

CORPORACION MUNICIPAL DE EDUCACIÓN Y SALUD DE PIRQUE



PLAN DE SALUD COMUNAL

AÑO 2014

CESFAM J.M. BALMACEDA CGR EL PRINCIPAL COSAM PIRQUE
PSR LA PUNTILLA PSR SAN VICENTE PSR SANTA RITA



PRESENTACIÓN

Para este Plan de Salud 2014, tenemos la convicción respecto de los fundamentos para desarrollar *desde la riqueza de lo local* gestionando desde *la autonomía Municipal, la estrategia de Atención primaria de Salud*, en el marco de los lineamientos que son emanados desde el Nivel Central y dirigidos desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES GENERALES	4
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	11
ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD 2013	15
ACREDITACIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD.....	28
DOTACION Y CANASTA DE PRESTACIONES	35
PLAN DE CAPACITACIÓN	49
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMUNA DE PIRQUE 2013.....	52
CUIDADOS DE LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA.....	54
PROGRAMA SALUD INFANTO- JUVENIL 2014	55
CICLO VITAL ADULTO (20-64 AÑOS)	76
CICLO VITAL ADULTO MAYOR.....	93
PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIO PSICOSOCIAL.....	119
RED SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	122
PROGRAMA SALUD MENTAL	125
SERVICIO URGENCIA RURAL	142
PROGRAMACIÓN COSAM DE PIRQUE.....	146
ANEXOS	149

INTRODUCCIÓN

Nuestra comuna de Pirque, se encuentra iniciando una nueva etapa, la etapa de la consolidación de la mirada de equidad y dignidad que los usuarios se merecen en salud, con una prestación cercana, de calidad y que aseguren bienestar y armonía en nuestro territorio.

Para este nuevo periodo de administración 2012-2016, debemos contar con la participación activa de nuestros 2 consejos de desarrollo local y de toda la comunidad, ya que bajo su atenta mirada nos aportan en la resolutivez de problemas, no sólo evaluando, también participando activamente con sus aportes en la elaboración de este plan. Hemos incorporado para el año 2014, la propuesta de trabajo que realizaremos en los próximos meses de manera en esa instancia de aportar nuevas ideas, estrategias y por sobre todo poner la dignidad del paciente al centro de la discusión de salud. La propuesta del año 2014 va enfocada a consolidar esta nueva forma de trabajo, en Pirque se está mirando desde la gente, en donde los ciudadanos son actores relevantes.

Con miras al año 2014, el CESFAM J. M. Balmaceda, debe ir consolidándose en su forma de atención y de trabajo con la comunidad en el modelo de salud familiar.

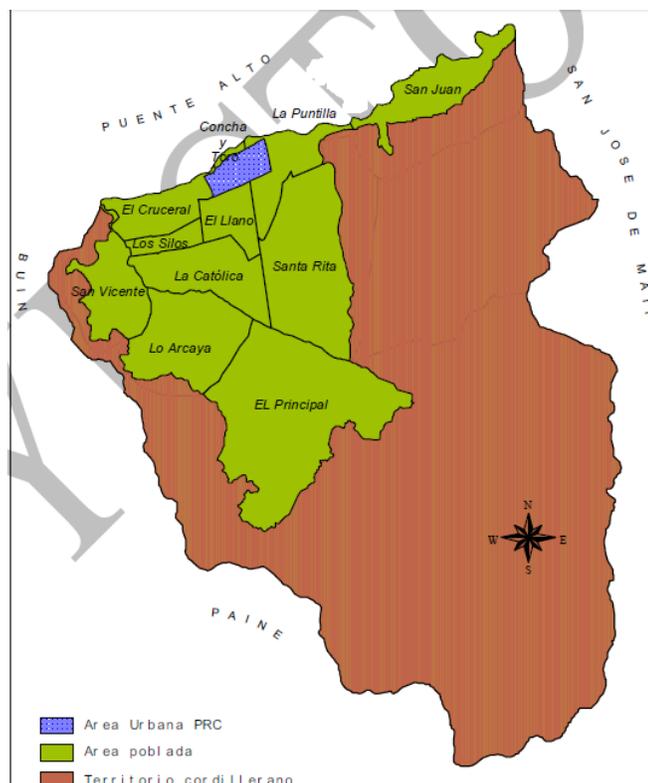
Asimismo el año 2013 se ha iniciado el proceso que nos llevará a acreditarnos como prestadores de salud reconocida por la Superintendencia y de esta manera terminar el 2014 con todos nuestros centros y postas acreditadas, garantizando calidad de atención a nuestros usuarios. Para esto, hemos creado comité de calidad con recursos humanos que hagan posible que la comuna esté en condiciones de acreditar y cumplir la ley que nos conmina a mejorar en calidad las prestaciones en salud que otorgamos.

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES GEOGRÁFICOS Y ADMINISTRATIVOS:

La comuna de Pirque, para el censo de población y vivienda de 2002 contabiliza 16.565 habitantes, en un territorio de 445 KM².

Como se observa en el mapa las localidades más pobladas de la comuna de Pirque, corresponden a El Principal con 5.128 personas, seguida de La Puntilla con 2.297 y Santa Rita con 1.790 personas. Las menos pobladas son El Llano con 506, Los Silos con 565 y San Juan con 695 personas al último censo (2002).

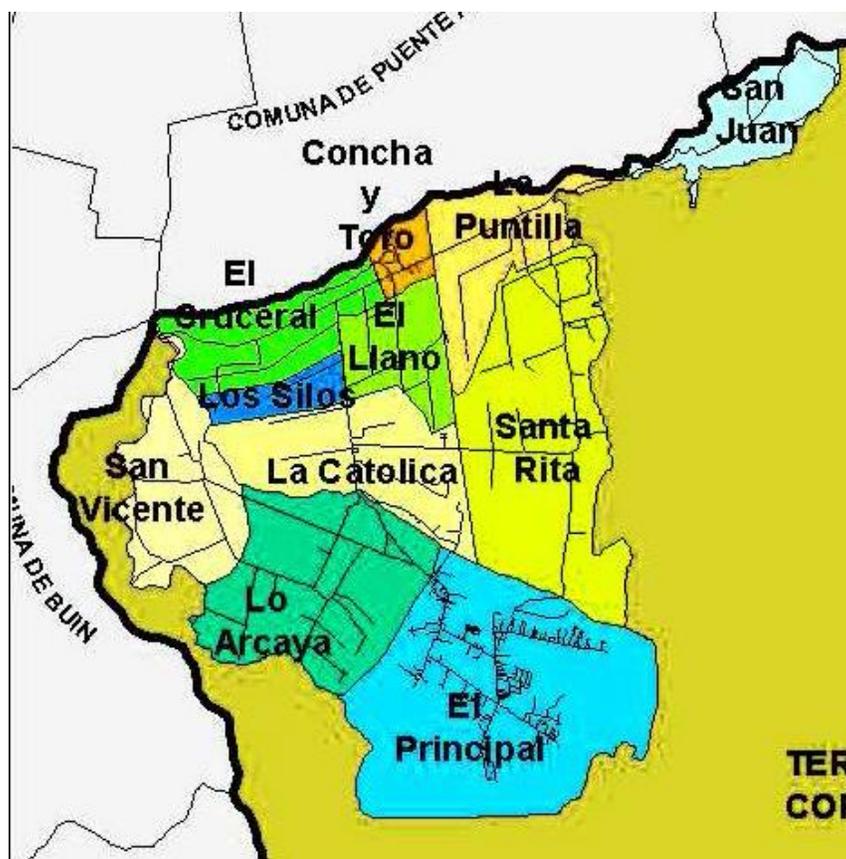


La comuna de Pirque presentó una variación intercensal de 45,7% (INE, 1992-2002), territorialmente esta población se emplaza en el valle, el cual está dividido operacionalmente para efectos censales en 11 localidades.

Población y Vivienda localidades de Pirque según área poblada

Localidades	Población	Vivienda
Concha y Toro	974	257
El Cruceral	1.716	504
El Llano	506	156
El Principal	5.128	1.566
La Católica	781	227
La Puntilla	2.297	627
Lo Arcaya	1.235	352
Los Silos	565	164
San Juan	695	255
San Vicente	878	287
Santa Rita	1.790	530
Sub total área poblada	16.565	4.925
Subtotal área no poblada	-	-
Total territorio comuna	16.565	4.925

Fuente: Plan regulador comunal de Pirque, Marzo 2013

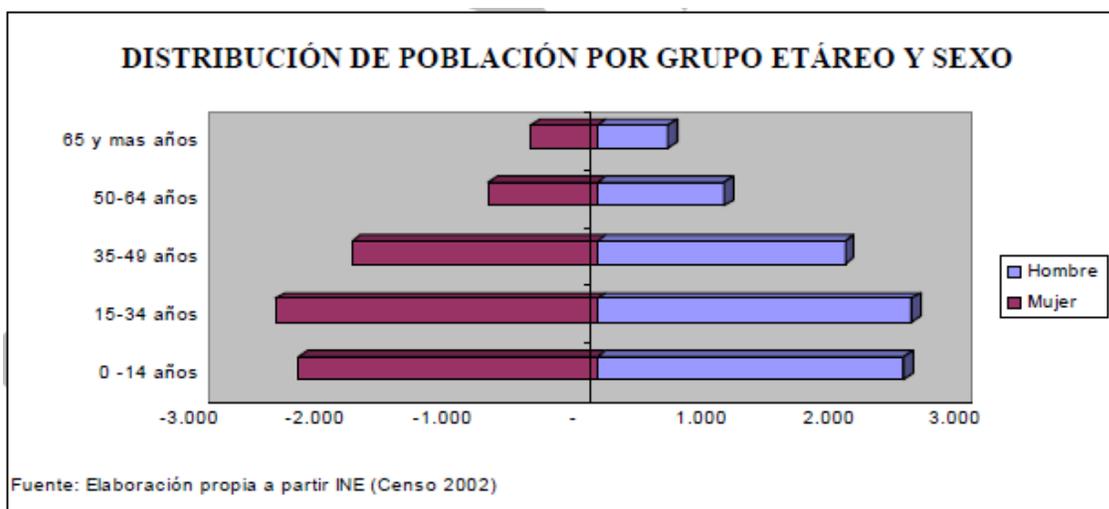


Pirque, presenta una alta tasa de variación y una alta tasa de población rural (atendiendo que se trata de una comuna metropolitana), pues ello evidencia un proceso de impacto territorial urgente de acoger normativamente y, como se visualiza en el gráfico, el crecimiento tiene manifestación predominantemente rural, inverso al proceso lógico de concentración urbana que prima en el país.

Esto indica que los fenómenos migratorios son un tema singular en la comuna, ya que, mientras las emigraciones (bajas) son atribuibles a condiciones desfavorables del desarrollo territorial (accesibilidad, trabajo, vivienda) para sectores de menores ingresos, las inmigraciones (altas) son atribuibles a la oferta de parcelaciones rurales (parcelas de agrado) en busca de condiciones ambientales especiales, captando grupos de mayores ingresos que pueden auto superar las condiciones de accesibilidad, trabajo y vivienda, opción que en el caso de Pirque resulta masiva.

Desde el punto de vista de la población y según la información de los Censos de 1930 al 2002, el crecimiento de Pirque, que históricamente fue lento, llegando a cifras negativas, en las últimas dos décadas supera en forma amplia el ritmo de crecimiento de la Región Metropolitana y del país, llegando a duplicar su población entre 1982 (8.659 habitantes) y 2002 (16.565 habitantes).

Del total de población consignada para el último censo que llegó a 16.565 personas, no hay diferencias marcadas en la distribución por sexo, pues el 51% son hombres y el 49% mujeres, si somos más específicos, y observamos la distribución por grupo etáreo, la pirámide expone que la concentración se da en el tramo de 15 a 34 años, seguida del tramo de 0 a 14 años, por lo que se concluye que Pirque es una comuna joven (entre ambos tramos considerados, se tiene casi al 60% de la población), lo que refuerza la inmigración de familias en inicio.



Vivienda

En cuanto a la relación de habitantes por vivienda, se ha calculado un total de 3,4 personas por vivienda, indicador menor en comparación a la región Metropolitana que tuvo un 3,7 Hab/Viv. En el año 1982 la comuna también expuso un indicador menor a la región, los factores en este caso pueden ser dos: el recambio de población por parejas jóvenes y el cambio hacia grupos socioeconómicos medio-alto, en que el promedio de las familias es menor a la media nacional o grupos más vulnerables.

La comuna tiene algunos datos preliminares del censo 2012, el cual arroja una población comunal de 20.599 hab., que representa una variación intercensal (2002-2012) de 25,2; veinte puntos más baja que la variación anterior. No se cuenta aún con datos desagregados por localidad, como para evaluar el incremento del área urbana.

Caracterización de la Población

La población de Pirque podemos caracterizarla en tres grupos predominantes, cuyas diferencias radican en la forma, origen o expectativas que tienen frente a la ocupación del

territorio y lo que de éste esperan, especialmente respecto al proceso de urbanización que puede variar la regulación local.

Hablar de una población urbana en este caso, no resulta relevante desde el punto de vista normativo, es decir, la población que hoy habita el área urbana delimitada es numéricamente irrelevante y sus formas de vida son menos “urbanas” que las detectadas en sectores rurales como Lo Arcaya, El principal e incluso El Cruceral.

Población rural campesina es el grupo mayoritario, con las mayores necesidades en el ámbito del desarrollo social con un fuerte nivel de pobreza y déficit para acceder a los servicios y a la vivienda. Poseen identidad cultural común anclada en la historia y tradición comunal. Su origen radica en los procesos de parcelación de los fundos que desplaza la residencia de inquilinos, los que en gran parte se emplean en servicios agrícolas menores y servicios domésticos de las nuevas parcelas de agrado, radicándose en sectores de bajo valor de suelo, como El principal; grupo al que se ha sumado población inmigrante atraída igualmente por las labores de servicio agro residencial. Sus expectativas territoriales son de solución de vivienda o saneamiento de sitios, accesibilidad a los servicios y equipamiento, conectividad interna que le facilite el desplazamiento entre residencia y trabajo (o estudio).

Residentes de parcelas de agrado, grupo atraído a la comuna por su carácter rural, con un nivel socioeconómico medio y medio alto, con identidad cultural exógena que se desempeña laboralmente fuera de la comuna (ajeno a lo agro productivo) y cuyas expectativas son habitar un ambiente residencial rural con características ambientales y paisajísticas mejores que el casco urbano de Santiago y disociada de los sectores de menos recursos.

Propietarios tradicionales, grupo reducido de familias propietarias de los antiguos fundos con tradición anclada en el pasado rural de Pirque, las que si bien han variado algunas formas de habitar o tamaño predial, procuran preservar o recuperar la coexistencia social y cultural dentro del territorio y ven como una amenaza la transformación del campo a parcelas residenciales; principalmente por las demandas complementarias de equipamientos urbanos que ello acarrea.

Actividades.

La Población económicamente activa (PEA).

El porcentaje de la PEA en la rama de actividad primaria (vinculada a la agricultura, caza, silvicultura y explotación minera) ha ido en descenso a lo largo de las últimas décadas. En

el año 1982 el 58,3% de la PEA pertenecía a la rama de actividad primaria, porcentaje que decreció al 41,2% en 1992 y a un 24% al año 2002.

En cambio las ramas de actividad secundaria (manufacturas y construcción) y terciarias (servicios, comercio y administración) han tomado mayor concentración de la PEA a través del tiempo en los mismos periodos. El mayor cambio se detecta en la rama terciaria donde desde 1982 al 2002 la PEA pasó de una participación de 22% a 57% respectivamente.

Lo anterior evidencia un cambio en la composición de la fuerza trabajadora de la comuna de Pirque, donde la actividad preponderante ha pasado de ser la primaria (asumiendo principalmente las faenas agrícolas) para dar mayor peso a la terciaria (compuesta por ocupaciones de servicios y ventas)

La PEA ligada a la actividad primaria, cualquiera sea su nivel educativo, tiene sus puestos de trabajo dentro de la comuna de Pirque. Pero a medida que sube el nivel educativo, esta proporción comienza a descender. Se reconoce también que la PEA de nivel educativo básico y la analfabeta, en su mayoría tiene su empleo en Pirque, ésta varía a partir de la mayor instrucción de la PEA, ya que la que tiene un nivel educativo de Media ya tiende a empleos fuera de la comuna de Pirque; lo que se acentúa más con la PEA de nivel educativo técnico y universitario donde es muy poca la proporción de ella que tienen sus empleos en Pirque.

Características Educativas.

Analfabetismo

Según información preliminar censo del año 2012, la comuna de Pirque registró un total de 318 personas en condición de analfabetismo, equivalentes al 1,8% de la población comunal mayor de 10 años de edad, de los cuales 159 corresponde a hombres e igual cifra a mujeres.

Escolaridad.

Corresponde al número de personas con un determinado nivel de educación. De acuerdo con datos preliminares del censo del año 2012, la escolaridad del total de población de Pirque es la siguiente:

Total	Sin escolaridad	Pre básica	Diferencial	Básica	Media	Técnico Superior	Universitario	Ignorado
20.732	984	1.076	143	6.603	6.730	1.735	3.431	30

Fuente: Plan anual de desarrollo educativo municipal 2014.

Cobertura

En términos generales, a nivel de educación pre básica, básica y media, un total de 3038 personas de la población en edad escolar en estos niveles de enseñanza, opta por establecimientos educacionales dentro de la comuna de Pirque. Aún no es posible determinar el % que representa del total de la población en edad escolar.

El cuadro siguiente da cuenta de la cobertura educacional de los establecimientos municipales, particulares pagados y particulares subvencionados de la comuna (periodo 2009-2013)

AÑO	CANTIDAD				PORCENTAJE		
	Municipal	Particular Subvencionado	Particular pagado	Total	Municipal	Particular Subvencionado	Particular Pagado
2009	2.432	398	403	3.281	74,1	12,1	12,3
2010	2.462	383	364	3.209	76,7	11,9	11,4
2011	2.430	443	382	3.255	74,7	13,6	11,7
2012	2.281	386	278	2.945	77,5	13,1	9,4
2013	2.144	430	464	3.038	70,5	14,2	15,3

Fuente: Plan anual de desarrollo educativo municipal 2014.

Los establecimientos educacionales municipales de la comuna presentan una disminución de sus matrículas de 7 puntos, en tanto los particulares pagados aumentan 6 puntos en relación al año anterior.

La situación observada da cuenta de un progresivo traslado de alumnos desde la educación municipalizada a establecimientos particulares subvencionados de la comuna de Puente Alto. Esta tendencia es un fenómeno que se observa a nivel nacional y que afecta la continuidad de los sistemas escolares municipalizados.

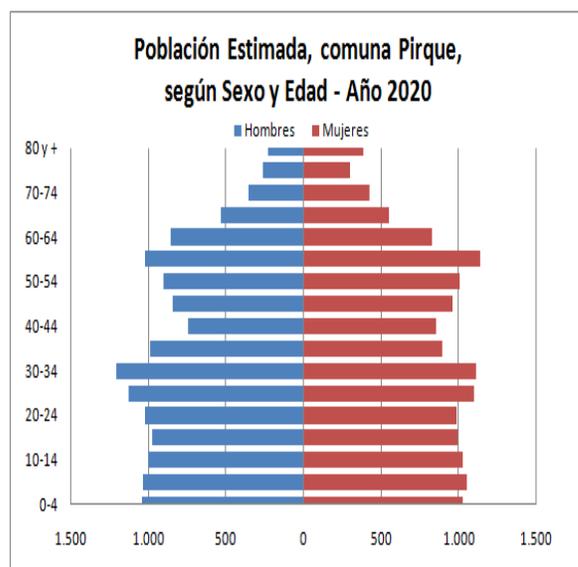
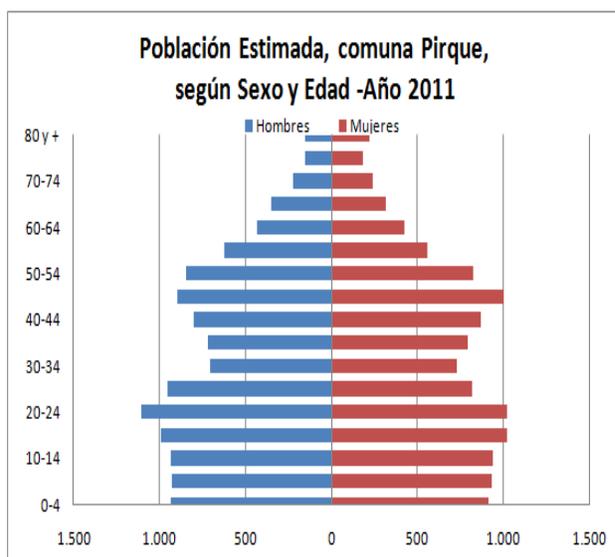
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Comuna de Pirque

La proyección de la población (2011 -2020), refleja un incremento de la población cercana al 22.2%. Situación expresada en ambos sexos.

Años	Comuna : Pirque		
	Hombre	Mujer	Total
2011	11.738	11.833	23.571
2020	14.193	14.602	28.795

Fuente: Plan Rediseño SSMSO 2013.



Fuente: Elaboración Unidad Estadísticas SSMSO, según base datos INE, proyección de población

La presencia de numerosas parcelas de agrado, que aún caracterizan a la comuna como zona agro-residencial, es de antigua data.

Hacia 1982 el perfil agrícola comenzaba a desvanecerse, cuando fueron parcelados algunos terrenos pertenecientes a la "Viña Concha y Toro", dadas sus características las hicieron accesibles a los estratos de clase media acomodada.



Tasas

La tasa de natalidad del año 2009 de la R.M. y del país es superada en las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón, esta última con la mayor tasa del Servicio de Salud. Por el contrario, La Florida, Pirque y Puente Alto presentan los menores valores, inferiores a los regionales y del país, tal como lo muestra la siguiente tabla.

Tasa de Natalidad, SSMSO según comuna de residencia, RM y Chile, 2007

COMUNA	2007 Tasa de Natalidad (Nacidos vivos por 1.000 hab)
LA FLORIDA	12,3
LA GRANJA	15,9
LA PINTANA	17,5
PIRQUE	12,4
PUENTE ALTO	12,8
SAN JOSÉ DE MAIPO	14,1
SAN RAMÓN	18,3
RM	14,7
CHILE	14,6

*Fuente: Diseño y Rediseño SSMSO. 2010

El hecho de que la comuna de Pirque sea una comuna joven, como puede visualizarse en gráfico anterior, no va en directa relación con su natalidad, sino más bien con el fenómeno de migración de familias jóvenes con hijos en edad pre escolar.

La tasa de mortalidad general, que se presenta a continuación, tiene una proyección desde los años 2007 al 2009, en el que vemos un aumento de la mortalidad general de la comuna, inclusive por sobre el promedio del Servicio y muy cercano a la Región Metropolitana.

Tabla. Mortalidad General

UBICACION	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
PIRQUE	3.9	3.7	4.9
SSMSO	4	3.7	4.0
R.M	5.3	4.9	5.0
PAIS	5.6	5.4	5.4

Fuente elaboración propia, con datos estadísticos aportados por SSMSO

Tabla Tasa Mortalidad Infantil.

UBICACION	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
PIRQUE	0.0	0.0	12.9
SERVICIO	7.1	7.9	7.1
R.M	7.4	7.1	7.1
PAIS	8.3	7.8	7.9

Fuente elaboración propia, con datos estadísticos aportados por SSMSO

Con respecto a la tasa de mortalidad general, no poseemos el desglose que nos permitan visualizar, cuáles fueron las causas de esas muertes, como para poder tomar medidas e identificar factores de riesgo que disminuyan el alza de mortalidad del año 2009.

El Incremento excesivo de la tasa de mortalidad infantil, con respecto al promedio Servicio y país ha llevado a las autoridades de salud locales a implementar medidas de pesquisa precoz de factores de riesgo y rescate en el caso de los niños inasistentes a sus controles sanos, apoyados por la ejecución del Programa de Apoyo al Desarrollo Bio Psicosocial, no contamos con datos más actualizados (oficiales ministeriales), como para ver el

impacto que esperamos de descenso en este grupo etáreo ante las medidas desarrolladas.

Análisis Demográfico

Comunas	Superf.	Población Total	I.Dⁱ	I. Vejez	Rural	P.O.
	Km2	habts.	%	%	%	%
PAÍS	756.102,40	16.928.873	46,3	38,6	13,0%	10,8
RM	15.403,2	6.814.630	44,8	38,3	3,1	4,1
La Florida	70,8	398.334	43,0	58,5	0,0	4,51
La Pintana	30,6	202.535	46,5	24,2	0,0	6,02
La Granja	10,1	126.125	44,8	55,4	0,0	5,54
San Ramón	6,5	86.700	52,1	48,2	0,0	4,61
Puente Alto	88,2	691.742	41,5	19,5	0,0	4,76
Pirque	445,3	22.353	46,7	29,8	16,3	2,64
San José de Maipo	4.994,80	14.375	41,6	43,6	36,4	2,89

Al año 2009 el Servicio de Salud M. Sur Oriente tiene una población total de 1.542.164 habitantes, lo que representa el 22.7% del total de la población de la R.M. (6.814.630).

La Ruralidad del Servicio es de 7.5%, superior en 4.4 puntos porcentuales que la R.M., ello dado principalmente por las comunas de Pirque y San José de Maipo.

El Índice de Dependencia en el Servicio es de 45.2%, superior al promedio de la Región Metropolitana (44.8), lo que indica que para el 2009 existía 45 niños y ancianos por cada 100 adultos. La comuna de Pirque (46.7%) presenta valores superiores, con la mayor cantidad de población económicamente dependiente.

El Índice de Vejez en el Servicio es de 39 ancianos por cada 100 niños, superior a la R.M. (38); las comunas con mayor índice son La Florida (58.5%); La Granja (55.4%); y las con

menor índice son Puente Alto (19.5%) y Pirque (29.8%), lo que demuestra que nuestra comuna, está en formación de nuevas familias, es una comuna joven.

ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD 2013

La dependencia y responsabilidad asignada en los distintos centros es la siguiente:

Dirección de Salud: A cargo de la Secretaria General Sra. Angela Gálvez Osorio como jefe de salud, y su equipo que dependen directamente de su dirección coordinación técnica, adquisiciones, estadística comunal, farmacia, encargado GES comunal

Dependen de esta dirección:

- **CESFAM J.M. BALMACEDA:** Directora: Carmen Villalobos.

A su vez, las postas tienen un jefe encargado, el cual depende de la directora del CESFAM:

- POSTA PUNTILLA: jefe de sector: Matrona, Sra. Nancy Ureta.
- POSTA SANTA RITA: Jefe de sector: Matrona, Sra. Nancy Ureta.
- POSTA SAN VICENTE: Jefe de sector: matrona ,Sra. Nancy Ureta

- **COSAM PIRQUE:** Director: Jean Paul Fromin

CSR EL PRINCIPAL: Directora enfermera Margarita Cortés.

