

PLAN DE SALUD 2012 - 2013



Contenido

I.	PRESENTACION.....	4
II.	UNA MIRADA A LA COMUNA.....	5
1.	Población.....	7
2.	Densidad Poblacional de la Comuna de Macul.....	8
3.	Indicadores Demográficos.....	9
4.	Caracterización Socioeconómica.....	10
5.	Red vial y accesibilidad a los centros de salud de la comuna.....	13
6.	Población Beneficiaria e Inscrita en Macul.....	14
III.	PRESENTACION RED DE SALUD MACUL.....	18
1.	Nuestro Modelo de Intervención.....	20
2.	Red de Establecimientos Asistenciales SSMO.....	22
3.	Red de Atención Primaria de Salud Comunal.....	23
4.	Red de Atención Secundaria de Salud Comunal.....	23
	Centro de Salud Familiar Santa Julia.....	25
	Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti.....	33
	Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado.....	42
	Centro Odontológico Macul.....	51
	Laboratorio Clínico Comunal,.....	54
	Centro Comunitario de Salud Mental.....	57
	Centro Comunal Mujer y Familia.....	59
IV.	DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD.....	60
1.	Principales Indicadores Epidemiológicos de la comuna.....	62
2.	Datos epidemiológicos relacionados con los objetivos sanitarios 2011 – 2020.....	63
3.	Evaluación Plan de Salud 2012 Macul.....	69
4.	Prioridades de Intervención 2013 por Ciclo Vital, según diagnóstico y evaluación.....	83
5.	Principales Problemas de Salud, expuestos por la comunidad.....	84
V.	PLAN DE SALUD 2013.....	85
1.	Prestaciones Otorgadas.....	86
2.	Trabajo con Familia.....	88
3.	Prestaciones Otorgadas por ciclo Vital.....	89

Ciclo Vital Infancia	90
Ciclo Vital – Adolescencia	97
Ciclo Vital –Adulto.	103
Ciclo Vital: Adulto Mayor	122
VI. Programas Transversales e Intersectorialidad	127
1. Programa de Calidad	128
2. Plan de Capacitación	135
3. Participación Social	139
4. Programa Comunal de Promoción de la Salud .MACUL CUIDA LA VIDA.....	141
5. Programa Salud Escolar, Habilidades para la Vida y Modulo Salud Oral	143
VII. Anexos	144
Dotación de Salud 2013.....	145
Presupuesto Inicial Área Salud 2013	146
Plan Anual de Capacitación 2013	147
Programación De Actividades 2013 Por Centro De Salud.....	149

I. PRESENTACION

Se presenta a continuación el Plan de Salud 2013, documento elaborado en conjunto entre la Dirección de Salud y los equipos de cada Centro de Salud.

La base del Plan de Salud Macul 2013, es la Planificación Estratégica elaborada para el período 2012 – 2015 por la Red de Salud de la Comuna de Macul, donde se establecieron la Visión, Misión y los Objetivos Estratégicos que guiarían las acciones a realizar en un periodo de cuatro años y cuyo objetivo fue diseñar un mapa estratégico que permitiera evaluar que tanto hemos avanzado como comuna en disminuir las desigualdades de Salud, asumir los desafíos del envejecimiento de nuestra población, entregar una atención oportuna y de calidad, acorde con las expectativas de usuarios/as y el avance del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Asimismo, para la elaboración de este Plan se han considerado los Objetivos Sanitarios para la década 2011 – 2020, y las Orientaciones Programáticas 2013 tanto del Ministerio de Salud como las Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En el primer Capítulo se presenta una descripción de la comuna de Macul, considerando datos de población y principales características socio demográficas.

En el segundo Capítulo se describe la Red de Salud de la comuna de Macul, se presenta el Modelo de Salud Comunal, que representa la carta de navegación de nuestra intervención.

El tercer Capítulo corresponde al Diagnóstico de Salud, que incorpora en primer lugar los principales indicadores epidemiológicos de la comuna y un análisis de los datos epidemiológicos comunales, relacionados con los Objetivos Sanitarios definidos para la década por MINSAL. Se agrega la evaluación que los equipos de Salud realizaron de lo planificado para el período 2012, y finalmente se definen los énfasis para la planificación 2013, énfasis que nacen del análisis de los aspectos anteriormente mencionados. Todo lo anterior nos permite reorientar las intervenciones de acuerdo a la realidad local y las situaciones de salud más frecuentes de la población beneficiaria.

Acorde con el diagnóstico, la evaluación y los énfasis definidos para el 2013, el Capítulo cuarto muestra la Planificación comunal centrando en su mirada en ciclo vital. La planificación contempla la ejecución de actividades preventivas, promocionales y de tratamiento que permiten responder de mejor manera al Diagnóstico.

Se incorpora además en la planificación los programas transversales, orientados a mejorar la calidad y la satisfacción del usuario interno y externo y también se integra en la planificación las acciones desarrolladas en el ámbito de la intersectorialidad.

Este Plan de Salud Comunal es, entonces, un instrumento de planificación para el mejor diseño e implementación de estrategias en la salud en Macul, las que son ejecutadas por nuestros equipos de salud que despliegan sus esfuerzos para mejorar la oferta de salud a las familias de la comuna.

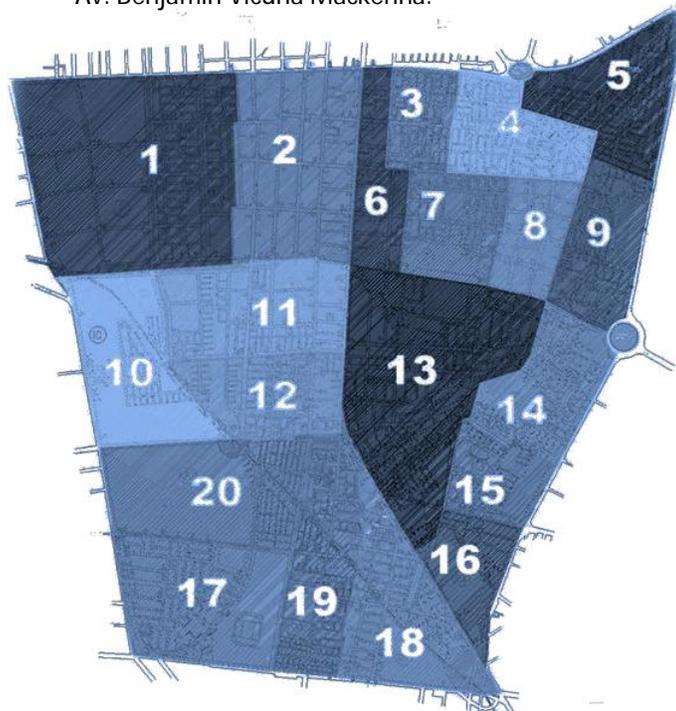
II. UNA MIRADA A LA COMUNA.

Macul era uno de los 5 pueblos indígenas que poblaban la comarca de Ñuñoehue antes de la llegada de los españoles. Su desarrollo estaba ligado fuertemente a la actividad agrícola, gracias a la riqueza de sus suelos. Hacia el siglo XVII el sector de Ñuñoa seguía con su carácter esencialmente agrícola y a través del sistema de caminos había estrechado sus vínculos con la ciudad de Santiago. Durante el siglo XIX ocurrieron diversos cambios y adelantos que modificarían el carácter netamente rural de Ñuñoa y Macul, entre los cuales destacan la construcción de ferrocarriles, la formación de poblaciones y la promulgación de la Ley de Comuna Autónoma.

A contar de 1960 el territorio de Macul deja de ser zona de expansión de la ciudad de Santiago, transformándose en un espacio “mediterráneo”, esta situación que se consolida los primeros años de los 70, tiene directa relación con la habilitación de la Av. Circulación Américo Vespucio. Hacia 1981 se subdividió a Ñuñoa en tres comunas: Ñuñoa, Peñalolén y Macul, y a partir de 1984 comienza a funcionar oficialmente la Municipalidad de Macul, teniendo bajo su jurisdicción un territorio totalmente urbanizado, con un importante sector industrial perteneciente hasta ese momento a la comuna de Ñuñoa.

La comuna de Macul se ubicada al sur Este de la Región Metropolitana, tiene una superficie de 12.74 Km² y administrativamente cuenta con 20 unidades vecinales. En términos geográficos limita al norte con la comuna de Ñuñoa, al poniente con las comunas de San Joaquín y Santiago, al oriente con la comuna de Peñalolén y al sur con la comuna de La Florida. Sus límites están dados por las siguientes calles:

- Norte: Av. Rodrigo De Araya.
- Este: Av. Américo Vespucio.
- Sur: Av. Departamental.
- Oeste: Av. Benjamín Vicuña Mackenna.

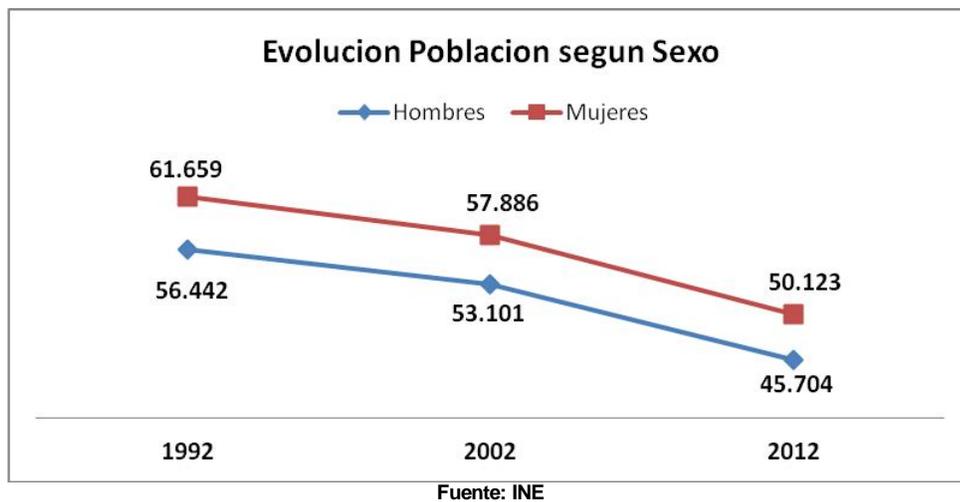


1. Población

Se muestra a continuación un análisis de datos de la población de la comuna de Macul, usado como fuentes las proyecciones censales del INE, los datos del Departamento de Estadísticas del MINSAL y el Diagnóstico de Salud 2010 del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En términos generales podemos plantear que Macul es una comuna mediana, con una clara tendencia al envejecimiento, y que en los últimos veinte años ha presentado un decrecimiento en su población. De acuerdo a la proyección Censal la población de Macul sería de 95.827 habitantes para el año 2012, de los cuales el 47,7% corresponde a población masculina, y el 52,7% a población femenina.

Como se mencionaba con anterioridad, durante los últimos veinte años, la comuna muestra un decrecimiento en su población, situación que se mantiene en las proyecciones de los siguientes años.



De acuerdo al grafico anterior, podemos ver que la proyección de la población INE, de la comuna de Macul, presenta un decrecimiento entre los años 1992 y 2012 que alcanza a un 18,9 %.

Tabla N° 1: Estructura de la Población según proyección INE año 2012

Estructura de la población	Macul	SSMO	R.M	PAIS
Población total	95.827	1.191.329	7.007.620	17.402.630
Población menores de 15 años (%)	17,4	18,7	21,7	22,0
Población entre 15 y 65 años (%)	68,3	69,0	69,3	68,7
Población de 65 y más años	14,3%	12,3	9,0	9,3

Fuente: DEIS

En lo referente a la distribución de la población, la tabla N° 1 muestra que la población menor de 15 años de Macul corresponde a un 17,4 %, proporción menor a lo observado en la Región Metropolitana y el país. Por su parte el 68,3 % de las personas tiene entre 15 y 65 años, cifra también menor a lo observado en la Región Metropolitana y el país. El 14,3 % de la población de Macul está por sobre los 65 años, lo que es un porcentaje superior a lo encontrado en la Región Metropolitana y el país.

De acuerdo a la proyección Censal, el 45,3% de los habitantes de la comuna es mayor de 40 años; en la misma línea, la población mayor de 80 años, proyectada al 2012, asciende a 3.329 personas (que corresponde a un 3,4%). Ambas situaciones presentan un importante desafío en términos de Salud, toda vez que es un grupo etareo que requiere más atenciones de salud, de acuerdo a las estadísticas locales de atención.

2. Densidad Poblacional de la Comuna de Macul

La densidad poblacional para las comunas del Servicio de Salud Metropolitano Oriente es muy variada, debido a las diferencias que existen en las dos variables involucradas en este indicador: superficie (Kms²) y población. De acuerdo a crecimiento absoluto, la mayoría de las comunas del SSMO han aumentado su densidad poblacional, sin embargo Macul presenta una disminución.

Tabla N° 2: Densidad Poblacional año de estudio 2011

Comuna	Km ²	Densidad Poblacional según Censo 1992	Densidad Poblacional según Censo 2002	Densidad Poblacional según estimación 2011
La Reina	23,4	3.949,15	4135,13	4081,88
Las Condes	99,4	2.093,19	2514,01	2898,54
Lo Barnechea	1023,7	48,9	73,02	106,84
Macul	12,9	9.357,21	8723,64	7566,98
Ñuñoa	16,9	10.211,54	9675,21	8586,75
Peñalolén	54,2	3.316,99	3986,35	4583,12
Providencia	14,4	7.720,97	8394,03	8794,65
Vitacura	28,3	2.804,77	2879,82	2813,36
SSMO	1273,2	796,54	876,44	939,1289664
R. Metrop.	15.403,20	341,35	393,5	451,2456503

De acuerdo al censo 2002 la comuna más densamente poblada del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, era Ñuñoa, situación que se modifica con la estimación de población al 2011, pasando a ser Providencia la comuna con mayor densidad poblacional (8.795 habitantes por Km² aprox.). Macul ocupa el tercer lugar después de Providencia y Ñuñoa.

3. Indicadores Demográficos.

Tabla N° 3: Indicadores Demográficos según proyección INE año 2011

Indicadores	Macul	SSMO	R.M	País
Índice de Masculinidad	91,2	85,9	95,3	98
Índice de Envejecimiento	0,82	0,66	0,42	0,42
Índice de Dependencia	0,46	0,45	0,44	0,46
Relación Niño Mujer	23,3	22,4	27,1	27,4

Fuente: DEIS

Con respecto a la tabla N° 3, podemos concluir que con 91,2 hombres por cada 100 mujeres la comuna de Macul esta bajo el índice de masculinidad de la Región Metropolitana y el país, pero supera el índice del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El índice de vejez se calcula como una relación de la cantidad de Adultos Mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años, en promedio la comuna de Macul tiene una proporción de 80 adultos mayores de 65 y más años por cada 100 menores de 15 años, presentando un Índice de envejecimiento muy superior al del SSMO, la Región Metropolitana y el país.

El Índice de Dependencia muestra la carga económica que debiera soportar la población económicamente activa; para ello relaciona la población que por edad tiene pocas posibilidades de estar trabajando (menores de 15 y mayores de 65 años). Existen 46 personas activas por cada 100 personas dependientes en la comuna de Macul, cifra similar al país, pero levemente superior al SSMO y a la Región Metropolitana.

La Relación Niño – Mujer muestra la proporción de menores de 5 años respecto de las mujeres en edad Fértil (15 – 49 años); es considerado un indicador que muestra una aproximación a la fertilidad de una población, en este sentido la comuna de Macul tiene un índice de fertilidad levemente superior que al del SSMO y menor al de la Región Metropolitana y el país. De cada 100 mujeres en edad fértil (es decir entre 15 y 49 años) existen 23,3 niños y niñas menores de 14 años

A partir de la descripción de las características de la estructura poblacional y de los indicadores demográficos, podemos concluir que:

- La comuna está en proceso de envejecimiento más avanzado que el país,
- Que el porcentaje de adultos mayores de la comuna es más alto que los promedios nacionales, regionales y del SSMO.
- Que el índice de fertilidad de la comuna es menor al del país y la región.

Todos estos antecedentes nos interpelan a desarrollar estrategias locales que permitan abordar los desafíos de salud frente al envejecimiento, a su vez desarrollar acciones de prevención y promoción para la población más joven.

Etnias. Alrededor del 2,4% de la población de las comunas que incluye el Servicio de Salud Metropolitano Oriente pertenece a algún grupo étnico, cifra por debajo a la Región Metropolitana y el país. La mayor concentración se ubica en las comunas de Peñalolén (4,98%) y Macul (3,43%), los que superan la proporción de la región, y en el caso de Peñalolén también la del país.

Tabla N° 4: Población perteneciente a grupo étnico de acuerdo a Censo 2002, Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Comuna	Población que pertenece a grupo étnico	Porcentaje de la población total que pertenece a grupo étnico
La Reina	1.760	1,83 %
Las Condes	3.158	1,28 %
Lo Barnechea	1.828	2,47 %
Macul	3.835	3,43 %
Ñuñoa	2.380	1,46 %
Peñalolén	10.749	4,98 %
Providencia	1.422	1,22 %
Vitacura	1.306	1,62 %
SSMO	26.438	2,39 %
R. Metropolitana	191.362	3,17 %
Chile	692.192	4,58 %

Fuente "Diagnostico de salud 2006". Departamento de Planificación y Desarrollo. SSMO

Se advierte presencia de toda la diversidad étnica en las comunas del Servicio Metropolitano Oriente. La distribución por etnia es similar a la observada en el país y en la Región Metropolitana. La mayor proporción corresponde a Mapuches, con porcentaje que supera el 90% de la población perteneciente a alguna etnia, en prácticamente todas las comunas.

Tabla N° 5: Distribución (en porcentaje) de la población perteneciente a grupo étnico según etnias, Censo 2002, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Comuna	Alcalufe %	Atacameño %	Aimara %	Colla %	Mapuche %	Quechua %	Rapa Nui %	Yámana %
La Reina	0,34	0,91	2,16	0,11	93,52	1,82	0,91	0,23
Las Condes	0,41	0,85	2,47	0,38	91,29	2,82	1,30	0,47
Lo Barnechea	0,33	0,38	1,64	0,11	94,15	2,19	0,93	0,27
Macul	0,31	0,99	1,30	0,18	94,94	0,89	1,04	0,34
Ñuñoa	0,59	2,56	4,20	0,42	87,35	1,97	1,81	1,09
Peñalolén	0,36	0,45	0,95	0,02	96,67	0,94	0,46	0,16
Providencia	0,49	2,67	4,64	0,42	86,08	2,60	2,95	0,14
Vitacura	0,31	0,92	1,38	0,00	93,72	2,30	0,92	0,46
SSMO	0,38	0,93	1,82	0,16	93,84	1,55	0,98	0,33
R. Metrop.	0,35	0,72	1,43	0,15	95,61	0,84	0,61	0,29
Chile	0,38	3,04	7,01	0,46	87,31	0,89	0,67	0,24

Fuente "Diagnostico de salud 2006". Departamento de Planificación y Desarrollo. SSMO

4. Caracterización Socioeconómica

Presentamos a continuación una caracterización socioeconómica de la comuna de Macul, basados en los resultados entregados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2009), del Ministerio de Desarrollo Social.

En términos generales podemos mencionar que la comuna de Macul es una comuna 100% urbana, el 96.07% de sus calles se encuentran pavimentadas, tiene un 100% de cobertura de luz eléctrica y agua potable, y el 99.8% de las viviendas cuenta con alcantarillado. (Fuente SINIM)

Población según pobreza. Según la Encuesta CASEN 2009, el 15,4% de la Población de Macul, se encuentra bajo la línea de la pobreza, desagregados en un 8.6 %de Pobres Indigentes y 6.8 % de Pobres no Indigentes. Este porcentaje de pobreza total es mayor al de la Región Metropolitana, pero similar al del País

Tabla N° 6: Población según pobreza año 2009

	Comuna	Región	País
Pobre Indigente	8,6	2,70	3,74
Pobre no Indigente	6,8	8,85	11,38
No Pobre	84,6	88,46	84,88
TOTAL	100	100	100

Hogares según pobreza CASEN 2003-2009. Según el cuadro que se muestra a continuación, el número de hogares pobre Indigente de la comuna de Macul, es considerablemente superior al porcentaje de Hogares pobres indigentes de la Región y del País.

Tabla N° 7: Pobreza en los Hogares año 2009

	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Pobre Indigente	420	247	2.313	7,19	2,65	3,44
Pobre No Indigente	1.340	2.249	2.292	7,12	7	9,30
No Pobres	28.518	25.409	27.583	85,69	90,35	87,26
Total	30.278	27.905	32.188	100	100	100

Jefatura de Hogar femenina. Se considera la Jefatura de Hogar femenina, una situación importante de vulnerabilidad social, y que se relaciona con empobrecimiento. En este sentido, el porcentaje de Hogares con Jefatura Femenina de la comuna, es mayor al de la Región y al del País.

Tabla N° 8 : Jefaturas de Hogar femenina; año 2009

Hogares	2006	2009	% según Territorio (2009)		
			Comuna	Región	País
Hogares con Mujer Jefa de Hogar	9.936	15.075	46,83	34,24	33,09

Tasa de Ocupación. Otro indicador importante en términos socioeconómicos, es la tasa de ocupación, relacionada con el empleo y el ingreso. Al respecto podemos mencionar que la comuna de Macul, presenta, según la encuesta CASEN 2009, una Tasa de desocupación, levemente menor a la Tasa de la Región Metropolitana.

Tabla N° 9: Tasas de ocupación, desocupación y participación 2003-2006-2009

Territorio	Tasa de Ocupación			Tasa de Desocupación			Tasa de Participación		
	2003	2006	2009	2003	2006	2009	2003	2006	2009
Comuna de Macul	54,58	57,27	51,38	10,96	6,51	9,45	61,30	61,26	56,74
Región Metropolitana	55,81	57,22	53,77	9,34	6,97	10,09	61,55	61,51	59,81

Situación Habitacional. 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.

