	528	12
AUXILIARES DE SERVICIOS	6	264	6
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	22	0,5
CHOFERES	9	396	9

(*) Actualmente un médico en misiones de estudio.

Cabe destacar que la comuna de Pirque se ha caracterizado por mantener niveles de prestaciones médicas y no médicas superiores a las prestaciones promedio del Servicio de salud

El objetivo primordial es asegurar a la población beneficiaria del CESFAM el derecho a recibir y demandar el conjunto de prestaciones contempladas en el Plan de Salud Familiar. Estas prestaciones son las que se señalan a continuación

<u>TABLA DE CANASTA DE PRESTACIONES VITAL</u>		ACTIVIDADES PARA PRESTACIONES BÁSICAS POR CICLO			
CICLO VITAL	ACTIVIDADES	COBERTURA	CONCENTRACIÓN	RENDIMIENTO	EQUIPO
DEL NIÑO (0 a 9 años)	Control de Salud	100% de 0 a 5 años	0-27 días: 2 al año	3 por hora	Médico-Matrona Enfermera-TPM
		90% de 6 a 9 años	28 días-5 años: 3 al año	3 por hora	E. de Párvulos
			1 al año	4 por hora	
	Control de Malnutrición	100% de los niños con riesgo y según prevalencia	De 1 a 8 según déficit o exceso asociado a edad	4 por hora	Nutricionista, 1 control por médico de 12 a 23 meses.
	Control de la Lactancia Materna, (clínica de lactancia)	30% de madres de menores de 6 meses	2 controles	3 por hora	Matrona- Enfermera Nutricionista
Educación Grupal	100% de madres de los grupos objetivos.	1-2 al año según riesgo	1-2 hrs. Según grupo objetivo	Matrona Enfermera Nutricionista-TPM	
Talleres "Nadie es Perfecto"	30% de padres o madres de niños < de 6 años	4 sesiones por taller	1 hora	Monitor(a)	

	Pauta Massey Campbell	100% niños 4 a 12 meses	1 vez	2 por hora	Matrona Enfermera
	Taller "Autocuidado"	100% Grupo objetivo	1 vez	1 hora	Matrona-Enfermera
	Consulta de Morbilidad	100% de la demanda	Se estima 1 consulta	4 por hora	Médico
	Control de Crónicos	100%.	3 al año	4 por hora	Médico-Enfermera
	Consulta Social	100%. 5% de niños	2 al año	3 por hora	Trabajadora Social
	Consulta Nutricional	100%.Prevalencia 3%	2 al año	3 por hora	Nutricionista
	Consulta por déficit del DPM	100%.Prevalencia del 15% en menores de 2a y del 30% entre 2 a 6a	2 al año	2 por hora	Médico-Enfermera E. de Párvulos
	Consulta Kinésica	100%_ Demanda 30%.	2 al año	2 por hora	Kinesiólogo(a)

	Consulta de Salud Mental	20%. Se estima el 10% menor de 2a y el 15% de 2 a 9 años.	4 al año	2 por hora	Médico Psicólogo(a) T. Social
	Vacunación	100%	Según calendario	10 por hora	TPM
	Actividades del PNAC	100% grupo objetivo	Según norma	35 K. por hora	TPM
DEL ADOLESCENTE (10 a 19 años)	Consulta de Morbilidad	100%	Tasa de 0,7 al año	5 por hora	Médico
	Control Prenatal	100%. Prevalencia 14.6%	9 controles	3 por hora	Matrona
	Control de Puerperio	100%	1 por embarazo	3 por hora	Matrona
	Control Fecundidad Regulación	18%	3 por año	3 por hora	Matrona

	Consejería en Salud S y R	100%. Al 10% de Grupo Objetivo.	1 al año	3 por hora	Matrona-Psicólogo
	Control Ginecológico	10%	1 al año	4 por hora	Matrona
	Consulta de Morbilidad Obstétrica	100%	1 consulta por embarazo	3 por hora	Médico Matrona
	Consulta de Morbilidad Ginecológica	100%. Demanda 3%	1 al año	4 por hora	Matrona
	Educación Grupal	100% de embarazadas	4 talleres	1 por hora	Matrona-T. Social
	Consulta Nutricional	25%	3 al año	4 por hora	Nutricionista

	Consulta Social	20%	1 al año	3 por hora	Trabajadora Social
	Consulta de Salud Mental	11%	4 al año	2 por hora	Psicólogo Trabajadora Social
	Intervención Psicosocial	50%	6 sesiones al año. Taller de 12 personas	1 por hora	Psicólogo Trabajadora Social
	Actividades del PNAC	100% de las embarazadas	Según norma	35 K por hora	TPM
DE LA MUJER (Adolescentes y Adultas)	Control Prenatal	100%	9 controles	3 por hora	Matrona
	Control de la diada	90%	1 vez	1 hora	Matrona
	Control puerperio	100%	1 por embarazo	3 por hora	Matrona
	Control de Regulación de la Fecundidad	43%. Mujer 20 a 49 años	3 controles al año	3 por hora	Matrona

	Consejería en Salud S y R	20%. Mujer 20 a 49 años	1 al año	2 por hora	Matrona
	Control Preventivo Ginecológico	100%	1 cada 3 años	2 por hora	Matrona
	Control de Menopausia y Climaterio	15%. Mujer 45 a 64 años	2 controles al año	3 por hora	Matrona
	Consulta de Morbilidad Obstétrica	100% del 25% de las embarazadas	1 por embarazo	3 por hora	Médico- Matrona
	Consulta de Morbilidad Ginecológica	100% de la demanda estimada en 6,4%	1 control al año	3 por hora	Matrona-Médico
	Educación Grupal	100% embarazadas 20 y más. 10% > 45 años	4 durante embarazo	1 por hora	Matrona
	Consulta Nutricional	100% de embarazadas con riesgo nutricional 50% Mujer 20 a 49 años	3 anuales 3 por embarazo	3 por hora	Trabajadora Social Nutricionista

	Consulta Social	20% del 20%	1 al año	3 por hora	Trabajadora Social
	Consulta de Salud Mental	embarazadas = o > 20 a	4 consultas	3 por hora	Piscólogo-médico
	Visita Domiciliaria Integral	100% embarazada de alto riesgo y puérperas	1 por evento	1 por hora	Matrona-trabajador social
	Actividades del PNAC	100% embarazadas	Según norma vigente	35 K por hora	TPM
DEL ADULTO (20 a 64 Años).	Consulta de Morbilidad	100% Tasa consulta 1	3 Controles al año	5 por hora	Médico
	Consulta de Crónicos	100%.Según prevalencia HTA DM EPILEPSIA y SBO	3 al año	3 por hora	Médico Enfermera Kinesiólogo

	Consulta Nutricional	100% del 25% adultos	1 al año	3 por hora	Nutricionista
	Consulta Social	20%	1 al año	3 por hora	Trabajadora Social
	Consulta de Salud Mental	25% del 20% del total	4 por año	2 por hora	Psicóloga- T. Social
	Intervención Psicosocial	30%	6 sesiones al año	1 por hora	Psicóloga- T. Socia
	Control TBC	100%	7 al año	4 por hora	TPM-Enfermera Médico
	Educación Grupal	100% de crónicos 20% con malnutrición	2 al año 1 al año	1 sesión por hora	Enfermera Nutricionista TS TPM

DEL ADULTO MAYOR (65 años y más)	Consulta de Morbilidad	100%	Tasa de consulta 1	4 por hora	Médico
	Control de Crónicos	100% HTA DM SBO EPILEPSIA	3 por año	4 por hora	Médico Kinesiólogo Enfermera TPM
	Consulta Nutricional	100% del 25% del total	1 al año	3 por hora	Nutricionista
	Control de Salud	100%	1,2 controles anuales	2 por hora	Enfermera
	Consulta Social	40%	1 al año	3 por hora	Trabajadora Social
	Consulta de Salud Mental	25% del 40% total	4 al año	2 por hora	Psicólogo T. Social

	Intervención Psicosocial	10% Taller 12 personas	6 sesiones anuales	1 por hora	Psicóloga T. Social
	Control TBC	100%	7 controles anuales	4 por Hora	Médico Enfermera TPM
	Educación Grupal	80%	1 al año. Taller 10 personas	1 por hora	Trabajadora Social Nutricionista Enfermera
	Vacunación Anti influenza	100%	1 actividad anual	10 por hora	TPM
	PNAC	100%	Según Norma	35k por hora	TPM

		100% Población menor de 12 años, según metas	1 vez por año		Odontólogo
	Aplicaciones de Sellantes	100% Población menor de 9 años, según metas	1 vez por año	5 por hora	Odontólogo
	Pulpotomías	100% Población 0 a 19 años, asociada a metas	1 vez por año	4 por hora	Odontólogo
	Obturaciones	100% de indicaciones. 10 a 19 años y gestantes	1 vez al año	5 por hora	Odontólogo
	Exodoncias	Población mayor a 20 años.	1 vez al año	5 por hora	Odontólogo
	Urgencias No GES	Población mayor a 20 años	Siempre que se presente.	5 por hora	Odontólogo
	Urgencias con Obturación definitiva	Indicación según programa	Según demanda	5 por hora	Odontólogo

Salud Oral Integral GES	Endodoncia (Resolutividad)	100% de Indicaciones	Según demanda	2 por hora	Odontólogo POI*
	Radiografías	100% población 6 años según meta	Según indicación	10 por hora	Odontólogo
	Tratamiento Integral 6 años GES	100% población 60 años según meta	Siempre que se solicite	2 por hora	Odontólogo
	Tratamiento Integral 60 años GES	100% de Población Beneficiaria	6 sesiones	2 por hora	Odontólogo
	Urgencias GES		4 sesiones	5 por hora	Odontólogo
			Según demanda		

*POI: Programa Odontológico Integral

PLAN DE CAPACITACIÓN 2013

AREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	NOMBRE DE CAPACITACIÓN	OBJETIVO	FECHAS TENTATIVAS
APOYO CLÍNICO	C	BLS(CEFAV)	ACTUALIZAR CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES TÉCNICAS QUE PERMITAN ENFRENTAR EMERGENCIAS MÉDICAS.	SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2013
APOYO CLÍNICO	C	ACTUALIZACIÓN PARA TENS DE ATENCIÓN PRIMARIA	ENTREGAR LAS ACTUALES HERRAMIENTAS ORIENTADAS A DESARROLLAR UNA ATENCIÓN AL USUARIO,BAJO EL CONCEPTO DE CALIDAD,ENTREGANDO LAS COMPETENCIAS NECESARIAS EN RELACIÓN A TÉCNICAS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICAS.	MARZO -ABRIL 2013
CALIDAD	F	MANEJO DE CALDERAS	PERSONAL ACREDITADO EN MANEJO DE CALDERAS.	MARZO -ABRIL 2013
CALIDAD	F	MANEJO DE LA NORMATIVA DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS CLÍNICOS	GENERAR UNA CORRECTA RECOLECCIÓN DE MATERIAL CLÍNICO DE DESECHO DESDE LAS UNIDADES DE APOYO CLÍNICO DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA Y SU CORRECTA ELIMINACIÓN.	ABRIL- MAYO 2013
GES	E-A-B	ATENCIÓN ,SEGUIMIENTO Y REGISTRO EN PACIENTES AUGE EN APS	ROL DEL APS EN LAS PATOLOGÍAS GARANTIZADAS, INGRESO SIGGES.	SEPTIEMBRE- OCTUBRE 2013

SATISFACCIÓN USUARIO	E	ATENCIÓN AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO	PROVEER HABILIDADES Y DESTREZAS QUE PERMITAN OPTIMIZAR LA RELACIÓN FUNCIONARIO -USUARIO.	MARZO- ABRIL 2013
SALUD ORAL	A-D	ACTUALIZACIÓN DE ABOERDAJE CLINICO Y MANEJO ODONTOLOGICO DE NIÑO DIFICIL	FOMENTAR ,PREVENIR Y RECUPERAR LA SALUD BUCAL DE NIÑOS INSCRITOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA.	ABRIL-MAYO 2013
APOYO CLÍNICO	A	INTERPRETACIÓN DE ECG	IDENTIFICAR LAS ARRITMIAS MÁS COMUNES QUE SE PRESENTAN EN EL PACIENTE CRÍTICO EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA.	MARZO- ABRIL 2013
CALIDAD	B	AUTORIZACIÓN SANITARIA Y ACREDITACIÓN	FORMAR EQUIPO CAPACITADO EN LAS EXIGENCIAS LEGALES DE ACREDITACIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN ABIERTA.ROL DEL FUNCIONARIO EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN	MARZO 2013
APOYO CLÍNICO	B-C	MANEJO AVANZADO DE HERIDAS	MANEJO ADECUADO DE HERIDAS COMPLEJAS SEGÚN NORMA.	MARZO -ABRIL 2013
APOYO CLÍNICO	C-D	CAPACITACIÓN A LOS ENCARGADOS DE FARMACIA EN LE MANEJO DE STOCK .	MANEJO ADECUADO DE LOGÍSTICAS DE FARMACIAS.	ABRIL -MAYO 2013
MODELO DE SALUD FAMILIAR	A-B-C-D-E-F	MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO	FOMENTAR Y SENSIBILIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR , DESDE LO TEÓRICO A LO PRÁCTICO.	MARZO-MAYO 2013
CLIMA ORGANIZACIONAL	A-B-C-D-E-F	AUTOCUIDAD Y MANEJO DE ESTRÉS	GENERAR INSTANCIAS DE ESPARCIMIENTO PARA AMINORAR EL AGOTAMIENTO EN LA ESFERA LABORAL.	MARZO A OCTUBRE 2013

PROGRAMAS DE APOYO A LA GESTIÓN

Es importante mencionar que durante estos últimos tres años, con el fin de dar respuesta a la gran demanda de horas de especialidades no resueltas desde el nivel secundario de salud, es que se han implementado una serie de estrategias entre las cuales tienen relevancia los Programas de Apoyo a la Gestión , tales como, Resolutividad y Reforzamiento Odontológico, entre otros, que se incorporan a las actividades propias de la APS, constituyendo un grupo específico de otras prestaciones sanitarias que debemos garantizar como Centro de APS.