PRESUPUESTO 2014

INGRESOS SALUD

ITEM	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO
05	CUENTAS POR COBRAR TRANSF. CORRIENTES	2,162,999
05-03	DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	2,162,999
05-03-006	DEL SERVICIO DE SALUD	1,580,519
05-03-006-001	ATENCION PRIMARIA	1,065,519
05-03-006-001-001	REMESA PERCAPITA BASE	998,205
05-03-006-001-001	ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL	67,314
05-03-006-002	OTROS APORTES	515,000
05-07	C X C DE INGRESOS DE OPERACIÓN	100,000
05-07-01	VENTA DE BIENES	-
05-07-02	VENTA DE SERVICIOS	100,000
		-
		-
05-03-101	DE LA MUNICIPALIDAD A SERV. INCORPORADOS	582,480
		-
05-03-101-001	DEFICIT OPERACIONAL	582,480
		-
		-
08	CUENTAS POR COBRAR OTROS INGRESOS CTES.	276,151
08-01	RECUP. Y REEMBOLSOS POR L. MEDICAS	11,000
08-01-001	REEMBOLSO ART. 4 LEY Nº 19345	3,000
08-01-001-001	REEMBOLSO SUBS. ACCID. DEL TRABAJO Y ENF. PROF	3,000
08-01-002	RECUPERACIÓN ART. 12 LEY Nº 18196	8,000
08-01-002-001	RECUPERACIÓN SUBS. PERS. AFILIADO A ISAPRE-CCAF	8,000
08-99	OTROS	265,151
08-99-999	OTROS	265,151
08-99-999-001	OTROS INGRESOS OTROS	265,151
12	C X C DE RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	-
12-10	INGRESOS POR PERCIBIR	-
12-10-001	APORTE MUNICIPAL AÑO ANTERIOR	-
	T O T A L \$	2,539,150

GASTOS SALUD

CUENTAS	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO
215-21	C X PAGAR GASTOS EN PERSONAL	1,988,500
215-21-01	PERSONAL DE PLANTA	648,000
215-21-01-001	SUELDOS Y SOBRESUELDOS	490,000
215-21-01-002	APORTES DEL EMPLEADOR	12,000
215-21-01-003	ASIGNACION POR DESEMPEÑO	130,000
215-21-01-004	REMUNERACIONES VARIABLES	6,000
215-21-01-005	AGUINALDOS Y BONOS	10,000
215-21-02	PERSONAL A CONTRATA	1,022,000
215-21-02-001	SUELDOS Y SOBRESUELDOS	800,000
215-21-02-002	APORTES DEL EMPLEADOR	22,000
215-21-02-003	ASIGNACION POR DESEMPEÑO	150,000
215-21-02-004	REMUNERACIONES VARIABLES	35,000
215-21-02-005	AGUINALDOS Y BONOS	15,000
215-21-03	OTRAS REMUNERACIONES	118,500
215-21-03-001	HONORARIOS A SUMA ALZADA	100,000
215-21-03-004	REMUNERACIONES REGULADAS POR EL CODIGO DEL	18,000
215-21-03-007	ALUMNOS E PRACTICA	500
215-21-04	OTROS GASTOS EN PERSONAL	200,000
215-21-04-004	PRESTACIONES DE SERV. EN SER. COMUNITARIOS	200,000
215-22	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	446,650
215-22-01	ALIMENTOS Y BEBIDAS	500
215-22-01-001	PARA PERSONAS	500
215-22-02	TEXTILES VESTUARIOS Y CALZADO	5,000
215-22-02-001	TEXTILES Y ACABADOS TEXTILES	5,000
215-22-03	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	23,000
215-22-03-001	PARA VEHICULOS	15,000
215-22-03-003	PARA CALEFACCION	7,000
215-22-03-999	PARA OTROS	1,000
215-22-04	MATERIALES DE USO O CONSUMO	150,000
215-22-04-001	MATERIALES DE OFICINA	8,000
215-22-04-002	TEXTOS Y OTROS MATERIALES DE ENSEÑANZA	3,000

GASTOS SALUD

CUENTAS	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO 2014
215-22-04-004	PRODUCTOS FARMACEUTICOS	75,000
215-22-04-005	MATERIALES Y UTILES QUIRURGICOS	40,000
215-22-04-007	MATERIALES Y UTILES DE ASEO	10,000
215-22-04-009	INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS COMPUTACIONALE	3,000
215-22-04-012	OTROS MATERIALES, REPUESTOS Y U.	2,000
215-22-04-013	EQUIPOS MENORES	7,000
215-22-04-999	OTROS	2,000
215-22-05	SERVICIOS BASICOS	44,500
215-22-05-001	ELECTRICIDAD	15,000
215-22-05-002	AGUA	15,000
215-22-05-003	GAS	2,000
215-22-05-004	CORREO	-
215-22-05-005	TELEFONIA FIJA	5,000
215-22-05-006	TELEFONIA CELULAR	3,000
215-22-05-007	ACCESO A INTERNET	3,000
215-22-05-999	OTROS	1,500
215-22-06	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	30,500
215-22-06-001	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE EDIFICACIONES	16,000
215-22-06-002	MANT. Y REP. DE VEHICULOS	10,000
215-22-06-003	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE MOBILIARIO Y OTR	-
215-22-06-004	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE MAQ. Y EQUIP. DE	3,000
215-22-06-005	MANT. Y REP. DE MAQUINARIA Y EQUIP. DE PROD.	1,500
215-22-06-006	MANTENIM Y REPARACIONES DE OTRAS MAQUINAS Y EQU	-
215-22-06-007	MANTENIM Y REPARACIONES DE EQUIPOS INFORMATICOS	-
215-22-06-008	MANT. Y LIMPIEZA CAMARAS DESGRASADORAS	-
215-22-06-008	OTROS	-
215-22-07	PUBLICIDAD Y DIFUSION	6,000
215-22-07-001	SERVICIOS DE PUBLICIDAD	-
215-22-07-002	SERV. DE IMPRESIÓN	6,000
215-22-08	SERVICIOS GENERALES	8,000
215-22-08-002	SERVICIOS VIGILANCIAS	-
215-22-08-007	PASAJES, FLETES Y BODEGAJES	2,000
215-22-08-008	SALAS CUNAS Y/O JARDINES INFANTILES	1,000
215-22-08-999	OTROS	5,000
215-22-09	ARRIENDOS	18,000
215-22-09-001	ARRIENDO DE TERRENOS	
215-22-09-002	ARRIENDO DE EDIFICIOS	-
215-22-09-003	ARRIENDO DE VEHICULOS	18,000
215-22-09-999	OTROS	-
215-22-10	SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	13,150
215-22-10-001	GASTOS FINANCIEROS POR COMPRA Y VENTAS	150
215-22-10-002	PRIMAS Y GASTOS DE SEGUROS	12,000
215-22-10-004	GASTOS BANCARIOS	1,000
215-22-11	SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	146,000
215-22-11-001	ESTUDIO E INVESTIGACIONES	5,000
215-22-11-002	CURSOS DE CAPACITACIÓN	3,000

GASTOS SALUD

CUENTAS	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO
215-22-11-003	SERVICIOS INFORMATICOS	18,000
215-22-11-999	OTROS	120,000
215-22-12	OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	2,000
215-22-12-002	GASTOS MENORES	1,000
215-22-12-004	INTERESES MULTAS Y RECARGOS	500
215-22-12-999	OTROS	500
215-23	C X PAGAR PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	-
215-23-01	PRESTACIONES PREVISIONALES	-
215-23-01-004	DESAHUCIOS E INDEMNIZACIONES	-
215-24	C X PAGAR TRANSFERENCIAS CORRIENTES	7,000
215-24-01	AL SECTOR PRIVADO	7,000
215-24-01-007	ASISTENCIA SOCIAL A PERSONAS NATURALES	7,000
215-26	C X PAGAR DE OTROS GASTOS CORRIENTES	1,000
215-26-01	DEVOLUCIONES	1,000
215-29	C X PAGAR ADQ. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	16,000
215-29-04	MOBILIARIO Y OTROS	5,000
215-29-05	MÁQUINAS Y EQUIPOS	6,000
215-29-05-002	MAQUINARIAS Y EQUIPOS PARA LA PRODUCCION	4,000
215-29-05-999	OTRAS	2,000
215-29-06	EQUIPOS INFORMATICOS	5,000
215-29-06-001	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS	5,000
215-31	C X PAGAR INICIATIVAS DE INVERSION	-
215-31-02	PROYECTOS	-
215-31-02-004	OBRAS CIVILES	-
215-31-02-999	OTROS GASTOS	-
215-34	C X PAGAR SERVICIO DE LA DEUDA	80,000
215-34-07	DEUDA FLOTANTE	80,000
215-35	SALDO FINAL DE CAJA	
	T O T A L E S	2,539,150

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD DESDE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIAS DE SALUD.

La Cobertura GES asegura la Garantía de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de 80 Problemas de Salud, definidos en la Ley N° 19.966, y el Decreto N° 4 de 2013, que serán otorgadas dentro de los Centros de Atención Primarias de Salud y en una Red Cerrada de Prestadores, definidos por las Isapres.

A partir del 1 de julio del 2013 se agregaron 11 nuevas patologías al GES de acuerdo al Decreto Supremo N° 4 de Salud y Hacienda. Esto significa que, a partir de esa fecha, obtiene cobertura garantizada por Ley para 80 Problemas de Salud, los que se especifican en:

N	PATALOGIAS
1.	Enfermedad Renal Crónica , etapa 4 y 5
2.	Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años.
3.	Cáncer Cervicouterino
4.	Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzados
5.	Infarto agudo al miocardio.
6.	Diabetes Mellitus tipo 1
7.	Diabetes Mellitus tipo 2
8.	Cáncer de mama en personas de 15 años y más
9.	Disrafias Espinales
10.	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años
11.	Tratamiento quirúrgico de cataratas.
12.	Endoprotesis total de cadera en personas de 65 y más con artrosis de cadera con limitaciones funcional severa
13.	Fisura labiopalatina
14.	Cáncer menores de 15 años
15.	Esquizofrenia
16.	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.
17.	Linfoma en personas de 15 años y más.
18.	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/ SIDA
19.	Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatoria menores de 5 años
20.	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
21.	Hipertensión arterial primaria en personas de 15 años y más.
22.	Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años.
23.	Salud oral integral para niños y niñas de 6 años.
24.	Prevención del parto prematuro.
25.	Trastorno de generación de impulso y conducción de personas de 15 años y más que requieran marcapasos.
26.	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49

	años.
27.	Cáncer gástrico.
28.	Cáncer de próstata de personas de 15 años y más.
29.	Vicios de refracción en personas de 65 años y más.
30.	Estrabismo en menores de 9 años.
31.	Retinopatía diabética.
32.	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.
33.	Hemofilia
24.	Depresión en personas de 15 años y más.
35.	Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas.
36.	Ortesis para personas de 65 años y más.
37.	Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más.
38.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.
39.	Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años.
40.	Síndrome de distres respiratorio en el recién nacido.
41.	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de caderas y/o rodilla, leve o moderada.
42.	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales.
43.	Tumores primarios de sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
44.	Tratamiento quirúrgico hernia núcleo pulposo lumbar.
45.	Leucemia en personas de 15 años y más.
46.	Urgencias odontológicas ambulatorias.
47.	Salud oral integral para adultos de 60 años.
48.	Politraumatizado grave.
49.	Traumatismo craneoencefálico moderado o grave.
50.	Trauma ocular grave.
51.	Fibrosis quística.
52.	Artritis reumatoidea.
53.	Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
54.	Analgesia del parto.
55.	Gran quemado.
56.	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieran de uso de audífonos.
57.	Retinopatía del prematuro.
58.	Displasia broncopulmonar del prematuro.
59.	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro.
60.	Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más.
61.	Asma bronquial en personas de 15 años y más.
62.	Enfermedad de Parkinson.
63.	Artritis idiopática juvenil.
64.	Prevención secundaria enf. Renal crónica terminal.
65.	Displasia luxante de caderas.
66.	Salud oral integral de la embarazada.
67.	Esclerosis múltiple remitente recurrente.
68.	Hepatitis crónica por virus hepatitis B.
69.	Virus hepatitis C.

70.	Cáncer colorectal en personas de 15 años y más.
71.	Cáncer de ovario epitelial.
72.	Cáncer vesical en personas de 15 años y más.
73.	Osteosarcoma en personas de 15 años y más.
74.	Tratamiento quirúrgico de lesiones de válvula aórtica en personas de 15 años y más.
75.	Trastorno bipolar.
76.	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
77.	Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años.
78.	Lupus eritematoso sistémico.
79.	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más.
80.	Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori.

GARANTIAS QUE OTORGA ESTE PLAN DE SALUD:

Garantía explícita de acceso: es la obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar las prestaciones de salud.

Garantía explícita de calidad: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.

Garantía explícita de oportunidad: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Garantía explícita de protección financiera: es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

Enfermedades cubiertas por GES en Atención Primaria de Salud:

- ⊕ Cáncer cervicouterino (toma del examen PAP).
- ⊕ Diabetes mellitus tipo II.
- ⊕ Infección respiratoria aguda (IRA) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años.
- ⊕ Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
- ⊕ Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.
- ⊕ Salud oral integral para niños de 6 años.
- ⊕ Depresión en personas de 15 años y más.
- ⊕ Asma bronquial y severa en menores de 15 años.
- ⊕ Urgencia odontológica ambulatoria.
- ⊕ Salud oral integral del adulto de 60 años.
- ⊕ Consumo perjudicial y dependencia del alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
- ⊕ Asma bronquial en personas de 15 años y más.
- ⊕ Displasia laxante de caderas.
- ⊕ Salud oral integral de la embarazada.

INFORME DE FUNCIONAMIENTO.

Estas prestaciones en salud, han generado una constante en lo que respecta al número de personas que se han visto favorecidas en esta materia, como de igual forma en la conformación de los equipos dentro de la gestión local. En la realidad de la comuna de Pirque, que no ha sido ajena a la vivenciada por otras comunas dentro de territorio sur, ésta se ha ido incorporando dentro de la cultura y de los procedimientos dentro de las gestiones en cada uno de los Centros de Atención.

Según lo expuesto en párrafo precedente, podemos señalar que los ingresos en este tipo de prestaciones realizadas en la comuna desde el mes de Enero al mes de Agosto del año en curso (SSMO) han sido de 2.765 pacientes, los que se desglosan en:

MES AÑO 2013	INGRESOS GES
Enero	491
Febrero	256
Marzo	345
Abril	401
Mayo	219
Junio	209
Julio	323
Agosto	521

Cabe destacar que, en esta materia en el sector sur/oriente en el mismo período se han realizado 163.613 ingresos en este tipo de prestaciones, donde la comuna de Pirque representa el 1.7% del sector.

En esta línea se puede señalar que, la comuna de Pirque inicia sus gestiones con una Encargada de este tipo de prestaciones en toda la comuna, con ello un nudo crítico en lo que respecta al proceso de digitación y de empoderamiento de este tipo de atención.

Frente a las exigencias y demandas de estos servicios, la entidad sostenedora de los Centros de Salud, Corporación Municipal de Pirque, inicia un proceso de conformación de equipos para cada uno de los centros de atención. Finalmente en el mes de Septiembre, se realiza contratación de una profesional del área social quien lidere a este equipo técnico/profesional.

En la actualidad la comuna cuenta con un equipo compuesto de 4 digitadoras y una Coordinación Comunal para estas prestaciones que son derechos de pacientes que asisten y se encuentran como habitantes de la comuna.

En materia de proyección y consolidación de equipos, se puede señalar como proyección para la gestión 2014, la consolidación del equipo por una parte, como también el grado de capacitación para cada una de ellas, materia que ha sido obstaculizador en la gestión informada.

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 el siguiente:

METAS SANITARIAS 2012

META	N° niños/as de 12 a 23 meses con DSM de enero a diciembre 2012	Disminución de brecha en mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2012 MAS el N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, comprometidas como disminución del cierre de brecha.	N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2012	N° total embarazadas ingresadas enero a diciembre 2012	N° de niños de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a diciembre 2012	N° personas diabéticas bajo control de 20 años y más compensadas(Hb a1c>7%) de enero a diciembre 2012	N° personas hipertensas bajo control de 20 años y más compensadas(P/A < 140/90 mmhg en último control vigente) de enero a diciembre 2012	N° de niños/as menores de 6 años obesos bajo control a diciembre año 2012	N° Consejos de Desarrollo de Salud con plan ejecutado y evaluado (al menos 2 temas nacionales) a diciembre 2012	Nro de Comunas con Plan de Mejora de Satisfacción usuaria ejecutado
ALCANZADA	82.27	17	82.27	69.35	70	15.9	56.51	10.38	100	100
PACTADA	70	20	70	62	75	12	38	9	100	100

Durante el año 2012 se logró un cumplimiento comunal de 97.8%.

IAAPS.

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 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 2013)

SERVICIO DE SALUD M. SUR ORIENTE
SUBDIRECCION DE REDES ASISTENCIALES
DPTO ATENCION PRIMARIA

3° CORTE 2013

Pirque
IAAPS 2013- 3° corte

COMUNAL

N°	Componentes	META PAIS	META COMUNAL	ESPERADO 1° CORTE	Importancia Relativa	datos REM	Resultado	Indice	Meta Anual	3er corte
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), hombres de 20 a 44 años	25	12.00	5.40	8.00	242 3,144	7.7	8.00	377.3	245.0
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), mujeres de 45 a 64 años	25	21.40	9.63	8.50	201 1,185	17.0	8.50	253.6	164.8
3	Cobertura de EFAM de 65 años y más	50	40.60	18.27	8.50	485 1,830	26.5	8.50	743.0	482.9
4	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	85	85.00	85.00	8.00	169 188	89.9	8.00	159.8	159.8
5	Cobertura de examen de salud del adolescente entre 10 y 14 años	5	15.00	6.75	8.00	148 1,334	11.1	8.00	200.0	130.0
6	Proporción de menores de 20 años con	19	30.00	13.50	8.00	1,114	20.9	8.00	1601.1	1040.7

PLAN DE SALUD COMUNAL

	alta odontológica total					5,337				
7	Gestión de Reclamos en Atención Primaria	90	98.00	98.00	10.00	68	100.0	10.00	66.6	66.6
						68				
8	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	52	45.30	45.30	10.00	874	51.5	10.00	768.3	768.3
						1,696				
9	Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	68	77.00	77.00	10.00	2,511	80.5	10.00	2403.2	2403.2
						3,121				
10	Cobertura Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niñas/os de 12 a 23 meses bajo control	91	95.56	43.00	10.00	133	58.3	10.00	217.9	148.2
						228				
11	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	0.2	0.32	0.32	11.00	835	0.185	6.36	1445.0	650.3
						4,516				
Total					100	INDICE	95.36			

ACREDITACIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

El Comité de Calidad en conjunto con la Secretaría General de la Corporación de Salud de Pirque y Director/as de Salud y Directores/as de Centros de Salud ha reformulado la estructura organizacional de la institución y la política comunal de salud a partir del año 2009.

La Política Comunal de Salud se sustenta en el marco de la Reforma de Salud, que en su propuesta legislativa indica “La Reforma define el Nuevo Modelo Integral de Salud, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna , que se dirige más que a la enfermedad a las personas , consideradas en su integridad física y mental , como seres sociales pertenecientes a diferentes tipo de familias, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

En este contexto, el centro de Salud familiar José Manuel Balmaceda se acredita como CESFAM de grado medio a partir del año 2000.

Lo anterior, permite al Municipio implementar un modelo único para sus usuarios que compromete estrategias para el bienestar de las personas y sus Familias, considerando factores psicosociales, emotivos, físicos y ambientales en los cuales se desarrolla el proceso de salud y que responde al perfil epidemiológico y demográfico de la comuna.

En lo relacionado a la atención con un enfoque comunitario, este Municipio potencia la implementación de los Centros de Salud Familiar en las postas rurales de Santa Rita, San Vicente y Puntilla y el Centro de Salud rural de Principal.

Para ello la Dirección de Salud Municipal, seguirá fortaleciendo este modelo de Atención Integral (Biopsicosocial) centrado en la familia, creando y participando en instancias de capacitación para el personal, adecuando presupuesto y dotaciones elaborando programaciones locales y brindando infraestructuras acordes al modelo como la construcción de nuevas dependencias para CESFAM Balmaceda que triplica su superficie construida.

Los desafíos planteados, en el período 2010- 2014 por la Dirección de Salud y Comité de Calidad en el corto, mediano y largo plazo han sido y serán:

Avanzar en el camino de la Reforma de Salud, consolidando un sistema de salud comunal que otorgue una respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, mediante ofertas de acciones de calidad ,que permitan asegurar resultados de salud ; a saber:

- .-Dar cumplimiento a objetivos sanitarios a través de las líneas de acción sobre las cuales se ha sustentado el quehacer de salud que han sido la existencia de un Plan de Salud como instrumento para ejecutar y operacionalizar las políticas de salud y la adecuación de la oferta programática de los centros de salud a las necesidades reales de la población, ofreciendo un sistema que aplique tecnología y a la vez más humano, la participación activa de la Red Asistencial de Salud y la puesta en marcha y apoyo a todos los Programas y Proyectos Ministeriales de Mejoramiento de la Atención en el Nivel Primario de Atención, monitorizando mensualmente el cumplimiento de los resultados y objetivos sanitarios.de la monitorización y seguimiento estricto y mensual del cumplimiento de resultados e indicadores. **Archivos: Coordinación Técnica**
- .- Dar cumplimiento a régimen de Garantías en Salud, **Archivo Operador GES y Coordinación Técnica**
- .- Se hizo necesario **adecuar la estructura jerárquica** de los Cesfam y Centros de Salud de manera de lograr la operatividad del sistema y asegurar el éxito de los lineamientos del modelo de salud instaurado por el Ministerio de Salud. De esta manera, se **fijó la misión y visión** de la Corporación de Salud de Pirque, se confeccionó el **organigrama** con las líneas de dependencia jerárquicas, se **definieron los cargos y los perfiles para ocupar dichos cargos**, se consolidaron los **Comités de Calidad, de Capacitación, Consejo técnico, Comité Paritario de higiene y seguridad, consejo de desarrollo local** y está en formación el **Comité de Ética**.

• **Estructura organizacional de Corporación Salud de Pirque. Archivo Dirección y Comité de Calidad. Definición de cargos y Organigrama**

- **.- Elaborar manuales y protocolos** que faciliten el quehacer de los funcionarios y disminuya la variabilidad de la acción y por ende resguarde la seguridad del usuario y a su vez logren elevar la calidad de la atención con el propósito de alcanzar el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción usuaria y mejorar la capacidad resolutive de los centros de salud

En Archivo Calidad: Política de Calidad y Seguridad en la atención de Salud, Manual de Inducción, Política de Convenios con instituciones de educación superior y reglamento para los estudiantes del área de la salud, Reglamento Interno, Manual de Esterilización, Manual de procedimientos de Enfermería 2° Edición , Manual de procedimientos en cirugía menor, ginecológicos, odontológicos, consentimiento informado en procedimientos invasivos, intoxicación por plaguicidas, protocolos de traslado de pacientes en condiciones seguras, protocolos de aseo de recintos y áreas críticas, protocolo de programa de postrados protocolos de seguridad del equipamiento y seguridad en las instalaciones y planes de emergencia en catástrofes naturales o incendio , manuales y convenios para los servicios de apoyo. Farmacia, Laboratorio, Imagenología, entre otros.

Para oficializar y resguardar la información se creó la página INTRANET que ha permitido subir todos los documentos oficiales de uso comunal.

- **.-Recertificar en un grado mayor en certificación de CESFAM Balmaceda y certificar como CESFAM de grado medio a centro de salud Rural El Principal.**
Proceso en desarrollo
- **.- Obtener la autorización sanitaria, salvando las brechas actuales y luego la Acreditación de prestadores de salud en sistema abierto. Superintendencia de Salud. En proceso de presentación de documentos a la autoridad competente.**
- **.-Trabajar en Red, siendo una organización activa de la Red Asistencial de Salud y facilitadora de procesos que beneficien a los usuarios. Vigilancia y registro nacional de eventos adversos en cirugía menor, Vacunatorio, Odontología,**

procedimientos de enfermería, seguimiento y recepción de biopsias, entre otros.

- .-Adecuar el presupuesto al nuevo modelo de atención, con control permanente de los costos de operación.
- .-Alcanzar un aumento porcentual de las acciones de promoción y prevención, sin producir deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda. **Cambio de cultura en la atención centrada en el usuario y en los principios básicos de la bioética generando información local y acciones de intervención propias de la comuna y no sólo centrarse en dar cumplimiento a las metas exigidas por la autoridad central.**
- .-Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman su rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud; propiciando y priorizando instancias de organización y de participación con una comunidad conocedora de sus deberes y derechos (**Fortalecimiento de las OIRS – Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, política de análisis de opiniones ciudadanas, Consejos de Desarrollos, encuestas satisfacción usuaria, identificación de los funcionarios con tarjetas de identificación**).

Archivo Consejo de desarrollo local

- .- Mantener un **Banco de Proyectos priorizado** con el fin de no improvisar proyectos al momento de aparecer la oferta. Cada Centro y cada encargado/a de programa deben presentar, al menos, un proyecto anual. La Dirección de Salud priorizará al momento de presentarse a fondos concursables.

Se han incrementado los ingresos de la salud municipal a través de la elaboración, presentación y ejecución de proyectos.

- .-Automatización de los sistemas de registros a través de la implementación de la Agenda Médica, **Sistema ficha única en línea (RAYEN) 2013, plataforma digital de acceso múltiple: INTRANET** y en general modernización Informática.
- .- Estamos trabajando en mejorar todos los procesos para la autoevaluación, autorización sanitaria de estructura y Acreditación. 2014.

- .- Se ha fijado fecha de la **segunda Autoevaluación Formativa para el 4 y 5 de noviembre 2013**. En este proceso se aplican las pautas de evaluación y se mide cumplimiento de estándares de calidad en los 9 ámbitos y todas sus categorías según Manual de Acreditación de Prestadores de Salud en modalidad abierta de MINSAL. **Se exige cumplimiento de 10 categorías obligatorias y 50 % del resto de las categorías.**

En este proceso, la comuna asume que las fortalezas y potencialidades de los equipos de salud, la comunidad y las autoridades comunales son pilares fundamentales para alcanzar los desafíos.

Nuestros desafíos a mediano plazo: **2014**, serán:

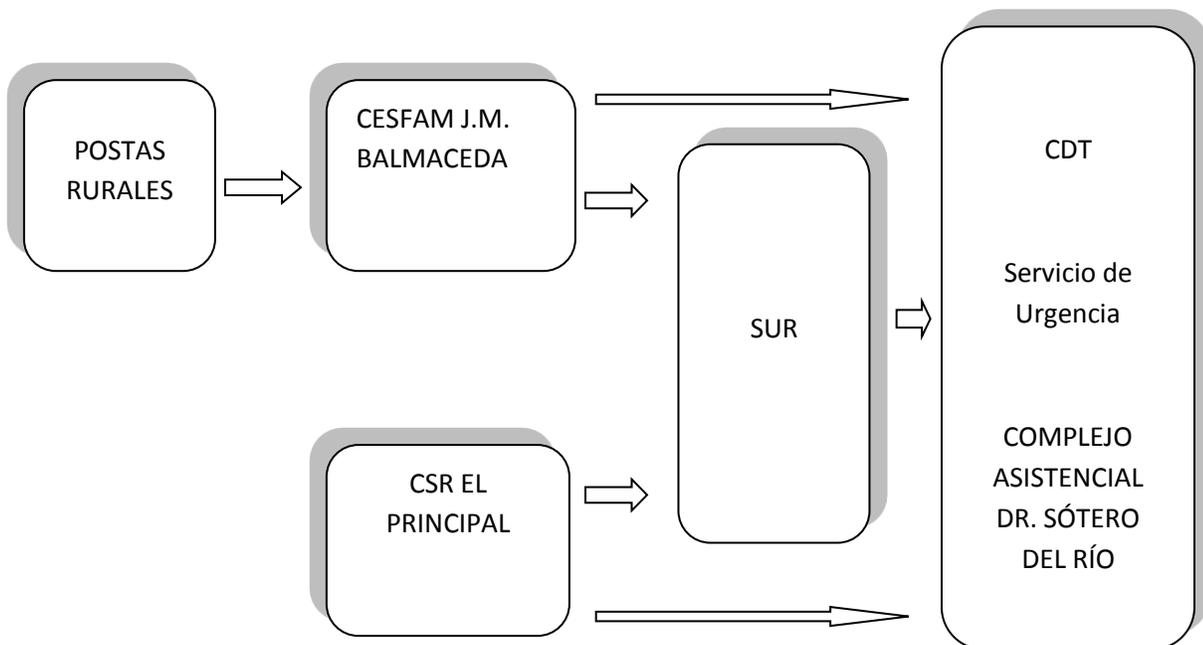
- Lograr la **Autorización Sanitaria**.
- Lograr la **Acreditación de Prestadores de Salud** en modalidad abierta a través de la evaluación de la calidad exigible para el funcionamiento de los establecimientos de salud de atención primaria. La evaluación se basa en la **implementación progresiva de una primera generación de estándares mínimos definidos por el Ministerio de Salud**, los que constituyen un punto de partida y así, en forma gradual, se fortalecerá la gestión asistencial y mejorará el desempeño institucional.
- Lograr la **Certificación de CESFAM** en grado de excelencia y la certificación de CSR Principal como CESFAM de grado medio.
- Mejorar la calidad de la atención al usuario. Realizar nueva encuesta de satisfacción usuaria e intervenir en los puntos críticos.
- Aumentar la resolutivez de los centros de salud.
- Colaborar con las diferentes instituciones públicas y privadas en acciones relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y su entorno, mejorando la intersectorialidad en el marco de Pirque una comuna saludable.
- Consolidar una política de Recursos Humanos basada en las necesidades del modelo y su canasta de prestaciones.
- Concretar la construcción implementación del nuevo CESFAM J.M. BALMACEDA.
- Remodelación Posta Puntilla ampliando sus dependencias y mejorando su equipamiento.

Coordinación con la RED

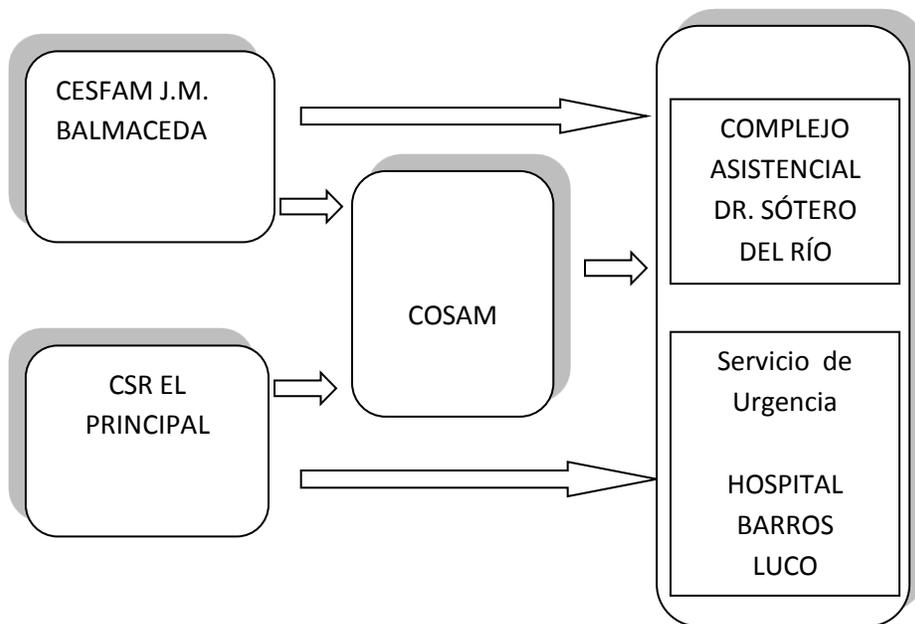
Cuando un paciente necesita ser derivado, por necesitar atención de especialidades, éste se envía al Centro de diagnóstico y Tratamiento del Complejo Asistencial Sótero del Río (CASR).