Tabla N° 10: Índice de Hacinamiento de Hogares CASEN 2003-2009

Hacinamiento en los Hogares	% según Territorio (2009)		
	Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	91,36	91,85	90,90
Hacinamiento Medio	8,64	7,51	8,39
Hacinamiento Critico	0	0,65	0,71
Total	100	100	100

De acuerdo a lo Observado en el cuadro anterior, el porcentaje de Hacinamiento de la comuna es similar a los índices regionales y país.

Tabla N° 11: Índice de allegamiento de hogares CASEN 2003-2009 (Según tipo)

Allegamiento en los Hogares	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Sin Allegamiento Interno	22.518	20.305	27.732	86,16	81,98	82,87
Con Allegamiento Interno	7.760	7.600	4.456	13,84	18,02	17,13
Sin Allegamiento Externo	29.512	27.069	29.982	93,15	92,42	94,77
Con Allegamiento Externo	766	836	2.206	6,85	7,56	5,20

Tabla N° 12: Tipo de tenencia de la vivienda CASEN 2003-2009

Tenencia	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Viviendas Pagadas	11.353	12.102	17.513	54,41	49,49	54,94
Viviendas Pagándose	6.642	2.868	3.037	9,44	15,56	12,49
Arrendadas	8.357	8.445	5.871	18,24	20,86	17
Cedidas	3.926	4.252	5.042	15,66	13,33	14,40
Usufructo	0	0	0	0	0,25	0,41
Ocupación Irregular	0	0	725	2,25	0,51	0,75
Total	30.278	27.667	32.188	100	100	100

Tabla N° 13: Calidad de la vivienda CASEN 2003-2009

Calidad de la Vivienda	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Aceptable	28.622	25.119	26.429	82,11	88,06	80,69
Recuperable	1.515	2.542	5.527	17,17	11,42	18,17
Irrecuperable	141	0	232	0,72	0,51	1,14
Total	30.278	27.661	32.188	100	100	100

En los cuadros anteriores es posible observar, que cerca del 55% de las viviendas de la comuna se encuentran pagadas, y un 82% presenta una calidad Aceptable.

Escolaridad. Otro dato importante al momento de realizar una caracterización de la comuna, son los relacionados con el nivel educacional y los años de escolaridad. Los habitantes de la comuna de Macul, presentan un promedio de 11.07 años, similar al de la Región y el País. En lo respectivo al nivel educacional, un 2.3 % de la población presenta analfabetismo, sumado a un 9.73% de población con un nivel educacional básico incompleto.

Tabla N°14 : Años de escolaridad promedio de la población 2003-2009

Territorio	2003	2006	2009
Comuna de Macul	12,27	10,87	11,07
Región Metropolitana	10,99	10,83	11,19
País	10,16	10,14	10,38

Tabla N° 15: Nivel educacional de la población 2003-2009.

Nivel Educacional	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Sin Educación	750	2.381	2.011	2,30	2,43	3,52
Básica Incompleta	4.485	6.224	8.505	9,73	10,08	14,34
Básica Completa	5.596	9.462	7.691	8,80	9,31	10,97
Media Incompleta	14.352	16.052	19.001	21,74	18,54	18,98
Media Completa	22.534	25.868	26.886	30,76	31,05	29,90
Superior Incompleta	15.228	9.646	9.327	10,67	11,73	9,86
Superior Completa	20.890	10.805	13.995	16,01	16,87	12,43
Total	83.835	80.438	87.416	100,01	100,01	100

5. Red vial y accesibilidad a los centros de salud de la comuna.

La comuna se caracteriza por estar inserta en un sistema vial de jerarquía metropolitana, donde existen grandes ejes viales de cruce en el sentido Norte-Sur, entre los que se pueden mencionar Av. Maratón, Av. Pedro de Valdivia, Av. Exequiel Fernández, Av. Macul, Av. El Líbano y Ramón Cruz; además de los ejes perimetrales Av. Vicuña Mackenna y Av. Américo Vespucio.

Por su parte en el sentido Oriente- Poniente existen los ejes perimetrales de la comuna, a saber, Rodrigo de Araya y Departamental. La Av. Quilín que aparece como eje central en este sentido, no presenta la continuidad adecuada.

Se detecta la carencia de vías adecuadas que permitan la conectividad Oriente – Poniente y sirvan como acceso a los sistemas de transporte como el Metro de Santiago, que se ubica en la periferia Oriente-Poniente y que permiten el acceso a los ejes perimetrales Norte– Sur.

La red vial de nivel comunal presenta una oferta Norte Sur, adecuada a las necesidades de viajes internos. Sin embargo, la oferta Oriente Poniente, requiere ser potenciada, para mejorar el desplazamiento interno. Si bien en la actualidad, la oferta vial se puede entender como apropiada, es preciso considerar el desarrollo urbano de los últimos años en la comuna, lo que implicaría un aumento de la demanda que inducirán tensiones sobre la red comunal.

La Comuna de Macul a la fecha cuenta con cinco estaciones de Metro por Av. Américo Vespucio y cinco estaciones por Av. Vicuña Mackenna.

Todos los Centros de Salud de la Comuna de Macul, tienen una buena accesibilidad para sus usuarios, en particular si se considera que están en un radio no mayor a cinco cuadras de algún de los ejes viales de la comuna.

6. Población Beneficiaria e Inscrita en Macul.

Se entiende por población beneficiaria a los adscritos al seguro público de salud, y que tienen su domicilio en la comuna de Macul. Comprende a los cotizantes de Fonasa y sus cargas familiares, a los receptores de subsidios de programas específicos (Prais, Subsidios Asistenciales, Chile Solidario, a los pertenecientes a la Red SENAME) y a las personas carentes de recursos acreditados como indigentes por Fonasa.

Según lo informado por Fonasa, la población beneficiaria de la comuna de Macul para el año 2012, correspondería a 119.144 personas.

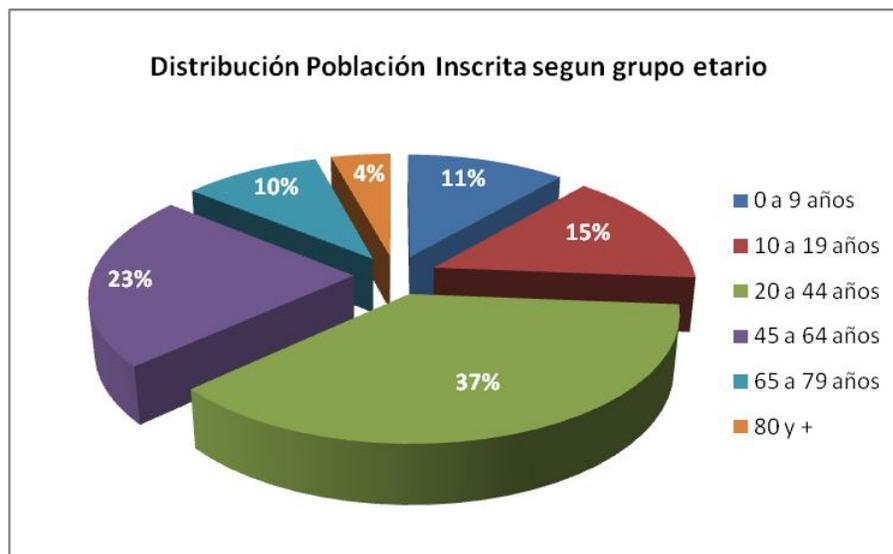
Por otro lado, la población inscrita validada (o población per cápita) corresponde a aquellas personas que pertenecen a Fonasa y que viviendo o trabajando en la comuna, están inscritas en los Centros de Salud Familiar y validadas por Fonasa. Para el año 2012, la población inscrita validada por FONASA corresponde a 119.114 personas, cuya distribución por edad se grafica en la siguiente tabla.

Tabla N° 16: Población Per-Cápita; Tramos Etarios Comuna de Macul año 2012

Grupo etario	Total
Años	119.144
0 a 4	6.559
5 a 9	7.015
10 a 14	8.196
15 a19	9.530
20 a 24	10.023
25 a 29	9.107
30 a 34	8.566
35 a 39	8.442

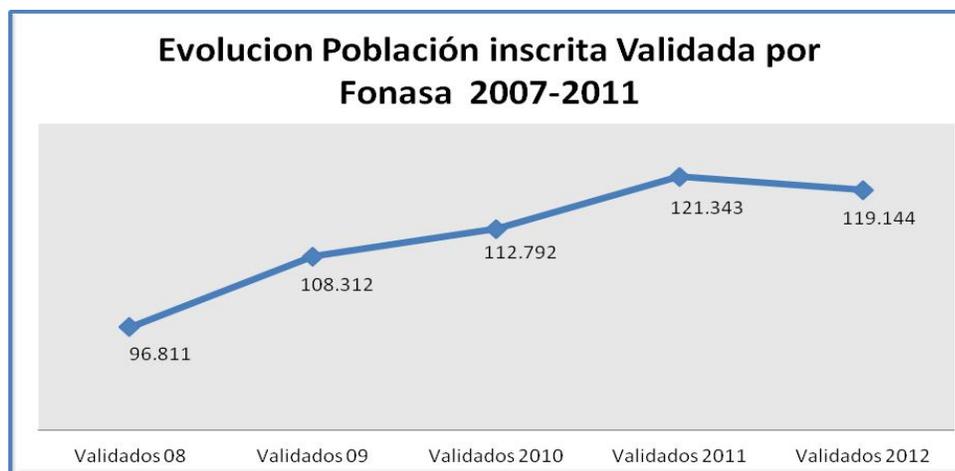
40 a 44	7.960
45 a 49	8.550
50 a 54	7.316
55 a 59	5.949
60 a 64	5.083
65 a 69	4.659
70 a 74	4.064
75 a 79	3.024
80 y +	5.101

Fuente DEIS



Según lo observado en el gráfico anterior, la población que se encuentra entre los 20 y los 64 años, corresponden al 60% de los inscritos a nivel comunal. La población adolescente, comprendida entre los 10 y los 19 años alcanza a un 15 % de los inscritos, mientras que la población infantil corresponde al 11% de los Inscritos

La población inscrita validada en los Centros de Salud Comunal ha mostrado una marcada tendencia al alza durante, al menos, los últimos seis años. El siguiente gráfico presenta el comportamiento de la población inscrita validada, para la comuna, durante el período 2007 al 2012.



De acuerdo a lo proyectado por el INE, para la comuna de Macul la población censal proyectada para el 2012 es menor a los validados por Fonasa para la comuna. A nuestro juicio, esta diferencia se puede explicar por dos fenómenos. En primer lugar la comuna de Macul ha presentado en los últimos años un importante crecimiento inmobiliario lo que ha significado un aumento de la población, probablemente no previsto en la proyección Censal. En segundo lugar no se desestima que exista un porcentaje de inscritos que no pertenezcan a la comuna Sin perjuicio de lo anterior, esta diferencia muestra en general, una gran cobertura de atención a los habitantes de la comuna, beneficiarios del sistema público, lo que implica equidad en la accesibilidad a prestaciones sanitarias, y en general se puede valorar como un indicador de la satisfacción usuaria. Por otro lado, y en relación a los beneficiarios del sistema de salud público, en nuestra comuna es posible percibir una importante migración de usuarios desde el sistema privado al sistema público, en particular usuarios de la tercera edad.

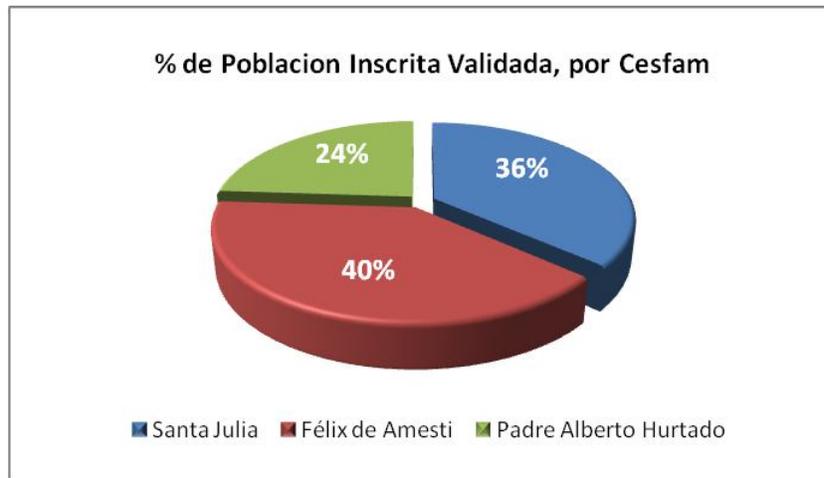
Podemos agregar que el número de nuevos inscritos ha aumentado, ya que la población no usuaria vio como una oportunidad la reforma de salud (AUGE) la que le permite resolver sus necesidades de salud a menor costo.

Se muestra a continuación, la distribución de población inscrita validada, distribuida por Centro de Salud Familiar.

Tabla 17: Población validada año 2011.

Centro de Salud	Población Inscrita Validada año 2012		
	Total	Hombres	Mujeres
Santa Julia	43.428	20.416	23.012
Dr. Félix de Amesti	47.192	20.828	26.364
Padre Alberto Hurtado	28.524	12.638	15.886
Total	119.144	53.882	65.262

Fuente FONASA



En los datos anteriores se muestra que el Cesfam Félix de Amesti, posee el mayor número de inscritos validados de la comuna, alcanzando el 40% de los inscritos a nivel comunal. Con respecto a la distribución por sexo, se aprecia que el 65% de la población corresponde a mujeres, y el 55% a varones.

III. PRESENTACION RED DE SALUD MACUL.

En el presente Capítulo, se describe la Red de Salud a la que pueden acceder los usuarios de la comuna de Macul. En una primera instancia se muestra la Red de establecimientos asistenciales dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Compuesta por Institutos y Hospitales de mediana y alta complejidad, su objetivo es brindar atención de especialistas a los usuarios que lo requieran. Se detallan brevemente los establecimientos que forman parte de esta Red y su ámbito de acción.

En una segunda instancia se presentan los Centros que conforman la Red de Salud de la comuna de Macul, dependientes de la Corporación Municipal de Desarrollo Social. Nuestra Red de Salud cuenta con 6 establecimientos que entregan prestaciones de nivel primario y secundario a los usuarios de la comuna. Se describen en este capítulo cada uno de los Centros de Salud, su organización funcional, y la población beneficiaria.

Asimismo en este capítulo, los equipos interdisciplinarios a cargo de cada sector en los Centros de Salud Familiar, nos entregan un pequeño diagnóstico acerca de las principales características de salud de cada sector, y nos muestran los aspectos biosociales que caracterizan a cada uno de ellos. Por último se incluye en cada Cesfams, la constitución de los Consejos Consultivos, que es una instancia de participación ciudadana colaborativa a la labor desarrollada en cada Centro. Como Dirección de Salud valoramos el aporte que los Consejos Consultivos realizan en pos de mejorar nuestras acciones y el apoyo que nos otorgan en la coordinación con la comunidad.

Para lo anterior, los Jefes de Sector de los Centros de Salud Familiar acordaron una serie de indicadores que permitirían definir el grado vulnerabilidad de cada sector, así como también mostrar los principales problemas de Salud de los usuarios de cada Cesfams, a saber:

- Numero Familias Inscritas
- N° Diabéticos Bajo Control
- N° Hipertensos Bajo Control
- N° Dislipidemicos Bajo Control
- N° pacientes con Depresión
- N° de Pacientes con consumo Alcohol y/o Drogas
- N° de Adultos Mayores Dependientes Severo
- N° de Adultos Mayores Dependientes Moderado
- N° de Adultos Mayores Dependientes Leve
- N° Embarazos Adolescentes menor 17 años
- N° Total de Gestantes con riesgo Biopsicosocial

1. Nuestro Modelo de Intervención.

Desde 1998, y acorde a las Orientaciones Programáticas del Ministerio de Salud, la comuna de Macul adopta como modelo de intervención en Salud el **Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario**, cuyo objetivo central es la búsqueda de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en la promoción de la Salud y prevención de la enfermedad. La instalación de este modelo busca relevar la importancia de la Atención Primaria de Salud, como eje fundamental en la mejoría de la calidad de vida de las personas.

El modelo de atención Integral no sólo se centra en la enfermedad, sino que va más allá y analiza las otras causas o factores (psicológicos, sociales y/o ambientales), que están incidiendo en la situación de una persona y su familia, de manera de otorgar una respuesta integral, y más eficaz por parte de los equipos de Salud, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención entregada.

Durante estos años de desarrollo del modelo en Macul, hemos logrado conformar equipos altamente comprometidos con la salud de las familias y las comunidades, se ha validado la estrategia de la sectorización y el uso de las herramientas de Salud Familiar. Los equipos multidisciplinarios de cabecera han podido desarrollar habilidades y destrezas adecuadas para el trabajo con familias, otorgando una atención integral y continua a lo largo del ciclo vital, se trabaja en forma coordinada con la comunidad y el Intersector y hemos avanzado de manera importante en mejorar la resolutivez en la atención primaria, acompañados de una infraestructura y equipamiento de calidad, de manera de responder en forma oportuna a los requerimientos de nuestros beneficiarios. A nivel Ministerial y del Servicio de Salud Metropolitano Oriente nuestros Centros de Salud Familiar se encuentran certificados en un grado de desarrollo Medio Superior del Modelo.

En este contexto, los equipos de salud observan la necesidad de realizar un proceso reflexivo que pueda dar cuenta de los avances y logros alcanzados en el desarrollo del Modelo en estos años, así como de las brechas y aspectos pendientes, en pos de alcanzar la etapa de consolidación del Modelo de Salud Familiar. Esta preocupación es recogida por la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Macul, quien a través de la Dirección de Salud, inicia un proceso de planificación estratégica, cuyo objetivo principal es fijar los lineamientos que nos permitan avanzar en la consolidación del Modelo desde una mirada comunal unificada.

Los equipos discutieron y consensuaron cuales eran los principales logros obtenidos en los últimos diez años, y detallaron cuales serían los aspectos pendientes a trabajar, existiendo consenso sobre la necesidad de aunar una visión comunal, de manera de trabajar en conjunto para avanzar a la consolidación del modelo, asimismo se plantea la necesidad de mantener y mejorar la calidad de los servicios entregados, de manera de aumentar la satisfacción usuaria. Creemos absolutamente que este proceso da cuenta de la madurez grupal y del compromiso de los equipos con la salud de las familias de Macul.

En resumen, se decide intencionar el quehacer hacia el mejoramiento de la gestión de la Red de Salud de Macul y en la consolidación del Modelo de Atención integral, con enfoque Familiar y Comunitario, de manera de gestionar en forma eficiente y oportuna las prestaciones que ofrecen sus Centros, con el convencimiento de que el Modelo de Salud Familiar es una poderosa herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas y familias de Macul.

Para dar cumplimiento a lo anterior, los Consejos Técnicos de cada Centro, en conjunto con la Dirección de Salud, han establecido un mapa estratégico, que guiará nuestro accionar para el período 2012 – 2015, a saber

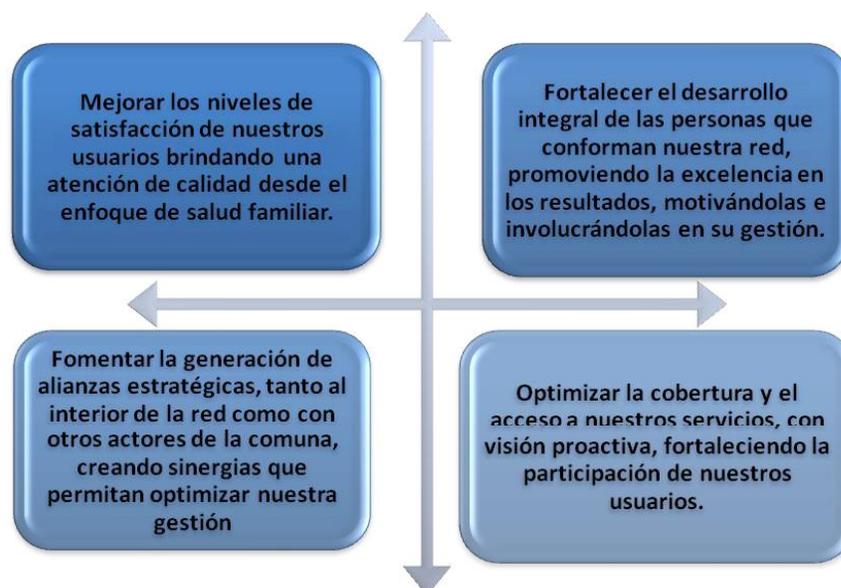
VISION

Ser una Red de Salud Comunal acogedora y cercana, con una comunidad informada y participativa, en la que las personas y funcionarios se sientan altamente satisfechos, reconocidos por su liderazgo en calidad y basada en el enfoque de salud familiar.

MISION

Contribuir a fortalecer la salud integral de los individuos, familias y comunidad, con enfoque de salud familiar y énfasis en la promoción y prevención, entregando herramientas para que las personas sean protagonistas de su bienestar. Con equipos de salud y comunidad, comprometidos, integrados a la red y utilizando eficientemente los recursos de manera oportuna, resolutiva y de calidad.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS



La atención Primaria de Salud es la puerta de entrada y el eje de la atención de Salud, y que responde a los requerimientos de la población a cargo. Ahora, si bien se espera que la Atención primaria entregue una atención integral y resolutoria, el Sistema de Salud y la Gestión en Red incorpora otros establecimientos de complejidad Mediana y Alta, que respondan a la necesidad de Atención de los usuarios del sistema público de Salud.

