

CORPORACION MUNICIPAL DE EDUCACIÓN Y SALUD DE PIRQUE



PLAN DE SALUD COMUNAL

AÑO 2015

CESFAM J.M. BALMACEDA CGR EL PRINCIPAL COSAM PIRQUE

PSR LA PUNTILLA PSR SAN VICENTE PSR SANTA RITA

DOCUMENTO FINAL



PRESENTACIÓN

Para este Plan de Salud 2015, 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

CONTENIDO	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	3
PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED	4-7
DIAGNÓSTICO COMUNAL	8-21
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	22-24
ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD	27-28
RED DE DERIVACIÓN DE USUARIOS	28-30
PRESUPUESTO 2015	31-32
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)	33-37
COMPROMISOS DE GESTIÓN	38-44
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD	45-53
PLAN DE CAPACITACIÓN	54-58
DOTACIÓN 2015	59
CANASTA DE PRESTACIONES PLAN DE SALUD FAMILIAR 2	60-63
CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA	64
• SALUD INFANTIL CON ENFOQUE INTEGRAL	65-74
• SALUD DEL ADOLESCENTE Y JOVEN	75-76
• SALUD DEL ADULTO (INCLUYE PROGRAMA CARDIOVASCULAR)	77-84
• SALUD DEL ADULTO MAYOR	85-91
PROGRAMAS TRANSVERSALES	92
• SALUD ORAL	92-95
• SALUD MENTAL INTEGRAL	96-106
• SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	107-108

• SALUD RESPIRATORIA	109-112
• ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA	113-119
• PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN (PNI)	120
• SERVICIO DE URGENCIA RURAL (S.U.R.)	121-124
• PROGRAMACIÓN COSAM DE PIRQUE	125-127
• PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD	128-132
• INFORME DE GESTIÓN FARMACÉUTICA	132-140
ANEXO 1: PLAN DE CAPACITACIÓN	141

INTRODUCCIÓN

Los cambios epidemiológicos y demográficos de la población chilena, han hecho necesario cambiar del modelo biomédico de atención en salud, hacia uno más integral, que considere a la persona como el centro del quehacer en salud. Un modelo que sea capaz de abordar los nuevos problemas de salud de la población Chilena, es decir, un modelo más resolutivo, integral, humanizado, que considere la participación social y el desarrollo comunitario, el trabajo intersectorial y un fuerte componente de promoción de la salud en el marco de los determinantes sociales de la salud, y su importancia en la mejoría del nivel de vida de la población.

Durante el año 2014, hemos trabajado con miras a consolidar este modelo de atención integral de salud familiar y comunitario en nuestra Comuna de Pirque, incorporando la promoción de la salud como un eje central de su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial, realizando alianzas, especialmente con los jardines infantiles y colegios de la Comuna; con el objetivo de promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud, y con ello, una mejor calidad de vida.

Respondiendo a la necesidad de aumentar la participación ciudadana, durante el año 2014 hemos continuado trabajando con los consejos de desarrollo local (CDL), logrando reactivar el CDL del Cesfam J. M. Balmaceda y El Principal.

El trabajo constante con los CDL Comunales permitió generar planes de trabajo que se han ejecutado satisfactoriamente y ha permitido, entre otras cosas, conformar para ambos centros de salud, un comité de gestión de solicitudes ciudadanas. Esto implica un desafío en el ámbito de la atención al usuario, con énfasis en el fortalecimiento de las actitudes de transparencia y participación. Con ciudadanos cada vez más informados, activos y participativos de los procesos de salud; y equipos dispuestos a considerar las opiniones, reclamos y sugerencias de los usuarios como un aporte real en los procesos de mejora continua.

La Corporación junto a los Directivos y sus equipos de trabajo y el comité de Calidad, han fortalecido este modelo de Atención Integral centrado en la familia, creando y participando en instancias de capacitación para el personal, adecuando presupuesto y dotaciones, elaborando programaciones locales y adaptando infraestructuras acordes al modelo de salud familiar.

Es así como en Septiembre de 2014, los centros de Salud José Manuel Balmaceda y El Principal se certifican **como Centros de Salud Familiar de grado medio.**

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

La ley 19.378, marco jurídico para las entidades administradoras de la salud municipal, en su artículo 58, expresa que estas entidades formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, quien deberá comunicarlas, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades administradoras de salud municipal, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución.

La reforma de salud, coloca a la atención primaria como una estrategia de desarrollo contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas, posicionándola como eje del sistema sanitario que coordina y es base para el cuidado continuo de la salud.

En general, los elementos a considerar en la planificación local, deben estar basados en los siguientes aspectos: (*Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015*)

1. ENFOQUE DE DERECHOS CIUDADANOS Y PROTECCIÓN SOCIAL

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida. Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos del Ministerio de Desarrollo Social.

a) Ley de derechos y deberes de los pacientes

El 01 de octubre de 2012, entra en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud

La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado.

Esta ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: **los usuarios**

Los derechos y deberes establecidos en esta ley deben estar plasmados de manera visible y clara en la "Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes" en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley

Se establece que los prestadores institucionales o individuales, públicos o privados, en aplicación de las disposiciones del inciso penúltimo del artículo 80 de la Ley 20.584, deberán mantener en lugar público y visible, una impresión de la Carta de Derechos y Deberes, debiendo asegurarse que todas las personas que acceden a sus dependencias puedan visualizarla



2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes

son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características sociales en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

3. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones.

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).

El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida (Lu & Halfon, 2003). Demanda también contar con sistemas de información confiables que permitan estudiar grandes cohortes de población para conocer la efectividad e impacto de los programas de salud implementados. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país.

Este enfoque, “considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida” (Minsal, 2010)

4. ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediabiles en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”.

Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

5. GOBERNANZA

Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común

6. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TRANSPARENCIA

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud

La participación social debe transitar entre un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios, a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones.

DIAGNÓSTICO DE SALUD

ANTECEDENTES GENERALES

1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

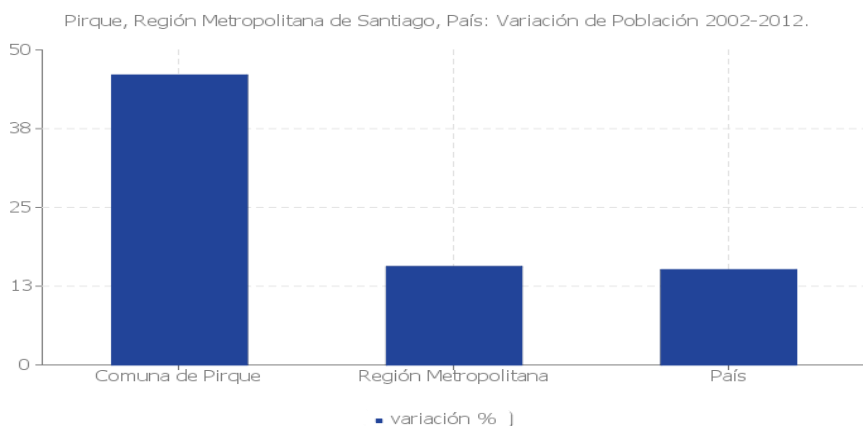
Nuestro país se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, esta transición tiene su origen en la disminución de los niveles de mortalidad y natalidad acontecidos en la segunda mitad del siglo XX. A raíz de esto se presentan situaciones como el envejecimiento de la población y la disminución en la proporción de población económicamente activa. El INE ha proyectado para el año 2050 que la población de 60 años y más se aproximará al 30% del total.

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

Población total 2002 y proyectada 2012 INE

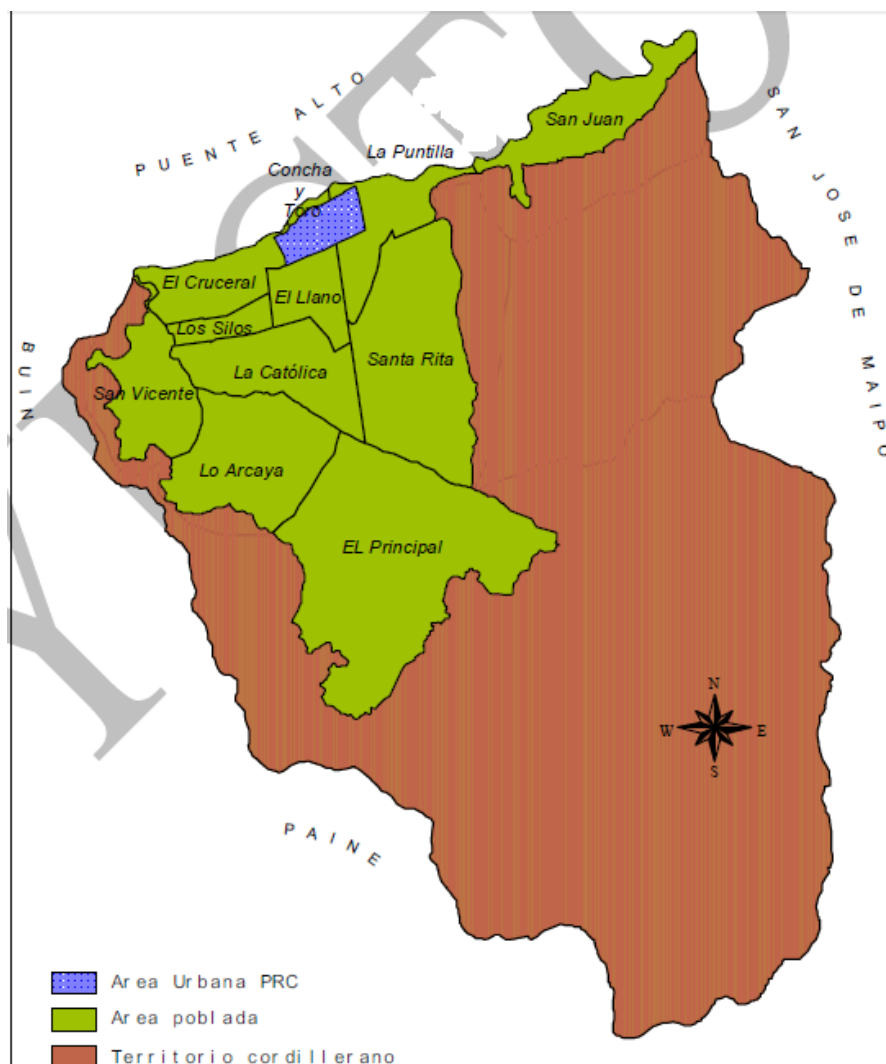
Territorio	Año 2002	Año 2012	Variación (%)
Comuna de Pirque	16.565	24.180	46
Región Metropolitana	6.061.185	7.007.620	15,60
País	15.116.435	17.398.632	15,10

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

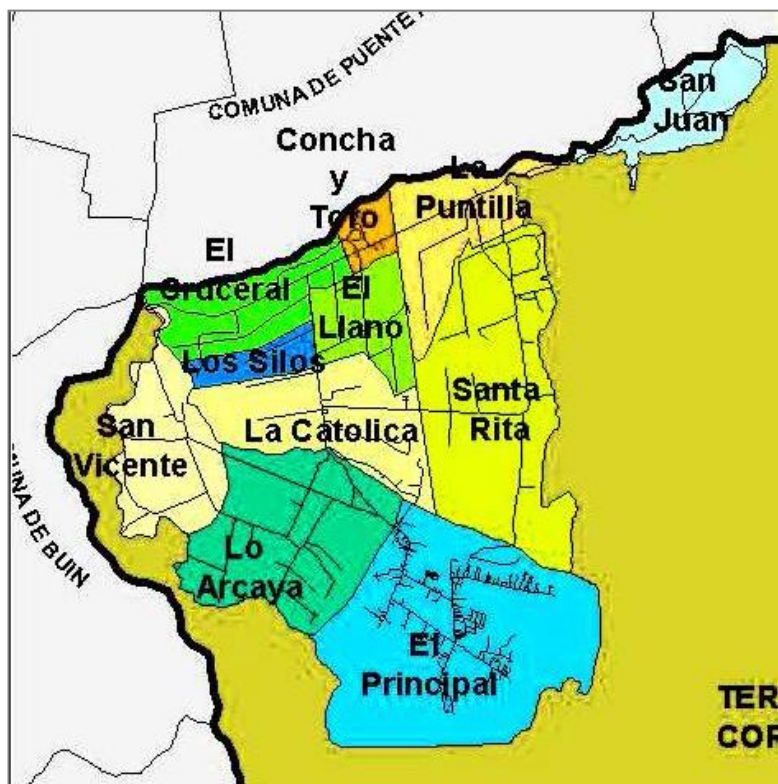


Fuente: Reportes estadísticos comunales 2012. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

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, como se aprecia en el siguiente mapa.



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
Total territorio comuna	16.565	4.925

Fuente: Plan regulador comunal de Pirque, Marzo 2013 (según censo 2002)

Lamentablemente no se cuenta con información actualizada de la población según localidades.

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 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).

Es importante considerar la construcción de villorrios que dan cuenta de asentamientos con casa de vivienda social desde el año 2010, como también, la construcción de nuevos villorrios en la localidad de El Principal, lo que significará la llegada de 300 nuevas familias aproximadamente. Por lo tanto, es primordial, considerar que las actuales dependencias del Cesfam El Principal probablemente no serán suficientes y será necesario ampliarlas en un futuro cercano, tal como ocurre actualmente con las dependencias del Cesfam J.M. Balmaceda, que se encuentra en proyecto para su reposición.

Del total de población consignada para el último censo y proyectada para el año 2012, , no hay diferencias marcadas en la distribución por sexo, pues el 49.7% son hombres y el 50.3% mujeres.

Población por sexo e índice de masculinidad

Territorio	Año 2002		Año 2012		Índice Masculinidad	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	2002	2012
Comuna de Pirque	8.384	8.181	12.032	12.148	102,48	99,05
Región Metropolitana	2.937.193	3.123.992	3.419.014	3.588.606	94,02	95,27
País	7.447.695	7.668.740	8.610.934	8.787.698	97,12	97,99

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

si somos más específicos, y observamos la distribución por grupo etario, la concentración se da en el tramo de 15 a 29 años, seguida del tramo de 45 a 64 años.

Población por grupos de edad 2002 y proyectada 2012 INE

Edad	2002	2012	% según Territorio 2012		
			Comuna	Región	País
0 a 14	4.758	5.650	23,37	21,45	21,77
15 a 29	3.713	6.014	24,87	24,83	24,56
30 a 44	4.408	4.703	19,45	21,48	21,08
45 a 64	2.604	5.860	24,23	22,97	23,08
65 y más	1.082	1.953	8,08	9,28	9,52
Total	16.565	24.180	100	100,01	100,01

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Índice de dependencia demográfica y adultos mayores

Territorio	Índice Dependencia Demográfica		Índice de Adultos Mayores	
	2002	2012	2002	2012
Comuna de Pirque	54,45	45,86	22,74	34,57
Región Metropolitana	48,62	44,36	31,39	43,27
País	51	45,50	31,30	43,70

Fuente: Censo 2002 y Proyección de Población 2012, Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

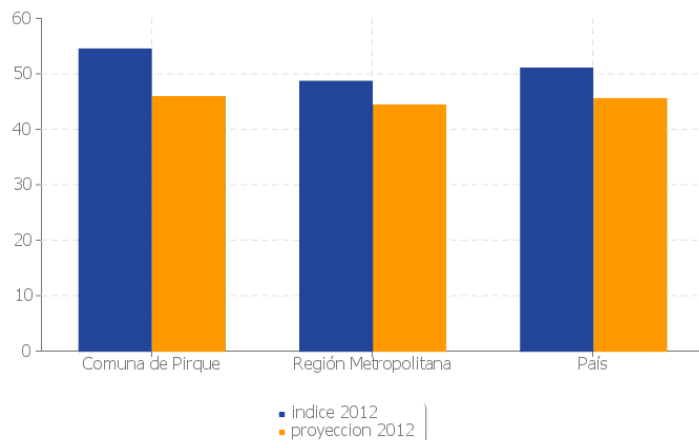
El índice de dependencia demográfica, deriva de la composición por edades de la población y se calcula por la suma de los menores de 15 años y los mayores de 64 años,

dividido en la población con edades entre 15 y 64 años, por cien. Esta relación es una medida indirecta del número de personas dependientes económicamente.

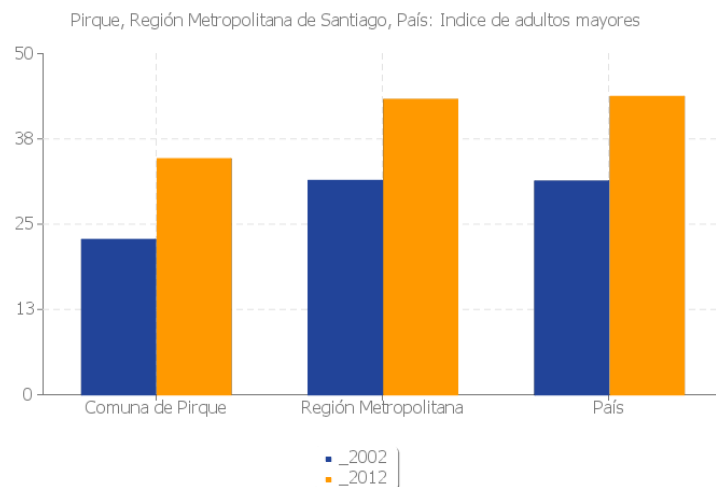
La Comuna de Pirque, presenta un índice de dependencia demográfica superior al de la Región Metropolitana.

El índice de adultos mayores de la Comuna es menor que el del País y la Región Metropolitana.

Pirque, Región Metropolitana de Santiago, País: Índice de dependencia demográfica. 2002 y 2012.



Fuente: Reportes estadísticos comunales 2012. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile



Fuente: Reportes estadísticos comunales 2012. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

2. INDICADORES SOCIALES:

La pobreza en Chile se define a partir de una canasta básica de alimentos, cuyo valor se actualiza según la evolución de los precios. Con ese valor se definen la línea de

indigencia y la línea de pobreza urbana (\$36.049 y \$ 72.098, respectivamente para CASEN 2011). Así definida, la pobreza disminuyó sostenidamente en las dos últimas décadas, desde un 38,6 % en 1990 a un 14,4% en 2011, verificándose una mayor incidencia de pobreza en hogares con jefatura femenina que con jefatura masculina.

Los ingresos monetarios corresponden al conjunto de ingresos, esto es, aquéllos que son producto de trabajo remunerado, y los que provienen de subsidios monetarios desde el Estado.

Una dimensión relevante en la condición social de la población es la vivienda y sus características. Aspectos como la tenencia (propiedad, arriendo), el hacinamiento (relación entre el número de habitantes de una vivienda y su número de piezas) y el allegamiento (vivienda compartida entre uno o más hogares o familias), así como su tipología y calidad (materialidad y estado de conservación de muros, pisos y techo de una vivienda), resultan insoslayables elementos de la calidad de vida de la población.

Población según pobreza CASEN 2003-2011

Pobreza en las Personas	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Pobre Indigente	458	468	495	81	0,30	2,19	2,79
Pobre No Indigente	1.055	1.420	2.490	517	2,20	9,27	11,66
No Pobres	16.569	18.751	19.499	23.013	97,50	88,54	85,56
Total	18.082	20.639	22.484	23.611	100	100	100

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

Se aprecia que la Comuna de Pirque presenta indicadores de indigencia y pobreza menores a los presentados a Nivel País y Regional. Si comparamos el nivel de pobreza entre el año 2009 y 2011, podemos apreciar una disminución importante en el número de personas pobres indigentes y no indigentes.

Hogares según pobreza CASEN 2003-2011

Pobreza en los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Pobre Indigente	110	81	134	27	0,50	2,00	2,60
Pobre No Indigente	228	298	621	136	2,30	7,30	9,50
No Pobres	4.404	4.471	5.049	5.826	97,30	90,70	87,90
Total	4.742	4.850	5.804	5.989	100	100	100

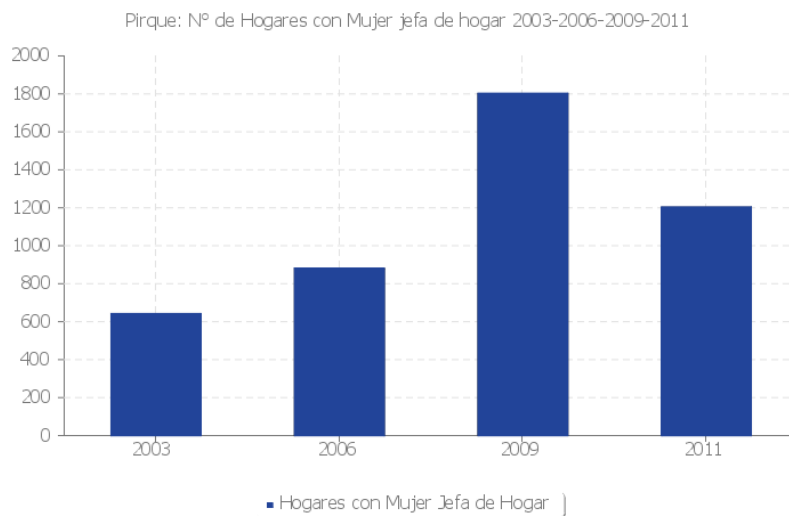
Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social

Si analizamos los hogares con mujeres jefas de hogar, éstos aumentaron considerablemente desde el año 2003, llegando a 1803 hogares con jefas de hogar en el año 2009. Para el año 2011, la cifra disminuyó a 1204 hogares con jefas de hogar.

Hogares con mujeres jefas de hogar CASEN 2003-2011

Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Hogares con Mujer Jefa de Hogar	642	881	1.803	1.204	20,10	40,63	38,80

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



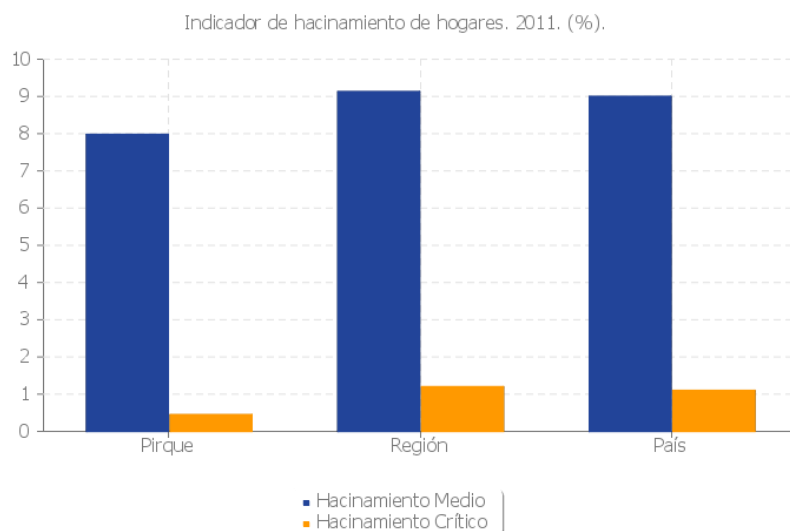
Fuente: Reportes estadísticos comunales 2012. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

El índice de hacinamiento es la razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma. Según encuesta CASEN, En Pirque, el 91.57% de los hogares no presentan condiciones de hacinamiento. El año 2009 el 10.27 % vive en condiciones de hacinamiento medio, superando la realidad de la Región Metropolitana y del País. Al año 2011 esta cifra disminuyó a 7.98%, lo que representa un avance significativo para la Comuna, presentando mejores indicadores si se compara con la realidad Nacional y Regional

Índices de hacinamiento de hogares CASEN 2003-2011

Hacinamiento en los Hogares	2003	2006	2009	2011	% según Territorio (2011)		
					Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	4.675	4.203	5.208	5.484	91,57	89,67	89,80
Hacinamiento Medio	67	610	596	478	7,98	9,13	9
Hacinamiento Crítico	0	37	0	27	0,45	1,20	1,10
Total	4.742	4.850	5.804	5.989	100	100	100

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



Fuente: Reportes estadísticos comunales 2012. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

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.

3. INDICADORES ECONÓMICOS

Las tasas de desocupación a nivel nacional son uno de los indicadores más relevantes a la hora de establecer comparaciones regionales o comunales. Ellas, reflejan en gran medida la situación económica de la Comuna en relación a la Región y al conjunto del país. Como dato de referencia, cabe mencionar que la tasa de desempleo nacional ha ido reduciéndose desde 2009, y en la actualidad se sitúa en torno al 6-7%.

Relacionado con el empleo y la actividad económica, y con la finalidad de comprender las características propias de cada Comuna y poner en concordancia las políticas de promoción de la actividad empresarial con la realidad comunal, es necesario conocer y ponderar la importancia relativa de la pequeña, mediana y microempresa y la cantidad de empleos que generan cada una.

Población ocupada, desocupada e inactiva CASEN 2006-2009-2011

Territorio	Ocupados			Desocupados			Inactivos		
	2006	2009	2011	2006	2009	2011	2006	2009	2011
Pirque	8.337	9.364	11.083	646	972	918	6.467	7.401	6.654
R. Metropolitana	2.882.673	2.905.593	3.053.904	215.992	326.132	209.017	1.939.294	2.171.864	2.189.606
País	6.577.961	6.636.881	6.914.037	519.357	755.252	579.050	5.288.126	5.871.272	5.900.029

Número de empresas según tamaño 2007-2009-2011 (en base al cálculo de las ventas anuales de un contribuyente)

Tamaño Empresa	Comuna			Región			País		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
Grande	7	8	11	7.160	7.135	8.397	10.206	10.208	12.106
Mediana	16	14	17	11.654	12.043	14.135	19.597	20.206	23.939
Micro	643	631	704	233.213	234.596	240.724	610.423	614.387	627.310
Pequeña	143	176	192	65.348	67.670	78.377	132.049	137.683	160.944
Total	809	829	924	317.375	321.444	341.633	772.275	782.484	824.299

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

4. INDICADORES EDUCACIONALES**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.

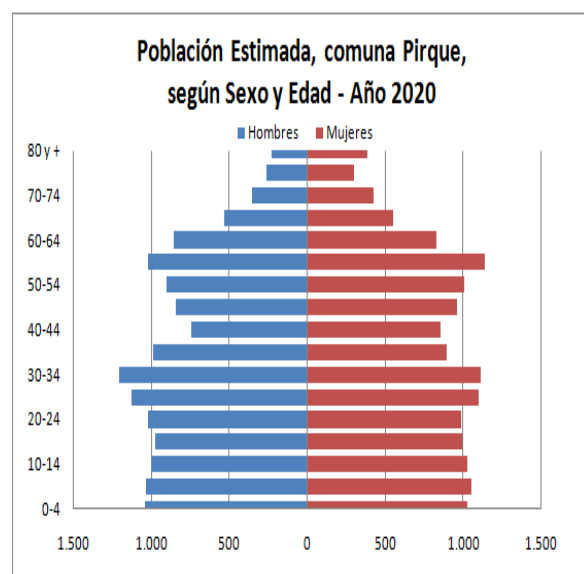
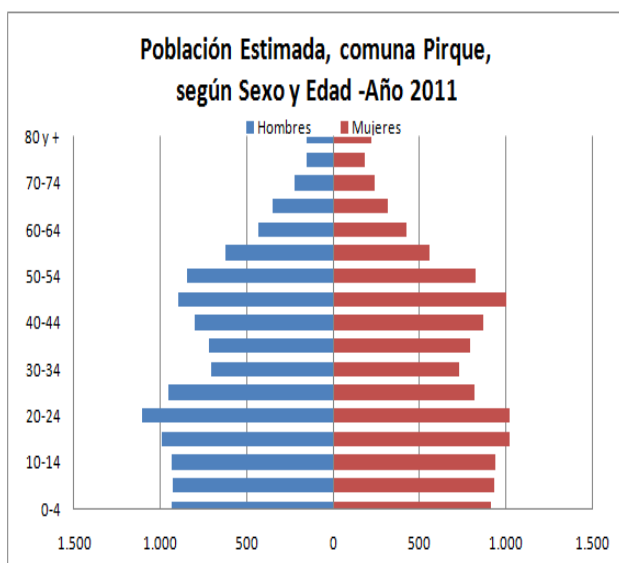
La situación observada da cuenta de un progresivo traslado de alumnos desde la educación municipalizada a establecimientos particulares subvencionados de la comuna de Puente Alto. Esta tendencia es un fenómeno que se observa a nivel nacional y que afecta la continuidad de los sistemas escolares municipalizados.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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 realidad de la Comuna en cuanto a la distribución por edades, sigue la tendencia Nacional, en que aumentan cada año las personas mayores de 65 años, en ambos sexos.

Esta realidad supone un desafío para el sector salud, haciendo necesario ampliar los cuidados a los adultos mayores, pero sobretodo implementando acciones tendientes a la prevención de enfermedad y promoción de estilos de vida saludable.

En Chile la tasa de natalidad del año 2012 es de 14.0, similar a la de la Región Metropolitana que es 14.2

De las Comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (ssmsso); La Pintana, La Granja y San Ramón superan la tasa de Natalidad del País y la R. Metropolitana. Por el contrario, Pirque San José de Maipo, Puente Alto y La Florida presentan valores inferiores, tal como lo muestra la siguiente tabla:

Tasa de Natalidad. Chile año 2012

	Tasa de natalidad (x 1000 habitantes)
País	14.0
Región Metropolitana	14.2
Pirque	12.6
San José de Maipo	12.5
Puente Alto	11.0
San Ramón	16.6
La Pintana	16.2
La Granja	15.0
La Florida	11.8

Fuente: Anuario de estadísticas vitales. Chile año 2012. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. Ministerio de Salud

En Chile, la tasa de mortalidad en niños menores de 1 año es de 7.4.

Pirque, presenta valores inferiores a la realidad Nacional y Regional; con una tasa de mortalidad de 3.3

De las siete Comunas pertenecientes al ssmsso, es la segunda tasa de mortalidad más baja después de San José de Maipo., como se muestra en la siguiente tabla.

Mortalidad infantil en menores de 1 año. Chile año 2012

	Defunciones en menores de 1 año	tasa
País	1812	7.4
Región Metropolitana	698	7.0
Pirque	1	3.3
San José de Maipo	0	0.0
Puente Alto	47	5.6
San Ramón	11	8.0
La Pintana	24	7.3
La Granja	10	5.5
La Florida	28	6.0

Fuente: Anuario de estadísticas vitales. Chile año 2012. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. Ministerio de Salud

La mortalidad general en Pirque, presenta una tasa de 4.7; inferior a la realidad País (tasa de 5.7) y a la Región Metropolitana (tasa de 5.3).

Se presentan mayor número de defunciones en hombres que en mujeres, lo que coincide en el País, la Región Metropolitana y las 7 Comunas pertenecientes al ssmso.

Mortalidad General. Chile año 2012

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	tasa	Defunciones	tasa	Defunciones	tasa
País	98711	5.7	51814	6.0	46897	5.3
Región Metropolitana	37286	5.3	18849	5.5	18437	5.1
Pirque	113	4.7	65	5.4	48	4.0
San José de Maipo	83	5.7	49	6.4	34	5.0
Puente Alto	2200	2.9	1100	3.0	1100	2.8
San Ramón	650	7.9	335	8.3	315	7.5
La Pintana	854	4.2	472	4.7	382	3.8
La Granja	734	6.0	379	6.4	355	5.7
La Florida	1882	4.7	944	4.8	938	4.7

Fuente: Anuario de estadísticas vitales. Chile año 2012. Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS. Ministerio de Salud

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

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.