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



DOTACION Y CANASTA DE PRESTACIONES

Tabla de Dotación actualizada septiembre 2013

Dotación Dirección de Salud Funcionarios Contrato Plazo Fijo e Indefinido (al 30-09-2013)

Cargo	Categoría	Nº Personal	Total Horas Semanal	Total Horas Mensual	Total Horas Anual
Médico General / Cirujano	A	11	451	1804	21648
Cirujano Dentista	A	2	88	352	4224
Químico Farmacéutico	A	1	44	176	2112
Asistente Social	B	6	242	968	11616
Contador Auditor	B	1	44	176	2112
Educadora de Párvulo	B	1	44	176	2112
Enfermero	B	5	420	1680	20160
Kinesiólogo	B	3	110	440	5280
Matrona	B	5	220	880	10560
Nutricionista	B	4	165	660	7920
Profesor Educación Física	B	1	33	132	1584
Psicólogo	B	4	220	880	10560
Terapeuta Ocupacional	B	1	44	176	2112
Técnico Ayudante en Enfermería	C	4	176	704	8448
Técnico Paramédico	C	30	1320	5280	63360
Auxiliar de Enfermería	D	3	132	528	6336
Auxiliar Paramédico	D	2	88	352	4224
Administrativos	E	17	748	2992	35904
Auxiliar de Servicio	F	7	308	1232	14784
Chofer	F	10	440	1760	21120

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.

TABLA DE CANASTA DE PRESTACIONES		ACTIVIDADES PARA PRESTACIONES BÁSICAS POR CICLO VITAL			
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)
		100% niños 4 a 12 meses		2 por hora	Matrona Enfermera

DEL NIÑO 0 A 9 AÑOS	Pauta Massey Campbell	100% Grupo objetivo	1 vez	1 hora	Matrona-Enfermera
	Taller "Autocuidado"	100% de la demanda	1 vez	4 por hora	Médico
	Consulta de Morbilidad	100%.	Se estima 1 consulta	4 por hora	Médico-Enfermera
	Control de Crónicos	100%. 5% de niños	3 al año	3 por hora	Trabajadora Social
	Consulta Social	100%.Prevalencia 3%	2 al año	3 por hora	Nutricionista
	Consulta Nutricional	100%.Prevalencia del 15% en menores de 2a y del 30% entre 2 a 6a	2 al año	2 por hora	Médico-Enfermera
	Consulta por déficit del DPM	100%_ Demanda 30%.	2 al año	2 por hora	E. de Párvulos
	Consulta Kinésica	20%. Se estima el 10% menor de 2a y el 15% de	2 al año		Kinesiólogo(a)
					Médico

	Consulta de Salud Mental	2 a 9 años.	4 al año	2 por hora	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
DEL ADOLESCENTE (10 a 19 años)	Control Regulación Fecundidad	18%	3 por año	3 por hora	Matrona
		100%. Al 10% de Grupo			

DEL	Consejería en Salud S y R	Objetivo.	1 al año	3 por hora	Matrona-Psicólogo
		10%			
	Control Ginecológico		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	

ADOLESCENTE (10 a 19 años)	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				

DE LA MUJER	R	20%. Mujer 20 a 49 años	1 al año	2 por hora	Matrona
	Control Ginecológico Preventivo	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	3 anuales		Trabajadora Social
	Consulta Social	50% Mujer 20 a 49 años 20% del 20%	3 por embarazo	3 por hora	Nutricionista

	Consulta de Salud Mental	embarazadas = o > 20 a	1 al año	3 por hora	Trabajadora Social
	Visita Integral Domiciliaria	100% embarazada de alto riesgo y púerperas	4 consultas	3 por hora	Piscólogo-médico
	Actividades del PNAC	100% embarazadas	1 por evento	1 por hora	Matrona-trabajador social
			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

DEL ADULTO	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 10% Taller 12 personas	4 al año	2 por hora	Psicólogo T. Social

DEL ADULTO MAYOR	Intervención Psicosocial	100%	6 sesiones anuales	1 por hora	Psicóloga T. Social
	Control TBC	80%	7 controles anuales	4 por Hora	Médico Enfermera TPM
	Educación Grupal	100%	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
		3% de las familias			

PARA LA FAMILIA	Consejería Familiar	inscritas	1 vez al año	1 sesión por hora	Enfermera Médico T. Social, Psicólogo
	Visita Domiciliaria Integral	100% del 25% total de familias. Sólo riesgo	1 al año	1 por hora	Enfermera Médico T. Social Kinesiólogo
PROGRAMA ODONTOLÓGICO	Examen de Salud	100% Población de 0 a 19 años y a Gestantes según metas	1 vez al año o según riesgo	5 por hora	Odontólogo
	Educación Individual y Grupal	100% Población de 0 a 19 años y a Gestantes según metas	1 vez por año	1 por hora. Grupo (12 personas)	Odontólogo TPM
PROGRAMA ODONTOLÓGICO	Profilaxis	100% Población de 0 a 19 años y a Gestantes, según metas 100% Población menor de 12 años, según metas	1 vez por año	5 por hora	Odontólogo

Salud Oral Integral GES		100% Población menor de 9 años, según metas	1 vez por año	5 por hora	Odontólogo
	Aplicaciones Sellantes	de 100% Población 0 a 19 años, asociada a metas	1 vez por año	4 por hora	Odontólogo
	Pulpotomías	100% de indicaciones. 10 a 19 años y gestantes	1 vez al año	5 por hora	Odontólogo
	Obturaciones	Población mayor a 20 años.	1 vez al año	5 por hora	Odontólogo
	Exodoncias	Población mayor a 20 años	Siempre que se presente.	5 por hora	Odontólogo
	Urgencias No GES	Indicación según programa	Según demanda	5 por hora	Odontólogo
	Urgencias con Obturación definitiva	con 100% de Indicaciones	Según demanda	2 por hora	Odontólogo POI*

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

PLAN DE CAPACITACIÓN

PROGRAMA CAPACITACION 2013 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) . SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE COMUNA 2014

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESULTADOS ESPERADOS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, RE, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos)	F (Auxiliares servicios)				ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
Fortalecer modelo de atención en salud	Bases conceptuales de la salud familiar	Contribuir al proceso de desarrollo de transformación a Centro de Salud que utilice la Salud Familiar como estrategia para mejorar la calidad de la atención. Funcionarios capaces de realizar trabajo en equipo con un enfoque integral, Familiar, Biopsicosocial, con una mirada preventiva, promocional y centrado en la persona.			x	x	x	x	35 (los que faltan)	40 horas	Elaboración de fichas Familiares. Realización de Estudios de familia y Revisión de casos con enfoque familiar, al menos 1 vez al mes en reunión de equipo. Elaboración de pauta de Riesgo Biopsicosocial Familiar Comunal. Elaboración de Carta Compromiso de trabajo con familias.				3360000	Universidad de Chile		may-14
	Taller de Consejería	Aprender que es una "consejería" sus objetivos, elementos que lo componen. Reconocer las etapas de cambio. Adquirir habilidad para realizar consejería. Utilizar herramientas que ayudaran en el proceso de consejería.	11	31					42	25(16-3)horas	Realizar consejerías para generar cambios en los estilos de vida en los pacientes de difícil control de sus patologías crónicas, posterior a las mismas debería haber una mejoría en las metas terapéuticas de acuerdo a cada riesgo RDV, Individual. Realizar consejerías nutricionales en las familias de los niños obesos de tipo primario. Realizar consejería a los adolescentes en vida sana					Dra. Fabiola de la Torre	Fabiola de la Torre	marzo y abril del 2014
	Actualización de abordaje clínico y manejo odontológico de niño, durante el control	FOMENTAR, PREVENIR Y RECUPERAR LA SALUD BUCAL DE NIÑOS INSCRITOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA COMUNA.	11	5	15				31	20horas	Madres y niños que reciben educación y material educativo de cuidado bucal en cada control sano.					Guillermo Barraza		
	Instrumentos de Salud familiar	Conocer los instrumentos de salud familiar Aplicar los instrumentos de salud familiar Conscientizar la importancia de conocer y utilizar los instrumentos en la atención que damos a nuestros paciente, favoreciendo una atención centrada en la persona y no en la enfermedad, <u>entendiendo de esta forma al individuo como parte</u>	11	15					26	20 (12-8)horas	Realizar Genograma al 50% de los pacientes crónicos e incorporar a la familia en el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas.					Dra. Fabiola de la Torre	Fabiola de la Torre	Abril y mayo del 2014
Consolidar el modelo de Gestión en Red, local, regional (macro y micro redes)	Aprendiendo a realizar fondo de ojo	Actualizar a los médicos en la realización de fondo de ojo, identificar y reconocer las complicaciones generadas por las patologías crónicas, para una derivación oportuna.	11						11	15horas	Realizar fondo de ojo a los pacientes de la comuna, y solo referir aquellos que requieran tratamiento, detectando en forma precoz complicaciones, mejorando la satisfacción usuaria y disminuyendo la demanda en el CDT.					autogestionado		
Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Actualización en patologías GES en APS (prevención de la ERC, hipotiroidismo y manejo del helicobacter pylori, ayudas técnicas, pie diabético).	Manejar las guías Ges de las patologías que los médicos ha encontrado dificultades, conocer acceso, oportunidad, garantía de estas patologías.	11						11	15 horas	Ausencia de reclamos por cartas GES mal emitidas, ausencia de reclamos por patologías vencidas.					Dra. Fabiola de la Torre		

PROGRAMAS DE APOYO A LA GESTIÓN

Cada año, para mejorar la resolutiveidad en la atención primaria el ministerio a través del Servicio de salud transfiere recursos en programas de reforzamientos, durante el 2013 a la comuna llegaron programas como resolutiveidad, imágenes diagnósticas, odontológico integral y sus derivados.

Localmente se han incorporado en horario de Extensión Horaria y compra de servicios a prestadores externos:

- Cirugía Menor. (días sábados)
- Alta Odontológica Integral a Mujeres y Hombres de Escasos Recursos.
- Prótesis.
- Endodoncia.
- Oftalmología
- Otorrino.
- Canasta de mamografías.
- Rx de pelvis.
- Eco abdominal.
- Rx de tórax.
- Exámenes GES.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO COMUNA DE PIRQUE 2013

El diagnóstico participativo en salud, es el proceso que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea esta un territorio o localidad acotada dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud. Es un proceso de participación de la comunidad en conjunto con los equipos de salud. Permite obtener información útil, para visualizar las áreas de mayor interés de la población.

En nuestra comuna se realizó un diagnóstico participativo en el año 2011. El concepto que se utilizó, estuvo enfocado en los distintos problemas sociales, que atañen directamente a la Salud de la comunidad de Pirque: Embarazo Adolescente, Alimentación Infantil y Obesidad Juvenil, Alcohol y Drogas en Adolescentes. Este año 2013 se realizó un nuevo Diagnóstico Participativo, ya que como se menciona el anterior corresponde al año 2011, además se realizó para así dar continuidad con el objetivo del año pasado: Aumentar la participación ciudadana de los Consejo de Desarrollo Local de la comuna de Pirque, ya que como se explica más adelante el objetivo es transparentar los problemas de la comunidad relacionados con salud y así acercarnos a la comunidad y lograr trabajar en conjunto con ellos.

Objetivo General:

- Transparentar los problemas de la comunidad relacionados con Salud.

Objetivo Específico:

- Hacer partícipe a los integrantes de la comunidad en ideas de mejoras de la gestión de salud.

Convocatoria:

Para la realización del Diagnóstico Participativo, se realizó una asamblea con apoyo de la Corporación de Salud y Educación de Pirque. Las invitaciones fueron entregadas por la Dirección de Desarrollo Comunal (DIDECO) a los grupos comunitarios y de autoayuda, además de publicidad en los Centros de Salud y Postas Rurales de la comuna.

Participantes:

Contó con la presencia de la Secretaria General de la Corporación de Salud y Educación de Pirque y actual Directora de Salud, Sra. Ángela Gálvez, la Directora del CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, Sra. Carmen Villalobos, la Directora del CSR El Principal, Sra. Pía Fuentealba y el Director de Administración y Finanzas, Sr. Carlos Kauak. Se contó además con la presencia de integrantes del Consejo de Desarrollo Local (CDL), juntas de vecinos, club de adulto mayor, grupos de autoayuda, representantes de SENDA, comunicaciones y relaciones públicas municipales, además de las encargadas de Participación Social y OIRS, Srta. Paula Figueroa y Srta. Carolina Vergara.

Metodología:

- Se conformaron grupos de trabajo con los integrantes.
- Cada grupo designo a dos (2) representantes: un coordinador y un secretario.
- Coordinador/a de grupo: leyó la pregunta y otorgo la palabra, asegurando la participación equitativa de los integrantes del grupo y guio las conclusiones a través de la síntesis que le proporciono el/la secretario/a.
- Secretaria/o: llevo el registro de las intervenciones, destaco las coincidencias de las intervenciones, hizo la síntesis y acordó las conclusiones. Trabajo junto a los otros secretarios para organizar una presentación única.

Pregunta:

1. Señalen tres (3) problemas de interés que ustedes creen que existen en los Centros de Salud de Pirque y proponga dos (2) soluciones.

Resultados:

Los resultados obtenidos del Diagnostico Participativo con respecto a los problemas que ellos creen que existen en los Centros de Salud de la comuna y sus soluciones son:

- Desconocimiento de cronograma de atención de un enfermo postrado
Solución: Médico, enfermera y la movilización de estos para realizar el control
- Mal sistema de entrega de horas
Solución: Ej. Presencial: 10 cupos y Teléfono: 5 cupos (call center)
- Falta de supervisión de Directora de Salud a cada área de la salud
Solución: Evaluación de cada sector, tipo "evaluación docente"

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.

PROGRAMA SALUD INFANTO- JUVENIL 2014

El programa de Salud Infantil de nuestra comuna tiene como fundamental premisa fortalecer el sano desarrollo de los niños y niñas de Pirque desde el minuto de su nacimiento hasta su llegada a la edad adulta. 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. 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 infantil, como el que determinará su adolescencia y adultez.

Para ello se conforma un equipo multidisciplinario con énfasis en la atención integral basada en el modelo de salud familiar, conformado por Médicos, Enfermeras, Nutricionistas, Psicóloga, Asistente Social, Kinesióloga y Técnicos en enfermería que velarán por el apoyo permanente a los niños y niñas, pero además a sus familias.

Los ejes del programa se enfocarán en tres pilares fundamentales: el sano desarrollo biopsicosocial, la prevención de enfermedades no transmisibles y la promoción de estilos de vida saludables de los niños y niñas de Pirque.

Actualmente en el tema de promoción, desde abril de este año se redireccionaron horas para que uno de los dos profesores de educación física con que cuenta la comuna, asistiera a los jardines infantiles a realizar en primera instancia ejercicios a los menores inscritos en estos establecimientos, y posteriormente desarrollar programas de actividad física con capacitación al personal que trabaja, para que puedan ir replicando el modelo, el promover la actividad física debe comenzar en la etapa pre escolar, con ayuda del intersector, ya que no es sólo un problema del sector salud.

Controles de Salud Infantil

Es la atención integral, sistemática y periódica proporcionada a niños y niñas con el objeto de vigilar su normal crecimiento y desarrollo, y entregar acciones básicas de promoción y prevención de la salud desde los 0 a 9 años. Es actividad es realizada por profesional médico y/o enfermera o matrán/a en el caso de los recién nacidos, dentro de las cuales se encuentran:

- Diada antes de los 10 días a cargo de Matrona o Enfermera
- Control de 1 mes a cargo del Médico
- Control de los 2 meses a cargo de la Enfermera
- Control de los 3 meses con revisión de Rx de Cadera a cargo del Médico

- Control de los 4 meses a cargo de la Enfermera
- Control de los 5 meses con evaluación Nutricional a cargo de Nutricionista
- Control de los 6 meses a cargo de Enfermera
- Control de los 8 meses con evaluación Desarrollo Psicomotor a cargo de Enfermera
- Control de 1 año a cargo de Enfermera
- Control de 1 año 6 meses con evaluación Desarrollo Psicomotor a cargo de Enfermera
- Control de 1 año 8 meses con evaluación Nutricional a cargo de Nutricionista
- Control de los 2 años a cargo del Médico
- Control de los 3 años con evaluación Desarrollo Psicomotor a cargo de la Enfermera
- Control de los 3 años 6 meses con evaluación nutricional a cargo de Nutricionista
- Control de los 4 años a cargo de Enfermera
- Control de los 5 años a cargo de Médico
- Control de los 6 años a cargo de la Enfermera
- Control de los 7 años a cargo de la Enfermera
- Control de los 8 años a cargo de la Enfermera
- Control de los 9 años a cargo de la Enfermera

Con estas actividades se pretende tener un completo seguimiento del desarrollo de nuestros niños con énfasis en la promoción de elementos saludables y la detección precoz de elementos perjudiciales para la salud de nuestros pacientes y sus familias.

Dentro de nuestros controles se realizan distintos procesos de detección y promoción como Anamnesis, examen físico, aplicación de pautas como las Neurosensoriales, Riesgos de Morir de Neumonía, Edimburgo, Desarrollo psicomotor, Riesgo Biopsicosocial, entre otras que nos permiten entender de mejor manera todos los elementos vulnerables de nuestros pacientes. Para realizar todas estas actividades hemos determinado un tiempo mínimo por control de 30 minutos cada uno de manera estándar.

Una de las actividades con mayor importancia dentro de los controles son las Evaluaciones del Desarrollo Psicomotor del niño, realizado en múltiples instancias y con variados instrumentos. EL desarrollo Psicomotor del niño es un pilar fundamental para el desarrollo posterior de su completo potencial de salud tanto físico como emocional, por lo que es de vital importancia su detección precoz en los casos de rezago o retraso y, por lo

tanto, un oportuno manejo integral, liderado por la Educadora de Párvulos con un plan de trabajo desarrollado por equipo de cabecera

De manera de controlar mejor el desarrollo de los procesos se mejorarán tanto los Tarjetones como los registros, y se incluirá una nueva hoja de registro de actividades con detalles por pacientes y profesional de las actividades realizadas día a día con sus respectivos elementos de control.

Para el correcto desempeño de estas actividades es de suma importancia una correcta coordinación con los agentes de Citación y Agenda, SOME, para que el normal funcionamiento del programa nos brinde un buen rendimiento y mejore los resultados de salud de los niños y niñas. Esto junto a la planificación de agenda abierta anual, les permitirá a los pacientes agendar sus controles automáticamente a la salida de sus controles previos

Control de Malnutrición

El problema de la Obesidad Infantil es un tema de absoluta relevancia en la actualidad, en particular en países en vías de desarrollo como Chile. Cifras del año 2012 sitúan la prevalencia de esta enfermedad en un 10,3% a nivel país, y en nuestra comuna la prevalencia estimada para el año 2013 según el Plan de Programación Comunal, en el rango de 2 a 5 se estima un 10,9%. Y esto sólo en Obesidad, pues si contabilizamos a los pacientes con Sobrepeso, en un alto riesgo de caer en Obesidad, los números se alzan sobre los 20 puntos. El problema fundamental de la Obesidad Infantil es el alto riesgo que genera en cuanto a patologías diversas, como las Cardíacas, Metabólicas, Cáncer, entre otros.

Por esto a nivel de Salud Comunal hemos decidido intervenir de manera activa en este problema generando este Plan Comunal de Obesidad Infantil.

Nuestro principal objetivo consiste en disminuir la incidencia y prevalencia de Obesidad Infantil en la comuna de Pirque. Con esto intentaremos mejorar la calidad de vida de los niños y niñas propensos a padecer de Obesidad Infantil al disminuir los factores de riesgos de la población infantil con Obesidad. Queremos estimular hábitos de vida saludable entre los niños y sus familias y mejorar los rendimientos de actividad física de los niños con sobrepeso y obesidad, de esta manera controlar de manera activa el desarrollo del niño dentro del Plan Comunal de Obesidad infantil

Nuestra principal estrategia se fundamenta en generar tres sub-grupos poblacionales con características propias que hacen necesario un trabajo diferenciado.

- Lactantes de 0 a 23 meses
- Pre-escolares de 2 a 5 años
- Escolares de 6 a 9 años

Etapa 0 a 23 meses

- Fomento de la Lactancia Materna

A través de Talleres de Lactancia Materna a cargo de Matrona o Enfermera. El objetivo es alcanzar un 60% de lactancia materna exclusiva al 6to mes de vida. Además se continuará con la instancia de Consulta de Lactancia Materna espontanea para el 100% de las madres con dificultades de lactancia antes del 6to mes

- Pauta de ejercicios de Estimulación Temprana

Se desarrollará un instructivo a cargo del Profesor de Educación Física donde se detallaran ejercicios de estimulación temprana para padres y madres, que será entregado a todos los menores en el control Nutricional de los 5 meses a cargo de la Nutricionista

- Intervención Familiar

Se incluirán en los casos de intervención familiar por parte de la asistente social u otro profesional encargado a todo paciente que se encuentre en rango de obesidad sobre los 5 meses de edad. Se realizará una visita de intervención que buscará diagnosticar malos hábitos familiares y se intervendrá en este ámbito con material educativo. Todo paciente con diagnóstico de Obesidad por DNI +2 entre 0 y 2 años tendrá una visita domiciliaria integral con Asistente Social o Nutricionista.

- Controles Sanos con participación activa de Nutricionista

Actualmente solo el control de los 5 meses y de los 42 meses esta a cargo de Nutricionista. Para mejorar el respaldo de medidas a favor del control de Malnutrición por Exceso se incluirá un tercer control por nutricionista a los 20 meses. Este control será solo con aquellos pacientes que hayan tenido una evaluación de Malnutrición por exceso en controles de salud anterior.

Etapa 2 a 5 años

- Plan Activo de Control Obesidad (PACO)

Se seleccionaran grupos pequeños de no mas de 20 pacientes trimestralmente para ingresarlos al Plan donde se mantendrá un estricto control a cargo de Médicos y

Nutricionistas, junto con un plan de actividad física liderado por el Profesor de Ed. Física. Para el ingreso al Plan se requiere de la firma de un consentimiento informado y un convenio de adherencia. Estos pacientes serán niños y niñas entre 2 a 6 años de edad con diagnóstico prioritario de Obesidad por DNI +2.

- **Minuta Alimentaria**

Se elaborará una minuta de alimentación a cargo de nutricionistas, con elementos propios de la realidad local. Con esto se intentará disminuir la ingesta calórica y generar nuevos hábitos alimentarios, no solo a nivel del niño, sino de toda la familia. Este flanco se trabajará en conjunto al área de Promoción

- **Comité Nutricional**

Se establecerá el funcionamiento de un Comité Nutricional, según antecedentes en “Norma para el Manejo Ambulatorio de la Malnutrición por Déficit y Exceso” en el niño(a) menor de 6 años”.

- **Pautas de evaluación de Factores de Riesgo**

En cada Control Sano de los niños entre las edades de 2 a 5 años se establecerá una pauta con las siguientes preguntas:

Factores de Riesgo Malnutrición por exceso

Madre y/o Padre Obesos

Recién nacido pequeño para la edad gestacional o macrosómico (Peso > 4 kg)

Antecedentes Diabetes Gestacional en este embarazo

Diabetes Mellitus II en padres y/o abuelos

Lactancia Materna exclusiva inferior a los 4 meses

- **Talleres Nutricionales**

La aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en el control de salud de todos los niños(as) se realizará una vez por año a partir del primer año de vida. Los menores eutróficos que presenten 2 o más factores de riesgo

de malnutrición por exceso deben ser citados sólo por una vez a la actividad taller grupal “Taller Nutricional” basado en los parámetros y actividades del Plan de Salud Nacional y el Programa Elige Vivir Sano, con carácter obligatorio, la citación y/o la asistencia condicionarán la entrega de alimentos del PNAC

Etapa de 5 a 10 años

- **Controles Nutricionales Periódicos**

Todo niño con diagnóstico nutricional integral de Sobrepeso, Obesidad o Con 2 o más factores de Riesgo tendrá una evaluación anual con Nutricionista. Así también los egresados del programa PACO tendrán evaluaciones bianuales por 2 años y luego anuales hasta cumplir los 10 años.

- **Promoción y Capacitación**

Al personal de Salud del consultorio se le capacitara a través de charlas o material informativo sobre pesquisa y modificaciones de estilo de vida saludable en población infanto-juvenil.

- **Consulta Espontanea de Salud Nutricional**

A través de material de difusión al interior del consultorio se abrirá una oferta de horas de menor rendimiento para la evaluación exclusiva del diagnóstico integral de nutrición, para definir si es necesario el ingreso o no al programa.

Vulnerabilidad Social

Nuestra población infantil es por defecto una población de alto riesgo de vulnerabilidad. Las edades, las condiciones geo demográficas y culturales hacen que nuestros niños y niñas sean cada día más propensos a padecer de factores de vulnerabilidad biopsicosocial. Es por esto que el control de los riesgos de vulnerabilidad debe ser estricto con nuestros pacientes, y su intervención, en caso de que los hubiere, debe ser enfática y acogedora.

- Se implementan las Consultas Sociales. Estas surgen de las derivaciones espontaneas de distintos profesionales que trabajen con población infantil y que presenten algun riesgo de vulnerabilidad ya sea por Score Biopsicosocial como por otras observaciones. Esta

consulta corresponderá a un ingreso de coordinación de estos elementos con la familia del niño y estará a cargo de la Asistente Social

- Permanecen las Visitas Domiciliarias Integrales Es una estrategia de servicios realizada en el domicilio, dirigida a familias con gestantes y/o niños y niñas de cero a seis años. Esta estrategia se basa en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y el grupo familiar, cuyo objetivo principal es promover mejores condiciones ambientales y relacionales que favorezcan el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria integral tiene un enfoque de riesgo y se enmarca en un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos de intervención que comandan las acciones y que se evalúan durante el proceso de atención. Las Visitas Domiciliarias Integrales incluyen atención para pacientes con antecedentes de maltrato, abuso, prematuros, riesgo de morir por neumonía, déficit atencional, retraso en el desarrollo psicomotor y algunas condiciones biomédicas especiales (PADB).

- Detección de abuso y/o maltrato infantil en las esferas de abusos físicos, sexuales, emocionales, psicológicos, desatención y negligencia. Se realizara una intervención enfática en estos casos, con detección precoz en los controles sanos o en los controles espontáneos de morbilidad, con un protocolo de detección y manejo, basado en los estándares del servicio y apoyados desde la perspectiva psicológica y jurídica en la OPD, con tratamiento a nivel secundario en COSAM

Desarrollo Psicomotor

Como lo mencionábamos antes, el Desarrollo Psicomotor es uno de los índices de predicción más importantes en cuanto al normal desarrollo potencial de los menores pues determina su correcto desempeño biomédico, emocional y social de manera de encaminarlo correctamente hacia su edad adulta. Es por esto que su normal desarrollo y la detección precoz de eventualidades en su proceso.

Con esta finalidad es importante el correcto registro y evaluación en las distintas instancias de control del DSM según los protocolos emitidos por el servicio de salud.

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 deambulara 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

Tabla N° 38. Urgencia en la atención de niños y niñas según estado del desarrollo en sala de estimulación

1. Niños y niñas con déficit en el//los test de detección del desarrollo psicomotor, categoría RETRASO	Todos aquellos niños y niñas cuyo puntaje total en el test de desarrollo presenten dos o más desviaciones estándar bajo el promedio.
2. Niños y niñas con déficit en el/ los test de detección del desarrollo psicomotor, categoría RIESGO	Todos aquellos niños y niñas cuyo puntaje total en el test de desarrollo presenten una desviación estándar bajo el promedio.
3. Niños y niñas con rezago en el desarrollo psicomotor.	Todos aquellos niños y niñas cuyo puntaje total en el test de desarrollo es normal, pero presentan una o más áreas en déficit, ya sea en riesgo o en retraso.
4. Niños y niñas con antecedentes de riesgo biopsicosocial	<p>Todos los niños y las niñas que vivan en condiciones que puedan llegar a amenazar negativamente su desarrollo integral. Por ejemplo,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños y niñas cuyas madres presenten una escala de Edimburgo alterada. • Niños y niñas con cuyas figuras de cuidado presenten una alteración del vínculo de apego. • Niños y niñas cuyos padre, madre o cuidadora presente un problema de salud mental; consumo abusivo de drogas, consumo abusivo de alcohol, trastorno de personalidad, esquizofrenia, trastornos del ánimo (depresivo o bipolar). • Niños y niñas cuyos padre, madre o cuidadora tengan antecedentes de violencia intrafamiliar. • Niños y niñas con diagnóstico de morbilidad que según derivación de especialista se benefician de estimulación de nivel primario (Prematuro, S. Down) • Niños y niñas que viven en instituciones (familias de acogida, hogares de menores, instituciones de adopción). • Entre otros
5. Niños y niñas con discapacidad que requiera de refuerzo en estimulación.	Niños y niñas que presenten alguna condición de discapacidad, que estén en tratamiento de rehabilitación de especialidad y que sean derivados para recibir estimulación del desarrollo.
6. Niños y niñas con pauta breve alterada de desarrollo psicomotor	Niños y niñas que no cumplen con los hitos del desarrollo para su edad (motor, lenguaje, coordinación, social y lenguaje social) según pauta breve de desarrollo psicomotor, a los/las cuales se les deberá aplicar test de desarrollo dentro de los siguientes 15 días.
7. Niños y niñas sin antecedentes de riesgo en el desarrollo psicomotor.	Niños y niñas que no presentan alteraciones ni riesgo para su desarrollo.