Localmente se han incorporado en horario de Extensión Horaria las siguientes prestaciones:

- Cirugía Menor.
- Alta Odontológica Integral a Mujeres y Hombres de Escasos Recursos.
- Prótesis.
- Endodoncia.

La comunidad de Pirque representada por los consejos locales de salud del CESFAM Balmaceda y el CGR El Principal, ha definido áreas problema prioritarias:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas influyen mucho en la demanda de servicios de salud en todos los países. El alto costo de los tratamientos, la pérdida de productividad y la mortalidad prematura afectan negativamente a las economías.

El problema seguirá empeorando a menos que se adopten medidas, como introducir la Prevención y la Promoción en Salud a través de la Participación Ciudadana en los Centros de Salud, para empoderar a la población de lo importante que es ser parte de los Consejos de Desarrollo Local (CDL).

En la actualidad la participación de los usuarios en los CDL en Pirque, es muy baja. Es por esta razón que toma más relevancia el aumentar y difundir que es un CDL y cuál es la función de este, con el objetivo de tener una comuna resiliente, desde el concepto de ciudad resiliente, “aquella que tiene lugares donde toda la población puede ejercer su participación en la toma de decisiones”.

PROPUESTA METODOLOGICA PARA DIAGNOSTICO COMUNITARIO

Objetivo General

Aumentar la Participación Ciudadana de los Consejo de Desarrollo Local de la Comuna de Pirque.

Técnicas a utilizadas

Árbol de Problemas, Flujograma, Sociograma, F.O.D.A

Fundamentos teórico metodológicos del uso de las técnicas

Estas técnicas, fueron utilizadas, porque queríamos un proceso participativo no lineal sino más bien cíclico y retroalimentado, en general podemos distinguir aquellos tiempos y actividades principales que pueden ir señalando el camino a seguir, es por esto que nuestro punto de partida de auto-reflexión y auto-crítica fue, ¿porque la gente no quiere formar parte del CDL?, sabrá la gente ¿para qué sirve y quienes pueden formar parte de CDL? a través de estas preguntas se cuestionó si el trabajo que se estaba realizando con los CDL estaba bien desarrollado, por lo cual, se decidió acercarse a la base del problema y asistir a los actores de la comunidad, y así poder dar respuestas a las interrogantes, por medios de diversas metodologías, generando confianza entre la comunidad y el referente de salud en ese momento, con el objetivo que la gente sienta que está siendo escuchada y entregando información importante al centro de salud. De esta forma analizamos la información obtenida de los agentes y nos organizamos en encontrar respuestas a las dudas de la comunidad, y a nuestros propios errores. Para realizar la retroalimentación realizamos los primeros talleres en donde explicamos las dudas planteadas.

Las técnicas, utilizadas para lograr este trabajo fueron:

F.O.D.A: “Es una matriz que nos permite definir y contextualizar una situación problemática en una localidad a partir de cuatro marcos de análisis: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. Conviene trabajar en grupos pequeños y luego llevarlo a una reunión plenaria, para poder discutir el sentido por contraste de lo construido en cada grupo y finalmente entre todos”. Nos permitió definir como los usuarios ven a los CDL involucrados en los Centro de Salud.

SOCIOGRAMA (MAPA DE RELACIONES): “Es un instrumento que nos va a permitir visualizar a los actores y grupos sociales presentes en el territorio y trazar las conexiones existentes entre ellos”. Lo utilizamos como un instrumento para visualizar a los actores y grupos sociales presentes en el territorio y trazar las conexiones existentes entre ellos.

ÁRBOL DE PROBLEMAS: “Sirve para identificar los síntomas que dan cuenta de un problema, y para relacionar estos con el análisis de sus causas inmediatas y sus causas profundas. Las posturas a debatir para colocar en el árbol se pueden traer de las frases ya recogidas en el trabajo de campo anterior, y se pueden completar también con las aportaciones de quienes acudan a sesiones de trabajos en grupos y plenario”. Nos sirvió para identificar los síntomas que dan cuenta de un problema, y para relacionar estos con el análisis de sus causas inmediatas y sus causas profundas.

FLUJOGRAMA: “Identifica las relaciones de causa-efecto, ya sea partiendo de las frases seleccionadas o formulando directamente los elementos que los participantes consideran que están influyendo en un tema central que también habrá que identificar”. Con esta metodología buscábamos identificar las relaciones de causa-efecto, ya sea partiendo de las frases seleccionadas o formulando directamente los elementos que los participantes consideran que están influyendo en un tema central.

DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

Se realizó un mapeo, para descubrir los grupos comunitarios existentes en la comuna de Pirque, con la finalidad de investigar, realizar un proceso de conocimiento de los diferentes grupos comunitarios.

Con los grupos ya identificados se coordinaron visitas a cada uno, en las que acudimos a los lugares de encuentro de ellos, en conjunto con las Directoras del CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Sta. Neslusita Larroza y del CSR El Principal Sra. Pía Fuentealba. Ahí realizamos asambleas, y aparecieron sucesos que la comunidad había vivido, es decir, “analizadores históricos”, y efectivamente se mostraron las contradicciones sociales y los posicionamientos de cada grupo social dentro del sistema, ya que nos relataban la historia de Pirque.

Durante las asambleas con los diferentes grupos la acogida de los actores ahí presente fue muy grata, además de mostrar mucho interés en ser participes de los CDL.

ANALISIS DE RESULTADOS

El realizar en el diagnóstico un análisis de datos como historia de la comunidad, características demográficas, socioeconómicas, educacionales y culturales, nos damos cuenta de que existe en Pirque la autoestima colectiva, es decir, “la gente... se siente orgullosa de ser habitante de la misma y propietaria en parte de sus bellezas y bondades”. Ya que en las asambleas realizadas con los grupos comunitarios visitados, los diferentes actores desean ser formar parte de los CDL, debido a que al empoderarlos sobre las características y funciones de los CDL, refieren que es la forma de potenciar a la comuna, sobre todo el área Salud, trabajando unidos, y no lamentándose si no que actuando.

Con lo que finalmente obtuvimos una lista de actores locales que forman parte de diferentes grupos comunitarios que deseaban formar parte de nuestros CDL.

En lo que respecta a programas como resolutivez, Imágenes Diagnósticas , laboratorio Ges, las metas a cumplir se negociarán con los referentes de los programas en el mes de diciembre, con el propósito de comprometernos responsablemente a poder cumplir el 100% de las prestaciones incluidas en el convenio de acuerdo a nuestra realidad local.

A continuación se detallan las prestaciones brindadas por ciclo vital, excepción Salud Mental, Red Salud Sexual y Reproductiva por ser programas transversales y programa de Apoyo al Desarrollo Psicosocial, al integrar diversos programas para su ejecución, el equipo dará priorización de problemas por ciclo según la realidad local y expondrá a través de la cuantificación de metas a mediano plazo la propuesta de acción para enfrentar las problemáticas encontradas.

CUIDADOS DE LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA

La vida es un continuo y la salud requiere un continuo de cuidados .Pero cada etapa tiene características biológicas propias y también vulnerabilidades y oportunidades distintas, y diferentes expectativas y comportamientos. Por lo tanto los desafíos para el cuidado de la salud son propios de cada etapa.

El equipo de profesionales de la comuna, en sus diferentes disciplinas muestra el análisis y proyecciones de programación en su ámbito correspondiente.

CICLO VITAL INFANTIL 0-9 AÑOS

Programa Salud Infantil 2013

El Programa de Salud Infantil pretende generar un espacio de promoción y protección de la vida en el ciclo vital infantil para velar y fortalecer el normal desarrollo intelectual, nutricional, social y psíquico de los niños y niñas de Pirque. Queremos incentivar una vida saludable a través de un acompañamiento activo en el desarrollo de sus vidas, con controles periódicos de su salud y promoción de herramientas que mejoren la calidad de vida de los niños y niñas ya sea tanto en el ciclo vital infantil, como el que determinará su adolescencia y adultez.

Para esto hemos decidido generar un equipo especialmente dedicado en la comuna, con un enfoque multidisciplinario que intentara abarcar todos los aspectos de la salud de los niños. Este equipo estará conformado por Médicos, Enfermeras, Kinesiólogos, Técnicos Paramédicos, Psicóloga, Asistente Social, nutricionista, profesor de educación física y educadora de párvulos quienes estarán encargados de los distintos ámbitos de promoción, prevención y tratamiento en el programa. Este equipo se reunirá al menos una vez el mes para generar un trabajo interconectado y en red, donde se plantearán todas las inquietudes del programa, se trabajarán en caso específicos de vulnerabilidad y dificultad de manejo para generar esta mirada eco diversa.

Controles Sanos

Los controles sanos representan el pilar fundamental del Programa Infantil, pues persigue el control de un número de variables de un niño con un correcto desarrollo y la detección de probables alteraciones que pueda presentar en su crecimiento.

- Los Controles se llevaran a cabo en el RN, a los 15 días de vida, al Mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 8 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 21 meses, 2 años, 2 años y medio, 3 años, 3 años y medio, 4 años, 4 años y medio, 5 años, 5 años y medio y 6 años, 7 años, 8 años, y 9 años

- Los controles serán efectuados por Enfermeras, Médicos, Técnicos Paramédicos, Nutricionista u otros profesionales que sean requeridos según contingencias.

- Se introducen los controles de 15 días, 1 mes y 2 años por parte del médico.
- Control de 1 mes con realización en un 100% del Protocolo de Evaluación Neurosensorial. El 100% de los resultados alterados serán derivados a evaluación y estimulación
- Control 12 meses con aplicación Pauta Breve de Evaluación DSM en un 90% de cobertura
- Control 18 meses con Pauta ASQ. (90%)
- Control a los 24 meses con PB (50%)
- Control a los 3 años con TEPSI (90%)
- En control de 3 meses el 100% será derivado a Rx Cadera para detección precoz de Displasia
- Todos los controles sanos se establecen con un mínimo de 30 minutos por atención
- Se establecerán nuevas pautas de registro, tanto de nuevos tarjetones de control, como de hojas de atención medica en ficha. Además se incluirá una hoja de registro diario a parte de la estadística regular a fin de registrar de mejor manera algunos elementos necesarios en el REM u otras herramientas de registro
- Mejorar la adherencia a controles sanos por parte de los usuarios. Esto lo realizaremos con una agendamiento exclusivo, con horarios determinados desde el último control realizado y con confirmación previa y rescate posterior

CONTROL	PROFESIONAL
Diada	Matrona
15 días	Médico
1 mes	Médico
2 meses	Enfermera
3 meses	Enfermera
4 meses	Enfermera
5 meses	Nutricionista
6 meses	Enfermera
8 meses	Enfermera
10 meses	Nutricionista

12 meses	Enfermera
15 meses	Enfermera
18 meses	Enfermera
21 meses	Enfermera
2 años	Médico
2 años 6 meses	Nutricionista
3 años	TENS
3 años 6 meses	Nutricionista
4 años	TENS
4 años 6 meses	TENS
5 años	Enfermera / Médico
5 años 6 meses	TENS
6 años	TENS
7 años	TENS
8 años	TENS
9 años	TENS

Desarrollo Psicomotor (DSM)

Dentro de los parámetros evaluados en los distintos controles, uno de los más importantes es el normal Desarrollo Psicomotor pues este elemento refleja el correcto desarrollo cerebral y psicosocial del niño.

- Por tanto haremos énfasis en el control del normal DSM a través de instrumentos modernos y validados como el ASQ, TEPSI u otros.

- Implementaremos un mejor trabajo con los niños que presenten alguna alteración en este ámbito, fortaleciendo las características de ruralidad de la zona, estableceremos un Centro de Trabajo del DSM o Sala de Estimulación Itinerante, que deambulará por alrededor de la comuna trabajando con los distintos niños con problemas en sus respectivos terrenos, además de mejorar la dinámica de atención en las respectivas salas de estimulación existentes

- Todo niño con alteración en el desarrollo psicomotor ya sea en los niños con Riesgo o Rezago serán evaluados al menos una vez por profesional Médico para detectar elementos patológicos derivables con respecto a esta irregularidad.
- El resto de los controles y el seguimiento ya sea de intervención como de control será llevado a cabo por una Ed. de Párvulos a cargo en los centros de Estimulación
- Los niños serán evaluados en los 8, 18 y 36 meses con pautas de evaluación del DSM y todos aquellos diagnosticados como rezago o retraso tendrán una evaluación especial en Salas de Estimulación, además de visitas integrales en los casos de Retraso al menos 2 veces a cargo de la Ed. Párvulos. Además todos los niños serán evaluados a través de Pautas Breves de evaluación en los controles respectivos

Nutrición Infantil

Uno de los principales problema en la comuna es el alto índice de trastornos nutricionales en los niños y niñas. Esto debido fundamentalmente a una escasa participación de la familia con deficiencias en fomentar hábitos saludables de alimentación así como también un escaso desarrollo de actividad física por parte de los menores. Por lo tanto ésta será una de las prioridades del plan infantil para el año 2013.