El último Diagnostico Participativo realizado en la Comuna es del año 2013 y tiene una vigencia de 2 años.

Para el año 2015, se ha planificado realizar un nuevo diagnóstico participativo, utilizando la modalidad de encuesta; con el objetivo de poder abarcar un mayor número de participantes y recoger así las opiniones de la comunidad en temas relacionados con la salud. Con los antecedentes obtenidos se pretende trabajar activamente con nuestros consejos de usuarios en el análisis de los datos, buscando soluciones o mejoras en conjunto.

Esta herramienta será, por lo tanto, un complemento al trabajo de participación social que se realiza constantemente en la Comuna.

PARTICIPACIÓN CIDADADANA

Durante el año 2014 se logró la reactivación de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna, que se encontraban inactivos, tanto del CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda, como del Centro de Salud Rural El Principal. Ambos Consejos de Desarrollo Local, cuentan con su personalidad jurídica activa también. Los Consejos de Desarrollo establecieron su plan de trabajo y mantienen reuniones mensuales.

Además durante el año 2014 se conformó un Consejo de Usuarios del CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda.

Importante destacar que se conformó el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas en el CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda y en Cefsam El Principal, con el objetivo de analizar el conjunto de las solicitudes ciudadanas recibidas por Establecimiento de Salud, identificando las fortalezas en la atención y las dificultades que provocan insatisfacción en la población usuaria. Y así contribuir en las mejoras continuas de los Establecimientos de Salud.

EVALUACIÓN DE SOLICITUDES CIUDADANAS PRIMER SEMESTRE 2014			
	SUGERENCIAS	FELICITACIONES	RECLAMOS
CESFAM J.M. BALMACEDA	2	5	34
C.S.R. EL PRINCIPAL	0	8	20

Tanto para los Consejos de usuarios, como para la Dirección de salud, es muy importante ver reflejada la realidad de nuestra atención diaria en la OIRS, es por esta razón que se está realizando un trabajo de difusión, con el objetivo de que los usuarios se acerquen y expresen sus inquietudes con respecto a la labor y funcionamiento diario de los Centros de Salud, para así continuar aplicando mejoras y aumentando la satisfacción de nuestros usuarios.

Fruto del trabajo realizado durante el año 2014, hemos querido plasmar en este Plan Comunal de Salud, las opiniones e inquietudes manifestadas por la comunidad, representada en los consejos de desarrollo local.

Algunos de los temas de interés fueron los siguientes:

Difusión, prevención y promoción en salud

Enfermedades del corazón

Obesidad en niños y adolescentes

Cáncer

Climaterio

VIH

Embarazo adolescente

Dando cumplimiento a las orientaciones ministeriales referidas a que el plan de salud comunal debe ser elaborado con la participación de los usuarios y la comunidad, el día 03 de Noviembre de 2014, se realizó mesa de trabajo a la cual se convocó a los integrantes de las Directivas de los Consejos de desarrollo local y comité de usuarios.

OBJETIVOS:

Dar a conocer las opiniones e inquietudes más frecuentemente manifestadas por la comunidad en diferentes reuniones efectuadas durante el año 2014

Reflexionar en torno a estas opiniones, con el fin de trabajar en conjunto las estrategias que se implementarán en la Comuna durante el año 2015, y que estarán incluidas en el Plan de Salud Comunal 2015.

Participantes:

Directivos de Consejos de desarrollo local y comité de usuarios, Jefa de Salud, Directoras de Cesfam J. M. Balmaceda y El Principal, Encargadas de participación social y coordinadora técnica de salud.

Producto del diálogo, se pudo concluir que la estrategia principal, que aportaría a solucionar la mayor parte de las preocupaciones de los usuarios, corresponde al trabajo de ***“Difusión, prevención y promoción de estilos de vida saludable”***.

Dentro del plan comunal de salud para el año 2015, se han incorporado actividades educativas relacionadas al climaterio y además se pretende aumentar la cobertura de controles realizados por matrona en ese grupo de mujeres.

Además de los 6 temas mencionados originalmente, surgieron del trabajo realizado, otros temas de interés, que se detallan a continuación:

1. Programa de postrados:

Reordenamiento del trabajo con postrados, siguiendo las orientaciones técnicas del minsal, para llevar un mejor control de los pacientes ingresados y priorizar las acciones en aquellos que tienen mayor nivel de dependencia.

Se sugiere para el 2015 capacitar y formar grupos de monitoras para pacientes postrados.

2. Aumentar el uso de oficina OIRS para la canalización de Reclamos, sugerencias o felicitaciones de los usuarios y continuar trabajando con el comité de Gestión de solicitudes ciudadanas. Se sugiere aumentar frecuencia de reuniones de trabajo.
3. Se solicita incorporar en talleres educativos la temática de VIH, prevención de embarazo adolescente, sexualidad y afectividad, consumo de alcohol y tabaco en Adolescentes.
4. Mejorar sistema de dación de horas en los centros de salud, sobretudo, las horas telefónicas.

ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD 2014

La comuna de Pirque desde el año 1998, puso en marcha una reforma en su modelo de atención, con un enfoque que actualmente se conoce como Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Este modelo de atención, ha priorizado la presencia de personal en salud que aumente su capacidad resolutive y mejore la oportunidad de acceso a la atención médica a los diferentes sectores de la comuna.

La comuna cuenta con un equipo multidisciplinario enfocado en la atención familiar y es así como la aplicabilidad de este modo de atención en salud ha pretendido focalizar sus recursos en aquellos sectores con mayor población beneficiaria y vulnerabilidad.

En Pirque, los principales centros de atención primaria son el Centro de Salud Familiar (CESFAM) José Manuel Balmaceda, ubicado en el centro de la comuna, que cuenta además con un servicio de urgencia rural (S.U.R.) y el Cesfam El Principal, ubicado en el sector del mismo nombre.

Las Postas rurales son: La Puntilla, (con el mayor número de pacientes inscritos), le sigue Santa Rita y San Vicente, todas ellas ubicadas en los respectivos sectores del mismo nombre. A su vez, la comuna cuenta con un COSAM ubicado en el sector de Santa Rita

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

Dirección de Salud: A cargo de la Secretaria General Sra. Ángela Gálvez Osorio como jefe de salud, y su equipo formado por coordinación técnica, adquisiciones, estadística comunal, farmacia y encargado GES comunal.

Dependen de esta dirección: Cesfam José Manuel Balmaceda, Cesfam El Principal, Posta La Puntilla, Posta Santa Rita, Posta San Vicente y Cosam de Pirque.

Establecimiento	Director(a)
Cesfam J.M.Balmaceda	Enfermera Sra. Patricia Gallardo
Cesfam El Principal	Médico Sra. Carmen Villalobos
Posta La Puntilla	Encargada de Postas: Matrona Sra. Nancy Ureta. Depende de la Dirección del Cesfam J.M. Balmaceda.
Posta Santa Rita	
Posta San Vicente	
Cosam	Psicólogo Sr. Jean Paul Fromin

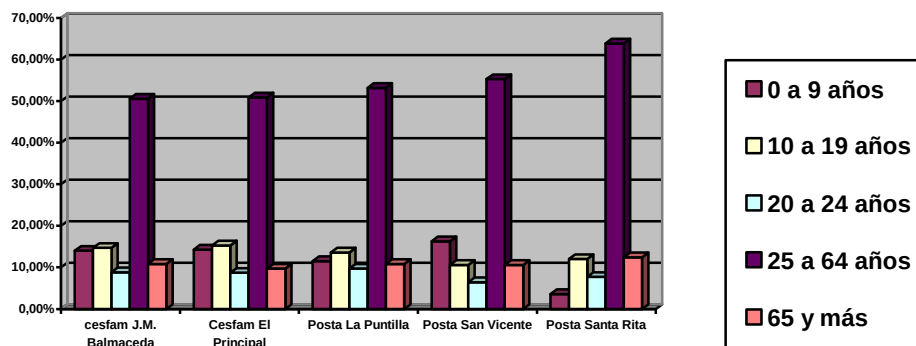


Población asignada a los Centros de Salud

Establecimiento	Población año 2011	Población año 2012	Población año 2013	Población año 2014
Cesfam J.M.Balmaceda	8026	9288	9139	9425
Cesfam El Principal	6574	6692	6969	7448
Posta La Puntilla	1756	1900	1663	1743
Posta Santa Rita	318	2	256	274
Posta San Vicente	340	5	38	141
Posta Lo Arcaya	127	546	-	-
Total	17141	18433	18065	19031

Población por grupo etario y centro de Salud. En base a población inscrita y validada año 2014

grupo etario	establecimiento									
	cesfam J.M. Balmaceda		Cesfam El Principal		Posta La Puntilla		Posta San Vicente		Posta Santa Rita	
ambos sexos										
0 a 9 años	1324	14,0%	1068	14,3%	201	11,5%	23	16,3%	10	3,6%
10 a 19 años	1382	14,7%	1136	15,3%	237	13,6%	15	10,6%	33	12,0%
20 a 24 años	827	8,8%	651	8,7%	169	9,7%	9	6,4%	21	7,7%
25 a 64 años	4773	50,6%	3793	50,9%	927	53,2%	78	55,3%	175	63,9%
65 y más	1022	10,8%	719	9,7%	189	10,8%	15	10,6%	34	12,4%
TOTAL	9328	99,0%	7367	98,9%	1723	98,8%	140	99,3%	273	99,6%
sin información	97	1,0%	81	1,1%	20	1,2%	1	0,7%	1	0,4%
TOTAL	9425	100,0%	7448	100,0%	1743	100,0%	141	100,0%	274	100,0%



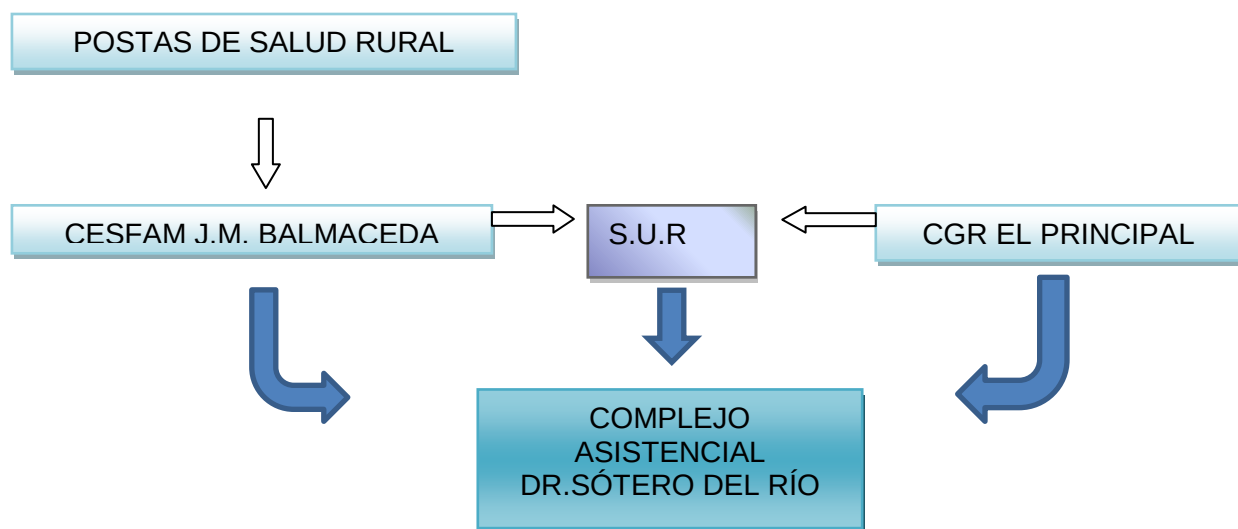
RED DE DERIVACIÓN DE USUARIOS

Base de la gestión de los centros de salud es la Gestión de redes, que permite, entre otras cosas, focalizar las derivaciones de nuestros usuarios. La necesidad de atención especializada se realiza a nuestros usuarios en el Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT) del Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río (CASR).

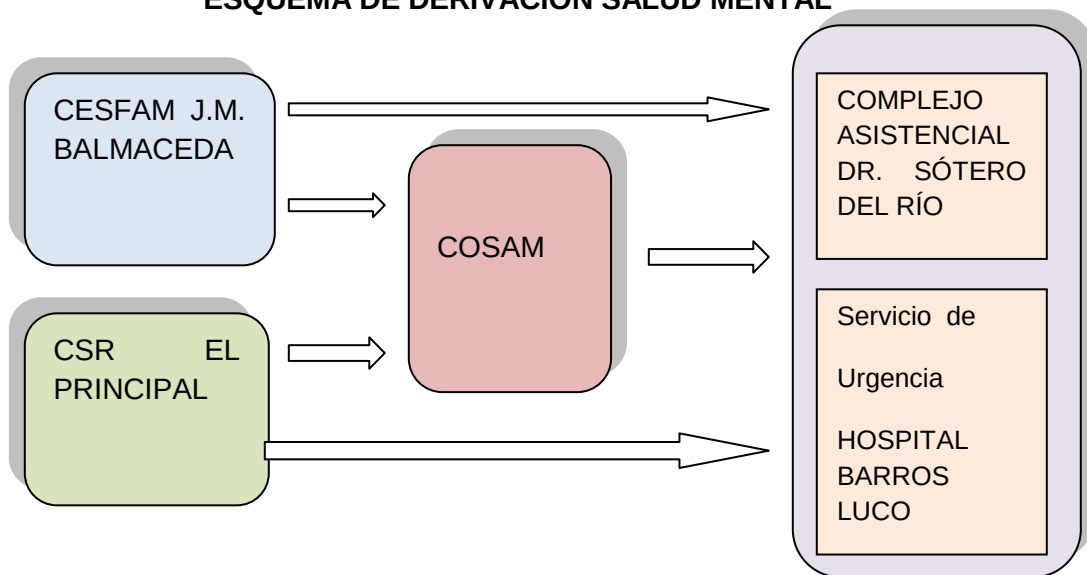
En el caso de que nuestros usuarios requiriesen de atención de urgencia de mediana o alta complejidad, se deriva al servicio de urgencia de este centro.

Desde las 17:00 horas, de lunes a viernes hasta las 23:00 hrs y de 8:00 a 14 horas sábado, domingos y festivos, se deriva al Servicio de urgencia comunal (S.U.R), que ofrece la posibilidad de atención médica profesional en horario no hábil de funcionamiento de nuestros centros.

ESQUEMA DE DERIVACIÓN DESDE APS



ESQUEMA DE DERIVACION SALUD MENTAL

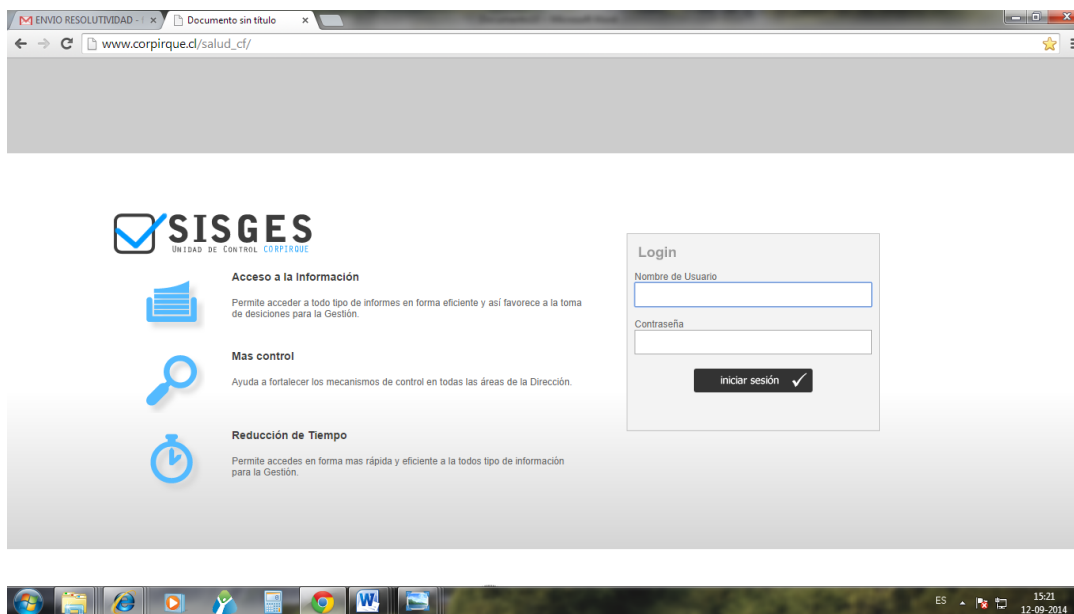


GESTION DE LISTA DE ESPERA

El Comité de lista de gestión de lista de espera es Comunal y está compuesto por:

- Medico Contralor
- Coordinadora con el prestador externo en lista de espera de resolutividad.
- Funcionarias administrativas que realizan funciones de rescate y registro en Sistema informático interno (SISGES).

La Corporación durante el año 2014 creó una plataforma informática SISGES, para las interconsultas de Resolutividad y solicitudes de imágenes; de esta forma llevamos un seguimiento y control de las solicitudes generadas en la Comuna.



Control y Gestión

www.corpirque.cl/salud_cf/aplicacion/resol/ver_todos.php?Dtarea=17

Todos las Interconsultas Registradas

FOLIO	FECHA SOL.	PACIENTE	CENTRO	TIPO EXAMEN	ENVIO POLIC.	ATENCION	ESTADO	ACCIONES
1	00-00-0000	7346803-5 - Alejandra Muñoz Muñoz (56)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No se pudo contactar a paciente	🔧 📄
2	00-00-0000	17032874-4 - Alexis Castillo Fuentes (24)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No se pudo contactar a paciente	🔧 📄
3	00-00-0000	7814017-8 - Bernardita Zambrano Quintana (55)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
4	00-00-0000	9233100-8 - Manuel Pulgar acevedo (50)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	30-05-2014	Recibio Atención	🔧 📄
5	00-00-0000	16603616-k - Ana Pulgar Salas (27)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
6	00-00-0000	5908465-8 - Juan Flores Ulloa (64)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
7	01-02-2014	8538054-1 - Paulina Roca Palma (56)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No Acudio	🔧 📄
8	01-02-2014	6804428-6 - Francisco Soto Rubio (61)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No Acudio	🔧 📄
9	01-02-2014	13694298-8 - Isabel Herrera Molina (34)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
10	01-02-2014	18074307-3 - Carolina Martinez Vargas (22)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No se pudo contactar a paciente	🔧 📄
11	01-02-2014	11447498-3 - Marcelino Sandoval Ruiz (45)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No Acudio	🔧 📄
12	01-03-2014	14187102-1 - Adelaida Huznet Gonzalez (32)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No Acudio	🔧 📄
13	01-03-2014	8693890-1 - Placido Reyes Palacios (54)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	En Proceso	🔧 📄
14	01-03-2014	17871942-4 - Carlos Arancibia Tudela (22)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No Acudio	🔧 📄
15	01-03-2014	11267345-8 - Sandra Gonzalez Morales (45)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
16	24-03-2014	19516884-9 - Katherine Pinto Valdes (17)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
17	11-04-2014	9601422-8 - Patricio Ulloa Bravo (51)	Balmaceda	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
18	20-04-2014	4912266-7 - Ana henriquez Tobar ()	Principal	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	No Acudio	🔧 📄
19	01-04-2014	7814165-4 - Juan Cabello Lopez ()	Principal	INTERCONSULTA ORL	22-05-2014	00-00-0000	Recibio Atención	🔧 📄
20	10-12-2013	10313398-k - Isabel Sandoval (48)	Balmaceda	INTERCONSULTA OFTALMOLOGIA	22-05-2014	00-00-0000	No Acudio	🔧 📄
21	02-12-2013	18077852-7 - Edgar Pizarro (20)	Balmaceda	INTERCONSULTA OFTALMOLOGIA	22-05-2014	00-00-0000	No se pudo contactar a paciente	🔧 📄

Las interconsultas realizadas durante el último año se muestran a continuación:

INTERCONSULTAS CESFAM EL PRINCIPAL			CESFAM J. M. BALMACEDA	
ESPECIALIDADES	Nº Interconsultas	Porcentaje	Nº Interconsultas	Porcentaje
Oftalmología	290	43%	356	32%
Otorrinolaringología	59	8,60%	119	10,60%
Obstetricia	49	7,18%	93	8,20%
Cirugía Maxilo Facial	42	6,15%	93	8,20%
Medicina Física	37	5,42%	71	6,32%
Cirugía Adulto	34	4,90%	49	4,36%
Gastroenterología	23	3,37%	43	3,80%
Traumatología	20	2,93%	40	3,56%
Urología	17	2,49%	35	3,10%
Medicina Interna	17	2,49%	30	2,60%
Ginecología	16	2,34%	23	2,00%
Cirugía Infantil	16	2,34%	20	1,70%
Neurología	12	1,75%	18	1,60%
Pediatría	8	1,17%	18	1,60%
Cardiología	7	1,02%	17	1,51%
Cirugía Vascular	7	1,02%	16	1,42%
Nefrología	6	0,87%	14	1,24%
Endocrinología	4	0,58%	13	1,15%
Dermatología	4	0,58%	13	1,15%
Broncopulmonar	4	0,58%	10	0,89%
Enfermedad de T.Sexual	4	0,58%	9	0,80%
Hematología	2	0,29%	9	0,80%
Reumatología	2	0,29%	8	0,71%
Proctología	2	0,29%	5	0,44%
TOTAL INTERCONSULTAS Noviembre 2013 a 1 Noviembre 2014	682	100%	1122	100%

PRESUPUESTO 2015

GASTOS

CUENTAS	DESCRIPCIÓN	PROYECTO PRESUPUESTO 2015 M\$
215-21	C X PAGAR GASTOS EN PERSONAL	2.200.632
215-21-01	PERSONAL DE PLANTA	723.482
215-21-02	PERSONAL A CONTRATA	1.067.750
215-21-03	OTRAS REMUNERACIONES	189.400
215-21-04	OTROS GASTOS EN PERSONAL	220.000
215-22	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	438.500
215-22-01	ALIMENTOS Y BEBIDAS	500
215-22-02	TEXTILES VESTUARIOS Y CALZADO	14.000
215-22-03	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	24.000
215-22-04	MATERIALES DE USO O CONSUMO	188.000
215-22-05	SERVICIOS BASICOS	44.000
215-22-06	MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	30.500
215-22-07	PUBLICIDAD Y DIFUSION	8.000
215-22-08	SERVICIOS GENERALES	9.000
215-22-09	ARRIENDOS	26.000
215-22-10	SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	13.500
215-22-11	SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	68.000
215-22-12	OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	13.000
215-24	C X PAGAR TRANSFERENCIAS CORRIENTES	9.000
215-24-01	AL SECTOR PRIVADO	9.000
215-26	C X PAGAR DE OTROS GASTOS CORRIENTES	1.500
215-26-01	DEVOLUCIONES	1.500
215-29	C X PAGAR ADQ. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	23.000
215-29-04	MOBILIARIO Y OTROS	8.000
215-29-05	MÁQUINAS Y EQUIPOS	10.000
215-29-06	EQUIPOS INFORMATICOS	5.000
215-34	C X PAGAR SERVICIO DE LA DEUDA	100.000
215-34-07	DEUDA FLOTANTE	100.000
T O T A L E S		2.772.632

PRESUPUESTO 2015

INGRESOS

ITEM	DESCRIPCIÓN	PROYECTO PRESUPUESTO 2015 M\$
05	CUENTAS POR COBRAR TRANSF. CORRIENTES	2.592.860
05-03	DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	2.482.860
05-03-006	DEL SERVICIO DE SALUD	1.738.498
05-03-006-001	ATENCION PRIMARIA	1.188.498
05-03-006-001-001	REMESA PERCAPITA BASE	1.105.300
05-03-006-001-001	ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL	83.198
05-03-006-002	OTROS APORTES	550.000
05-03-101	DE LA MUNICIPALIDAD A SERV. INCORPORADOS	744.362
05-03-101-001	DEFICIT OPERACIONAL	744.362
05-07	C X C DE INGRESOS DE OPERACIÓN	110.000
05-07-02	VENTA DE SERVICIOS	110.000
08	CUENTAS POR COBRAR OTROS INGRESOS CTES.	179.772
08-01	RECUP. Y REEMBOLSOS POR L. MEDICAS	11.000
08-01-001	REEMBOLSO ART. 4 LEY N° 19345	1.000
08-01-001-001	REEMBOLSO SUBS. ACCID. DEL TRABAJO Y ENF. PROF	1.000
08-01-002	RECUPERACIÓN ART. 12 LEY N° 18196	10.000
08-01-002-001	RECUPERACIÓN SUBS. PERS. AFILIADO A ISAPRE-CCAF	10.000
08-99	OTROS	168.772
08-99-999	OTROS	168.772
08-99-999-001	OTROS INGRESOS OTROS	168.772
T O T A L \$		2.772.632

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

El sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. Este régimen establece para cada problema de salud garantías explícitas, que constituyen derechos para los asegurados, y en caso de no ser cumplidas, éstas deben exigirse a FONASA y, en último término, a la Superintendencia 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, que se detallan a continuación:

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 requieren 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
34.	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 craneo encefálico 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.

Los Centros de Atención Primaria son la puerta de entrada al sistema GES, ya que son estos establecimientos los principales derivadores de estas patologías a otros centros de la Red Asistencial para confirmación, exámenes y tratamiento.

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 del 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.

Las garantías activadas a la fecha en este tipo de prestaciones realizadas en la Comuna son de 1.953 correspondiente al 2.1% del Servicio de Salud Sur Oriente.

Ahora bien, según el registro de casos generados por APS (Atención Primaria de Salud), podemos señalar que la comuna de Pirque ha generado 3.029 Casos Ges entre Enero y Septiembre del año 2014, los que se desglosan en:

PROBLEMA DE SALUD	CASOS GES
Cáncer cervicouterino (caso en sospecha)	635
Cáncer cervicouterino (caso descartado)	582
Infección respiratoria aguda (casos confirmados)	232
Hipotiroidismo en personas de 15 años y más (casos confirmados)	191
Hipertensión arterial (casos confirmados)	181
Depresión (caso confirmado)	172
Displasia luxante de caderas (casos en sospecha)	133
Displasia luxante de caderas (casos descartados)	124
Salud oral del niño (casos en espera de atención)	113
Salud oral de la embarazada (casos en espera de atención)	100
Artrosis de cadera y/o rodilla o moderada artrosis de cadera leve o moderada	99
Diabetes Mellitus tipo 2 (casos confirmados)	99

Hipertensión arterial (casos en sospecha)	82
Asma bronquial (caso confirmado)	62
Asma bronquial 15 años y más (caso confirmado)	50
Hipertensión arterial (casos cerrados)	37
Neumonía (casos confirmados)	28
Salud oral adulto (casos activos)	20
Prevención secundaria IRCT (casos confirmados)	18
Tratamiento erradicación helicobacter pylori (casos confirmados)	18
Ortesis (casos confirmados)	15
Colecistectomía preventiva (caso confirmado)	10
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (casos confirmados)	8
Dependencia de alcohol y drogas (caso activo)	7
Colecistectomía preventiva (caso en sospecha)	4
Enfermedad de parkinson (caso confirmado)	4
Colecistectomía preventiva (caso cerrado)	3
Infección respiratoria aguda (casos cerrados)	1
Vicios de refracción otros vicios de refracción (caso confirmado)	1
TOTAL GENERAL	3.029

Frente a las exigencias y demandas de estos servicios, la Corporación Municipal de Pirque, inició un proceso de conformación de equipos para cada uno de los centros de atención. En la actualidad, la comuna presenta una digitadora responsable por cada centro de salud y cosam junto a una profesional del área social quien coordina y lidera este equipo, con la finalidad de otorgar las prestaciones oportunas hacia los pacientes, en el marco de sus derechos.

En materia de trabajo en equipo se había proyectado potenciar al equipo y consolidar su quehacer, con ello se inició en la gestión 2014 un Proceso de Capacitación Acreditada desde el SSMSO para el equipo Ges, donde además participa el equipo de Cosam de la comuna.

COMPROMISOS DE GESTIÓN

Los compromisos que el equipo de salud debe cumplir, están definidos por el MINSAL e incluidos en las orientaciones programáticas de cada año.

El logro de los objetivos que pretende el cumplimiento de estos compromisos tiene relación con los objetivos sanitarios planteados para la década 2011-2020 por el Ministerio de Salud

Objetivos sanitarios para la década.

Señalan los compromisos en salud que deben alcanzarse al 2020, expresados en METAS SANITARIAS. Definidos como la referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que se deben realizar en cualquier nivel del sistema de salud chileno.

Los objetivos sanitarios para la década son:

- Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.
- Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
- Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilo de vida saludables.
- Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.
- Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
- Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
- Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
- Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.