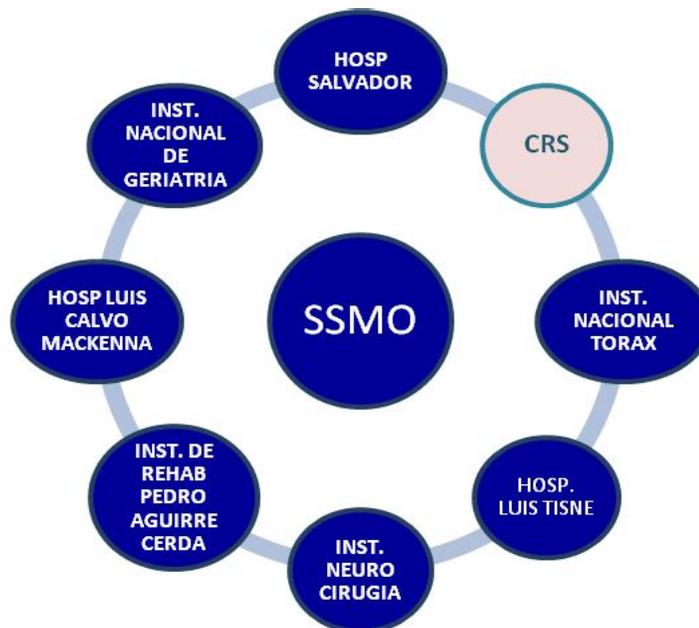
Es así como la Población de Macul cuenta con la siguiente Red de Salud para su atención, en diversas modalidades de atención y dependencia administrativa

2. Red de Establecimientos Asistenciales SSMO

Red de Atención de Salud Secundaria y Terciaria (dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente). La comuna de Macul pertenece a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, la que está compuesta por:

- ❑ **Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente** El CRS brinda servicios de especialidades médicas de nivel secundario con resolución ambulatoria preferentemente a las comunas de Macul y Peñalolén.
- ❑ **Hospital Luis Tisné.** Brinda soluciones integrales a adultos preferentemente de Macul y Peñalolén que requieren soluciones médicas y quirúrgicas de mediana y alta complejidad. Prestaciones Gineco Obstétricas y Neonatales de baja, mediana y alta complejidad. Cuenta con la más moderna tecnología para todos los Servicios y Unidades Clínicas, con la principal actividad en el país en atención del prematuro.
- ❑ **Hospital del Salvador.** Establecimiento de mediana y alta complejidad técnica, brinda soluciones a adultos en todas las subespecialidades médicas y quirúrgicas a excepción de las torácicas y neurológicas de alta complejidad. Es responsable de más del 30% de los egresos de la red.
- ❑ **Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo.** Líder en neurocirugía y polo de desarrollo para todo el país. Primera producción a nivel nacional en su especialidad y centro formador de cirujanos.
- ❑ **Instituto Nacional del Tórax.** Centro respiratorio y cardiovascular de alta complejidad, líder en cirugías torácicas y cardíacas, con la primera producción nacional. Centro formador de cirujanos de tórax y neumólogos.
- ❑ **Instituto Nacional de Geriátria.** Centro de referencia nacional del sistema público de salud que brinda soluciones integrales para la recuperación de la salud del paciente geriátrico, con especial énfasis en la funcionalidad, ofrece distintos niveles de atención, de manera integrada.
- ❑ **Hospital Dr. Luis Calvo Mackena.** Centro pediátrico de alta complejidad, brinda soluciones de salud a pequeños de escasos recursos en cardiopatías congénitas, cáncer, trasplante renal, entre otras prestaciones complejas. Produce cerca del 40% de los egresos entre los hospitales pediátricos de la RM.
- ❑ **Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda.** Único en el sistema público chileno, presta servicios integrales de rehabilitación física, sensorial y motora a niños y

jóvenes, a través de atención ambulatoria, cerrada y de apoyo comunitario, considerando su integración emocional, cognitiva, social y laboral.



3. Red de Atención Primaria de Salud Comunal.

Para la puesta en marcha del Modelo de Salud Familiar y de las prestaciones a entregar a la población inscrita nuestra comuna cuenta con 6 Centros de Salud los que ejecutan las actividades y prestaciones sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud, debiendo además responder con las Metas Sanitaria y la evaluación de Índices de Actividades de Atención Primaria. A esto debemos sumarle las acciones a desarrollar en el marco del Régimen de garantías explícitas en Salud, que exige la entrega de beneficios específicos de manera oportuna.

- Centro de Salud Familiar Santa Julia
- Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti
- Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado.
- Centro Odontológico Macul
- Laboratorio Comunal
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia.- S A P U.

4. Red de Atención Secundaria de Salud Comunal.

- Centro Comunitario de Salud Mental de Macul.- COSAM
- Centro Mujer y Familia.

Se presentan a continuación los Centros de Salud de la comuna.

RED DE SALUD LOCAL COMUNA DE MACUL



Centro de Salud Familiar Santa Julia



En la década del 60, se crea el Consultorio Salud Santa Julia en la planta que ocupaba una guardería infantil, este centro se inició con 6 box de atención. Durante el año 1987 se amplía su infraestructura agregando un segundo piso, quedando con una capacidad de atención para 20.000 personas. A partir del año 1998 el Consultorio Santa Julia comienza a trabajar bajo el Modelo de Salud Familiar, lo que implicó adaptarlo para la atención sectorizada de la población, situación que llevó a una readecuación de la planta física, el año 1999, quedando con una capacidad de atención de 30.000 personas. El nacimiento de las salas ERA el año 2000 obligo a una transformación, para acoger a los pacientes

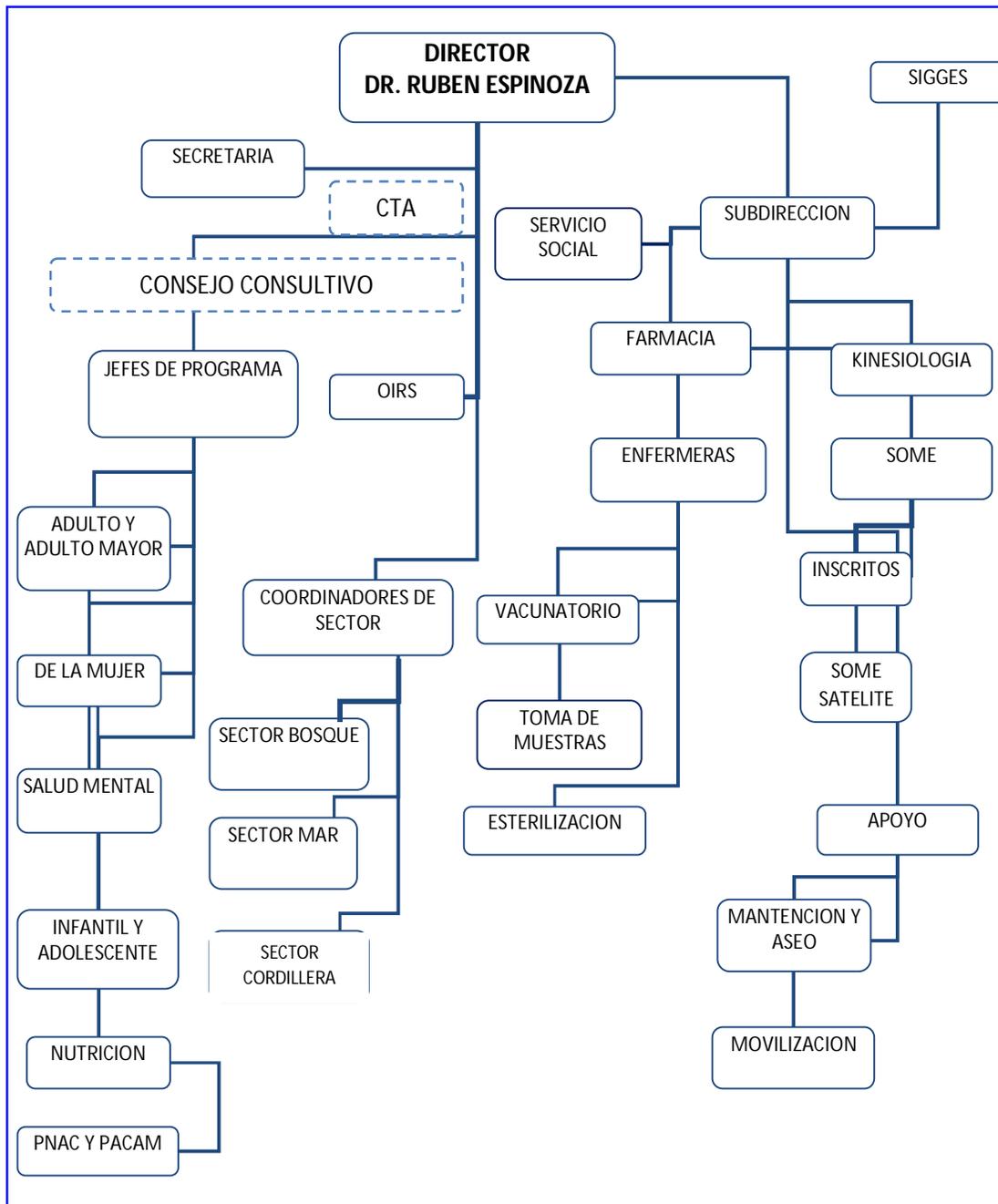
que necesitan hospitalización abreviada; durante el año 2002 se crea la sala de cirugía menor, con objeto de cumplir incorporar este box según requisitos del modelo. El año 2008 se postula a la reposición de este Cesfam, situación que fue aprobada, es así como en diciembre del 2011, cuenta con un nuevo edificio donde atiende una población validada para el año 2012 de 43.428 personas.

El Centro de Salud Familiar Santa Julia se ubica en la Calle Santa Julia #2309, en el sector nor oriente de la comuna. De acuerdo a los criterios de asignación de población utilizados por el Ministerio de Salud en 1994, sus límites geográficos están comprendidos entre:

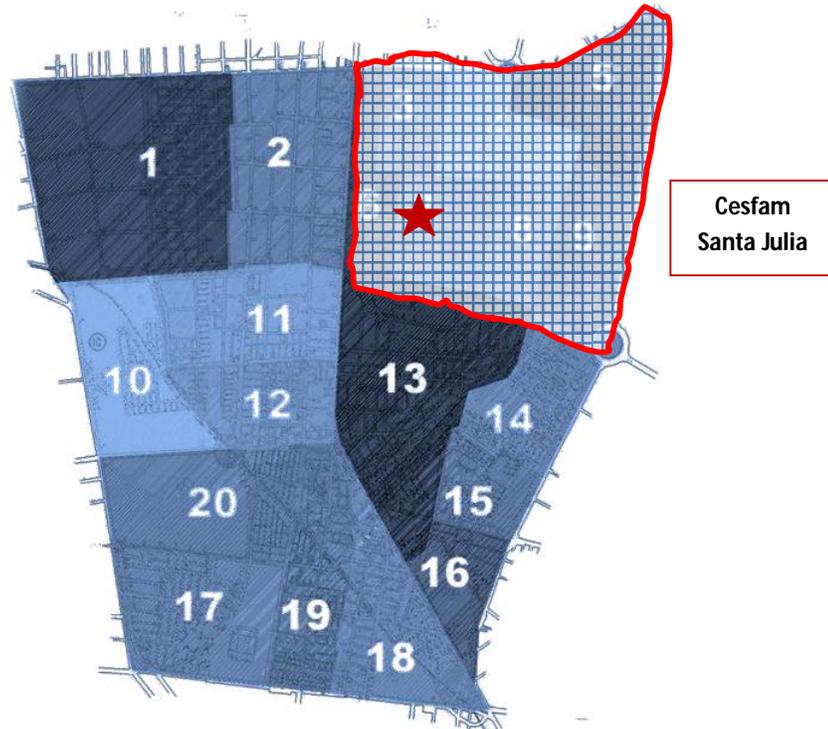
- Norte: Avda. Rodrigo de Araya desde Avda. José Pedro Alessandri hasta Avda. Américo Vespucio.
- Sur: Avda. Quilín, acera Norte, desde Avda. José Pedro Alessandri hasta Américo Vespucio.
- Oriente: Avda. Américo Vespucio, acera poniente, desde Avda. Rodrigo de Araya hasta Avda. Quilín.
- Poniente: Avda. José Pedro Alessandri, acera oriente, desde Avda. Rodrigo de Araya hasta Avda. Quilín.

De acuerdo a **Resolución N° 72 de Julio 1998** del Servicio de Salud Metropolitano Oriente del Ministerio de Salud se aprueba el Modelo de Atención con Enfoque Familiar para el Consultorio Santa Julia.

Centro de Salud Familiar Santa Julia ORGANIGRAMA



**Área de Influencia Directa del Centro de Salud Familiar Santa Julia.
(Considera las unidades vecinales del 3 al 9)**



Desde el punto de vista poblacional el Centro de Salud Familiar Santa Julia concentra el 38,1 % de la población comunal. De acuerdo al modelo de Salud Familiar la atención se realiza en tres sectores según las características epidemiológicas y de vulnerabilidad es así como el sector Bosque abarca el 39 % de los inscritos en el Cesfam Santa Julia; el Sector Mar el 32 % y el Cordillera el 29 %.

Tabla N° 18: Cesfam Santa Julia Población Per Cápita Año 2012

SECTOR	UNIDAD VECINAL	POBLACION VALIDADA 2012
Cordillera	3	12.567
	4	
Bosque	5	17.082
	6	
Mar	7	13.779
	8	
	9	
	Total	43.428

FONASA PERCAPITA 2012

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR CORDILLERA

El sector Cordillera está integrado por las Unidades Vecinales N° 3 y 4 y sus límites geográficos por unidad vecinal son:

- Unidad Vecinal N° 3
 - Al norte acera sur de calle Rodrigo de Araya
 - Al sur acera norte de calle Los Olmos
 - Al poniente acera poniente de calle Pucón Chile
 - Al oriente acera poniente de calle Santa Julia.
- Unidad Vecinal N° 4
 - Al Norte , acera Sur de Rodrigo de Araya
 - Al Sur, acera Norte de Los Olmos
 - Al Poniente, acera Oriente de calle Santa Julia
 - Al Oriente, acera Poniente de Lo Plaza.

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización del Centro de Salud Santa Julia; el Sector Cordillera cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicólogo apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, Administrativos y Auxiliar de Apoyo. Este sector es coordinado por la Enfermera Sra. Margarita Hernández

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	4.664
N° Diabéticos Bajo Control	643
N° Hipertensos Bajo Control	1.701
N° Dislipidemicos Bajo Control	812
N° de Pacientes con Depresión	1.330
N° de Pacientes ingresados a Programa de Alcohol y Drogas	294
N° de Adultos Mayores Dependientes Severos	19
N° de Adultos Mayores Dependientes Moderados	80
N° de Adultos Mayores Dependientes Leves	236
N° emb adolescentes menor o igual a 17 años	8
N° Total de Gestantes con riesgo Biopsicosocial	70

A juicio del equipo de cabecera, el sector cordillera se caracteriza por tener una población de gran vulnerabilidad social y altamente demandante, presenta un porcentaje considerable bajo la línea de la pobreza, alta tasa de hacinamiento, allegamiento, y malas condiciones de habitabilidad, posee el más bajo nivel educacional en todos los segmentos atareos; se destaca un porcentaje considerable de adultos mayores con analfabetismo , niñas y niños viven en hogares cuyo nivel

educacional es bajo o muy bajo. Como resultado de estas características vemos falta de adherencia a los controles, niños con mal nutrición, drogadicción de inicio precoz, problemas de salud mental con escaso sentido de autocuidado, etc.

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR BOSQUE.

El Sector Bosque está compuesto por la Unidad Vecinal N° 5 y la Unidad Vecinal N 8. Cabe destacar que la Unidad Vecinal N°5 tiene 0,54 km2 de superficie y es la más poblada de la comuna con 11.847 habitantes. Los límites geográficos del sector, por unidad vecinal, son

- Unidad Vecinal N° 5 “Villa Jaime Eyzaguirre”
 - Al Norte, Américo Vespucio.
 - Al Oriente, Calle 5
 - Al Sur, Enrique Molina
 - Al Poniente, Lo Plaza
- Unidad Vecinal N° 8
 - Norte: Enrique Molina.
 - Oriente: El Líbano
 - Sur: Av. Quilín
 - Poniente: R. Cruz

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización en el Centro de Salud Santa Julia; el Sector Bosque cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicólogo apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, Administrativos y Auxiliar de Apoyo. Este sector es coordinado por la Nutricionista Sra. Jimena Valenzuela.

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	2.891
N° Diabéticos Bajo Control	408
N° Hipertensos Bajo Control	945
N° Dislipidemicos Bajo Control	409
N° de Pacientes con Depresión	356
N° de Pacientes ingresados a Programa de Alcohol y Drogas	178
N° de Adultos Mayores Dependientes Severos	12
N° de Adultos Mayores Dependientes Moderados	38

N° de Adultos Mayores Dependientes Leves	110
N° emb adolescentes menor o igual a 17 años	7
N° Total de Gestantes con riesgo Biopsicosocial	53

A juicio del equipo el sector se caracteriza por presentar un alto nivel de vulnerabilidad, ha adquirido relevancia la jefatura de hogar femenina y la presencia de madres adolescentes, el nivel educacional de esta población es superior al sector cordillera e inferior al sector mar, porcentaje de allegamiento es menor al sector cordillera caracterizándose por habitar viviendas en mejores condiciones

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR MAR

El sector Mar, está integrado por las Unidades Vecinales N°6, 7 y 9 y sus límites jurisdiccionales por Unidades Vecinales son:

- Unidad Vecinal N° 6
 - Norte: Rodrigo de Araya.
 - Oriente: Av. Macul
 - Sur: Av. Quilín
 - Poniente: Braun Sur
- Unidad Vecinal N° 7
 - Norte: Los Olmos.
 - Oriente: Braun Sur
 - Sur: Av. Quilín
 - Poniente: El Líbano
- Unidad Vecinal N° 9
 - Norte: Calle 5.
 - Oriente: R. Cruz
 - Sur: Av. Quilín
 - Poniente: A. Vespucio

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización en el Centro de Salud Santa Julia; el Sector cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicólogo apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, Administrativos y Auxiliar de Apoyo. Este sector es coordinado por la Matrona Sra. Ana María Silva.

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	5.675
Nº Diabéticos Bajo Control	643
Nº Hipertensos Bajo Control	1.701
Nº Dislipidemicos Bajo Control	812
Nº de Pacientes con Depresión	689
Nº de Pacientes ingresados a Programa de Alcohol y Drogas	141
Nº de Adultos Mayores Dependientes Severos	46
Nº de Adultos Mayores Dependientes Moderados	88
Nº de Adultos Mayores Dependientes Leves	194
Nº emb adolescentes menor o igual a 17 años	3
Nº Total de Gestantes con riesgo Biopsicosocial	34

A juicio del equipo, este sector se caracteriza por presentar un nivel socioeconómico medio, con escaso hacinamiento, viviendas de mejor calidad, con un nivel educacional superior a los otros dos sectores, liderando las jefaturas de hogar masculinos y con una importante participación laboral de la población femenina. Además este sector es que presenta una mayor población de adultos mayores, con mejor calidad de vida en comparación al sector cordillera y bosque.

COMITÉ CONSULTIVO

Se constituye el 11 de abril de 2006, entre sus principales logros encontramos el fortalecer lazos entre comunidad y CESFAM,, el apoyo, difusión y la petición desde comunidad para el Proyecto de Reposición del Nuevo CESFAM Santa Julia. En la actualidad está conformado por:

Dr. Rubén Espinoza	Director Cefam Santa Julia.
Sra. Patricia Mancilla	Asistente Social Encargada De Participación Cefam Santa Julia.
Sra. Margarita Hernández	Enfermera Cefam Santa Julia.
Cecilia Guzmán Levertón	Presidenta Del Consejo / Representante Voluntarias de Salud.
Ana Albornoz Cabrera	Representante Coro Vida Plena.
Sra. Aída Avendaño	Representante Parroquia San Luis Gonzaga.
Sra. Adela Gallegos	Representante Junta de Vecinos Nueva Esperanza (Secretaria).

Sr. José Navarrete	Representante Iglesia Evangélica Pentecostal Israel, Pastor .
Sra. Sofía Figueroa	Encargada Programa De La Mujer. Municipalidad De Macul.
Guillermo Vargas Aguilar	Presidente Comité De Desarrollo Seguridad Vecinal Fernando Castillo Velasco.
José Miguel San Martín Pavez	Vicepresidente Comité De Desarrollo Seguridad Vecinal Fernando Castillo Velasco.
Berta Vergara Seguel	Representante Comité de Vivienda.
María Inés Arellano Riquelme	Representante Comité de Vivienda.
Dina Mora Candía	Representante Comité De Seguridad Vecinal Los Presidentes.
Francisca Morales Contreras	Representante Comité De Seguridad Vecinal Los Presidentes.
Gladys Jaime Ruiz	Representante Taller Femenino "Doña Inés".

Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti



El **Centro de Salud Dr. Félix de Amesti** fue creado el año 1991, con una capacidad de atención para 20.000 personas, posteriormente fue ampliada su infraestructura el año 1999, a objeto de mejorar su funcionalidad. Desde el año 2000 comienza a ejecutar el modelo de Salud Familiar por lo cual fue necesario ampliar las instalaciones del SOME. El año 2001 se incorporo la sala ERA y durante el año 2003 se amplió la planta con 3 box, 1 sala de espera y 1 sala de cirugía menor. Las ampliaciones que se han realizado no cumplen con la normativa existente para un centro de salud familiar, además el aumento de la población inscrita en este centro a implicado reconvertir estas salas a box de atención, por lo cual en la actualidad el Cefam presenta deficiencia en la funcionalidad y capacidad de la atención. El Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti atiende una población validada

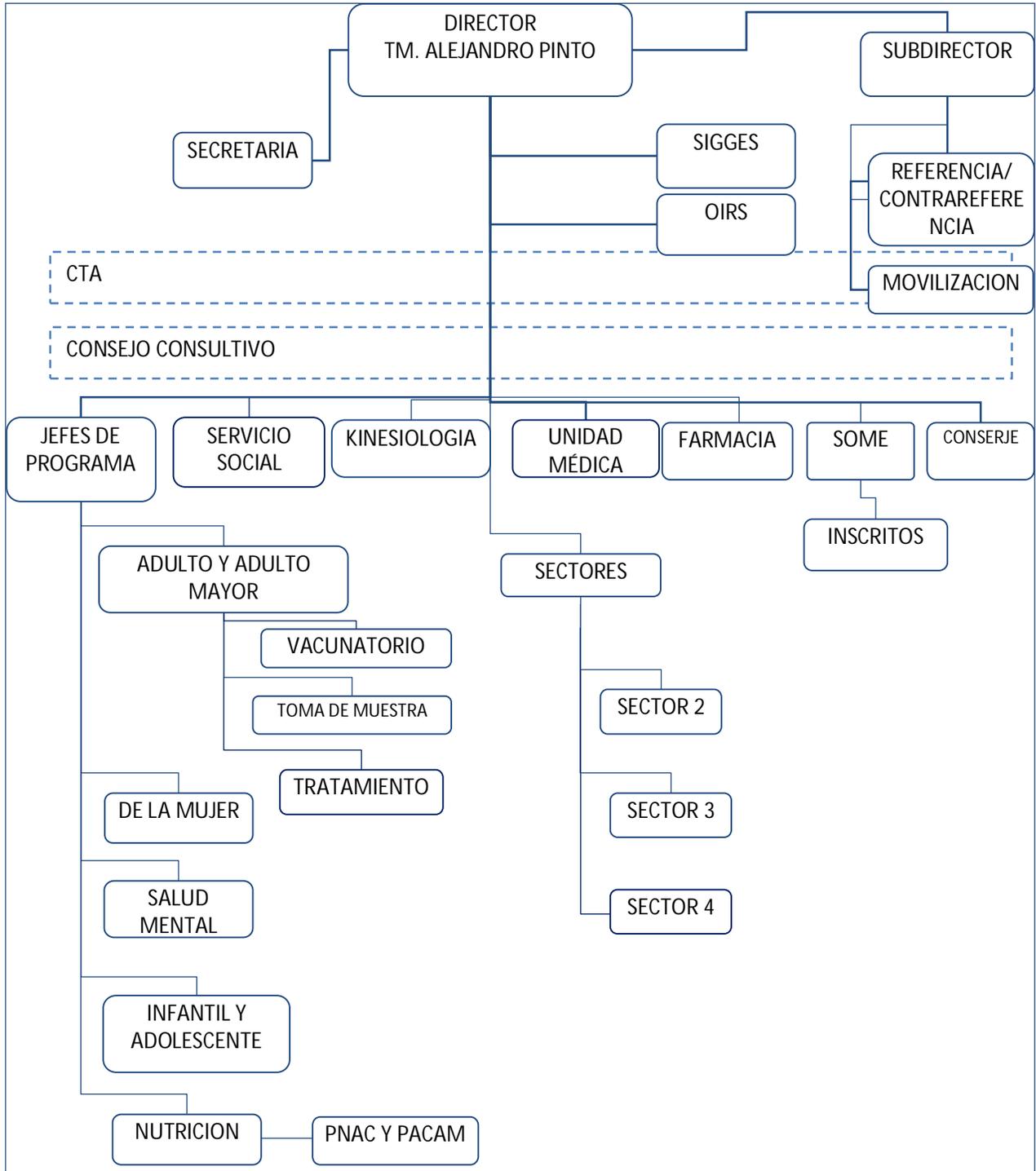
para el año 2012 de 47.192 personas.

El Cefam Félix de Amesti se ubica en calle El Líbano N° 5557, en el sector sur oriente de la comuna. Los límites son:

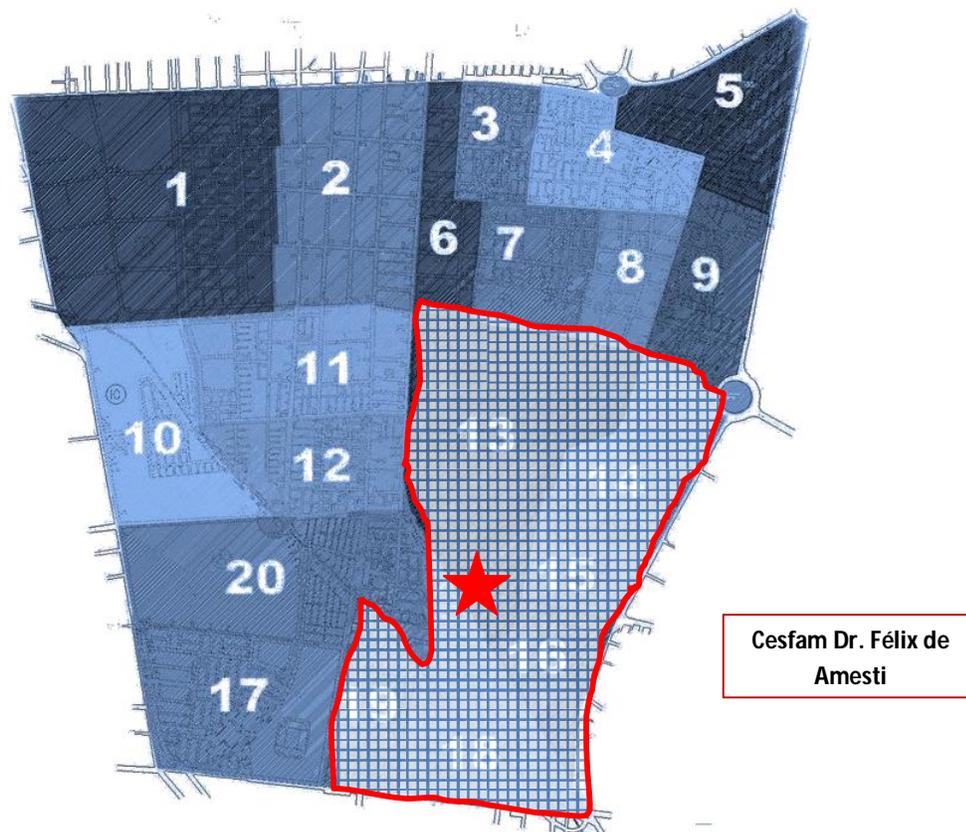
- Norte: Avda. Quilín vereda sur, desde Avda. Américo Vespucio hasta Avda. José Pedro Alessandri
- Oriente: Avda. Américo Vespucio, vereda poniente, desde Avda. Quilín hasta Avda. Departamental
- Sur: Avda. Departamental vereda norte, desde Avda. Américo Vespucio hasta Exequiel Fernández
- Poniente: Avda. José Pedro Alessandri acera oriente, desde Quilín hasta Purranque. Desde Avda. José Pedro Alessandri hasta la Aguada. La Aguada desde sitio de fondos hasta Exequiel Fernández. Exequiel Fernández vereda oriente hasta Avda. Departamental

De acuerdo a Resolución N° 446 de Mayo del 2000 del Servicio de Salud Metropolitano Oriente del Ministerio de Salud se aprueba el Modelo de Atención con Enfoque Familiar para el Consultorio Félix de Amesti.

**Centro de Salud Familiar Dr. Félix De Amesti
ORGANIGRAMA**



Área de Influencia Directa del Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti (Considera las unidades vecinales del 13 al 16, además de la 18 y 19)



Desde el punto de vista poblacional el Centro de Salud Familiar Dr. Félix de Amesti concentra el 38,6 % de la población comunal. De acuerdo al modelo de Salud Familiar la atención se realiza en tres sectores según a las características epidemiológicas y de vulnerabilidad es así como el sector 4 abarca el 44 % de los inscritos en el Cesfam Dr. Félix de Amesti; el sector 3 el 34,4 % y el sector 2 el 21,6 %.

Tabla N° 19: Cesfam Dr. Félix de Amesti Población Per Cápita Año 2012

SECTOR	Unidad Vecinal	Población Validada 2012
2	18	16.251
	19	
3	15	10.163
	16	
4	13	20.779
	14	
Total		47.192

FONASA PERCAPITA Año 2012

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR 2

El sector N°2 está integrado por las Unidades Vecinales N°18 y 19 y sus límites Geográficos son:

- Unidad Vecinal N° 18 “Villa Lomas de Macul”
 - Norte con Fondos sitios población Virco
 - Nor-Oriente con Avda. Macul
 - Poniente con Fondos sitios poblaciones Virco- Nevada, 1° Sector Lomas de Macul 2° Sector Lomas de Macul y Gerardo Zegers.
 - Sur con Avda. Departamental entres límites fondos sitios población Gerardo Zegers y Av. Departamental.
- Unidad Vecinal N° 19 “Los Conquistadores”
 - Norte con Avda. La Aguada
 - Poniente con Exequiel Fernández entre Avda. La Aguada y Av. Departamental.
 - Oriente con Fondos de sitios poblaciones Rancagua, Licanrray, Los Sauces, Buenaventura, Providencia entre Av. La Aguada y Av. Departamental.
 - Sur con Av. Departamental entre Exequiel Fernández y límites fondos Sitios Población Buenaventura.

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización, en el Centro de Salud Félix de Amesti; el Sector 2, está representado por el color amarillo, tiene asignado el día Martes para sus actividades con la comunidad y cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicólogo apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, Administrativos y Auxiliar de Apoyo. Este sector es coordinado por la Asistente Social Gema Henríquez.

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	6.070
N° Diabéticos Bajo Control	773
N° Hipertensos Bajo Control	1.936
N° Dislipidemicos Bajo Control	1.670
N° de Pacientes con Depresion	812
N° de Pacientes ingresados a Programa de Alcohol y Drogas	39
N° de Adultos Mayores Dependientes Severos	52
N° de Adultos Mayores Dependientes Moderados	22

N° de Adultos Mayores Dependientes Leves	8
N° emb adolescentes menor o igual a 17 años	83
N° Total de Gestantes con riesgo Biopsicosocial	38

La comunidad organizada de las Unidades Vecinales que conforman el Sector 2 históricamente se han caracterizado por una notable participación social, cada una de estas Unidades Vecinales cuenta con organizaciones sociales de toda índole: Juntas de vecinos, Centros de Madres, Clubes de A. Mayor, Organizaciones Culturales, Clubes Deportivos, Centros Juveniles, Comités de Desarrollo y Seguridad, etc.

La población es de nivel socio económico medio, medio bajo, con una población que presenta condiciones de pobreza, las cuales están identificadas a través de la Ficha de Protección Social y que en general cuentan con apoyo municipal a través de los beneficios que otorga la red social de gobierno.

Una de las problemáticas sentidas y manifestadas por la comunidad es un creciente número de adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y sin redes de apoyo familiar. Ante lo cual, el Equipo de Sector mantiene estrecha coordinación y trabajo colaborativo con las 2 Juntas de Vecinos para abordar esta situación, dando apoyo asistencial e incorporándolos a la red de Atención de salud.

Otra de las tareas del trabajo en conjunto con la comunidad es mantener el porcentaje de la meta sanitaria de obesidad infantil en los niños menores de 6 años, la cual en este sector tiende a sobrepasar el 9.4% de la meta nacional.

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR 3

El sector 3 lo conforman las unidades vecinales 15 y 16. Los límites jurisdiccionales por Unidades Vecinales son:

- **Unidad Vecinal N° 15 "Caupolicán Las Torres"**
 - Al Norte con fondos de sitios Población Reina Isabel II, entre límites Fondos de Sitios Villa Macul y Av. Américo Vespucio.
 - Al Oriente con Eje Avda. Américo Vespucio, entre límite fondo de sitio población Reina Isabel II y Las Torres
 - Al Poniente con límite fondos de sitio Villa Macul y límite de fondos Conjunto Propal, Entre fondos de sitios Reina Isabel II y las Torres
 - Al Sur con eje Calle Las Torres, entre los sitios Conjunto Propal y Américo Vespucio.
- **Unidad Vecinal N° 16 "Las Brisas de Macul"**
 - Al Norte con eje Calle Las Torres, límite fondos de sitio Conjunto Propal y Américo Vespucio.
 - Al Oriente eje Avda. Américo Vespucio, entre las Torres y Avda. José Pedro Alessandri.
 - Al Poniente límite de fondos de sitios Conjunto Propal y Álamos de Macul entre las Torres y Avda. José Pedro Alessandri.

- Al Sur Poniente Eje Avda. José Pedro Alessandri, entre límite fondos de sitios Los Álamos de Macul y Américo Vespucio.

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización, en el Centro de Salud Félix de Amesti; el Sector 3, está representado por el color Verde, tiene asignado el día Miércoles para sus actividades con la comunidad y cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médicos, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicólogo apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, Administrativos y Auxiliar de Apoyo. Este sector es coordinado por la Matrona Sra. Ximena Rodríguez.

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	5.038
Nº Diabéticos Bajo Control	565
Nº Hipertensos Bajo Control	1.398
Nº Dislipidemicos Bajo Control	1.100
Nº de Pacientes con Depresión	735
Nº de Pacientes ingresados a Programa de Alcohol y Drogas	46
Nº de Adultos Mayores Dependientes Severos	33
Nº de Adultos Mayores Dependientes Moderados	47
Nº de Adultos Mayores Dependientes Leves	9
Nº emb adolescentes menor o igual a 17 años	1
Nº Total de Gestantes con riesgo Biopsicosocial	14

A juicio del equipo, el sector 3 está conformado por unidades vecinales altamente vulnerables. Si bien el origen de las villas que lo conforman es diverso (algunas corresponden a tomas de terreno, otras a cooperativas de vivienda), en la actualidad se puede apreciar que la mayoría de los primeros propietarios han emigrado y se aprecia un porcentaje importante de arrendatarios.

En algunas villas de este sector existen focos de consumo de drogas y microtráfico, lo que aumenta la vulnerabilidad y genera mayor inseguridad ciudadana. Otro problema preocupante que ha detectado el equipo de sector, es la presencia de basura y perros sin dueños, problema medioambiental que es posible apreciar en particular en la Villa Cumbres Andinas, situación que afecta la salud de los vecinos del sector.

Otro factor indicador de vulnerabilidad del sector del sector 3, es el número de gestantes con riesgo biosicosocial, número mayor en comparación con los otros dos sectores.

En relación a la comunidad organizada, como sector contamos con un Club del Adulto Mayor en cada una de las villas, también existen grupos de Karate y Gimnasia Aeróbica. En lo relativo a las instituciones presentes en el sector, se cuenta con un colegio particular, un Jardín Infantil (de financiamiento estatal), dos Iglesias evangélicas y una Iglesia católica.

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR 4

El sector 4 lo conforman las unidades vecinales N° 13 y 14. Los límites jurisdiccionales por Unidades Vecinales son:

- Unidad vecinal N° 13 "Villa Macul"
 - Al Nor Oriente con Av. Quilín
 - Al Sur Oriente con Av. Américo Vespucio
 - Al Sur Poniente con Av. Jorge González Bastías
 - Al Nor Poniente con Av. Ramón Cruz
- Unidad vecinal N° 14 "Chacarilla-Macul"
 - Al Norte con Av. Quilín
 - Al Sur Poniente con Av. Macul
 - Al Oriente con Av. El Líbano
 - Al Nor Oriente con Av. Ramón Cruz

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización en el Centro de Salud Félix de Amesti; el Sector 4, está representado por el color Azul, tiene asignado el día Jueves para sus actividades con la comunidad y cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicólogo apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, Administrativos y Auxiliar de Apoyo. Este sector es coordinado por la Nutricionista Elizabeth Cayunir

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	5.289
N° Diabéticos Bajo Control	748
N° Hipertensos Bajo Control	2.065
N° Dislipidemicos Bajo Control	1.550
N° pacientes con Depresión	750
N° de Pacientes con consumo Alcohol y/o Drogas	120
N° de Adultos Mayores Dependientes Severo	65

N° de Adultos Mayores Dependientes Moderado	48
N° de Adultos Mayores Dependientes Leve	168
N° Embarazos Adolescentes menor 17 años	8
N° Total de Gestantes con riesgo Biopsicosocial	62

A juicio del equipo, el principal problema de Salud del sector son los Adultos mayores que viven solos y no tiene red cercana que los apoye para mantener un buen control de su estado de salud.

El sector cuenta con las siguientes organizaciones Sociales:

- ✓ 5 juntas de vecinos
- ✓ 18 Clubes de Adulto Mayor
- ✓ 6 Centros de Madres
- ✓ 8 Clubes Deportivos

Además se encuentran instalados

- ✓ 2 hogares de ancianos
- ✓ 2 instituciones que acogen niños de alto riesgo social (Aldeas Infantiles, Hogar Regazo)

CONSEJO CONSULTIVO

El Consejo Consultivo del Centro de Salud Familiar Dr. Felix de Amesti, funciona desde el año 2006, está compuesto por 17 Consejeros, incluida la Directora del Cesfam. Su plan de acción se ha centrado en la satisfacción usuaria, calidad de atención, apoyo a la gestión y apoyo en las actividades de la mesa de acogida.

En la actualidad, el Consejo está compuesto por:

Alejandro Pinto	Director Cesfam
Gema Henríquez	Encargada participación comunitaria Cesfam
Italia Campos Castro	Presidenta junta de vecinos Reina Isabel II
Jeanette Garay	Secretaria Asociación de Funcionarios de Salud
Silvia Gómez	Presidenta Suplente Consejo Consultivo
Yolanda Hormazábal	Representante Sector 2
Eloisa Riquelme	Vicepresidenta Las Araucarias
Adriana González	Tesorera Las Araucarias
Elena Aldave	Representante Sector 4
Nancy Guajardo M	Directora
María Angélica Garrido	Directora Jardín Infantil Esperanza
Jessica Zepeda	Directora Jardín Infantil Multicultural
Jovino Caro Farías	Director
Hilda Salinas	Representante Sector 2
Macarena Olguín	Secretaria Consejo Consultivo

Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado



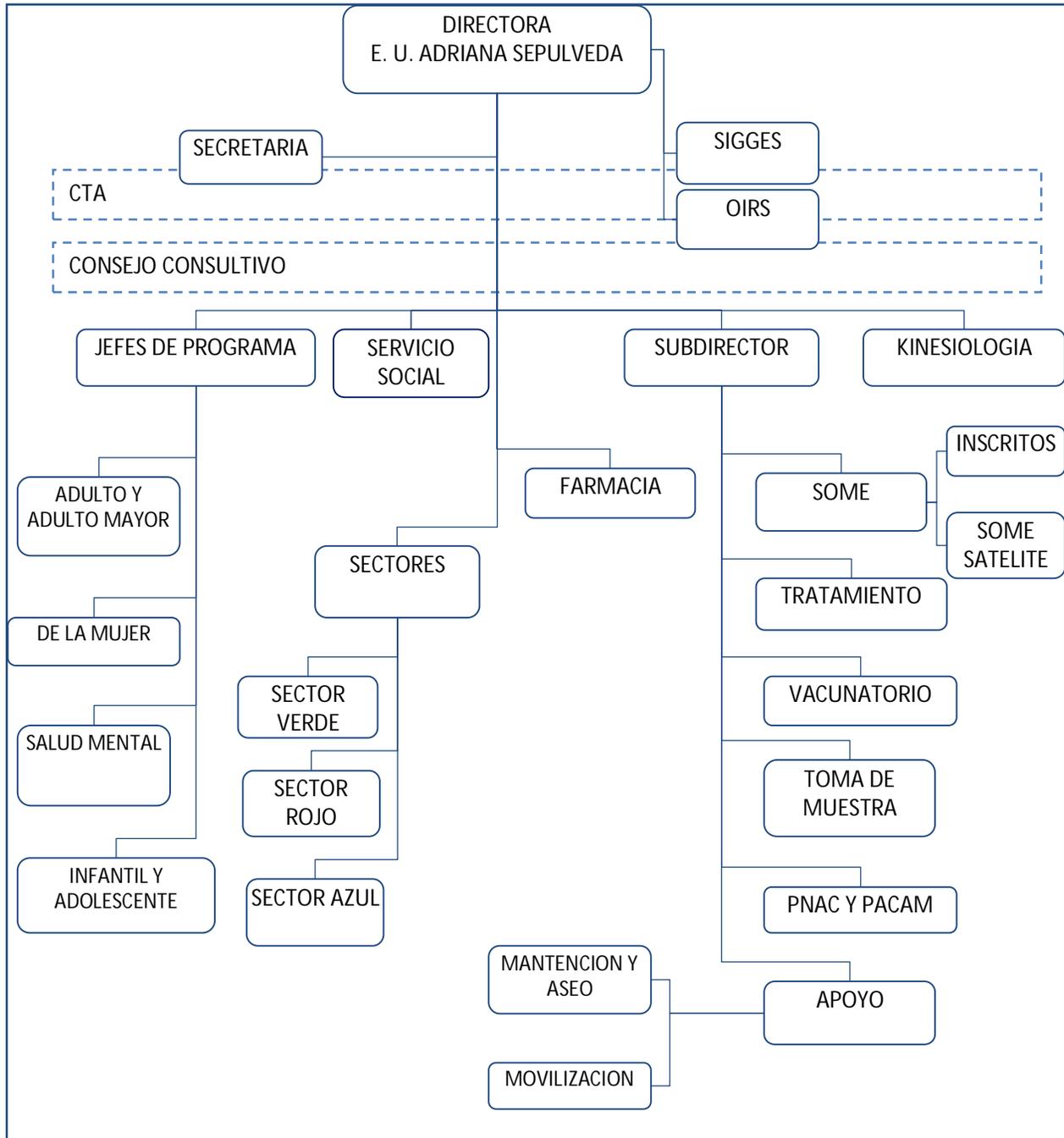
En marzo de 2007, comenzó a funcionar el **Centro de Salud Padre Alberto Hurtado**, cuyo edificio está construido en base a las normativas ministeriales para un Centro de Salud Familiar, con capacidad de atención de 30.000 personas. En la actualidad la población validada para el año 2012 perteneciente a este Centro de Salud es de 28.524 personas.