- Se establecerá un nuevo protocolo de diagnostico y manejo de los trastornos nutricionales en el ámbito del Síndrome Metabólico para menores de 6 años
- Todo niño o niña con alteraciones nutricionales, ya sea con Desnutrición, Riesgo de Desnutrición, y sobre todo Sobrepeso y Obesos serán evaluados al menos en una oportunidad por un profesional médico, además de sus respectivos controles con Nutricionista
- Se intensificará el control de peso en los distintos controles sanos, en particular a los 5 meses, 10 meses, 2 años 6 meses y 3 años 6 meses donde el control sano lo realizará la Nutricionista
- En los controles de los 15 días y 1 mes se evaluara el correcto incremento ponderal del niño, por parte del médico, estimulando la Lactancia Materna como elemento de prevención de Obesidad infantil en el futuro.
- Se implementaran Talleres o Clínicas de Lactancia Materna a fin de fomentar el amamantamiento materno como factor de protección para múltiples patologías según aparece en diversas literaturas. Este taller se llevara a cabo por Nutricionista, enfermeras o matronas, según contingencia, y apuntará a revisar la correcta técnica de lactancia así como también educar a la población sobre los beneficios de ésta. Se pretende alcanzar una meta de al menos un 80%de LME en menores de 6 meses

- Todo niño diagnosticado dentro de los CNS como malnutrición por exceso ya sea en el rango de Sobrepeso o Obesidad seguirán un control paralelo al del CNS con focalización en la disminución de la Obesidad Infantil. Este protocolo estará a cargo de Nutricionista y Médico (75%-25%), Se está trabajando con el profesor de educación física en la creación de un programa que permita la intervención en los jardines infantiles de ejercicios, para contribuir a la disminución de los niños con sobrepeso y obesidad.

Atención Médica

Sabemos que la etapa de la infancia es una etapa compleja en cuanto a patologías se trata. Sabemos que nuestros niños consultan frecuentemente al CESFAM por una serie de problemas. Y el hecho de tan solo ser niño instala una preocupación mayor en los padres y cuidadores. En este contexto las enfermedades congénitas, infecciosas, metabólicas y traumáticas, entre otras, revisten una vital importancia. Debido a esto se ha estimado una tasa de consulta de morbilidad de al menos 1, con lo que cada paciente en el periodo infantil debiese consultar al menos una vez al año.

En ese sentido, y aunque sabemos que el CESFAM Balmaceda y el CSR Principal están insertos en un contexto de salud familiar, hemos querido dar énfasis a la atención de estos pacientes por considerarlos un grupo vulnerable especial, por ello, y sin perjuicio de un enfoque eco sistémico familiar, nuestra intención es separar la atención de morbilidad de los pacientes, en niños y en adultos, a fin de brindar una mejor atención, mas personalizada y focalizada en los temas de salud infantil.

Enfermedades Crónicas

Si bien la tasa de enfermedades crónicas en la etapa infantil es considerablemente mas baja que en adulto, no es para nada despreciable si consideramos la infancia como una etapa vulnerable, donde una enfermedad de este tipo puede ser catastrófica. Por este motivo queremos darle una especial atención a este grupo de pacientes al interior de nuestros centros de atención.

- El control de enfermedades crónicas en el ámbito del Asma o Enfermedades Respiratorias Crónicas, la Epilepsia, los Síndromes Metabólicos y Obesidad serán evaluados en duplas de trabajo según corresponda, donde en cada una de ellas participará al menos un médico.

- Se llevaran a cabo ingresos formales a los distintos programas, según normas, guías clínicas o protocolos, así como se planeta el correcto seguimiento a través de controles de salud crónicos

Salud Mental Infantil

El área de salud mental infantil es un tema emergente y en boga hoy en día que requiere de una constante monitorización y actualización. Es por esto que la comuna de Pirque en el marco de los Programas de Salud Infantil y Salud Mental Infantil ha querido generar un espacio para la atención de estos problemas.

- Se focalizará la atención de salud mental infantil con enfoque en el Déficit Atencional. Se separará de la patología de adultos con un equipo distinto, interdisciplinario e interconectado
- Se generará un registro tanto de pacientes, como de colegios con alta prevalencia y se trabajaran en terreno las temáticas de apoyo docente sobre esta patología.
- Cada paciente será derivado desde los distintos ámbitos de atención de salud al programa de salud mental infantil y se le realizara un ingreso formal al programa, con una primera evaluación tanto por médico como por psicóloga. Luego se generara un control a posterior que puede ser exclusivo del médico, del psicólogo, o trabajo en duplas.
- Cada ingreso tendrá un rendimiento determinada de 1 hora. Los controles sucesivos podrán tener un rendimiento de 3 por hora

Promoción

La promoción de salud es quizás la mejor arma costo/efectiva para nuestros niños. Si somos capaces de promocionar un ámbito saludable en la salud infantil estaremos generando una calidad de vida mejor para los niños y niñas de la comuna que les permitirá crecer con mejores condiciones y ser en el futuro adultos más felices y con mejores expectativas de vida. Además, a través de la promoción, logramos anticipar la presentación de una serie de patologías que merman el normal desarrollo infantil.

- Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas. Se llevaran a cabo 5 actividades anuales sugeridas en las Guías para una vida saludable con enfoque en lo comunal y educacional. Se definirán estas actividades en conjunto con el programa de promoción.
- Consejerías de actividad física individual al 10% de la población bajo control menor a 10 años. Esto se realizara dentro del control sano en cada uno de los controles y esta actividad será monitorizada en la hoja de Registro Diario de Control Sano

Prevención

La prevención busca determinar grupos vulnerables de salud quienes puedan ser susceptibles a la presentación de determinada anomalía. Lo importante es atacar a este grupo de personas de manera anticipada y consensuada para evitar los distintos factores de riesgo que predisponen a este grupo de niños y niñas a un desmedro de su salud.

- Se realizarán en promedio 4 talleres de “Nadie es Perfecto” iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente con un 5% de cobertura de padres, madres y/o cuidadores de menores de 72 meses a cargo del equipo de “Chile Crece Contigo”

- Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral. Esto a través de la asistencia a Talleres de Autocuidado por parte de padres y madres

- Talleres IRA para la prevención de enfermedades tanto agudas como crónicas de los menores de edad vulnerable entre 0 y 3 meses. Al menos 30% de la población bajo control con talleres para padres, madres y/o cuidadores realizados por Kinesiólogo y/o Técnico Paramédico

Programa de salud oral

La caries y la enfermedad periodontal son las principales enfermedades que afectan a la cavidad bucal, las que por su alta prevalencia (más del 90% de la población) son un importante problema de salud pública.

La caries, enfermedad infecto contagiosa y multifactorial que ataca los tejidos duros del diente, se inicia tempranamente en las personas y sus causas son evitables con medidas de autocuidado que se pueden aplicar desde el embarazo y controles periodicos desde los primeros meses de vida, por lo tanto, la educación es fundamental en la prevención de ella. Las principales causas son un cepillado deficiente dieta rica en azucares.

La enfermedad periodontal también considerada como enfermedad infecto contagiosa, que afecta a los tejidos de inserción de la pieza dentaria (encía y hueso) es la causante de que se suelten y pierdan los dientes. Su principal causa es un cepillado deficiente

Priorización de problemas para el año 2013

Mejorar y mantener la salud bucal a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas, de acuerdo al ciclo vital de las personas, priorizando en niños de 2,4, y años.

Metas 2013.

30% altas odontológicas niños de 2 años

35% altas odontológicas niños de 4 años

100% ingresos niños 2 y4 años tiene registro de CEO

75% altas odontológicas niños de 6 años

100% ingresos de niños de 6 años tiene registro de CEO

Prevención

Objetivo	Actividad	meta	Indicador
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco-Dentarias	80% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a acontrol de salud son evaluados en su salud bucal/N° de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses)*100
	Educación individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niños y niñas de 2,4 y 6 años	100% de altas odontológicas de niños de 2,4 y 6 años han recibido educación individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de niños/as de 2,4 y 6 años con educación individual con instrucción de técnica de cepillado/total de niños/as de 2,4 y 6 años con alta odontológica total)*100

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	Mayor o igual al 30% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/N° total de niños/as de 2 años inscritos y validados)*100
		Mayor o igual de 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años inscritos y validados.	(N° de niños/as de 4 años con alta odontológica total/N° total de niños/as de 4 años inscritos y validados)*100
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	Mayor o igual al 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(N° de niños/as de 2 y 4 años con registro CEO/total de niños/as de 2 y 4 años con ingresos odontológico)*100
Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud oral integral para niñas y niños de 6 años)	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	Mayor o igual al 75% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	(N° de niños/as de 6 años con alta odontológica total/N° total de niños/as de 6 años inscritos y validados)*100
	Evaluación del estado de salud Bucal de la población de 6 años	Mayor o igual al 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(N° de niños/as de 6 años con registro de CEO/total de niños/as de 6 años con ingreso)*100
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de pautas de evaluación Buco.dentarias	80% de los niños/as que asisten a control de salud a los 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/N° de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses)*100
	Educación individual con instrucción de técnica de cepillado en las latas totales de niños/as de 2,4 y 6 años	100% de altas odontológicas de niños de 2,4 y 6 años han recibido educación individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de niños/as de 2,4 y 6 años con educación individual con instrucción de técnica de cepillado/total de niños/as de 2,4 y 6 años con alta odontológica total)*100

Con respecto al programa IRA, se ha avanzado en lo siguiente:

Realización de talleres de educación en prevención IRA en embarazadas, para que puedan detectar en sus recién nacidos factores de riesgo.

cumplimiento de visitas domiciliarias a familias de pacientes menores de 6 meses con score grave de morir por Bronconeumonía, alcanzando a la fecha un 75% de cobertura, esperando cumplir al 31 de diciembre con el 100% de las VDI. Se ha visualizado un progreso sostenido en visita a domicilio de pacientes asmáticos moderados y severos.

Se ha incrementado el control continuo de la población cautiva en un 2%.

En relación a los exámenes funcionales, aclaramos subregistro ante SSMSO, mejorando parámetros, pero es el área con menos incremento y la que debe reforzarse ampliamente el año próximo.

El mayor desafío es la promoción de hogares y espacios compartidos libres de humo.

Actividad	Meta año 2013	Indicadores
<p>Taller a madres</p> <p>Desde el periodo de gestación hasta los 3 meses de edad del niño.</p>	<p>Aumentar la Cobertura de talleres en 15% a madres en gestación hasta los 3 meses de edad del niño.</p>	<p>Nº de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/Total de gestantes bajo control.</p> <hr/> <p>Nº de madres, Padres y/o Cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/Nº total de niños menores de 3 meses(0-2) Bajo control)x 100</p>
<p>Educación en reconocimiento de signos y síntomas de riesgo a pacientes con patologías respiratorias crónicas</p>	<p>Aumentar en un 20% la cobertura de las actividades educativas a población en riesgo.</p>	<p>Nº de madres, Padres y/o Cuidadores de Niños que presentan descompensación en su enfermedad respiratoria que asisten a talleres educativos de prevención IRA-ERA/Nº de madres ,Padres y/o Cuidadores de Niños que presentan descompensación en su enfermedad respiratoria</p>

<p>Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas</p>	<p>Alcanzar al 20% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería Antitabaco.</p>	<p>(Nº de consejerías antitabaco/ Nº total de Población con enfermedades respiratorias crónicas) x 100</p>
<p>Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo, a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas</p>	<p>Aumentar en 20% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas</p>	<p>(Nº de visitas domiciliarias a familias con niños menores de 14 años con enfermedades respiratorias crónicas / Nº total de niños y niñas menores de 14 años con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100</p>

Ciclo Vital 10-19 años

Programa de Salud del Adolescente

El Programa del adolescente está orientado a niños y niñas entre 10 y 19 años de edad y cuyo objetivo es apoyar en el proceso de autonomía progresiva del adolescente, proporcionando información y servicios adecuados para que puedan tomar decisiones a favor de su salud y calidad de vida. Desde el punto de vista sanitario el programa tiene el propósito de contribuir a mantener un óptimo estado de salud a los integrantes de este grupo atareó, con énfasis en el control de los factores de riesgo propios de esta etapa.

Las actividades del 2012 estaban focalizadas principalmente en el trabajo comunitario-intersectorial y un trabajo asistencial, y en consolidar un nuevo equipo de trabajo que retome la planificación, y que ha estado en permanente capacitación.

Con respecto a la planificación del año pasado a la fecha se han aplicado 50 fichas CLAP de un total de 72, número que corresponde al 69,4 % de la meta IAAPS para este año. Se pretende lograr lo que falta con una jornada de intervención escolar en la Escuela La Puntilla para el mes de Noviembre.

Por último considerar cuales son los temas prioritarios de interés en los cuales los adolescentes quieren y necesitan orientación por parte de los equipos de trabajo de la comuna según encuesta del año 2010: salud sexual con un 31%, alimentación saludable con un 24%, drogas y alcohol y trastornos de alimentación.