Elaboración equipo nacional Chile Crece Contigo y Programa Nacional de Salud en la Infancia, 2012.

Tabla N° 39. Atención en Modalidad de Atención del Desarrollo Integral

Aspectos administrativos de la intervención	Categoría intervención según estado del desarrollo y edad			
	Normal	Normal con Rezago/Riesgo o BPS	Riesgo	Retraso
Rango de tiempo máximo de la intervención según edad	Desde 1 a 3 meses o según programación y realidad local, en cualquier edad	2 meses en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 2 meses	0 a 11 meses de edad: 2 meses
			12 a 23 meses de edad: 3 meses	12 a 23 meses de edad: 4 meses
			24 a 59 meses de edad: 4 meses	24 a 59 meses de edad: 6 meses
Total de sesiones	1 a 3 sesiones en cualquier edad	5 sesiones en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 8 sesiones	0 a 11 meses de edad: 12 sesiones
			12 a 23 meses de edad: 10 sesiones	12 a 23 meses de edad: 16 sesiones
			24 a 59 meses de edad: 14 sesiones	24 a 59 meses de edad: 20 sesiones
Frecuencia de sesiones	1 o 2 sesiones al mes	2 a 4 sesiones al mes	Primer mes: 1 sesión a la semana	Primer mes: 2 sesiones a la semana
			Segundo mes: 1 sesión a la semana	Segundo mes: 1 sesión a la semana
			Desde tercer al cuarto mes de tratamiento: 2 veces al mes	Desde tercer a sexto mes de tratamiento: 2 veces al mes
Tipo de intervenciones	Atención grupal (No dar atención individual)	Atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes	Atención individual primer mes.
			Luego atención individual alternada con intervención grupal	Luego atención individual alternada con intervención grupal
Rendimiento Intervenciones	grupal 1 x hora	Individual = 2 x hora	Individual = 2 x hora	Individual = 2 x hora
		grupal = 1 x hora	grupal = 1 x hora	grupal = 1 x hora

Elaboración equipo nacional Chile Crece Contigo y Programa Nacional de Salud en la Infancia, 2012.

Prematuros

Cuando un niño por distintas razones nace con prematurez en su proceso de desarrollo obstétrico generalmente presenta un desafío clínico en muchas aristas. Son pacientes con características especiales que los sitúan en un rango clínico distinto al del resto de los menores, con riesgos diferentes y desarrollos que intentan una normalidad potencial basados en su correcto desarrollo.

Es así como se fortalecerá su correcto desarrollo basados en flujos de controles especiales para los prematuros extremos (menores de 32 semanas o menores de 1500 gr) con colaboración conjunta con la atención secundaria y especialistas que evalúan de manera preventiva el desarrollo de nuestros niños prematuros.

Aquellos prematuros con menor riesgo (entre 32 y 36 semanas) serán nuestro principal foco en la atención primaria, privilegiando sus controles y mejorando los estándares de evaluación con ellos.

Tabla Nº 45. Atención al recién nacidos y nacidas prematuros, < 32 semanas o 1.500 gr.

Edad		Acciones					
		Controles	Especialista				
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	VDI	
semana gestacional	33	X					
	34	X					
	35	X					
	36	X					
	37	X					
	38	X				X*	
Post Alta	hr	72	X				
	sem	1	X				
sem		2	X				
	Edad Corregida	Meses	40	X	X	X	
1			X			X	
2			X				
3			X	X			
4			X				
5			X				
6			X				
7			X				
8			X				
9			X	X			
10			X				
11			X				
12			X		X	X	X
15			X	X			
18			X				
21			X				
24			X	X		X	X
27			X				X
30			X				
Edad Cronológica			Años	33	X		
	3	X				X	
	3 1/2	X					
	4	X		X	X	X	X
	4 1/2	X					
	5	X					
	5 1/2	X					
	6	X					
7	X	X	X	X	X		

* Previa al alta hospitalaria
Nivel Primario

X

Nivel Secundario

X

Morbilidad

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.

Respiratorio (se detalla más adelante)

En cuanto a patologías del área respiratoria nuestros esfuerzos están focalizados en atenciones efectuadas por equipo integral de sala IRA a niños y niñas portadores de enfermedades respiratorias, en especial Asma, Fibrosis quística, Síndrome Bronquial Obstructivo recurrente, asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI), que requieren de apoyo de oxígeno (O₂ dependiente), u otras afecciones de resolución en sala IRA.

El equipo está integrado por Kinesióloga y Médico quienes establecen un protocolo de seguimiento de los pacientes y su correcta y oportuna derivación según los estándares del servicio de salud plasmado en las normas.

El enfoque está determinado en dos planos: el Programa IRA y las salas IRA.

El programa IRA tendrá como objetivo el seguimiento y manejo de pacientes con patologías crónicas respiratorias. Estos pacientes tendrán una evaluación sistemática por el médico a fin de diagnosticar y plantear el manejo, apoyado por la kinesióloga quien será la encargada del seguimiento e implementación del manejo.

Por otro lado la sala IRA es una herramienta fundamental del modelo de salud Primaria donde de manera espontánea se apoyan y manejan a los potenciales pacientes con patologías respiratorias, tanto agudas como crónicas agudizadas, para mejorar su estado actual de salud, disminuido por su condición regularmente infecciosa. El apoyo es en base a kinesioterapia, terapias inhaladoras o derivaciones oportunas según corresponda.

Talleres

Los talleres surgen como herramienta estratégica para el apoyo de la instalación de ciertas discusiones en torno a mejoras de salud de nuestros pacientes. Es así como cuando existen ciertos índices de mal desarrollo o vulnerabilidad, estos talleres pretenden reforzar conocimientos o habilidades que permitan corregir en parte, junto con el manejo clínico, las deficiencias detectadas

Los talleres a realizar durante el año 2014 por parte del equipo Infantojuvenil son:

- Taller de Lactancia a cargo de Matrona y/o Enfermera dirigido a madres con dificultades o dudas respecto a la Lactancia Materna
- Taller "Nadie es Perfecto" a cargo de facilitadores dirigido a padres o cuidadores de niños con vulnerabilidad biopsicosocial
- Taller de Obesidad y Vida Sana cargo de Médico, Profesor de Ed. Física y Médico dirigido a padres y cuidadores de niños con Obesidad
- Taller de Habilidades Educativas a cargo del Médico y Psicóloga, dirigido a Padres y Profesores de niños con dificultades de rendimiento
- Talleres espontáneos que puedan requerir demanda en función de eventualidades.

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, para ello mantendremos el trabajo del profesor de educación física en los jardines infantiles.

- Material Audiovisual de Salud Infantil

Se elaborará una serie de materiales didácticos audiovisuales e impresos con el fin de comunicar los distintos aspectos de promoción de salud del área infantil. Se utilizarán todos los soportes disponibles (televisión, radio, muro de información) para comunicar distintos mensajes de promoción y prevención de salud.

- Ferias Saludables

Se llevarán a cabo dos veces al año la Feria de Salud Infantil, con diversos stands y expositores que se coronará con una gran Carrera Infantil, tanto a pie como con bicicleta, donde como objetivo tendrá detectar algunos índices de malnutrición, bajo peso, alteraciones del crecimiento, etc.

Adolescentes Ciclo Vital 10-19 años

Adolescentes

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.

La actividad principal de nuestro programa es el Control de Salud Integral de Adolescentes, que comprende jóvenes entre 10 y 19 años. Esta actividad permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, fomentando los factores y conductas protectoras, identificando las causas y conductas de riesgo, así como los problemas sociales y familiares, con objeto de intervenir de manera oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio y participativo. Es la puerta de entrada para que los adolescentes y jóvenes puedan tener acceso a las prestaciones de salud, facilitando que se inicien las intervenciones y estrategias propuestas para abordar la problemática adolescente. Este es un control integral, a cargo de un equipo multidisciplinario que abordara temáticas de salud tales como: salud del adolescente, nutrición, salud reproductiva y sexual, salud mental, normal desarrollo, entre otros. Con esto realizaremos un diagnóstico integral que permita establecer estrategias de consejería focalizada en problemáticas individuales y globales, y derivar oportunamente con profesionales idóneos a cada una de las temáticas emergentes.

Continuar con un equipo multidisciplinario, que sea capaz de abordar las necesidades de nuestros jóvenes es imprescindible para el próximo año. Con el mismo objetivo, extender las alianzas entre educación y salud fortalece la prevención y estimula a innovar en materia de promoción de salud escolar.

Para año 2014 los ejes de trabajo para el grupo adolescente están enfocados en la prevención y promoción de hábitos saludables que los acompañen por el resto de sus vidas. Pretendemos continuar con el desarrollo de Espacio Amigable en nuestra comuna, donde jóvenes en formación de sus vidas puedan desarrollarse y sentirse acompañados en sus procesos de maduración, física, mental y social. Es decir, continuar utilizando lugares de esparcimiento, como herramienta para desarrollar los objetivos sanitarios convenidos, es fundamental. En paralelo a estas actividades se pondrá a disposición de

los jóvenes un grupo de profesionales que puedan resolver cualquier inquietud de los participantes, consulta espontánea o previamente agendada, con énfasis en consejerías de hábitos saludables nutricionales, sexuales, tabaquismo, salud mental, entre otros.

Se resguardará, como en el 2013 los métodos de planificación familiar destinados a las y los adolescentes de la comuna, junto con facilitar la consejería y el ingreso al programa de regulación de fecundidad. Aumentar la cobertura en materia de salud mental es un desafío para nosotros, con personal capacitado en intento suicidio adolescente y depresión.

Mantener indicadores de salud (IAAPS) alcanzados en un 100% nos estimula a insistir en un trabajo de equipo sólido y sistemático inspirado en la calidad de la atención, que nos obliga a progresar cada día por un futuro mejor para nuestros jóvenes.

Programa de Salud Oral

Las principales enfermedades que afectan a la cavidad bucal son la caries y la enfermedad periodontal, las que afectan a más del 90% de la población. A pesar de tener una alta prevalencia, son posibles de prevenir con actividades de promoción y prevención.

La caries, enfermedad infecto contagiosa que ataca los tejidos duros del diente, cuyas causales son evitables con medidas de auto cuidado y controles periódicos desde los primeros meses de vida.

La enfermedad periodontal, también enfermedad infecto contagiosa, afecta a los tejidos de soporte de la pieza dental, puede ser prevenida haciendo énfasis en los hábitos de higiene dental.

La comuna de Pirque comprometidos con la salud bucal de sus usuarios, dentro de las limitaciones de infraestructura de sus centros de salud y postas, contrató el año 2013 a 2 odontólogos en jornada de 22 hrs., distribuidos respectivamente uno en el Centro de Salud rural El principal y JM Balmaceda, en horario de extensión por limitante de sillón odontológico, con la finalidad de dar atención odontológica a los pacientes mayores de 20 años, grupo atareó que tenía baja cobertura, debido a que se les daba prioridad a las escasas horas de odontólogo al cumplimiento de las metas sanitarias y a los IAAPS . Por otro lado se contrató un odontólogo para desarrollar el programa odontológico Preventivo a nivel de jardines y escuelas que en el mes de mayo-junio desarrolló la primera actividad, realizando la segunda actividad programada en los meses de septiembre-octubre, existe compra de servicios para el Programa de Mujer y Hombre de escasos recursos y Ges del adulto de 60 años.

Análisis de logros año 2012

Durante el año 2012 la atención odontológica se centró fundamentalmente en la atención de menores de 20 años, debido al alto porcentaje de los IAAPS odontológicos, lográndose el 34% esperado, realizándose actividades educativas, preventivas y recuperativas de la salud bucal. Con una muy baja cobertura en la población mayor de 20 años, la cual fue atendida principalmente por los programas odontológicos especiales del adulto, hombre y mujer de escasos recursos y de resolutivez.

Por otro lado se lograron cumplir con las metas sanitarias odontológicas, que eran 70% de altas en población de 6 y 12 años y 62% de altas de las gestantes ingresadas al programa maternal.

Como objetivo para el año 2014

Mejorar y mantener la salud bucal a través de medidas de promoción prevención y tratamiento, de acuerdo al ciclo vital de las personas, priorizando en gestantes, niños de 2, 4, 6 y 12 años y menores de 20 años.

Como objetivo para el año 2014

Mejorar y mantener la salud bucal a través de medidas de promoción prevención y tratamiento, de acuerdo al ciclo vital de las personas, priorizando en gestantes, niños de 2, 4, 6 y 12 años y menores de 20 años.

90% de niñas/os que se realizan control de salud a los 18 meses serán evaluados en su salud bucal aplicando las pautas de evaluación buco dental

-100% de las altas odontológicas de niñas/os de 2, 4 y 6 años reciben educación individual con instrucción de técnica de cepillado

-40% de cobertura en altas odontológicas integrales en niñas/os de 2 y 4 años

-100% de niñas/os de 2 y 4 años ingresados a tratamiento tiene registro de CEO

-75% de niñas/os de 6 años con alta odontológica integral

- 100% de niñas/os de 6 años ingresados a tratamiento tiene registro de CEO

Existe en la actualidad flujo grama de derivación en los distintos programas, de manera de poder obtener las coberturas comprometidas en las orientaciones técnicas, cabe destacar que la comuna de Pirque es una de las comunas con meta IAAPS, superior al promedio

nacional y de servicio, la prioridad es promoción, y atención en menor de 20 años, directrices que están acorde a los objetivos estratégicos para la década.

Programación Programa preventivo Pre-escolar año 2014

Evaluación año 2013: de acuerdo a la evaluación al 31 de agosto a pesar de las dificultades que se produjeron por el comienzo tardío del programa se obtuvo un buen rendimiento, como inasistencias médicas por el período de invierno y otras relacionadas con la entrega y recepción de consentimientos informados. La idea es mejorar el rendimiento de programa a través de la incorporación de nuevas herramientas, así como también realizar una educación más integral en el entorno de los niños.

Planificación 2014

Reunión con Coordinadora comunal y Directoras de los jardines infantiles (J.I): Marzo

Objetivo: coordinación de fechas, horarios de fluoración y su relación con las indicaciones post aplicación.

Asistencia a Reuniones de apoderados de J.I: Marzo

Objetivo: informar a los padres sobre beneficios e importancia del programa para la salud de sus hijos. También aprovechar la instancia para educar un poco a los padres sobre caries, dieta, hábitos nocivos (mamadera, chupete) e Higiene bucal, logrando así una intervención educativa integral.

Material: presentación de power point explicada por odontóloga.

Duración: 5 minutos de presentación + 5-10 minutos de ronda de preguntas con apoderados.

Se aprovechará esta jornada para informar apoderados sobre la fecha de fluoración que corresponde a sus hijos, y de esta manera garantizar la asistencia al día de la aplicación.

Comienzo programa preventivo pre-escolar primera fluoración: Abril

Segunda etapa de fluoración: Octubre

Salud de adolescentes

- 73% de cobertura en altas odontológicas en adolescentes de 12 años
- 100% de los ingresos a tratamiento de adolescentes de 12 años con registro de COP
- 100% de las altas de adolescentes de 12 años reciben educación en técnica de cepillado

Enfermedades Respiratorias:

La mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) está en progresivo descenso, producto de las intervenciones del Programa Nacional de IRA y Campaña de Invierno, constituyendo la causa de mortalidad infantil de mayor reducción en la última década. No obstante, continúa siendo la principal causa de mortalidad evitable en la infancia.

La Reforma Sanitaria recoge el impacto de este programa, el cual ha contribuido en forma muy importante a la reducción de los actuales índices de mortalidad infantil, de 7,8/1000 NV (2002) comparado con 16/1000 NV (1990).

En la actualidad, ante esta baja, los esfuerzos deben enfocarse a mejorar la calidad de vida de nuestros niños, en especial si se considera el creciente aumento de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (SBOR-Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente o Recidivante- y Asma). Este grupo representa el principal interés de los equipos de Salud, especialmente para prevenir descompensaciones y posteriores hospitalizaciones. Los equipos de APS (Atención Primaria de Salud) deberán dar soporte educativo en acciones preventivas antes del inicio de período invernal en los menores que presenten factores de riesgo como a la población en general.

Comuna de Pirque

Durante el actual año 2013 podemos concluir cumplimiento de objetivos como lo son:

- _ Incorporación estable de Médico a Programa IRA.
- _ Cumplimiento en la demanda de atención de patología respiratoria aguda tanto primera atención como seguimiento hasta su resolución.
- _ Mantenimiento en la continuidad de controles crónicos respiratorios infanto-adolescentes, durante todo el año, aún en período de Campaña de Invierno.
- _ Pesquisa y consejería breve a adolescentes tabáquicos.
- _ Realización de exámenes funcionales requeridos en esta población (Espiroimetrías, flujometría, test de ejercicio).
- _ Contención de demanda de Urgencia Respiratoria Infantil que favoreció la disminución en la presión asistencial médica.

_Atención abierta y continua de Sala IRA.

_Cobertura de atención kinesiológica IRA en S.U.R. (Servicio Urgencia Rural) hasta 22 de Septiembre 2013, inclusive.

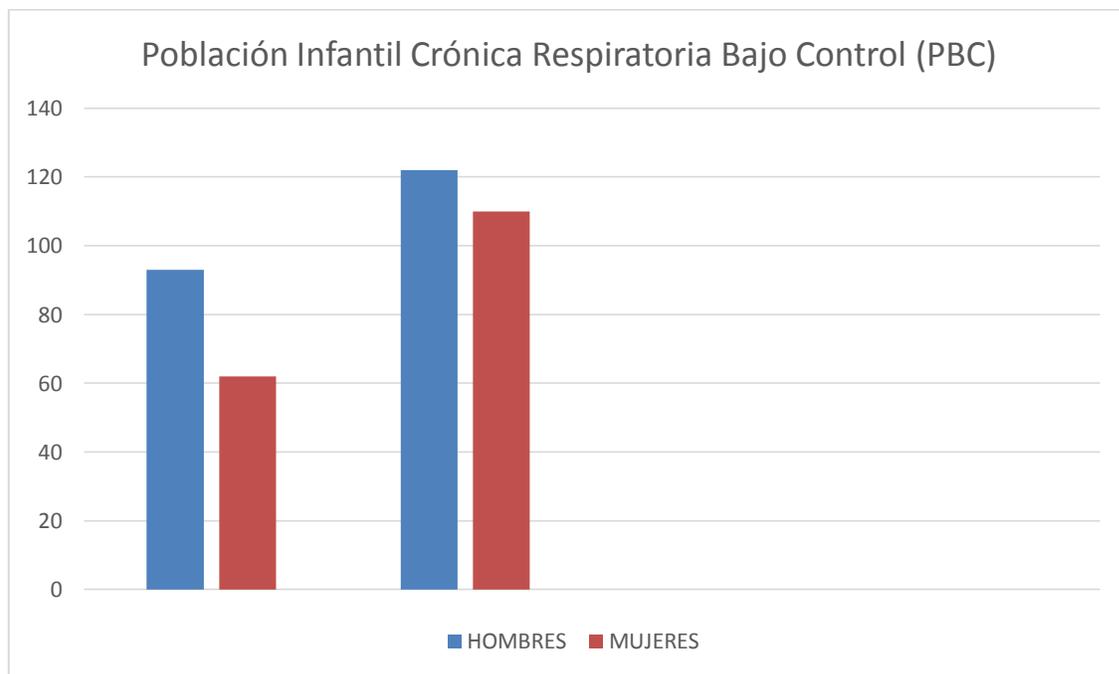
_Visitas Domiciliarias a lactantes menores de 6 meses con score grave de morir por Neumonía (además de algunos con score moderado).

_Exitosa Campaña de inmunización antiinfluenza en grupo objetivo, pacientes crónicos que pertenecen al Programa IRA comunal.

_Incorporación de Kinesióloga IRA a talleres Chile Crece Contigo con temática de Prevención y Manejo de IRA.

_Protocolos y Guías de SBOR, Asma e IRA en < de 5 años, están disponibles en todos los box de atención, accesibles a todo personal que lo requiera.

La educación a la comunidad y la coordinación con otras áreas sociales ha progresado significativamente, logrando incorporar el año 2013 actividades de Promoción (Radio-difusión, medio muy utilizado en Campaña de Invierno), eventos masivos (Promoción de estilos de vida saludable, con intervención en tema “ambientes libres de humo de tabaco” y motivar a población joven a no fumar). Asimismo se regularizó la ejecución de sesiones educativas en grupos.



SBOR

ASMA

TALLERES:

**Instrumento kinesiología
Prevención, manejo y cuidados
del paciente crónico respiratorio infantil y adolescente**

	Taller I	Taller II	Taller III	Taller IV	Taller V	Taller VI	Taller VII
Diseño	5 Horas. RRHH	0	0	0	0	0	0
Ejecución	1 Hora RRHH	1 Hora					
Evaluación	2 Horas RRHH	2 Horas					
TOTAL HORAS.	8 Horas RRHH	3 Horas RRHH	3 Horas RRHH	3 Horas RRHH	3 Horas RRHH	3 Horas RRHH	3 Horas RRHH

Prevención y reconocimiento de IRA baja en menores de 5 años

	Taller I	Taller II	Taller III
Diseño	5 Horas RRHH	0	0
Ejecución	1 Hora RRHH	1 Hora	1 Hora
Evaluación	2 Horas RRHH	2 Horas	2 Horas
TOTAL HORAS	8 Horas RRHH	3 Horas RRHH	3 Horas RRHH

CARTA GANTT TALLERES IRA 2014

TALLER	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Prevención, manejo y cuidados del paciente crónico respiratorio infantil y adolescente	X	X	X			X	X		X	X
Prevención y reconocimiento de IRA bajas en menor de 5 años		X	X						X	

CICLO VITAL ADULTO (20-64 AÑOS)

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) nace en Chile en el año 2002 y es una de las principales estrategias del Ministerio de salud del gobierno de Chile, para contribuir a reducir la morbilidad asociada a las Enfermedades Cardiovasculares.

Según el INE el año 2010 la principal causa de muerte, en los hombres fueron las enfermedades del sistema circulatorio(26%), seguidas de los tumores malignos(23%) similar a las mujeres donde también las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte (29%), seguida de los tumores malignos (24%). Considerando que los factores de riesgo mayores para presentar enfermedades cardiovasculares o del sistema circulatorio, son *la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, la Dislipidemia y el tabaquismo*, es que en la atención Primaria de Salud debemos poner el énfasis en la prevención, diagnóstico precoz a través del Examen de Medicina Preventiva del adulto (EMPA) y en el tratamiento a través del seguimiento que se les realiza a los pacientes en los controles del PSCV, mejorando así la cobertura y la compensación.

Se debe señalar, además que en la encuesta Nacional de Salud del año 2010, en Chile se observa una prevalencia mayor de morbilidad por enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en la población con menos de 8 años de estudio; mostrando diversos factores que influyen en que los estratos socialmente más deprivados presenten mayor carga de morbilidad. Entre estos problemas de salud destacan las mayores prevalencias en estratos socioeconómicos bajos, independiente de la edad, de los siguientes factores de riesgo:

- **Hipertensión arterial**
- **Dislipidemia**
- **Obesidad**
- **Diabetes Mellitus tipo 2**
- Hipotiroidismo, entre otros.

Sin embargo en **tabaquismo** se muestra una gradiente inversa ya que es en la población con mayor ingreso donde existen mayores prevalencias.

El PCV está orientado al manejo de 4 factores de riesgo cardiovascular principales, además de la prevención secundaria de la enfermedad renal crónica, la prevención de las complicaciones del pie diabético y de un nuevo evento cardiovascular en pacientes con eventos previos.

La Diabetes Mellitus es un factor de riesgo cardiovascular a la vez que una enfermedad y se manifiesta con hiperglicemia crónica, lo que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica), se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, lo que incide directamente en la disminución de la calidad de vida y aumento de los costos en salud. Según la Encuesta Nacional de Salud 2010, en Chile existen aproximadamente 1.200.000 diabéticos, con una prevalencia de 9,4%

La Hipertensión Arterial corresponde a la elevación persistente de la presión arterial sobre límites normales. Se ha definido el corte para HTA en $\geq 140/90$ mmHg en personas sin diabetes. Es el principal factor de riesgo para la enfermedad cerebrovascular y enfermedad coronaria. Se le atribuye el 54% de la enfermedad cerebrovascular y 47% de la enfermedad cardíaca isquémica.

La Dislipidemia son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos en niveles que significan riesgo para la salud. Los niveles elevados de colesterol sanguíneo sobre todo de la fracción LDL tienen un rol decisivo en el desarrollo de la aterosclerosis.

El Tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por la adicción a la nicotina. La nicotina es una droga que induce aumento de su tolerancia, es decir se necesitan dosis mayores para obtener efecto y además produce dependencia física y psicológica.

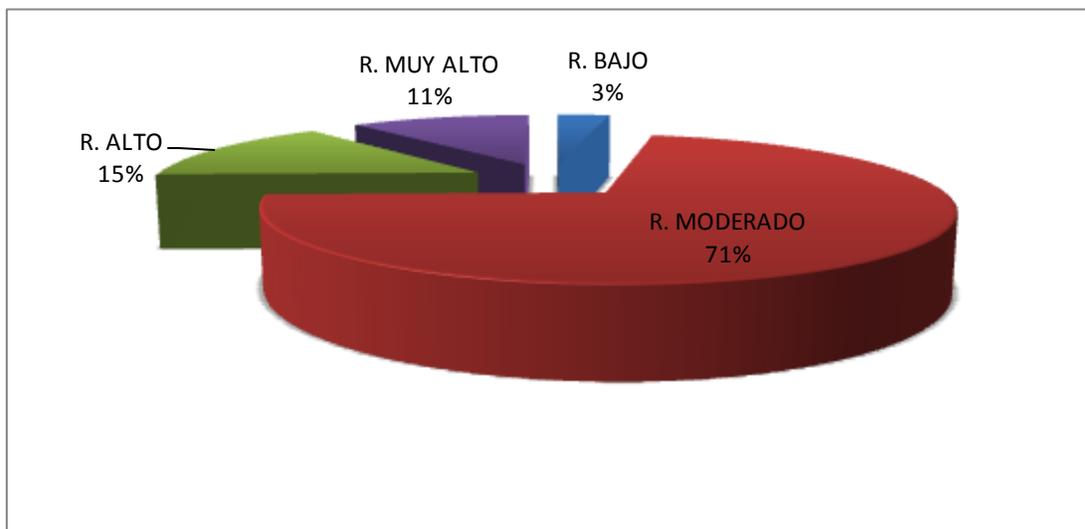
Se considera un factor de riesgo cardiovascular porque los fumadores tienen el doble de riesgo de padecer un evento cardíaco mortal. Chile presenta uno de los índices más altos de consumo en Latinoamérica, con un promedio de 1.150 cigarrillos anuales por cada adulto.

ANALISIS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR AÑO 2012 Y PRIMER SEMESTRE DEL 2013.

Población bajo control en la comuna de Pirque: En la comuna de Pirque tenemos 2.887 personas bajo control en PSCV según corte realizado en Junio de 2.013, las cuales se controlan ya sea por diabetes tipo 2, hipertensión arterial, Dislipidemia o tabaquismo.

Población del PSCV según nivel de riesgo coronario: El riesgo cardiovascular, se define como la probabilidad de que un individuo presente un evento cardiovascular en un período de tiempo determinado.

La población del PSCV, en la comuna de Pirque, según Clasificación de riesgo coronario a 10 años, estimado según las Tablas de Framingham adaptadas a la población chilena, se encuentra distribuida en los 4 niveles de riesgo de acuerdo a los porcentajes que se muestran en el siguiente gráfico:



1. Logros metas IAAPS 2012 y primer semestre 2013, en el PSCV comuna de Pirque.

Cobertura de hipertensión: La cobertura comunal de HTA en la población de adultos en Diciembre de 2012 fue de un 77,83% cifra inferior a la meta propuesta por el Servicio de un 82,02%, esta cobertura a registrado un aumento en el corte de Junio 2013, llegando a un 80%.

Cobertura Diabetes tipo 2: La cobertura de Diabetes en la población de adultos, al corte de Diciembre de 2012 fue de un 45,28% cifra que aumentó a un 51,3%, superando la meta de este año de un 45,3%.

Actualmente, en la población de adultos, se está reforzando la realización de EMP en la consulta de morbilidad y a través de la citación directa de pacientes con EMP no vigente, para pesquisar pacientes hipertensos e ingresarlos al PSCV para mejorar la cobertura tanto de la hipertensión como de la diabetes Mellitus tipo 2, al mismo tiempo que se realiza rescate de pacientes inasistentes.

Cobertura EMP en hombres de 20 a 44 años: En el año 2012, se logró una cobertura de un 9,8% en la realización de examen de medicina preventiva en hombres de 45 a 64 años, cifra bajo la meta de ese año (12,1%), esto ha mejorado en el transcurso del año 2013 ya que en el corte de Junio estábamos cumpliendo la meta de ese corte con un 5,8% y esperamos este año terminar con un cumplimiento adecuado, ya que se han

planificado estrategias para absorber los EMP de las consultas de morbilidad y también a través de la citación de pacientes con EMP no vigente.

Cobertura EMP en mujeres de 45 a 64 años: Al igual que en el grupo de hombres la meta del año 2.012 de un 23,4% de EMP en este grupo de usuarios, no se logró llegando solo a un 19,4%. Durante este año en el corte de Junio la meta anual 2. 013 de realizar un 21,4% de exámenes de medicina preventiva anual, en el grupo de mujeres, se logró llegando a un 10,9% lo que nos proyecta a lograr un cumplimiento en el corte de Diciembre 2013.