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 2013 se logró un cumplimiento comunal de 97.6%, tal como se aprecia en la siguiente tabla

METAS SANITARIAS 2013		PACTADO	LOGRADO
META 1: Recuperación del desarrollo psicomotor	Niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período Enero a Diciembre 2013	80%	88.24%
META 2: Cobertura de Papanicolaou	Reducción de brecha de mujeres de 25 a 64 años sin Papanicolaou vigente	20%	18.10%
META 3A: Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de Enero a Diciembre de 2013	72%	69.64%
META 3B: Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas	embarazadas con alta odontológica total de Enero a Diciembre 2013	65%	60.5%
META 3C: Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años	niños de 6 años con alta odontológica total de Enero a Diciembre 2013	75%	80.4%
META 4: Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más	Diabéticos de 15 y más años con Hb A1c <7% según último control vigente de Enero a Diciembre 2013	17.10%	18.58%
META 5: Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más	Hipertensos de 15 y más años con PA <140/90 mmHg, según último control vigente de Enero a Diciembre 2013	53.50%	53.91%
META 6: Obesidad en Niños Menores de 6 años	niños/as menores de 6 años bajo control, obesos, a Diciembre 2013	9.50%	10.4%

META 7: Consejos de Desarrollo de Salud Funcionando	Nº Consejos de Desarrollo de Salud con plan ejecutado y evaluado (al menos 2 temas nacionales) a Diciembre 2013	100%	100%
META 8: Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años	Personas diabéticas bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente	90%	85.08%
CUMPLIMIENTO COMUNAL			97.6%

Lo logrado a Septiembre de 2014 se presenta a continuación:

METAS SANITARIAS 2014		PACTADO	LOGRADO
META 1: Recuperación del desarrollo psicomotor	Niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período Enero a Diciembre 2014	90%	52,94%
META 2: Cobertura de Papanicolaou	Reducción de brecha de mujeres de 25 a 64 años sin Papanicolaou vigente	20%	7% (Junio)
META 3A: Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de Enero a Diciembre de 2014	74%	66,67%
META 3B: Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas	embarazadas con alta odontológica total de Enero a Diciembre 2014	68%	57,58%
META 3C: Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años	niños de 6 años con alta odontológica total de Enero a Diciembre 2014	79%	65,64%
META 4: Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más	Diabéticos de 15 y más años con Hb A1c <7% según último control vigente de Enero a Diciembre 2014	20%	16,93%
META 5: Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más	Hipertensos de 15 y más años con PA <140/90 mmHg, según último control vigente de Enero a Diciembre 2014	57.20%	55,31%
META 6: Obesidad en Niños Menores de 6 años	niños/as menores de 6 años bajo control, obesos, a Diciembre 2014	9.4%	9,21%
META 7: Consejos de Desarrollo de Salud Funcionando	Nº Consejos de Desarrollo de Salud con plan ejecutado y evaluado (al menos 2 temas nacionales) a Diciembre 2014	100%	100%
META 8: Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años	Personas diabéticas bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente	90%	82,20%

Para el año 2015 se han fijado las metas que se muestran a continuación, eliminándose la meta de Obesidad infantil, que fue reemplazada por meta de Lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida

METAS SANITARIAS 2015		PACTADO
META 1: Recuperación del desarrollo psicomotor	Niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período Enero a Diciembre 2015	90%
META 2: Cobertura de Papanicolaou	Reducción de brecha de mujeres de 25 a 64 años sin Papanicolaou vigente a Diciembre 2015	20%
META 3A: Cobertura de Alta Odontológica Total en Adolescentes de 12 años	Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de Enero a Diciembre de 2015	74%
META 3B: Cobertura de Alta Odontológica en Embarazadas	embarazadas con alta odontológica total de Enero a Diciembre 2015	68%
META 3C: Cobertura Alta Odontológica Total en Niños de 6 años	niños de 6 años con alta odontológica total de Enero a Diciembre 2015	79%
META 4: Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 años y más	Diabéticos de 15 y más años con Hb A1c <7% según último control vigente de Enero a Diciembre 2015	18.93%
META 5: Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más	Hipertensos de 15 y más años con PA <140/90 mmHg, según último control vigente de Enero a Diciembre 2015	55.43%
META 6: Porcentaje de niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva	Porcentaje de niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva de Enero a Diciembre 2015	37.11%
META 7: Consejos de Desarrollo de Salud Funcionando	Nº Consejos de Desarrollo de Salud con plan ejecutado y evaluado (al menos 2 temas nacionales) a Diciembre 2015	100%
META 8: Evaluación Anual de Pie en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años	Personas diabéticas bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente a Diciembre de 2015	90%

ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (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 cumplimiento sobre el 90% de la meta pactada para este indicador asegura el pago total de la remesa Per cápita. El no cumplimiento de este, significará una rebaja en este aporte proporcional al grado de incumplimiento

En la siguiente tabla se muestra el cumplimiento de IAAPS del año 2013:

COMPONENTES	META PAIS	META COMUNAL	INDICE MAXIMO	RESULTADO	INDICE OBTENIDO
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), hombres de 20 a 44 años	25	12.10	8.0	12.3	8.0
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), mujeres de 45 a 64 años	25	21.40	8.5	23.2	8.5
Cobertura de EFAM de 65 años y más	50	40.00	8.5	39.4	8.37
Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	85	85.00	8.0	88.6	8.0
Cobertura de examen de salud del adolescente integral entre 10 y 14 años	5	11.00	8.0	17.2	8.0
Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	19	30.00	8.0	31.1	8.0
Gestión de Reclamos en Atención Primaria	90	97.80	10.0	100.0	10.0
Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	52	47.00	10.0	51.8	10.0
Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	68	82.02	10.0	80.8	9.86
Cobertura Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niñas/os de 12 a 23 meses bajo control	91	95.10	10.0	73.6	7.74
Tasa de Visita Domiciliaria Integral	0.18	0.32	11.0	0.273	9.39
			100		95.86

Análisis IAAPS. 2º Corte (Junio) Año 2014

COMPONENTE	META COMUNAL	ESPERADO 2º CORTE	DATOS REM	RESULTADO REM 2º CORTE
Cobertura Examen Medicina Preventiva (EMP) hombres 20 a 44 años	14	6,3	213	6,91
			3.083	
Cobertura Examen Medicina Preventiva (EMP) mujeres 45 a 64 años	21	9,45	126	9,33
			1.350	
Cobertura de EMPAM de 65 años y más	41	18,45	315	15,92
			1.979	
Ingreso control embarazo antes de las 14 semanas	86	86	108	81,2
			133	
Proporción menores de 20 años con alta odontológica total	30	13,5	832	15,33
			5.429	
Gestión Reclamos APS	98	98	42	100
			42	
Cobertura Diabetes II en personas mayores de 15 años y más	54	54	973	57,79
			1.784	
Cobertura Hipertensión en personas mayores de 15 años y más	79	79	2.711	82,24
			3.296	
Cobertura Evaluación DSM de 12 a 23 meses bajo control	91	40,95	111	47,23
			235	
Tasa Visita Domiciliaria	0,28	0,13	794	0,167
			4.757	

Podemos ver en la tabla anterior que en 7 de los 10 componentes evaluados, se supera el cumplimiento esperado, sin embargo, no se alcanzó el cumplimiento esperado en:

- Cobertura de examen de medicina preventiva (EMP) en mujeres de 45 a 64 años
- Cobertura de examen de medicina preventiva del adulto mayor EMPAM
- Ingreso control embarazo antes de las 14 semanas

Por este motivo se implementaron diferentes estrategias para mejorar esta situación.

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 reforzamiento. Durante el 2014 a la comuna llegaron programas como resolutiveidad, imágenes diagnósticas, complementarios, odontológico integral y sus derivados.

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

En el siguiente cuadro se pueden observar algunos de los cumplimientos a Diciembre de 2013 y lo ejecutado a Octubre de 2014:

COMPONENTES	2013		2014	
	META ANUAL	CUMPLIMIENTO 2013	META ANUAL	CUMPLIMIENTO 2014 (OCTUBRE)
Consultas oftalmología	240	239 (99,6%)	240	193 (80%)
Consultas otorrino	50	43 (86%)	44	31 (70%)
Eco Abdominal	115	103 (89,6%)	114	73 (64%)
Mamografías	351	236 (67%)	351	291 (83%)
Eco Mamaria	105	223 (212%)	105	101 (96%)
Cirugía Menor Ambulatoria	250	187 (74,8%)	220	223 (101%)
Rx Tórax	93	171 (183%)	99	102 (103%)
Rx Pélvis	144	141 (97,9%)	144	192 (133%)

Para el año 2015, dado el alto porcentaje de cumplimiento obtenido por la comuna en los programas de reforzamiento, se espera contar con programa de teledermatología

Esta estrategia tiene como objetivo disminuir las brechas de atención en el acceso a especialidad de dermatología. Este es un componente que se implementará, con Médico de APS, y Especialista Dermatólogo, por intermedio de imágenes tomadas con cámara fotográfica, y subida a la página WEB de MINSAL. Luego por referencia y contrarreferencia, el dermatólogo realiza diagnóstico e indica tratamiento utilizando la misma plataforma

ACREDITACIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

El Comité de Calidad de la Corporación de Educación y Salud de Pirque funciona desde el año 2010 y cuenta con una política explícita de mejoría continua de la calidad y programas de trabajo estructurados y evaluados anualmente y orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los usuarios.

El comité de calidad sesiona una vez al mes, con actas, de Marzo a Diciembre de cada año y está conformado por las siguientes personas; a saber:

Director/a de Salud, Directora/or de centros de Salud: Principal, Balmaceda, COSAM, Coordinadora técnica y de Programas, Encargada de Programa de Calidad, Encargada de Farmacia, Encargada de OIRS y participación, Encargada modelo de acogida, Encargada de Adquisiciones, Encargada de Postas rurales y comité Paritario, Encargada de Capacitación y modelo de salud familiar, Encargado de Odontología.

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”.

Objetivos de quinquenio 2010 a 2014

El Comité de Calidad en conjunto con la Corporación de Salud de Pirque, 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 2010 y se fijaron los siguientes objetivos:

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.

1a. 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.

1b. 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.

1c. 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.

Dar cumplimiento a régimen de Garantías en Salud

Adecuar la estructura organizacional de los 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.

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 y aumentar la satisfacción usuaria y mejorar la capacidad resolutoria de los centros de salud

Obtener certificación como CESFAM (Recertificar el centro de salud J.M.Balmaceda y como CESFAM de grado medio a centro de salud de Principal y Posta Puntilla).

Obtener la autorización sanitaria, salvando las brechas actuales y luego la Acreditación de prestadores de salud en sistema abierto. Superintendencia de Salud.

Trabajar en Red, siendo una organización activa de la Red Asistencial de Salud y facilitadora de procesos que beneficien a los usuarios.

Alcanzar un aumento porcentual de las acciones de promoción y prevención, sin producir deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda.

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).

Crear el Comité de ética y de capacitación con el fin de optimizar los recursos para la capacitación permanente del recurso humano y resolver problemas de índole ético tanto del personal como de usuarios.

Automatización de los sistemas de registros a través de la implementación de la Agenda Médica, Sistema ficha única en línea (RAYEN) , plataforma digital de acceso múltiple y en general modernización Informática.

DESARROLLO Y RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CALIDAD

Período 2010 a 2014

Durante los años **2010 a 2012** se fueron implementando gradualmente los estándares mínimos de la gestión de la calidad asistencial planteando un gran desafío en la tarea de mejorar el desempeño de toda la institución. Sin duda, esto marcó el punto de partida y los avances, aunque desarticulados en un inicio, se fueron concretando en los años siguientes en diferentes frentes y ámbitos. Durante estos 3 primeros años el clima laboral no fue favorable para la implementación de un programa de calidad y hubo diversos cambios de directivos.

Los ámbitos en que se muestran logros son los siguientes:

- Socialización con directivos y encargados de los diferentes centros de salud y programas de la comuna.
- Inicio de Socialización con equipo de salud
- Se crea la Misión y Visión de la institución (2010)
- Se crea la Política de Calidad y estructura organizacional.(2012)
- Creación de Organigrama y líneas de dependencia(2012)
- Definición de todos los perfiles y cargos del personal directivo, profesional, técnico, administrativo y auxiliar. (2011-2012)
- Creación y formulación de funciones de los consejos y comités asesores y resolutivos para ordenar los procesos según diferentes ámbitos y materias y fijar metas a cumplir a corto y mediano plazo. (2012)
- Se inicia proceso de elaboración de manuales y protocolos
- Preparación y acortamiento de brechas para postular al proceso de la demostración sanitaria
- Preparación y diseño de una carta de ruta para lograr la Acreditación de prestadores de salud en modalidad de atención abierta para 2015
- Inicio de Centralización de procesos de esterilización.
- Capacitación en materias afines a la calidad y seguridad en la atención de salud

Período 2013- 2014 Clima laboral favorable y despegue de Comité de Calidad.

Objetivos.

1. Articular los ejes programáticos que sustentan la atención de salud de la corporación.
2. Vincular los ejes programáticos a la calidad y seguridad en cada una y todas las actividades a desarrollar
3. Concretar, socializar y difundir el trabajo realizado durante 2010 a 2012
4. Crear un Centro de documentos que permita ordenar y sustentar en el tiempo aquellos logros obtenidos.
5. Incorporar a COSAM en política de Calidad comunal

Ámbitos de articulación y acción de Comité de Calidad. 2014



Estructura organizacional

Se crea el” **Centro de Documentos**” en intranet corporativa y se suben todos los protocolos, manuales, descripciones de cargo de Corporación de salud y COSAM:

- Organigrama
- Descripción de cargos
- Protocolo de contratación de personal
- Misión y visión
- Política de Calidad
- Modelo para hacer protocolos y flujogramas
- Procedimiento y Consentimientos informados
- Manual de Inducción
- Manual de Esterilización
- Manual de Limpieza
- Manual de Procedimientos de enfermería
- Manual de atención a pacientes dependientes
- Reglamento Internas de Enfermería
- Formulario de Capacitaciones
- Plan de contingencia en Incendio, sismos, protocolo de evacuación
- Norma manejo y conteo carro de paro
- Protocolos de cirugía menor
- Protocolo de biopsias
- Protocolo de traslado de pacientes
- Protocolo de emergencias en odontología
- Protocolo de examen de salud preventivo
- Protocolos odontológicos
- Protocolos ginecológicos
- Protocolo de Insulino terapia
- Protocolo de intoxicación por plaguicidas
- Protocolo de atención en servicio de urgencia
- Protocolo lavado de oídos y consentimiento informado
- Protocolo etiquetado de envases dispensación de medicamentos
- Protocolo de almacenamiento de medicamentos e insumos
- Protocolo de dispensación de medicamentos
- Proceso de selección de demanda
- Protocolo de alerta por valores de exámenes de laboratorio fuera de rango
- Protocolo de Referencia y contrareferencia
- Satisfacción usuaria
- Protocolos de OIRS, SOME y atención al usuario
- Protocolos solicitudes ciudadanas
- COSAM

Durante el año 2014 los consejos y comités funcionaron según la descripción de sus funciones y sus ámbitos de acción con metas y evaluaciones periódicas y anuales.

Los integrantes de los Comités son nombrados por Secretaría General y Dirección de Salud.

CONSEJO TECNICO
COMITÉ DE CALIDAD
EQUIPO GESTOR
COMITÉ DE ETICA
COMITÉ FINANCIERO
COMITÉ DE FARMACIA
COMITÉ DE CAPACITACION
CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL
COMITÉ PARITARIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD
COMITÉ DE ETICA (en formación)

- El 100 % de los funcionarios tiene su título certificado por la superintendencia de salud.
- Se respeta el organigrama y las líneas de dependencia.
- Se utilizan los perfiles y descripciones de cargo al contratar personal nuevo.
- Se implementa el proceso de incorporación del personal nuevo y lectura de documentos, reglamento interno y manual de inducción.

Se implementa la actividad de “Orientación institucional “(Octubre 2014) que induce a todos los funcionarios que se incorporan a la institución en la estructura de la organización, misión, programas, trato al usuario, entre otros y que persigue la sustentabilidad en el tiempo de una estructura de organización ordenada y estable.

Se crea un indicador para medir el cumplimiento de “ lectura de manual de inducción “ y reglamento interno de los funcionarios ingresados en el año 2014

Se incorporan como herramientas de trabajo las plataformas digitales de **SIS-q** sistema de reporte de avances en cumplimiento de estándares para el proceso de acreditación de prestadores de salud en modalidad abierta y reporte de **eventos adversos** monitorizados por SSMSO.

Demostración Sanitaria

Se cumplen las normas técnicas básicas y se cierran las brechas existentes en las estructuras físicas en que se realizan procedimientos invasivos para brindar condiciones mínimas de seguridad que ponen en riesgo la seguridad del usuario y prevenir la eventual ocurrencia de eventos adversos.

Pabellón de Cirugía Menor

Estructura física cumple 85% norma técnica.

No tiene recambio aire 7x minuto y vestuario de pacientes. Medidas de mitigación: recambio con el exterior y espacio con colgadores de ropas.

Cuenta con:

- Encargada programa cirugía menor.
- Protocolo con criterios de inclusión e inclusión y funcionamiento de pabellón.
- Consentimiento informado
- Protocolo de extracción, traslado y recepción de biopsias.
- Procedimiento de notificación y derivación a nivel secundario por biopsia positiva.
- Vigilancia de eventos adversos e IAAS
- Trazabilidad de biopsias
- Seguimiento cumplimiento de metas.

Esterilización

Durante el año 2014 finaliza el proceso de centralización de todos los procesos de esterilización en central de esterilización en CRS El Principal.

Cuenta con:

- Estructura física pequeña pero se adecúa con separación de áreas de lavado, procesamiento, esterilización y almacenamiento
- Manual de esterilización con todos los procesos definidos.
- Capacitación del personal y operadores de autoclaves
- Mantenimiento preventivo de autoclave con empresa autorizada.
- Registros
- .Medición de indicadores de calidad
- Se pasan pautas de supervisión de traslado y almacenamiento de material esterilizado con cumplimiento óptimo.
- Podemos asegurar calidad y seguridad en la esterilización de equipos e insumos.
- Certificación de autoclave en trámite

Salas de Procedimientos

Espacio reducido, se hacen mejoras en estructura, muebles, separación áreas limpias y sucias en los 5 centros de salud.

Se socializan los Manuales de Procedimientos de enfermería y otros procedimientos

Se aplican pautas de cotejo en procedimientos de enfermería de: lavado de manos, uso de guantes y precauciones estándares, colocación de vía venosa, curaciones y almacenamiento de material esterilizado.

Se aplican Consentimiento informado en Instalación Implanol(95%) y DIU (66%)

Box de reanimación. Pequeño, camilla inadecuada

Se realizan los protocolos de atención de urgencia categorización y derivación de pacientes que sobrepasan la capacidad resolutive

Se instruye en manejo de carro de paro y se mide con indicador.

Se socializa y mide el cumplimiento de traslado de pacientes en condiciones seguras,

Se realiza protocolo de atención de pacientes con riesgo vital, múltiples víctimas que está en vías de socialización.

Salas de Odontología

Se concreta la centralización proceso de lavado, proceso y esterilización de equipos dentales.

Orden y separación de áreas limpias y sucias en salas dentales.

Se unifica y define el procedimiento desinfección de fresas

Se aplica consentimiento informado para extracción piezas dentarias

Se instala la práctica de vigilancia eventos adversos y subida a plataforma digital de SSMSO.

Medición de radiaciones y Plomación tabique Balmaceda.

Actualización de licencia de protección radiológica y medición de dosímetros.

Farmacia

Cambio de estructura de Bodega Central, a Puntilla y se definieron los protocolos de almacenamiento, conservación, dispensación, rotulado, traslado, prescripción de insumos y medicamentos.

Se inició notificación de eventos adversos en procesos de almacenamiento o dispensación de medicamentos e insumos y se han subido a plataforma digital de SSMSO y se aplican las medidas correctivas correspondientes.

Se han fijado los Indicadores de Calidad y visitas periódicas a botiquines.

Modelo de atención al usuario

Protocolos de Funcionamiento de OIRS

Protocolo de solicitudes ciudadanas y respuestas al usuario

Capacitación a funcionarios de primera línea.

Encuesta de satisfacción usuaria

Carta de deberes y derechos

Procedimiento de Atención a usuarios

Procedimiento de Atención en crisis y en situaciones que interfieran en la continuidad de la atención.

Diario mural, Visión y misión

Descontaminación visual, señalética

Estética y orden

Gestión de solicitudes ciudadanas

Pendiente buzones de solicitudes ciudadanas

Formación del Comité de ética asistencial

Se conformó el comité con sus 6 integrantes y la participación de un ciudadano de la comunidad que está en proceso de selección.

Se repartieron las responsabilidades para elaboración de protocolo con definiciones, alcances, inclusiones y modo de acceso

Capacitación de un médico y una matrona en dilemas éticos de los inicios de la vida. Replicar a fines de septiembre.

Socialización en reuniones de equipos y de médicos durante el mes de noviembre.2014.

Incorporación de COSAM a política de calidad

Se nombró a una persona encargada de Calidad de Cosam quien se ha incorporado a la estructura y definición de procesos de la institución.

Por lo anteriormente expuesto podemos decir que tenemos cumplidos los objetivos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, y 12 fijados para el período 2010 a 2014. Los objetivos 2, 8, y 9 son medidos por otras instancias. Asimismo se cumplieron los objetivos específicos de 2014.

En referencia a cumplimiento de características de manual de acreditación (sis-q) tenemos el 61 % de características cumplidas con un 90 % de cumplimiento de características obligatorias.

PLAN DE CALIDAD 2015

Objetivos:

1.- Dar continuidad al programa para 2015 a través de :

- Articular *los ejes programáticos* que sustentan la atención de salud de la corporación.
- Vincular *los ejes programáticos a la calidad* y seguridad en cada una y todas las actividades a desarrollar

2.- Concretar, socializar y difundir el trabajo realizado.

3.- Aumentar masa crítica en el compromiso de la calidad a través de la socialización, capacitación y experiencia

4.- Incorporar indicadores de calidad en actividades y programas medidos por los propios gestores.

5.- Obtener la Demostración sanitaria

6.- Sesionar en el Comité de ética asistencial

7.- Presentarse al proceso de Acreditación 2015 con 100 % de características obligatorias cumplidas y 80 % de características del manual completo.

PLAN DE CAPACITACIÓN

El programa de capacitación debe ser consistente con los lineamientos estratégicos de los programas de formación de recursos humanos entregados por el Ministerio de Salud, con las prioridades del programa de salud Municipal y con las necesidades de capacitación del personal, especialmente orientado al fortalecimiento del modelo integral de salud familiar y comunitaria.

A continuación se presenta un resumen del programa de capacitación para el año 2015:

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	PARTICIPANTES
Fortalecer modelo de atención en salud	Modelo Integral de 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.	Se incluyen funcionarios de todas las categorías.
	Taller de Consejería	Aprender que es una consejería; sus objetivos y elementos que la componen. Reconocer las etapas de cambio. Adquirir habilidad para realizar consejería. Utilizar herramientas que ayudarán en el proceso de consejería.	4 funcionarios categoría A 10 funcionarios categoría B

Consolidar el modelo de Gestión en Red, local, regional (macro y micro redes)	Patologías frecuentes en Endocrinología.	Actualización sobre el diagnóstico, manejo y tratamiento de patologías frecuentes en APS.	9 funcionarios categoría A
Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Actualización en patologías GES DISPLASIA DE CADERA.	Conocer Acceso y Oportunidad de Ges "Displasia de Cadera", Conocer flujograma interno desde la solicitud de Rx hasta la derivación. Aprender a interpretar Rx de cadera y conocer cuando solicitar nueva Rx de control para seguimiento, aprender a definir cuando referir al nivel secundario.	9 funcionarios categoría A 2 funcionarios categoría B
Mejorar la Calidad de atención y trato del usuario	TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	Identificar los peligros asociados al manejo manual de pacientes y determinar las medidas de control y preventivas asociadas a la actividad	32 funcionarios categoría C
	Taller de Acreditación	Preparación para la acreditación de todos los funcionarios.	Para todo el equipo de salud
	Trabajo en Equipo y Clima laboral	Reflexión sobre el clima laboral actual. Aprender a reconocer dificultades organizacionales e interpersonales. Desarrollar habilidades de liderazgo y comunicación entre los participantes. Aprender habilidades sociales y comunicacionales que permitan generar relaciones interpersonales positivas,	20% de los funcionarios, incluye todas las categorías

		funcionales y armónicas, contribuyendo a la obtención de los objetivos de la organización con una visión creativa para mejorar las relaciones inter e intrapersonales del clima laboral.	
	Curso/Diploma de Bioética	Identificar los fundamentos filosóficos de la Bioética y el influjo en los debates actuales de las diferentes corrientes éticas. Analizar problemas debatidos actualmente en torno al inicio y el fin de la vida humana. Sensibilizarse ante los desafíos éticos que plantea hoy el ejercicio de la Medicina y otras profesiones de salud y las instituciones concretas que pueden ayudar a desarrollar la ética en el interior de los sistemas de salud.	1 funcionario categoría A y 2 funcionarios categoría B
	Comité de ética asistencial	Introducción a la ética. Motivar, interiorizar al personal en la importancia de la formación del comité de Ética Asistencial. Conocer objetivo y funciones del CEA.	30% de las categorías A B y C
Incorporar Tecnologías de información y comunicaciones (TICs)	Informática básica y avanzada	Lograr que el funcionario aprenda las nociones de la computación e informática y pueda desarrollar tareas en el uso de herramientas office e internet.	5 funcionarios categoría D 17 funcionarios categoría E 17 funcionarios categoría F

Estrategias de Desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la Calidad de vida funcionaria	Manejo de Ansiedad y Stress en el Trabajo	Conocer e identificar los síntomas del stress y la ansiedad. Aprender a prevenir y manejar la ansiedad y el stress.	Se incluyen funcionarios de todas las categorías (30% del total)
Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas	Inducción, conociendo mi lugar de trabajo	Entregar la información mínima y necesaria que permitirá familiarizarse e integrarse en forma más efectiva a la organización, Conocerá la historia del Centro, Misión y Visión de los Equipos de Salud, organigrama institucional, Metas, Canasta de Prestaciones del Plan de Salud familiar 2, Reglamento Interno, así como la planta física, y la función de cada estamento en el consultorio y los servicios asociados.	Todos los funcionarios que ingresan en el período.
Mejorar prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc.	RIESGOS BIOLÓGICOS	Adquirir habilidades dirigidas a evitar la producción de accidentes biológicos, mediante procedimientos de trabajo seguros y utilización de dispositivos de seguridad	55 funcionarios de todas las categorías

El programa de capacitación completo (ANEXO 1) incluye los contenidos que se detallan:

1. Lineamientos estratégicos: Lineamientos entregados cada año por el Ministerio de Salud para la Formulación de los Planes y Programas de Capacitación (contenido obligatorio)
2. Actividades de Capacitación: Precisar el nombre de la actividad de capacitación

3. Objetivos educativos: objetivos de aprendizaje para el logro de las competencias de desempeño (contenido obligatorio)
4. Contenido y metodología educativa
5. Número de participantes por categoría (contenido obligatorio)
6. Duración en horas pedagógicas de cada una de las actividades de capacitación. (contenido obligatorio)
7. Financiamiento: Señalar en el ítem Capacitación el monto en pesos enviado anualmente a la comuna por el Ministerio de Salud para el desarrollo del Programa. (contenido obligatorio)

DOTACION 2015

Tabla de Dotación actualizada septiembre 2014

Cargo	Categoría	Nº funcionario	Total Horas Semanales
Médico General	A	12	407
Odontólogo/a	A	2	88
Químico Farmacéutico/a	A	1	44
Enfermero/a	B	3	132
Matron/a	B	5	220
Nutricionista	B	4	165
Asistente Social	B	3	110
Psicólogo/a	B	5	198
Kinesiólogo/a	B	3	110
Terapeuta Ocupacional	B	1	44
Educadora de párvulos	B	1	44
Técnico Paramédico nivel superior (TENS)	C	27	1188
TPM Farmacia	C	5	220
TPM Dental	D	3	132
Auxiliar Paramédico	D	1	44
Administrativos	E	19	836
Auxiliar de Servicio	F	5	220
Chofer	F	9	396
Contador auditor	B	1	44
Técnico en informática	B	1	44

CANASTA DE PRESTACIONES del Plan de Salud Familiar 2

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 2 (PSF 2). Estas prestaciones son las que se señalan a continuación:

1. DESTINADAS A LA FAMILIA.

Consejería Familiar (CF): Actividad definida como la interacción entre uno ó más miembros del equipo de salud con uno ó más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de sus habilidades y destrezas para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado de los integrantes de la familia, del grupo como tal y del suyo propio.

Visita Domiciliaria Integral (VDI): Actividad definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud de uno de sus miembros (caso índice), por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por solicitud de algunos de sus integrantes. Se caracteriza por abordar además del motivo inicial, otros temas de salud de interés para la familia y por formular de común acuerdo con la familia un plan de trabajo (ya sea preventivo/promocional o de tratamiento).

Educación grupal en Ambiente: Esta actividad está orientada, más que a la familia, a la comunidad. Se plantea como una intervención de carácter preventivo, educativo y grupal, donde el equipo de salud participa con las organizaciones formales e informales de la comunidad en los planes de promoción comunal y en acciones de salud ambiental.

2. DESTINADAS A LA PAREJA.

Consejería en salud sexual y reproductiva y control de regulación de fecundidad: Actividad orientada a las parejas, desde la etapa adolescente, con el objetivo de apoyar sus decisiones en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos.

Control prenatal: Actividad orientada a la mujer embarazada y su pareja con un enfoque integral y en forma periódica y sistemática.

Control de puerperio: Actividad orientada a la puérpera y su pareja hasta los 42 días después del parto, como una atención integral de orientación y apoyo en este período.

3. DESTINADAS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

3A. DESTINADAS A MANTENER LA SALUD DE LOS INDIVIDUOS SANOS.

Control de salud del niño: Actividad orientada a los niños desde su nacimiento hasta los 9 años, para seguir en forma periódica su crecimiento y desarrollo. Incluye la evaluación de su desarrollo psicomotor a los 4 y 18 meses y a los 4 años de edad.

Control de salud preventivo del adulto: Actividad orientada específicamente a los adultos entre 20 y 64 años, destinada a detectar precozmente algunos factores de riesgo.

Control de salud del adulto mayor: Actividad orientada a la evaluación del estado de salud y a la detección de factores de riesgo de los individuos de 65 años y más.

Control ginecológico preventivo: Actividad orientada a la mujer desde su adolescencia hasta los 64 años, destinada a prevenir y detectar afecciones ginecológicas (incluyendo Cáncer Cérvico uterino y de Mama) y otros factores de riesgo en un enfoque integral.

Control de climaterio: Actividad orientada a la mujer en el período del climaterio (45 a 64 años) destinada a prevenir y detectar precozmente las patologías más frecuentes en este período.

Control de salud bucal: Actividad orientada a los miembros de la familia, especialmente los menores y embarazadas, dirigida a la detección precoz y la prevención de patologías odontológicas con un enfoque integral. Incluye el examen de salud bucal, acciones educativas individuales y grupales.

3B. DESTINADAS AL SEGUIMIENTO PERIÓDICO DE AQUELLOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA CONDICIÓN DE RIESGO PARA LA SALUD.

Condiciones de riesgo nutricional: Control de malnutrición: Actividad orientada a los niños menores de 10 años que presenten un estado nutricional anormal: desnutrición, riesgo de desnutrir, sobrepeso u obesidad.

Control de lactancia materna: Actividad orientada a las madres que requieren apoyo para lograr una lactancia exitosa.

Consulta nutricional: Actividad orientada al apoyo de aquellos individuos de la familia que presenten algún trastorno nutricional.

Condiciones de riesgo asociadas al embarazo y puerperio: Visita domiciliaria a la embarazada de alto riesgo y a la puérpera.

Condiciones de riesgo asociadas a trastornos de la salud mental: Consulta de Salud Mental: Actividad orientada a los miembros de la familia que presenten algún trastorno en su salud mental.

Control del déficit del desarrollo psicomotor: Actividad orientada a los niños que presenten algún trastorno del desarrollo psicomotor.

Condiciones de riesgo asociadas a problemas sociales o psicosociales: Consulta social: Actividad orientada a los miembros de la familia que requieran apoyo en la esfera psicosocial.

Intervención psicosocial: Actividad grupal orientada a aquellos miembros de la familia que requieran apoyo del equipo de salud en la esfera psicosocial.

Condiciones de riesgo odontológico:

Actividades individuales de prevención de riesgo de caries: Actividad orientada a los miembros de la familia que presenten riesgo de caries. Incluye aplicación de sellantes, Fluoración tópica, educación en dieta no cariogénica y en hábitos de higiene oral.

Actividades de prevención de enfermedades Gingivales y Periodontales: Actividades orientadas a los miembros de la familia que presenten riesgo de enfermedad periodontal. Incluye Profilaxis y enseñanza de técnica de higiene bucal.

Actividades de prevención de Anomalías Dentomaxilares.

3C. DESTINADAS A AQUELLOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PRESENTEN ALGUNA ENFERMEDAD, AGUDA O CRÓNICA.

Enfermedad aguda:

Consulta de morbilidad: Actividad orientada a cada uno de los miembros del grupo familiar y destinado al diagnóstico y tratamiento médico.

Consulta de morbilidad ginecológica: Actividad orientada a la mujer que requiere diagnóstico y tratamiento de algún cuadro de origen ginecológico.

Consulta de morbilidad obstétrica: Actividad orientada al diagnóstico y tratamiento de la morbilidad de la mujer embarazada.