PROGRAMA ADOLESCENTE 2013 PIRQUE

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta año 2013	Indicadores
Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10—14 años.	<p>Talleres de habilidades Parentales</p> <p>Implementar actividades de promoción de NO tabaquismo en escuelas de la comuna.</p> <p>Implementar actividades de alimentación saludable y detección de factores de riesgo en trastornos alimenticios, en colegios de la comuna.</p> <p>Talleres Salud sexual y Reproductiva a colegios de la comuna.</p> <p>Taller “proyecto para la vida”, madres adolescentes al 6to mes post parto.</p>	<p>Realización de talleres de habilidades parentales orientados a adolescentes entre 10 y 14 años, padres o adultos significativos.</p> <p>Realización al menos de una actividad en cada escuela de la comuna de No fumar.</p> <p>1 Jornada con Obra de teatro “No a la Anorexia” en cada colegio de la comuna.</p> <p>1 taller por colegio.</p> <p>2 talleres anuales</p>	<p>(No talleres realizados a adolescentes entre 10 y 14 años, padres o adulto significativo/ No total de adolescentes entre 10 y 14 años inscritos)</p> <p>(No de actividades realizadas en escuelas sobre no fumar/No total de escuelas de comuna x 100. REM 19 Sección A.</p> <p>Nº de obras de teatro realizada. REGISTRO LOCAL</p> <p>Nº de talleres por cada colegio de la comuna. REGISTRO LOCAL.</p> <p>Nº de talleres anuales. Registro local.</p>

PROGRAMA ADOLESCENTE 2013 PIRQUE

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META AÑO 2013	INDICADORES
Realizar ingreso control anual de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes	Ingreso de salud anual de adolescentes.	Al menos 7 % de los adolescentes entre 10 y 14 años (inscritos en el centro de salud) evaluados con ficha CLAP.	(N° de adolescentes entre 10 y 14 años evaluados / N° Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100
Realizar al menos un control de salud adolescente.	Realizar al menos un control por ingreso anual de salud adolescente por medico o profesional perteneciente al programa.	Un control al 100% de los adolescentes entre 10 y 19 años ingresados al programa.	N° de controles entre 10 y 19 años/ N° de ingresos entre 10 y 19 años.
Derivar a evaluación nutricional a los adolescentes cuyo control anual indique mal nutrición en déficit o por exceso.	Seguimiento alimentario/ nutricional en adolescentes con mal nutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento de estilos de vida saludable.	50% de los adolescentes con mal nutrición	(N° de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z score al termino de la intervención/ No total de adolescentes que egresan del Programa Vida sana x 100.

<p>Derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con obesidad y síndrome metabólico.</p> <p>Aumentar el ingreso y control de adolescentes en regulación de fertilidad.</p>	<p>Consulta Morbilidad</p> <p>Consulta Nutricional</p> <p>Control Regulación fertilidad.</p>	<p>50% de los/las adolescentes con obesidad y síndrome metabólico, son derivados a consulta nutricional y evaluación por Prof. Educación física en CESFAM</p> <p>100% de las adolescentes que lo solicitan.</p>	<p>(N° adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional/ No Total de adolescentes con obesidad) x 100</p> <p>(N° de adolescentes entre 15 y 19 años controladas con MAC/ N° de adolescentes entre 15 y 19 años inscritas) X 100.</p>
<p>Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, a través de medidas promocionales y preventivas</p>	<p>Consulta odontología integral</p>	<p>Alcanzar o superar el 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o inscritos</p>	<p>(N° de adolescentes con alta odontológica total/ N° total de adolescentes inscritos o beneficiarios) X 100</p>

<p>Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.</p>	<p>Al ingreso de salud anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/ o sospecha de trastornos mentales. (GQ12) (anexo1)</p> <p>Aplicar pauta de evaluación de ideación suicida al ingreso programa adolescente.</p>	<p>100% de los ingresos adolescentes con examen de salud anual, aplicación de instrumento de detección de problemas y/o trastornos mentales.</p> <p>100% de los ingresos al programa</p>	<p>(N° de adolescentes con GQ12 realizado / N° total de adolescentes con ingreso al programa) X100</p> <p>N° de adolescentes con aplicación de pauta/ N° total de adolescentes con ingreso al programa) X100</p>
---	--	--	--

PROGRAMA ADOLESCENTE 2013 PIRQUE

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META AÑO 1	INDICADORES
Aumentar el número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.	Derivación a especialista y monitoreo de los casos de adolescentes que han sido víctima de abuso sexual y/o violencia intrafamiliar.	100% de los adolescentes con abuso sexual y/o violencia intrafamiliar, monitoreados y derivados a Asistente social.	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes monitoreados y derivados a especialistas con abuso sexual, VIF o violencia grave} / \text{N}^\circ \text{ total de adolescentes bajo control}) \times 100.$
<p>Detección, conserjería y derivación efectiva de adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas en el control prenatal de ingreso.</p> <p>Disminuir el número de embarazos adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15 y 19</p>	<p>Aplicación de Pauta EPSA durante el ingreso prenatal.</p> <p>Indicación de MAC en adolescentes en riesgo o que solicitan MAC</p>	<p>Derivación efectiva al 100% de las adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas durante el control prenatal de ingreso</p> <p>Indicación de MAC al 100% de las adolescentes que lo soliciten previa conserjería.</p>	<p>$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adolescentes derivadas por consumo de OH y/o drogas} / \text{N}^\circ \text{ de adolescentes gestantes}) \times 100.$ REM A3.</p> <p>$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes con tratamiento de MAC} / \text{N}^\circ \text{ total de adolescentes con indicación y/o solicitud de MAC}) \times 100$</p>

años.			
Aplicar estudio de familia a las o los adolescentes con riesgo psicosocial y/o VIF.	Estudio de familia por Asistente Social.	50% de los adolescentes con riesgo Psicosocial.	(N° de adolescentes con riesgo Psicosocial derivados/ N° de estudio de familia de adolescentes con riesgo Psicosocial) X 100
Detección, conserjería y derivación efectiva de adolescentes con cualquier tipo de consumo de OH detectado en el control de ingreso.	Aplicación de Pauta AUDIT durante el ingreso Ficha Clap	100% de los ingresos a programa Adolescente.	(N° total de AUDIT aplicadas/ N° Total de ingresos)x100

Programa de salud oral

Priorización de problemas para el año 2013

Mejorar y mantener la salud bucal a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas, de acuerdo al ciclo vital de las personas, en niños de 12 años, jóvenes menores de 20 años.

72% altas odontológicas adolescentes de 12 años

100% ingresos adolescentes 12 años tiene registro COP

100% altas de 12 años con educación técnica de cepillado

10% altas de 12 años con consejería breve en tabaco

PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco	Implementar actividades de consejería breves en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica	Mayor o igual al 10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben consejería breve en tabaco (CBT)	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT} / \text{total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total}) * 100$
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de altas odontológicas a los 12 años han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico para médico de odontología	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado} / \text{total de adolescentes de 12 años con alta odontológica}) * 100$

TRATAMIENTO

Objetivos	Actividad	Meta	Indicador
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, de edad de vigilancia internacional para caries dentales, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	Mayor o igual al 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos y validados	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 12 años con alta odontológica total} / \text{N}^\circ \text{ total de adolescentes de 12 años inscritos y validados}) * 100$
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años	Mayor o igual al 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 12 años con registro de COP} / \text{total de adolescentes de 12 años con ingresos a tratamiento}) * 100$

Con respecto al programa IRA, se ha avanzado en lo siguiente:

La tendencia es ir al aumento de las coberturas en aplicación de exámenes funcionales tanto para la pesquisa como para el seguimiento de paciente crónico respiratorio de 6 a 19 años.

Consejería antitabaco a todo mayor de 14 años.

<i>Actividad</i>	<i>Meta año 2013</i>	<i>Indicadores</i>
Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas	Alcanzar al 20% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería Antitabaco.	$(\text{N}^{\circ} \text{ de consejerías antitabaco} / \text{N}^{\circ} \text{ total de Población con enfermedades respiratorias crónicas}) \times 100$

Ciclo Vital Adulto

Planificación Programa Cardiovascular año 2013

Introducción

De acuerdo a las “Orientaciones para la planificación y programación en red; con metas dirigidas al 2020” el MINSAL y sus estamentos asociados postulan cuatro temas prioritarios en la gestión de salud: calidad en el trato al usuario, gestión de los recursos, control de enfermedades crónicas no transmisibles e integración de red asistencial de salud con resto de sectores de políticas sociales. De esta manera el Programa Cardiovascular (PSCV) se enmarca como el programa más importante a fortalecer durante este período que se avecina.

Estrategias

Para desarrollar estrategias de gestión en el PSCV, nos basamos en el modelo de Edward Wagner, este es el modelo más importante reconocido por la medicina familiar para el manejo de enfermedades crónicas.

Las estrategias deben basarse principalmente en crear **cultura de Calidad**.

En términos de Calidad debemos priorizar estrategias basadas en la evidencia existente (modelo Eduard Wagner)

- Mejor calidad de vida, bienestar, reducir el riesgo. A través del programa vida sana, programa clave en la Prevención y Promoción.
- Relación continúa con las personas. Los médicos deben permanecer en su cesfam y evitar el “picoteo” de centros.
- Apoyo continuo para el autocuidado.
- Valoración periódica de la evolución.
- Plan corporativo de cuidados.
- Gestión clínica efectiva. A través de la permanente capacitación de los profesionales.

Algunos aspectos a describir:

1. Los modelos de salud cardiovascular se basan en el concepto de “**población a cargo**”. Cada equipo medico tiene una población a cargo, la cual conoce y se vincula con este equipo, viendo a los individuos en un contexto familiar y social ampliando las posibilidades de intervenciones multidisciplinarias exitosas. Este debe ser el NORTE de nuestras estrategias.
2. Cada equipo debe generar además de las estrategias generales del Cesfam, sus propias estrategias en conjunto con su Dirección y el Programa cardiovascular, estrategias que apunten a sus capacidades y fortalezas, así como también a las características de su población a cargo. Habrá un encargado de equipo CV en cada Cesfam. Esta estrategia apunta a descentralizar las

decisiones, empoderar a los equipos y alejarse de las burocracias administrativas. Este aspecto ya está implementado.

3. La dirección debe estar en una permanente búsqueda de capacitaciones para el equipo de su CESFAM a cargo, de esta manera mejorar la calidad, la resolutivez y generar incentivos para su equipo. Actualmente la cantidad de profesionales recibiendo capacitaciones de diversos tipos, supera ampliamente el número de capacitaciones entregadas en períodos anteriores.
4. Se harán jornadas de educación al paciente cardiovascular. Todo el equipo presentará sus estrategias grupales y personales, de manera tal de aprender unos de otros. "La educación es una herramienta en el cuidado de los pacientes crónicos". Tentativamente, si existe la disposición y los recursos necesarios, este podría llevarse a cabo en Marzo 2013.
5. Se ha descrito, dentro de la evidencia del manejo del paciente cardiovascular, como de gran importancia instalar un sistema computarizado que posea "recordatorios" (ejemplo: paciente sin FO, paciente sin qualidiap, sin exámenes al día, control insulínico NSP, etc) Este es un aspecto de vital importancia, el no tenerlo genera desorden y baja optimización de las horas con los profesionales.
6. Por último, cada centro debe contar con disponibilidad de asistente social para los casos que así lo requieran.

Trabajo dentro de los Equipos

Equipo Médico:

Se designará un médico a cargo del equipo de cada centro, que estará en directa relación con su director de centro y el encargado del programa cardiovascular.

Todos los médicos trabajarán en el programa cardiovascular de una u otra forma. Algunos verán pacientes crónicos y otros en morbilidad realizarán rescate de pacientes.

Cada médico crónico contará con una carpeta que contemplara tres hojas de registro:

Pacientes con Hb g|>9,0; Pacientes en manejo con insulina; y pacientes que son caso social. El único dato requerido en estas planillas es el número de ficha, de manera tal de no sobrecargar aún más a los profesionales con la notificación de datos.

Equipo de Enfermeras:

Especial hincapié en la evaluación de pie DM y curaciones avanzadas con su respectivo registro.

En el caso de la derivación de pacientes HTA compensados sin otros antecedentes, que sean enviados a médico crónico, esto debe hacerse siempre con exámenes de función renal al día. Para futuras estrategias, estos pacientes deben ser derivados con un (*) en su carne, en la ficha y el tarjetón.

En vista de la escasa dotación de enfermeras en nuestro CESFAM, y de la importancia de ellas en el control sano, priorizamos en el programa cardiovascular su aporte en la evaluación de pie diabético, dirigiendo nuestra carga asistencial al equipo de nutricionistas.

Equipo de Nutricionistas:

Este equipo debe focalizarse en los Qualidiap.

Será este equipo el que estará a cargo de la revisión de fichas en el rescate por exámenes seleccionados y por rescate de farmacia.

En el caso de la derivación de pacientes HTA compensados sin otros antecedentes, que sean enviados a médico crónico, esto debe hacerse siempre con exámenes de función renal al día. Para futuras estrategias, estos pacientes deben ser derivados con un (*) en su carne, en la ficha y el tarjetón.

Equipo Administrativo

Se iniciaron las estrategias con el equipo SOME completo. Se acordó que los pacientes que pidan hora sin su carne, en donde sale específicamente con qué profesional se deriva y en que momento, el administrativo debe buscar en la ficha ó el tarjetón cuál es la real derivación de este paciente. Esto con el fin de optimizar al máximo las horas medicas crónicas.

Se contará con la colaboración de 3 administrativos específicos para el programa CV:

Julio Guantecura: a cargo de qualidiap, rescates y Fondo de ojo.

Johanna Mora: Empa, pie dm, rescates y Vida sana.

Angélica Mejías (exclusivamente Principal): Mantener el orden del tarjetero, realizar los rescates, tener listas las fichas para los ingresos de qualidiap que realizará Julio Guatecura.

Modelo de cuidados Crónicos **MCC**

Este modelo es parte de una capacitación que la SEREMI exige que tengamos todos los profesionales que trabajamos en el PSCV de aquí a un máximo de dos años más. En este momento somos siete los profesionales capacitados, distribuidos en dos grupos con estrategias dirigidas a mejorar el manejo de los pacientes cardiovasculares. El primer grupo está orientado a mejorar la compensación de 14 pacientes crónicos por medio de un programa de ejercicios y controles profesionales. El segundo grupo busca subir la meta IAAPS en EMPAS, ya que esta es la meta más baja que posee nuestra comuna. Buscamos que los siguientes grupos busquen estrategias que abarquen metas con impactos significativos en poblaciones extensas y/o metas, siendo la elección de su estrategia supervisada por el encargado del PSCV y la dirección.

Visita de la Seremi

Durante la visita del SEREMI, esta solicito a nuestra comuna muchos cambios a implementar, dentro de los cuales exigió los siguientes cuatro:

- I. Implementación por escrito de rescate de pacientes y según su nivel de riesgo cardiovascular.
- II. Dejar respaldo en la ficha del intento.
- III. Realizar auditoria mensual estadística.
- IV. Evaluación pie DM por enfermera.