2. Cobertura efectiva de pacientes por patologías.

Cobertura efectiva de hipertensión: La meta para cobertura efectiva de hipertensión arterial es una presión arterial <140/90. En el corte de Diciembre de 2012 se logró un 56,4% aumentando en Junio del 2013 a un 57,3%, superando la meta de 53,5% de este año.

Cobertura efectiva de Diabetes tipo 2: La cobertura efectiva de Diabetes tipo 2, cuya meta es lograr una hemoglobina glicosilada <7%, fue de un 15,9% en Diciembre de 2012 y en Junio de 2013 de un 18,5%, elevándose por sobre la meta 2013 de un 17,1%.

3. Detección de la Enfermedad Renal crónica

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), aumenta el riesgo de Insuficiencia Renal Crónica Terminal y además incrementa el riesgo de morbi-mortalidad Cardiovascular en 10 veces el promedio de la población.

En la comuna de aplicación de la pauta de detección de la enfermedad renal crónica ha presentado un aumento progresivo, pero lento por causa del escaso recurso medico, como se muestra en el siguiente gráfico:

- Corte Junio 2.010: 0 pautas aplicadas.
- Corte Diciembre 2.010: 40 pautas aplicadas (1,8%)
- Corte Diciembre 2.011: 528 pautas aplicadas (17,9%)
- Corte Diciembre 2.012: 844 pautas aplicadas (31%)
- Enero-Junio 2.013: 866 pautas aplicadas (30%)

Se espera poder mejorar este indicador por la importancia que tiene en la detección temprana y manejo de la progresión de la enfermedad renal crónica, para lo cual se ha reforzado en los médicos de la comuna la realización y manejo adecuado en las reuniones de equipo cardiovascular. Además este año en el mes de Julio se implementó el sistema Rayen para el registro en ficha electrónica, y este trae el formulario de detección de enfermedad renal crónica incorporado por lo que nos ayuda en esta actividad.

4. Insulinoterapia en pacientes diabéticos descompensados con hemoglobinas glicosiladas >9%:

En la comuna se inició la insulinización el año 2011, focalizada en las personas diabéticas descompensadas con Hemoglobina glicosilada sobre 9%. En Diciembre de 2012, existían en la comuna 125 pacientes en tratamiento con insulina, cifra que a fines de Septiembre del año 2013 había aumentado a 142 (16% y 16,3% de los pacientes diabéticos bajo control, respectivamente).

5. Pacientes diabéticos con fondo de ojo vigente

En Diciembre del año 2012 se logró un 41% de pacientes diabéticos bajo control con examen de fondo de ojo vigente, cifra que en el corte de Junio 2013 registró una baja, ya que el 34% de los pacientes tenía su fondo de ojo vigente, es decir 300 pacientes de los 870 bajo control en la comuna. Esto se debe mayormente a desperfectos de la máquina para fondo de ojo, este último año.

6. Pacientes con evaluación de pie diabético vigente.

En el corte de Diciembre de 2012 un 33% (260 pacientes) de los pacientes tenían su evaluación de pie diabético vigente, meta que presentó un avance al corte de Junio 2013, donde un 49% (429 pacientes), estaba con esta intervención realizada dentro del PSCV. Desde Julio del 2013 se incorporaron los médicos que atienden pacientes del programa, en la realización de esta intervención, por lo que la cobertura debería mejorar significativamente.

Logros en el PSCV año 2013.

Se incorporó la ficha electrónica en sistema RAYEN, por lo que se espera que un plazo prudente, de no más de 2 años, lograr registro de calidad en este sistema, de tal manera que ya no sea necesario el registro paralelo en tarjetón de papel. Además se espera que este sistema permita mejorar la gestión, al obtener información fácilmente, ya que en la

actualidad para obtener un dato significa revisar alrededor de 3.000 tarjetones, con el tiempo que ello demanda.

Se ha realizado auditorias semestrales, con el objeto de mejorar los registros en el PSCV.

Se implementó la sala de preparación para pacientes del PSCV en el CESFAM José Manuel Balmaceda en el mes de Junio de 2013, lo que ha contribuido a optimizar el tiempo de la consulta con los profesionales. En el CRS El principal, también se ha implementado la sala de preparación, desde el mes de Octubre de 2013.

Se ha sistematizado la realización de EMP en el CESFAM José Manuel Balmaceda, ya que existe un TENS que recibe al paciente que debe realizarse este examen.

Se incorporó al recurso medico en la evaluación del pie diabético, ya que esta actividad era realizada formalmente solo por la enfermera. Este cambio se realizó para mejorar la cobertura de la evaluación del pie diabético y así mejorar la detección oportuna de complicaciones y que nuestros usuarios tengan un pronóstico mejor.

Lo que se espera para el año 2014

Para el año 2014 se espera:

Mejorar el registro en el sistema informático RAYEN en los controles del PSCV, de tal manera de avanzar en calidad de registro.

Afianzar la participación del médico en la evaluación del pie diabético, para mantener una cobertura por sobre el 90%, ya que en conjunto con la enfermera se puede lograr mejores resultados, ayudando de esa manera a detectar a tiempo complicaciones del pie diabético.

Se espera que implementar adecuadamente las consejerías breves en la cesación del consumo del tabaco, por todos los profesionales del equipo cardiovascular, en la población que asiste a los controles del programa, manteniendo además una comunicación adecuada con los profesionales de la sala ERA para derivación de los casos que así lo ameriten.

Mantener funcionando el modelo de cuidados crónicos en los 2 centros de la comuna, con los proyectos que han ideado, realizando las evaluaciones, para poder implementar el más efectivo.

Continuar con la insulización de los pacientes diabéticos descompensados en la comuna.

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES, CICLO VITAL DEL ADULTO DE 20 A 64 AÑOS

Actividades de Promoción en el Programa cardiovascular

Se realizarán actividades de promoción en salud orientada a las personas de 20 a 64 años a través de:

- Talleres educativos sobre Estilos de Vida Saludable a 2 grupos de la comunidad.
- Consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular
- Exhibición de DVD educativos en la sala de espera de un centro de salud de la comuna.

Actividades de Prevención en el Programa Cardiovascular

Las actividades preventivas están orientadas a detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad, a través de:

- Examen de Medicina Preventiva orientado al grupo de hombres entre 45 a 64 años y mujeres de 20 a 44 años, aumentando en un 15% la cobertura de ambos grupos.
- Se aumentará el número de usuarios que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular, particularmente hombres, aumentando en un 10% la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.
- Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 20 y más años bajo control, con antecedentes de IAM o enfermedad cerebrovascular, aumentando a 100% la cobertura de personas en tratamiento con aspirina y estatinas en este grupo de pacientes.
- Se establecerá línea de base de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados que reciben evaluación en APS, dentro de los primeros 3 meses post alta.
- Se continuará realizando el Programa Vida Sana en adultos de 20 a 45 años esperando que el 50% de los participantes logre una baja de un 5% de su peso inicial al término de la intervención y que un 60 % de ellos mejoren su condición física.
- Se espera que el 100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas del PSCV hayan sido clasificadas según la etapa de la Enfermedad Renal crónica.
- Se aumentará la cobertura de hipertensión arterial y diabetes en el grupo de personas de 20 a 64 años a través de la realización del Examen de Medicina Preventiva (EMP). (10% y 5% respectivamente)
- Se espera aumentar en un 15%, respecto al año 2013, el número de personas entre 20 y 64 años no diabéticas con riesgo cardiovascular alto y muy alto, bajando a menos de 100mg/dl su colesterol LDL.
- Se intensificará la realización de la Evaluación del pie diabético en las personas diabéticas bajo control a fin de disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en estos pacientes, aumentando en un 5% la meta del año 2013. Para esto se continuará con la participación del médico en esta actividad, además de la enfermera.

Además se reforzará la curación avanzada de heridas en todos los pacientes que presentan úlceras activas del pie diabético por enfermera.

- Se mantendrá la pesquisa de tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presentan síntomas respiratorios sugerentes de TBC, en los controles del PSCV.

Actividades de tratamiento en el programa cardiovascular

Las actividades de tratamiento están orientadas a mejorar la compensación en los pacientes bajo control del programa cardiovascular, para lo cual se espera:

- Mantener la cobertura efectiva de personas hipertensas y diabéticas entre 20 y 64 años en un 3% y 2% respectivamente a través de la realización del control de salud cardiovascular y el taller de ejercicio físico.
- Se continuará evaluando la calidad de la atención a las personas diabéticas de 20 a 64 años a través del formulario Qualidiab propuesto por el MINSAL, logrando una meta de 60% de cobertura.
- Se espera aumentar en un 10% el logro de un colesterol LDL bajo 100mg/dl, en los pacientes no diabéticos, de riesgo cardiovascular alto y muy alto.
- Se reforzará la referencia a fondo de ojo de los pacientes diabéticos bajo control, con el objeto de lograr un aumento de un 20% de cobertura respecto al año anterior.
- Se iniciará la actividad de visita domiciliaria integral a pacientes diabéticos descompensados que no mejoren su nivel de compensación en un plazo de 6 meses.

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES, CICLO VITAL ADULTO MAYOR

Actividades de Promoción en el Programa cardiovascular

Se realizarán actividades de promoción en salud orientada a las personas de 65 y más años, con el objetivo de promover el autocuidado, fomentar la disminución y abstinencia del consumo del tabaco y entregarles información acerca de patologías cardiovasculares, a través de:

- Talleres de estilos de vida saludable a un club de adultos mayores de cada sector de la comuna, en coordinación con la encargada del programa del adulto mayor de la comuna.
- Consejería breve anti tabáquica en los controles del programa cardiovascular, del adulto mayor.
- Exhibición de DVD educativos en la sala de espera de un centro de salud de la comuna.

Actividades de Prevención en el Programa Cardiovascular

Las actividades preventivas están orientadas a detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad, a través de:

- La detección oportuna de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV, a través de la aplicación de la “Pauta de detección de la Enfermedad Renal crónica” a las personas de 65 y más años en el control cardiovascular, para lo cual se espera una cobertura del 100%.
- La prevención de la progresión de la enfermedad renal crónica en las personas mayores de 65 años del PSCV que presenten microalbuminuria (RAC > 0 = a 30mg/grs), a través del tratamiento del 100% de estos pacientes con IECA o ARA II.
- La reducción en el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular, a través del control cardiovascular, aumentando a 100% la cobertura de estas personas, en tratamiento con AAS y estatinas.
- Se mantendrá la pesquisa de tuberculosis en las personas de 65 y más años que presenten síntomas respiratorios sugerentes de TBC, en los controles del PSCV.
- Se aumentará la cobertura de hipertensión arterial y diabetes en el grupo de personas de 65 y más años a través de la realización del EMPAM, consulta de morbilidad u otros. (10% y 5% respectivamente, en relación al año anterior).
- Se establecerá línea de base de pacientes adultos mayores con ACV o IAM hospitalizados que reciben evaluación en APS, dentro de los primeros 3 meses post alta.
- Se intensificará la realización de la Evaluación del pie diabético en las personas diabéticas mayores de 65 años bajo control, a fin de disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en estos pacientes, aumentando en un 5% la meta del año 2013. Para esto se continuará con la participación del médico en esta actividad, además de la enfermera.
Además se reforzará la curación avanzada de heridas en todos los pacientes que presentan úlceras activas del pie diabético por enfermera.

Actividades de tratamiento en el programa cardiovascular

Las actividades de tratamiento están orientadas a mejorar la compensación en los pacientes bajo control del programa cardiovascular, para lo cual se espera:

- Aumentar la cobertura efectiva de adultos mayores hipertensos con una presión arterial menor a 140/90 mmHg en el último control en un 3% con respecto al año anterior, a través de la realización del control de salud cardiovascular y el taller de ejercicio físico.
- Aumentar la cobertura efectiva de adultos mayores diabéticos con HbA1c <7% en el último control en un 2%, con respecto al año anterior y aumentando a lo menos

en un 10% las personas con diabetes y riesgo CV alto y muy alto con HbA1c <7% y PA<130/80 a través de la realización del control de salud cardiovascular y el taller de ejercicio físico.

- Mejorar la calidad de la atención de las personas mayores de 65 años diabéticas bajo control en el PSCV, por medio de:
 - La detección de las personas con riesgo de ulceración o amputación del pie, aplicando la pauta de evaluación y clasificación de riesgo del pie diabético al menos una vez al año en el 100% de los diabéticos bajo control.
 - Del manejo avanzado de úlceras activas en los adultos mayores diabéticos, alcanzando al 80% de cobertura.
 - Y de la realización del Fondo de ojo a los 6 meses desde el ingreso al PSCV al menos al 80% de los ingresos, en personas mayores de 65 años.
- Evaluar la calidad de la atención a las personas diabéticas mayores de 65 años a través del formulario Qualidiab propuesto por el MINSAL, logrando una meta de 60% de cobertura.
- Intensificar el control de las personas no diabéticas de riesgo CV Alto y Muy Alto, logrando aumentar en un 10% la obtención de cifras P/A <140/90 mmHg y colesterol LDL bajo 100mg/dl, con respecto al año anterior.
- Iniciar la actividad de visita domiciliaria a pacientes adultos mayores, diabéticos descompensados, que no mejoren su nivel de compensación en un plazo de 6 meses.

TALLERES EN EL AREA DE PROMOCIÓN PSCV

Carta Gantt sesiones educativas a mujeres participantes de talleres municipales de actividad física, comunal.

Actividad	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Contacto con encargado de talleres	Encargado PSCV				X								
Diseño sesión educativa	Nutricionista					X							
Ejecución del taller	Nutricionista									X	X		
Evaluación	Nutricionista											X	

Carta Gantt taller educativo a participantes huertos saludables de la comuna de Pirque

Actividad	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Contacto con encargado de talleres	Encargado PSCV				X								
Diseño sesión educativa	Nutricionista					X							
Ejecución del taller	Nutricionista									X	X		
Evaluación	Nutricionista											X	

Carta Gantt taller autocuidado del adulto mayor en la comuna de Pirque

Actividad	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Contacto con Club adulto mayor	Encargada Programa adulto mayor				X								
Diseño sesiones educativas	Kinesióloga Nutricionista Asistente social					X							
Ejecución del taller	Kinesióloga Nutricionista Asistente social									X	X	X	
Evaluación	Kinesióloga Nutricionista Asistente social												X

Cálculo de horas anuales por talleres PSCV año 2014, en el área de Promoción, comuna de Pirque.

Talleres	Recurso humano	Hrs Diseño	Evaluación			Evaluación	Horas anuales
			Nº de talleres	Nº sesiones	Duración sesiones		
Mujeres de taller act. Física municipales	Nutricionista	5	2	3	1	2	14
Taller a participantes huertos saludables	Nutricionista	5	1	2	1	1	8
Taller alimentación saludable adultos mayores	Kinesióloga	5	2	1	2	2	11
	Nutricionista	5	2	1	2	2	11
	Asistente social	5	2	1	2	2	11

TALLERES EN EL AREA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO PSCV

Carta Gantt talleres de acogida a pacientes con diagnóstico reciente de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, en CESFAM José Manuel Balmaceda y CRS El Principal

Actividad	Responsable	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño sesión educativa	Nutricionista Enfermera Psicólogo		X			X							
Ejecución del taller	Nutricionista Enfermera Psicólogo			X		X		X		X		X	
Evaluación	Nutricionista Enfermera Psicólogo												X

Cálculo de horas anuales por talleres PSCV año 2014, en el área de Prevención y tratamiento CESFAM José Manuel Balmaceda

Talleres	Recurso humano	Hrs Diseño	Evaluación			Evaluación	Horas anuales
			Nº de talleres	Nº sesiones	Duración sesiones		
Taller acogida Diabetes mellitus	Nutricionista	5	4	1	1	1	10
	Psicólogo	5	4	1	1	1	10
	TENS	5	4	1	1	1	10
Taller acogida HTA	Enfermera	5	4	1	1	1	10
	Psicólogo	5	4	1	1	1	10
	TENS	5	4	1	1	1	10
Taller ejercicio físico PSCV	Profesor Ed. Física	0	16 (8 semestrales)	40	1	2	642

Cálculo de horas anuales por talleres PSCV año 2014, en el área de Prevención y tratamiento CRS El Principal.

Talleres	Recurso humano	Hrs Diseño	Evaluación			Evaluación	Horas anuales
			Nº de talleres	Nº sesiones	Duración sesiones		
Taller acogida Diabetes mellitus	Nutricionista	5	4	1	1	1	10
	Psicólogo	5	4	1	1	1	10
	TENS	5	4	1	1	1	10
Taller acogida HTA	Enfermera	5	4	1	1	1	10
	Psicólogo	5	4	1	1	1	10
	TENS	5	4	1	1	1	10
Taller ejercicio físico PSCV	Profesor Ed. Física	0	16 (8 semestrales)	40	1	2	642

Programa Odontológico

Salud de las personas adultas

-50% de cobertura en altas odontológicas integrales en adultos de 60 años

Como se mencionó anteriormente, la contratación de los dos nuevos odontólogos en horario de extensión, tiene como propósito mejorar la cobertura en este grupo objetivo, si bien, no constituyen prioridad en los objetivos estratégicos, como gestores no podemos ver como la salud bucal de nuestros usuarios se sigue deteriorando, conociendo además la gran lista de espera que existe actualmente en el CDT, como para realizar tratamientos de mayor complejidad, es por ello que en estos grupos las atenciones se encuentran más focalizadas en tratamiento y rehabilitación, dentro del marco que los programas de reforzamiento junto a sus cupos nos permitan ampliar coberturas en los distintos segmentos.

Enfermedades Respiratorias

Programa nacional que enfrenta las patologías respiratorias del adulto de mayor prevalencia como lo son el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y Asma, con acciones coordinadas entre los 3 niveles de atención por lo que es ejecutado tanto en los Hospitales como en los Establecimientos de Salud Primaria de nuestra red asistencial. Su objetivo principal es reducir la mortalidad y la letalidad de las ERA en Chile como mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Comuna de Pirque

En esta área podemos afirmar lo siguiente:

_Incorporación estable de Médico en Programa ERA.

_Cumplimiento en la demanda de atención de patología respiratoria aguda tanto primera atención como seguimiento hasta su resolución.

_Mantención en la continuidad de controles crónicos respiratorios adultos durante todo el año, aún en período de Campaña de Invierno.

_Pesquisa y consejería breve a adultos tabáquicos.

_Realización de exámenes funcionales requeridos en esta población (Espirometrías, flujometría, test de marcha).

_Contención de demanda de Urgencia Respiratoria en Adulto que favoreció la disminución en la presión asistencial médica.

_Atención abierta y continua de Sala ERA.

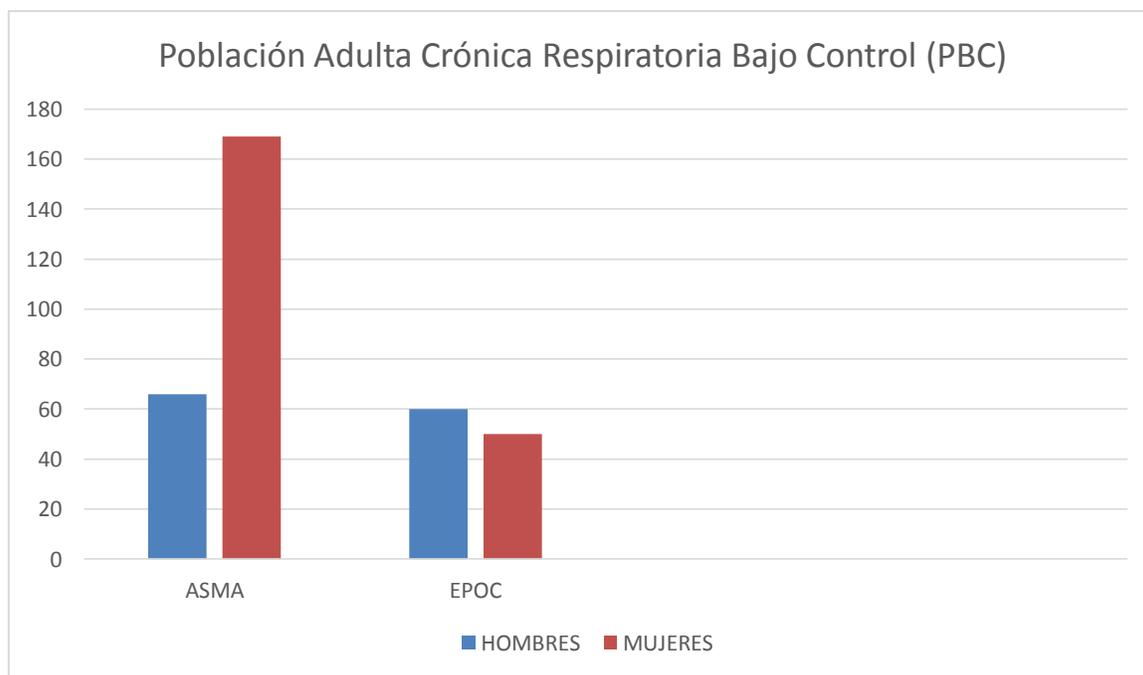
_Cobertura de atención kinesiológica ERA en S.U.R. (Servicio Urgencia Rural) hasta 22 de Septiembre 2013, inclusive.

_ Visitas Domiciliarias periódicas a pacientes Postrados cursando enfermedad respiratoria aguda y/o reagudización de patología respiratoria crónica .

_Protocolos y Guías de EPOC-Asma y NAC están disponibles en todos los box de atención, accesibles a todo personal que lo requiera.

_Integración paulatina de Programa de Rehabilitación Pulmonar de pacientes EPOC, en control Sala ERA. Inicialmente trabajo individual con proyecciones de trabajo grupal.

Buscamos incorporar Programa Piloto de Control y Tratamiento del tabaquismo en pacientes EPOC bajo control Sala ERA, ya que contamos con profesional capacitado en la temática y apoyo de Coordinador a nivel SSMSO.



CARTA GANTT TALLERES ERA 2014

TALLER	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Daños que provoca el Tabaco							X	X	X	X

Daños que provoca el tabaco

	Taller I	Taller II	Taller III	Taller IV
Diseño	5 Horas RRHH	0	0	0
Ejecución	2 Horas RRHH	2 Horas	2 Horas	2 Horas
Evaluación	3 Horas RRHH	3 Horas	3 Horas	3 Horas
TOTAL HORAS	10 Horas RRHH	5 Horas RRHH	5 Horas RRHH	5 Horas RRHH

CICLO VITAL ADULTO MAYOR

Situación de la Población Adulta Mayor.

Nuestro país se encuentra viviendo un proceso de transición epidemiológica, presenta un progresivo y sostenido envejecimiento de la población.

El envejecimiento es un proceso normal, pero dentro del contexto de necesidades de este grupo, se encuentra la demanda específica para su atención de salud, debido a que se enferman más, las enfermedades tienen una forma de presentación propia, un alto porcentaje presenta enfermedades de carácter crónico degenerativo que favorecen uno de los mayores riesgos de complicación al no ser tratados de forma oportuna y adecuada, la invalidez física, psíquica y social.

Definición del Programa Adulto Mayor.

El Programa Adulto mayor abarca a la población usuaria de mayores de 65 años inscritos en los diferentes centros de la comuna.

El objetivo del programa es contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la comuna, entregándoles una atención oportuna, integral, de calidad y con énfasis en la promoción, prevención y curación en un enfoque de Salud familiar y comunitario.

Un examen que constituye un instrumento de screening y que nos permiten pesquisar tempranamente la pérdida de funcionalidad, identificar y controlar los factores de riesgo de la pérdida de la funcionalidad y elaborar estrategias de intervención por el equipo de salud, es el examen de medicina preventiva (EMPAM).

El grado de dependencia del adulto mayor con factores de riesgo detectados en el EMPAM es una herramienta útil para la detección y derivación oportuna de usuarios que necesiten de la derivación al Programa de Dependientes.

Dentro de las prioridades establecidas esta darle solución a las demandas que surgen de la evaluación de los mayores de 65 años con una serie de actividades y beneficios que se brindan en los Consultorios y Postas como:

- Aplicación de Examen Medicina Preventiva del adulto mayor (EMPAM).
- Control por médico y Kinesiólogas a los pacientes con artrosis leve y moderada.

- Atención Podológica si el paciente es diabético o presenta algún grado de dificultad que impida la adecuada marcha y estabilidad derivada de problema podológico.
- Beneficios entregados en Programa Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).
- Ortesis o ayudas técnicas para los mayores de 65 años.
- Lentes por presbicia, para los usuarios de más de 65 años.
- Evaluación por Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
- Vacunación neumocócica, está a disposición de la población beneficiaria de 65 años.
- Taller de prevención de caídas para aquellos a que se les detecto riesgo de caída detectada en el EMPAM.
- Programa de dependientes, este programa es transversal, pero sin duda, la mayor concentración de pacientes se encuentra en este tramo de edad. Se brinda apoyo al paciente, familia y cuidador(a).

Población bajo control Adulto Mayor Comunal:

La población bajo control en el Programa del Adulto Mayor a Junio 2013 es de 979, de los cuales el 45,6% (447), corresponde a hombres, y el 54,3% (532) a mujeres.

CLASIFICACION	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Autovalentes	682 (69,6%)	322 (47,2%)	360 (52,7%)
Riesgo de dependencia	74 (7,5%)	32 (43,2%)	42 (56,7%)
Dependientes Leves	114 (11,6%)	48 (42,1%)	66 (57,9%)
Dependientes Moderados	96 (9,8%)	37 (38,5%)	59 (31,4%)
Dependiente Graves y totales (postrados)	26 (2,6%)	19 (73%)	7 (27%)

Los pacientes dependientes leves presentan síntomas o secuelas que les generan alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria sin comprometer su independencia ni requerir el apoyo de terceros (17,4% Realidad Nacional).

Los pacientes dependientes moderados presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a necesitar apoyo en actividades básicas de autocuidado (11% Realidad Nacional).

Los pacientes dependientes totales (postrados) ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de actividades cotidianas, dependiendo del apoyo y/o cuidados de una tercera persona (10,7% Realidad Nacional). (Senama, 2007)

Análisis de los logros año 2013:

- La gran mayoría de los EMPAM fueron realizados por Kinesiólogas, dado el déficit de horas Enfermera.
- Para mejorar cobertura de EMPAM se capacitaron a 1 Nutricionista, 1 Enfermera y 1 Kinesióloga de apoyo, las que además pueden apoyar en horarios de extensión, además se utilizó el recurso de los internos de la carrera de Enfermería, para que se capaciten en la atención.
- En relación al año 2012 hemos mantenido el porcentaje de AM autovalentes en un 70% de la población bajo control, por ello se seguirán con la meta de mantener o mejorar la independencia de nuestros usuarios, por ello la importancia del trabajo con los grupos de AM y la educación control a control.
- Se realizó apoyo para la vacunación de la neumonía en los pacientes de 65 años realizando vacunaciones en terreno en 3 clubes de adulto mayor.
- Se mantuvo activo el diario mural del Consultorio El Principal con información en autocuidado para los adultos mayores.
- Se realizaron charlas educativas en 4 clubes de adultos mayores.
- En los clubes visitados se realizaron también EMPAM en terreno.
- Se planteó mantener un seguimiento de los pacientes con daño neurológico y con artrosis pertenecientes al Programa de Dependientes. Esto se logró ya que la gran mayoría de los pacientes han tenido por lo menos 2 visitas al año por Kinesióloga.
- Se protegieron horas de exámenes en domicilio durante periodo de invierno para casos de adultos mayores con problemas de movilidad sin pertenecer al Programa de dependientes.

Análisis de las brechas del año 2013:

- No se ha logrado asignación de horas médicas exclusivas para Adulto Mayor, que corresponden tanto a control de crónicos como pacientes sanos.

- Hubo una disminución en la cantidad de usuarios que retiran el PACAM, de un 83% en el 2012 a un 75,4% durante el 2013.
- No se ha logrado mejorar la cobertura en la vacuna neumococica polivalente de los 65 años, este año hay una cobertura de un 16,8% (de 220 se vacunaron 37 AM)
- No se cuenta con sala de Rehabilitación en la comuna, con la que podríamos entregar tratamiento a pacientes con patologías osteomusculares.
- Los problemas por malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) que en nuestra población bajo control han ido en aumento de un 43.7 % el año 2012 se incrementó a un 47% durante el 2013. Esto debido al alto número de pacientes con sedentarismo.

METAS 2014:

- Trabajo con equipo de Salud Mental en Taller de trastorno cognitivo incluyendo así a adultos mayores con observación de deterioro cognitivo detectado en el EMPAM.
- Trabajo con equipo de cardiovascular, Sala IRA y Salud Mental para intervenir en pacientes tabáquicos.
- Trabajar con SOME y Directoras de centros para proteger horas medico crónico para pacientes AM con riesgo, ya sea por movilidad, sin redes de apoyo o analfabetismo.
- Se realizaran intervenciones con el equipo de Dental para elaborar material educativo para el adulto mayor y Dentista realizara una visita a clubes de adultos para realizar un operativo informativo.
- Fortalecer el trabajo con programa de PACAM para mantener o aumentar la cobertura de AM que retiran el beneficio del alimento.
- Mantener o aumentar la cobertura de la vacuna neumococica en los adultos mayores de 65 años.
- Trabajar en mejorar la derivación a Sala ERA de los AM sintomáticos respiratorios, tanto en morbilidad como SUR.
- Se está trabajando con el equipo de Promoción para realizar intervenciones en conjunto con ellos y con FOFAM.

Definición del Programa ERA en Adulto Mayor.