Consulta kinésica: Actividad orientada a los miembros de la familia que requieran apoyo especial por kinesiólogo para el tratamiento de ciertas patologías.

Consulta odontológica: Actividad orientada a los miembros de la familia, en especial a los menores de 20 años y embarazadas, que presentan alguna patología odontológica. Incluye la consulta de urgencia y las acciones de exodoncia, endodoncia, obturaciones, radiología y ortodoncia interceptiva (en menores de 10 años).

Enfermedad crónica:

Control de Pacientes Crónicos: Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que presenten enfermedades crónicas que requieren de un tratamiento y

seguimiento periódico: hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, síndrome bronquial obstructivo, etc.

Control de Tuberculosis: Actividad orientada a aquellos miembros de la familia que presenten TBC y que requieren de tratamiento y control específico.

4. DESTINADAS A APOYAR A ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA PREVENIR CIERTAS CONDICIONES ESPECÍFICAS

Prevención de enfermedades específicas:

Vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Actividades destinadas a prevenir enfermedades específicas a los niños desde la etapa de recién nacido hasta los ocho años. Incluye la prevención de tuberculosis, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, sarampión, rubéola, parotiditis, hepatitis B e infecciones por hemophilus influenza.

Vacunación anti influenza: (Actividad de prevención de la Influenza orientada a todos los adultos de 65 años y más, embarazadas con edad gestacional mayor a 13 semanas, personal de salud, adultos y niños con enfermedad crónica y niños en edades específicas de riesgo.

Vacunación neumococcica: destinada a los adultos mayores de 65 años.

Actividades del Programa Nacional de Alimentación Complementaria: Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que requieran refuerzo nutricional (niños, embarazadas, nodrizas, adultos mayores).

Educación grupal: Actividad orientada a aquellos miembros del grupo familiar que requieran de refuerzo educativo por parte del equipo de salud, ya sea por su edad, condición de riesgo o enfermedad específica

CUIDADOS DE LA SALUD A LO LARGO DE LA VIDA

La oferta de los establecimientos de Atención Primaria permite a las personas recibir recomendaciones para tomar las mejores decisiones en los cuidados de su salud para ella/os y su grupo familiar; ser examinadas para detectar condiciones de riesgo de enfermar y enfermedades en una etapa temprana; para recibir tratamiento y ser derivadas a atención especializada y/o a rehabilitación cuando corresponda.

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 fortalecimiento de hábitos saludables y la realización de controles periódicos preventivos son acciones efectivas en todas las etapas, con énfasis diferentes. El equipo de profesionales de la comuna, en sus diferentes disciplinas muestra el análisis y proyecciones de programación en su ámbito correspondiente.

Se detallan a continuación:

1. Programas por ciclo vital:

- Salud infantil (incluye Chile crece contigo)
- Salud de adolescentes y jóvenes
- Salud del adulto (incluye programa de salud cardiovascular)
- Salud del adulto mayor (incluye programa de salud cardiovascular)

2. Programas transversales:

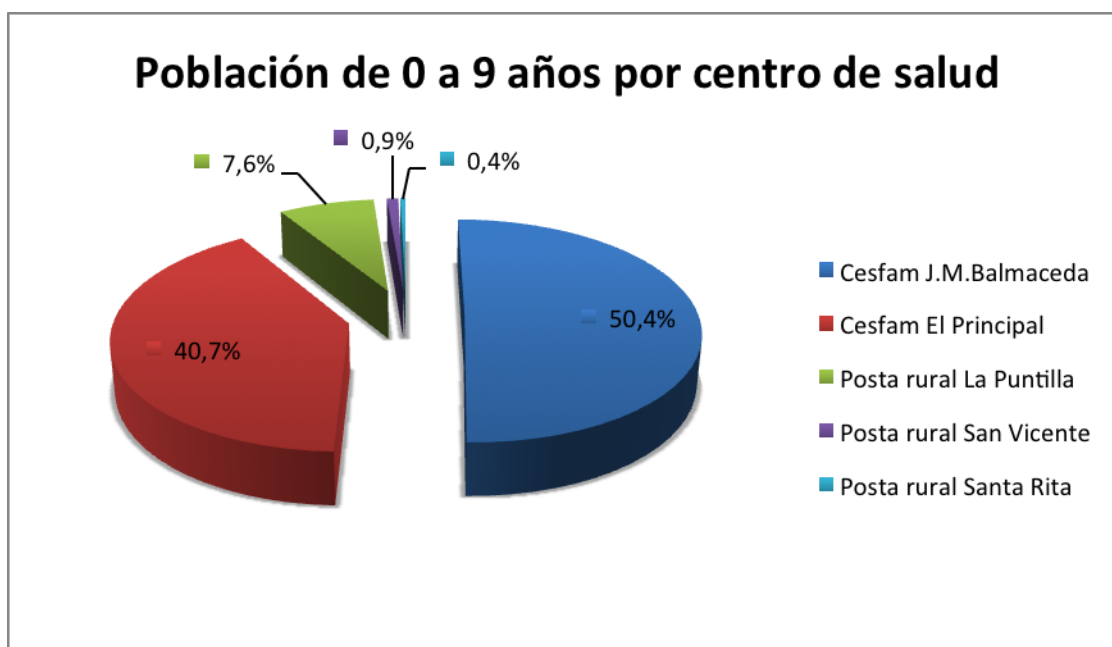
- Programa de Salud oral
- Programa de Salud mental integral
- Programa de Salud sexual y reproductiva
- Programa de Salud respiratoria (programa Ira-Era)
- Atención domiciliaria en personas con dependencia severa
- Programa nacional de inmunización (PNI)
- Servicio de urgencia rural (S.U.R.)
- Cosam de Pirque
- Programa de Promoción de salud
- Informe de gestión farmacéutica

1. PROGRAMAS DE SALUD POR CICLO VITAL

1.1 SALUD INFANTIL CON ENFOQUE INTEGRAL

Buscando fortalecer el crecimiento y desarrollo integral de los niños y niñas y basándose en el Modelo de Salud Familiar, se realiza la planificación del año 2015 del Programa de Salud de la Infancia de la comuna de Pirque.

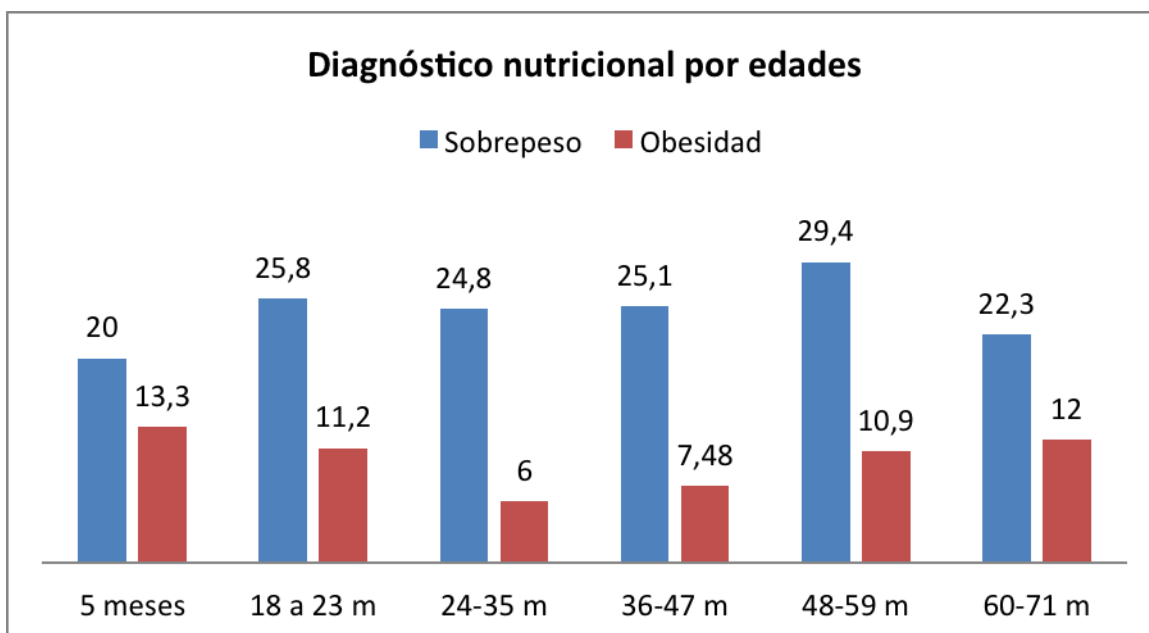
La Población infantil de 0 a 9 años, inscrita y validada corresponde a 2.626 niños, lo que representa el 13,7% del total de inscritos en la Comuna. La distribución por centros, se aprecia en el siguiente gráfico:



Si guiamos los propósitos en pos de cumplir el postulado número 3 de los derechos de los niños de lograr que accedan a una salud de calidad, con **las mejores prestaciones y condiciones de vida desde su nacimiento**, a las vacunas y controles que les corresponden, y a una alimentación de calidad (UNICEF, 1999), los centros de salud de la comuna de Pirque trabajan en actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y tratamiento de problemas biopsicosociales de los niños y niñas junto a sus familias.

Dentro de las acciones enfocadas en la promoción de salud y pesquisa de alteraciones en los niños y niñas, se encuentra el control de niño sano que, en nuestros centros, ha sido una herramienta fundamental para la detección de importantes alteraciones en las condiciones de salud, que desfavorecen el desarrollo integral de los niños. Encontramos

así, al igual que en el resto del país y el mundo, elevadas cifras de obesidad (9.2%) y sobrepeso (24.8%) que dañan la salud física y mental de cualquier persona, obteniendo un 34% de la población menor de 6 años con malnutrición por exceso (obeso y sobrepeso). Se acercan mucho al promedio de los indicadores nacionales que reflejan un 10.23% en obesidad y un 23.5% en sobrepeso de menores (MINSAL, 2010). De manera lamentable, todos estos indicadores van en constante aumento a medida que crecen, llegando a estimaciones nacionales de un 20% cuando ingresan a 1ero básico (MINSAL, 2010).



Un aspecto que determina profundamente la adquisición de destrezas tanto cognitivas, del lenguaje y físicas de los menores, es el desarrollo psicomotor alcanzado para la edad, que gracias a diversas herramientas utilizadas en los controles de salud, se evalúan los logros alcanzados a través del uso de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) para niños menores de 2 años y el Test desarrollo Psicomotor (TEPSI) para niños entre 2 y 5 años. Cualquier niño con algún área deficitaria detectada en estas evaluaciones, se debe intervenir prontamente para fortalecer la adquisición de destrezas y habilidades y evitar así problemas en su calidad de vida, en el desarrollo de su etapa escolar plena y en la inserción social efectiva en el futuro (MINSAL, 2012). Con el apoyo del Programa Chile Crece Contigo, que tiene por objetivo procurar protección activa de la infancia, se incorporan a los niños con déficit del desarrollo psicomotor que asiste con sus padres, a las modalidades de estimulación presentes en todos los centros de salud, donde una educadora de párvulo acompaña a las familias en este proceso.

Considerando los aspectos biomédicos, tenemos alta recurrencia especialmente en época invernal a nivel local y nacional, de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) que preocupan frecuentemente a los padres. Junto a la problemática de la obesidad infantil, se suma bajos índices de Lactancia Materna Exclusiva hasta el sexto mes de vida recomendado por la OMS alcanzando sólo un 35% de los niños de esa edad. En el área

socioemocional, hay una alta prevalencia de depresión post parto detectada en las madres con sus hijos lactantes reportando puntajes sobre 10 puntos en la Escala de Edimburgo que evalúa esta condición en aproximadamente 21% de las madres de la comuna, situación que concuerda con cifras a nivel país que van entre un 8,8% y un 20.5% (Rojas, Fritsch, Guajardo, Rojas, Barroilhet, Jadresic, 2010).

Análisis del año 2014

El Programa de Salud Infantil para el año 2014 ha estado lleno de cambios relacionados con la implementación en la comuna de la nueva norma del programa, lo que ha generado importantes avances en mejorar las atenciones de salud que ofrecen los centros de Pirque, en especial fortaleciendo la evaluación integral, aumento de rango etario de controles sanos realizado por profesional de la salud, mayor coordinación entre profesionales y centros, entre otros.

Logros

Implementación de la nueva norma programa infantil lanzada el 2012. Se realiza capacitación a profesionales sobre las nuevas directrices, se difunde la información con el equipo completo, se educa a población sobre nuevas edades de controles.

Dentro de los principales logros de la implementación fue dejar los controles de salud hasta los 6 años de edad a cargo de profesionales de salud con la incorporación de nuevas evaluaciones buscando pesquisar problemas prevalente en los infantes (evaluación integral visual, evaluación de presión arterial, pesquisa de asma, evaluación auditiva, entre otras).

Se realiza capacitación a todo el estamento de enfermería para la realización de controles de salud escolar programados para el año 2015 con enlace a los establecimientos educacionales, buscando así acercar las evaluaciones a los niños ampliando a la vez el rango etario de seguimiento. A través de esto, la comuna de Pirque realizará controles sanos entre los 0 y 9 años de edad, logrando así ampliar las edades de seguimiento de los niños y apoyo a sus familias.

Metas Reducción Obesidad Infantil en menores de 6 años: hasta mediados del 2014 se obtuvo un 9.2% niños en obesidad, cifra que se encuentra bajo la media nacional, sin embargo se insiste en continuar el manejo con los niños ya que existe alta prevalencia de malnutrición por exceso (sobrepeso). En el 2014 se lleva a cabo el Plan de Manejo de Obesidad en niños entre 2 y 6 años en los centros de salud de la comuna, donde después de una coordinación de las Nutricionistas, se desarrolló un seguimiento continuo a un grupo de familias con hijos en obesidad para apoyar a los padres en el manejo nutricional de sus hijos y familia con una guía a través de acuerdos consensuados en una consejería profesional, intercalando sesiones presenciales y llamados telefónicos, otorgando así mayor acompañamiento a los padres de niños con esta enfermedad.

Brechas

A continuación se describen las principales barreras que el programa de salud infantil ha vivido durante este año 2014:

- Pirque es un Sector semiurbano donde persisten problemáticas de movilización para asistir a los centros de salud, desfavoreciendo la asistencia tanto a controles sanos, como de seguimiento y tratamiento y aquellos realizados en la Sala de Estimulación para revertir los problemas detectados del Desarrollo Psicomotor en niños.

Desafíos para el 2015

Objetivos:

- Continuar el avance en la integralidad, buscando tanto la salud física de los niños y niñas como la salud mental, emocional y social, dando gran énfasis en las actividades promocionales y preventivas, primando la educación y el fortalecimiento de crianza respetuosa y del apego seguro, buscando así que en el futuro tengamos a adultos sanos en una sociedad más sana.
- Potenciar la lactancia materna como herramienta natural para prevenir la obesidad.
- Integrar las directrices de la Norma del Programa Infantil completamente en todos los centros de salud de la comuna, lo que permitirá brindar una atención holística y aumentar el rango etario de evaluaciones de los niños, continuando las atenciones de los niños recién nacidos, lactantes, preescolares y permitiendo integrar a escolares hasta los 9 años de edad.
- Incorporar más actividades promocionales y preventivas, enfocadas en potenciar la educación de las familias, los padres y de los niños, apoyándolos en la toma de decisiones y en las acciones de salud.
- Integrar de manera efectiva el trabajo en red, potenciando la salud de la población a través del apoyo de más áreas que trabajan con la gente y sus niños como recintos educacionales, departamentos municipales, organizaciones sociales y comunidades.

Actividades programadas

Promocionales

- Educaciones y consejerías en cada control de salud infantil y respondiendo a la necesidad de los usuarios.
- Taller de crianza respetuosa “Nadie es perfecto” potenciada por el Programa Chile Crece Contigo que continuará su presencia en diferentes recintos educativos en la comuna.

- Taller de Masaje infantil enseñando la técnica hindú *Shantala* a madres, padres y cuidadores y buscando fortalecer los lazos afectivos entre padres e hijos.
- Talleres Chile Crece Contigo (CHCC) de lactancia.
- Talleres de cuidado del recién nacido, fomento de apego y crianza respetuosa.

Preventivas

Controles sanos para las siguientes edades:

Control diada realizado por matrona

Control 1 mes realizado por médico

Control 2 meses realizado por enfermera

Control 3 meses realizado por médico

Control 4 meses realizado por enfermera

Control 5 meses realizado por nutricionista

Control 6 meses realizado por enfermera

Control 8 meses realizado por enfermera con evaluación psicomotora

Control 12 meses realizado por enfermera

Control 18 meses realizado por enfermera con evaluación psicomotora

Control 2 años realizado por enfermera

Control 3 años realizado por enfermera con evaluación psicomotora

Control 3 años y medio realizado por nutricionista

Control 4 años realizado por enfermera

Control 5 años realizado por enfermera

Control 6 años realizado por enfermera

Clínica de Lactancia materna para apoyar a madres con problemas de lactancia en los primeros meses de vida de sus hijos.

Incorporación en controles de salud a Niños y Adolescentes con Necesidad Especiales en Atención de Salud (NANEAS) de baja complejidad, para evaluaciones en controles realizados por médicos, nutricionistas y enfermeras en la atención primaria de salud.

- Incorporación controles sanos para niños en etapa escolar (kínder a 4° año básico) en centros educacionales.
- Consejerías nutricionales y de ejercicio físico.
- Visitas domiciliarias interdisciplinarias para niños con sus familias que presenten riesgo biopsicosocial, fortaleciendo el trabajo basado en el Modelo de Salud Familiar.
- Continuar inmunizando a la población infantil a través del Programa Nacional de Inmunizaciones, previniendo importantes enfermedades como difteria, tétanos, tos convulsiva, hepatitis B, poliomeilitis, entre otras.

Tratamiento

- Potenciar el manejo de niños detectados con déficit en el Desarrollo Psicomotor con calificaciones de rezago riesgo o retraso en la Sala de Estimulación.
- Continuar con sala IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) con profesional médico y kinesiólogo para niños con episodios respiratorios agudos o el manejo de niños crónicos como asmáticos o con Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente.
- Manejo en Salud Mental con respectiva derivación a especialista a niños diagnosticados con Síndrome Déficit Atencional Hiperactivo.

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 espontáneas de distintos profesionales que trabajen con población infantil y que presenten algún 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.

Sala de estimulación:

El objetivo del trabajo que realiza la Educadora de Párvulos en la sala de estimulación es proporcionar a los niños(as), familia y comunidad, procedimientos, estrategias y acciones que permitan contribuir a disminuir, prevenir y responder a necesidades derivadas de un déficit del desarrollo.

Durante el año 2013 ingresaron a sala de estimulación 51 niños(as), sin embargo a octubre 2014 los ingresos han experimentado un aumento ,88 niños (as), gracias a la coordinación que se ha generado entre la encargada del programa infantil y la educadora de párvulos, encargada de la sala de estimulación, con el objetivo de entregar esta prestación a todos los niños(as) que lo requieran.

A continuación, se expone tabla de distribución de ingresos y altas a sala de estimulación, por establecimiento y motivo de ingreso.

2014	INGRESOS POR OTRA VULNERABILIDAD	ALTAS POR OTRA VULNERABILIDAD	INGRESOS POR REZAGO	ALTAS REZAGO	INGRESOS POR RIESGO DSM	ALTAS RIESGO DSM	INGRESOS POR RETRASO DSM	ALTAS POR RETRASO DSM
BALMACEDA	25	13	6	2	18	7	3	1
PRINCIPAL	13	5	1	0	6	4	3	2
PUNTILLA	4	2	1	1	2	0	1	0
SAN VICENTE	2	1	0	0	2	1	1	0

Actividades realizadas por la Educadora de Párvulos en Sala de Estimulación:

Evaluación y confección de planes de trabajo individuales.

Fomento del Juego interactivo entre los adultos y los niños y niñas.

Conserjería individual ante dificultades de la crianza.

Sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil.

Desarrollo de destrezas para la estimulación temprana.

Fomento de la lectura infantil.

Evaluación del Desarrollo sicomotor (de rescate).

Educación a la familia sobre desarrollo infantil.

Visitas Domiciliarias a pacientes con riesgo o retraso del desarrollo sicomotor.

Recuperación de rezagos o déficit (riesgo y retraso) DSM.

Fomento de la paternidad activa.

Fomento de la crianza positiva y respetuosa.

Talleres preventivos a niños y niñas en situación de riesgo Biopsicosocial.

Derivaciones a Jardines infantiles de la Red Chile crece contigo.

Es importante mencionar, que la educadora de párvulos, está en constante capacitación en las diferentes áreas que involucran el desarrollo psicomotor de los niños(as) .

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.

CHILE CRECE CONTIGO

El Ministerio de Salud, desde el año 2007, ha convenido con el Ministerio de Desarrollo Social realizar la implementación del Componente de Salud del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, mediante la creación y ejecución del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial (PADBP). Este Programa se sustenta en la idea de que el seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas desde su gestación y hasta que cumplen cuatro años de edad, permitirá mejorar la calidad de vida de cada niño, niña y familia en función de sus necesidades particulares.

En el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (ChCC), le corresponde al Sector Salud responder a las exigencias que se desarrollarán a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP), que se aplica a niños y niñas usuarios del Sistema Público de Salud desde su gestación hasta que cumplen cuatro años de edad. Considerando además, que el acceso al sistema integrado de intervenciones que brinda ChCC ocurre en el primer control de embarazo de las gestantes (independiente del mes de gestación) que se atienden en la Red Pública de Salud, prestación que se efectúa mayoritariamente en los Centros de Atención Primaria, y que en términos generales, el eje de seguimiento al proceso de desarrollo de los niños/as se hace a través de la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país (Establecimientos de Atención Primaria, Maternidades y Servicios de Hospitalización y Pediatría).EL PADBP tiene como propósito fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, mediante prestaciones de calidad y complementarias, de manera que se favorezca su desarrollo armónico e integral.

Durante el 2014, el PADBP se evaluó a través de dos tipos de indicadores:

Indicadores de Inversión, que consideran la medición a nivel de resultados intermedios de aquellas intervenciones en las que hay transferencia de recursos (peso 85%).

Indicadores de Contexto, que son intervenciones en las que el Programa ha realizado inversiones ocasionales y que además son relevantes en términos de los impactos finales (peso 15%)

Los datos para evaluar el cumplimiento del Programa serán recolectados por el DEIS, mediante los “Registros Estadísticos Mensuales” (REM) y “Población bajo Control” y del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo del Sistema Integral a la Infancia (SRDM).

En el análisis de estos indicadores, es importante mencionar que durante el año 2014 se ha logrado aumentar el porcentaje de cumplimiento en alguno de ellos en comparación al 2013, como por ejemplo:

El porcentaje de diada controlada antes de los 10 días de vida que en el 2013 fue de 56%, a corte de septiembre 2014 hemos logrado llegar a un 61%.

Existe un porcentaje importante de madres que acuden al extra sistema al primer control de sus recién nacidos, lo cual afecta directamente al cumplimiento de este indicador.

El número de visitas domiciliarias integrales realizadas a gestantes con riesgo según EPSA aplicada en el primer control prenatal, cuya tasa alcanzada en el 2013 fue de 1.1, a corte de septiembre 2014 es de 1.5, alcanzando la meta propuesta.

En relación a los indicadores que involucran a los niños propiamente tal; cabe destacar que el promedio de visitas domiciliarias integrales a familias con niños (as) con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor, se ha mejorado en relación al año 2013, donde la tasa alcanzada fue de 0.8, muy lejos de la meta que es 1.5. Este año a corte de septiembre del 2014 la tasa es de 1.2.

A pesar de que hemos avanzado en el cumplimiento de los indicadores propuestos, debemos trabajar con mayor énfasis en los que aún no hemos podido cumplir, entre ellos es importante mencionar:

Talleres Nadie es Perfecto: Para estos talleres contamos con 2 facilitadoras en la Comuna, cada una debe realizar 4 talleres durante el año, cada taller se compone de 6 sesiones.

Durante el año 2014 logramos esta meta, sin embargo, el punto crítico de los talleres es la concurrencia por parte de nuestros usuarios, es por eso que estamos trabajando en red con Educación, para que los talleres se lleven a cabo en los jardines infantiles de la comuna, con los apoderados de dichos establecimientos. Esperamos para el 2015 aumentar el número de talleres realizados y sumar a esta estrategia a los colegios en sus niveles de pre kínder y kínder.

Presencia de los padres en los controles de los niños menores de 5 años: Ha sido un indicador difícil de abordar, cuyo porcentaje de cumplimiento a Septiembre del 2014 es de 7% y la meta es un 12%. Los profesionales que atienden a esa población, han incentivado la participación del padre en los controles, pero garantizar la presencia de él, depende de distintos factores, que no son posibles de manejar por el equipo de salud. Una estrategia para el 2015, es que durante el periodo de primavera –verano los controles de estos niños se hicieran en jornada de extensión.

Para el año 2015, se espera continuar con el proceso de mejora que se realizó durante el 2014, gracias al trabajo multidisciplinario que conlleva llevar a cabo este programa y al monitoreo permanente del cumplimiento de sus indicadores, para así implementar en el momento preciso estrategias de intervención en pos de nuestros objetivos.

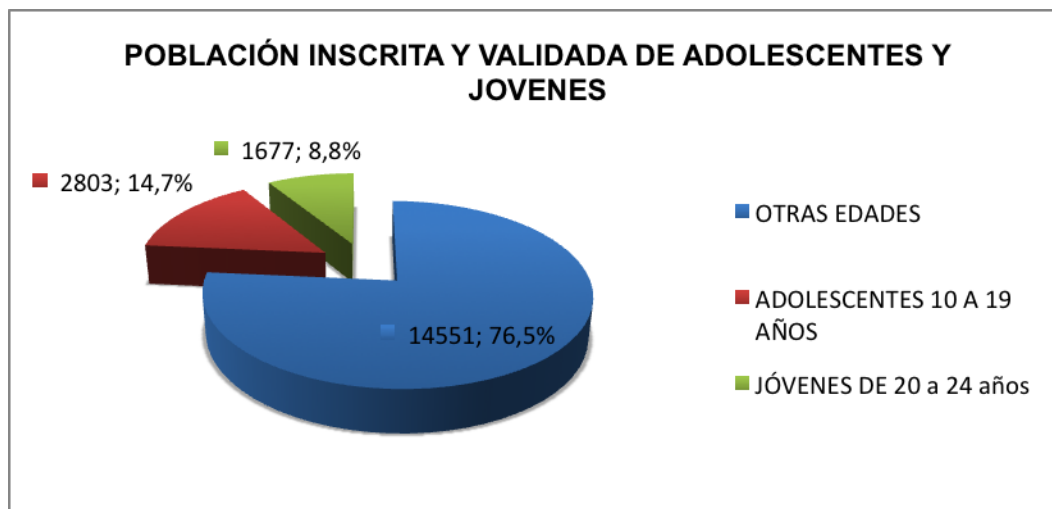
1.2 PROGRAMA DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

El Programa está orientado a la adolescencia y juventud, etapa con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. Particularmente en la adolescencia (10 a 19 años) se producen importantes cambios y desarrollo, a nivel biológico, psicológico y social de un individuo. Estos cambios pueden determinar un conjunto de fortalezas para el desarrollo, y en otros ambientes más vulnerables, pueden aumentar los riesgos para la salud.

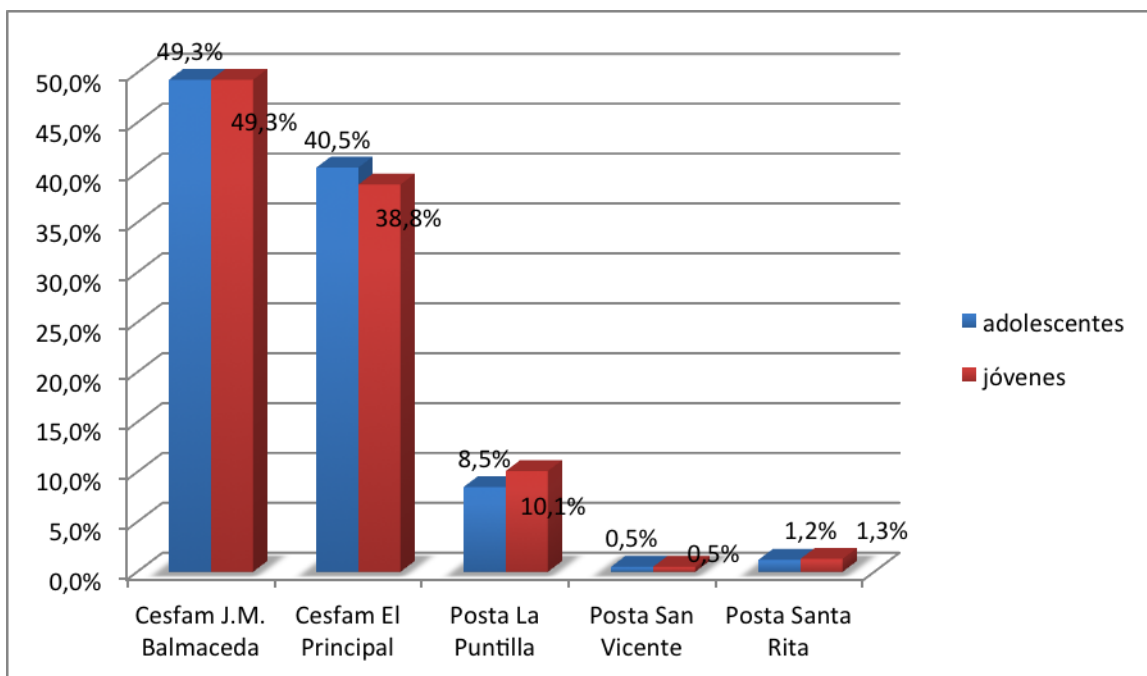
Por otro lado, se reconoce que los jóvenes (20 a 24 años) que aún estudian y están bajo la dependencia de sus padres, no sólo son considerados adolescentes según definición de adolescencia basada en que no alcanzan la autonomía social total o parcial, si no que sus demandas y necesidades de salud no son diferentes a las del grupo de 10 a 19 años. Por esta razón, conforme a criterios OMS-OPS, el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, considera la población de 20-24 años como población joven y realiza recomendaciones de manera que toda la gente joven (10 a 24 años) pueda tener un desarrollo en un contexto favorable de apoyo y protección.

El 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 etario, con énfasis en el control de los factores de riesgo propios de esta etapa.

Del total de población inscrita y validada para la Comuna de Pirque, el 14,7% corresponde a adolescentes y el 8,8% a jóvenes de 20 a 24 años, como se aprecia en el siguiente gráfico:



Por centros de salud, la población adolescente y joven se distribuye como se ve en el gráfico siguiente:



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

Durante el año 2014, en el CESFAM Balmaceda se realizó el “espacio amigable”, en horario diferido para facilitar el acceso de este grupo al cesfam, sin interferir con su horario de estudios. En el espacio amigable participan Matronas y una Psicóloga infanto juvenil, en este espacio se realiza el control integral del adolescente, con aplicación de la ficha CLAP y además se aplican otros test para evaluar trastornos en el ámbito de salud mental. Por un proyecto piloto se aplicó la encuesta de la escala de suicidabilidad de Okasha dando un 26.8% positiva

Durante el año 2015 , se trabajará con los grupos juveniles organizados de la comuna, en establecimientos educacionales, junto a profesores y apoderados para incentivar a los adolescentes a participar activamente en cada centro de salud

Los ejes de trabajo para el grupo adolescente están enfocados en la prevención de enfermedades 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.