El Centro de Salud Padre Alberto Hurtado se ubica en calle Arturo Prat N° 4345, en el sector sur poniente de la comuna. Sus límites son:

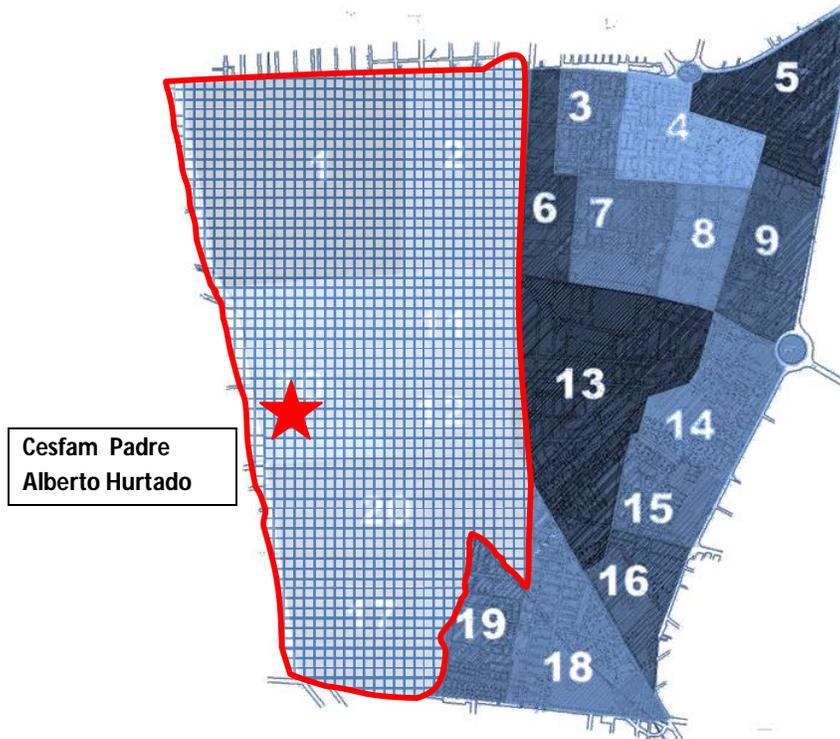
- Norte: Avda. Rodrigo de Araya, vereda sur, desde Avda. José Pedro Alessandri hasta Avda. Benjamín Vicuña Mackenna.
- Oriente: Avda. José Pedro Alessandri acera Poniente, desde Avda. Rodrigo de Araya hasta Purranque, desde Avda. José Pedro Alessandri hasta la Aguada. La Aguada desde sitios de fondos hasta Exequiel Fernández. Desde Exequiel Fernández desde la Aguada hasta Avda. Departamental.
- Sur: Avda. Departamental, vereda norte, desde Avda. Benjamín Vicuña Mackenna hasta Ezequiel Fernández.
- Poniente: Avda. Benjamín Vicuña Mackenna, vereda oriente, desde Avda. Rodrigo de Araya hasta Avda. Departamental

Comenzó en funcionamiento en marzo del año 2007 y su Autorización Sanitaria está vigente desde noviembre del 2008. El modelo de atención es el de Salud Familiar, igual que los otros dos Centros de Salud de la comuna.

Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado ORGANIGRAMA



Área de Influencia Directa del Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado (Considera las unidades vecinales 1, 2, 10, 11, 12, 17 y 20)



El Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado concentra el 23,33 % de la población per cápita de la comuna de Macul. De acuerdo al modelo de Salud Familiar la atención se realiza en 3 sectores según las características epidemiológicas y de vulnerabilidad es así como el sector Rojo abarca el 48 % de los inscritos en el Cesfam Dr. Padre Alberto Hurtado; el Verde el 33 % y el Azul el 19 %.

Tabla N° 20: Cesfam Padre Alberto Hurtado Población Per Cápita Año 2012

SECTOR	Unidad Vecinal	Población Validada 2011
VERDE	12	9.484
	20	
AZUL	10	5.311
	17	
ROJO	1	13.729
	2	
	11	
TOTAL		28.524.

FONASA PERCAPITA 2012

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR VERDE.

Este sector está conformado por las Unidades Vecinales 12 y 20 y los límites jurisdiccionales por Unidades Vecinales son:

- Unidad Vecinal N° 12.
 - Norte: Av. Escuela Agrícola
 - Oriente: Av. Macul
 - Sur: Av. Monseñor Carlos Casa Nueva (Ex. Vasconia)
 - Sur poniente: Av. Sergio Viera (Ex. La Aguada).
- Unidad Vecinal N° 20
 - Norte: Av. Benito Rebolledo.
 - Oriente: Exequiel Fernández
 - Poniente: Av. Vicuña Mackena.
 - Sur: Departamental.

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización, en el Centro de Salud Padre Alberto Hurtado; el Sector Verde, representado por este color, tiene asignado el día Jueves para sus actividades con la comunidad y cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicóloga apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, y Administrativos. Este sector es coordinado por el Nutricionista Sr. Iván Rojas.

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	5.502
N° Diabéticos Bajo Control	466
N° Hipertensos Bajo Control	1.275
N° Dislipidémicos	109
N° usuarias con artrosis	67
N° usuarios con Diagnostico Depresión	472
N° Usuarios con consumo Alcohol y/o Drogas	34
N° de usuarios con Dependencia Severa	29
N° de Usuarios Con Dependencia Moderada	13
N° Usuarios con Dependencia Leve	6
N° Embarazos Adolescentes menor 17 años	3
N° Gestantes con riesgo Biopsicosocial	11

De la población inscrita en el Sector, el 65,3 % está en el rango etario de 15 a 64 años y el 16,5 % sobre 65 años. Del total de la población de hipertensos el 94,6 % es mayor de 45 años. En los diabéticos

se observa la misma tendencia, concentrándose el 94,6% de la población sobre los 45 años. Cabe destacar que el 23,4% de los diabéticos son insulino requirentes.

En relación al nuestros usuarios con dependencia severa, el 69,6 % se focalizan en la unidad vecinal numero 12. En relación al número de embarazadas con riesgo psicosocial el 90,9% se encuentran en la unidad vecinal 12, siendo de esta Unidad vecinal, la más vulnerable del sector.

Durante el 2012 se realizo un diagnostico participativo con las organizaciones comunitarias para determinar los principales problemas de la comunidad dando como resultado lo siguiente:

- o Problemas de Alcohol y drogas que es frecuente en la unidad vecinal N° 12,
- o Falta de actividades recreativas,
- o Perros callejeros, basura y escombros, arboles en mal estado, chimeneas,
- o Malas condiciones de calles, veredas, anegamientos,
- o Falta de locomoción al CESFAM.

Se realizó en conjunto con la comunidad una priorización de problemas y se determino en plan de acción a seguir frente a esta problemática.

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR AZUL.

Este sector está conformado por las Unidades Vecinales 10 Y 17 y los jurisdiccionales por Unidades Vecinales son:

- La unidad vecinal N° 10 limita
 - o Al Norte con Av. Quilín
 - o al Oriente con V. Maratón
 - o Al Nor Oriente con Av. La Aguada
 - o Al Sur con Av. Vasconia
 - o Al Poniente con Av. Vicuña Mackenna
- La unidad vecinal N° 17 limita
 - o Al Norte con Benito Rebolledo
 - o Al Oriente con Exequiel Fernández
 - o Al Poniente con Av. Vicuña Mackenna
 - o Al sur con Departamental.

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización, en el Centro de Salud Padre Alberto Hurtado; el Sector Azul, representado por este color, tiene asignado el día Miércoles para sus actividades con la comunidad y cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicóloga apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, y Administrativos. Este sector es coordinado por la Matrona Marisol Saavedra.

Principales características del Sector

Según lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	6.880
Nº Diabéticos Bajo Control	453
Nº Hipertensos Bajo Control	1.340
Nº Dislipidémicos	864
Nº usuarias con artrosis	79
Nº usuarios con Diagnostico Depresión	517
Nº Usuarios con consumo Alcohol y/o Drogas	39
Nº de usuarios con Dependencia Severa	54
Nº de Usuarios Con Dependencia Moderada	28
Nº Usuarios con Dependencia Leve	11
Nº Embarazos Adolescentes menor 17 años	1

De la población inscrita del Sector Azul el 72.7% son del grupo etario 15-64 años y el 18.4% mayores de 65 años, siendo en ambos grupos etarios mayor que el porcentaje a nivel Comunal, en cambio en menores de 15 años existe un 8.7%, porcentaje muy bajo en comparación a la Comuna.

De acuerdo a la evaluación realizada por el sector Azul el 15.15% de nuestra población mayor a 15 años es hipertenso y de estos el 95.8 % son mayores de 45 años. El 5.2 % de los mayores de 15 años son diabéticos, y de estos el 19.6% usa insulina., siendo también el porcentaje mayor en los adultos de más de 45 años.

En nuestros usuarios con dependencia severa el 57% se focalizan en la unidad vecinal numero 10.

En relación al número de embarazadas con riesgo psicosocial el 53.8% se focaliza en la unidad vecinal 10..

El 5.6 % de nuestros usuarios se encuentran bajo control por Depresión y el porcentaje de control por consumos de drogas y alcohol es muy bajo

El sector cuenta con un total de 17 organizaciones comunitarias desglosadas en .

- o 5 centros de adultos mayores
- o 5 centros de madres
- o 2 Club deportivo
- o 3 Juntas vecinales
- o Otras organizaciones diversas sólo 2.

Durante el 2012 se realizo un diagnostico participativo con el 47 % de las organizaciones comunitarias para determinar los principales problemas de la comunidad dando como resultado

Área Vivienda y Urbanismo: existen problemas estructurales de calles y veredas, inundaciones de calles en invierno, filtraciones en departamentos, humedad.

Área Social: Delincuencia, drogadicción y alcoholismo en plazas, violencia intrafamiliar, contaminación ambiental y acústica por la empresa Savory.

Área Salud Desconocimiento por parte de los usuarios de la asignación de horas según programas, demora en la atención a nivel secundario. Pérdida de horas de atención por inasistencia de usuarios.

Se realizó en conjunto con la comunidad una priorización de problemas y se determinó en plan de acción a seguir frente a esta problemática.

ANTECEDENTES GENERALES SECTOR ROJO

Este sector está conformado por las Unidades Vecinales 1, 2 Y 11 y los límites jurisdiccionales por Unidades Vecinales son:

- Unidad Vecinal N° 1
 - Sur: Av. Quilín
 - Norte: R. De Araya
 - Oeste: Av. Vicuña Mackenna
 - Este: Joaquín Rodríguez
- Unidad Vecinal N° 2
 - Sur: Av. Quilín
 - Norte: R. De Araya
 - Oeste: Joaquín Rodríguez
 - Este: Av. Macul
- Unidad Vecinal N° 11
 - Sur: Av. Agrícola
 - Norte: Av. Quilín
 - Este: Av. Macul
 - Oeste: Av. Marathon

Organización.

De acuerdo a la Organización Funcional de la Sectorización en el Centro de Salud Padre Alberto Hurtado; el Sector Rojo, representado por este color, tiene asignado el día Martes para sus actividades con la comunidad y cuenta con un equipo de salud familiar interdisciplinario conformado por Médico, Asistente Social, Matrona, Enfermera, Nutricionista, Psicóloga apoyados por la labor de Técnicos paramédicos, y Administrativos. Este sector es coordinado por la Matrona Srta. Daniela Valenzuela

Principales características del Sector

De acuerdo a lo evaluado por el equipo de sector, se presentan a continuación algunas características epidemiológicas del mismo.

Numero Familias Inscritas	6.799
Nº Diabéticos Bajo Control	535
Nº Hipertensos Bajo Control	1.573
Nº Dislipidémicos	1.000
Nº usuarias con artrosis	66
Nº usuarios con Diagnostico Depresión	473
Nº Usuarios con consumo Alcohol y/o Drogas	40
Nº de usuarios con Dependencia Severa	53
Nº de Usuarios Con Dependencia Moderada	21
Nº Usuarios con Dependencia Leve	0
Nº Embarazos Adolescentes menor 17 años	2
Nº Gestantes con riesgo Biopsicosocial	22
Nº De Niños Vulnerables Detectados	4

La Población inscrita del sector rojo tiene un 60,9 % de personas en el rango etario de 15 a 64 años y 20,3 % sobre 65 años.

Con respecto a pacientes crónicos, del total de hipertensos bajo control, el 95,6 % es mayor de 45 años. Del total de la población de diabéticos, el 100 % son mayores de 15 años, y de estos el 20,9 % son insulino requirente. También el grueso de los diabéticos se concentra sobre los 45 años con un 94,9 %.

En relación al nuestros usuarios con dependencia severa del total un 71,6% corresponden a dependientes severos y 28,4 % corresponden a dependientes moderados.

Del total de embarazadas ingresadas en el primer semestre 2012 un 40.74% corresponden a embarazadas con riesgo Biopsicosocial

Durante el 2012 se realizo un diagnostico participativo con las organizaciones comunitarias para determinar los principales problemas de la comunidad dando como resultado lo siguiente: Problemas de Alcohol y drogas, Falta de actividades recreativas, Perros callejeros, basura y escombros, arboles en mal estado, chimeneas, Malas condiciones de calles, veredas, anegamientos, Falta de locomoción al CESFAM, Falta actividades deportivas y culturales.

Se realizó en conjunto con la comunidad una priorización de problemas y se determino en plan de acción a seguir frente a esta problemática.

El sector cuenta con un total de 55 organizaciones comunitarias, sin embargo, aquellas que están activas son: 25 centros de adultos mayores y centros de madres.

CONSEJO CONSULTIVO:

Síntesis de la gestación del Consejo Consultivo del Cesfam Padre Hurtado.

- El 28 de agosto de 2007 se efectuó la primera reunión con la comunidad del Cesfam. En dicha reunión uno de los temas tratados fue la constitución del Consejo Consultivo, cada organización se comprometió a socializar la información en sus bases.
- Posteriormente se efectuaron reuniones de cada sector con sus organizaciones.
- El día 5 de diciembre de 2007 se constituyó el consejo consultivo del Cesfam.

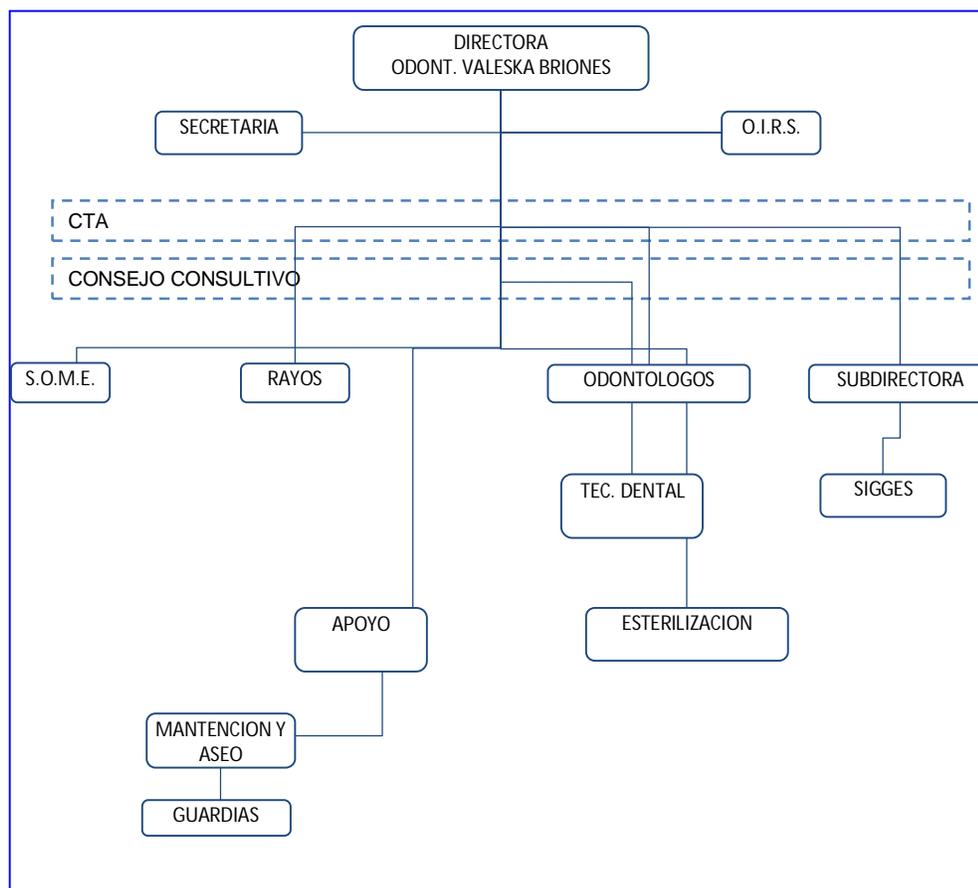
El Consejo se encuentra en proceso de Consolidación y está conformado por:

EU Adriana Sepúlveda	Directora Cesfam Padre Hurtado
Eugenia González	Secretaria Consejo Consultivo.
A.S Beatriz Meza	Coordinadora y encargada de Participación
Sr. Sergio Meneses	Consejero
Sra. Cristina Yáñez	Consejera
Sra. María Ines Moraga	Consejera
Sra. Olga Gana Morales	Consejera
Sra. Berta Miya Alvarado	Consejera
Sra. Eliana Blanco	Consejera
Sra. Genoveva González Martínez	Consejera
Sra. Silvia Gálvez Pinto	Consejera
Sr. Cesar Oberreuter	Consejero
Sr. Jorge González Plaza	Consejero
Sra. Olga González Plaza	Consejera
Sra. María Teresa Peña	Consejera
Sra. Berta Morales Inostroza	Consejera
Sra. Georgina Romo Aravena	Consejera
Sr. Alois Rois Andrés	Consejero
Sr. Sixto Aedo Quezada y Zuleta Gálvez Rojas	Consejero
Sra. Adriana Figueroa Acuña	Consejera
Sra. Ana Henríquez Torres	Consejera
Sra. Ana Rojas	Consejera
Sra. Fresia Viñales Poblete	Consejera
Sr. Luis Labrin Labrin	Consejero
Sra. Judith Rojas Pizarro	Consejera
Sra. Maria Angelica Porto	Consejera

Centro Odontológico Macul

En Septiembre del 2005 entra en funcionamiento el **Centro Odontológico Macul**, aprobado en Resolución exenta N° 46.143 del 06 de Noviembre del 2006, de la Secretaria Regional Ministerial. Nace de la fusión de los Servicios dentales de los Centros de Salud Familiar y su objetivo principal es el Fomento, Promoción, Prevención. Cuidado y Recuperación de la Salud Bucal de nuestra población, tanto infantil como adulta, mediante la entrega de una atención personalizada, oportuna y de calidad, contando para ello con una infraestructura de vanguardia. El Centro Odontológico está conformado por 16 box, y actualmente, tenemos en funcionamiento 20 sillones destinados a atención de los usuarios, ya sea en sistema modular con técnica a 6 manos, o clínicas individuales. También cuenta con la especialidad de Radiología Dental, lo que ayuda a complementar el examen clínico entregando mayor resolutivez a nuestros pacientes. El Centro Odontológico atiende a la totalidad de la población inscrita, en la comuna

Centro Odontológico Macul ORGANIGRAMA



El concepto de salud ha variado con el transcurso del tiempo por la adquisición de mayor conocimiento científico. Ahora sabemos que la Salud se basa en una relación de equilibrio entre el individuo y el ambiente que lo rodea y, claramente, la salud oral es parte de esto, ya que actualmente es considerado como un elemento más de la salud general de las personas. Así, tener una buena salud facilita las relaciones sociales, el lenguaje, la sonrisa e incluso la estética facial; las acciones de deglutir, masticar, estudiar, trabajar y mantener una autoestima favorable, mejora nuestra calidad de vida, ya que ahora se entiende a la salud como una herramienta para lograr tal objetivo. El deterioro de la salud bucal puede afectar a sistemas y funciones de nuestro organismo, dificulta la alimentación en los niños, la estética, las relaciones con los pares (dificulta cumplir un rol social: ser hijo, hermano, escolar, amigo, pareja), dificulta el conseguir empleos o el surgir en un trabajo ya establecido, además de complicar otras enfermedades existentes. Es también conocido que el porcentaje de pacientes libres de caries es mayor en el grupo de menor edad y relacionado fuertemente con el nivel socioeconómico, como determinante social de salud oral.

Conocida esta realidad, el abordaje de la situación de Salud Bucal de la población requiere aplicar enfoques de Salud Pública, basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados sobre grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial. Por estas razones, se definió priorizar la atención odontológica de los menores de 20 años.