I. – II. Implementación por escrito de rescate de pacientes y según su nivel de riesgo cardiovascular, y dejar respaldo en la ficha del intento. Estrategias:

1) Se hace una estrategia por tramos de revisión de tarjetones. La revisión la hace un médico en conjunto con un administrativo. De un número determinado de pacientes, se solicita uno a uno exámenes de laboratorio de acuerdo a su patología y según su riesgo cardiovascular se citan en primera instancia a toma de exámenes para asegurarle al paciente un preingreso e ingreso médico con los resultados de estos. Se llena la siguiente planilla de rescate:

Nombre	Ficha	Compensado	descompensado	Solicitud de exámenes	fono	rut	Edad	Contesta a la citación

El personal SOME a cargo se comunica con el paciente, no para persuadirlo de que se acerque a SOME para un reingreso o control atrasado, sino que para una hora fija para toma de exámenes con el compromiso de horas disponibles para su ingreso. Todo esto debe quedar consignado en la Ficha (no en el tarjetón). *Esta estrategia ya está siendo implementada.*

2) En la revisión diaria de exámenes, llegan muchos exámenes crónicos alterados. En un inicio se seleccionarán aquellos exámenes que muestren hemoglobinas glicosiladas mayores a 9,0 y funciones renales alteradas. Dichos exámenes ya seleccionados serán enviados durante el mismo día a la nutricionista con la ficha de cada paciente y una pauta, para en conjunto con la ficha, seleccionar aquellos pacientes que necesitan un control crónico lo antes posible. La pauta comprende 6 puntos:

Nombre	Ficha	Citado por:	Pie dm al día	Fondo de ojo al día	Qualidiap
		1)Hbgl >9,0 2)F(x)renal alterada 3)Otros			Al día

De esta manera, aquellos pacientes que ya están en control nefrológico o con un próximo control médico ya derivado no serán recitados acaparando innecesariamente horas. Además podremos pesquisar pacientes que requieren repetición de función renal previo a la derivación médica, pacientes que si bien ya estarían en control con nefrólogo necesitan evaluación de pie dm y derivación a FO por lo que lo favorecería ser enviado a enfermera. Todas estas derivaciones por medio de este canal debe ser notificado en la ficha: "rescate de paciente por exámenes, están pendiente las siguientes conductas, se deriva a determinado profesional". *Esta estrategia ya comenzó a implementarse.*

3) Rescate en farmacia: Para pacientes que piden sus medicamentos estando pasivos, se les da la opción de ser revisada sus fichas para evaluar como y con quien hacer el rescate para lo cual existirá una pauta en farmacia para llenar con cada paciente:

Nombre	Rut o ficha	DM, HTA, DL, insulina	Teléfono de contacto	Inasistente o pasivo

Esta pauta se entregará, dependiendo de la cantidad de pacientes acumulados, cada dos semanas o mensualmente para ser revisado por nutricionista y evaluar la situación de ese paciente, y la necesidad de rescate. Esto debe quedar respaldado en la ficha, como "un intento de rescate que se iniciado en farmacia".

4) Cada médico que vea morbilidad hará rescate mensual de pacientes que serán registrados en una carpeta cardiovascular en cada box de atención, de manera tal de llevar un registro de dichos rescates y evaluar el éxito de estos.

IV. Evaluación de Pie Diabético por enfermera

En primera instancia se acuerda con las profesionales en su propia reunión de enfermeras del CESFAM, la urgente necesidad de evaluar siempre que sea necesario, pie DM siempre que así se requiera, e ir a buscar dirigidamente esta situación.

En las estrategias de rescate por exámenes ya descrita, también se revisará la vigencia de la evaluación de pie DM para ser derivado a la brevedad.

El equipo médico ha sido informado de que las derivaciones a enfermera para evaluación de pie dm debe ser escrito de esta forma en el carne del paciente, la ficha y el tarjetón, de manera tal que la enfermera que reciba este paciente tenga la claridad de la razón de la derivación para realizar la evaluación solicitada. Aún cuando se mantiene la responsabilidad de cada profesional de revisar la ficha buscando la causa de derivación. *Estrategia en implementación.*

El equipo de enfermeras del Cesfam, refiere la necesidad de capacitaciones en curaciones avanzadas para pie dm y úlceras varicosas. Debe facilitarse lo antes posible esta capacitación. *Esta capacitación ya fue solicitada al Dr. Michel Velten, quien está gestionando la disponibilidad para realizarla.*

Estrategias EMPA

1. Mes del corazón Agosto. Se mejoran los esfuerzos por realizar EMPAS en este mes. Se realizan afiches y cada Dirección impulsa a su equipo durante este mes. Se determina cuales son las carencias específicas de EMPAS en cada Cesfam.
2. Se habla con equipo de TENS quienes refieren dificultades para realizar EMPAS. Dentro de las dificultades posibles de intervenir, está la falta de utensilios antropométricos (peso y talla) y la dificultad para realizar el audit y la indagación de las conductas sexuales del paciente, en una atmosfera de privacidad. Cuando un EMPA sea derivado a TENS por falta de tiempo para realizarlo debe ser enviado desde el box con: Peso, Talla, Audit y conductas sexuales de riesgo. La dirección debe evaluar la posibilidad de facilitar en Procedimientos utensilios antropométricos.
3. En las hojas de registro de atención de Matronas y Dentistas, se marcarán próximo a la identificación de cada paciente, que corresponda al grupo etéreo que incluye el EMPA, un; “¿Empa?”. Cada profesional deberá averiguar en la consulta si a dicho paciente le corresponde efectivamente realizarse el EMPA y efectuarlo en la misma consulta, o de no ser posible derivarlo a TENS.
4. Durante el aniversario de nuestro CESFAM se movilizan muchas fuerzas y entusiasmos, que podemos canalizar en realizar esfuerzos por nuestros pacientes y metas sanitarias. Cada alianza debe realizar la mayor cantidad de EMPAS COMPLETOS posibles, lo cuál dará una gran cantidad de puntaje a cada alianza. También se dará puntaje al grupo que tenga la estrategia más creativa, eficiente y reproducible durante el año. Si estos dos premios coinciden en una alianza será un premio mayor para esta.

Periodicidad en la evaluación de los pacientes Cardiovasculares

La determinación del número de veces que tienen que ser vistos nuestros pacientes por los profesionales que integran nuestro programa, está pautado por las guías MINSAL; horas nutricionista, horas enfermera, horas medicas, horas medicas de ingreso, horas medicas de insulina, horas enfermera capacitación para insulina y talleres de enfermeras y nutricionistas para pacientes crónicos.

El problema reside en que MINSAL otorga estos lineamientos para la óptima dotación de profesionales en el CESFAM. Nosotros no sólo no poseemos dicha dotación para implementar lo sugerido, sino que además necesitamos más horas médicas aún para ponernos al día con las grandes deficiencias que arrastramos de años anteriores.

La periodicidad de controles se calcula en base al riesgo cardiovascular de cada paciente. Por ejemplo, hay una gran diferencia entre un paciente hipertenso compensado y un Diabético hipertenso descompensado que tuvo un infarto hace cinco años. En base a estas diferencias, que antes no se tomaban en cuenta para la programación, es que podemos ser más exactos en ella, priorizando calidad de atención y horas médicas, estando a la par con la forma de programación cardiovascular que se implementan en todas las comunas que poseen buenos resultados en este programa.

El detalle de esta parte importante de la programación está en curso, ya que depende directamente de las contrataciones que están por hacerse, en especial de profesionales médicos. Una vez clara estas contrataciones es que podremos optimizar las horas de controles e ingresos crónicos adaptando las pautas Minsal a nuestra realidad. Debe quedar claro, que mientras no se den las facilidades e incentivos para la contratación de nuevos Médicos en nuestra comuna, la dotación solo alcanzará para cubrir los requerimientos mínimos que son las horas de morbilidad, sin dejar espacio para una real mejora en gestión dirigida a la Salud Familiar.

Programa de salud oral

Priorización de problemas para el año 2013

Mejorar y mantener la salud bucal a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas, de acuerdo al ciclo vital de las personas, priorizando en mujeres embarazadas.

25% de gestantes dadas de alta reciben consejería breve en tabaco

65% altas odontológicas a gestantes

70% gestantes con riesgo parto prematuro diagnostico

PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a	Consejería breve en tabaco	Mayor o igual al 25% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/N° total de altas odontológicas de embarazadas)*100

PREVENCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención odontológica integral a la embarazada	Mayor o igual al 25% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas/total de gestantes ingresadas a programa prenatal)*100
	Diagnóstico periodontal con examen periodontal básico a embarazadas con riesgo de parto prematuro	Mayor o igual al 70% de las embarazadas con riesgo de parto prematuro tiene diagnóstico periodontal con examen periodontal básico	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro que tienen diagnóstico periodontal con examen periodontal básico/N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro en control prenatal)*100

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES salud Oral Integral del adulto 60 años)	Atención odontológica integral del adulto de 60 años	Mayor o igual al 50% de cobertura en altas odontológicas en adultos	(N° de altas totales odontológicas de adultos de 60 años total/total de adultos de 60 años inscritos y validados)*100

Sala ERA

Esta Sala es la que se encarga de la evaluación y control de pacientes crónicos respiratorios, control de neumonías en mayores de 65 años y evaluación y tratamiento de crisis obstructivas.

Esta Sala físicamente se encuentra en el Consultorio El Principal y en Cesfam Balmaceda se cuenta con 3 jornadas completas al mes, que son los días martes, y en el caso de Puntilla es una jornada completa al mes.

La derivación a la Sala puede ser por cualquier profesional, desde el SU o el extrasistema.

El Principal:

Se cuenta con médico ERA media jornada al mes, con lo que para la población existente y compensada esta jornada es suficiente, se mejorará la jornada de enfermera para cumplir con el programa.

El 2012 se realizaron 2 talleres en el Consultorio, se programará por lo menos un taller antes del invierno.

Las sesiones de rehabilitación se continuarán con los paciente que ingresaron este segundo semestre y a ingresar algunos los primeros días del 2013, se programará un taller de rehabilitación para s 10 personas el primer semestre.

En relación a Espirometría aún hay gente con su examen no actualizado, pero eso está en directa relación con el déficit de espirómetros en la comuna.

Balmaceda:

Se programará para el año 2013, jornada médica definida, junto con la jornada de enfermera, las horas se encuentran programadas en planilla Excel (anexo)

Las sesiones de rehabilitación se están realizando con el apoyo del profesor de Educación física, por lo que se organizará seguir con unos 7 pacientes para el próximo primer semestre 2013.

Puntilla:

Se resduelven los caos en CESFAM Dr. J.M Balmaceda

Convenios:

Se cuentas con algunas radiografías de tórax por convenio solo en periodo de invierno para pacientes con Neumonía y adultos pediátricos y menores de 5 años.

Sería muy útil un convenio de pacientes con observación de EPOC, que puede ser todo paciente de más de 40 años con disnea y tos productiva más de 15 días y con exposición a humo de leña o tabaco. En el caso de ellos lo que hago actualmente es solicitar una radiografía al Sotero, pero esta puede demorar mucho, tiempo en el cual el paciente definitivamente se pierde.

INGRESOS SALA ERA 2012:

ASMA: 31 comunal

EPOC: 19 comunal

Prestaciones Programación 2012	Grupo Objetivo	Nº inscritos Grupo	Prevalencia %
Control Tuberculosis	Inscritos de 65 y más		
Ingreso ERA	Inscritos de 65 y mas	50	
Control EPOC-ASMATICOS	Inscritos de 65 y más	357	2% Asma y 3% de EPOC
Taller Rehabilitación Pulmonar	PBC bajo control SALA ERA	5	5,1%
Test de Marcha	PBC bajo control SALA EPOC	11	11,1%

CICLO VITAL ADULTO MAYOR

Este programa abarca a todos los mayores de 65 años, incluye el programa de alimentos, la vacunación para la Neumonía, las ayudas técnicas, un taller de prevención de caídas para los adultos mayores en riesgo y los lentes para presbicia.

La mayoría de los EMPAM son realizados por kinesiólogas, hay un déficit este año en este examen debido en parte a la falta de horas enfermera, por lo que para el próximo año se contempla mejorar la cobertura y rendimientos de estos profesionales.

PACAM:

Se han buscado las alternativas para captar más adultos mayores que retiren sus alimentos, buscando formas como rescates, información en diarios murales, derivaciones por los profesionales, a través de todas estas estrategias se halgrado mejorar la cobertura.

Vacunación por neumonía:

Todo adulto mayor de 65 años debe vacunarse con la neumococica, la cobertura este año fue muy baja, por motivos de poca disponibilidad, el stock que fue enviado desde el Servicio, fue muy poco para la cantidad de adultos mayores que se tiene en la comuna.

Ayudas técnicas:

Estas ayudas técnicas corresponden a bastones, andadores, ayudas técnicas para los postrados, los que son tramitados por la asistente social previa evaluación por la kinesióloga.

Taller de prevención de caídas:

Para el próximo año se realizará el taller, la gente se encuentra seleccionada, dentro de la programación en el ciclo vital de adulto mayor, existirá una concentración de 2 controles por médico, orientándose a otras enfermedades crónicas, en este ámbito se excluyen los cardiovasculares, quienes tienen otra concentración y rendimiento. Los talleres son supervisados por 1 o 2 kinesiólogas y son 2 sesiones a la semana por 2 a 3 meses.

Este taller se realizara 2 veces al año uno en Balmaceda y el otro en Principal.