1.3. PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO

El fenómeno demográfico en Chile, caracterizado por una disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad, ha contribuido al cambio en la estructura poblacional con un consiguiente aumento de la población adulta y adulta mayor.

Considerando la población inscrita en los centros de salud de la Comuna, más de la mitad (51,2%) corresponde a adultos entre 20 y 64 años y un 10,4% corresponde a personas mayores de 65 años, lo que coincide con la realidad nacional anteriormente descrita.

Este nuevo panorama demográfico y epidemiológico obliga a buscar estrategias diferentes para satisfacer las necesidades de salud de las personas adultas, justificando el desarrollo de acciones que permitan disminuir en el tiempo las inequidades, brechas y barreras asociadas a la mayor morbilidad y mortalidad de este grupo.

La mortalidad prematura trae consecuencias significativas no sólo por la muerte y pérdida de un individuo, sino porque la población adulta, es la población laboralmente activa del país, la que potencia la economía, da soporte a los menores y contribuye al bienestar de los adultos mayores. El modelo de atención de salud para este grupo etario debe estar enfocado en la entrega de una atención integral para mujeres y hombres de 25 a 64 años que responda a sus necesidades específicas mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cuenten con la mejor evidencia disponible y de forma oportuna, expedita y de calidad, considerando el principio de equidad a lo largo del curso de vida.

En las personas adultas, la sexualidad y la reproducción tienen una gran relevancia. Es por ello que en las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. Al mismo tiempo, se favorezca el derecho de hombres y mujeres de estar informados, que tengan la capacidad de tener hijos, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, accediendo a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles, confidenciales y aceptables y que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura,. Por otra parte, la atención que se brinda a mujeres con pérdida de una gestación en curso, debe asegurar servicios técnicos de calidad y con las

consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

Otro desafío para las actuales políticas públicas es el aumento de la esperanza de vida, con un aumento cada vez mayor de mujeres en edad mediana y vejez. Entre las circunstancias y problemas que afectan la salud, están: la menopausia, o cambios en la función ovárica que marcan el fin de la etapa reproductiva y conllevan un importante impacto en la salud, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, tumores malignos, problemas de salud mental.

Cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y para realizar intervenciones preventivas. Desde la perimenopausia, los profesionales de la salud deben ir más allá de los síntomas manifestados por la mujer, explorando otros factores que pudieran afectar su bienestar en esta etapa de su vida (alimentación, actividad física, salud mental, sexualidad, relaciones familiares y sociales), adoptando el enfoque biopsicosocial integral, centrado en mejorar la calidad de vida y en las necesidades de cada mujer, vistas como sujetos activos en el logro y mantención de un adecuado estado de salud a lo largo de su curso de vida

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

El Programa de Salud Cardiovascular es una de las principales estrategias del Ministerio de salud, para contribuir a reducir la morbilidad asociada a las Enfermedades Cardiovasculares, que según datos del INE son la principal causa de muerte en Chile, atribuyéndosele el año 2010 a las enfermedades del sistema circulatorio el 26% de las defunciones en los hombres y un 29% de las defunciones en las mujeres. Es importante además señalar, que la encuesta Nacional de Salud del año 2010, arrojó que en Chile se observa una mayor prevalencia de morbilidad por enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, obesidad y Dislipidemia, en la población con menos de 8 años de estudio; mostrando que los estratos socialmente más deprivados presentan mayor carga de morbilidad.

El PCV está orientado a pesquisar y tatar los 4 factores de riesgo mayores para un evento cardiovascular: *Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemia y tabaquismo*, 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, teniendo como metas mejorar la cobertura y la compensación de estos pacientes.

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.

Las Dislipidemias 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.

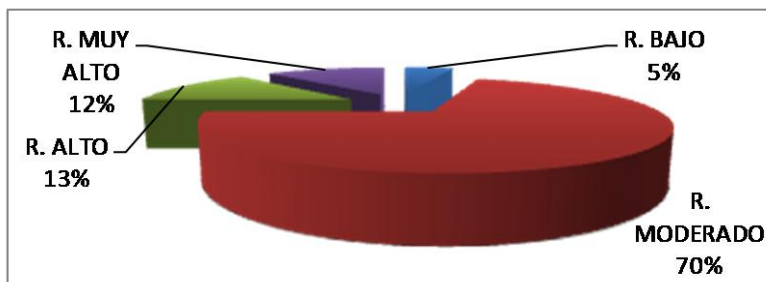
El Tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por la adicción a la nicotina. La nicotina es una droga que induce aumento de su tolerancia, es decir se necesitan dosis mayores para obtener efecto y además produce dependencia física y psicológica.

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.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR AÑO 2013 Y PRIMER SEMESTRE DEL 2014.

Población bajo control en la comuna de Pirque: En la comuna de Pirque tenemos una población bajo control de 3.183 pacientes, según el corte de Junio 2.014, lo que representa un aumento superior al 10% de la población bajo control en un año, ya que en Junio de 2013 había 2.887 personas bajo control en PSCV. Estos pacientes son controlados ya sea por diabetes tipo 2, hipertensión arterial, Dislipidemia o tabaquismo, sin embargo la mayoría de los pacientes presentan más de una de estas patologías.

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, al utilizar las tablas de Framingham adaptadas a la población chilena, este riesgo se estima a 10 años, con 4 niveles de riesgo de acuerdo a los porcentajes que se muestran en el siguiente gráfico:



Logro metas IAAPS en el PSCV comuna de Pirque:

Cobertura de hipertensión: La cobertura comunal de HTA ha ido en aumento en los últimos 3 años, presentando cifras de 77,83% en Diciembre 2012, 80% en Junio 2013 y 82,2% en Junio 2014, superando la meta de 79% para este año.

Cobertura Diabetes tipo 2: La cobertura de Diabetes en la población de adultos, al igual que en el caso de la hipertensión arterial, ha ido en aumento en los últimos 3 años, con un 45,28% en Diciembre de 2012, un 51,3% en Junio 2013 y un 54,5% en el corte de Junio 2014, superando la meta comunal de este año de 54%.

Este aumento en la población bajo control, en ambas patologías, ha sido posible gracias al énfasis puesto por el equipo de trabajo en la realización de exámenes de medicina preventivo en la población adulta, lo que ha permitido pesquisar e ingresar al PSCV un mayor número de personas con este tipo de patologías; sin embargo esto ha significado una mayor necesidad de recurso humano para poder cubrir una mayor demanda.

Cobertura EMP en hombres de 20 a 44 años: La realización del examen de medicina preventivo (EMP) en los hombres de 20 a 44 años esto ha mejorado en los últimos años en la comuna llegando en Diciembre de 2013 a un 12,2 % de la población inscrita validada de esa edad que no pertenece al PSCV, superando la meta de 12% de ese año para la comuna; este año al corte de Agosto se había realizado el examen al 9,64% de la población objetivo por lo que se espera lograr la meta a diciembre de un 14% de personas con el EMP realizado.

Cobertura EMP en mujeres de 45 a 64 años: Durante el año 2013 se realizó el EMP al 25% de las mujeres de 45 a 64 años, superando la meta de 21,4% propuesta para la comuna, este año en el corte de Agosto se había logrado el 11,7% y se continúa trabajando para lograr el 21% fijado como meta a Diciembre.

Meta cobertura efectiva de pacientes por patologías.

Cobertura efectiva de hipertensión: La meta para cobertura efectiva de hipertensión arterial es una presión arterial <140/90. Esta meta se ha mantenido estable durante los últimos 3 años con un 56,4% en Diciembre de 2012, un 57,3% en Junio 2013 y un 55,3% en junio 2014.

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, un 18,5% en Junio de 2013, y un 16,9% en Junio 2014, encontrándose diferencias importantes entre los diferentes centros de salud ya que en J M Balmaceda se obtuvo un 20,6% versus un 11,9% en El Principal.

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.

Para pesquisar a pacientes con ERC incipiente e iniciar un tratamiento farmacológico para retardar su avance, se comenzó a aplicar la pauta anual de detección de la enfermedad renal crónica desde el año 2010 en la comuna.

La aplicación de la pauta ha sido en forma lenta pero progresiva, ya sea por el escaso recurso medico o por que los equipos no la tenían internalizada como actividad necesaria en el control cardiovascular:

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: 920 pautas aplicadas (33%)

Enero-Junio 2.014: 1310 pautas aplicadas (41%)

Este indicador ha mejorado desde la incorporación de la ficha electrónica en la comuna, ya que el formulario de detección de la progresión de la enfermedad renal está contemplado dentro de los formularios clínicos, además se ha iniciado la aplicación de la pauta por las enfermeras y nutricionistas en el caso de los pacientes que no presentan daño renal, según sus exámenes. Para mejorar este y otros indicadores, este año se elaboró un protocolo del programa cardiovascular donde se especifica claramente cuales son las intervenciones y/o prestaciones de salud que debe tener un paciente bajo control.

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%. Esta medida se utiliza en pacientes que no mejoran su compensación a pesar de estar con antidiabéticos orales, o en caso de contraindicación de estos, con el objetivo de lograr cifras cercanas al nivel de compensación, previniendo de esa manera las complicaciones de la diabetes mal controlada.

En la comuna esta cifra ha ido en constante aumento, desde el inicio de la insulinización en el año 2011, con 125 pacientes a 213 pacientes en Junio de 2014, lo que representa un 21,9% de la población de diabéticos bajo control.

Pacientes diabéticos con fondo de ojo vigente

Este examen se realiza para pesquisar retinopatía en los pacientes con diabetes tipo 2. En el corte de Junio de 2014 se logró una cobertura de 51,7% lo que representa 503 pacientes con el examen vigente, cifra mayor al 34% que había en Junio de 2013.

Pacientes con evaluación de pie diabético vigente.

En el corte de Diciembre de 2012 un 33% de los pacientes bajo control tenían una evaluación de pie vigente, meta que presentó un avance al corte de Junio 2013, donde un 49%, estaba con esta intervención realizada dentro del PSCV. Desde Julio del 2013 se incorporaron los médicos que atienden pacientes del programa, lo que mejoró significativamente la cobertura de este examen logrando en Junio de 2014 un 82,2%. La meta para este año es alcanzar el 90% de los pacientes con un examen de pie vigente.

Logros en el PSCV año 2014.

Se ha consolidado el uso de la ficha electrónica por parte de los funcionarios de los centros de salud de la comuna, lo que ha significado una mejora en el registro clínico, sin embargo aún es necesario continuar avanzando para lograr registros de calidad, de tal modo que ya no sea necesario el registro paralelo en tarjetón de papel. Queda pendiente además el avance en lograr extraer la información necesaria para elaborar los REM solicitados por el Servicio, al igual que datos importantes para poder gestionar el programa sin necesidad de extraer esa información de los tarjetones ya que hasta el momento no se ha logrado contar con esta importante información.

Se ha iniciado este año las auditorías de registro de ficha electrónica RAYEN, actividad que se realiza con el objetivo de mejorar el registro clínico y monitorear la entrega de todas las prestaciones programadas a los pacientes inscritos en el programa cardiovascular de la comuna.

Se incorporó en Abril de este año el recurso **kinesióloga** para que realice los talleres de ejercicio del PSCV, esto por que presenta un perfil más idóneo para atender a los pacientes que tienen factores de riesgo cardiovascular presentes y en su gran mayoría asociados a patologías osteoarticulares que es importante considerar al momento de indicar algún tipo de ejercicio. Esta profesional está contratada 44 horas 22 de las cuales las desarrolla en el CESFAM JM Balmaceda y 22 horas en el CESFAM El Principal.

Se ha consolidado la **sala de preparación para pacientes del PSCV** en ambos CESFAM de la comuna al igual que la realización de EMP en cada centro, en cuanto a este punto se ha notado en el equipo de trabajo la derivación constante de los pacientes al EMP.

Se mantiene la realización del **examen de pie diabético** por enfermera y medico con el objeto de tener una mejor cobertura de esta actividad y de ese modo detectar a tiempo el riesgo de úlceras del pie diabético.

Se ha iniciado desde Septiembre de 2014 las **consultorías mensuales con diabetólogo(a)** del CDT del CAHSR, donde participan los médicos de la comuna presentando casos clínicos complejos de pacientes diabéticos, para recibir la orientación de manejo o tratamiento a seguir, por parte del especialista.

Se ha creado un **protocolo de insulinización** de la comuna para orientar sobre el flujograma a seguir y las intervenciones que deben tener los pacientes que van a iniciar insulina.

Este año 2014 se creó un **protocolo del programa cardiovascular** para la comuna, con el objeto de orientar sobre todo a los funcionarios que ingresan a los centros de salud, en las actividades que se realizan a los pacientes del PSCV, al mismo tiempo que se especifica todas las prestaciones que se les debe otorgar, los plazos, que profesional las debe realizar, etc.

Para reforzar y ayudar a los pacientes que están utilizando insulina o que van a iniciar tratamiento, se está trabajando con 2 proyectos en la comuna, los que consisten en la entrega a **comodato de máquinas de medición de glicemia capilar**, cintas reactivas y lancetas, por 3 meses, donde los pacientes realizan el automonitoreo en sus casas y traen los perfiles de glicemia al control médico para realizar los ajustes correspondientes en las dosis de insulina, esto ayuda mucho ya que los pacientes no cuentan con el dinero para asistir diariamente o cada 2 días al centro de salud a realizarse las mediciones, además las cintas son un recurso caro, que muchas veces no está a su alcance.

Lo que se espera para el año 2015

Continuar mejorando en el uso de la ficha electrónica, para lo cual está pendiente una nueva capacitación que se realizará antes de fin de 2014.

Mejorar la cobertura de evaluación del pie diabético y llegar a cifras superiores al 90% propuesto por el MINSAL, para lo cual se reforzará la importancia de esta actividad en los controles realizados por médico y enfermera del PSCV.

Se espera continuar realizando consejerías en alimentación y hábitos saludables a los pacientes sobre todo diabéticos que inician insulina, con el objeto de lograr cambios de hábito que les ayuden a mejorar sus niveles de compensación.

Mantener funcionando el modelo de cuidados crónicos en los 2 centros de la comuna, con los proyectos que han ideado, continuar con los proyectos de automonitoreo de glicemia capilar para pacientes insulino-requirientes.

Continuar avanzando en la insulinización a los pacientes diabéticos que lo requieran.

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, del adulto de 20 a 64 años.
- 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 morbilidad, a través de:

- Examen de Medicina Preventiva en los usuarios de 20 a 64 años, focalizando el grupo de 20 a 24 años, aumentando en un 20% la cobertura de este grupo, con el objeto de pesquisar a tiempo patologías como síndrome metabólico, diabetes, hipertensión, Dislipidemia y otras.
- Asegurar la continuidad del tratamiento en APS a todo paciente que egresa del hospital con diagnóstico de ACV o IAM, con control al 100% de ellos a los 7 días hábiles post-alta
- La ejecución del Programa Vida Sana en jóvenes y adultos con síndrome metabólico, esperando que al menos 50% de los participantes logre al menos 1 de las metas establecidas por el programa.
- Clasificar al 100% de los pacientes del programa cardiovascular que presentan diabetes o hipertensión, según etapa de la enfermedad renal crónica.
- El aumento de un 15% en la cobertura diagnóstica de la hipertensión arterial, respecto al año anterior, con énfasis en el grupo de 20 a 24 años.
- El aumento de un 15% en la cobertura diagnóstica de la diabetes tipo 2, respecto al año 2014, con énfasis en el grupo de 20 a 24 años.
- Se espera disminuir la incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes, a través de la evaluación de riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según nivel de riesgo, teniendo como meta el 90% de los pacientes bajo control. Se espera además realizar el manejo avanzado de heridas en el 100% de los pacientes con úlceras activas.

Actividades de tratamiento en el programa cardiovascular

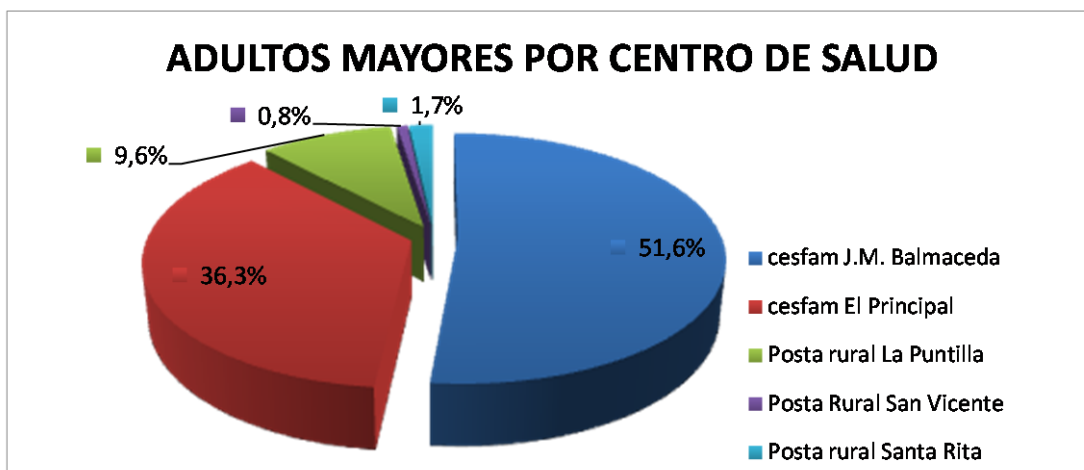
Las actividades de tratamiento están orientadas a mejorar la compensación en los pacientes bajo control del programa cardiovascular, para lo cual se espera:

- El aumento de la cobertura efectiva de la hipertensión arterial en un 10% y de compensación en la población bajo control en un 30%.
- El aumento de la cobertura efectiva de la diabetes tipo 2 en un 10% y de compensación en la población bajo control en un 30%.
- Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con diabetes en el programa de salud cardiovascular, teniendo como meta un aumento de 50% de pacientes evaluados, con respecto al año anterior.
- Aumentar en un 10% con respecto al año anterior el tratamiento de las personas con diabetes tipo 2 del PSCV con cifras de HbA1c<7%, Presión arterial <130/80 mm/Hg y Col LDL <100mg/dl.
- Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica a través del inicio de tratamiento con IECA o ARA II en el 100% de los pacientes que presenten microalbuminuria.
- Se espera que el 80% de los pacientes bajo control en el programa cardiovascular por diabetes cuente con un examen de fondo de ojo vigente

1.4. PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

La evolución de la población en Chile se caracteriza por un ritmo permanente de envejecimiento, expresado en una tendencia a la disminución de la población más joven y un aumento de la proporción de la población mayor. A su vez, se ha observado que el segmento que más crece actualmente y que también proyecta crecer más en el futuro, es el de 75 años o más. Este fenómeno corresponde a lo que algunos autores llaman "envejecimiento de la vejez".

En Pirque un 10,4% de la población inscrita validada en los centros de salud, corresponde a personas de 65 años y más. Distribuidos por centro de salud, como se aprecia en el siguiente gráfico:



La vejez en el contexto del ciclo de vida, ya no es un período breve antecesor de la muerte. Hoy la esperanza de vida a los 60 años es de cerca de 20 años, por lo que puede constituir una cuarta parte de la vida, y así literalmente ser "una parte de la vida" con experiencias, desafíos y características particulares.

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

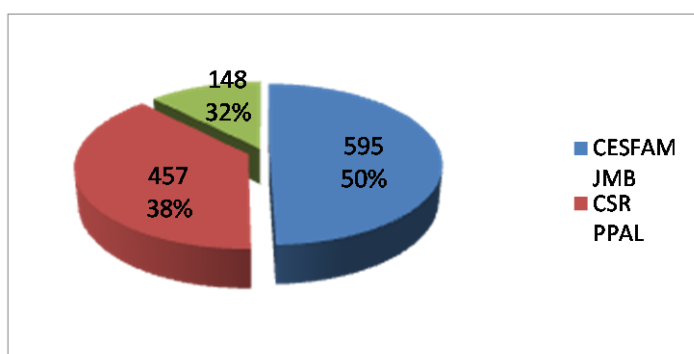
El objetivo del programa es contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la comuna, entregándoles una atención oportuna, integral, de calidad y con énfasis en la promoción, prevención y curación en un enfoque de Salud familiar y comunitario.

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.

Debemos considerar en este grupo el **bienestar subjetivo** que se relaciona con su grado de satisfacción con la vida y el balance de los afectos positivos y negativos; la **Familia y redes de apoyo social; la salud y la atención sanitaria**. El Adulto Mayor es un ser humano con deberes y derechos que nuestros Centros de Salud pretenden alcanzar con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de nuestra población.

POBLACIÓN BAJO CONTROL DEL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR
AÑO 2014



LOGROS 2014:

- Integración programática de taller cognitivo a pacientes con pesquisa de minimal mental entre 8 a 13 puntos, 2 veces al año.

- Intervención con consejerías tabáquicas a todo paciente fumador en evaluación EMPAM.
- Realización de actividades educativas individuales dentro de las atenciones dentales específicas (autocuidado e higiene).
- Se ha logrado aumentar cobertura de PACAM en población correspondiente por apoyo informativo de personal de acogida administrativo y profesionales.
- Aumento no significativo en la cobertura de la vacuna antineumococica en adultos mayores de 65 años, especialmente en periodos de campaña de invierno.
- Optimización en derivación interna de pacientes respiratorios crónicos (EPOC, asma, LCFA) a Sala ERA.
- Trabajo intersectorial efectivo, salud y municipalidad se han integrado para fomentar las actividades extra programáticas en los grupos de adulto mayor comunales y a la población en general.
- Integración paulatina de datos consistentes a sistema rayen referente al Programa AM.
- Integración programática de talleres para pacientes con riesgo de caídas, 3 veces al año.

Brechas y propuestas 2015.

- Superar la sub utilización de horas protegidas para EMPAM en profesionales kinesiólogos y enfermeras asegurando estas atenciones con usuarios de salas de espera.
- Difundir beneficios y prestaciones de programa AM a través de promoción, accesos virtuales y diario mural de cada centro de salud expuesto al público. Además de trabajar con clubes de adultos mayores y juntas de vecinos
- Mejorar pesquisa de síndromes geriátricos para su oportuna derivación.
- Incrementar participación comunitaria a través del fomento del trabajo intersectorial.
- Promover actividades hacia la comunidad que eduquen en relación al cuidado y respeto de los derechos del AM.

PROGRAMA CARDIOVASCULAR EN EL 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 morbilidad, a través de:

- La detección oportuna de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas 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 $\geq$ 30mg/grs), a través del tratamiento del 100% de estos pacientes con IECA o ARA II.
- Asegurar la continuidad del tratamiento de las personas de 65 años y más que ha egresado del hospital con diagnóstico de ACV o IAM, realizando un control al 7º día post-alta al 100%, para evaluar la adherencia al tratamiento.
- Se aumentará la cobertura de hipertensión arterial y diabetes en un 15% con respecto al año anterior, en el grupo de personas de 65 y más años a través de la realización del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.

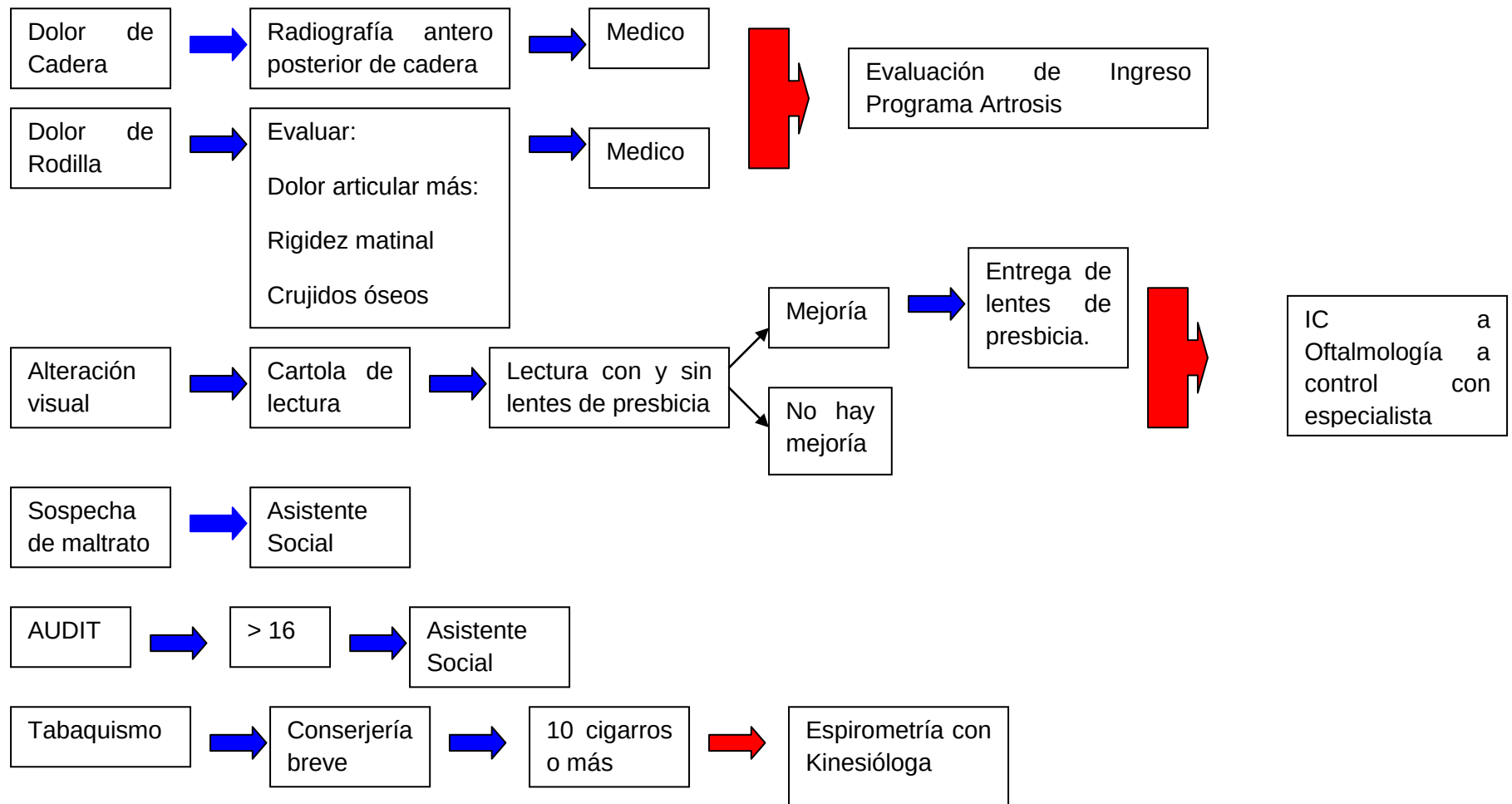
Actividades de tratamiento en el programa cardiovascular en adultos mayores

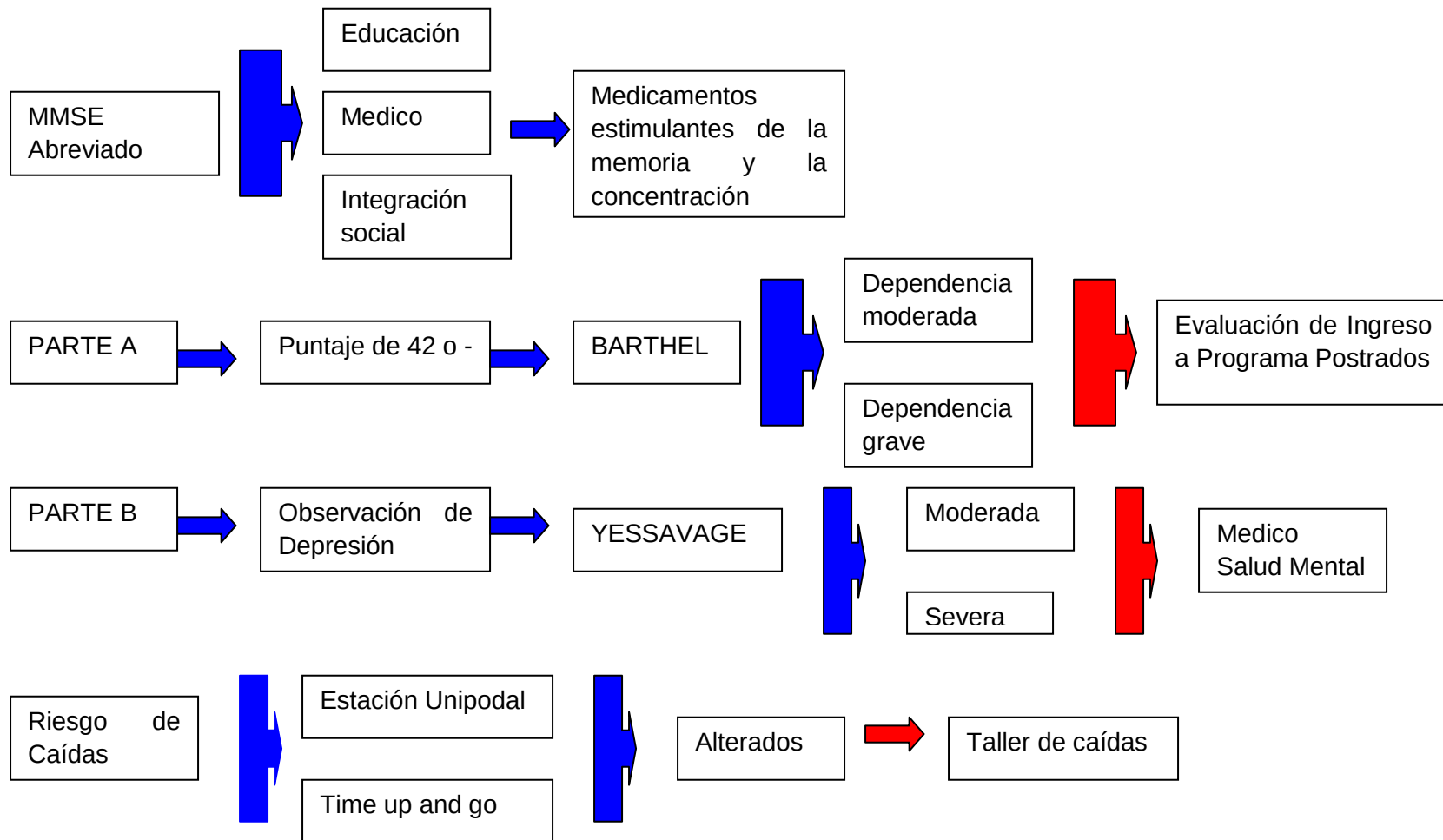
Las actividades de tratamiento están orientadas a mejorar la compensación en los pacientes bajo control del programa cardiovascular, para lo cual se espera:

- Aumentar la compensación de adultos mayores hipertensos con una presión arterial menor a 140/90 mmHg en el último control en un 15% y en 10% la cobertura efectiva, con respecto al año anterior, a través de la realización del control de salud cardiovascular y el taller de ejercicio físico.
- Aumentar la compensación de adultos mayores diabéticos con HbA1c $<7\%$ en el último control en un 15% y la cobertura efectiva en un 10%, con respecto al año anterior, a través de la realización del control de salud cardiovascular y el taller de ejercicio físico.