Programa nacional que abarca las patologías respiratorias del adulto y adulto mayor con más prevalencia como lo son el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), Asma y las Neumonías. Su objetivo principal es reducir la mortalidad y la letalidad de las Enfermedades Respiratorias en el Adulto y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Dentro de las prioridades esta mantener la solución de las demandas que surgen de la evaluación y control de los mayores de 65 años se encuentran las siguientes actividades programadas para este grupo que se brindan en los Consultorios y Postas tales como:

- Control por Kinesiólogas de las Neumonías en los mayores de 65 años hasta su resolución.
- Campaña de vacunación contra la Influenza, que tiene como finalidad vacunar a todos los mayores de 65 años.
- Ingreso y controles periódicos a pacientes con diagnóstico de Asma a la Sala ERA.
- Ingreso y controles periódicos a pacientes con diagnóstico de EPOC a la Sala ERA.
- Ingreso y controles periódicos a los pacientes con diagnóstico de Limitación Crónica del Flujo Aéreo (LCFA), donde se incluyen secuelas de TBC, Silicosis e Insuficiencias Respiratorias a la Sala ERA.
- Evaluación de todo paciente con tos crónica y persistente para descartar una Enfermedad Respiratoria crónica.
- Examen funcional para diagnosticar o descartar una patología respiratoria crónica y para los tabáquicos.
- Exámenes imagenológicos para diagnosticar o descartar una patología respiratoria crónica.
- Educación a todo paciente tabáquico.
- Intervención en crisis respiratoria en todo paciente perteneciente a la Sala ERA.

Población bajo control Adulto Mayor ERA.

La población bajo control en el Programa ERA y que corresponden a adulto mayores son:

POSTA
PUNTILLA

PROGRAMAS	TOTAL			65-69		70 y más años	
	TOTAL	Hombre	Mujere	Hombre	Mujere	Hombre	Mujere
	L	s	s	s	s	s	s
ASMA BRONQUIAL	1	1	0			1	
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	8	4	4	1		3	4

CESFAM BALMACEDA

PROGRAMAS	TOTAL			65-69		70 y más años	
	TOTAL	Hombre	Mujere	Hombre	Mujere	Hombre	Mujere
	L	s	s	s	s	s	s
ASMA BRONQUIAL	22	6	16	2	6	4	10
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	36	15	21	3	3	12	9

CONSULTORIO PRINCIPAL

PROGRAMAS	TOTAL			65-69		70 y más años	
	TOTAL	Hombre	Mujere	Hombre	Mujere	Hombre	Mujere
	L	s	s	s	s	s	s
ASMA BRONQUIAL	37	12	25	0	6	12	19
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	54	33	21	6	3	27	18

Análisis de los logros ERA año 2013:

- Cumplimiento en la demanda de atención de patología respiratoria aguda en el adulto mayor, tanto primera atención como seguimiento hasta su resolución.
- Mantenimiento en la continuidad de controles crónicos respiratorios adultos durante todo el año, aún en período de Campaña de Invierno.
- Pesquisa y consejería breve a adultos mayores tabáquicos.
- Realización de exámenes funcionales requeridos en esta población (Espirometrías, flujometría, test de marcha).
- Cobertura exitosa de vacunación para la Influenza en mayores de 65 años.
- Contención de demanda de Urgencia Respiratoria en Adulto que favoreció la disminución en la presión asistencial médica.
- Visitas Domiciliarias periódicas a adultos mayores Postrados cursando enfermedad respiratoria aguda y/o reagudización de patología respiratoria crónica.
- Protocolos y Guías de EPOC-Asma y NAC están disponibles en todos los box de atención, accesibles a todo personal que lo requiera.

Análisis de las brechas ERA del año 2013:

- Las enfermedades respiratorias crónicas, mantienen una cobertura comunal baja, en comparación a la realidad nacional, puede deberse a un subdiagnóstico de esta patología, sobretodo en relación al EPOC. EPOC: 3% (cobertura nacional 9%), ASMA: 2,5% (cobertura nacional 5%). Cobertura por controles: 74%
- Baja derivación de morbilidad y SUR a Sala ERA.

METAS ERA 2014:

- Integración paulatina de Programa de Rehabilitación Pulmonar de pacientes EPOC, en control Sala ERA. Inicialmente trabajo individual con proyecciones de trabajo grupal.
- Incorporar Programa Piloto de Control y Tratamiento del tabaquismo en pacientes EPOC bajo control Sala ERA.

Orientaciones Programáticas:

ACTIVIDADES	ESTRATEGIAS
Promover el envejecimiento activo y autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener actualizado el diario mural de los centros • Reuniones en clubes de adulto mayor para difundir prácticas de educación y autocuidado. • Consejería de cualquier profesional cada vez que lo amerite • Incentivar la integración a grupos de participación social. • Trabajar con los clubes de adulto mayor implementando actividades recreativas o educativas en temas que les interese. • Capacitación continua a todos los profesionales en conceptos básicos de Geriatría • Promoción del mes del Adulto mayor en Octubre • Derivación a PAP o Mamografía según amerite
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMPAM	<ul style="list-style-type: none"> • Rescate de pacientes sin el EMPAM • Derivación de cualquier profesional o administrativo al examen. • Información a los usuarios en diario mural.
Aumentar la cobertura de la vacuna neumococica polisacarida 23 valente en los usuarios de 65 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la derivación por todos los integrantes del equipo de salud • Derivación inmediata al momento de la inscripción o traslado, o en el primer control. • Rescate telefónico para los de 65 años. • Visitas en terreno a clubes de adulto mayor
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	<ul style="list-style-type: none"> • Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. • Rescate telefónico para entrega de alimentos PACAM. • Derivación por cualquier profesional a EMPAM para iniciar o reiniciar el retiro.
Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios del adulto. • Entrega de información del tabaco en las consejerías
Mejorar la pesquisa de TBC en los mayores de 65 años	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar baciloscopia en los pacientes asistentes al SUR • Realizar examen a los pacientes de la Sala ERA que presentes tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de 3 episodios al año por 10 días.

Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la derivación desde morbilidad o urgencia. • Aumentar la pesquisa por parte de cualquier profesional. • Realización de exámenes diagnósticos (espirometría) en sintomático respiratorio por más de 15 días.
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.	<ul style="list-style-type: none"> • Categorizar a los pacientes de la Sala ERA mayores de 65 años usando la espirometría y la clínica. • Capacitación continua y actualizaciones a los profesionales de la Sala
Mejorar la calidad de atención y la cobertura en los usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	<ul style="list-style-type: none"> • Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica urgente por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años y dentro de 48 horas en caso de no ser urgente.
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 años y más	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.
Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar. • Realizar visitas a pacientes dependientes que estén cursando Neumonías.
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la pesquisa de sintomáticos respiratorios. • Realizar espirometrías sin tiempos de espera • Solicitar exámenes radiológicos cuando corresponde.

Actividades Programa Adulto Mayor:

1. EMPAM autovalentes con riesgo, riesgo de dependencia y dependientes leves.

- Universo: 1866
- Cobertura: 41%
- Concentración: 2
- Meta anual de actividades: 82
- Rendimiento: 1
- Hrs/año: 82 hrs/año

- Recurso Humano: Kinesióloga, Enfermera, Nutricionista
- Periodo de ejecución: 48 semanas
- Horas/semana: 1,7 hrs./semanales

2. EMPAM autovalentes sin riesgo

- Universo: 1866
- Cobertura: 41%
- Concentración: 1
- Meta anual de actividades: 41
- Rendimiento: 2
- Hrs/año: 20,5
- Recurso Humano: Kinesióloga, Enfermera, Nutricionista
- Periodo de ejecución: 48 semanas
- Horas/semana: 0,4 hrs/semanales

3. Espirometrías población bajo control:

- Universo: Población total 332
- Cobertura: 75%
- Concentración: 1
- Meta anual de actividades: 75
- Rendimiento: 1
- Hrs/año: 75
- Recurso Humano: Kinesióloga
- Periodo de ejecución: 48 semanas
- Horas/semana: 1,5 hrs/semanales

4. Rehabilitación pulmonar pacientes EPOC:

- Universo: Población total 98
- Cobertura: 15%
- Concentración: 1
- Meta anual de actividades: 15
- Rendimiento: 1
- Hrs/año: 15

- Recurso Humano: Kinesióloga
- Periodo de ejecución: 48 semanas
- Horas/semana: 0,3 hrs/semanales

5. Test de marcha:

- Universo: Población total 98
- Cobertura: 20%
- Concentración: 1
- Meta anual de actividades: 20
- Rendimiento: 1
- Hrs/año: 20
- Recurso Humano: Kinesióloga
- Periodo de ejecución: 48 semanas
- Horas/semana: 0,4 hrs/semanales

Talleres:

1. Taller de prevención de caídas:

Nº	Tarea	Responsable	(semanas)	semana 1	semana 2	semana 3	semana 4	semana 5	semana 6	semana 7	semana 8	semana 9	semana 10
1	Detección de pacientes en riesgo	Klga / Enfermera / Nutricionista	52										
2	Selección de AM con riesgo de caída	Klga	1										
3	Inscribir a los participantes del taller	Klga / SOME	1										
4	Realización del taller	Klga / Prof. Educación Física	8										

2. Charla educativa en Clubes de Adulto mayor

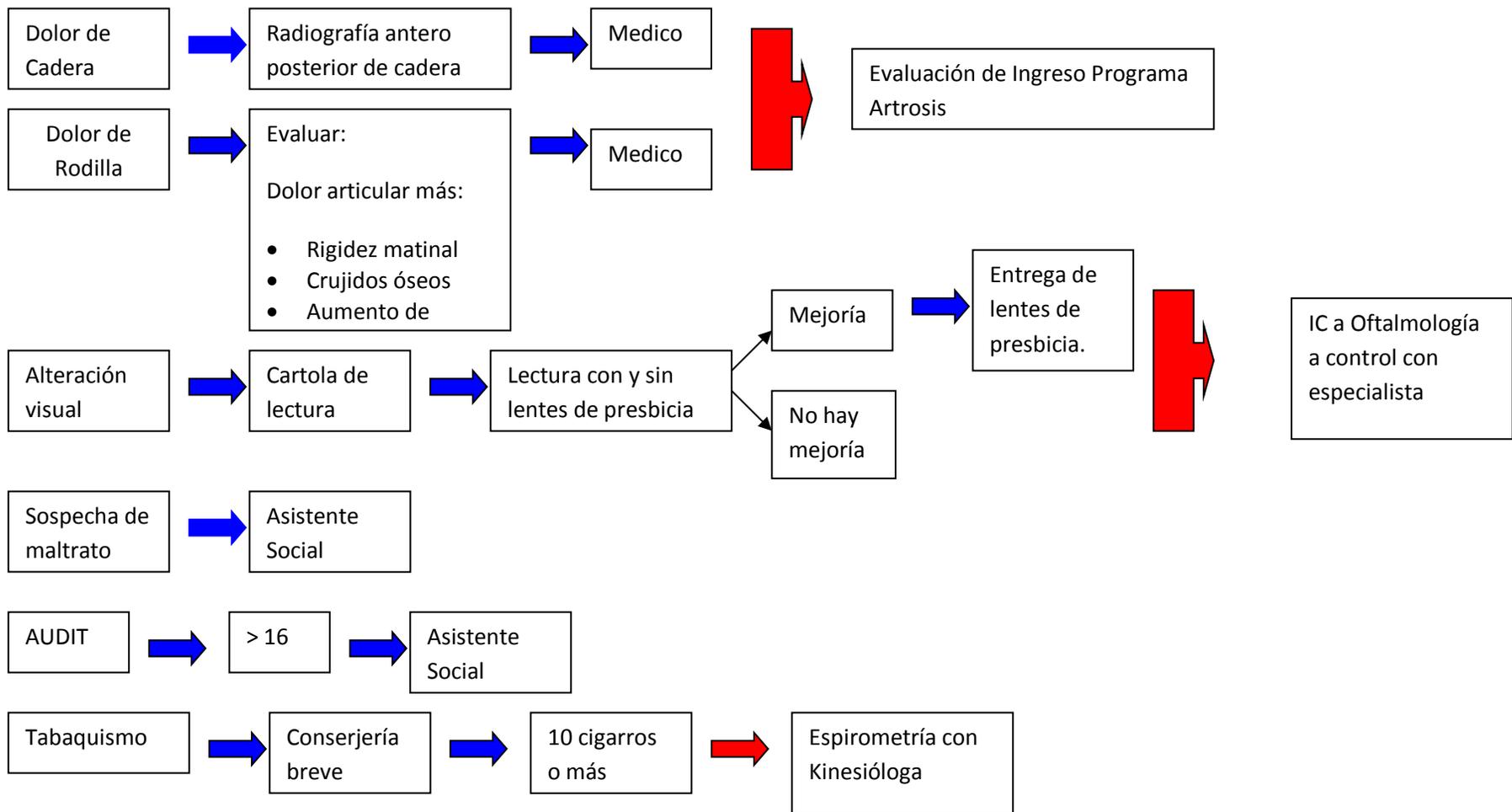
Nº	Tarea	Responsable	(semanas)	semana 1	semana 2	semana 3	semana 4	semana 5
1	Selección de los Clubes de adulto mayor y los temas a presentar	Encargada Programa Adulto Mayor	1					
2	Contacto con el presidente(ta) del club para coordinación	Encargada Programa Adulto Mayor	1					
3	Contacto con el encargado del taller para disponibilidad	Encargada Programa Adulto Mayor	1					
4	Planificación del taller	Profesional atingente al tema	1					
5	Realización del taller	Profesional designado	1					

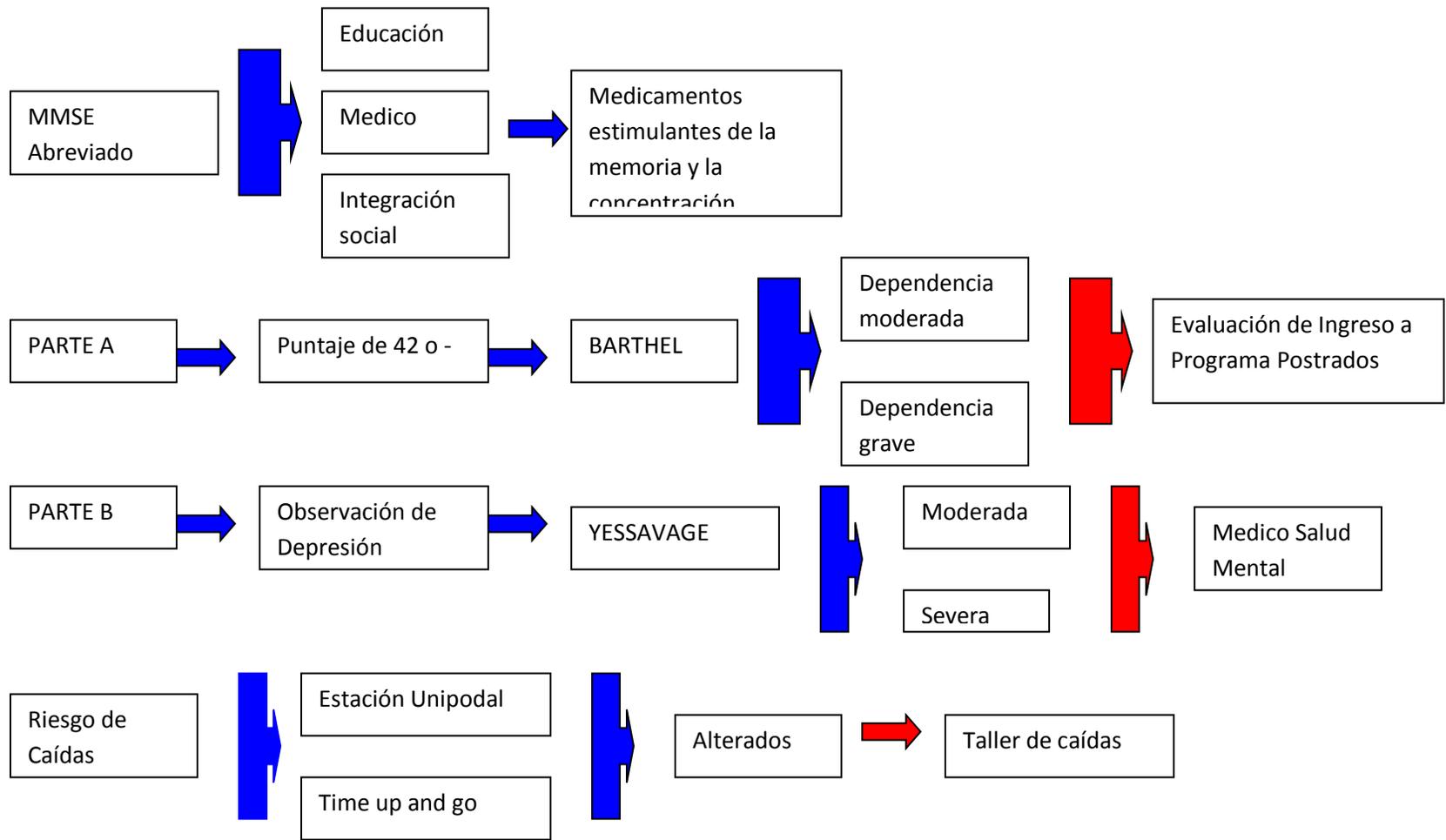
3. Talleres de educación a pacientes crónicos pertenecientes a la Sala ERA:

Nº	Tarea	Responsable	(semanas)	semana 1	semana 2	semana 3
1	Ingreso de pacientes a Sala ERA	Medico ERA	52			
2	Selección de pacientes	Kinesióloga	1			
3	Citación de los participantes del taller	Kinesióloga	1			
4	Realización del taller	Kinesióloga	1			

NOMBRE	DISEÑO (Nº hrs.)	EJECUCION				Población	EVALUACION (Nº hrs.)
		Nº total taller	Nº sesiones	Duración sesiones	hrs./año		
Taller de prevención de caídas	5	6	16	1	96	pacientes con riesgo de caída detectado en el EMPAM	3
Charla educativa en Clubes de Adulto mayor	5	20	2	1	40	asistentes al Club de Adulto mayor	4
Talleres de educación a pacientes crónicos pertenecientes a Sala ERA	5	6	1	1	6	pacientes con diagnostico de Asma, EPOC o LCFA	4

FLUJOGRAMA DE DERIVACION AM. EMPAM AM





Programa de pacientes dependientes y postrados comuna de Pirque

DEFINICION DE POSTRACION:

“Disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” **OMS.1980**

“Incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria” **Barthel**

Los **objetivos específicos** del programa son:

- I. Atender de manera integral a personas que presentan Discapacidad severa considerando las necesidades psicosociales del paciente y su familia
- II. Entregar a cuidadores y familia las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con Discapacidad severa.
- III. Reconocer el trabajo de los cuidadores de las personas con discapacidad severa ,entregándoles capacitación y apoyo monetario si cumplen con los criterios de inclusión
- IV. Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado
- V. Mantener registro actualizado de las personas con discapacidad severa en la página Web del MINSAL.

La prevalencia en Chile de Discapacidad Severa o postración es 4.3%: 0,3 % menores de 60 años y 4% mayores de 60 años.

Análisis del programa

Sin duda alguna el programa de postrados que parte en esta comuna el año 2007, es un programa demandante que representa un alto costo en recursos humanos y de logística debido al equipo multiprofesional que lo compone, el requerimiento de horas de los cuales hace uso y de la necesidad de contar con una amplia gama de insumos clínicos y médicos sin dejar de enumerar la movilización. La demanda a este programa por parte

de los usuarios produce mantener permanentemente un grupo humano con una dinámica de trabajo muy alta, motivado y capacitado en la temática.

Este programa ha trabajado durante el año 2013, reformulando la estrategia de conformación del equipo humano que lo compone, se realizó en mayo de este año una sectorización del equipo estableciendo una enfermera que dirigiera el equipo en forma sectorial quedando sector concha y toro, postas de Puntilla, San Vicente y Lo Arcaya y sector principal, además de designar un encargado comunal del programa esto permite manejar la información de manera más estructura y visualizar los nodos críticos que hasta entonces presentaba el programa, se revisó el criterio de ingreso al programa de los pacientes medidos a través del índice de Barthel de moderados, severos y totales, se hizo aplicación de este índice a los pacientes que no cumplían con el criterio de mantención en el programa y se dieron las altas, también en población que vivía en otras comunas aledañas de manera de priorizar a los pacientes de la comuna de Pirque.

Se cambió la modalidad de trabajo del equipo en referencia a las atenciones domiciliarias, priorizando la concurrencia de un profesional por ronda de manera de resguardar su trabajo y evitar sobre intervención en las familias.

La falencia de una instancia de reunión de equipos cabecera de postrados más notoria en el sector concha y toro, ha impedido hacer una buena gestión de casos e intervenciones a través de visitas domiciliarias planificadas tendientes a mejorar las necesidades detectadas del paciente y familia.

La falta de planificación y las múltiples labores que desempeñan los equipos ha impedido una adecuada implementación de los Talleres a cuidadores, instancia valiosa y por lo demás muy apreciada por las familias, siendo esta una de las prioridades para el próximo año. Aun así los cuidadores siempre reciben educación en domicilio en relación a los cuidados de los pacientes.

A 6 años del inicio del programa de postrados en la comuna de Pirque, la variabilidad de su población bajo control se mantiene. Siendo este un programa que abarca diferentes grupos etareos desde los 9 meses de edad a los 93 años. Con una Población bajo control a octubre del 2013 de 154 pacientes.

PROGRAMACION AÑO 2014

El equipo multidisciplinario mantendrá y generara nuevas actividades para el próximo año, considerando para su labor los:

Derechos de las personas con Dismovilidad

-  *Tengo derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte*
-  *Tengo derecho a mantener una esperanza ,cualquiera sea esta esperanza*
-  *Tengo el derecho de expresar a mi manera mis sufrimientos y mis emociones por lo que respecta a mi estado de Dismovilidad.*
-  *Tengo derecho de obtener la atención del equipo de salud ,incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por los objetivos de confort*
-  *Tengo derecho de no morir solo-aislado-olvidado*
-  *Tengo el derecho de ser librado del dolor*
-  *Tengo derecho de obtener una respuesta honesta ,cualquiera sea mi pregunta*
-  *Tengo el derecho de no ser engañado*
-  *Tengo el derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia*
-  *Tengo el derecho de estar dismovilizado en paz y con dignidad*
-  *Tengo el derecho de conservar mi identidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros*
-  *Tengo el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que intenten comprender mis necesidades y que sean capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome.*
-  *Tengo el derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.*

Modificado de Marcos Gómez Sancho “Manual de síntomas en el enfermo de cáncer”, 1992.

PLANIFICACION DE ACTIVIDADES

- I. **Visita Domiciliaria de ingreso a atención domiciliaria** actividad contemplada para ser realizada por cualquier miembro del equipo, siendo **Atención domiciliaria** el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación **de Discapacidad moderada, severa o total** física y/o psíquica, de

carácter reversible o irreversible, con dificultades para realizar actividades. Para poder calificar al paciente el equipo utiliza el Índice de Barthel. Por otro lado la **Atención de cuidados domiciliarios** es el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de **Discapacidad severa o total**, reversible o irreversible personas en estado terminal, personas con alta hospitalaria precoz, otro que el equipo considere necesario.

La atención domiciliaria comprende:

- ✚ Manejo del dolor
- ✚ Prevención y manejo de escaras
- ✚ Reconocimiento y manejo de infecciones agudas
- ✚ Promoción de actividad física ,rehabilitación motora
- ✚ Soporte nutricional
- ✚ Morbilidad general
- ✚ Apoyo psicosocial del paciente y familia
- ✚ Educación para el autocuidado

II. Visita Domiciliaria Integral (VDI)

Actividad programada realizada en domicilio, y llevada a cabo por dos profesionales (máximo tres), responsable del paciente y la familia a intervenir.

Sus objetivos son:

- ✚ Reforzar el vínculo formado en la primera entrevista
- ✚ Identificar al núcleo familiar (número de integrantes, situación económica-laboral, roles familiares, red de apoyo, aplicar instrumentos de valoración familiar)
- ✚ Identificar factores ambientales(tipo de vivienda, elementos sanitarios, recursos físicos)
- ✚ Realizar examen físico del paciente si se requiere
- ✚ Revisar conceptos trabajados en consejerías de Diagnostico, aclarar dudas y nuevas preguntas.

III. **Otras actividades** que se mantendrá serán:

1. Consulta Podológica en domicilio
2. Vacunación Anti-Influenza y/o Neumococcica
3. Consejerías individuales y/o familiares
4. Taller de capacitación a cuidadores de postrados
5. Se implementará el año 2014 Reuniones mensuales de Equipo de Cabecera; con el fin de abordar los casos de difícil manejo desde una perspectiva multiprofesional, instancia además que permitirá la capacitación en temas atinentes del equipo.

Taller a Cuidadores de Pacientes Dependientes

Cronograma:

TALLER DE CUIDADOS DEL CUIDADOR

Nº	Actividad	Responsable	Duración (semanas)	semana 1	semana 2	semana 3	semana 4	semana 5	semana 6	semana 7	semana 8	semana 9	semana 10
1	Detección de familiar cuidador	Enfermera / Técnico Paramédico Nutricionista/kinesióloga/asistente social/Médico	42										
2	Selección de familiar cuidador	Enfermera / Técnico Paramédico	1										
3	Inscribir a los participantes del taller	Técnico Paramédico	1										
4	Realización del taller	Equipo del programa	8										

Se harán 3 talleres al año (abril, julio, octubre) cada uno de 3 sesiones

Diseño total horas=5

Ejecución = 6 horas cada taller; repetir 3 veces al año =18 horas

Evaluación =1 hora cada sesión 3 horas por cada taller, repetir 3 veces por año =9 horas total.

DISEÑO	ENFERMERA	TENS	
	5 HORAS	5 HORAS	
EJECUCION	ENFERMERA/TENS	NUTRICIONISTA/TENS	PSICOLOGO/ENFERMERA
SESION 1	2 HORAS	2 HORAS	2 HORAS
SESION 2	2 HORAS	2 HORAS	2 HORAS
SESION 3	2 HORAS	2 HORAS	2 HORAS
EVALUACION	ENFERMERA/TENS	NUTRICIONISTA/TENS	PSICOLOGO/ENFERMERA
	1 HORA	1 HORA	1HORA

Programa artrosis

Descripción y epidemiología del problema de salud

Antecedentes

La importancia de la Artrosis u Osteoartritis (OA), radica en su alta frecuencia, las

Molestias que ocasiona a quienes la padecen y el importante deterioro funcional que suele asociarse al compromiso de rodillas y/o caderas.

Magnitud del Problema

La Artrosis u Osteoartritis (OA), es la enfermedad articular más frecuente. Su frecuencia va aumentando con la edad, y en los mayores de 60 años se estima que más del 80% presenta alteraciones radiológicas de OA en al menos una articulación (guía clínica GES 2011).

Prevalencia

A nivel nacional, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud, realizada el año 2003, un 3.8% de la población adulta refiere padecer de artrosis (auto reporte),

Siendo la frecuencia más alta entre las mujeres y mayor en la medida que aumenta la

Edad . Además de tener una alta prevalencia, también es un importante motivo de consulta.

Programa artrosis comuna de Pirque

Población bajo control son 335 y 34 pacientes postrados en la comuna que presentan este diagnóstico, de los cuales 251 son mujeres que representa el 74 % del grupo.

Siendo la localización de rodilla, lo más frecuente con un 83 %.

Logros durante el 2013

- Se cuenta con la función en cada centro de al menos un médico que realice el control de artrosis, y no está centrada la atención en 1 solo medico a nivel comunal.
- Instalación de ficha electrónica rayen para mejor registro
- Realización de una planilla por centro de los usuarios que pertenecen al programa diferenciando los pacientes en leves , moderados y severos .
- Se realizó auditoria y el 100 % de los pacientes con artrosis severas han sido derivados a nivel secundario.

- Controles por separado de aquellos usuarios que corresponden al programa de postrados , asumiendo este equipo la atención integral y en domicilio de estos pacientes

Deficiencias del programa

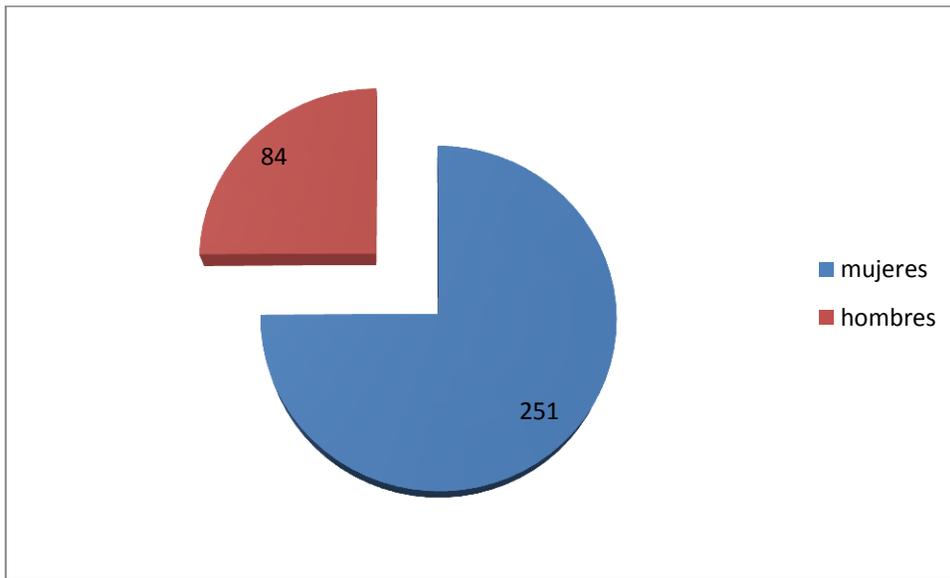
Está pendiente acorde a la sugerencia de la guia clínica, una a sala de rehabilitación para este grupo.