Debido a la situación de la Salud Dental de la población, en cuanto a prevalencia y severidad del daño oral, es que este Centro, inserto en el Modelo de Salud Familiar con el que trabaja la Comuna, pone énfasis en lo que es Educación y Fomento, Promoción, Prevención. Cuidado y Recuperación de la Salud Bucal de la población inscrita en los tres Centros de Salud Familiar. Las prestaciones entregadas por el Centro se centran en el ciclo vital y en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios, por esta razón, se priorizan algunas intervenciones tales como:

Población Infanto Adolescente. Para este grupo etario se priorizan las atenciones para los usuarios menores de 20 años, focalizando nuestros recursos en niños de dos, cuatro y seis años y para los adolescentes de 12 años. El objetivo de estas intervenciones es lograr, en un futuro próximo, poblaciones de adultos con boca sana, potenciando los factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo. Para ello se realizan actividades tanto asistenciales como educativas, involucrando especialmente al grupo familiar en la importancia del autocuidado. También es preciso mencionar que la Atención Odontológica integral a niños de seis años, forma parte de las garantías explícitas del GES. Asimismo se otorga atención dental integral e incremental para toda la matrícula de Prekinder a 8° Básico de los Establecimientos Educativos Municipales de Macul, a través de un convenio con JUNAEB, que entró en vigencia el 2006.

Población Adulta. La salud oral de la población adulta presenta índices de prevalencia mayores en relación a caries y enfermedad periodontales alcanzando el 100% de la población con un daño acumulado que hace necesaria la intervención priorizando grupos de atención. Por eso si queremos lograr un cambio frente a este problema de salud, debemos comenzar la educación en la mujer

embarazada, promoviendo conductas autocuidado en salud oral, de manera tal de que el que el niño/a que llegará, nazca en una familia que tiene un entorno saludable y que sabe y entiende que las enfermedades bucales son, en su gran mayoría, prevenibles. Que esta familia sea capaz de controlar y reducir los factores de riesgo es más fácil de lo que parece, el objetivo es educar a la familia con la finalidad de mejorar la salud oral de la población y con esto, la calidad de vida de nuestros pacientes. Por lo anterior, el Plan de Salud para el año 2013, focaliza los recursos en las mujeres embarazadas y los pacientes adultos de 60 años.

- ❑ Atención de mujeres embarazadas que forma parte de las garantías explícitas del GES desde el 1° de julio del 2010, otorgando prestaciones de nivel primario y secundario (Endodoncia, Periodoncia y Prótesis)
- ❑ Atención a Adultos de 60 años, esta prestación corresponde a una patología GES, e incluye tratamientos de especialidad como Endodoncia, Periodoncia y Prótesis, actividades que son resueltas al Centro Odontológico.

Programas Complementarios. Programas dirigidos a la población Adulta, financiados por el Ministerio de Salud, pero ejecutados a nivel local. Hablamos del Programa de Resolutividad (Endodoncias y Prótesis dentales) y el Programa de Hombres y Mujeres de Escasos Recursos (Chile Solidario).

Atención de Urgencia durante todo el día en horario continuado: Dirigido a toda la población que presente una patología de urgencia, que corresponde a garantías explícitas del GES

Para la atención de los pacientes, el Centro cuenta con 5 boxes dentales, y actualmente, tiene en funcionamiento 20 sillones destinados a atención de adultos y niños, ya sea en sistema modular con técnica a 6 manos, o clínicas individuales. También cuenta con dos salas de Educación, y cinco zonas de cepilleros, para las actividades educativas y promocionales.

Las acciones del Centro Odontológico planificadas para el 2013, se insertan en planificación por Ciclo Vital.

Laboratorio Clínico Comunal,

El Laboratorio Comunal entró en funcionamiento en el año 1997, según consta en Resolución exenta N° 748 de 1997, y nace como parte de un convenio de colaboración firmado entre el Ministerio de Salud y la Ilustre Municipalidad de Macul.

Realiza las prestaciones que requieren los planes y programas de salud a todos los beneficiarios que se atienden en los distintos establecimientos de salud de Atención Primaria de la Comuna de Macul, entregando una atención de calidad y oportuna, utilizando recursos humanos, procedimientos y tecnología que garanticen calidad aplicando un programa de mejora continua en las diferentes etapas del proceso del laboratorio. De esta forma contribuye a mejorar la resolutivez a nivel local de los beneficiarios de nuestro sistema.

Para ello cuenta con recursos humanos y tecnológicos que garantizan la calidad analítica de los resultados entregados, aplica un programa de mejora continua en las diferentes etapas de sus procesos y se encuentra adscrito al Programa de Evaluación Externa de la Calidad del Instituto de Salud Pública en cada uno de los exámenes que realiza, así como también cuenta con un programa de calidad interno que permite la comparación de sus resultados con otros laboratorios.

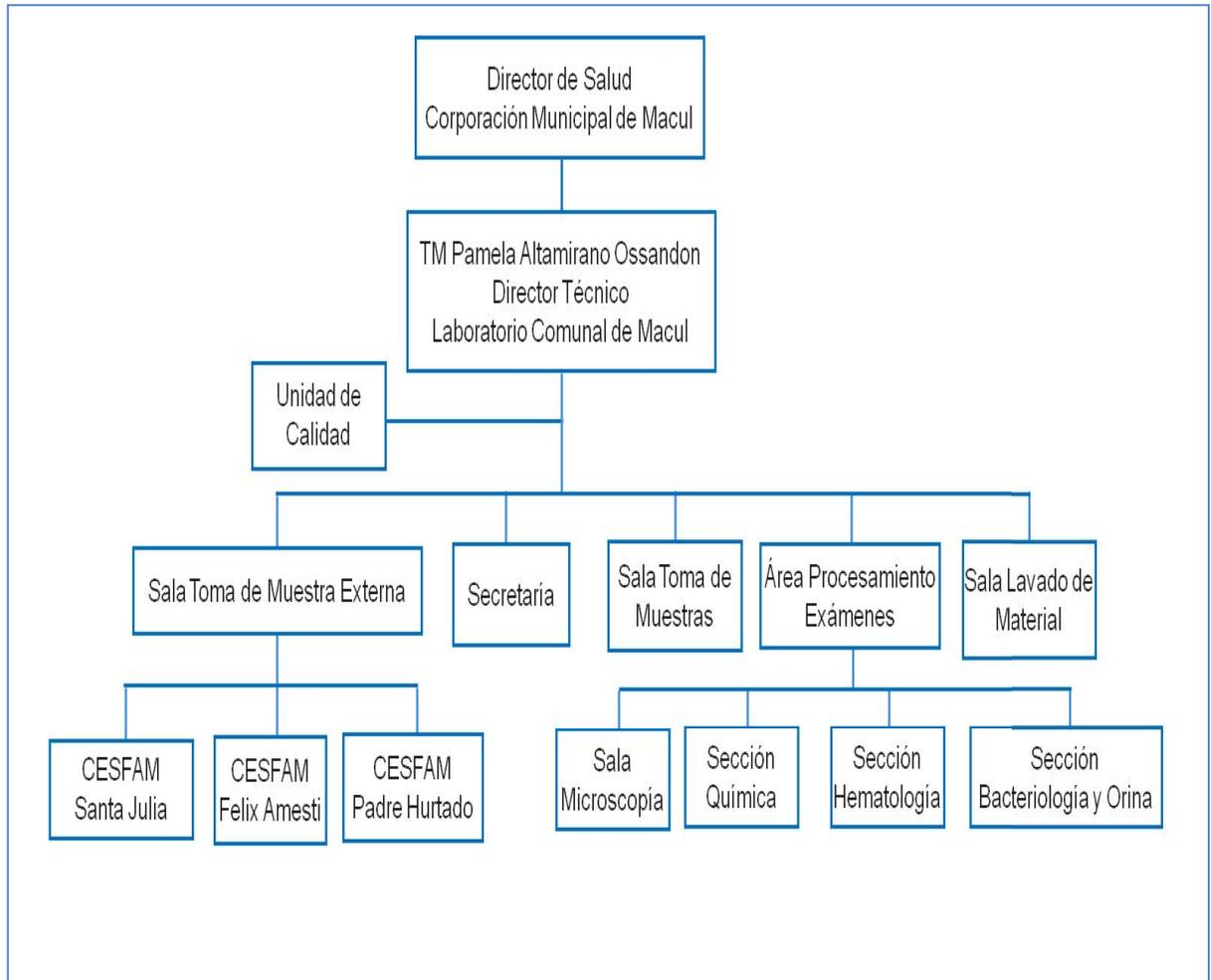
Este laboratorio forma parte de la Red de Laboratorios Clínicos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, con quienes mantiene una coordinación expedita y efectiva. Cuenta con un sistema de registros consolidado, que permite tener acceso a la información histórica de los exámenes realizados a cada paciente.

El laboratorio realiza exámenes básicos en las áreas de Química Clínica, Hematología, Bacteriología, Serología y Parasitología, incluyendo aquellos que son parte de los programas de atención primaria, los exámenes de Hormonas (perfil tiroideo) son derivados a un laboratorio privado y los R.P.R Reactivos son enviados para confirmación por V.D.R.L a la sección de bacteriología del laboratorio clínico del Hospital Salvador.

La comunicación del laboratorio con los 3 CESFAM es continua mediante el sistema informático del laboratorio, a través del cual las tomas de muestras de cada CESFAM pueden ingresar las solicitudes de los exámenes al sistema informático del laboratorio (SIL) y también revisar los resultados.

Laboratorio Clínico Comunal

ORGANIGRAMA



Se muestra a continuación la cartera de Servicios del Laboratorio.

MICROBIOLOGIA		PARASITOLOGIA	
Urocultivo		Test de Graham	
Coprocultivo		Gusanos Macroscópicos.	
Leucocitos Fecales		Hemorragias Ocultas	
Pruebas Tíficas (Reacción de Widal)			
QUIMICA CLINICA			
Ácido úrico		Glucosuria	
Albumina		BHCG (Test de embarazo)	
Bilirrubina total		Gamaglutamil transferasa (GGT)	
Bilirrubina directa		Hemoglobina Glicosilada	
Creatinina		Microalbuminuria	
Creatin fosfokinasa(CK)		Nitrogeno Uréico	
Colesterol total		Proteinas Totales	
Colesterol HDL		Test de Tolerancia a la Glucosa	
Factor reumatoideo		Transaminasa Oxalacética	
Fosfatasa alcalina		Electrolitos plasmáticos	
Glicemia		Transaminasa Pirúvica	
Perfil Hepatico		Trigliceridos	
Perfil Lipidico.			
HEMATOLOGIA			
Hematocrito		Velocidad de sedimentación	
Hemoglobina		Tiempo de pro trombina	
Hemograma completo		Grupo y factor Rh	
Recuento de plaquetas		Test de coombs	
Recuento de reticulocitos			
ORINA		SEROLOGÍA	
Orina Completa		R.P.R	

Asimismo, y en el marco del desarrollo de programas de apoyo a la Resolutividad en la APS financiados desde el SSMO, el Laboratorio comunal realiza los exámenes de Perfil Tiroideo y Antígeno Prostático, cuya continuidad y cobertura dependen de la asignación de Recursos desde el Nivel central.

Centro Comunitario de Salud Mental

El Centro Comunitario Salud Mental COSAM, comienza a funcionar el año 1997, de acuerdo al convenio firmado entre el Ministerio de Salud y la Ilustre Municipalidad de Macul en Resolución exenta N° 115 del 11 de Febrero de 1997, mediante el cual el COSAM se compromete a entregar a los beneficiarios de la Ley 18.469 prestaciones de salud mental de nivel secundario complementando así su acción a la realizada por los establecimientos de atención primaria, responsables de los casos de leve y mediana gravedad;

El Cosam Macul depende administrativamente de la Corporación Municipal de Desarrollo Social y técnicamente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Este centro atiende a los beneficiarios de los Centros de Salud Familiar Padre Hurtado, Santa Julia y Dr. Félix de Amesti.

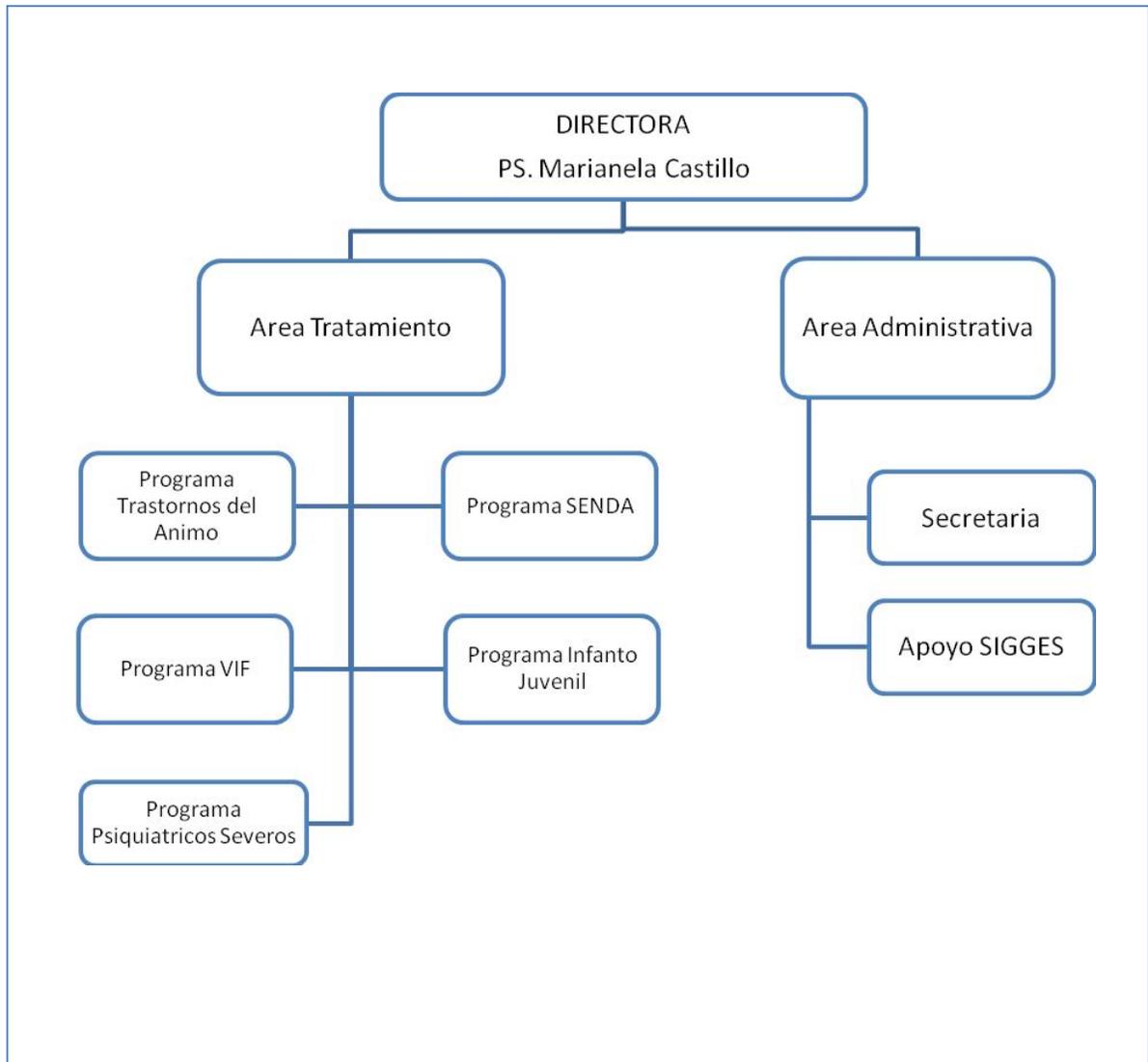
La existencia del Cosam Macul como servicios de salud mental y psiquiatría significa que el usuario es, efectivamente, un usuario de la red y tiene por lo tanto acceso a la diversidad de servicios, articulados entre sí para responder a sus necesidades, en cualquier estado de su proceso de salud – enfermedad y a lo largo del ciclo vital. Las enfermedades mentales, como el resto de las alteraciones de la salud, responden a factores biológicos y psicosociales susceptibles de prevención, tratamiento y rehabilitación. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral, deben formar parte de la atención integral y requieren de manera especial el protagonismo de las familias, de los propios afectados y de las organizaciones sociales.

El modelo de atención es un componente transversal, que sustenta cada uno de los planteamientos establecidos en este plan de salud mental y determina tanto los aspectos cuantitativos y organizacionales para el desarrollo de la red, como la forma en que el trabajo debe ser realizado por nuestros equipos de salud.

El Cosam Macul para dar respuestas a las necesidades de la población se compromete a trabajar los siguientes programas:

- Programa Infante Juvenil
- Programa Adicciones
- Programa Trastornos de Humor afectivo
- Programa de atención Integral de Violencia Intrafamiliar
- Programa de Discapacidad p es parte de la Red de Atención Primaria en Salud Psíquica

ORGANIGRAMA COSAM



Centro Comunal Mujer y Familia

El Centro Mujer y Familia, se ubica al interior del Cesfam Santa Julia, comienza su funcionamiento en marzo del 2007. Esta unidad, a cargo de la Dra. Victoria Paredes, tiene como objetivo principal la entrega de manera oportuna y con la más alta calidad, de Ecografías Ginecológicas y Obstétricas y Mamografías a la población usuaria derivada desde los Centros de Salud Familiar de Macul, de manera de contribuir a resolver en la comuna estas prestaciones, sin necesidad de derivar a nuestras usuarias a otras instancias o Centros, fuera de la comuna.

Prestaciones Otorgadas:

1.- Ecografías Obstétricas: El Centro Mujer y familia recibe a las Gestantes en control en los Cesfams de la comuna. Para la atención de gestantes se ha desarrollado un Programa donde se han establecido los momentos más importantes para evaluar a la madre y su feto, y así permitir la evaluación del bienestar fetal, en términos del adecuado crecimiento y desarrollo del feto

- **Ecografía 11-14 semanas.** Se realiza para evaluar edad gestacional. Se determina el riesgo que tiene cada bebe de presentar algunas anomalías cromosómicas, mediante la medición del espesor de liquido de la región nucal o Translucencia Nucal, la presencia del hueso nasal, el flujo en el Ductus venoso fetal.
- **Ecografía 22-24 semanas.** Este examen es de gran importancia, ya que en él se estudia en detalle la anatomía fetal, el crecimiento fetal, las características de la placenta y del líquido amniótico. Se evalúa la irrigación uterina placentaria con Doppler de arterias uterinas que permite pesquisar las embarazadas que van a desarrollar Preeclampsia severa, Restricción de crecimiento intrauterino o malos resultados perinatal y que requerirán un control más estricto durante el embarazo. Hemos incorporado la medición del cuello uterino por vía transvaginal que tiene una reconocida utilidad para evaluar el riesgo individual de parto prematuro y disminuir su ocurrencia.
- **Ecografía 32 a 34 semanas.** Se determina el adecuado crecimiento, talla y vitalidad de su bebé y la proyección de peso al término del embarazo. Se revisa la placenta, el cordón umbilical y el líquido amniótico.

2.- Ecografía Ginecológica. La ecografía ginecológica es una excelente herramienta para la detección de distintos problemas ginecológicos que puede presentar una mujer a lo largo de su vida. Este importante servicio está a disposición de las usuarias, en el Centro Mujer y Familia, y se puede acceder a él, a través de una derivación de matrona.

3.- Mamografías. La mamografía consiste en una exploración diagnóstica de imagen por rayos X de la glándula mamaria. La mamografía permite la identificación de lesiones de mínima dimensión por lo cual es utilizada en revisiones sistemáticas, para detectar tumores antes que puedan ser palpables y clínicamente manifiestos, lo que se traduce en efectuar, en una fase muy precoz el diagnóstico de la enfermedad, lo que se asocia a un pronóstico de curación mejor como también a un tratamiento de menor agresividad.

IV. DIAGNOSTICO SITUACION DE SALUD.

El objetivo del diagnóstico de salud es priorizar áreas estratégicas en salud para la atención de los usuarios y usuarios de los Centros de Salud de la comuna. Para conseguir el objetivo señalado, el equipo de salud comunal se propuso analizar los datos epidemiológicos comunales existentes, relacionándolos con los objetivos del MINSAL, incorporando la evaluación plan de salud comunal 2012 y las necesidades de la comunidad expresadas en los espacios de participación en cada uno de los Centros de Salud.

En virtud de lo anterior, el presente Diagnóstico consta de 5 partes, a saber,

1. Principales Indicadores Epidemiológicos de la comuna.
2. Datos epidemiológicos relacionados con los objetivos sanitarios 2011 – 2020.
3. Evaluación Plan de Salud 2012 Macul
4. Prioridades de Intervención 2013 por Ciclo Vital, según diagnóstico y evaluación.
5. Principales Problemas de Salud, expuestos por la comunidad.

Parte de la evaluación Diagnóstico considera los objetivos sanitarios propuestos por el Ministerio de Salud para la década en curso, los cuales son:

- ✓ Mejorar la calidad de trato al usuario.
- ✓ Mejorar la gestión de los recursos para la realización de la atención de Salud a los usuarios y su comunidad.
- ✓ Relevar las acciones de control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Integrar las acciones de la red asistencial y de la SEREMI de Salud con las acciones del resto de los sectores de políticas sociales destinadas a mejorar la situación de salud de la población, en el marco de los Objetivos Sanitarios 2011 – 2012 y del Plan Nacional de Salud.

La mayoría de estas áreas temáticas son concordantes con lo que se realiza a nivel de Atención Primaria de Salud en la comuna y representan una invitación a reforzar los esfuerzos en aquellas áreas menos desarrolladas a nivel local. Ahora bien, las orientaciones programáticas del Minsal para el 2013 están referidas a :

- ✓ El ciclo vital es el eje en donde confluyen los distintos ámbitos planteados.
- ✓ Se incorpora la Interculturalidad como parte del Enfoque de Equidad en salud con nuevos énfasis.
- ✓ Se hace de igual forma énfasis al GES, como parte de la programación en el PSC, integrándose al resto de las prestaciones de APS.
- ✓ Se agrega la distinción entre los niveles de intervención: Promoción Prevención y Tratamiento y Rehabilitación, como parte de la Matriz de Cuidados de Salud a lo largo de la vida.
- ✓ Se incorporan nuevos énfasis: Salud Materna y Neonatal, la salud sexual y reproductiva, Salud de la mujer en el Climaterio.