- Se espera aumentar la aplicación de la pauta evaluación de riesgo de ulceración de los pies en los pacientes adultos mayores con diabetes y la entrega de un plan de manejo según nivel de riesgo, teniendo como meta el 90% de los pacientes bajo control evaluados, a fin de disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en estos pacientes.
- Realizar manejo avanzado de heridas al menos al 80% de los pacientes diabéticos con úlceras activas del pie diabético de 65 y más años.
- Se espera que el 80% de los pacientes con diabetes tipo 2 de 65 y más años del PSCV, cuenten con un fondo de ojo vigente.
- Evaluar la calidad de la atención a las personas diabéticas mayores de 65 años a través del formulario Qualidiab u otro propuesto por el MINSAL, logrando aumentar en un 50% la cobertura del año anterior.

FLUJOGRAMA DE DERIVACION AM. EMPAM AM





2. PROGRAMAS TRANSVERSALES

2.1. Salud Oral

Las patologías bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal.

La caries, enfermedad infecto contagiosa que ataca los tejidos duros del diente, es la principal causa de pérdida de piezas dentarias. La enfermedad periodontal también enfermedad infecto contagiosa que ataca los tejidos de soporte del diente, es la principal causa de pérdida de piezas dentarias después de los 50 años.

Ambas enfermedades son de fácil prevención, con simples actividades de promoción y prevención de salud bucal. Es por esto la importancia de atención en los distintos ciclos de la vida, comenzando con la aplicación de las pautas de evaluación buco-dental en el control de los 18 meses, luego control dental a los 2, 4, 6 y 12 años. Por otra parte es importante la atención odontológica integral de la embarazada, ya que, teniendo una madre sana es más fácil que sus hijos estén sanos.

Como ayuda a la prevención y promoción de salud bucal, tenemos el programa preventivo, el cual, consiste en sesión educativa y entrega de un set de higiene oral (1 pasta y 2 cepillos de dientes), a preescolares de 2 a 5 años de escuelas y jardines seleccionados de la comuna, y 2 aplicaciones de flúor barniz a preescolares de 2 a 4 años que asistan a los jardines seleccionados. Por otro lado se está en proceso de la conformación de una mesa intersectorial de salud bucal, para trabajar con educación dando apoyo a las educadoras en prevención e higiene bucal.

Como objetivo para el año 2015

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

Para poder brindar una atención odontológica integral, tenemos los programas de apoyo al tratamiento, que son los que se describen en la tabla siguiente:

Convenio	Objetivo	Componente	estrategia	Meta anual	Realizado a Sept/14
Odontológico Integral	Mejorar la calidad de la atención y la resolutivez de especialidades odontológicas en la atención primaria de salud junto con acercar la atención dental a comunidades de difícil acceso, promoviendo la prevención y promoción de la salud oral	1. resolución de especialidades odontológicas en APS	1.1 endodoncia	6	4 (67%)
			1.2 Prótesis	90	77 (85%)
		2. Odontología integral	2.1 atención odontológica Integral a mujeres y hombres de escasos recursos (MHER)	220	133 (61%)
			2.2 atención odontológica integral en mujeres "más sonrisas para chile"	50	26 (52%)
			2.3 auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas Integrales a MHER	14	7 (50%)
Odontológico Preventivo	Promover higiene bucal y fomentar el autocuidado en salud bucal de niñas y niños de 2 a 5 años Aumentar las acciones preventivas en salud bucal mediante la aplicación de flúor barniz comunitario en preescolares de 2 a 4 años	promoción y prevención de la salud bucal en población preescolar	1.1 fomento del autocuidado en salud bucal (sesión educativa)y entrega de set de higiene oral	556	512 (92%)
			1.2 aplicación de flúor barniz (dos aplicaciones)	254	236 (93%)
GES Odontológico adulto	Asegurar el cumplimiento de las garantías ges odontológicas que involucre a los adultos de 60 años	Atención odontológica adultos	Atención de salud oral integral en adultos de 60 años (Alta odontológica primaria y secundaria)	55	41 (72%)
GES Odontológico familiar	Asegurar el acceso y oportunidad en el cumplimiento del GES odontológico de 6 años, embarazadas y urgencias odontológicas ambulatorias	1. atención dental en niños	Ges salud oral 6 años (examen de salud oral)	79% de la población inscrita y validada de 6 años (205 niños)	185 (90%)
		2.atención dental en embarazadas	ges salud oral de las embarazadas	68% del total de gestantes ingresadas a programa prenatal (189)	129 (68%)
		3. Atención dental de urgencia	Atención dental de urgencia	10% de consultas de urgencia GES en relación al total de consultas de urgencia	25.7% (477 urgencias GES de 1847 totales)

Prestaciones/actividades por programa:

PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL	promoción, educación en salud bucal
	examen de salud
	destartraje y pulido coronario
	obturbación de amalgama, obturbación vidrio ionómero, obturbación composite
	Radiografía, exodoncia
	prótesis acrílica, prótesis metálica
	1 cepillo y pasta dental

PROGRAMA ODONTOLÓGICO PREVENTIVO	EXAMEN DE SALUD ORAL
	obturbación amalgama obturbación composite obturbación vidrio ionómero
	destartraje y pulido corona
	destartraje y pulido radicular
	radiografía retroalveolar y bute-wing (por placa)
	endodoncia unirradicular
	endodoncia bi o multirradicular
	exodoncia permanente

	kit salud oral incluye pasta, cepillo y seda dental (en caso de prótesis se incluye cepillo para prótesis)
	prótesis de restitución (fase laboratorio) prótesis de restitución (fase clínica) prótesis metálica (fase laboratorio)
	prótesis metálica controles odontológicos necesarios

destartraje y pulido corona	EXAMEN DE SALUD ORAL NIÑOS	EXAMEN SALUD ORAL EMBARAZADAS
	aplicación de sellantes	Rx retroalveolar y bite-wing (por placa)
	destartraje y pulido corona	
	fluor tópico barniz	exodoncia permanente
	kit salud oral	obturación amalgama obturación composite
	obturación amalgama obturación composite obturación vidrio ionómero	obturación vidrio ionómero
	Rx retroalveolar y bite-wing (por placa)	fluor tópico barniz
	Pulpotomía	aplicación de sellantes
	exodoncia temporal	kit salud oral, educación grupal
		desinfección bucal total

2.2 SALUD MENTAL INTEGRAL

Introducción:

Los Trastornos Mentales han aumentando progresivamente su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2009, muestra que, una de las enfermedades destacables por su frecuencia y gravedad potencial, es la depresión, ya que uno de cada cinco adultos declaró haber tenido síntomas depresivos alguna vez en su vida, y esta no hace distinciones de sexo, edad, clase social o nacionalidad. Chile es un país con altas tasas de enfermedades mentales. La proporción de chilenos que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de Estados Unidos. Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar en la carga global de enfermedades.

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.

El inicio de un trastorno mental puede ser súbito; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones suelen ser lentos y paulatinos y pueden ser desencadenados por una situación de intenso estrés y en otras se comportan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna puede cambiar drásticamente el curso de la mayoría de éstos. 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.

A partir de 1990, el Ministerio de Salud de Chile, comienza a desarrollar acciones dirigidas a reformar el modelo de atención en Salud Mental de la población. Es de esta manera, como en el año 2000 se inicia el proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan incluye múltiples propuestas sobre financiamiento, enfermedades prioritarias y enfatizar un modelo comunitario en el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, entre otras cosas.

El modelo comunitario de salud entiende que las enfermedades no sólo afectan la biología de la persona, sino también sus aspectos psicológicos y sociales.

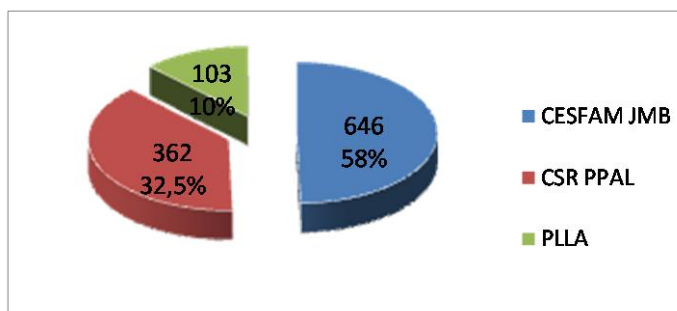
Este plan tiene como propósito fundamental el contribuir a que, tanto las personas afectadas por una enfermedad mental, como sus familias y las comunidades, alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí, y con el medio ambiente., de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potenciales psicológicas, cognitivas, afectivas, sociales y relacionales.

Constituyen ahora el principal desafío para lograr mejorías en la morbilidad y en la calidad del mayor número de años de vida, lo anterior hace necesario orientar las acciones de salud en prevención, promoción, detección oportuna, tratamiento precoz y efectivo el cual debe tener acciones que involucren a las personas, familias y grupos organizados de la comunidad, así como de servicios de otros sectores.

El Programa de Salud Mental en la Comuna de Pirque, ha presentado avances significativos en su instalación en los últimos años dentro del Modelo de Salud Familiar. Apoyo que brinda la Dirección de Salud en la implementación y ejecución del programa.

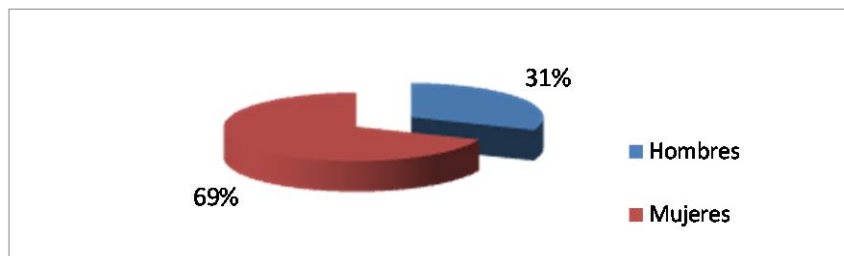
El programa de Salud Mental, describe el conjunto de actividades realizadas, abarcando todo el ciclo vital, el proceso de intervención es individual, grupal, familiar y comunitario. Abarca patologías que van más allá de los trastornos depresivos por lo que integra además otras prestaciones que producen deterioro clínico significativo como: Violencia Intrafamiliar, Consumo de Sustancias (Alcohol y Drogas), Trast. Ansiosos, Maltrato Adulto mayor, Alzheimer, entre otras.

Del total de inscritos validados de la Comuna de Pirque, el 5,8%, se encuentran en el programa Salud Mental. Distribuidos por centros de salud como se aprecia en el gráfico siguiente:



Del total de población bajo control comunal, 346 corresponden a hombres y 765 a mujeres, cifra muy comparable a la nacional, (relación 2 a 1).

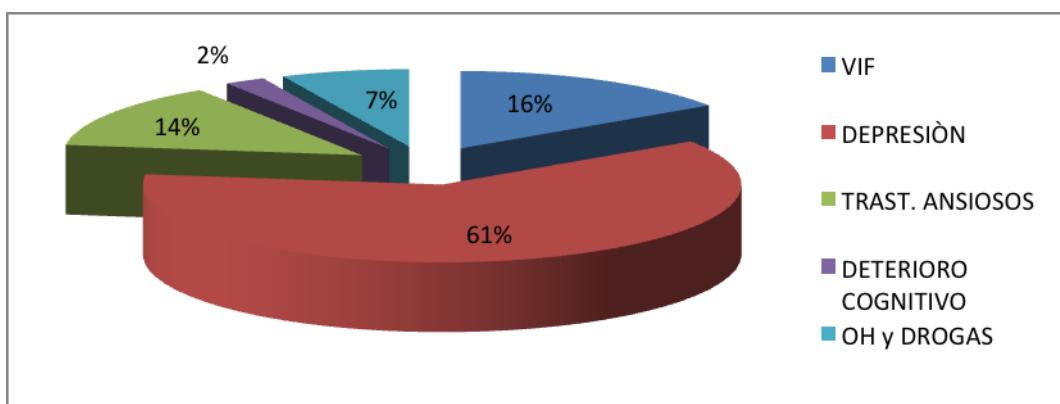
Distribución por sexo:



La prevalencia de Depresión en la población general mayor de 15 años oscila entre un 7,5% a 10% en nuestro país, y se estima que aproximadamente el 30 % de las personas consultantes en el nivel primario de atención pueden sufrir cuadros depresivos, por lo tanto, priorizamos su abordaje en forma integral en nuestra Comuna.

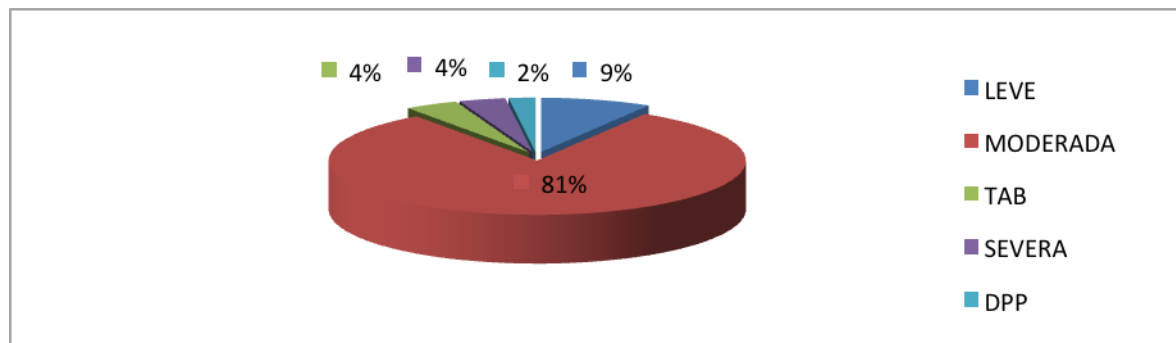
En el contexto del programa de Salud Mental Integral en Pirque, los trastornos del estado del ánimo (Depresión) ocupan el primer lugar seguido de Violencia Intrafamiliar, y tercer lugar se encuentran los Trastornos Ansiosos, (donde se incluyen crisis angustiosas, ansiedad generalizada, crisis de pánico, fobias y cuadros de estrés reactivo), por lo tanto, priorizamos su abordaje en forma integral en nuestra Comuna, el cual es atendido por un Equipo Multidisciplinario.

Distribución según patología:

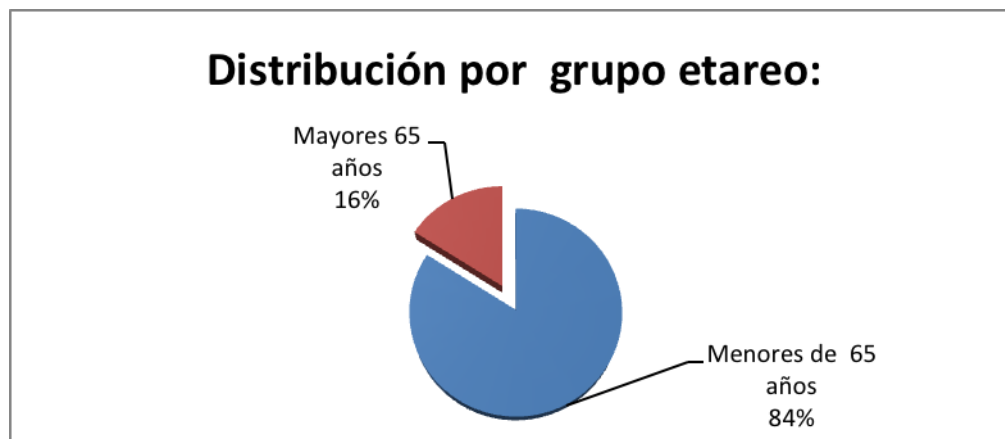


La prevalencia comunal observada para Depresión en el año 2014 es de 10, 2%, para mayores de 15 años, cifras similares a las observadas a nivel nacional.

Según tipo de Depresión:



El mayor número de consultas (84%), se produce en el grupo etario de Menores de 65 años.



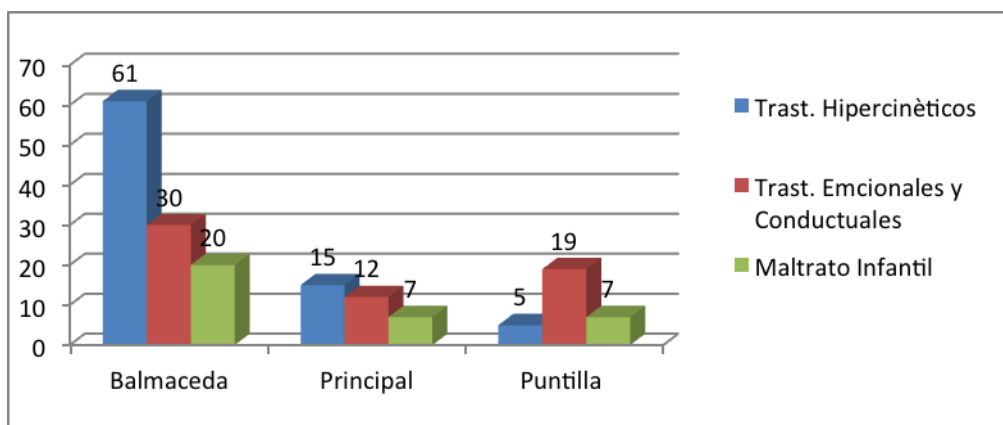
Salud Mental Infantoadolescente:

Desde el año 2011, se dio más énfasis en el trabajo con Adolescentes, cuyo Objetivo Principal es brindar atención integral, oportuna y eficiente a las personas a lo largo del ciclo vital, disminuir conductas de riesgo, con un enfoque anticipatorio de riesgo, facilitar el acceso mediante ambientes amigables, con el fin de generar espacios donde los usuarios Infanto adolescentes consulten.

Ésta canasta incluye Trastornos Hipercinético y de la Atención, Maltrato Infantil, trastornos emocionales y conductuales, entre otros.

La Población bajo Control Comunal, a Junio 2014, es de 176 niños, niñas y adolescentes, los cuales se encuentran con los siguientes diagnósticos:

- Trastornos emocionales y conductuales: 61
- Trastornos Hipercinético y de la atención: 83
- Maltrato Infantil: 32



Con el fin de cubrir estas necesidades tuvimos acercamiento a los colegios mediante la implementación de capacitaciones a los profesores en el apoyo de niños con Síndrome Déficit Atencional con Hiperactividad (SDATH), para fortalecer la importancia de la pesquisa oportuna y tratamiento, con el fin de evitar estigmatizaciones, mal rendimiento escolar, baja autoestima en los niños que lo padecen.

Evaluación de Metas del Programa, al Corte 31 Agosto 2014:

Personas mayores de 15 años que presentan diagnóstico de depresión, son ingresadas a tratamiento:

172/271: 63,4 %

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%

Mujeres mayores de 15 años que presentan diagnóstico de Violencia Intrafamiliar son ingresados a tratamiento:

71/98: 72,4%

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%

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

6/7: 85,7 %

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

29/60: 48,3 %

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

37/90: 41,1 %

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:

2/2: 50 %

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

43/40: 107,5 %

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

52/50: 104 %

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

15/24: 62,5 %

Implementación de talleres de Habilidades Personales en temas de autoestima, autoeficacia, relaciones positivas, autonomía, autoaceptación propósito en la vida.

7/7: 100 %

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

5/6: 83,3%

Actividades y Logros 2014:

El programa ha logrado estabilización del Equipo, cuenta con profesionales afiatados y comprometidos.

Se mantiene el apoyo transversal a los otros programas.

Se fortaleció el trabajo en el Área Infanto- adolescente, para lo cual se participa activamente en la Mesa intersectorial, liderada por Educación, en la que participan redes comunales, tales como OPD, establecimientos educativos, COSAM. en la que se retroalimentan casos, se refuerza las ofertas programáticas de las diferentes redes.

Se hace Difusión de Protocolos de Referencia y contrareferencia de Trastornos Emocionales y/o Conductuales, Trastornos Hipercinético y Maltrato Infantil,

aprovechando las instancias de Reuniones de Equipos tanto en CESFAM José Manuel Balmaceda y CRS E I Principal.

Se mantiene el apoyo de terapias complementarias, dada la buena evaluación por parte de nuestros usuarios, (Psicólogo especialista en Terapia Floral) y se agrega el Biomagnetismo priorizando pacientes con trastornos ansiosos.

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.

Durante el 2014, se establece como Norma local realizar durante la atención de Joven Sano, la aplicación de 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 al Programa.

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.

Se realizan Visitas Domiciliarias Integrales al 100 % de los ingresos por Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar.

Se logró aumentar cobertura de atención y de tratamiento a adolescentes con diagnóstico de Depresión.

Se obtuvo material audio visual, lo cual facilita la realización de talleres educativos a la comunidad

Se mantiene la realización de talleres en los 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.

Se realizan talleres con niños 5 a 10 años, que presenten trastorno Hipercinético, 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 establecen y fortalecen 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.

Se mantienen las charlas preventivas en factores de riesgo en los colegios (especialmente alcohol y drogas).

Durante el 2014 , se agrega dentro de la batería de exámenes además del TSH, el T4 libre , con el fin de poder afinar el diagnóstico diferencial en los casos de Hipotiroidismo.

Se mantiene derivación asistida en casos de pacientes con Riesgo de suicidio inminente a Centros de Mayor complejidad. 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, previa consultoría con Psiquiatra, a COSAM, en donde continuarán sus controles según Guía Clínica Ges.

Se participa activamente en Reuniones del Programa Chile crece contigo.

Aumentar cobertura de Consulta médica, de personas mayores de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.

Se mantienen y se potencian las Visitas Domiciliarias Integrales y consejerías a las familias con persona de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.

Se realizan intervenciones preventivas en la comunidad orientadas en el consumo problemático de alcohol y drogas en adultos mayores y sus familias.

Se hace capacitación de Intervenciones Breves y Mínimas en paciente con resultado de AUDIT con consumo de bajo riesgo de alcohol, entregando a todos los profesionales de los Centros material didáctico, con la finalidad de que cada profesional aproveche las instancias para Actividades de Prevención .

Se mantiene Reunión mensual Equipo Salud mental Comunal.

Se mantiene Consejo técnico de Salud Mental, espacio de retroalimentación e APS, COSAM.

Mantenición de las reuniones clínicas en APS, Consejo Técnico, Consultoría con Psiquiatra.

Agenda con horas exclusivas resguardadas para ingreso médico, psicólogo en temas de Patologías de Salud Mental.

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 2014, se logró separar por sectores los Talleres Terapéuticos: Taller de Depresión, y Taller VIF, logro que se mantendrá durante 2015

Se fortaleció el Trabajo del Equipo Comunitario con la finalidad de realizar un trabajo promocional, preventivo y mejorar la adherencia al tratamiento y que la comunidad asuma un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

Se mantiene un Encargado administrativo con el fin de que cumpla la función de monitoreo, rescate de pacientes insistentes, seguimiento, y del registro Sigges, especialmente en las Garantía GES.

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.

Se mantienen las Consultoría por Psiquiatra 1 vez al mes de forma sistemática durante el año, instancia para analizar casos de alta complejidad, dudas diagnósticas, terapéuticas y/o derivación a nivel secundario.

Se mantiene derivación Asistida a otras redes tales como: Oficina de Protección de Derechos de la Infancia (OPD), Previene, COSAM, entre otras.

Derivación asistida a pacientes dados de alta del Programa a grupos de Autoayuda con el fin de ampliar su red social y prevención de recidivas, de su cuadro sintomático, el mantenimiento de una buena salud mental y fortalecimiento de su autocuidado.

Se fortaleció la coordinación con las diferentes redes municipales, difundiendo las ofertas programáticas de cada una de ellas.

Durante el 2014 se realiza a nivel de la Red del SSMSO, la “Escuela de Agentes Comunitarios”, con el fin de poder aunar criterios, y lograr coordinación efectiva de la red intercomunal desde los usuarios.

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, la dupla psicosocial y médico según corresponda. Estrategia que se mantendrá y fortalecerá durante 2015.

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).

Fortalecer la vinculación entre los CESFAM y las organizaciones comunitarias, integrando los grupos de autoayuda con participación activa en los consejos de desarrollo local.

Atención de seguimiento para casos de pacientes psiquiátricos de contra referencia de nivel 3° de salud.

Coordinación permanente entre APS y el nivel secundario de salud mental.(COSAM)

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 permite 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 actualización de Flujogramas locales y Protocolos en patologías más relevantes dentro de los problemas de salud mental.

Desafíos 2015:

Dentro de los desafíos para el año 2015, está el seguir fortaleciendo el trabajo del Equipo Comunitario, con el fin de promover actividades hacia la comunidad que eduquen en relación a temas de prevención de salud mental, y fortalecer el autocuidado. Se trabajará con la **red intersectorial comunal de grupos de autoayuda** que permita el apoyo entre grupos, el trabajo para el logro de objetivos en común, la coordinación intersectorial, etc.

Se reforzará el trabajar coordinadamente con los grupos de autoayuda existentes en la comunidad, estableciendo redes y vínculos entre ellos, con el fin de que trabajen en pro de su autocuidado y a su vez en las necesidades de la comunidad.

Se implementarán **nuevas estrategias de rescate y de adhesión a controles y tratamiento** para el bienestar de nuestros pacientes. Reforzar en la consolidación de los grupos de autoayuda ya existentes en la Comuna.

Se realizará un **Protocolo de derivación asistida** a la red de la Comuna.

Una de las metas principales es **crear un grupo de autoayuda para los familiares de pacientes con patologías psiquiátricas severas**, con el fin de crear y ampliar su red.

Se fortalecerá junto con las Matronas de los centros, la **derivación asistida a mujeres con Edimburgo sobre 13**, el cual debe aplicarse en segundo control de embarazo.

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.

Se trabajará con Encargada de Programa Infantil, en **taller de Masaje para niños de madres con Depresión Postparto** lo cual según medicina basada en evidencia tiene impacto en mejorar el apego.

Se aumentara la **cobertura de AUDIT**, en todas las edades.

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

Se optimizará el **sistema Rayen** para beneficio del Programa, para realizar monitoreo de ingresos, consolidación de datos de pacientes, extracción de REM, entre otros.

Se mantendrá y reforzará la **capacitación** de los profesionales, sensibilización en problemas de salud mental, para facilitar la integración transversal de la atención y mejorar la resolutiveidad de los equipos.

Durante el 2014, se realiza derivación asistida para pacientes con sospecha deterioro cognitivo, tratando de realizar un diagnóstico diferencial en dupla médico – psicólogo, y educar sobre estimulación cognitiva. Uno de los desafíos 2015, junto con encargado de programa de adulto mayor, es realizar **taller grupal para estimulación cognitiva**, éste será destinado a pacientes con pesquisa de minimal entre 8 a 13 puntos.

Se generará espacios **de encuentro enfocado en adolescentes y jóvenes** para la socialización de temas de fortalecimiento en salud mental. Acercándonos a establecimientos educacionales, teniendo un rol más participativo con ellos.

Lograr que las diferentes organizaciones comunitarias de la comuna participen, fomentando por medio de las actividades la integración de la comunidad dentro de la comuna de Pirque.

Poder incorporar a todos los profesionales en actividades Preventivas y promocionales de Problemas de Salud.

Trabajar con grupos de mayor riesgo, fortalecer las derivaciones asistidas de problemas pesquisados en los diferentes programas de los centros. .

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), apoyado con el Equipo de Participación Social de los Centros.

Fortalecer el **trabajo promocional y preventivo** de salud mental a través del trabajo con escuelas, juntas de vecinos, la creación de revista de salud.

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**.

Trabajar activamente 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 2015, está el seguir fortaleciendo el Trabajo del Equipo comunitario, con el fin de que sea reconocido por la comunidad y el intersector.

2.3 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.
- 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.
- 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.
- PAP: Sabemos que el cáncer cérvico 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 .

Logros y estrategias

Con la puesta en marcha del ecógrafo financiado por el servicio de salud metropolitano sur oriente , se realizaron 240 ecografías gineco-obstétricas. Nuestra matrona realizó su capacitación en ecografía desde febrero a mayo del 2014.

Se implementa sistema de detección de tripanosoma cruzi (Enfermedad de chagas) en embarazadas a partir del mes de octubre.

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 .

Durante el año 2013 se ingresaron a control de climaterio 68 mujeres. Actualmente hemos realizado 72 ingresos, logrando a Junio de 2014 una población bajo control de 633 mujeres entre 45 y 64 años, lo que significa un 27% de cobertura. La meta para el año 2015 es aumentar la cobertura a un 30%

En vista de la transición demográfica del país y en correlación directa con las orientaciones programáticas 2015 se creará el taller educativo para mujeres en etapa de climaterio (45-64 años) con el firme propósito de entregar a nuestras pacientes adecuadas herramientas para el manejo de esta etapa tan importante y con tantos cambios para la mujer.

En relación a planificación familiar también se observa un aumento en los ingresos a métodos de regulación de fecundidad sobretodo de pacientes adolescentes , por lo que se planificarán más talleres de sexualidad y afectividad dirigidos a los adolescentes en los colegios y espacio amigable.

Durante este año no hemos tenido falta de métodos anticonceptivos ni retrasos en la entrega; contamos con un amplio stock de la canasta de estos métodos para ofrecerles a nuestras pacientes .

En relación al personal matrona, se logró durante 2014 tener a 2 matronas trabajando en principal (actualmente contamos solo con 1 por una licencia médica grave) lo que nos llevó a mantener la continuidad y mejorar la calidad de la atención para nuestras usuarias.

En referencia a los ingresos pre natales no hay significativos cambios, pero se ha mejorado la cobertura de ingresos de diadas antes de los 10 días.

Se mantiene el nexo con la comuna de Puente Alto en referencia a comité de mamas, por lo cual nuestras pacientes con algún grado de riesgo de patología mamaria se pesquisan precozmente y son oportunamente derivadas a nivel secundario para su resolución.

Sumamos a esto la importancia del convenio de resolutiveidad que nos beneficia con mamografías y eco mamarias para nuestras pacientes

Reformularemos los talleres de Chile Crece para las Embarazadas y sus parejas con nuevos contenidos más atractivos y participativos, logrando así una mejor adherencia.

Es importante mencionar, que durante el año 2014, el taller de yoga para embarazadas, que se incorporó el año 2013 a nuestras prestaciones, no tuvo los resultados esperados en relación a la asistencia de las usuarias; en ambos centros, CESFAM JM Balmaceda y Cesfam El Principal. A pesar de las diversas estrategias que se realizaron, no se logró mejorar la asistencia, por lo que se decidió suspender esta actividad educativa y reevaluar para el año 2015, incorporar la clase de yoga dentro de los contenidos de uno de los 4 talleres que se realizan a las embarazadas.

Se realizan capacitaciones constantes en referencia a manejo de síntomas de parto prematuro, transmisión de VIH, consejería antitabáquica, actualización de cáncer de mamas, chagas y manejo de la mujer en etapa del climaterio.