Lentes por presbicia:

Estos son entregado a los mayores de 65 años con presbicia pura, pero el diagnostico de presbicia solo lo hace el medico u oftalmólogo, en nuestra comuna son pocos los lentes que se entregan, y en la ultima reunión en el servicio se comunicó que existe sobre stock de este insumo en bodega se ha tomado la siguiente medida, médicos están haciendo la entrega de lentes junto a enfermeras, hasta contar con interconsultas a oftalmología para lentes específicos en caso de cualquier otra patología.

Postrados este programa es transversal, se encuentra en el transcurso del ciclo vital, pero sin duda, la mayor concentración de pacientes se encuentra en este tramo de edad, para el año 2013, se pretende capacitar en dos ocasiones (una capacitación por semestre) en el año a los cuidadores, y apoyo de salud mental.

	Recurso Humano	Población	Beneficiario	Cobertura	Atender
Ingresos EMPAM	KLGA Y ENF	65 y mas	80	100%	80

CONTROLES SEGÚN FUNCIONALIDAD A AGOSTO 2012

		POBLACION	BENEFICIARIOS
Autovalente sin Riesgo	KLGA Y ENF	65 y mas	435
Autovalente Con Riesgo	KLGA Y ENF	65 y mas	132
Riesgo de dependencia	KLGA Y ENF	65 y mas	73
Dependiente leve	KLGA Y ENF	65 y mas	98

En relación al último corte de Diciembre 2011 hemos presentado una leve disminución en la autovalencia de los AM, y un aumento en la dependencia moderada y severa con una disminución de los pacientes dependientes leves, esto explicado en parte por un aumento de pacientes en el Programa postrados porque cada vez es mayor el éxodo de AM a la comuna, y con una disminución en la autovalencia debido al envejecimiento de la población, por eso la importancia del trabajo con los grupos de AM y la educación control a control.

IAAPS:

En relación a la cobertura del EFAM estamos cumpliendo corte a corte con la meta, apoyados por la campaña de EFAM en extensión, debido a que teníamos como comuna un déficit en horas asistenciales de Enfermera y la mayoría de los EFAM los estaba realizando la Kinesióloga, esperamos que la brecha se acorte con el ingreso de mas horas asistenciales a partir del presente mes con la integración de la Enfermera Patricia Gallardo con mas horas asistenciales y con la continuidad de las campañas de EFAM en ambos centros de salud.

Componentes	META PAIS	META COMUNAL	ESPERADO 3° CORTE	Importancia Relativa	datos REM	Resultado	Indice
Cobertura de EFAM de 65 años y más	50	40,00	26,00	8,50	472	26,0	8,50
					1.816		

Población AM comunal bajo control a Junio 2012 → 836, de ellos un 86% retira el beneficio del PACAM,

Población AM comunal → 1816, se vacunaron 371 AM, lo que equivale a un 20.4% de los de 65 años y más.

- Se planteo también como meta mantener el seguimiento de los pacientes con daño neurológico en la comuna, dado que no contamos con Sala de Rehabilitación y se ha logrado mantener un seguimiento por parte de las Kinesiólogas que participan en el Programa de Postrados de realizar constantes visitas cada 3 o 4 meses para evaluar cualquier problema, tanto de educación o de apoyo con alguna ortesis. Esta meta se cumplió con creces, tenemos un 50% de los pacientes con control cada 3 meses por kinesióloga.

SALA ERA

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC)	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de actividades de promoción en consejería antitabaco/N° total de población con enfermedades crónicas)

PROMOCION

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor	Reuniones en la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior	(N° de adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/N° total de AM inscritos)*100
			(N° de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 años y más/N° total de AM inscritos)*100
			(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 años y más/N° total de AM inscritos)*100
	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en AM como acción de detección precoz del riesgo	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior	(N° de adultos/as mayores autovalente bajo control/N° total de AM bajo control)*100
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor	Detectar e incentivar al AM que se incorpore a actividades grupales, según sus intereses	Establecer línea base e incrementar en un 5% los AM que participan en OSC	(N° de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/N° total de AM bajo control)*100

PREVENCIÓN

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del adulto mayor	Realización de examen de medicina preventiva	Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior	(N° de adultos de 65 años y más con examen de medicina preventiva vigente/población inscrita de 65 y más años)*100
Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial	Intervención preventiva o terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda	(N° de AM bajo control con sospecha de maltrato/N° de población AM inscritas)*100
	Intervención preventiva o terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas	100% de AM detectados con riesgo psicosocial tienen un plan de intervención y derivación según corresponda	(N° de AM bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas/N° de población Am inscritas)*100
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 años y más bajo control en PSCV	Aplicar la "Ficha de prevención de enfermedad renal crónica" a AM en control de salud cardiovascular	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido calificadas según etapa enfermedad renal crónica	(N° de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses/N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte)*100

PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIO PSICOSOCIAL

Se planificará taller prenatal, intercalado con control prenatal, de manera de cumplir el 80% de asistencia a taller propuesto por el MINSAL.

Al término de cada taller la matrona en conjunto con un técnico paramédico, procederán a examinar a la gestante con: control de signos vitales, peso y auscultación de latidos, se registrará en agenda mujer, que la usuaria asistió a taller y que se realizó control de signos y latidos cardíaco fetales (LCF) si existiera algún parámetro alterado, la matrona en su box, examinará más exhaustivamente a la gestante, solicitando exámenes, etc.

Talleres Prenatales

1er. Taller: realizado por psicólogo, debe ser interactivo, con imaginación, y técnicas de relajación.

2do. Taller: realizado por nutricionista, con degustación de purita mamá con saborizantes, para mejorar la adherencia a la leche otorgada por el Centro de salud.

3er. Taller: realizado por matrona, con balones kinésico, y colchonetas con ejercicios de trabajo de parto.

4to. taller: realizado por educadora de párvulos: realización de móviles, juguetes, etc. para su futuro bebé.

5to. taller: Visita Guiada a la maternidad, administrativo del CHCC debe acompañar en el móvil 2 veces al mes a las gestantes a la maternidad, acompañarlas en su visita y posteriormente regresar con ellas, tiempo estimado 2 horas.

Se incorporarán dos talleres que permitirán mejorar cumplimiento de otras actividades solicitadas por MINSAL

Taller a las puérperas sobre lactancia materna: programado 2 horas.

1 era hora: nutricionista, beneficios de la lactancia materna.

2 da hora: matrona, técnicas de lactancia materna.

Taller de Crianza: 2 horas realizada por enfermera, orientada a niños menores de 24 meses. (con una concentración de tres)

En todos los talleres a realizarse en los distintos centros de salud, se contará con colación saludable, imputada al programa PADB

Al ingreso de embarazo se aplicarán de acuerdo a orientaciones técnicas las siguientes pautas:

Golberg Q12: detecta depresión y ansiedad, alterado se derivará a psicólogo

EPsA: si sale positiva, se analiza caso en reunión de equipo de cabecera, quien determinará de acuerdo a criterios leve, moderado y severo, la intervención a seguir.

Escala de Edimburgo será aplicada de acuerdo a directrices de referente técnico Programa de la Mujer MINSAL, en el segundo control de embarazo, con reaplicación posteriormente a las 2 o 4 semanas de acuerdo a puntaje.

Visita Domiciliaria Integral: la concentración es de 1,5 de acuerdo a catálogo de prestaciones, y los casos a visitar deben ser analizados por equipo de cabecera y de acuerdo a riesgo, definir una o más visitas. Rendimiento rural 1,5 hrs.

Criterio de inclusión:

Definición dada por EPsA (*) y criterio de equipo de cabecera en gestantes.

90% de puérperas con riesgo psicosocial, presentado durante el embarazo.

De acuerdo a pauta de riesgo aplicada en la atención de la diada, y según criterio de equipo de cabecera se realizará visita domiciliaria integral a los niños/as.

VDI al 100% de los niños/as con déficit en su desarrollo psicomotor menor de 5 años.

Aplicación a las 32 semanas de Golberg Q12 y EPsA, esta última debe subirse al Sistema de registro, Derivación y Monitoreo (SRDM), como contacto, la matrona tendrá en este control un rendimiento de 30 minutos.

Se aplicará una pauta local de riesgo en el control de la diada, basada en los parámetros requeridos por el Servicio, pero que sólo definirá riesgo, posteriormente en reunión de equipo de cabecera se clasificará el riesgo en leve, moderado y severo,

De esa pauta se desprenderá VDI, seguimiento, derivación a equipo de salud mental y/o intersector, prestaciones que serán otorgadas para los niños/as.

Realización de talleres Nadie es Perfecto, a cargo de nuestras dos facilitadoras (Los talleres se encuentran planificados en planilla programación).

Derivación oportuna a sala de estimulación y tratamiento efectivo en niños pesquisados con rezago, riesgo y/o retraso.

De acuerdo a orientaciones técnicas programáticas se realizarán las actividades propuestas por MINSAL y catálogo de prestaciones del PADB, incorporando algunas actividades adicionales (taller a las puérperas), pero que se relacionan directamente con el énfasis otorgado por el Servicio, mejorar la cobertura en la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses.

Talleres de Estimulación y Normas de Crianza, actividad sistemática grupal para familias con niños menores de 1 año, orientadas a fortalecer competencias parentales y desarrollo de conductas de autocuidado y promoción del desarrollo integral del niño.

Objetivo: brindar asesoramiento sobre prácticas saludables de crianza, facilitar el intercambio de experiencias.

Contenidos:

Primera sesión: Protección y vínculo de apego.

Segunda sesión: Lenguaje y comunicación.

Tercera sesión: El juego.

Cobertura: 100% de las familias con niños menores de 1 año.

Concentración: 3 sesiones de 8 a 10 personas.

Rendimiento 1 taller por hora

Edades a realizar el taller: 3 meses, 7 meses y 10 meses.

RED SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El propósito del programa es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer en todas las etapas de su ciclo vital desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que involucre la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado de su salud, incorporando a la familia a vivir este proceso en conjunto

Prestaciones de salud destinadas a la mujer y su pareja

Son aquellas prestaciones entregadas por la profesional matrona que fomentan y protegen la salud de la mujer a través de su ciclo vital, enfocadas en la salud sexual, reproductiva y familiar. Por lo anterior, es necesario conocer e interiorizarse por los problemas que viven las mujeres en Pirque y como parte de ellas buscar en conjunto las posibles soluciones a estos conflictos. Esto no es tan sólo para lograr una mejor calidad de vida en nuestras usuarias, sino también, para lograr un cambio global tanto por parte de nuestra comunidad como para nuestros centros de salud, lo que se expresa otorgando una atención personalizada e integral a las usuarias que acceden al nivel primario, escuchándolas y satisfaciendo sus necesidades en salud, con el fin de lograr en conjunto las posibles mejorías en nuestro sistema. Las prestaciones son:

Control Pre concepcional el cual orienta a la mujer a tomar decisiones de tener un embarazo en mejores condiciones, dando como producto un recién nacido con peso adecuado y en buenas condiciones de vida y con el fin de evitar ocurrencia de parto pre término. Solo se cumplió el 33% de esta actividad.

Controles prenatales, los cuales son una de las actividades básicas de este programa. Se cumplieron las metas en un 51%.

Otra de las actividades que no alcanzó a cumplirse es la regulación de fecundidad que solo se cumplió en un 43%, esta actividad ayuda a las parejas a espaciar el nacimiento de sus hijos y a prevenir embarazos no deseados, entre otros. Por lo tanto, su progreso mejora la calidad de atención (al satisfacer las necesidades individuales). El trabajo está en superar las barreras para un buen acceso.

El cáncer cervicouterino constituye un importante problema de Salud Pública. Las principales estrategias no sólo consisten en una organización a nivel nacional, sino también local. Tradicionalmente nuestra comuna ha intentado cumplir esta meta ayudada primero por la conciencia de auto cuidado de la población objetivo y segundo, de las horas extras utilizada para Campañas de PAP realizadas los días sábado y en extensión horaria, citando a las usuarias vía telefónica y a través del resto de los profesionales para que una mayor cantidad de población tenga acceso a la toma de este examen. Actualmente la cobertura es de un 60%, no alcanzando la meta que pide el ministerio.

Otras actividades orientadas a la mujer en el período del climaterio (45 a 64 años) destinada a manejar los síntomas presentes en esta etapa, prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período y manejar los aspectos psicosociales asociados son todas aquellas actividades que ayudan a elevar el nivel de salud de las mujeres. Solo se realizó el 68% de esta actividad.

En nuestro programa hay varios profesionales que trabajan en conjunto, uno de ellos son los odontólogos cuyo objetivo es elevar el nivel de salud bucal de la mujer y promover su preservación. Otro de los profesionales es la asistente social que realiza atención a las mujeres y a su familia con fines de orientación, evaluar factores sicosociales y culturales, además de reconocer las potencialidades. También la nutricionista forma parte del equipo de salud del programa y otorga atención a la embarazada, puérpera y a la paciente que desea embarazo. Es muy importante además el psicólogo y el médico de salud mental que interviene a las usuarias con problemas de índoles psicológico. Todos trabajan para mejorar la salud de la mujer en las distintas etapas de su ciclo vital.

En resumen, solo se realizó el 68 % de las actividades programadas; las horas matronas que se requerían para esta programación eran 35, solo contamos con 24 hrs (tres matronas), por lo tanto, se efectuó un gran esfuerzo para poder cumplir la meta.

Priorización de problemas

Los problemas que se observan en el programa son los siguientes:

- Baja cobertura del programa de regulación de la fecundidad: nuestra cobertura fue de un 43%, para el año 2012, el Ministerio solicita una cobertura de 60% al año 2015, por lo tanto se irá aumentando un 5% de cobertura anualmente hasta alcanzar al año 2015 la meta. Se priorizaron todas las actividades de CHCC, ya que son metas que hay que cumplir. Esto nos llevó a que las usuarias de regulación de fecundidad no alcanzaran horas para sus controles.
- Baja cobertura de PAP: si bien es cierto que aumentamos en relación al año pasado no alcanzamos a cumplir la meta; tenemos una población cautiva en regulación de fecundidad la cual no alcanza hora para atención y, por lo tanto, esa toma de PAP se pierde.
- Baja cobertura de atención de salud de la mujer climatérica: es la población más castigada a la hora de dar las citas, ya que se priorizan las embarazadas, las diadas, puérperas, las de regulación de fecundidad y por último estas pacientes.