Finalmente, los lineamientos del SSMO para el 2013 son:

- ✓ Modelo de atención integral de salud con enfoque comunitario y familiar
- ✓ Resolutividad en APS.
- ✓ Gestión en red
- ✓ Enfoque de la atención a través del ciclo vital
- ✓ Materno – perinatal
- ✓ Infancia : Apoyo al desarrollo biopsicosocial, abordándose el fomento de lactancia materna y el tema del rezago del DSM.
- ✓ Adolescencia: Avanzar en la implementación del control de salud integral del adolescente enfatizando la prevención y detección precoz de riesgo de suicidio, embarazo en adolescente y obesidad
- ✓ Adulto: Promover el autocuidado, la salud laboral y el trabajo comunitario e intersectorial como ejes en la estrategia de intervención, mejorando el acceso de los hombres a las estrategias preventivas (equidad de género).
- ✓ Adulto Mayor : Atención geriátrica integral desde el nivel primario de atención hasta el nivel terciario.

1. Principales Indicadores Epidemiológicos de la comuna.

Tabla N° 21: Estado de Salud año de estudio 2009

NATALIDAD	MACUL	SSMO	R.M	PAIS
Nacidos vivos inscritos año 2009	1.545	16.808	102.816	253.584
Tasa natalidad 2009	15,3	14,2	15,1	15
MORTALIDAD	MACUL	SSMO	R.M	PAIS
Defunciones ambos sexos	654	6.866	34.373	91.965
Tasa sobre defunciones totales	6,5	5,8	5	5,4
Defunciones hombres	323	3.163	17.757	49.608
Tasa defunciones hombres	6,7	5,7	5,3	5,9
Defunciones mujeres	331	3.703	16.616	42.357
Tasa defunciones mujeres	6,3	5,8	4,8	5
Porcentaje de defunciones en mayores de 60 años ambos sexos	80,9	83,9	75,7	75
Porcentaje de Defunciones en mayores de 60 años hombres	73,1	78,3	69,6	69,3
Porcentaje de defunciones en mayores de 60 años mujeres	88,5	88,7	82,3	81
Mortalidad Infantil				
Defunciones Infantil	13	111	735	1.997
Tasa Defunciones Infantil	8,4	6,6	7,1	7,9
Defunciones Neonatal	10	85	518	1.359
Tasa Defunciones Neonatal	6,5	5,1	5	5,4

Defunciones Neonatal Precoz	9	65	403	1.065
Tasa Defunciones Neonatal Precoz	5,8	3,9	3,9	4,2
Defunciones Post Neonatal	3	26	217	638
Tasa Defunciones Post Neonatal	1,9	1,6	2,1	2

El año 2009 la tasa de natalidad de la comuna de Macul fue de 15,3 por mil habitantes, levemente superior a la del país, la región y el SSMO.

De acuerdo a la Tabla N° 21 la tasa de mortalidad de la comuna de Macul es de 6,5 por cien mil habitantes, superior a lo observado en SSMO, la región Metropolitana y el país, siendo la tasa de mortalidad de los hombres levemente superior a la de las mujeres, situación inversa a la observada en SSMO. El porcentaje de defunciones asociadas al envejecimiento, al estimar el porcentaje de defunciones ocurridas en las personas de 60 y más años es mayor en la comuna de Macul que lo observado en el país, siendo mayor este índice en las mujeres en relación a los hombres.

La tasa de mortalidad de los menores de un año fue de 8,4 para el año 2009, superior a la del país, la cifra proporcionalmente más baja es la de la mortalidad post neonatal.

Tabla N° 22: Otros Indicadores Demográficos

Indicadores	Macul	SSMO	R.M	País
Índice Swaroop	89,1	91,2	85,9	84,6
Años de Vida Potencialmente perdidos (AVPP)	7.338,4	4.718,6	6.795,8	7.613,4

Fuente: Diagnostico de Salud 2010 SSMO

El Índice de Swaroop, establece una relación porcentual entre los fallecidos mayores de 50 años y el total de fallecidos para el mismo período, la comuna de Macul presenta un índice mayor al del país y la Región Metropolitana, pero inferior al del SSMO

Los Años de Vida Potencialmente Perdidos o Años de Vida Perdidos por muerte Prematura (AVPP), se calculan estableciendo un límite de edad de vida potencial que en este caso es 80 años. Se estiman los años perdidos, como la diferencia entre el límite potencial de la vida menos la edad de muerte de cada defunción, este índice está fuertemente relacionado con la calidad de vida y los determinantes sociales en salud. Al respecto, la comuna de Macul presenta un índice superior al del SSMO, y la Región, pero menor al del País. A nivel del Servicio de Salud, Macul es la comuna que presenta el mayor índice de años de vida perdidos por muerte prematura.

2. Datos epidemiológicos relacionados con los objetivos sanitarios 2011 – 2020.

2.1 Reducir la Morbilidad, la discapacidad, y mortalidad prematura por Afecciones Crónicas No trasmisibles.

Enfermedades del sistema Circulatorio. De acuerdo a la Encuesta Nacional de salud 2010, la principal causa de morbimortalidad del país está dada por las enfermedades crónicas no

transmisibles, de éstas, los problemas de salud originados en el sistema circulatorio, representan una de las principales causas de morbimortalidad, y la comuna de Macul no está ajena a esta realidad.

Tabla N°23 Tasa mortalidad por causas CV por 100.000 habitantes

Mortalidad por causas Comuna de Macul	Tasa Años2008*
Por Infarto agudo al Miocardio (IAM)	41,9
Enfermedad hipertensiva	26,3
Circulación cerebral	48,8
Total Cardiovascular	159,0

Fuente: Diagnóstico de Salud 2010, Red de salud Oriente.

De acuerdo al Diagnóstico de Salud del Servicio Metropolitano Oriente (SSMO) Macul se encuentra en el tercer lugar de las comunas con más muertes por enfermedad hipertensiva y patologías de la circulación cerebral y en el cuarto lugar de las comunas por muerte por IAM. Es preciso señalar que las Tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular (ajustadas por edad) del SSMO son menores a las registradas, para el mismo período, en la Región Metropolitana y el país. Sin embargo si se considera la tasa cruda de mortalidad por estas causas, dado su perfil demográfico, el SSMO posee tasas mayores que la región y el País.

La mortalidad por causa cardiovascular tiene clara relación con la compensación de los pacientes con patología cardiovascular, cuestión no menor si consideramos que para la Atención Primaria de Salud (APS), el programa Cardiovascular representa una porción significativa de sus actividades y de sus recursos.

Tabla 24: Personas en control en PSCV

Año	HTA	DM 2	Dislipidemia
2009	13.763	5.134	6.504
2012	16.449	6.079	9.640

Fuente: REMs Diciembre 2011 y Junio 2012

La tabla anterior nos muestra el aumento de la Población bajo control en el Programa Cardiovascular en los Centros de salud de la comuna de Macul, en los últimos dos años. Lo importante de este dato es poder conocer a cabalidad si el aumento de pacientes bajo control está dado por un aumento de pesquisa o por un aumento de la población.

Preocupa el número de pacientes con dislipidemia, muchos de ellos con comorbilidad de HTA y/o DM. Para una mejor intervención, requerimos a nivel comunal, mejorar el registro de cuantos pacientes Hipertensos y/o diabéticos, presentan dislipidemia. En este momento los pacientes usuarios de los CESFAM de Macul tienen acceso a tratamiento hipolipemiente como prevención primaria para quienes tienen comorbilidad con DM2 y prevención secundaria en quienes tuvieron un episodio de Infarto Agudo al Miocardio (IAM) o Accidente vascular encefálico (AVE). Existe evidencia del beneficio que significa el tratamiento farmacológico de hipercolesterolemias en pacientes con o

sin comorbilidad para disminuir la mortalidad. Un 10% de disminución del LDL, disminuye un 11% la mortalidad total y un 15% la mortalidad por enfermedad coronaria.^{1 2 3}

Tabla N° 25: Cobertura teórica proyectada para Macul

	HTA 15 a 64 años	HTA mayor de 65 años	DM2 15 a 64 años	DM2 mayor de 65 años
Bajo control junio 2012	6.694	9.755	2.779	3.300
Prevalencia estimada (% para cada grupo etáreo) n estimado*	(15,4%) 12.401	(64,3%) 10.833	(10%) 8.053	(25%) 4.212
Diferencia	5.707	1.078	5.274	912

Fuente: REMs diciembre 2011 y junio 2012

Si bien las metas de cobertura no apuntan al 100%, la tabla anterior evidencia que un importante número de personas deberían estar en control (según prevalencia) por Diabetes o Hipertensión. Creemos que esta situación es una responsabilidad que se debe asumir desde el sector salud, mejorando la estrategia de Exámenes de Salud Preventiva en Adolescentes, Adultos y Adultos Mayores, ya que es la herramienta por excelencia con la que contamos a nivel de Atención Primaria.

Tabla N° 26: Compensación de pacientes bajo control con Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) en Macul

	HTA < 65	HTA 65 Y MAS	DM < 65	DM 65 Y MAS
Compensación Dic 2011 (%)	43%	60%	64%	71%
Compensación junio 2012 (%)	35%	50%	72%	79%

Fuente: REMs diciembre 2011 y junio 2012

La tabla 26 muestra un aumento en la compensación en los pacientes hipertensos bajo control en los CESFAM de la comuna. Es preocupante la disminución de este indicador en las personas con DM, principalmente en el grupo de menor edad.

La compensación de patologías cardiovasculares implica necesariamente un cambio en los estilos de vida de las personas, por lo tanto los esfuerzos de los equipos de salud deben incorporar estrategias creativas e integrales, ya que sabemos que este cambio es difícil para los usuarios.

Por último, pero no menos importante, si deseamos mantener la compensación de los pacientes crónicos, es que debemos abordar la progresión de la enfermedad renal ya que está directamente relacionada con la mejoría en las compensaciones. Para lograr evaluar la progresión de la enfermedad renal crónica es necesario el uso adecuado del formulario "Progresión de Enfermedad Renal Crónica", que si bien no se cuenta con datos confiables actualmente, existe percepción de su baja utilización.

¹ Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III. Circulation 2002; 106:3143.

² Rosenson R, Freeman M, Rind D. Overview of treatment of hypercholesterolemia. Up to date, 2008.

³ Norma técnica MINSAL 2000. Manejo de las Dislipidemias

Reducir la tasa de mortalidad por cáncer. A nivel país, los tumores representan la segunda causa de muerte, existiendo un aumento progresivo en las tasa crudas de mortalidad por tumores en la última década pasando de 122,2 en el año 1999 a 135,0 por 100 mil Hab., en el año 2008. Si bien las tasa crudas del SSMO son más altas que la Región y el País, dado su perfil demográfico, al revisar las tasas corregidas por edad, el SSMO muestra tasa menores.

Se muestra en la siguiente tabla, las tasas crudas de mortalidad por tumores de la comuna de Macul.

Tabla N°27 Mortalidad por cáncer 2008 por 100.000 habitantes en la comuna de Macul

	Macul
Tasa Cruda de mortalidad por tumores	183,4
Cáncer de mama	26,1
Cáncer CU	5,6
Cáncer de próstata	30,7
Cáncer gástrico	17,6
Colon y recto	14,6
Páncreas	15,6
Pulmón	22,4
Vesícula	3,9

Fuente: Diagnóstico de Salud 2010, Red De Salud Oriente

De acuerdo a la tabla anterior, el cáncer de próstata representaría la tasa más alta de mortalidad por cáncer, seguido por el cáncer de mama y el cáncer de pulmón. En la actualidad estas patologías pueden ser detectadas precozmente, por lo que se debe reforzar el autocuidado en salud en la población de Macul, de manera de prevenir y anticipar estas patologías. Si bien en la comuna de Macul durante el 2012 pudimos contar con las herramientas de detección precoz del cáncer de próstata y del cáncer de mama, lamentablemente la mantención de éstas dependen de la asignación de recursos desde el nivel central.

Otro punto interesante de considerar en relación a la mortalidad por Cáncer, es que según los datos que entrega el Diagnóstico de Salud del SSMO y en un ejercicio de comparación con las otras comunas del SSMO, Macul se ubica en el tercer lugar de muerte a causa de tumores, ocupando el primer lugar en muertes por cáncer de mamas y el segundo lugar en muertes por cáncer gástrico, cáncer de páncreas y cáncer Cervico uterino.

Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica. En relación a las enfermedades respiratorias del adulto se mantienen en Chile entre las principales causas de morbilidad y de mortalidad en todas las edades. Donde la Neumonía es la 3ª causa de muerte en los adultos mayores. Las consultas por neumonía pueden llegar hasta a un 8% de las consultas de morbilidad en atención primaria. Del mismo modo la patología respiratoria aguda o las descompensaciones de las crónicas constituyen un elevado gasto económico en salud, requiriendo horas profesionales e incluso días/ cama, por lo que es de vital importancia aumentar la resolutivez a nivel de atención primaria.

En lo relativo al asma bronquial, el diagnóstico y tratamiento precoz se traduce en una mejoría en la calidad de vida, con una disminución del impacto económico social de ella, asociado a una

reducción de los recursos sanitarios, una menor presión asistencial sobre los Consultorios de Atención Primaria y Servicios de Urgencia donde las consultas alcanzan hasta el 20%. Es importante destacar que entre el 1 y 3% de las consultas en los Servicios de Urgencia Hospitalario a lo largo del país, del grupo de 15 a 44 años, lo constituyen las crisis bronquiales obstructivas, siendo esta causa aún mucho más frecuente en los grupos etáreos mayores.

La EPOC es una causa importante de morbilidad y mortalidad por enfermedad crónica a nivel mundial siendo señalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la quinta causa de muerte en el mundo y se estima que en las próximas décadas aumentará su prevalencia e incidencia². En los últimos 30 años la mortalidad mundial por EPOC ha aumentado 163%⁴. Entre sus factores de riesgo se encuentran hábitos personales y exposición a contaminantes en el domicilio y laborales, pero de todos ellos, el mayor es el tabaquismo, observándose que la prevalencia de la enfermedad en distintos países está relacionada al consumo de tabaco de su población y a la edad de inicio del hábito⁵.

Se estima que alrededor de 30% de la población mayor de 15 años consume cigarrillos, en el mundo². En América Latina, esta prevalencia es de 26%, donde Chile lidera con una cifra alarmante: 40,6% a nivel general, con un consumo promedio de 10,4 cigarrillos al día. En nuestro país, la prevalencia de la EPOC esta reportada en un 16,9% en mayores de 40 años, siendo más frecuente en hombres. Más de 3 millones de personas fallecieron por esta enfermedad en el año 2005 a nivel Mundial, lo que corresponde al 5% de la mortalidad global. Cada día la edad de comienzo de consumo de tabaco disminuye, y a eso se debe agregar que la prevalencia de consumo de tabaco en los jóvenes Chilenos alcanza el 55%⁶.

La rehabilitación respiratoria (RR) históricamente en Chile es un tratamiento multidisciplinario y en los pacientes con EPOC permite intervenir el círculo vicioso que limita la capacidad de ejercicio en estos pacientes. Los objetivos de la RR son: Reducir los síntomas, Mejorar la tolerancia al ejercicio físico y Mejorar la calidad de vida.

Recientemente, se realizó una encuesta de salud en el área oriente de Santiago, la cual puso en evidencia que las actividades de RR se realizaban en menos de la mitad de los centros de salud familiar, por tanto sentimos que como comuna, debemos reforzar los esfuerzos en ésta área

2.2 Reducir los factores de Riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.

Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad. La preocupación por la prevalencia que la obesidad está adquiriendo a nivel mundial se debe a su asociación con las principales enfermedades crónicas de nuestro tiempo, y en los niños y adolescentes el problema se hace más grave ya que, de no tomar medidas a tiempo sobre sus hábitos, hay una alta probabilidad de que el niño/niña obeso se convierta en un adulto obeso.

⁴ ALAT (2004), PLATINO: Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar .

⁵ Amigo et al (2006), *Tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Determinación de fracciones atribuibles*, RevMéd Chile 2006; 134: 1275-1282

⁶ .-Arancibia et al (2011), Consenso Chileno de Rehabilitación Respiratoria en el paciente con EPOC, Rev Chile EnfRespir.

Tabla N° 28: % de Población Menor de 6 años con Sobrepeso y Obesidad, en control en APS a Dic del 2009

Año	Sobrepeso	Obeso
Macul	23,4	8,4
SSMO	20,7	8,0
Region	21,1	8,4
País	22,4	9,4

Fuente. Diagnostico de Salud SSMO 2010

En la tabla N° 28 podemos observar que la comuna de Macul posee un porcentaje de niños y niñas menor de 6 años con sobrepeso, mayores que el SSMO, la región y el país. Con respecto al porcentaje de niños y niñas con Obesidad, el porcentaje de la comuna es inferior al del país, pero levemente superior al SSMO.

En lo relativo a la prevención del sobrepeso y Obesidad en niños/as cobra importancia la Lactancia Materna Exclusiva, (LME) ya que es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, dado que proporciona todos aquellos nutrientes en calidad y cantidad adecuadas para su óptimo crecimiento, y es la principal herramienta de prevención del sobrepeso en menores de 2 años.

Sin embargo la Lactancia Materna Exclusiva (LME) sigue siendo un problema país y a nivel del Servicio de Salud Metropolitano Oriente esta alcanzo en el año 2011 solo un 36% al 6° mes de vida y en la comuna de Macul un 24% en este mismo año, lo que representa un descenso significativo en relación al año 2001 donde la LME llegó a 56%. El porcentaje de LME del SSMO a Diciembre del 2011 fue de 36% (Fuente DEGI). La LME es una práctica que ha ido en franca disminución con el pasar de los años tanto a nivel nacional como local. Los motivos son múltiples, como por ejemplo la inserción de la mujer al mundo laboral, la existencia de fórmulas lácteas maternizadas; indicación de lactancia mixta o artificial desde las maternidades y consultas en el extrasistema.

Tabla N° 29: % de Población Adulto Mayor con Sobrepeso y Obesidad, en control en APS a Dic del 2009

Año	Sobrepeso	Obeso
Macul	30,3	21,7
SSMO	28,4	17,5
Región	28,9	20,3
País	29,2	21,5

Fuente. Diagnostico de Salud SSMO 2010

De la anterior tabla observamos que los Adultos mayores de la comuna presentan mayor porcentaje sobrepeso y obesidad que el SSMO, la Región y el País, situación muy preocupando si consideramos que a nivel comunal, el numero de adultos mayores va en crecimiento.

3. Evaluación Plan de Salud 2012 Macul

Según Matriz De Cuidados De Salud A Través Del Ciclo Vital.

3.1 Salud Infantil

Caracterización demográfica de niños/niñas de los CESFAM de la Comuna de Macul año 2012. La población total de niños/niñas de 0 a 9 años de edad, **validada por FONASA** a nivel comunal para el año 2012 fue de 13.574.

Población validada por FONASA

Grupo etario	Masculino	Femenino	Total
0 a 5 años	4.034	3.870	7.904
6 a 9 años	2.922	2.748	5.670
TOTAL	6.956	6.618	13.574

Fuente FONASA

Población Infantil Bajo Control Comunal de 0 a 9 años de edad.

Grupo etario	Masculino	Femenino	Total
0 a 5 años	2.521	2.619	5.140
6 a 9 años	1.117	1.104	2.221

Fuente REM Comunal

% Cobertura Población Infantil Bajo Control

Cobertura en población bajo control	Validados Fonasa	Población bajo control	Cobertura
< de 1 año	1.100	1.065	97%
12 a 23 meses	1.292	986	76%
2 a 5 años	4.167	3.089	74%

Fuente REM Comunal

Los cuadros anteriores nos muestran un importante porcentaje de cobertura de atención en control de la población inscrita menor de dos años. Este porcentaje disminuye en el grupo etario de dos a cinco años. Esta situación nos pone en alerta, ya que la asistencia al control sano, es un importante herramienta de detección de situaciones de riesgo biosicosocial, permitiendo no solo detectarla sino también intervenirlas adecuadamente, por medio de la intervención de los equipos de cabecera. Sin duda alguna, durante el 2013 se deberá revisar este dato.

Atención De Morbilidad La primera causa de consulta de morbilidad en los niños/niñas siguen siendo las enfermedades respiratorias y al igual que en los años anteriores se ha respondido oportunamente a la contingencia. Esto se logra en un 100% en los 3 CESFAM de la comuna donde se ha dado atención médica y kinésica a niños menores de 5 años antes de las 48 hrs. desde la solicitud, con una optima derivación a sala IRA dada la coordinación existente y protocolos ampliamente socializados.

Un recurso importante en esta área durante el 2012 fue la participación en el equipo del programa infantil de becados de pediatría en los Cesfam Padre Hurtado y Santa Julia, cuyo aporte en este etapa del ciclo vital se refiere a acciones nuevas como la VD integral a los niños/as prematuros extremos, VD integral a la familias con niño/a que presenta déficit del desarrollo psicomotor y capacitación a otros profesionales de los Cesfam en patologías frecuentes en el niño/a.