2.4 SALUD RESPIRATORIA (PROGRAMAS IRA-ERA)

PROGRAMA ERA

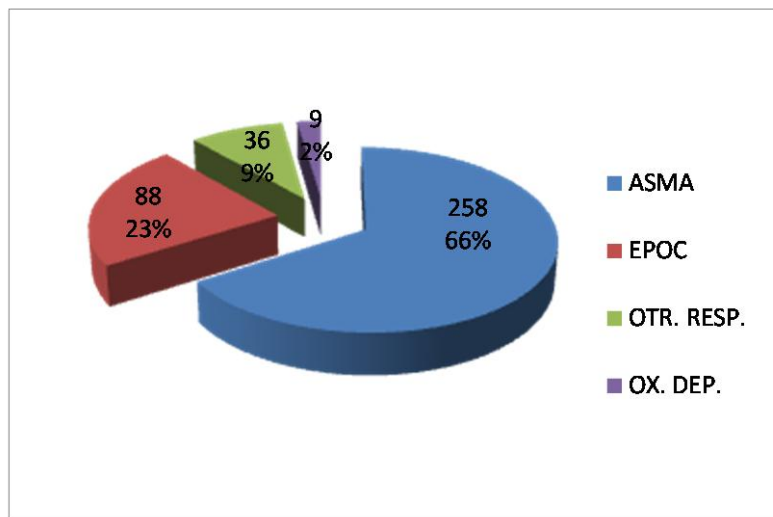
Programa nacional que enfrenta las patologías respiratorias del adulto de mayor prevalencia como lo son el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y Asma, con acciones coordinadas entre los 3 niveles de atención por lo que es ejecutado tanto en los Hospitales como en los Establecimientos de Salud 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.

En Pirque, a través de los años, ya 5 contando con una Sala ERA comunal, se han consolidado varios aspectos relevantes (continuidad de Programa, estabilidad de los Profesionales a cargo, seguimiento domiciliario de los pacientes postrados con patología crónica respiratoria asociada, integración de pacientes EPOC a Programa para cesación de tabaco) en esta población, de 20 y más años.

El Programa anti-tabaco, recién incorporado como piloto este año 2014, tiene ingresado formalmente pacientes entre 40 y 65 años de edad. Se ha logrado tratamiento con éxito de la terapia en 5 pacientes, y se encuentran en control 12 usuarios con apoyo farmacológico y terapias cognitivo-conductuales.

POBLACIÓN ERA AÑO 2014 (RESPIRATORIOS CRÓNICOS MAYORES 20 AÑOS)



LOGROS 2014

El Programa ERA ha logrado estabilizar su RRHH, Médico y Kinésico, optimizando el ingreso de pacientes nuevos, seguimiento de la población ya cautiva y derivaciones a nivel secundario en forma oportuna.

Se ha mantenido la asistencia de Sala ERA de forma abierta y continua, en horarios de jornada habitual y S.U.R. (Servicio de Urgencia Rural) en dependencias de CESFAM Dr. José Manuel Balmaceda.

Las visitas domiciliarias que contempla el Programa se han modificado intermitentemente, pero se logra mantener una continuidad mensual de los pacientes, priorizando patologías crónicas descompensadas, oxígeno dependientes y postrados cursando neumonías.

También el Programa de Tabaco ha cautivado pacientes EPOC para la cesación del tabaquismo con apoyo de terapias cognitivas conductuales grupales y fármacos.

La campaña de inmunización para Influenza en este grupo de riesgo sigue siendo exitosa cómo en el grupo infantil.

Tenemos una bajísima mortalidad a la fecha por Neumonía, sólo un paciente bajo control de 94 años de edad.

La Promoción y Difusión de temas atinentes al Programa ha sido en conjunto con el infantil, acotada a ciertos períodos del año, especialmente en el invierno, a través de la radio local y diario mural de cada Centro de Salud de la comuna.

BRECHAS Y PROPUESTAS 2015

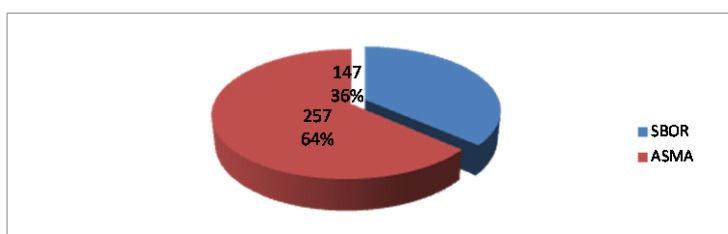
- Optimizar sistema Rayen para beneficio del Programa, consolidación de datos, listado accesible de pacientes, extracción de REM, entre otros.

- Capacitación de profesionales Kinesiólogos en temática de exámenes funcionales ya que se aprecia esta falencia en cada uno de los Centros de Salud con consecuencias para los usuarios quienes deben esperar algunas semanas para realizar estos requerimientos.
- Capacitación de otros profesionales médicos en área para facilitar la integración transversal de la atención crónica respiratoria del adulto.
- Implementación efectiva de Rehabilitación en pacientes EPOC.
- En los aspectos de Promoción y Prevención realizaremos más acciones hacia la comunidad en general para favorecer el acercamiento espontáneo de la comunidad a los sistemas de Salud.

PROGRAMA IRA

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 y de esta forma, disminuir la carga sanitaria del país. 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.

POBLACIÓN IRA AÑO 2014(RESPIRATORIOS CRÓNICOS MENORES DE 20 AÑOS)



LOGROS 2014

El equipo IRA se ha organizado óptimamente, con profesionales estables, Médico y Kinesiólogo, obteniendo de esta forma la continuidad en la atención de los pacientes crónicos, cumpliendo con los ingresos y controles, sin demandas insatisfechas, proporcionando requerimientos farmacológicos y atendiendo a situaciones agudas sin inconvenientes.

El año 2014, a pesar de un período invernal intenso, no se postergaron exámenes funcionales, talleres o consejerías. Significó un gran aporte en Campaña de Invierno los refuerzos Médicos y Kinésicos constantes, desde Junio hasta Septiembre, ya que contribuyeron significativamente a que las actividades programadas se pudieran llevar a cabo.

Hemos sostenido la asistencia de Sala IRA de forma abierta y continua, en horarios de jornada habitual y S.U.R. (Servicio de Urgencia Rural).

Las Visitas Domiciliarias que contempla el Programa se han realizado en un 100% a lactantes menores de 1 año con Score Grave de Morir por Neumonía, Asma severa y Postrados con daños crónicos establecidos.

Campaña de inmunización por Influenza ha sido históricamente exitosa, logrando la cobertura de más de un 100% de los pacientes de la comuna, esto incluye por tanto, pacientes del extrasistema.

El Programa Tabaco ha considerado el grupo de adolescentes, de alto riesgo para el inicio del tabaquismo, y ha intervenido individualmente a través de consejerías breves y moderadas, esperando el impacto evidenciado por investigaciones cercano a un 20%.

La Promoción y Difusión se ha realizado en ciertos períodos del año, con temáticas de Prevención y Cuidados de las Enfermedades Respiratorias agudas y crónicas, Ambientes Libres de Humo de Tabaco y Campaña de Vacunación de Influenza, ocupando medio Radial, audiovisual y los murales de cada Centro de Salud.

BRECHAS Y PROPUESTAS 2015

- Optimizar sistema Rayen para beneficio del Programa, consolidación de datos, listado accesible de pacientes, extracción de REM, entre otros.
- Capacitación de profesionales Kinesiólogos en temática de exámenes funcionales ya que se aprecia esta falencia en cada uno de los Centros de Salud con consecuencias para los usuarios quiénes deben esperar algunas semanas para realizar estos requerimientos.
- Capacitación de otros profesionales médicos en área para facilitar la integración transversal de la atención crónica respiratoria infantoadolescente.
- Promoción y Prevención deben implementar más acciones en la comunidad preescolar y escolar.

2.5 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA

DEFINICION DE POSTRACION:

Se determina como una condición que se puede presentar a cualquier edad y que tiene como característica la disminución o ausencia de la capacidad física y/o Psíquica de la persona, por lo que, requiere de apoyo, guía y supervisión total en las actividades básicas de la vida diaria. **(MINSAL,2006)**

Según **Barthel** “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”.

Se sabe que en un alto porcentaje, los mayores de 65 años se ven afectado por dicha condición y se estima que vaya en aumento debido a que la expectativa de vida de ellos también lo está, se presume que para el año 2015, el 15% de la población total serán mayores de 60 años.

La mayor longevidad de la población implica no solo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan en la independencia del diario vivir del adulto mayor.

De acuerdo a un estudio de prevalencia realizado por el FONADIS el año 2004, se establece que un 12,9% de la población del país tiene algún grado de discapacidad, un 7,2% son leve, 3,2% moderado y 2,5% discapacidad severa, de estos el 58,2% son mujeres y el 41,8% hombres.

Es por esto la importancia de llevar a cabo un programa eficiente, con trabajo integral de todo el equipo multidisciplinario y así proveer servicio a las personas y familias, más aun en aquellas de mayor vulnerabilidad económica y social.

Objetivos del programa:

Objetivo general: Otorgar a la persona que pertenece al programa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y/o autonomía.

Objetivos específicos:

- Atender de manera integral a personas que presentan Discapacidad considerando las necesidades psicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a cuidadores y familia las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con algún grado de Discapacidad.
- Reconocer el trabajo de los cuidadores de las personas con discapacidad ,entregándoles capacitación y apoyo monetario si cumplen con los criterios de inclusión

- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado
- Mantener registro actualizado de las personas con discapacidad severa en la página Web del Minsal.

Análisis del programa

El programa de postrados parte en la comuna de Pirque el año 2007, se sabe que es altamente demandante, ya que, representa un elevado costo en recursos humanos y logísticos debido al equipo multidisciplinario que lo compone, la necesidad de horas de las cuales se hace uso, el requerimiento de contar con una gama de insumos clínicos y médicos, sin dejar de mencionar el recurso de movilización.

Hoy en día a 7 años del inicio del programa de postrados en esta comuna, la variabilidad de su población bajo control ha aumentado considerablemente. Siendo este un programa que abarca diferentes grupos etarios desde los 6 meses de edad a los 98 años. Con una Población bajo control a octubre del 2014 de 167 pacientes.

La alta demanda a este programa por parte de los usuarios produce mantener permanentemente al equipo de salud con una dinámica de trabajo muy alta, motivado y capacitado en la temática.

Este programa ha trabajado durante el año 2014 reformulando la estrategia de conformación del equipo humano que lo compone, en mayo de este año se designó una enfermera encargada comunal del programa con el objetivo de dirigir a todo el equipo de salud en forma sectorial: Cesfam Balmaceda, Postas De La Puntilla, San Vicente y Lo Arcaya y Centro de salud El Principal que posee su propio equipo multidisciplinario para el programa de postrado.

Esto permite manejar la información de manera estructurada y visualizar los nodos críticos que hasta entonces presenta el programa, se revisó el criterio de ingreso al programa de los pacientes medidos a través del índice de Barthel remitiéndose al ingreso solo a los, severos y totales, pacientes EPOC oxígeno dependientes, Enfermedad terminal y Alta hospitalaria precoz, moderados y leve según criterio de los profesionales.

Se está realizando la aplicación de este índice a los pacientes que no cumplen con el criterio de mantención en el programa de postrado dándoseles el alta de este, también para los pacientes que viven en comunas aledañas o se cambien a otra, de manera de priorizar a los pacientes 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 llevar a cabo reunión de equipos de postrado al menos cada dos meses, 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, de tiempo 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.

PROGRAMACION AÑO 2015

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 paliado del dolor
- Tengo derecho a obtener una respuesta honesta ,cualquiera sea mi pregunta
- Tengo el derecho a no ser engañado
- Tengo el derecho a recibir ayuda de mi familia y para mi familia
- Tengo el derecho a estar dismovilizado en paz y con dignidad
- Tengo el derecho a conservar mi identidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros
- Tengo el derecho a ser cuidado por personas sensibles y competentes, que intenten comprender mis necesidades y que sean capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome.
- Tengo el derecho a ser escuchado sin ser juzgado
- 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.

Funciones del equipo de salud:

- Coordinación con los diferentes niveles de atención en la red asistencial y de la comunidad, con el fin de dar continuidad en el cuidado de los usuarios.

- Preservar la calidad de la atención prestada en domicilio del paciente, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo e integral del mismo, en conjunto con el cuidador.
- Estimular y potenciar la participación activa de los cuidadores en las distintas actividades que se programen, con calidad con enfoque de salud familiar.
- Definir prestaciones de cartera de servicios la que debe ser clara y conocida, para el usuario, cuidador, familia y/o comunidad.
- Realizar un estudio de las necesidades de cada usuario, para diseñar plan individualizado de cuidados. Esta actividad dese ser realizado por el equipo de salud, cuidador y la familia.
- Realizar un análisis costo-beneficio previo en cada uno de los casos, para decidir la atención domiciliaria, mejor y más eficiente en comparación a otras posibilidades de provisión de servicios.
- Generar canales de comunicación expeditos con el usuario, cuidador y familia.
- Elaborar y ejecutar plan anual de capacitación a los cuidadores, entregándoles herramientas para mejorar la calidad del cuidado y así, optimizar su labor. Esta se capacitación será efectuada en el establecimiento de salud, y debe ser registrada.
- Cada profesional reforzara temas planteados en la capacitación en el hogar.
- Realizar inducción a quienes ingresan al programa
- Identificar, categorizar y registrar o derivar a la equipo de postrado, a las personas que presenten dependencia severa, para ingreso al programa.
- Evaluar y gestionar el pago a cuidadores de personas que presentan dependencia severa y cumplen con los criterios de inclusión.
- Verificar mensualmente por medio de visitas domiciliarias, la condición del paciente.
- Todo paciente ingresado, deberá contar con un plan de atención de salud que involucre a todo el equipo, cuidador y familia, para abordar las necesidades requeridas por este, la que deberá ser efectuada con una visita domiciliaria integral y ser registrada como tal.
- El equipo de salud deberá detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al cuidador y familia en la modificación de estas, ofreciendo así alternativas de solución.
- El equipo de salud deberá educar al paciente, cuidador y familia sobre la responsabilidad y posibilidades que tienen dentro del proceso de auto cuidado.
- El equipo de salud deberá disponer de registros rutificado y actualizado mensual en página web, la información debe ser ingresada en los plazos definidos, para ello.

Funciones de los cuidadores:

- Las personas que realizan función de cuidador deben suscribirse mediante un documento firmado, los compromisos que adquieren.
- El cuidador debe ser capacitado por el equipo de salud respectivo, con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al cuidador y

familia para la modificación de esta, ofreciendo alternativas de enfrentamiento en cuanto a los cuidados que debe brindar.

- El cuidador deberá tener salud compatible para ejecutar su labor comprometida y frente a faltas en su labor, el equipo reevaluará su continuidad en el programa.
- Se sugiere que cada cuidador no tenga a su cargo no más de tres personas si es familiar. En caso que el cuidado lo realice una persona ajena al grupo familiar, se sugiere tener como máximo dos personas a su cargo.
- El cuidador deberá estar presente en las visitas domiciliarias integrales y/o en las visitas con fines de seguimiento y tratamiento que realice el equipo de salud, de lo contrario se informará a encargado de programa del establecimiento de APS, quien evaluará la continuidad de condición del cuidador.
- Ante cualquier cambio de domicilio el cuidador deberá informar de forma oportuna al equipo de salud y establecimiento, para los efectos que estime pertinente.

PLANIFICACION DE ACTIVIDADES

Visita Domiciliaria de ingreso a atención domiciliaria actividad contemplada para ser realizada por Asistente social y enfermera, 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** física y/o psíquica, ya sea leve, moderada o severa o total, o, de carácter reversible o irreversible, con dificultades para realizar actividades. Para poder calificar al paciente el equipo utiliza el Índice de Barthel y según esto ver la posibilidad de ingresarlo al programa de postrado, siempre se considerará para ingreso el paciente con dependencia severa o total, EPOC o2 dependiente, personas en estado terminal, con alta hospitalaria precoz, moderados o leves según criterio del equipo de salud. 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 la situación antes mencionada.

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 auto cuidado del paciente y cuidador
- Educación para el cuidador sobre cómo cuidar a la persona dependiente.

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)
- Detectar necesidades, recursos y redes de apoyo del caso índice y grupo familiar
- Realizar examen físico del paciente si se requiere
- Revisar conceptos trabajados en consejerías de Diagnóstico, aclarar dudas y nuevas preguntas
- Mejorar el problema de salud

Siempre se debe considerar vínculos entre algún integrante de la familia y/o cuidador con algún miembro del equipo de salud, para mejorar la continuidad de la atención.

Pago a cuidadores de personas con dependencia severa

El pago a cuidadores es concebido como la asignación monetaria dirigida a quien realiza la función de cuidador de un paciente que presenta dependencia severa y que cumpla con los criterios de inclusión.

Este beneficio se define anualmente según marco presupuestario vigente y está asociado a registros actualizados que cada servicio de salud debe realizar mensualmente en la página web.

Objetivos:

Retribuir monetariamente a la persona que realiza la labor de cuidador de personas con dependencia severa y que cumplan con criterios de inclusión y compromisos adquiridos.

Criterios de inclusión:

- Que presente dependencia severa para realizar sus actividades de la vida diaria según índice de Barthel ($< 10 = 35$ pts)
- Inscritos en el CESFAM
- Ser FONASA A o B, o clasificado en algunas de las alternativas:
- FPS con puntaje < 8500 puntos.

- Pertenecer a Chile Solidario
- Ser Beneficiario de pensiones asistenciales (PASIS)

Otras actividades que se mantendrán serán

- Consulta Podológica en domicilio
- Vacunación Anti-Influenza y/o Neumococcica
- Consejerías individuales y/o familiares
- Taller de capacitación a cuidadores de postrados
- Toma de muestra de exámenes
- Se implementará el año 2015 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 de capacitación a Cuidadores de Pacientes Dependientes

Objetivos específicos

- Cuidadores conozcan en que consiste el programa de postrado.
- Cuidadores conozcan técnicas básicas para el cuidado de los pacientes postrados.
- Cuidadores mejoren la calidad de vida de las personas con dependencia severa.
- Entregar acciones de apoyo al cuidador.

2.6 PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIÓN (PNI)

El Programa Nacional de Inmunizaciones posee un enfoque integral y tiene como propósito prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles a lo largo de todo el ciclo vital.

OBJETIVO:

Protección de la población frente a enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública, con calidad, seguridad. y eficiencia.

Mejorar las coberturas de vacunación en grupos objetivos.

ESTRATEGIAS:

Aumentar y mantener las coberturas de vacunación a través de:

- Calidad y seguridad de las inmunizaciones
- Calidad y oportunidad de las vacunas
- Evaluación de nuevas estrategias
- Confianza de la población.

ACCIONES:

- ✓ Aplicación de la Norma General Técnica sobre Procedimientos Operativos Estandarizados (POE).
- ✓ Capacitación continua de Técnicos de vacunatorio
- ✓ Sensibilización del equipo de salud
- ✓ Educación a padres y a la comunidad sobre Inmunizaciones
- ✓ Monitoreo de ESAVI y EPROS. De las vacunas
- ✓ Supervisiones, revisiones y mejoras continuas
- ✓ Rescate de beneficiarios inasistentes y derivaciones de los profesionales.
- ✓ Mejorar sistema de información a través de afiches en sala de espera, difusión en radios locales.
- ✓ Mejorar vacunatorios : mobiliario, insumos de cadena de frío.

Durante el año 2014, por primera vez, el Ministerio de Salud garantiza la equidad de acceso a la vacuna contra el **Virus Papiloma Humano (VPH)**, al incorporarla gratuitamente al Plan Nacional de Inmunizaciones. La vacuna está destinada a todas las niñas de 4º año básico, con el propósito de protegerlas contra el Cáncer del Cuello del Útero y otras enfermedades causadas por el VPH. Ella añade un elemento de prevención inicial en el ciclo de vida de las mujeres (Prevención Primaria), que se sumará a las demás acciones sanitarias desplegadas en etapas adultas (Prevención Secundaria y Terciaria).

Durante el año 2015 se continuará aplicando la primera dosis a niñas de 4^a básico y además de la segunda dosis a las alumnas de 5^a básico

2.7. SERVICIO DE URGENCIA RURAL (S.U.R.)

El **Servicio Urgencia Rural (S.U.R.)**, es el conjunto de recursos humanos y materiales organizados en un Consultorio General Rural para dar respuesta a la demanda asistencial de todo cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable, además de derivar y trasladar oportunamente en condiciones de seguridad aquellos casos que por su complejidad o recursos requeridos deba ser atendida en otros establecimientos de mayor.

El 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

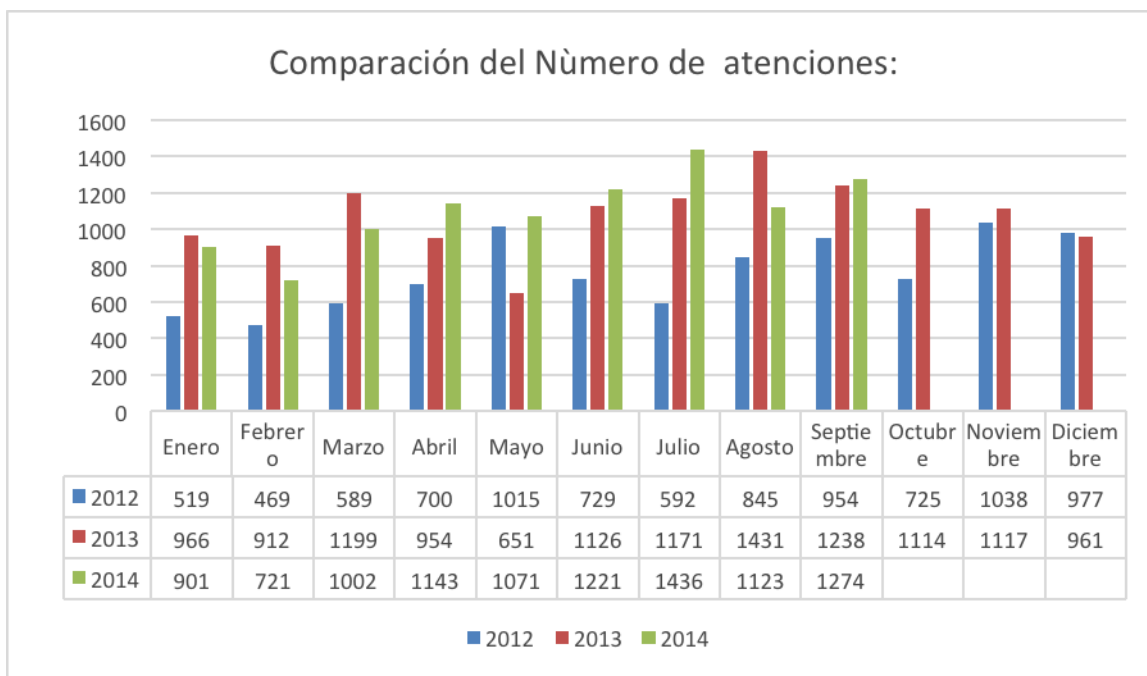
Viernes: desde las 16:00 a 23:00

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

Se estructura según recurso humano y logístico, contando con la siguiente dotación por turno: 1 médico, 1 Enfermera, 1 Administrativo, 1 Auxiliar de Farmacia, 1 Auxiliar Servicio, 2 TENS de turno y 1 TENS de refuerzo, 1 conductor

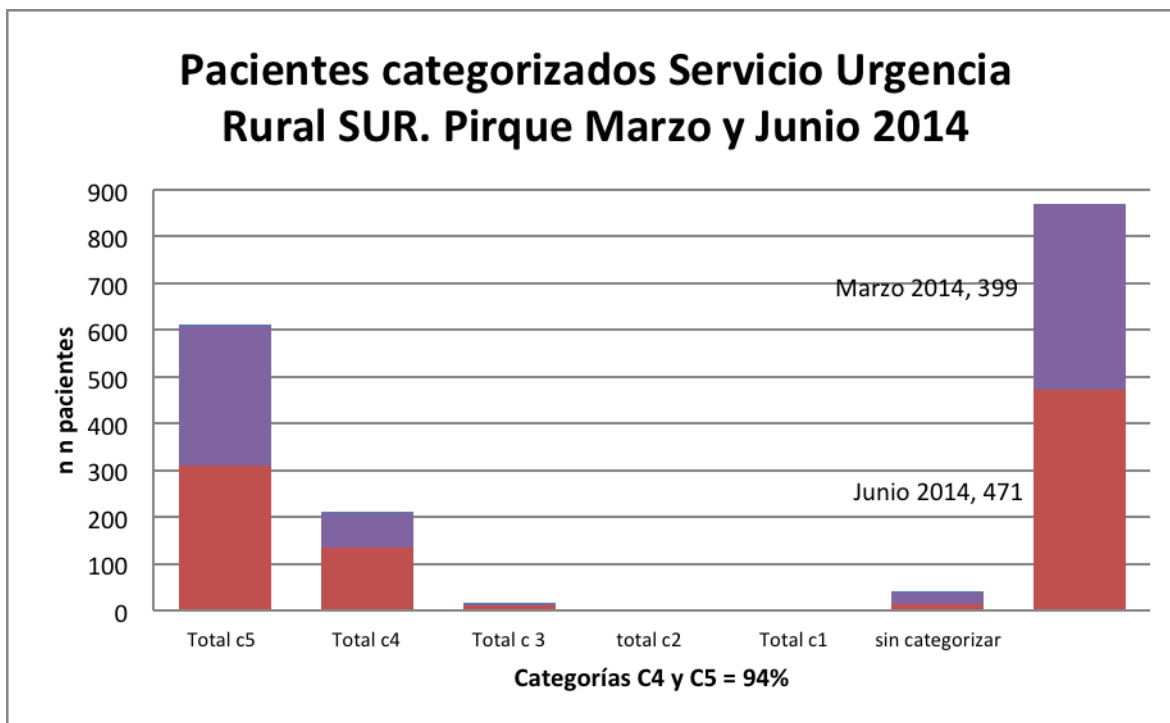
Se cuenta con Sala Múltiple para Procedimiento, 3 box de atención.

Desde los inicios del S.U.R, y no muy distinto hasta la actualidad, las patologías de mayor relevancia son las respiratorias, las cuales sufren incremento durante los meses de campaña de invierno.



Logros y Actividades 2014:

- Se mantuvo dotación de funcionarios, suficiente para cumplir las necesidades asistenciales, logrando estabilidad y compromiso del equipo.
- Se consolida y se refuerza la aplicación del **Protocolo de Categorización de las Urgencias**, realizando difusión permanente en la comunidad, aprovechando todas las instancia de reuniones de redes para la Educación de nuestros usuarios.
- Se hace material didáctico, sobre la Categorización de las Urgencias, el cual se encuentra en la sala de espera, en diario mural de los Centros de la Comuna, también se ha aprovechado la radio local para difusión, educación de nuestros usuarios
- Se realiza auditoría, para medir el nivel de cumplimiento de la categorización de pacientes que acuden a S.U.R y el tiempo de espera., para lo cual se realiza como muestra aleatoria del 48 % de los días de atención de los meses señalados
- **Muestra:** todos los pacientes que consultaron a S.U.R en el mes de Marzo y Junio 2014 de Lunes a Viernes



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 Puente Alto que también ayudan a sobredemandar este servicio. Nuestro desafío principal es seguir educando a la Comunidad, en utilizar mejor los recursos.

Se logró optimizar los espacios en Sala de procedimiento, gracias al cambio y readecuación de la mueblería clínica.

Durante la Campaña de Invierno, se modificó horario de inicio de atención del S.U.R en especial los fines de semana y festivos, se desplazó 1 hora, adecuándola a necesidades de los usuarios. Además se contó con médico de refuerzo (3 horas, de Lunes a Viernes), kinesiólogo, de refuerzo durante 2 tardes semanales de 3 horas y en horario no hábil, durante fines de semana y feriados.

Se mantiene el recurso de enfermera en forma permanente. (turno de 4 horas).

- 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.
- Junto con encargada de calidad se mantiene la elaboración de protocolos y Flujogramas con el fin de optimizar los recursos, tanto humanos como monetarios y mejor utilización de tiempos.

- Se hace mantención y difusión junto con las Directoras Centros de las normas asistenciales y administrativas que rigen la atención de urgencia, como asimismo la evaluación, supervisión y control de las acciones realizadas.
- Se participa activamente en las reuniones de la Red de Urgencia del Servicio Metropolitano Sur Oriente, con el fin de mejorar el trabajo en red, se realizan mesas de trabajo, Se hace Análisis FODA, con el fin poder hacer una evaluación en Pro de nuestra Red.
- Se logró estabilización del Sistema Computacional Rayén.

DESAFÍOS 2015:

- A nivel de infraestructura, se implementará el contar con acceso directo a sala de reanimación desde el exterior para la llegada de pacientes que presentan urgencias vitales.
- Se encuentra en evaluación, la remodelación de la Entrada de la Sala de Procedimientos, con el fin de readecuar los espacios para que permitan una atención más expedita.
- Se adquirirán insumos para la sala de procedimientos: una nueva máquina para control de signos vitales y termómetros digitales.
- Se realizará renovación del material médico quirúrgico.
- Se encuentra en evaluación el aumentar la dotación de médico (refuerzo 3 horas), durante los días de mayor contingencia, recurso que se pretende, se mantendrá durante todo el año, con la finalidad de poder brindar una mejor calidad en la atención y mejorar la satisfacción usuaria.
- Implementación de Protocolo de Atención de múltiples víctimas.

BRECHAS:

El S.U.R. se desarrolla, en las mismas dependencias del CESFAM José Manuel Balmaceda, situación que enlentece la atención, Lo ideal sería 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.

Problemas con los traslados, por el tiempo de latencias de las ambulancias por retenciones prolongadas en el CA Sotero del Río, situación en la que se encuentra toda la Red.

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 2015

Nuestras proyecciones como COSAM para el año 2015, 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 2015 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 2015, en la medida que se pueda dar continuidad a los convenios establecidos con el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y SENDA.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD

El programa de promoción de salud es un instrumento de creación colectiva de carácter técnico-social preparado en conjunto con el gobierno local y la comunidad, que señala las metas y los procesos necesarios para conseguirlas. Contiene objetivos, estrategias, presupuesto, distintas fuentes de financiamiento y beneficiarios.

Se formula y monitorea su ejecución con base en pautas y guías de programación, monitoreo y evaluación definidas por el Ministerio de Salud. Tiene como propósito, contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel Nacional, Regional y Comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables.

Consiste en lograr por medio de la educación, la modificación de conductas hacia el incremento de estilos de vida saludable, estrategias de autocuidado en los determinantes de la salud, haciendo énfasis en los factores protectores de ésta y prevención de enfermedades, logrando que la población cuente con un nivel de salud que le permita desarrollar sus capacidades en plenitud, evitando las consecuencias y el deterioro a largo plazo, que provocan las enfermedades, mejorando así, la calidad de vida de la comunidad.

Las acciones del programa de promoción de salud, se enmarcan en la estrategia nacional de salud 2011-2020, la cual se refiere a factores de riesgo vinculados a la meta de salud optima, cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población asociados a estilos de vida saludable, a su vez el programa contribuirá indirectamente al cumplimiento de metas en lo que respecta a mejorar la salud de las personas a través del ciclo vital.

Los lineamientos desde SEREMI, se centran en el objetivo de avanzar en la generación de cambios estructurales, que instalen condiciones estables, y que constituyen mayores oportunidades para que personas, familias y comunidades accedan a la práctica de la promoción de la salud, es decir existe la necesidad de generar políticas locales con foco colectivo, que instalen condiciones estructurales en el tiempo, sustentando el cambio de estilos de vida a través del desarrollo de entornos saludables para la población.