- Baja cobertura en control pre concepcional, es un problema ya que las mujeres no concurren a la consulta para esta actividad, las pesquisadas por el programa de regulación de la fecundidad son las que reciben esta atención cuando desean no seguir con el método y desean embarazarse.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicadores
Aumentar cobertura del examen de Papanicolaou	Realizar examen de PAP cada tres años a mujeres entre 25 y 64 años que consultan al programa Realizar campañas de PAP en horarios diferidos durante todo el año Difusión de fechas de campaña a través de medios comunicacionales	Aumento de cobertura al 80% de acuerdo a programación 4 campañas al mes 1 difusión	Números de mujeres de 25ª 64 años con PAP vigente / población total de mujeres de 25 a 64 años inscritas Números de campañas realizada / Campañas programadas Difusiones realizadas / Difusiones programadas
Aumentar cobertura de población bajo control regulación de fecundidad	Control de la actividad de Regulación de fecundidad por matrona Agendar horas especiales para la actividad de regulación de fecundidad	Aumento de cobertura en un 5%	Números de mujeres en edad fértil bajo control de regulación de fecundidad / Número total de mujeres en edad fértil inscritas
Evaluar calidad de vida de la mujer en etapa climatérica	Aplicar instrumento en mujer climatérica	5% de instrumentos aplicados	Número de encuesta aplicada mujeres climatéricas / número total de población inscrita de mujeres de 45a 64 años en control de salud
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis	Tamizaje para la sífilis durante el embarazo	100% de las embarazadas en control con tamizajes para sífilis tomados	Números de ingresos de embarazadas con tamizaje para sífilis / número total de ingresos de embarazo

Disminuir la transmisión vertical por VIH en las embarazadas	Consejería en VIH y oferta del test a las gestantes	100 % de consejerías en embarazadas 100% de test VIH tomados	Números de embarazos con consejería en vih/números total de ingresos de embarazos Números de embarazos con VIH tomados/número total de ingresos de embarazo
Baja cobertura en control preconcepcional	Control preconcepcional por matrona	5% de la población en edad fértil	Número de controles preconcepcional/número de mujeres en edad fértil
Evaluar las condiciones del entorno a las gestantes con riesgo sicosocial	Visita domiciliaria a las gestantes con riesgo sicosocial	90% de visitas realizadas	Gestantes con riesgo sicosocial con visitas domiciliarias realizadas/ total gestantes con riesgo sicosocial
Controlar el aumento o déficit de peso en el embarazo	Consulta nutricional de las embarazadas	100% de embarazadas con alteraciones nutricionales en control	Números de embarazadas con mal nutrición controladas con nutricionista/números total de embarazadas con mal nutrición
Recuperar la condición nutricional al sexto mes post parto	Control nutricional de las mujeres a los tres y seis meses post parto	Mantener o disminuir el 55% de las mujeres con sobrepeso y obesidad a los seis meses postparto	Nº de mujeres con obesidad y sobrepeso en control a los seis meses posparto/número total de mujeres controladas a los seis meses post parto

PROGRAMA SALUD MENTAL

Los Trastornos Mentales han aumentando progresivamente su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

La prevalencia de Depresión en la población general mayor de 15 años oscila entre un 7,5% a 10% en nuestro país, y se estima que aproximadamente el 30 % de las personas consultantes en el nivel primario de atención pueden sufrir cuadros depresivos, por lo tanto, priorizamos su abordaje en forma integral en nuestra Comuna. La prevalencia de trastornos depresivos en la población general mayor de 15 años es de 7.5% a 10% en nuestro país. Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades. La Depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Es más alta la prevalencia en el grupo de 20 a 45 años.

En contexto del programa de Salud Mental Integral Pirque los trastornos del estado del ánimo (Depresión) ocupan el primer lugar seguido de los Trastornos Ansiosos (donde se incluyen crisis angustiosas, ansiedad generalizada, crisis de pánico, fobias y cuadros de estrés reactivo).

La Población Bajo Control en nuestro Programa a Junio 2012 es de: 1391, de los cuales el 26,45 % (368), corresponden a hombres, y el 73,54% (1023) a mujeres. Los Pacientes con Diagnóstico de Depresión al corte de Junio 2012 son: 801, de los cuales 11,11%(89) son hombres, y el 88,88% (712) mujeres.

El objetivo General del Programa es: Contribuir a mejorar la atención de Salud Mental de los usuarios, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención, abordando la promoción, prevención, curación y rehabilitación con un Enfoque de Salud Familiar y comunitario, mejorando la resolutiveidad.

Se desarrolla en las siguientes 3 dependencias:

- 1.- Cesfam José Manuel Balmaceda.
- 2.- Consultorio El Principal.
- 3.- y en la Posta Puntilla.

El programa de Salud Mental, es atendido de una forma globalizadora e integradora, coherente con esto, para enfrentar el tratamiento se utiliza una perspectiva Bio-Psicosocial y para estos efectos se cuenta con un equipo multidisciplinario:

- 2 Asistentes sociales (44 y 33 Horas)
- 2 Psicólogos Clínicos (44 y 33 Horas)
- 1 Psicóloga Equipo Comunitario (22 Horas)
- 1 Administrativo (22 Horas)
- 2 Médicos (44 y 22 Horas)
- 1 Consultoría mensual con Psiquiatra

Se suma a lo anterior la participación de una Psicóloga Voluntaria, Terapeuta Floral (flores de Bach) (5 horas semanales).

Durante el 2012 se mantienen Talleres Terapéuticos:

- Taller de Depresión: Psicólogos 12 sesiones
- Manejo de ansiedad : Psicólogos 8 – 12 sesiones
- Taller de VIF: Psicólogo y Asistente Social 10 -12 sesiones
- Taller Oh y Drogas: Psicólogo y Asistente Social 10 -12 sesiones, este desde Abril 2012.

El Programa de Salud Mental Integral Pirque se desarrolla por medio de varias canastas en las que se incluyen:

1.- Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la depresión: en el cual son ingresados personas mayores de 15 años.

Corte Junio 2012: 34,3%

Corte Agosto 2012: 57,1%

Meta Comunal	271	Junio 2012	Agosto 2012
Cesfam José Manuel Balmaceda	163	64	114
Consultorio El Principal	108	29	41

2.- Programa de Atención para mujeres mayores de 15 años que son Víctimas de Violencia Intrafamiliar (VIF)

Corte Junio: 64,2%

Corte Agosto: 101,4%

Meta Comunal	70	Junio 2012	Agosto 2012
Cesfam José Manuel Balmaceda	42	30	46
Consultorio El Principal	28	15	25

3.- Programa de atención para personas mayores de 10 años con consumo riesgoso de alcohol, y/o drogas que son ingresadas para Intervenciones Preventivas.-

Corte Junio 2012: 15 %

Corte Agosto 2012: 133,4 %

Meta Comunal	60	Junio 2012	Agosto 2012
Cesfam José Manuel Balmaceda	35	6	33
Consultorio El Principal	25	3	47

4- Programa de atención para personas mayores de 10 años con consumo riesgoso de alcohol, y/o drogas que son ingresadas para Intervenciones Terapéuticas.-

Corte Junio 2012: 30%

Corte Agosto 2012: 41,4%

META COMUNAL	70	Junio 2012	Agosto 2012
Cesfam José Manuel Balmaceda	42	15	22
Consultorio El Principal	28	6	7

Salud Mental Infantoadolescente:

Durante 2011, se enfatizó la puesta en marcha **Programa Salud Mental Infanto-adolescente**, la cual durante el 2012 se ha seguido fortaleciendo. Esta Canasta incluye Niños, niñas, adolescentes que son ingresados para ser atendidos por Trastornos Emocionales o Conductuales de la Infancia y la adolescencia, Trastorno Hipericinético y de la Atención, y por Maltrato Infantil.

5.- Niños, niñas y adolescentes son ingresados para ser atendidos por Trastornos Emocionales y Conductuales.

Corte Junio 2012: 46,6%

Corte Agosto 2012: 66,6%

Meta Comunal	30	Junio 2012	Agosto 2012
Cesfam José Manuel Balmaceda	18	14	18
Consultorio El Principal	12	0	2

6.- Programa de atención para niños, niñas, adolescentes son ingresados para ser atendidos por Maltrato Infantil.

Corte Junio 2012: 60%

Corte Agosto 2012: 113,3%

Meta Comunal	15	Junio 2012	Agosto 2012
Cesfam José Manuel Balmaceda	8	8	11
Consultorio El Principal	7	1	6

7- Programa de atención para niños, niñas, adolescentes son ingresados para ser atendidos por Trastorno Hipercinético y de la Atención (TDAH).

Corte Junio 2012: 52,1 %

Corte Agosto 2012: 117,3%

Meta Comunal	23	Junio 2012	Agosto 2012
Cesfam José Manuel Balmaceda	13	11	21
Consultorio El Principal	10	1	6

EQUIPO COMUNITARIO: Otro logro importante fue fortalecer el **Trabajo del Equipo Comunitario**, el cual su objetivo principal es realizar atención y seguimiento de pacientes con trastornos mentales de moderada a alta complejidad.

- Brindar apoyo a los usuarios y sus familias en los procesos de Internación Administrativa.

Las canastas que se incluyen dentro del Equipo Comunitario:

PRESTACIÓN	Meta Comunal	Corte Junio 2012	Agosto 2012
Depresión Unipolar y Distimia en menores de 15 años	50	52%	100%
Trastorno de ansiedad y del comportamiento	185	139,4%	167,5%
Esquizofrenia y Psicosis no orgánica (No GES)	20	60%	65%
Plan Ambulatorio Comunitario Infante Adolescentes Alcohol y Drogas.	24	41,6%	41,6%
Consultorías	24	41,6%	62,5%

PROGRAMA SALUD MENTAL

Objetivo	Actividad	Meta año 2012	Meta año 2013	Indicadores
Brindar atención integral oportuna a niños, niñas, con problemas con trastornos mentales	Consulta Médica para diagnóstico de niñas y niños con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual	100% de niños/as menores de 14 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica para diagnóstico	Mantener control del 100% de niños/as menores de 14 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica para diagnóstico	(Nº de niñas/os Menores de 14 años bajo control con sospecha de maltrato Infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica para diagnóstico/N Total niñas/os Menores de 14 bajo control con sospecha de maltrato Infantil y/o abuso sexual) x 100.

	Visita Domiciliaria Integral a Familias de niños/as con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual	100% de familias de niños/as menores de 14 años bajo Control con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben al menos 3 visitas domiciliarias Anuales por Asistente Social.	Mantener control del 100 % de familias de niños/as menores de 14 años bajo Control con Diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben al menos 3 visitas domiciliarias Anuales por Asistente Social.	(N° de familias De niños/as Menores de 14 años bajo control con Diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual que reciben VDI/N° Total de familias de niños/as menores de 10 años bajo Control por Maltrato infantil y/o abuso sexual) X 100
--	---	---	--	---

Brindar atención integral oportuna a niños, niñas, con problemas con trastornos mentales	Consulta Médica para diagnóstico de niñas/os con sospecha de Trastornos Hipercinético y de la Atención.	100% de niño/as con sospecha de trastorno Hipercinético y de la Atención reciben consulta médica para diagnóstico	Mantener control del 100% de niño/as con sospecha de trastorno Hipercinético y de la Atención reciben consulta médica para diagnóstico	(N° de niñas/s con Sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención que reciben consulta Médica para diagnóstico/ N° Total de niñas/s derivados por sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención)x 100
--	---	---	--	--

	Tratamiento Integral de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hipercinético y de la Atención, Según Guía Clínica	El 100% de los niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención reciben Tratamiento Integral según Guía Clínica	Mantener control del 100% de los niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención reciben Tratamiento Integral según Guía Clínica	(N° de niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención reciben tratamiento integral según guía Clínica /No. Total de niñas/os con confirmación diagnóstica de Trast. Hipercinético y de la Atención) x100
	Consulta Médica para diagnóstico de Depresión	100% de adolescentes con sospecha de depresión detectada	Mantener control del 100% de adolescentes con sospecha de depresión detectada	N° de adolescentes inscritos con sospecha de depresión detectada en el examen de salud anual, que reciben consulta médica para diagnóstico/

		en el Examen de salud anual, reciben consulta Médica para Diagnóstico.	en el Examen De salud anual, reciben consulta médica para Diagnóstico.	Total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100
	Tratamiento Integral en atención Primaria e Inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes de 15 años y mas con diagnóstico de Depresión	100 % de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de Depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en Ges de Depresión	Mantener control del 100 % de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de Depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en Ges de Depresión	(Nº de adolescentes de 15 años y más inscritos con Diagnóstico de Depresión Leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Nº Total de adolescentes de 15 años y más inscritas) x 100

Brindar Atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales	Tratamiento integral en atención Primaria de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de Depresión	100 % de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión y/o son derivados a especialidad según corresponda	Mantener control del 100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES depresión y/o son derivados a especialidad según corresponda	(Nº de adolescentes de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión y/o o son derivados especialidad según corresponda /Nº Total de adolescentes de 15 años y más inscritas) x 100
--	--	--	---	---

	Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas son derivados en forma asistida a Cesam para tratamiento en GES Plan Ambulatorio	Mantener control del 100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas son derivados en forma asistida a Cesam para tratamiento en GES Plan Ambulatorio	N° de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que son derivados a Cesam para tratamiento en GES Plan Ambulatorio/N° total de adolescentes a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100
--	---	--	---	--