Estandarizar ingresos y controles según guía clínica.

Incluir en los controles nutricionales, por el manejo de la obesidad que es un factor de riesgo conocido, que produce artrosis.

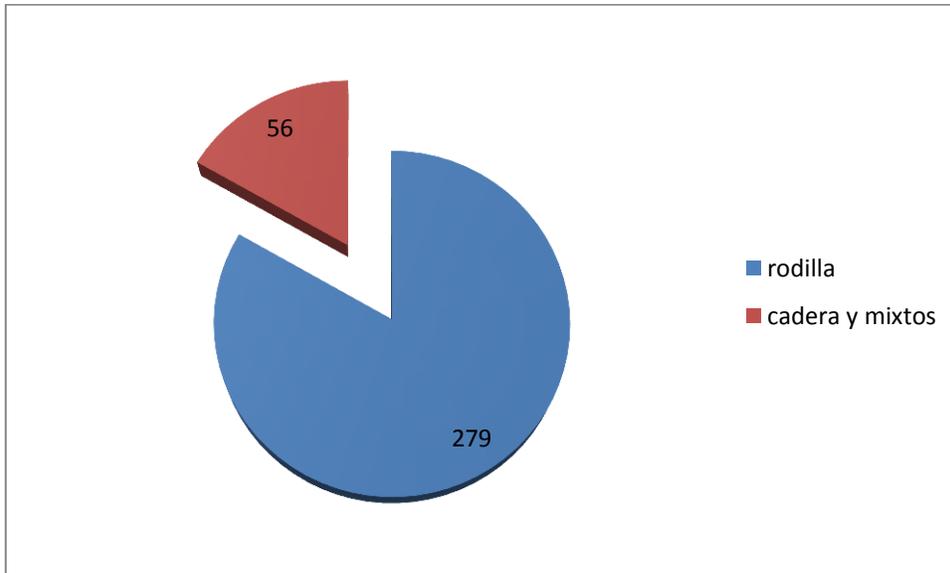
Solicitar autorización al servicio de salud para poder disponer como recurso del profesor de educación física, para que participe dentro del equipo en talleres educativos y actividad física que puedan realizar algunos de estos pacientes.

Distribución por sexo



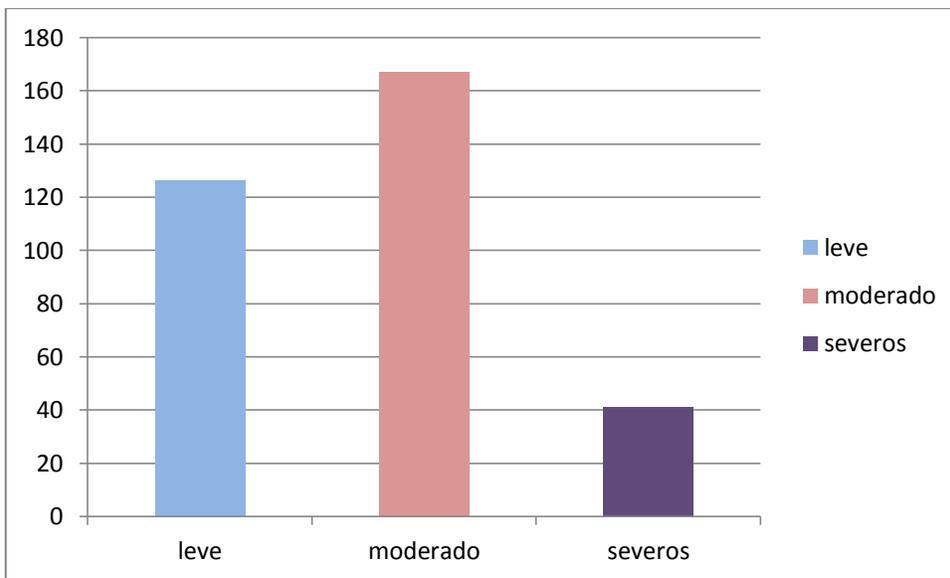
Fuente: elaboración propia, registro REM Pirque

Distribución por localización



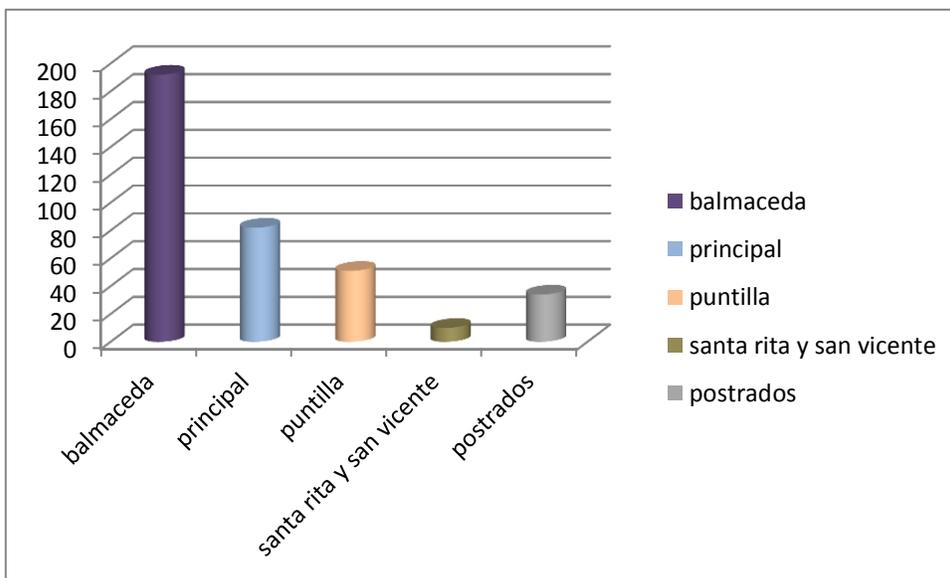
Fuente: elaboración propia, registro REM Pirque

Según severidad



Fuente: elaboración propia, registro REM Pirque

Distribución según centro



Fuente: elaboración propia, registro REM Pirque

Usuarios bajo control según centro

Balmaceda:

Total usuarios bajo control: 192

Mujeres: 140

Hombres: 52

Según localización de artrosis:

Rodilla: 160

Artrosis de cadera y mixtos: 32

Según severidad

Leves: 76

Moderado: 95

Severos: 21

Postrados con artrosis:

En la comuna existe a la fecha 34 postrados con diagnóstico de artrosis

Centro Salud Rural El Principal:

Total usuarios bajo control 82

Mujeres: 68

Hombres: 14

Según localización de artrosis:

Rodilla: 73

Cadera y mixtos: 9

Según severidad:

Leve: 22

Moderados: 45

Severos: 15

Puntilla

Total pacientes: 51

Mujeres 35

Hombres: 16

Según localización:

Rodilla: 37

Cadera y mixto: 14

Según severidad:

Leve: 21

Moderado 25

Severo: 5

Santa Rita y San Vicente

Mujeres: 8

Hombres: 2

Según localización:

Rodilla: 9

Cadera: 1

PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIO PSICOSOCIAL

Durante el año 2013, se realizaron diversas modificaciones en el programa, para poder entregarle el enfoque de prioridades que son requeridas, los talleres a las gestantes, pasaron a ser parte de los controles prenatales, con modificación de contenidos, en las sesiones y de profesionales involucrados en este proceso, en cada sesión participa al final del taller la matrona, con un detector de latidos cardiorfetales, pesa y esfigmomanómetro, para realizar un pequeño control con lectura de exámenes si corresponde, aún con todas estas modificaciones, la cobertura no superó el 20%, nuestro nuevo desafío es rediseñar la invitación y contenidos en los talleres con una evaluación en el mes de abril, para tener tiempo de reacción si la baja adherencia continua.

En el mes de septiembre se incorporó una nueva actividad al PADB, yoga para las embarazadas, la cual hasta el mes de octubre había tenido una muy buena recepción por las usuarias, asistiendo en cada taller aprox, 7 gestantes.

Se seguirá con los talleres de lactancias, que posteriormente derivan en clínica de lactancia a cargo de matrona.

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

Se seguirá con el modelo de trabajo que la comuna ha tenido, aplicación de pautas:

Edimburgo: detecta depresión post parto autoaplicativa, 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, desde esta reunión se seleccionarán los casos a VDI.

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.

Criterios de inclusión:

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

90% de púerperas 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, actualmente actividad desarrollada por educadora de párvulos.

Aplicación a las 32 semanas de 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.

A la fecha la matrona y enfermera aplican una pauta de riesgo infantil, creación local, pero basada en los factores de riesgo solicitados por los distintos ministerios, que participan del PADB. En reunión de equipo de cabecera, es este último quien califica el nivel de riesgo del menor en leve, moderado y severo y decide intervención a seguir y VDI por parte de dupla asistente social y enfermera. 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). Como nueva orientación 2014, aquellos niños con pauta de relación vincular alterada podrán ser incorporadas sus familias a estos talleres, ampliando nuestro universo o grupo objetivo.

Con el objetivo de mejorar el control de la diada antes de los 10 días de vida, y tener un mayor control sobre nuestro niños/as que acaban de nacer y deben ser vistos en los centros de salud, se confeccionó una planilla Excel que será cargada con la información de todas las gestantes con fechas probables de parto desde el 1 de enero 2014, diariamente la maternidad del CADSR nos envía los partos diarios, por lo tanto con ese dato, el administrativo del PADB podrá llamar y entregar inmediatamente la hora para el control de la diada, permitiendo conocer el paradero de nuestros recién nacidos y si existiera inasistencia a sus controles, programar visitas domiciliarias para el rescate.

En la actividad de promoción en el PADB, se encontrará a cargo la psicóloga infantil de la comuna, quien con las herramientas aportadas en jornada 2013 con psicólogo Felipe Lecannelier experto en relación vincular, además de los diversos diplomas que cuenta nuestra profesional, desarrollará talleres dos veces al año al personal que trabaja en los jardines infantiles y a los apoderados en reuniones calendarizadas, de manera de prevenir el maltrato infantil, con un buen apego con los hijos, y el buen trato.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN SALA DE ESTIMULACION Y NEP.

- **ATENCION DE SALA DE ESTIMULACION EN POSTAS**

Se realizan rondas de atención en las postas rurales de Puntilla (dos veces por mes) y posta de San Vicente (1 vez por mes), obedeciendo a la demanda de población infantil y los riesgos BPS que presentaban en algunos pacientes de dichos sectores.

- **TALLERES NADIE ES PERFECTO**

Debido al bajo impacto y poca demanda que tenían hasta el año pasado los talleres de habilidades parentales NEP se cambió la estrategia de reclutamiento acercándonos a grupos de población cautiva que estaban dentro del rango etario en jardines infantiles y escuelas y lenguaje.

En instancias de reuniones generales, en las cuales participan los apoderados de todos los niveles se realiza una exposición audiovisual de los talleres (metodología de trabajo, número de sesiones, temas, entrega de material de apoyo, etc.) y se hace entrega de dípticos informativos.

Los interesados en participar son inscritos y posteriormente citados a la entrevista personal.

Con esto logramos aumentar el número de talleres realizados por cada facilitadora, el número de participantes en cada taller y bajar a cero el porcentaje de deserción.

- **CUARTO TALLER DE GESTANTES**

Pensando en los temas sugeridos para la realización de talleres de gestantes y en hacer más prácticos y lúdicos estos mismos se decidió incluir a la educadora de párvulos para la realización del cuarto taller. Abordando el tema de las orientaciones sobre el uso del set de implementos básicos para el recién nacido.

El taller se divide en dos partes:

*Correcto uso y beneficios del: porta bebes, cojín de lactancia y alfombra de estimulación.

*Taller de manualidades: confección con goma eva de móviles para la estimulación del bebe.

- **VISITAS POR DEFICIT DE DSM**

Las visitas de riesgo y retraso de DSM son realizadas en su totalidad por la educadora de párvulos a fin de tener una continuidad entre los controles en sala de estimulación y la o las visitas que se realizan en el hogar, ver la realidad en la cual está inmerso el paciente y adaptar las indicaciones de estimulación al entorno físico y familiar de cada niño y niña.

RED SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El objetivo del programa es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer en todas sus etapas del ciclo vital, con un enfoque de riesgo involucrando la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud, incorporando a la familia de manera activa en cada proceso por el cual atraviesa.

Prestaciones de salud destinadas a la mujer y pareja:

Son las prestaciones entregadas por la profesional matrona que fomentan, protegen e incentivan la salud de la mujer durante todo su ciclo vital, enfocadas especialmente en su salud reproductiva, sexual y familiar.

Teniendo esto en cuenta se hace necesario saber cuáles son los principales problemas de salud que afectan a la población femenina de Pirque y junto con ellas trabajar mano a mano en la posibles solución a estas dificultades. Este enfoque debe abarcar en forma integral a la mujer y su entorno para lograr un cambio radical en la atención de salud y así establecer parámetros de satisfacción usuaria que nos permitan estar al nivel de las nuevas políticas de atención primaria, esto es otorgando a la paciente una atención oportuna, personalizada y con altos estándares de calidad con el objetivo de alcanzar un mejoramiento en su calidad de vida tanto personal como familiar.

Prestaciones:

- Control pre concepcional: se realiza con el fin de orientar a las mujeres en referencia a su posibilidad de embarazo, riesgos y políticas de planificación familiar, para que ella decida informadamente sobre su posibilidad de embarazo. Grado de cumplimiento 2013 no supero el 40 %.
- Controles pre natales: seguimiento a pacientes embarazadas durante su gestación, esta debe ser realizada con un enfoque de riesgo con el fin de detectar precozmente cualquier indicio de patología el cual debe ser oportunamente derivado. Se hace énfasis en la baja tasa de inasistencias al control prenatal, todo esto dado al seguimiento personalizado que se realiza a las pacientes que faltan a 1 control.

Especial mención se debe hacer en cuanto a los ingresos a control prenatal antes de las 14 sem, los cuales durante el 2013 se logró en un 90%.

-Regulación de fecundidad: prestación que básicamente se ve reflejada en el espaciamiento de los embarazos en las parejas y la disminución en los embarazos no deseados. En este punto cabe mencionar que se disminuyó sustancialmente la lista de espera para métodos como IMPLANON, el cual ya está administrándose durante el mes que lo solicita la paciente, además se ha reeducado a la población en la importancia del uso de métodos de barrera para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual

por lo cual hoy, además de estar con buen método de regulación de fecundidad tenemos pacientes que suman a su protección el uso de preservativos.

- PAP: Sabemos que el cáncer cervico uterino es un importante problema de salud pública , por lo cual se implementaron estrategias especiales , como tomar PAP en horas de extensión y en horario no hábil , para así lograr captar al gran porcentaje de mujeres que por su actividad laboral no pueden concurrir en horario hábil . Actualmente estamos en el 58% de cobertura lo cual nos sitúa bajo las metas solicitadas por el ministerio.
- Control climaterio: está orientado a dar la mayor cantidad de herramientas a la mujer para pasar este periodo de su vida. El fin es orientar en detección precoz de signos y síntomas de las patologías más recurrentes dar tratamiento y derivar a nivel secundario según corresponda ya que contamos con poli de climaterio en CDT .La meta es sobrepasar el 70 % de cobertura en estos controles.

Nuestro programa cuenta con un equipo multidisciplinario que se entrelaza oportunamente y se comunica para mantener a la mujer atendida de forma integral y dar apoyo psicosocial si así se requiriese.

Durante el 2013 se realizan varios cambios para lograr mejor funcionamiento en las coberturas del programa, lo cual a la fecha se ha mejorado.

Problemática del programa.

Si bien es cierto ha mejorado la cobertura del PAP, aún estamos bajo las metas, por lo cual se emplean nuevas estrategias para mejorar y ampliar su difusión.

Falta de asistencia a los talleres Chile crece, según lo observado las pacientes no demuestran interés en los talleres siendo la causa de esto la poca motivación y coordinación que hay en las distintas instancias como es, ausencia del presentador, cambios de horario y suspensión de los mismos. Para ello se está trabajando en generar espacios más amigables para las presentaciones, lograr un compromiso real con los presentadores y se creó un mail mediante el cual se informan cambios de última hora y se recuerdan talleres, de manera de acercar un poco más el servicio a nuestras pacientes.

Cobertura baja en control pre concepcional, es en esto lo que hay que poner énfasis, ya que la mayoría de nuestras pacientes deciden embarazarse y dejan los métodos de regulación sin consultar por esto se trabajará con las pacientes

en educación para la concepción y se realizará consejería durante control de regulación de fecundidad .

Novedades del programa

Durante 2013 se realizan una serie de cambios tendientes a estandarizar las atenciones del profesional matrona a las pacientes, se realiza rotación del personal, homologación de criterios, jornadas de actualización y capacitación , cambio de prestador de beneficios como es Integramedica y se evalúan nuevos contactos que ofrezcan mejores oportunidades de servicio a las pacientes .

Se logra realizar taller de Yoga para embarazadas con lo cual acogemos a un número importante de embarazadas y confiamos en que se acercarán más a los talleres.

En referencia al PADB, nuestras reuniones para evaluar los casos de riesgo nos han llevado a detectar y manejar mucho mejor los casos en riesgo social.

En lo que corresponde a salud reproductiva del adolescente, se han creado nuevas instancia como talleres de dibujo, charlas en los colegios y aplicación de pauta joven sano con el propósito de captar más adolescentes para el manejo de regulación de fecundidad.

Para el 2014, esperamos abarcar más pacientes climatéricas, incluir talleres para trabajar con ellas, mejorar la cobertura del control climaterio, tener mejor manejo farmacológico de la paciente y para ello se realizará este año en el mes de noviembre junto a las comunas de La Florida y Puente Alto una jornada de manejo y actualización de la paciente climatérica, el próximo año se solicitará una al SSMSO.

PROGRAMA SALUD MENTAL

Introducción:

La Salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción de la salud, prevención de trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Por lo tanto, las acciones que favorecen la salud mental son todas aquellas que promueven mejores condiciones psicosociales a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo. Es decir, las que generan un mayor nivel de bienestar, que permiten acceder oportunamente a los apoyos o tratamientos que cada persona, familia necesitan y minimizan la discapacidad y marginación social aceptando y creando espacios de integración para personas con enfermedades mentales.

Los trastornos de salud físicos y mentales suelen ir de la mano, se ha demostrado que las personas con enfermedades físicas graves o crónicas suelen tener un problema de salud mental coexistente. Asimismo, las personas con enfermedades mentales graves o trastornos de abuso de sustancias tienen problemas de salud física que quedan sin detectar o tratar. Esta situación, combinada con la realidad de que todavía existe una estigmatización asociada a las enfermedades mentales y que la mayoría de las personas recurren primero a su médico de cabecera, ha llevado a destacar la necesidad de una mayor integración entre la salud mental y la atención física, especialmente para mejorar el reconocimiento y tratamiento de la salud mental y del abuso de sustancias en un entorno de atención primaria.

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 resolutivead.

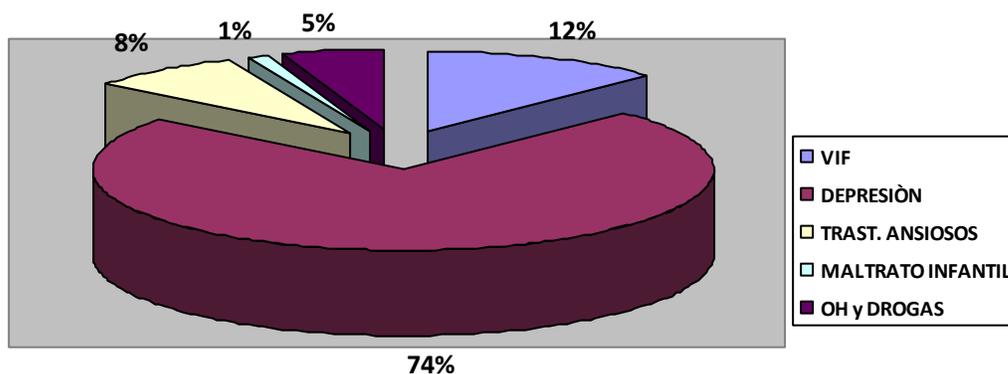
Sus objetivos específicos son los siguientes:

- ◆ Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.
- ◆ Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles.
- ◆ Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia.
- ◆ Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores.

Las acciones para la rehabilitación y la reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren, en forma especial, del protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales.

En el contexto del programa de Salud Mental de Pirque, los trastornos del estado del ánimo (Depresión Leve, moderada y severa) ocupan el primer lugar, en segundo lugar se encuentra Violencia Intrafamiliar, seguida de los trastornos ansiosos (donde se incluyen crisis angustiosas, ansiedad generalizada, crisis de pánico, fobias y cuadros de estrés reactivo).

Distribución según patología:



Fuente Elaboración propia, con datos REM Pirque.

En este contexto nuestro enfoque del trastorno del ánimo debiese mantener los principios de la Salud Familiar. (Integralidad, sectorización, continuidad, etc.).

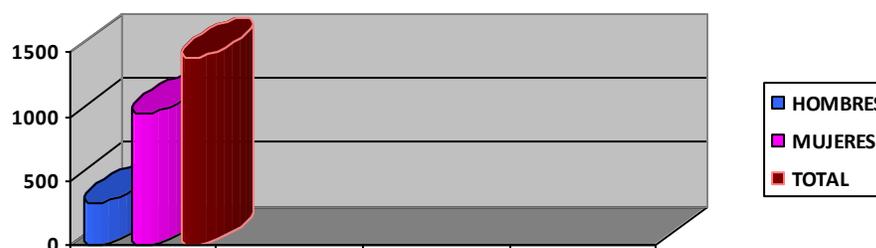
Dentro de los pacientes bajo control el gran número de pacientes corresponden a Depresión, similar a la prevalencia nacional, considerando que la

depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres de nuestro país, y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA). Los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de la población general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención, motivo por el cual es un tema prioritario en salud. Las personas con depresión generan, en forma encubierta, consultas recurrentes (policonsultantes) en atención primaria, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, las que no logran ser resolutivas y en general, retrasan el tratamiento específico. La depresión es dos veces más frecuente entre las mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el grupo de edad de entre 20 y 45 años. Esta enfermedad se asocia significativamente con un deterioro de la calidad de vida de las familias y problemas en la crianza de los niños. Lo anterior hace necesario orientar las acciones de salud a la detección precoz y tratamiento oportuno de este problema en la atención primaria.

Existe evidencia suficiente acerca de la efectividad de algunos tratamientos psicológicos y farmacológicos. La educación al paciente y su familia optimiza la efectividad del tratamiento de la depresión y se orienta a la comprensión del trastorno y el uso de recursos personales y sociales que contribuyen a su mejoría. El tratamiento de la depresión se orienta a reducir o eliminar los síntomas del trastorno y estimular los recursos personales y sociales de autoayuda. Es decir, a restablecer el equilibrio biológico, optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar la probabilidad de recaídas.

En la comuna de Pirque se encuentran aprox: 18.065 usuarios inscritos, de los cuales aprox. 1.464 es decir el 7,6%, se encuentran en el programa Salud Mental. La distribución por sexo: hombres en un 24,5 % (333), y mujeres en un 75,5 %(1031).

Distribución por sexo:

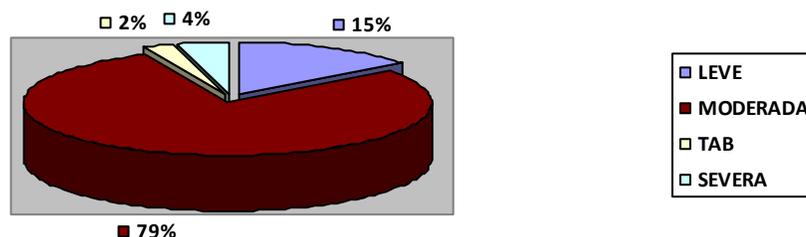


Fuente Elaboración propia, con datos REM Pirque.

El programa de Salud Mental, es atendido de una forma globalizadora e integradora, atiende a todas las patologías de salud mental abarcando todo el ciclo vital, el proceso de intervención es individual, grupal, familiar y comunitario. Abarca patologías que van más allá de los trastornos depresivos por lo que integra además otras prestaciones que producen deterioro clínico significativo como: Violencia Intrafamiliar (Principalmente desde la perspectiva de género, pero con orientaciones del modelo sistémico), Alcohol y Drogas, Trast. Ansiosos, Alzheimer, entre otros. Problemas de Salud Mental Infanto Adolescente como Trastornos Hipercinéticos y de la Atención, Maltrato Infantil, trastornos emocionales y conductuales. Coherente con esto se utiliza una perspectiva Bio-psicosocial, y para estos efectos se cuenta con un equipo multidisciplinario, lográndose que durante el 2013 se aumente la dotación de sus profesionales, potenciándose el área infantoadolescente, y el equipo comunitario.

El equipo de cabecera de la comuna cuenta con un Equipo multidisciplinario: 2 Psicólogos adultos, 2 asistente social, 2 médicos, (1 para cada Centro de Salud), 1 Psicólogo Infantoadolescente con labores transversales en todos los centros de la Comuna. Además suma a lo anterior la participación de un psicólogo voluntario, terapeuta floral (flores de Bach) (5 horas).

Según tipo de Depresión:



Fuente Elaboración propia, con datos REM Pirque.

El programa Salud Mental de la Comuna de Pirque, ha continuado sus labores durante el año 2013 se mantiene con **diversas actividades** tales como:

- Detección

- Consulta e Intervención Psicosocial Individual.
- Visita domiciliaria integral
- Estudio de Familia
- Consejería familiar
- Intervención en crisis
- Consulta y terapia psicológica.
- Psicodiagnóstico, Psicoeducación.
- Ingreso y control por médico
- Psicoterapia individual y grupal
- Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
- Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
- Detección y tratamiento por Maltrato o Abuso
- Intervenciones Preventivas y Terapéuticas en Alcohol.
- Intervenciones Psicoterapéuticas grupales, en Depresión, ansiedad.
- Derivaciones asistidas (hospital, centros de rehabilitación, desintoxicación, etc.).
- Derivación asistida a COSAM Pirque.
- Internación Administrativa
- Rescates a domicilio y por vía telefónica.
- Trabajo en Red con el intra e Intersector.
- Reuniones clínicas.
- Participación activa en Talleres del Chile crece Contigo.
- Consultoría mensual con Psiquiatra.
- Reunión mensual de coordinación APS
- Consejo Técnico mensual (El cual es un espacio de Retroalimentación de APS y COSAM, en donde se revisan, casos clínicos complejos de la comuna y se desarrolla un Plan de Trabajo Integral.
- Se Mantiene la colaboración de una Psicóloga Voluntaria, Terapeuta Floral (Flores de Bach) (5 horas semanales).
- Se mantiene la coordinación con otras redes, tales como OPD, Previene, educación, entre otras.

- Se mantiene la participación activa del equipo Psicosocial en reuniones, de ciclo vital, tratando de seguir fortaleciendo el trabajo en red y capacitación Continua de los equipos.
- Consejería breve e intervención mínima a pacientes con consumo riesgoso de alcohol, con el fin de evitar consumo de riesgo, son pesquisados mediante la aplicación del AUDIT.
- Monitoreo en Sigges.
- Derivación a exámenes laboratorio, incluido el TSH, para complementar el diagnóstico diferencial.
- Se mantiene como hospital de referencia para derivación asistida en casos de pacientes con Riesgo de suicidio inminente: En mayores de 15 años a Hospital Barros Luco para contención y/o eventual hospitalización, y en menores de 14 años al Hospital Pediátrico del Complejo Asistencial Sòtero del Río, mediante interconsulta al Servicio de Urgencia . Pacientes con Depresión Severa, son derivados a previa consultoría con Psiquiatra a COSAM, en donde continuarán sus controles.

Evaluación del Programa, al Corte 31 Agosto-2013:

1.- Personas mayores de 15 años que presentan diagnóstico de depresión, son ingresadas a tratamiento: 189/271: 69,7 %

2.- Agrupaciones de Autoayuda que recibirán apoyo técnico desde el establecimiento para constituirse en red de apoyo psicosocial para pacientes que egresan del programa:

2/2: 100%

3.- Mujeres mayores de 15 años que presentan diagnóstico de Violencia Intrafamiliar son ingresados a tratamiento: 69/98: 70,4%

4.-Agrupaciones de autoayuda que recibirán apoyo técnico desde el establecimiento para constituirse en red de apoyo psicosocial para mujeres que viven V.I.F.

2/2: 100%

5.- Organizaciones Comunitarias participan en programa de sensibilización y prevención de V.I.F.

6/7: 86 %

6.- Personas mayores de 10 años son ingresadas a intervenciones preventivas de alcohol y drogas:

70/85: 82,3 %

7.- Personas mayores de 10 años son ingresadas a intervenciones a tratamiento por trastorno asociado a consumo de alcohol y drogas a intervenciones terapéuticas:

42/90: 46,6 %

8.- Agrupaciones de autoayuda que recibirán apoyo técnico desde el establecimiento para constituirse en red de apoyo psicosocial para el tratamiento y el seguimiento de personas con consumo problema y dependencia de alcohol y drogas:

1/2: 50 %

9.- Niños, niñas adolescentes son ingresados para ser atendidos por trastorno de hiperactividad y de la atención.