Entornos a trabajar

Lo entornos de trabajo son Comunal, Educacional y Laboral, donde se desarrollan componentes (áreas) que son prioridad de salud pública, como alimentación saludable, actividad física, vida libre de humo de tabaco y otros componentes opcionales, como salud mental, salud sexual y reproductiva; y salud ambiental.

Objetivo general:

- Fortalecer la promoción de los estilos y condiciones saludables como la actividad física, la alimentación sana y los ambientes libres de tabaco en los entornos educacionales, entornos comunitarios y laborales de la comuna de Pirque.

Objetivos específicos:

- Promover condiciones saludables en los establecimientos educacionales, a través de la actividad física, la alimentación sana y los ambientes libres de tabaco.
- Promover condiciones saludables en la comunidad, a través de la práctica de actividad física y educación en alimentación saludable.
- Promover condiciones saludables dentro de los ambientes laborales, a través de la actividad física, la alimentación sana y el ambiente libre de tabaco.

Metas:

- Lograr que más del 60% de los 8 Establecimientos educacionales municipales de la Comuna de Pirque participen en las actividades del PCPS 2014
- Lograr al menos un 60% lo que equivale a 30 personas, de participación en el huerto comunitario y talleres de alimentación saludable en la comunidad de San Juan.
- Realizar diagnóstico de estado nutricional y consumo de tabaco en entornos laborales educacionales, al menos al 80% de los 120 trabajadores de los establecimientos participantes.

Actividades programadas en el año 2014:

1. Taller educativo sobre guías alimentarias y etiquetado nutricional para la comunidad

Actividad: Taller con 4 sesiones teórico prácticas de 45 min cada una, hecho por una nutricionista.

Público objetivo: Adultos de la comunidad de San Juan.

Lugar: Jardín infantil Las Almendritas

Evaluación: Asistieron 14 personas a los 4 talleres, donde se logró educar sobre la importancia de leer el etiquetado nutricional, además de técnicas culinarias, para fomentar el consumo de productos naturales obtenidos del huerto que se está realizando en la misma localidad. Todo esto con el fin de mejorar los hábitos alimentarios, fomentando el consumo de frutas y verduras y evitando el alto consumo de alimentos procesados.

2. Aprendizaje de técnicas de cultivo en huerto comunitario San Juan

Actividad: Aplicación de encuesta sobre consumo de frutas y verduras hecha por Nutricionista e implementación de huerto comunitario.

Público objetivo: Adultos de la comunidad de San Juan.

Lugar: Jardín infantil Las Almendritas

Evaluación: Se está realizando en las dependencias del jardín infantil Las Almendritas, los días Lunes, durante el mes de Noviembre y Diciembre, con una alta convocatoria por parte de los apoderados del establecimiento, además de la participación del personal de educación.

3. Clases gratuitas de zumba en mayores de 13 años

Actividad: Realización de clases de zumba durante 4 meses, 3 veces por semana 1 hr cada clase.

Público objetivo: Mujeres mayores de 13 años, entre funcionarias, apoderadas y comunidad escolar de enseñanza media.

Lugar: Escuela San Juan y jardines infantiles La granjita y Gregoria Díaz.

Evaluación: Se está realizando en las dependencias del jardín infantil La Granjita, Gregoria Díaz y Escuela San Juan, los días Martes, Miércoles y Jueves de 17:00-18:00 hrs, donde asiste una gran cantidad de mujeres, mayoritariamente las funcionarias de la Comunidad educativa y algunas apoderadas. La actividad finaliza el día 26 de Diciembre.

4. Recreos activos en escolares

Actividad: Realizar un instructivo de recreos activos y ejecutarlo, además de capacitar a 3 monitores que darán continuidad a los recreos.

Público objetivo: Niños y niñas de educación básica.

Lugar: Escuela Lo Arcaya.

Evaluación: Se creó un instructivo de recreos activos, con el cual se capacitó a 3 monitoras, para que aprendieran técnicas de como guiar a los niños en los recreos, fomentando la actividad física y el movimiento, para así evitar los períodos de sedentarismo durante este tiempo.

5. Juegos activos en preescolares

Actividad: Realizar un manual de juegos activos y capacitar 10 técnicos por cada jardín infantil con 5 sesiones teórico-prácticas de 45 min.

Público objetivo: Técnicos en párvulo y niños y niñas preescolares.

Lugar: Jardines infantiles La granjita, Las almendritas y Gregoria Díaz.

Evaluación: Se creó un manual de juegos activos, con el cual se capacitó a 30 técnicos en párvulo, donde se les enseñó a través de éste, cómo planificar y aplicar juegos activos a realizarse en momentos de patio, para evitar el sedentarismo en los alumnos. Se dejaron 3 ejemplares por cada jardín infantil, con el objetivo de dar continuidad a la actividad.

6. Talleres educativos antitabaco para jóvenes de 1º y 2º medio

Actividad: Realizar un taller antitabaco hecho por Kinesiólogo experto en la materia y entrega de material alusivo al tema.

Público objetivo: Alumnos entre 1º y 2º medio.

Lugar: Liceo el Llano y Principal.

Evaluación: Los talleres tuvieron una alta convocatoria de los alumnos. Se pudo concluir que es posible educar y llamar la atención de los jóvenes, si se aborda el tema de una manera didáctica, pero que a su vez genere impacto, es muy necesario realizar más talleres, en distintos niveles de enseñanza, en conjunto con otras medidas que eviten el inicio del hábito tabáquico y la disminución o abandono en el caso de los jóvenes fumadores.

7. Jornada de nutrición y alimentación

Actividad: Conocer el estado nutricional de las funcionarias de manera individual y privada, además de diversos talleres de alimentación saludable y etiquetado nutricional.

Público objetivo: Educadoras y técnicos en párvulos de los 3 jardines infantiles.

Lugar: Jardín infantil La Granjita.

Evaluación: Se realizó el día 23 de Octubre a cargo de profesionales nutricionista y psicólogos del INTA, donde se evaluó el estado nutricional de las participantes de manera completa y personalizada, además de un taller de etiquetado nutricional y un taller de manejo de la ansiedad, lo cual es de suma importancia para el grupo objetivo, ya que ellas son las principales promotoras; no sólo de contenidos técnicos, sino también, en fomento de hábitos y estilos de vida saludables.

8. Diagnóstico del consumo de tabaco en funcionarios de educación

Actividad: Realizar una encuesta para conocer el consumo de tabaco, hecha y aplicada por Kinesiólogo y entrega de material alusivo al tema.

Público objetivo: Funcionarios de jardines infantiles y colegios de la Comuna.

Lugar: Establecimientos educacionales.

Evaluación: Se está realizando en las dependencias de los jardines y colegios de la comuna, preferentemente en las reuniones o consejos de profesores, la cual comenzó durante el mes de Septiembre y finaliza en Noviembre, con una baja aceptación por parte de los involucrados, pero con resultados favorables para la evaluación del consumo de tabaco.

9. Celebración día mundial de la alimentación

Actividad: Realizar stand informativos sobre alimentación saludable y coctel saludable, para celebrar el día mundial de la alimentación, en un centro de salud y un Colegio de la Comuna.

Público objetivo: Usuarios de APS y Comunidad escolar.

Lugar: CSR El Principal y Escuela Santos Rubio.

Evaluación: Se realizaron dos eventos para celebrar el día mundial de la alimentación saludable (16 de Octubre), donde hubo una amplia variedad de folletos informativos sobre temas de alimentación y nutrición, además de un coctel saludable, para incentivar el consumo de frutas, verduras y frutos secos, todo enfocado en la población asistente al centro de salud, la comunidad escolar y docente de un colegio de la Comuna.

Desafíos para el año 2015

Se espera un trabajo integral y coordinado, que involucre a las autoridades locales y los diferentes actores intersectoriales, que son claves para el desarrollo del programa, como educación, organizaciones comunitarias, DIDECO, FOSFAM, CHCC, SENDA, OPD, entre otros, además de los comités encargados de participación y trabajo comunitario.

Con el fin de integrar a la comunidad, recogiendo sus necesidades y haciéndolos partícipes de la planificación de las actividades a realizar; fomentando el empoderamiento social, logrando aumentar las capacidades de control que tiene la comunidad sobre su propia vida y entornos en que habitan, con el propósito de lograr un máximo bienestar, instalando a la salud como un concepto positivo y no solo relacionado con la enfermedad.

Este concepto remite directamente a un énfasis en el fortalecimiento comunitario y la inclusión de la población en las decisiones que permiten tener una mejor calidad de vida.

INFORME DE GESTIÓN FARMACÉUTICA

Los medicamentos son considerados en estos tiempos una herramienta fundamental en la terapéutica moderna, y al utilizarse sobre la base de criterios técnicos-científicos, permiten la obtención de importantes beneficios que involucran la prevención, diagnóstico, curación, atenuación y tratamiento de enfermedades y sus síntomas.

En cuanto al uso racional de medicamentos, las entidades internacionales definen este término “cuando los pacientes reciben una medicación adecuada en base a sus necesidades clínicas en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad” (OMS, Nairobi, 1985). Este uso racional de medicamentos es aplicable tanto para los sistemas de Salud tanto público como privados, permitiendo así la optimización de la

farmacoterapia, la disminución de de la aparición de efectos adversos, la inminente mejora en la calidad de vida de los pacientes y como consecuencia, una reducción de los gastos asociados a medicamentos, al utilizar de mejorar manera los recursos asociados a este ítem dentro de Salud.

Sin embargo, esto no es posible si no se cuenta con una sólida gestión que respalde lo anterior. Dentro de las funciones que debe tener un Servicio de Farmacia, está en garantizar la calidad, el soporte y el máximo beneficio del proceso farmacoterapéutico de los pacientes atendidos en esta comunidad. Se debe asumir la responsabilidad técnica de adquisición de los medicamentos e insumos, verificar calidad, correcta conservación, custodia de éstos y mantener una cobertura adecuada para las postas, consultorios y centros de referencias existentes, en este caso, de la comuna de Pirque.

Situación actual Bodega de Farmacia

A finales del mes de enero 2014, se implementó la bodega Comunal de medicamentos e insumos. Esta bodega se encuentra adosada a la Posta Puntilla. Inicialmente, la construcción era la casa de residencia para las enfermeras que desempeñaban sus labores en la posta. Fue remodelada y actualmente realizan sus labores dos personas: un administrativo de farmacia y el Asesor técnico Químico Farmacéutico. Consta de una sala de recepción, donde se realiza el trabajo administrativo y tres salas para almacenamiento: de medicamentos, insumos y sueros, junto con otros insumos médicos.

Situación actual farmacias de los centros

En cuanto a las farmacias de los centros, son cinco recintos correspondientes a los 5 centros de Salud adosados a la comuna (CESFAM José Manuel Balmaceda, Cesfam El Principal, Posta Puntilla, Posta Santa Rita, Posta San Vicente). En el caso de Posta Puntilla, hubo una mejora de estructura de la farmacia, donde se adquirió un mueble modular clínico para el almacenamiento de los medicamentos, junto con la habilitación del espacio necesario.

Otra mejora es el cambio de las gavetas de los medicamentos en CESFAM Balmaceda, que pasaron de ser cajas de cartón a cajas plásticas, mejorando el aspecto estético farmacia y la limpieza. Próximamente, estos cambios también se realizarán en farmacia Principal y las postas adjuntas.

Fondo de farmacia de enfermedades no transmisibles (FOFAR).

Este año se implementó el Fondo de farmacia de enfermedades no transmisibles por parte del MINSAL hacia la atención Primaria, con el objetivo de mejorar el acceso a los medicamentos y la gestión farmacéutica. En nuestra comuna, es el Servicio de Salud el encargado de entregar, mediante intermediación CENABAST, la programación de los medicamentos de tipo cardiovascular. A saber:

- ✓ Acido acetilsalicílico 100 mg
- ✓ Tolbutamida 500 mg

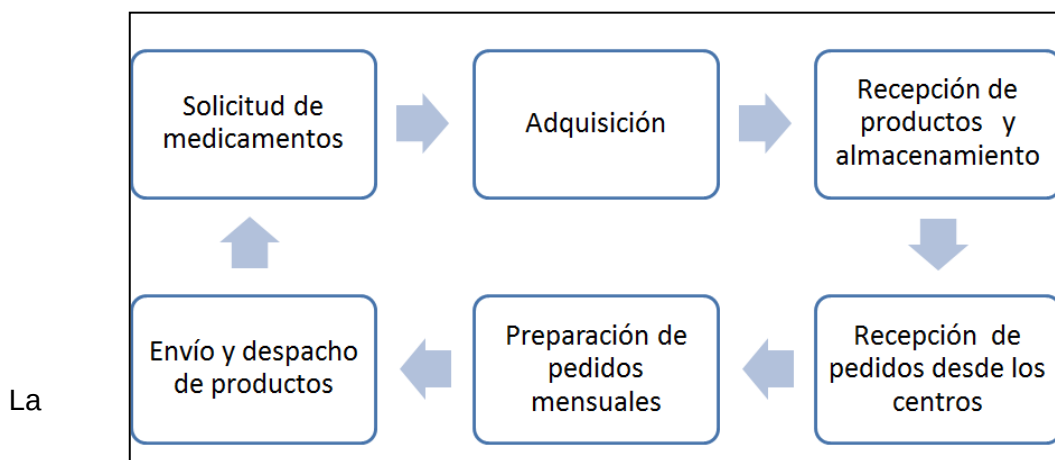
- ✓ Atenolol 50 mg
- ✓ Atorvastatina 20 mg
- ✓ Enalapril 10 mg
- ✓ Espironolactona 25 mg
- ✓ Furosemida 40 mg
- ✓ Hidroclorotiazida 50 mg
- ✓ Losartan 50 mg
- ✓ Lovastatina 20 mg
- ✓ Nifedipino 20 mg
- ✓ Propanolol 40 mg

Junto con la entrega de medicamentos, el fondo permitió incorporar a dos TENS de apoyo para farmacia en los centros de mayor afluencia de público.

Gestión de abastecimiento

Gestión en solicitud y adquisición de medicamentos e insumos:

En cuanto a este punto, la solicitud y adquisición de medicamentos e insumos se realiza de forma separada del Departamento de Adquisiciones de la Corporación, y se definieron los procesos y flujos que posee la bodega comunal que a continuación se detallan:



solicitud de medicamentos e insumos parte cuando se han enviado los despachos a los centros de la comuna. El primer paso a desarrollar es hacer un “barrido” tanto de medicamentos e insumos. Los medicamentos se solicitan en base a un consumo histórico de los centros, además de verificar la capacidad de almacenaje de la bodega.

Cabe destacar que existen tres medios por donde llevan medicamentos e insumos:

- a. Por intermediación CENABAST
- b. Programa Ministerial
- c. Compra directa a proveedores

a. Por intermediación CENABAST

En este caso, la programación se realiza de un año para otro (Junio), donde CENABAST hace de intermediario entre el laboratorio, obteniendo precios más económicos que en el mercado. En el caso de Pirque, los medicamentos para las principales patologías se intermedian mediante esta vía.

b. Programa Ministerial

La Programación Ministerial es aquella programación de ciertas patologías cuyos medicamentos son entregados por los Servicios de Salud respectivos. Los medicamentos entregados son aquellos que pertenecen a las patologías de:

- ✓ Epilepsia
- ✓ Parkinson
- ✓ IRA-ERA (inhaladores)
- ✓ Artrosis
- ✓ Insulino dependientes (insulina y jeringas de insulina)

El detalle de los medicamentos solicitados es el siguiente:

PROGRAMA	MEDICAMENTO
EPILEPSIA NO REFRACTARIA	Ácido Valproico (gotas) 375 mg/ml FC de 25ml
	Ácido Valproico CM 200mg
	Ácido Valproico (jarabe) 250 mg/5 ml
	Carbamazepina CM 200mg
	Lamotrigina CM 50mg
	Levetiracetam CM 500mg
	Levetiracetam jarabe Frasco 300ml
	Fenitoína CM 100mg
	Ácido Valproico (Divalproato acido de sodio) de liberación prolongada CM 500mg
	Carbamazepina de liberación prolongada CM400mg
SALUD CARDIOVASCULAR	Insulina NPH
	Jeringas de Insulina
	Insulina cristalina (crisis)
PARKINSON	Levodopa-Carbidopa CM 250/25mg
	Levodopa-Benserazida CM 200/50mg
	Clorhidrato de Pramipexole CM0,25mg
	Clorhidrato de Pramipexole CM 1mg
	Trihexifenidilo Clorhidrato CM 2mg
	Quetiapina CM 25mg
ARTROSIS LEVE Y MODERADA	Celecoxib CP 200 mg
	Tramadol CP 50 mg
	Tramadol gotas 100 mg/mL, FC de 10 mL
IRA-ERA	Salbutamol
	Budesonida
	Bromuro de Ipratropio
	Salmeterol
	Fluticasona / Salmeterol (250/25)
	Aerocámaras Pediátrica
	Aerocámaras Adulto

Para estos casos, se realiza una solicitud mensual de acuerdo a la población bajo control (entregada por el estadístico de cada centro) y consumo mensual de los centros. Luego, bodega de abastecimiento del SSMSO (Servicio de Salud Sur Oriente), entrega la cantidad solicitada.

c. Compra directa a proveedores

La solicitud se realiza de forma comunal, es decir, que cada pedido abarque los 5 centros. Para esto, se calcula la cantidad que se requerirá para abarcar alrededor de 2 meses, en relación al consumo histórico de los centros y contingencia.

Existe un formato determinado de solicitud de pedido, la que es correlativa y es dirigida a encargada de adquisiciones de farmacia desde Asesor Técnico Químico Farmacéutico. Debe especificar a qué centro se encuentra dirigida.

Gestión de recepción y almacenamiento

Luego del proceso de adquisición, comienza la llegada de los productos. En cuanto al proceso de recepción, los productos son revisados de la siguiente forma (independiente si es compra directa o intermediación CENABAST):

- ✓ Revisar los datos de la factura del medicamento o insumo
- ✓ Cotejar con los productos físicos
- ✓ Revisar la fecha de vencimiento del producto
- ✓ Firmar la factura cedible

Una vez realizado esto, los productos que llegan, ya sea desde CENABAST, Programa Ministerial u orden de compra, se anotan en una planilla excel registrando su ingreso.

Luego, estos se ordenan en las piezas destinadas al almacenamiento de productos, los cuales están dispuestos en estantes mecanos. La mini bodega de medicamentos está ordenada por patología, donde a cada medicamento se le aplica el FEFO (Lo primero que expira es lo primero que sale).

Una vez que el producto llega, se procede a realizar en una hoja la recepción del producto en cuestión.

Gestión de distribución hacia los centros

Consta de tres etapas:

Recepción de pedido desde los centros

Una vez que tanto medicamento como insumo se encuentran ya en la bodega comunal, los diferentes centros de la comuna de Pirque deben realizar un levantamiento con el fin de realizar el pedido mensual de medicamentos e insumos. Cada encargado de farmacia, debe enviar según protocolo a director del establecimiento, el pedido mensual especificando su consumo, stock actual y la cantidad solicitada.

La recepción de esta información, junto con las diferentes planillas para completar, se debe entregar a fin de mes, período en que bodega recibió todas las solicitudes realizadas y los productos se encuentran físicamente en ella para su despacho.

Preparación de pedidos mensuales

Por protocolo y acuerdo entre los centros, bodega de farmacia tiene plazo para entregar el pedido durante los primeros 10 días hábiles de cada mes. En este período debe estar entregada la totalidad de los pedidos.

Como modalidad de trabajo, se preparan los pedidos de los centros más grandes de la comuna para luego armar los restantes. Tanto los medicamentos e insumos se contienen en cajas de cartón para su despacho, indicando afuera de la caja a qué centro va dirigido. Junto con esto, vía mail, se envía el detalle de cada envío.

Envío y despacho de productos

Finalmente, una vez que los productos estén listos, se envían mediante estafeta a los distintos centros para ser entregado a cada encargado de farmacia

Gestión de calidad

En relación a calidad, la unidad de farmacia ha trabajado estrechamente este año 2014 con la unidad de calidad, en cuanto a la protocolización de los procesos que involucra desde la solicitud de los medicamentos e insumos hasta la dispensación de los centros. Hasta el momento, se han establecido los siguientes protocolos y procedimientos:

- ✓ Descripción cargo administrativo
- ✓ Perfil QF
- ✓ Funcionamiento de bodega de medicamentos e insumos
- ✓ Funciones labores auxiliar de farmacia y TENS comuna de Pirque
- ✓ Prescripción, dispensación e información al paciente comuna de Pirque
- ✓ Procedimiento programa Tabaco
- ✓ Protocolo de almacenamiento, conservación de medicamentos e insumos
- ✓ Protocolo de notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAM)
- ✓ Protocolo de pedido de los centros hacia bodega central
- ✓ Rescate paciente cardiovascular
- ✓ Procedimiento de etiquetado de sobres
- ✓ Procedimiento recetas metilfenidato

Programación 2015 de medicamentos e insumos mediante CENABAST

A mediados de año, se comenzó con la programación de medicamentos por intermediación CENABAST, entidad que negocia a precios más económicos con los proveedores.

En comparación con el año anterior, la diferencia es que en bodega se centralizó el pedido y despacho de medicamentos, junto con la entrega directa de medicamentos sujetos a control legal a los centros de Salud de Pirque (Balmaceda y Principal) directamente desde la Central de Abastecimiento.

Implementación comité de farmacia y terapéutica

Conforme a la normativa vigente y por las necesidades de los centros de Salud en el tema de farmacia, a mediados de año se reactivó y conformó nuevamente el comité de farmacia y terapéutica de nuestra comuna. Su funcionamiento es paralelo al comité de farmacia y terapéutica del SSMSO.

Dentro de las directrices de funcionamiento y razón del comité, están las siguientes:

- Proponer lineamientos generales de selección, uso y utilización de medicamentos.
- Entregar el arsenal farmacológico básico y actualizaciones cuando corresponda
- Proponer un sistema de vigilancia en caso de:
 - ✓ Falta de stock
 - ✓ Incorporación de medicamentos no contenidos en arsenal
 - ✓ Existencias inmovilizadas
- Elaborar propuesta para el uso racional de medicamentos y su difusión a la comuna.

Desafíos año 2015

Para el próximo año 2015, lo que se pretende es mejorar los aspectos anteriormente nombrados y realizar en ellos siempre una mejora continua.

Dentro de una bodega, el proceso de abastecimiento siempre es crítico. Existen ciertas normas globales que permiten establecer un buen funcionamiento de estos recintos. Entre otros aspectos, están los siguientes:

- ✓ Determinar un lugar separado del establecimiento, con buena ventilación, sin humedad y claramente identificado.
- ✓ De fácil distribución para el despacho y limpieza.
- ✓ Idealmente conectado a grupo electrógeno en caso de resguardar medicamentos con condiciones especiales de almacenamiento.
- ✓ Llevar un orden lógico y de fácil entendimiento para el almacenamiento tanto de insumos como de medicamentos
- ✓ Contar con medidas mínimas de seguridad.
- ✓ Contar con un stock mínimo de emergencia, tanto de insumos como de medicamentos.
- ✓ Poseer una zona apartada y señalada para el acopio de medicamentos deteriorados o vencidos.

- ✓ Identificar cada registro del producto: entrada, salida, merma, deterioro, préstamo, devolución, etc.
- ✓ Revisar siempre antecedentes históricos para evaluar el comportamiento y generar informes para evaluar mejoras continuas.

En el ámbito de calidad el desafío es implementar la totalidad de los protocolos existentes de farmacia, realizar procedimientos y POES (procedimientos operativos estándar) para definir el trabajo realizado tanto en bodega como en los centros y mostrar indicadores de calidad en relación a estos mismos.

Durante el año 2014 no se ha podido llevar con regularidad las visitas a los centros de salud de nuestra comuna.

Entonces, como tarea se pretende:

Establecer calendario de visitas regulares a los centros, de manera que al menos 1 vez cada dos meses el centro reciba la visita del Químico Farmacéutico

Continuar con la implementación de llenado de planillas mensuales de farmacia, a saber: registro de mermas y vencimientos, pedido de farmacia, planilla de inhaladores, actualización planilla pacientes con insulina, mejorar planilla inventario selectivo, Control de temperatura ambiental y cadena de frío, planilla de medicamentos sujetos a control legal, implementar planilla de heridas avanzadas, entre otras.

ANEXO 1: PLAN DE CAPACITACIÓN

PROGRAMA CAPACITACION 2015 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378)																			
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. ,QF,etc.)	B (Otros Profesio- nales)	C (Técnic o Nivel Superior)	D (Técnic o s de Salud)	E (Admini- s- trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)				ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO				
Fortalecer modelo de atención en salud	Modelo Integral de 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	x	x		2 horas por mes	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. Visitas domiciliarias integrales.				autofinanciado	Dra. Fabiola de la Torre (Medico Familiar de Pirque)	Encargado de capacitaciones	Tercer martes de marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto 2015	
	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.	4	10						14	15(7-8)horas (SEGUNDO GRUPO)	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 RCV. Individual. Realizar consejerías nutricionales en las familias de los niños obesos de tipo primario. Realizar consejería a los adolescentes en vida sana			Ayuda del SSMSO en el coffee break	autofinanciado	Dra. Fabiola de la Torre (Medico Familiar de Pirque)	Encargado de capacitaciones	27 y 28 de Mayo 13 a 17 horas
Consolidar el modelo de Gesión en Red, local, regional (macro y micro red)	Patologías frecuentes en Endocrinología.	Actualización sobre el diagnostico,manejo y tratamiento de patologías frecuentes en APS.		9						9	3 horas	Disminuir el numero de interconsultas rechazadas por el nivel secundario. Mejorar la resolutiveidad en la atención de patologías endocrinológicas, posibles de ser manejadas en APS				U. Chile/docente	Encargado de capacitaciones	abr-15	
Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Actualización en patologías GES DISPLASIA DE CADERA.	Conocer Acceso, Oportunidad de Ges "Displasia de Cadera". Conocer flujograma interno desde la solicitud de Rx hasta la derivación.Aprender a interpretar Rx de cadera y conocer cuando solicitar nueva Rx de control para seguimiento, aprender a definir cuando referir al nivel secundario.		9	x					11	3 horas	Ausencia de reclamos por patologia vencida.				Dra. Fabiola de la Torre	Encargado de capacitaciones	may-15	
Mejorar la Calidad de atención y trato del usuario	TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	Identificar los peligros asociados al manejo manual de pacientes y determinar las medidas de control y preventivas asociadas a la actividad				32				32	6 horas	Prevenir accidentes de traslado. Mejorar la calidad de la atención a los usuarios que se deben trasladar				MUTUAL	Encargado de capacitaciones	may-15	
	Taller de Acreditacion	Preparacion para la acreditacion de todos los funcionarios.	x	x	x	x	x	x		3	horas	Presentamos a la Acreditación y conseguir la Acreditacion de los Centros de Pirque.				Lucia Sutil/Comité de calidad	Encargado de capacitaciones	primer semestre del 2015	
	Trabajo en Equipo y Clima laboral	Reflexion sobre el clima laboral actual. Aprender a reconocer dificultades organizacionales e interpersonales. Desarrollar habilidades de liderazgo y comunicación entre los participantes. Aprender habilidades sociales y comunicacionales que permitan generar relaciones interpersonales positivas, funcionales y armónicas, contribuyendo a la obtención de los objetivos de la organización con una visión creativa para mejorar las relaciones inter e intrapersonales del clima laboral.	x	x	x	x	x	x		20%	de los funcionarios, incluye todas las categorías	Buen clima laboral, reflejado en equipos motivados, trabajando juntos para lograr las metas organizacionales.				MUTUAL	Encargado de capacitaciones	Agosto	
	Curso/Diploma de Bioetica	Identificar los fundamentos filosóficos de la Bioética y el influjo en los debates actuales de las diferentes corrientes éticas. Analizar problemas debatidos actualmente en torno al inicio y el fin de la vida humana. Sensibilizarse ante los desafíos éticos que plantea hoy el ejercicio de la Medicina y otras profesiones de salud y las instituciones concretas que pueden ayudar a desarrollar la ética en el interior de los sistemas de salud.	1	2	0	0	0	0	0	Miembros del Comité de Ética Asistencial	20h	Miembros del Comité de Ética Capacitados. CEA en funcionamiento y utilizando los conceptos éticos, y las definiciones ético-clínicas fundamentales para el desarrollo del análisis de los problemas de Bioética.				SSMSO	Encargado de capacitaciones	primer semestre del 2015	
	Comité de Ética asistencial	Introduccion a la etica. Motivar, interiorizar al personal en la importancia de la formacion del comite de Ética Asistencial. Conocer objetivo y funciones del CEA.	x	x	x					30%	de las categorías A B y C	Equipo informado. Reconocimiento y Validacion del comité de Ética Comunal por el equipo. CEA en funcionamiento.				OTEC	Encargado de capacitaciones	abr-15	
Incorporar Tecnologías de información y comunicaciones (TICs)	Informatica básica y avanzada	Lograr que el funcionario aprenda las nociones de la computación e informática y pueda desarrollar tareas en el uso de herramientas office e internet.					5	17	17	39	10 horas estudio 16 horas practica	Entrega de tipico en actividad previamente definida de promoción en salud que se entrega formato impreso y formato digital via correo electrónico				autogestionad	Mauricio Pino	Encargado de capacitaciones	En dos grupos en marzo del 2015
Estrategias de Desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la Calidad de vida funcionaria	Manejo de Ansiedad y Stress en el Trabajo	Conocer e identificar los sintomas del stress y la ansiedad. Aprender a prevenir y manejar la ansiedad y el stress.	x	x	x	x	x	x		30%	del total de los funcionarios capacitados	Disminuir licencias por patologia mental y/o stress laboral.				MUTUAL	Encargado de capacitaciones	Abril y Mayo 2015	
Mejorar la Gesión y desarrollo de las personas	Induccion, conociendo mi lugar de trabajo	Entregar la información mínima y necesaria que permitirá familiarizarse e integrarse en forma más efectiva a la organización. Conocerá la historia del Centro, Misión y Visión de los Equipos de Salud, organigrama institucional, Metas, Canasta de Prestaciones del Plan de Salud familiar 2, Reglamento Interno, así como la planta física, y la función de cada estamento en el consultorio y los servicios asociados.	x	x	x	x	x	x		Todos los funcionarios que ingresen en el periodo	15	horas	Funcionarios que realizan su trabajo según los principios y fundamentos que guían la Atención Primaria de Salud. Funcionarios que conocen la organización, mision y vision de su centro. Funcionarios que cumplen con las funciones que se esperan de ellos, todo lo cual se vera reflejado en una buena evaluación por sus jefes directos.				E.U Lucia Sutil	Encargado de capacitaciones	Primer viernes de Abril 2015 y Primer viernes de Octubre 2015
Mejorar prevención y manejo de las contingencias, emergencias	RIESGOS BIOLÓGICOS	Adquirir habilidades dirigidas a evitar la producción de accidentes biológicos, mediante procedimientos de trabajo seguros y utilización de dispositivos de seguridad	9	10	31			5		55	8 horas	Prevenir enfermedades por agentes biológicos.				MUTUAL	Encargado de capacitaciones	En dos grupos en Agosto 2015	