	<p>Tratamiento Integral en Atención Primaria</p> <p>e inicio de tratamiento y/o derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión</p>	<p>100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en y/o derivación a especialista cuando corresponda según Guía Clínica GES</p>	<p>Mantener control del 100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento Integral y/o derivación a especialista cuando corresponda según Guía Clínica GES.</p>	<p>N° de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral y/o derivación a especialista cuando corresponda según Guía Clínica GES/No adolescentes de 15 años o más) x 100</p>
<p>Brindar atención integral y oportuna a</p>	<p>Tratamiento Integral en Atención Primaria de adolescentes de 15 años con</p>	<p>100 % de adolescentes de 15 años y más con</p>	<p>Mantener control del 100% de adolescentes de 15 años</p>	<p>(No de adolescentes de 15 años y más Inscritos con diagnóstico de depresión leve,</p>

adolescentes con problemas y trastornos mentales	diagnóstico de depresión	diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión	y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión	moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más inscritas)x 100
Brindar atención Integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales	Tratamiento oportuno e Integral en Atención Primaria a adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión	100 % de adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión reciben tratamiento y/o derivación según corresponda	Mantener control del 100% de adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión reciben tratamiento y /o derivación	(No de adolescentes de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión que reciben tratamiento integral y derivación según corresponda/Total adolescentes de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de Depresión) x 100

			según corresponda	
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales	Visita Domiciliaria Integral y/o Consejería Familiar Para completar evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda según Guía	60% de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por Depresión, reciben VDI y/o Consejería Familiar	80% de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por Depresión, reciben VDI y/o Consejería Familiar	(N° de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por Depresión que reciben VDI y/o Consejería familiar/Total familias de adolescentes de 15 años en tratamiento por Depresión)x 100

	Clínica GES			
Aumentar el Número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo Biopsicosocial .	Derivación a especialista y monitoreo de los casos de adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y/o violencia grave.	Mantener la derivación a especialista y monitoreo del 100% de adolescentes con abuso sexual, violencia grave	Mantener la derivación a especialista y monitoreo del 100% de adolescentes con abuso sexual, violencia grave	(Nº adolescentes Monitoreados y derivados a especialistas con abuso sexual, VIF o violencia grave/ Nº total de adolescentes bajo control) x100
Brindar atención Integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y	Tratamiento Integral y oportuno a personas de 20 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada	Mantener tratamiento integral y oportuno del 100 %de las personas de 20 a 64 años con diagnóstico de depresión leve, moderada, o grave, según guía clínica GES.	Mantener tratamiento integral y oportuno del 100 %de las personas de 20 a 64 años con diagnóstico de depresión leve , moderada , o grave,	(Nº de Personas de 20 a 64 años con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave son atendidas con tratamiento integral/ Nºtotal de ingresos de depresión leve, moderada o grave)

Trastornos de Salud mental y sus familias.	o grave, según Guía Clínica (GES)		según guía clínica GES	x100
	Sesiones de Psico-educación para comprensión la enfermedad y fomento el apoyo terapéutico	50% de familias con miembro con diagnostico de Depresión bajo control participan en sesiones de psicoeducacion	50% de familias con miembro con diagnostico de Depresión bajo control participan en sesiones de psicoeducacion	(Nº de familias con miembro con diagnostico de Depresión bajo control Que participan en sesiones de psicoeducacion/Total De pacientes con Diagnostico de depresión bajo control)x100
Aumentar el Numero de Adulto Mayor que recibe	Control de salud: Diagnostico, tratamiento	100% de los pacientes de 65 años y más son derivados a ingreso, diagnóstico, tratamiento seguimiento según Guía Clínica de Depresión Adulto Mayor	Mantener control del 100% de los pacientes de 65 años y más son derivados a ingreso diagnóstico,	(Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión en pacientes de 65 años y más/ N° Total de personas de

tratamiento por Depresión.	y seguimiento, según Guía Clínica de Depresión.		tratamiento seguimiento según Guía Clínica de Depresión Adulto Mayor	65 años y más bajo control)x 100
Evitar recidiva en pacientes post alta de programa Salud Mental	Formación de grupo autoayuda	70% de los pacientes dados de alta del Programa Salud Mental son derivados a grupo autoayuda	80% de los Pacientes son ingresados/ participan activamente a grupo autoayuda	(No. de pacientes derivados a grupo autoayuda/ No. de pacientes dados de alta)x100

SERVICIO URGENCIA RURAL

El servicio de urgencia está en una zona mixta entre rural y urbana, siendo nuestra tendencia natural a ofrecer un servicio completo a nuestros usuarios. Lo que dificulta nuestro propósito de ofrecer más calidad que cantidad es nuestro límite muy cercano con una gran urbe como es Puente Alto, debido a que el gran incremento en las consultas ha sido en parte influenciada por los usuarios de esta comuna que limitan con Pirque.

Al Sur están llegando los usuarios que no concurren normalmente al Cefam Dr. J. M. Balmaceda. Por lo que el incremento de consultas ha sido evidente tanto en cantidad como en complejidad. Debido a esto se debe aspirar a realizar cambios fundamentalmente en horarios y aumento de recursos humanos debido a la posible extensión en la jornada que deberá ser modificada para absorber la gran demanda que día a día está llegando, en este aumento también ha influido la buena calidad de atención que se está ofreciendo, lo que se traduce en satisfacción usuaria, objetivo primordial al que debe aspirar todo servicio que otorgue prestaciones de salud.

ATENCIONES MÉDICAS**Mes**

Enero	519
Febrero	469
Marzo	589
Abril	700
Mayo	1015
Junio	729
Julio	592
Agosto	845
Septiembre	954
Octubre	725

*aproximadamente un 7 % de las consultas realizadas corresponden a un centro de salud de la comuna de Pte Alto

* Número de pacientes con patología cardiovascular (ver cuadro)

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR - ORIENTE
CONSULTORIO GENERAL RURAL JOSE MANUEL BALMACEDA

ATENCIONES DIARIAS DE URGENCIA POR TODAS LAS CAUSAS, EN SAPU

FECHA DESDE: 01-01-2012 HASTA EL 31-10-2012

ID	Atenciones	TOTAL	-1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 64 años	65 años y +
1	Total de Atenciones de Urgencia	6973	135	1233	1200	3812	594
2	Total Causas Sistema Respiratorio (J00-J98)	2966	93	737	637	1342	158
3	IRA Alta (J00-J06)	2006	52	492	0	948	66
4	Influenza (J09-J06)	4	0	0	1	3	0
5	Neumonía (J12-J18)	68	10	5	10	24	19
6	Bronquitis/Bronquiolitis aguda (J20-J21)	695	26	208	145	263	53
7	Crisis obstructiva bronquial (J40-J46)	53	0	10	6	27	10
8	Otra causa respiratoria (J22,J30-J39,J47,J60-J98)	0	0	0	0	0	0
9	Total Causas Sistema Circulatorio (I00-I99)	111	0	0	2	80	29
10	Infarto agudo miocardio (I21-I22)	1	0	0	0	1	0
11	Accidente vascular encefálico (I60-I66;I67.8-I67.9)	9	0	0	0	2	7
12	Crisis hipertensiva (I10.X)	44	0	0	0	36	8
13	Arritmia grave (I44-I46.0; I46.9-I49)	6	6	6	6	6	6
14	Otras causas circulatorias (I00-I09;I11-I15; I20,I23,I28; I30-I42; I50-I52; I67.0-I67.7; I69-I99)	40	0	0	2	28	10

15	Total Traumatismo y Envenenamientos (S00-T98)	429	5	46	77	255	46
16	Accidente del tránsito (S00 a T98, con causa externa de V01 a V89)	7	0	0	4	3	0
17	Otras causas externas (S00 a T98, con causas externas de V90 a Y98)	422	5	46	73	252	46
18	Total Diarrea aguda (A00-A09)	717	10	141	128	387	51
19	Total demás causas	2750	27	309	356	1748	310

Se presentaron múltiples problemas de registro y mantención del equipo médico, pero se espera corrección de las dificultades obteniendo un funcionamiento óptimo el año 2013.

* Actualmente se presenta un número de 7113 pacientes atendidos a la fecha, pero se estima que se atenderán aproximadamente 18250 el año 2013 duplicando las estimaciones de este año. Debido a que la estadística realizada durante 2012 no se tenía la dotación de médicos necesaria para suplir todas las necesidades del centro. Actualmente se mejora el sistema de registro, se cumplen todos los turnos, y en el mes de noviembre sobrepasaron las atenciones esperadas de 10 pacientes por horas. Siendo este periodo del año de baja consulta. Agregado a esto el usuario externo ya tomó conocimiento de nuestro servicio de urgencia y concurre con mayor número.

Horario: Proyección SAPU

Médico	monto bruto hrs.	\$11.111	
Lunes a jueves	17:00 a 24 hrs. 7 hrs. Titular		
	18:00 a 21hrs. 3 hrs. Refuerzo		total: 10 hrs.
Viernes	16:00 a 24 hrs. 8 hrs. Titular		
	17:00 a 21 hrs. 3 Refuerzo		total: 11 hrs.
Festivos y fin de sem.	9:00 a 21 hrs. 12 hrs. Titular		
	17:00 a 21 hrs. 6 hrs. Refuerzo		total: 18 hrs.
Total horas médico semanal: 87 hrs.		Total bruto: \$966.657 semana	

Administrativo:	monto bruto	\$2.700 hora / semana	
			\$2900 fin de sem. Y festivos
Lunes a jueves	17:00 a 24 hrs. 7 hrs. Titular		total: 7 hrs.
Viernes	16:00 a 24 hrs. 8 hrs		total: 8 hrs.
Festivos y fin de sem.	9:00 a 21:00 hrs.		Total: 12 hrs.
Total horas administrativo semanal:	36 hrs. Sem		
	24 hrs fin de sem y festivos		
	Total bruto: 166.800 aprox.		

Existe una propuesta a mejorar el valor hora.

PROGRAMACIÓN COSAM DE PIRQUE

El COSAM de Pirque es un dispositivo de salud mental de nivel secundario, inserto en la red general de atención de salud comunal, que por su nivel de complejidad, aborda de manera integral las problemáticas de salud mental con compromiso biosicosocial, en grado moderado a severo.

Cumple además un rol protagónico en la articulación de diferentes acciones de salud mental en las que participan otras instituciones y organizaciones, tanto comunales como de la red general de salud y justicia, abarcando acciones de coordinación, así como de tratamiento de patologías psiquiátricas de mediana y alta complejidad.

Desde esta perspectiva, las acciones a desarrollar por el equipo multidisciplinario compuesto por Médico General, Psiquiatra, Psicólogos, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional y Funcionario Administrativo, son:

- 1.- Otorgar atención directa a usuarios con compromiso biopsicosocial moderado a severo en patologías convenidas con el SSMSO (Consumo problemático y dependencia de alcohol y drogas en adultos y adolescentes, violencia intrafamiliar, trastornos hipercinéticos en niños y trastornos de ansiedad) a través de talleres, consultas individuales y familiares, así como visitas domiciliarias.
- 2.- Dirigir y coordinar el consejo técnico de salud mental comunal con atención Primaria de Salud y otras organizaciones relacionadas con la salud mental de la comuna.
- 3.- Manejo de casos psiquiátricos complejos en la comuna.
- 4.- Otorgar apoyo a APS en el cumplimiento del programa de Salud Mental Integral.
- 5.- Realizar coordinación intersectorial en temas relacionados con salud mental.
- 6.- Otorgar medidas de prevención y rehabilitación del alcoholismo y procedimientos aplicables a quienes infrinjan las disposiciones pertinentes de acuerdo a la ley 19.925 (*Ley de Alcoholes*).

7.- Desarrollar escuela de formación continua de Agentes Comunitarios de Salud Mental, dirigida a funcionarios de salud y miembros de la comunidad.

Durante el presente año, el número de usuarios aumentó considerablemente en relación al año 2011, de 235 a 351, acorde al aumento de la demanda de servicios especializados en salud mental y a la incorporación de nuevas patologías como depresión severa y maltrato infantil moderado dentro de la cartera de servicios del COSAM, lo cual ha significado reestructurar e implementar nuevas estrategias de intervención, como los son los **talleres inclusivos** para mujeres consumidoras problemáticas de alcohol y drogas, víctimas de violencia intrafamiliar y personas con trastornos depresivos severos.

Del mismo modo el presente año, se ha incorporado al equipo multiprofesional un médico psiquiatra, lo que ha permitido aumentar la resolutivez de casos psiquiátricos complejos de la comuna, otorgando una respuesta oportuna a la antigua lista de espera de nivel secundario.

De acuerdo al cumplimiento de metas del centro, para el año 2013 se espera dar continuidad a los convenios establecidos con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y SENDA e incorporar formalmente nuevas patologías a dichos convenios, procurando entregar calidad en la continuidad de cuidados de nuestros actuales usuarios y mantener nuestra oferta programática como centro de derivación de nivel secundario.

ANEXOS

Evaluación programa odontológico.

PROGRAMA ODONTOLOGICO 2012

Convenio	Componentes	Conveniado	Corte a Octubre
Odontologico integral	Mujeres y hombres de escasos recursos	129	81
	Protesis	45	83
	Endodoncias	5	5
Odontologico Adulto	Altas odont. Pacientes 60 años	55	36
Odontologico Familiar	Cobertura alta Embarazadas	143	151
	Cobertura alta total en niños de 6 años	182	193
Salud bucal en Pre escolares	Sesión educativa junto a la entrega anual de un set de higiene oral	326	330
Per capita	Alta odontologica en menores de 20 años	1912	1622
	Covertura alta odontologica adolescentes 12 años	209	222