40/40: 100 %

10.- Niños, niñas adolescentes son ingresados para ser atendidos por trastornos Emocionales o conductuales en la infancia y la adolescencia.

78/50: 156 %

11.- Niños, niñas adolescentes son ingresados para ser atendidos por maltrato infantil.

15/24: 62,5 %

12.- Organizaciones de padres y/u organizaciones comunitarias participan en programa de prevención de salud mental de niños, niñas, adolescentes.

6/7: 85,7 %

13.- Establecimientos Educativos recibirán capacitación para sus profesores por parte del establecimiento de salud en promoción, prevención en problemas de salud mental.

5/6: 83,3%

Salud Mental Infantoadolescente:

El Programa de Salud Mental ha presentado significativos avances en su instalación en los últimos años dentro del Modelo de Salud Familiar.

Tiene como Objetivo Principal:

- Brindar atención integral, oportuna y eficiente a los adolescentes en problemas de Salud, disminuir conductas de riesgo, con un enfoque anticipatorio de riesgo, facilitar el acceso mediante ambientes amigables.

Esta Canasta incluye Niños, niñas, adolescentes que son ingresados para ser atendidos por Trastornos Emocionales o Conductuales de la Infancia y la adolescencia, Maltrato Infantil, Trastorno Hiperactivo y de la Atención. Con el fin de cubrir estas necesidades, en Enero de 2013, se aumenta en la dotación una Psicóloga Infantoadolescente, la cual ha sido un gran aporte dentro del equipo, por lo que se ha podido mantener y reforzar el acercamiento con las diferentes redes de la comuna, mediante una comunicación estrecha y efectiva con los equipos de integración de los colegios, y OPD. Manteniendo las capacitaciones a los profesores en el apoyo de niños con Síndrome Déficit Atencional con Hiperactividad (SDATH), con retroalimentación en la pesquisa, y tratamiento oportuno con el fin de evitar estigmatizaciones, mal rendimiento escolar, baja autoestima en los niños que lo padecen. Además se realizaron talleres para padres en Habilidades Parentales, Acciones Preventivas en Alcohol y Drogas.

Talleres 0 – 9 años: Habilidades Sociales, Promoción del Buen Trato.

Talleres 10 a 19 años: Prevención de Alcohol y Drogas, Motivación Escolar, Educación de las Emociones, labores con el fin de dar cumplimiento a Actividades Programadas.

A partir del 2013, en el caso de pesquisar Maltrato moderado a severo, éstos serán derivados de manera asistida a COSAM, dispositivo que se plantea como

objetivo contribuir al proceso reparatorio del niño, niña o adolescente que ha sufrido agresiones sexuales y maltrato infantil grave o moderado. La Población bajo Control a Junio 2013, es de 189 niños, niñas y adolescentes, los cuales se encuentran con los siguientes diagnósticos:

- ❖ Trastornos emocionales y conductuales: 83.
- ❖ Trastornos Hiperkinéticos y de la atención: 81
- ❖ Maltrato Infantil: 25

Para el 2014, se continuará en el abordaje en temáticas de Salud Mental, se realizarán actividades preventivas sobre alcohol y Drogas en los colegios, tratando de generar un impacto en el retardo del inicio de consumo, actividades que se realizarán en coordinación con la Encargada de Previene de la comuna, además de mantener participación junto con la matrona realización de Talleres en los colegios sobre afectividad y la sexualidad.

Promoción:

- Se implementarán talleres para Fortalecer las habilidades parentales, en los cuidadores significativos en el 100 % de los adolescentes de 10 a 14 años, para evitar conductas de riesgo.
- Se implementarán talleres en al menos al 10 % de Establecimientos de educación preescolar y escolar, mediante Intervenciones comunitarias para entregar herramientas dirigidas a los profesores para la detección precoz en problemas y trastornos de salud mental, bullying y riesgo suicida.

Los Talleres Programados para el 2014 son:

- ❖ Habilidades Parentales
- ❖ Apego y Vínculo seguro
- ❖ Decide no fumar

Prevención:

La prevención más efectiva para evitar o retrasar la aparición de una enfermedad mental es aquella que se realiza con población que no está demandando atención por salud mental, pero que presenta factores de riesgo o está comenzando a presentar

problemas o síntomas de una probable enfermedad mental. En este ciclo vital se debe poner énfasis para la pesquisa oportuna, en actividades habituales del equipo de salud general, tales como: Control Sano, examen de salud escolar, consulta de morbilidad del niño, consulta de morbilidad para adolescentes.

Durante el 2013 se establece como Norma local durante aplicación de ficha CLAP, el utilizar instrumentos de screening de Depresión como es el Goldberg, aplicación del AUDIT, instrumentos de Pesquisa de riesgo suicida, ya que consideramos es una buena oportunidad de pesquisar problemática de riesgo, y trastornos de Salud Mental, realizando derivación asistida a la Dupla Psicosocial y médico según corresponda. Estrategia que se mantendrá durante 2014.

- Se mantendrá la pesquisa oportuna, derivación asistida, y primera acogida al 100% de los adolescentes detectados con situaciones de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF).
- Detección precoz e intervención oportuna, e ingreso al Programa por médico al 100% de los adolescentes con problemas y trastornos de Salud Mental, mediante la aplicación de instrumentos GHQ12 para detección de depresión y screening de ideación suicida. ,
- Se aplicará escala de Okasha, para screening de ideación suicida, al 100 % de adolescentes que asisten a control de Salud Mental.
- Se realizará Intervenciones Preventivas (o intervención Breve), en al menos 80% de los adolescentes inscritos y con consumo de Riesgo de alcohol, es decir puntaje de AUDIT entre 8 y 15.

Tratamiento:

El Objetivo es brindar atención integral y oportuna a adolescentes en problemas y trastornos de Salud Mental:

- Se mantendrá el tratamiento integral al 100 % de los adolescentes con Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas, según norma GES.

- Se fortalecerá y mantendrá el tratamiento integral y la derivación asistida al 100 % de los adolescentes, a especialista cuando corresponda en casos de depresión.
- Se mantendrá la Visita Domiciliaria Integral y/o consejería en al menos el 30% de las familias de adolescentes en los que se pesquisen conductas de riesgo para complementar evaluación diagnóstica y realizar intervención Psicosocial familiar y ambiental.
- Aumentar cobertura de atención y de tratamiento a adolescentes con diagnóstico de Depresión.
- Se realizarán talleres con niños (10 a 19 años), que presenten trastorno Hiperactivo, dividiéndolos en aquellos que presentan hiperactividad y sin hiperactividad, fortaleciendo autoestima, manejo conductual e integración con pares, por otro lado, se trabajará con sus padres o cuidadores en consejería y psicoeducación respecto al trastorno, además de pautas de crianza.
- Se establecerá y fortalecerá estrategias con Equipo de Enfermeras para disminuir la brecha en derivación del 100% de madres con puntaje mayor a 11 en Escala de Edimburgo, la cual se aplica en 2do. y 6to mes del control Sano del niño para confirmación diagnóstica de Depresión.

Salud Mental Adulto.

Promoción:

- Promover el autocuidado, en estilos de vida saludables, en personas de 20 años o más, que se encuentran en control en Programa Salud Mental.

Prevención:

- Aplicación del AUDIT, en al menos el 10 % de las personas de 20 a 64 años, con el fin de aumentar la detección y prevenir el consumo riesgoso de alcohol.

- Realizar Intervenciones Preventivas (o intervención Breve), en al menos 80% de los adultos con detección de consumo de Riesgo de alcohol, es decir puntaje de AUDIT entre 8 y 15.

Tratamiento:

El Objetivo es brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años, con problemas y trastornos de Salud Mental y sus familias:

- Aumentar cobertura de atención y de tratamiento a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de Salud Mental y sus familias.
- Se mantendrá la Visita Domiciliaria Integral y/o consejería en al menos el 30% de las familias con algún miembro con Diagnóstico de Depresión, para complementar evaluación diagnóstica y realizar intervención Psicosocial familiar y ambiental.
- Aumentar cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años, con consumo perjudicial o dependencia de Alcohol (AUDIT mayor a 16), los cuales deberán ser ingresadas para Intervenciones Terapéuticas.
- Lograr el 100% de cobertura del programa de salud mental en usuarios de 20 a 64 años según protocolos y/o norma GES.

Mujeres:

Brindar tratamiento integral al 100 % a mujeres gestantes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol, para intervención terapéutica según Guía Clínica. (AUDIT mayor a 16).

- Brindar tratamiento integral al 100 % a mujeres gestantes con consumo de drogas, para intervención terapéutica, según Guía Clínica.

Promoción:

Seguimiento al 100 % de mujeres que viven VIF, por medio de Visitas Domiciliarias integrales.

Salud Mental Adulto Mayor:

En lo que respecta a éste grupo etáreo (pacientes mayores de 65 años), se realiza apoyo de manera transversal en los distintos programas de los Centros de salud y postas de la comuna. Se realizará apoyo familiar y comunitario a familiares de adultos mayores con discapacidades y/o postrados, aspirando a realizar talleres terapéuticos de tratamiento al “síndrome de agotamiento del cuidador”.

Promoción:

Promover el autocuidado en estilos de vida saludables, en personas de 65 años y más, que se encuentran en control en Programa Salud Mental, con el fin de promover el envejecimiento activo, mediante el refuerzo a la incorporación en Clubes del Adulto mayor, destacar la importancia del EMP.

Prevención:

El Objetivo es brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, identificadas en riesgo Psicosocial.

- Realizar Intervenciones Preventivas o Terapéuticas, al 100% de las personas de 65 años con sospecha de maltrato, mediante intervención Psicosocial, según protocolo local.
- Aumentar la cobertura de Aplicación del AUDIT, a las personas de 65 años y más, con el fin de aumentar la detección y prevenir el consumo riesgoso de alcohol.
- Realizar Intervenciones Preventivas o Terapéuticas, en al menos el 80% de las personas de 65 años y más y a sus familias, es decir puntaje de AUDIT entre 8 y 15.

Tratamiento:

El Objetivo es brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con problemas y trastornos de Salud Mental y sus familias.

- Aumentar cobertura de Intervenciones Terapéuticas, en al menos el 90 % de personas mayores de 65 años, con consumo perjudicial de alcohol o drogas.
- Derivar al 100% de las personas mayores de 65 a tratamiento y a seguimiento de Depresión.
- Aumentar cobertura de Consulta médica, de personas mayores de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.
- Se mantendrán y se potenciarán las Visitas Domiciliarias Integrales y consejerías a las familias con persona de de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.
- Se realizaran intervenciones preventivas en la comunidad orientadas en el consumo problemático de alcohol y drogas en adultos mayores y sus familias.

COMUNITARIO:

Otro logro importante fue fortalecer el Trabajo del Equipo Comunitario, el cual su **objetivo principal** es favorecer la prevención de problemas de salud mental, a través de la capacitación, sensibilización y fortalecimiento de las redes de apoyo psicosocial de las personas que son afectadas de un problema de salud mental, mediante la 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, para lo cual se aumentó la dotación de profesionales, contando con 44 hs Psicólogo y 22 horas Asistente Social. Lo que permitió un acercamiento más directo y fluído con la comunidad.

Durante el 2013, y en relación al modelo de salud mental comunitario, se realizó levantamiento de información de organizaciones comunitarias e instituciones comunales que permitan fortalecer la red de forma intersectorial.

Se potenció el trabajo con organizaciones comunitarias de la comuna, logrando junto con la ley de alcoholes, la formación de la red comunal de grupos de autoayuda que permita el apoyo entre grupos, el trabajo para el logro de objetivos en común, la coordinación intersectorial, etc. Logrando tener reuniones mensuales con toda la red.

Se realiza apoyo de manera transversal en los distintos programas de los Centros de salud y postas de la comuna.

Se realizará apoyo familiar y comunitario a familiares de adultos mayores con discapacidades y/o postrados, aspirando a realizar talleres terapéuticos de tratamiento al “síndrome de agotamiento del cuidador”.

Durante el 2013, se continuó el acercamiento a pacientes de moderada a alta complejidad, en especial a los pacientes con Esquizofrenia residentes en la Comuna, por medio de Visitas Domiciliarias Integrales de seguimiento, con el fin de mantener o lograr la reinserción laboral o a actividades varias, ya que éstas forman parte de la atención integral, así como de reforzar sus controles a niveles secundario.

Dentro de las Actividades del Equipo Comunitario hay recursos establecidos para Consultorías, con el fin de mejorar la resolutivez en patologías de Salud Mental, es decir capacitaciones desde el Equipo Comunitario al equipo APS, en problemáticas de salud mental entregando herramientas para mejorar las pesquisas, en problemáticas como el Maltrato Infantil, Violencia intrafamiliar, que en alguna ocasiones se han pesquisados subdiagnósticos por personal poco capacitado.

Se participa activamente en reunión mensual de la Red Intercomunal de Salud Mental comunitaria del SSMSO, el cual es el último lunes de cada mes.

Logros 2013:

- Fortalecimiento del Equipo comunitario.
- Equipo afiatado y comprometido.
- Mantención de las reuniones clínicas en APS, Consejo Técnico, Consultoría con Psiquiatra.
- Aumento de la Dotación de profesionales con el fin de mejorar nuestras coberturas y actividades.
- Se participa activamente en reunión mensual de la Red Intercomunal de Salud Mental comunitaria del SSMSO, el cual es el último Lunes de cada mes.
- Durante el 2013, se logró separar por sectores los Talleres Terapéuticos: Taller de Depresión, y Taller VIF.

- Se mantienen talleres comunales en la temática: Alcohol y Drogas, Manejo de Ansiedad, actividades que se mantendrán y potenciarán.
- Otro logro importante es contar con batería básica e instrumentos de apoyo para el Diagnóstico.
- Se brinda atención diferida, de todos los Profesionales, con fin de facilitar el acceso de los usuarios que trabajan.
- Realizar Escuela de agentes comunitarios.

Desafíos 2014.

- Fortalecer la vinculación entre los CESFAM y las organizaciones comunitarias, integrando los grupos de autoayuda con participación activa en los consejos de desarrollo local. (CDL).
- Incentivar el trabajo promocional y preventivo de salud mental a través del trabajo con escuelas, juntas de vecinos, la creación de revista de salud.
- Se realizarán intervenciones preventivas en la comunidad orientadas en el consumo problemático de alcohol y drogas, Aumentar la Pesquisa precoz en población escolar de consumo experimental y riesgoso en talleres preventivos. Para lo cual logramos durante el 2013 la coordinación directa con Previene de la Comuna para desarrollar estrategias en los colegios y las diferentes de redes de la comuna que se centrarán en la Promoción y Prevención. Además el Objetivo Principal es realizar una Política Comunal en el tema.
- Participar y crear una Feria de Salud, donde se inviten las diferentes redes.
- Se continuará el trabajo con organizaciones comunitarias de la comuna, tendiendo a la formación de nuevos grupos de autoayuda en distintas áreas de necesidades, como por ejemplo, con familiares de pacientes postrados, familiares de pacientes con alguna patología compleja de salud mental.
- Se participará más coordinadamente en reuniones intersectorial con los distintos programas comunales.

- Se Fortalecerá las capacitaciones dentro del equipo, con el fin de obtener más herramientas para mejorar resolutiveidad.
- Fortalecer la implementación de terapias complementarias, dada la buena evaluación por parte de los pacientes de esta modalidad (Psicólogo especialista en Terapia Floral).
- Trabajar con agentes comunitarios de Salud Mental con la finalidad de realizar un trabajo promocional, preventivo y mejorar la adherencia al tratamiento con el fin que la comunidad asuma un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.
- Se potenciará las Visitas Domiciliarias de la Dupla Psicosocial en casos de alta complejidad con la finalidad de trabajar con las familias.
- Dentro de los Desafíos 2014, está el seguir fortaleciendo el Trabajo del Equipo Comunitario, con el fin de que sea reconocido por la Comunidad y el Interceptor. Se buscarán nuevas estrategias de rescate y de adhesión a controles y tratamiento para el bienestar de nuestros pacientes.
- Reforzar en la consolidación de los 2 grupos de autoayuda, de los cuales uno ya tiene Personalidad jurídica, los cuales se encuentran integrados en reuniones del SSMSO, así que además postularon a proyecto, en el cual se encuentran trabajando.
- Durante el 2014, Se mantienen y se fortalecen las Visitas Domiciliarias, Estudio de familia, Consejerías familiares con la finalidad de trabajar con las familias en situación de mayor riesgo.

SERVICIO URGENCIA RURAL

El **Servicio Urgencia Rural (S.U.R.)** de la comuna de Pirque, parte su funcionamiento en el año 2011, producto de las necesidades de la comunidad.

Objetivo Principal: “Otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible en situaciones de urgencia/emergencia médica de carácter impostergable”.

Objetivo Específico: Establecer en horario no hábil un modelo de atención con el fin de resolver morbilidad aguda, Otorgar primeros auxilios en caso de riesgo vital, además de traslados a establecimientos de mayor complejidad, cuando el caso lo amerite.

El **Servicio Urgencia Rural (S.U.R.)** de la comuna de Pirque, es una unidad, cuya modalidad de funcionamiento es los 365 días al año. Sus actividades se desarrollan en las mismas dependencias del CESFAM José Manuel Balmaceda.

Horario de Atención:

Lunes a Jueves: desde las 17:00 a 23:00

Viernes: desde las 16:00 a 23:00

Fines de semana y Festivos: desde las 8:00 a 14:00

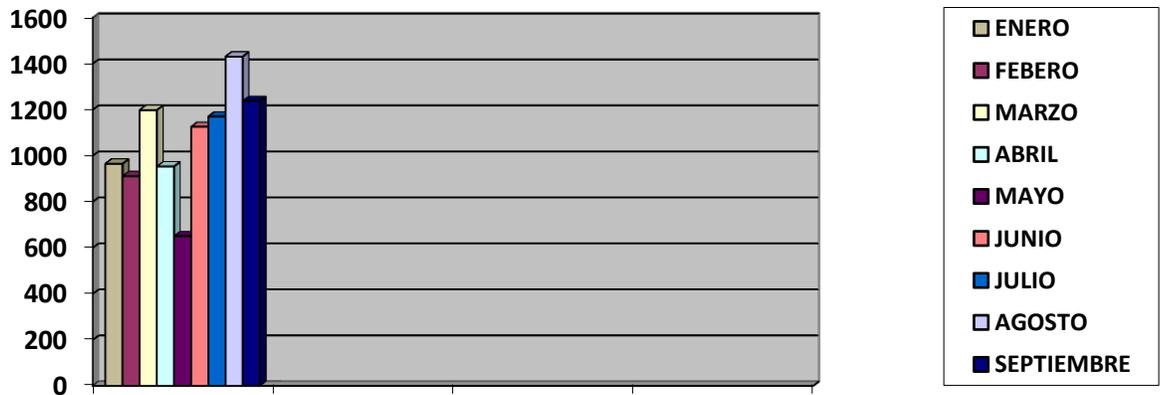
Se estructura según recurso humano y logístico, contando con una dotación de personal de: 6 médicos, 8 TENS con turnos rotativos, y 2 de refuerzo, 5 Auxiliares de Servicio, 5 Administrativos, 6 Auxiliares de farmacia, 4 conductores, 1 ambulancia para Traslados.

Un turno se constituye por los siguientes funcionarios: 1 médico, 1 Administrativo, 1 Auxiliar de Farmacia, 1 Auxiliar Servicio, 2 TENS de turno y 1 TENS de refuerzo, 1 conductor por turno.

Se cuenta con Sala Múltiple para Procedimiento, 2 box de atención.

Traslados a establecimientos de mayor complejidad, cuando el caso lo amerite.

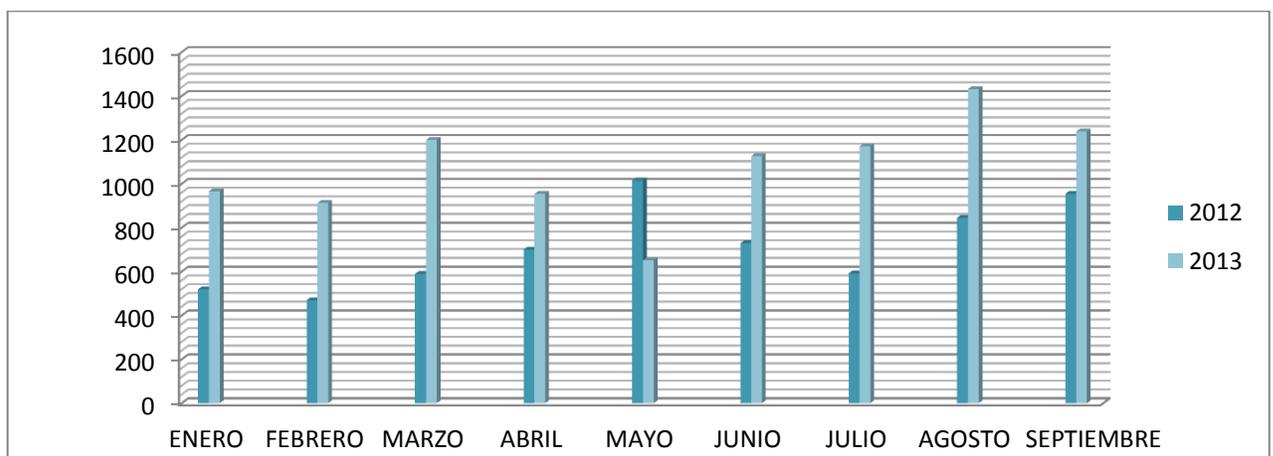
Durante el 2012 y no muy distinto al año 2013, las patologías de mayor relevancia son las respiratorias, las cuales sufren incremento durante los meses de campaña de invierno.



Fuente Elaboración propia, con datos REM Pirque.

Desde el año 2012 la sobredemanda de consultas en categorización C4, C5, han colapsado en muchas ocasiones el sistema, lo que ha generado malestar en los usuarios quienes no comprenden el objetivo principal del S.U.R. Esto acompañado además de la demanda por parte de usuarios de comunas aledañas especialmente Puento Alto que también ayudan sobredemandar éste servicio.

Comparación del Número de atenciones 2012 -2013



Fuente Elaboración propia, con datos REM Pirque.

Logros 2013:

- Se realizó una adecuación de insumos y de recursos humanos por Campaña de invierno, con el fin de mantener médico de refuerzo 3 horas, de Lunes a Viernes, además contar con kinesiólogo durante fines de semana y feriados.
- Una de las metas que se logró cumplir, dentro de lo planificado fue lograr estabilidad y compromiso en el personal que realiza los turnos, lo que ha permitido asegurar el objetivo de este Programa.
- Se instauró en el modelo de atención, el Selector de Demanda, utilizando **Protocolo de Categorización de las Urgencias**, según Ministerio de Salud, con el fin de educar a la comunidad que los Servicios de Urgencia son por prioridad de atención y no por orden de llegada.
- Se incorporó en los Computadores, Protocolos y Guías clínicas de abordaje en Urgencias disponibles en todos los box de atención, accesibles a todo personal que lo requiera.
- Se realizará cambio en la mueblería clínica, con el fin de adecuar los espacios, con el fin de mejorar las prestaciones entregadas a nuestros usuarios, además de permitir que la atención en la sala de procedimiento sea más expedita.
- Durante la Campaña de Invierno, se modificó horario de inicio de atención del S.U.R durante fines de semana y festivos, se desplazó 1 hora, adecuándola a necesidades de los usuarios.
- A partir de Julio 2013, se cambia del Sistema Computacional de Fénix a Rayen, el cual ha permitido lograr estadísticas y registros, con datos fidedignos. Además permitió identificar nodos críticos.
- Se cumplió con la atención en la demanda de patología aguda, en especial de la respiratoria en todos los grupos etáreos.
- Se utilizó medios de difusión, como radio local, para informar y educar a la población general de la nueva modalidad de atención (Categorización de las Urgencias), signos de alarma por lo que deberían consultar, enfermedades más comunes en niños.

DESAFÍOS 2014:

- Consolidación en la aplicación efectiva de la categorización de los Criterios de Urgencia. Con el fin de evitar Saturación de los Centros.
- Valorar la extensión de Servicio o S.U.R. en período de contingencia, especialmente campaña de invierno y época estival.

- Aumentar la dotación de médico (refuerzo 3 horas), con la finalidad de poder brindar una mejor calidad en la atención y mejorar la satisfacción usuaria.
- Implementación y renovación de material médico quirúrgico.
- Habilitar un espacio físico adecuado para entregar las prestaciones médicas, que considere una atención médica de urgencia expedita, ya que actualmente el lugar de atención, es un box de atención clínica. Situación que esperamos solucionar en un futuro próximo con la construcción de un nuevo CESFAM, el cual reunirá las condiciones técnicas y de espacio requeridas.

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 que desarrolla el equipo interdisciplinario 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 Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) a través de talleres grupales, 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 Atención Primaria de Salud 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*).

Durante el presente año, el número de usuarios aumentó considerablemente en relación al año 2012, de 351 a 540, acorde al aumento de la demanda de servicios especializados en salud mental y a la incorporación de nuevas patologías en el convenio establecido con el SSMSO como: depresión severa, maltrato infantil, trastornos del comportamiento y emocionales de la infancia y adolescencia, así como depresión unipolar y distimia en menores de 15 años, lo que se suma con el aumento significativo de las metas para las patologías ya existentes en convenios de años anteriores (Consumo problemático y dependencia de alcohol y drogas en adultos y adolescentes, Violencia Intrafamiliar, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Hipercinéticos en niños)

Acorde a lo anterior, en el mes de julio de presente año, entra en vigencia la nueva garantía de salud GES, Tratamiento de Trastorno Bipolar, nivel especializado, convirtiéndose en un nuevo desafío para la cartera de servicios del COSAM, lo cual ha significado reestructurar e implementar nuevas estrategias de intervención, como lo es el diseño de nuevos talleres, la contratación de nuevos recursos humanos y asesoría por

especialista psiquiatra infantil para otorgar un mejor servicio de especialidad a nuestros usuarios.

A nivel intersectorial, durante el año 2013, el COSAM Pirque ha desarrollado un trabajo intersectorial de coordinación y participación con diversos actores y organizaciones, dentro del que se destaca:

-Gestión conjunta con SENDA Previene, en una propuesta de trabajo que defina una política comunal para el abordaje del consumo y tráfico de drogas en los establecimientos educacionales.

En el desarrollo de este objetivo se convocó a directores y equipos preventivos representantes de todos los establecimientos educacionales municipales, Carabineros de Chile, Jefatura técnica de Área de Prevención de SENDA Regional, Secretaria General y Director de Educación de la corporación municipal, obteniendo como resultado un "Protocolo de acción" que garantiza dentro de la normativa legal vigente, realizar acciones que permitan el acceso de niños y jóvenes consumidores de alcohol y drogas, a tratamiento especializado y de orientación, evitando de esta manera la deserción escolar y otorgando a la comunidad educativa herramientas para el manejo de casos de tráfico de drogas.

-Participación activa en el diseño y revisión del Protocolo de maltrato infantil del SSMSO, el cual ya tiene resolución jurídica.

-Participación en la red comunal de Grupos de autoayuda, colaborando en la formulación y acompañamiento técnico en proyectos de fondos concursables.

-Participación en la coordinación y realización de Bingo Solidario a beneficio de tres familiares de esta red comunal.

-Realización de un Taller abierto a la comunidad de Biodanza con enfoque de género, en el cual participan usuarias del COSAM así como mujeres de la comunidad en general.

-Ser miembro permanente del Comité de grupos de autoayuda de Red Sur Oriente de Salud.

-Participación en jornada comunal de Red Chile Crece Contigo, donde se aborda temática de maltrato infantil. Presentando oferta programática de COSAM, lo que ha permitido generar estrategias de intervención y derivación de las nuevas canastas convenidas en los programas.

-Coordinación con OPD Pirque, elaborando una estrategia de derivación y retroalimentación de niños en situación de vulneración de derechos.

-Difusión de cartera de servicios de COSAM en establecimientos educacionales (Colegio Agroecológico y Liceo El Llano) en la que participa la totalidad del cuerpo docente.

-Participación mensual en la Red de Alcohol y Drogas del SSMSO, tanto para población general adultas como en la Red Infanto Juvenil.

Proyecciones para el 2014

Nuestras proyecciones como COSAM para el año 2014, van enfocadas en consolidar el trabajo realizado en los periodos anteriores, el cual ha presentado los resultados esperados de acuerdo a la formulación de los planes de tratamiento individualizados, lo que se refleja, en el crecimiento de las canastas y la oferta programática de las prestaciones otorgadas a nuestros usuarios.

Como consecuencia de este crecimiento en la red y comunidad de Pirque, nuestros usuarios ya nos reconocen como un centro de especialidad, por lo que acuden buscando nuestros servicios, lo que ha generado listas de espera de atención e ingreso de usuarios.

Debido a esto, nuestras proyecciones para el 2014, se relacionan con poder aumentar recursos humanos y de infraestructura para poder brindar una mayor calidad en el servicio otorgado, como también validarnos en las próximas acreditaciones como Centro de Salud Mental.

Para llevar a cabo esto, se requiere programar y gestionar la contratación de horas profesionales (médico en el programa infanto-juvenil, psicólogo programa adultos, técnico en rehabilitación de drogas y psicopedagoga)

De acuerdo a lo anterior, la adquisición de equipamiento junto con el mejoramiento y ampliación de infraestructura han sido uno de los ejes centrales de las gestiones realizadas durante el presente año en mira a su materialización en el 2014, en la medida que se pueda dar continuidad a los convenios establecidos con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y SENDA.

ANEXOS