El Plan comunal de Salud 2012 en el ciclo vital de la infancia se centro en las siguientes áreas estratégicas:

Desarrollo integral con énfasis en estimulación temprana. En cuanto al área de promoción, en el año 2012 se mantuvo una adecuada coordinación y trabajo en red con los jardines infantiles lo que ha permitido un trabajo más eficaz. En cuanto a los talleres de auto cuidado se logro aumentar la participación de los padres y/o cuidadores. En relación al DSM gracias a las intervenciones del programa de protección biopsicosocial de la infancia CCC hemos logrado intervenir oportunamente los niños/niñas lo que se ha traducido en una disminución de los niños en riesgo del DSM. El mayor número de niños en riesgo se encuentra entre uno y dos años en el área de lenguaje. Destaca en este punto la ejecución del Taller Divirtámonos con nuestros niños, realizado en el Cesfam Padre Hurtado, y financiado por el Programa comuna Chile Crece Contigo, dado su buena evaluación se proyecta ampliarlo a los otros Cesfam de la comuna.

Nutrición. Durante el año 2012 el porcentaje de niños/niñas con malnutrición por exceso, específicamente los obesos alcanzaron un 8,45 % a nivel comunal, siendo en el Cesfam Dr. Félix de Amesti de un 7,47%; Cesfam Padre Alberto Hurtado de un 6,9% y en Cesfam Santa Julia de un 10% según se muestra en tabla adjunta.

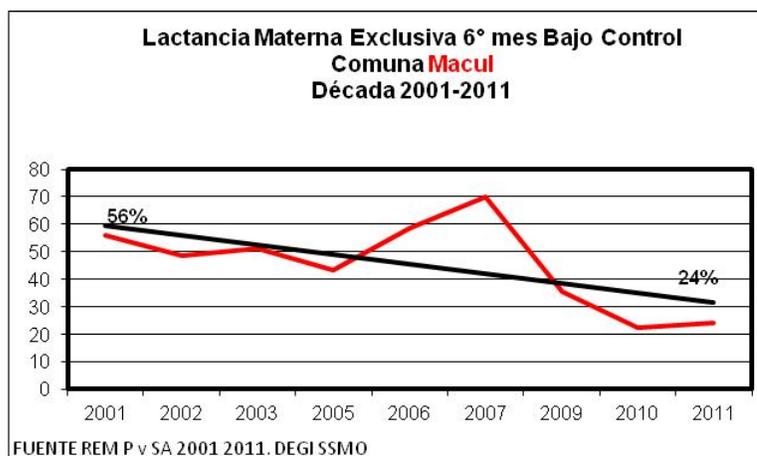
Tabla N° 30 Porcentaje comunal de niños/niñas <6 años en control, Según diagnóstico nutricional integrado.

Diagnostico nutricional integrado	Cesfam Félix de Amesti	%	Cesfam Padre Hurtado	%	Cesfam Santa Julia	%
Población bajo control < de 6 años	2.300	100	1.607	100	1.233	100
Riesgo	57	2,47	13	0,80	52	4,21
Desnutrido	15	0,65	1	0,06	16	1,3
Sobrepeso	446	19.4	324	20.2	299	24
Obeso	172	7.47	110	6.9	123	10
Normal	1.610	70	1.159	72	743	60.3
Desnutrición secundaria	0		0		0	0

Fuente Rem P Junio 2012.

En el área de nutrición se cumplieron los indicadores formulados para el año 2012. En lo que respecta al problema de malnutrición por exceso se ha mantenido la prevalencia a nivel local bajo la media nacional. Se han incorporado abordajes integrales como la puesta en marcha del programa Vida Sana y la coordinación con el Programa Comunal de Promoción de la Salud para la ejecución de Talleres de Actividad física en 10 Jardines Infantiles de la comuna, y la habilitación de las Educadoras de Párvulo para la ejecución de Actividad Física fuerte y moderada en pre escolares.

En cuanto a LME hasta los 6 meses de vida esta se ha mantenido bajo el 60% (ver en grafico) a pesar de la capacitación y sensibilización de los equipos, sumado a la educación de las madres durante el periodo de gestación y los controles de los niños en los primeros meses de vida.



El Cesfam Dr. Felix.de Amesti el año 2012 logra un aumento del 23,8% en relación al año 2011 (35,10%), a través de estrategias locales como agenda disponible para clínica de lactancia por nutricionista y/o enfermera y mejoramiento de los registros a través de monitoreos continuos, llegando a un 58,9% en el 2012. Los otros Cesfam de la Comuna han mantenido sus porcentajes.

Salud Mental. La atención en salud mental infantil es un aspecto esencial para el desarrollo adecuado de los niños/niñas y sus familias, lo cual requiere la acción coordinada de todos los actores involucrados en su formación y desarrollo. En este sentido, se ha continuado con la realización de consejerías y talleres para padres, permitiendo una mayor comprensión del desarrollo infantil y la adquisición de competencias parentales que favorezcan una vinculación más saludable. También se ha mantenido una comunicación expedita con los psicólogos de las escuelas municipalizadas, permitiendo la coordinación y derivación efectiva de casos.

La mayoría de los niños/niñas que consultan son derivados desde las escuelas por sospecha de trastorno hiperactivo, a quienes se les evalúa integralmente y se deriva al nivel secundario según corresponda. En cuanto a actividades de promoción y prevención de salud mental, comunalmente se está focalizando en la primera infancia, a través de un trabajo a mediano y largo plazo coordinado con los jardines infantiles que se desarrollará durante el presente y los próximos años

El trabajo intersectorial se ha mantenido a través de las coordinaciones con el sector educación y las demás redes comunales como COSAM y OPD.

Enfermedades respiratorias. En relación a las Enfermedades Respiratorias, la atención es integral, centrada en la detección precoz, la atención oportuna, y actividades de promoción a madres, padres y cuidadores de los niños. Las actividades planificadas para el 2012 se cumplieron casi en su totalidad, quedando pendiente el aumento del número de visitas domiciliarias integrales a pacientes respiratorios, actividad que fue reformulada con la finalidad de mejorar la cobertura en éste objetivo. Se plantea para el año 2013 dar un mayor énfasis a las actividades de promoción y prevención contempladas en las metas.

Salud Oral. Con respecto a la Salud bucal de la población infantil de la comuna, para el 2012 la planificación se centró en mantener y mejorar la cobertura de la población preescolar y escolar, tanto en las actividades educativas, como en las altas odontológicas. Si bien la meta se ha logrado en las poblaciones de 6 y 4 años, preocupa la cobertura de niños y niñas de 2 años, que ha Septiembre del 2012 es de un 8.8%, muy por debajo de lo planificado (30%). En este sentido, para el año 2013, se trabajará con los Centros de Salud en mejorar la derivación pertinente de niños y niñas con factores de riesgo bucal.

3.2 Salud del Adolescente.

La planificación 2012 para las intervenciones con población adolescente, incorporó como áreas estratégicas: Salud Preventiva, Salud Sexual, Salud Mental y salud Buco dental.

Salud Preventiva. Las estrategias propuestas para abordar la salud Preventiva del adolescente durante el 2012 fueron:

Mantener porcentaje de Aplicación de Ficha CLAP: al 5% de los adolescentes inscritos en la comuna de Macul. Esta meta se ha cumplido ampliamente y además se vió reforzada a partir del mes de agosto con la incorporación de la comuna a proyecto piloto implementado por el MINSAL en 50 comunas del país seleccionadas según criterio de vulnerabilidad y población demográfica. En el área oriente, el SSMO seleccionó a las comunas de Peñalolén y Macul. Estos controles se están realizando en los establecimientos educacionales de la comuna esperando contar con una cobertura de 1.350 controles, y nos permitirán establecer una línea base del estado de salud de nuestros adolescentes. No obstante la continuidad de este proyecto, dependerá asignación de recursos del nivel central.

Participación en Comisión Mixta. Fortalecer el trabajo Intersectorial es fundamental para el abordaje de la población adolescente. La comisión representa una instancia óptima de coordinación tanto con Educación como con los Programas Municipales, por lo que se espera seguir participando activamente en Comisión Mixta durante el 2013.

Consulta Nutricional Para el 2012 la meta propuesta era la consulta nutricional al 100% de adolescentes con obesidad referidos al Programa Vida Sana Obesidad. Entre las principales causas de la obesidad en adolescentes están el mayor consumo de alimentos hipercalóricos (con alto contenido de grasas y azúcares) y la menor actividad física. La forma de enfrentar este problema es con una mirada integral que se logra en el programa Vida Sana componente Obesidad que esperamos seguir ejecutando durante el 2013 según asignación de recursos del nivel central. La realización de este

programa no ha estado exento de dificultades puesto que a pesar de otorgar atención en horarios diferidos la adhesividad ha sido insuficiente. Idealmente este programa debiera formar parte de las actividades habituales en los Establecimientos Educativos, con la adecuada coordinación con los Centros de Salud.

En el área salud sexual y reproductiva se lograron las metas propuestas en el plan 2012, orientadas a favorecer el acceso oportuno de los adolescentes en lo referido a la entrega de métodos anticonceptivos, consejerías en salud Sexual y Reproductiva, prevención del VIH, educación es el uso correcto del preservativo, etc. Con respecto a la prevención del embarazo adolescente, es relevante destacar que la prevalencia del embarazo adolescente en Macul (menor de 19), representa el 21.4% del total de las mujeres embarazadas. Nuestros esfuerzos estarán dirigidos a evitar el embarazo adolescente y así prevenir los riesgos bio-psicosociales que este representa.

Salud Mental Adolescente. Desde hace algunos años, se ha comenzado a dar mayor énfasis a la atención integral del adolescente dada la relevancia de la etapa en la que viven para el desarrollo posterior de sus habilidades y cuidados relativos a su salud. Sin embargo, en esta búsqueda nos hemos encontrado con variadas dificultades como la baja participación y adherencia en las distintas atenciones y actividades ofrecidas. Ello ha interferido en la realización y resultados de distintas estrategias, especialmente de prevención y promoción, puestas en marcha por los distintos equipos, aunque nos ha permitido, por otro lado, iniciar un mayor trabajo más orientado a sus propias necesidades y más insertos en su entorno inmediato.

Otra de las temáticas que suele verse entorpecida, guarda relación con la pesquisa temprana de consumo de alcohol y trabajo en red y apoyo mutuo que fortalecen la mirada biopsicosocial y con una incorporación transversal más efectiva de la salud mental de modo de intervenir más precozmente cualquier potencial riesgo asociado. Frente a ello, un elemento fundamental ha sido la implementación del “Programa Piloto Vida Sana: Componente Alcohol”, pues éste incluye a los adolescentes desde los 15 años, permitiendo no sólo identificar aquellos jóvenes que comienzan a beber alcohol y obtener una mirada más concreta y tangible sobre lo que respecta a este asunto en nuestra población, sino actuar de manera más pronta y eficaz en la prevención de mayores ingestas. En ésta área sigue siendo un déficit importante de la Red de Salud de MINSAL, el acceso oportuno a tratamientos de larga estadía de usuarios que así lo requieran.

En términos generales, podemos establecer que, si bien hemos logrado dar cumplimiento a las propuestas establecidas, continuamos incorporando nuevas instancias de acogida que permitan al adolescente identificar los centros de salud como un elemento de apoyo real, cercano y protector, orientado a favorecer su salud en los distintos aspectos, donde agradecemos especialmente la recepción de los establecimientos educativos y organizaciones comunitarias que han valorado positivamente las opciones e intervenciones que les hemos ofrecido, estableciéndose como agentes participativos activos en nuestros propósitos y quehaceres con un buen trabajo en red y apoyo mutuo que fortalecen la mirada biopsicosocial y con una incorporación transversal más efectiva de la salud mental

Salud Oral Con respecto a la Salud bucal de la población adolescente de la comuna, la planificación 2012 se centró en mantener y mejorar la cobertura de la población de 12 años tanto en la consulta odontológica integral, como en la entrega de Consejería Anti tabáquica. Lamentablemente el cumplimiento ha estado por debajo de lo planificado en ambas actividades, por la anterior, para el

2013 se reforzará la estrategia, coordinando las derivaciones de las Fichas CLAP, y habilitando a más odontólogos en la Consejería Antitabáquica.

3.2 Salud del Adulto.

La población adulta inscrita en los Centros de Salud de la Comuna de Macul representa el 60% del total de los inscritos. Las intervenciones realizadas por el equipo de Salud a la población Adulta inscrita en los Centros de Salud Familiar son diversas y abarcan al menos ocho áreas estratégicas. Se muestra a continuación la evaluación del Plan 2012, según áreas estratégicas.

Área Estratégica: Promoción. Estos objetivos se cumplieron sin problemas. En los tres centros se desarrollaron actividades tanto intra como extra CESFAM para contribuir a los hábitos de vida saludables. El equipo de salud del adulto se queda con la sensación de que es difícil medir el impacto de estas intervenciones, desde un punto de vista cuantitativo, pero considerando que el sector salud es un determinante social, nos parece que son actividades que deben continuar realizándose.

Área Estratégica: Prevención Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.

El examen preventivo de salud del adulto de 20 a 64 años es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbi-mortalidad, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quienes la padecen como para su familia y la sociedad⁷.

El compromiso de los equipos de salud del programa del adulto de Macul fue desarrollar diversas estrategias con el fin de mejorar las coberturas de EMPA:

- ✓ Agenda flexible para EMPA durante las horas de funcionamiento habitual de los CESFAM.
- ✓ Rescates telefónicos y en terreno de pacientes sin patología cardiovascular
- ✓ EMPA a funcionarios de la Municipalidad de Macul
- ✓ EMPA a docentes de colegios de la comuna
- ✓ EMPA en Ferias “Municipio en tu barrio” realizadas por el Municipio en las diversas unidades vecinales los días sábados .
- ✓ EMPA en Ferias libres de la comuna
- ✓ EMPA en Institutos profesionales de la comuna
- ✓ EMPA en constructoras y empresas de la comuna

La evaluación realizada por el SSMO, a septiembre del 2012, del cumplimiento de las metas para exámenes preventivos, reporta 110,56% para hombres de 20 a 44 años, 140,87% para mujeres de 45 a 64 años.

Si bien los números son altamente satisfactorios, de acuerdo a la percepción del equipo, muchos de estos exámenes preventivos son realizados a personas de paso en la comuna (estudiantes y trabajadores). El desafío para el 2013 es aumentar la cobertura de EMPA en pacientes inscritos.

⁷ Examen Médico Preventivo. Guía clínica MINSAL 2010.

Tabla N° 31: Resultado de EMPA según estado nutricional

Estado nutricional	Santa Julia		Félix de Amesti		Padre Hurtado	
	H	M	H	M	H	M
Normal	211 32,8%	320 25,4%	276 12,06%	388 16,95%	483 13%	687 18,6%
Bajo peso	4 0,6%	4 0,3%	7 0,3%	20 0,87%	124 3,37%	206 5,6%
Sobrepeso	264 41,1%	492 39,1%	438 19,14%	459 20,1%	526 14,3%	792 21,53%
Obesos	144 22,4%	439 34,9%	289 12,63%	411 18%	255 6,93%	605 16,44%

Fuente: REM A02 de enero a septiembre del 2012

De acuerdo a lo observado en la tabla N° 31, la población con sobrepeso y obesidad de Macul responde a la tendencia país, por lo que es necesario continuar con las estrategias de promoción, además de fomentar proyectos ya existentes como vida sana componente obesidad y generar alianzas estratégicas con el Municipio para el fomento de la actividad física.

La tabla N°31 permite, además, inferir que es notoria la influencia del estrato social en el estado nutricional. El CESFAM Santa Julia es responsable de la atención de las poblaciones con menor nivel socio económico de la comuna.

Tabla N° 32: Resultado de EMP según estado de salud

	Santa Julia		Félix de .Amesti		Padre Hurtado	
	H	M	H	M	H	M
Tabaquismo	292 45,4%	451 35,8%	493 21,5%	403 17,6%	305 8,3%	443 12%
PA> 140/90	97 15,1%	139 11%	84 3,67%	60 2,62%	166 4,5%	188 5,1%
Glicemia alterada 100-199 mgr	112 17,4%	227 18%	107 4,7%	124 5,2%	115 3,1%	145 3,9%

Fuente: REM A02 de enero a septiembre del 2012

Existe en los tres centros de salud de la comuna, flujogramas que permiten el acceso a las prestaciones necesarias para el manejo de las patologías detectadas. La falencia está en realizar un seguimiento a los pacientes detectados para agotar las posibilidades que como CESFAM tenemos para ellos.

Área Estratégica: Enfermedades Cardiovasculares. En esta área, las actividades planificadas para el 2012 fueron:

1. Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.
2. Aumentar el número de personas bajo control por obesidad que logran bajar de peso.

3. Prevenir o detener la progresión de Enfermedad Renal Crónica (ERC) de las personas en riesgo.
4. Mantener cobertura de personas adultas con hipertensión.
5. Mantener cobertura de personas con diabetes tipo 2 (50%).
6. Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.

Los cinco primeros puntos fueron evaluados con mayor profundidad en la sección anterior, en lo referido a datos epidemiológicos comunales relacionados con los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020. En términos generales podemos decir que ha aumentado la cobertura de usuarios que reciben tratamiento para reducir riesgo cardiovascular, y que ha aumentado la cobertura y compensación de pacientes hipertensos. No obstante se debe seguir trabajando en lo relativo a intervención de población con sobrepeso y obesidad y la compensación de pacientes Diabéticos.

Con respecto a disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores, para el 2012 se consideró como actividades principales la evaluación del pie diabético y la atención podológica a pacientes diabéticos.

Tabla N° 33: Evaluaciones de pie diabético enero a junio 2012 Fuente: Rem P4 junio 2012

Tipo de Riesgo	Santa Julia		Félix de Amesti		Padre Hurtado	
	H	M	H	M	H	M
Riesgo moderado <25 ptos. n (%*)	33 1,5%	28 1,3%	324 14,74%	212 9,65%	132 17.39%	193 19.03%
Riesgo alto 25-49 ptos. n (%*)	19 0,9%	9 0,4%	73 3,32%	118 5,4%	80 10.54%	74 7.28%
Riesgo máximo 50 y más ptos. n (%*)	3 0,14%	1 0.04%	12 0,5%	18 0,82%	5 0.66%	6 0.59%

*porcentaje en relación a los pacientes hombre y mujeres bajo control

La tabla N° 33 muestra una baja cobertura de esta actividad. El equipo de salud del adulto estima que se debe principalmente a la inasistencia a estos controles, la que bordea el 35%. También hemos detectado que existen deficiencias en los registros, por lo que será un aspecto a trabajar durante el 2013. Otra actividad realizada en relación al cuidado del pie diabético es la curación avanzada de heridas, al respecto, en los Cesfam de la comuna, esta es una actividad garantizada para todos los pacientes diabéticos que lo requieren.

Para el año 2012 se planteó dar cobertura de atención podológica al menos al 50% de los pacientes diabéticos tipo 2 descompensados.

Tabla N° 34: atención podológica a pacientes descompensados a junio del 2012

	Santa Julia	Félix de Amesti	Padre Hurtado
Bajo control de pacientes DM descompensados	1464	1049	966
Atención de podología	645	379	378
% de atención podológica de pacientes descompensados	44%	36%	39%

Fuente: REM P 4 junio 2012

La tabla N° 34 muestra que a junio del 2012, esta cobertura es superior al 35% en los tres centros de salud, por lo tanto, la proyección de este indicador sugiere que se cumplirá con el objetivo planteado.

Área Estratégica Salud Materna y Perinatal. En esta área, el Sistema Chile Crece Contigo ha sido una excelente estrategia para la cobertura y seguimiento de gestantes y sus hijas/os. El sistema contempla el desarrollo de intervenciones que se focalizan en aquellas mujeres y niñas/os más vulnerables brindándoles las atenciones y el apoyo que promoverá un desarrollo armónico y con menos inequidades que las existentes en el pasado. En relación a las actividades planificadas para el 2012, estas se han ido cumpliendo de acuerdo a lo programado, sin embargo, como equipo comunal hemos detectados algunas problemáticas que debieran abordarse con mayor profundidad durante el 2013, a saber:

- 50 % de las mujeres que ingresan a control prenatal portan embarazos no planificados
- El 21 % de las mujeres bajo control prenatal son adolescentes menores de 19 años
- El 53 % de las gestantes presenta malnutrición por exceso

Área Estratégica Salud Sexual y Reproductiva. La planificación 2012 centro sus esfuerzos en aumentar la cobertura en aquellas prestaciones orientadas a la pesquisa de cáncer de mamas y cáncer cérvico uterino, así como a aumentar el ingreso de usuarias en edad fértil a control de fecundidad y a control de salud de la mujer en etapa de climaterio. Este último punto es absolutamente relevante de seguir potenciando durante el 2013 ya que el 50% de mujeres inscritas en nuestros Centros de Salud Familiar corresponde a mujeres climatéricas.

Como se mencionaba con anterioridad, el cáncer de mamas es la principal causa de muertes por cáncer de las mujeres de la comuna, por lo que la pesquisa de usuarias con factores de riesgo debe ser un objetivo central en nuestra intervención. Durante el 2012, contamos con financiamiento complementario desde el nivel central, lo que permitió la derivación oportuna para la realización del examen de mamografía y ecografía mamaria, gestión que se vio reforzada con el apoyo del Centro Comunal Mujer y Familia. Para el 2013 los esfuerzos en esta área se centrarán en la derivación pertinente y oportuna de las usuarias con riesgo.

Con respecto al Cáncer Cervicouterino, la principal estrategia de detección es la realización del examen Papanicolaou, sin embargo una de las grandes dificultades a la que nos enfrentamos es la resistencia de las mujeres a realizárselo, por lo cual se han creado diversas estrategias para lograr diagnóstico prematuros de Cáncer Cérvico Uterino, estrategias que han contado con el apoyo autoridades comunales, de la Corporación Municipal de Macul y de los equipos de salud y que han consistido en

Campañas, atención vespertina y sábados, talleres informativos, participación en los consejos consultivos como también acciones de ámbito administrativo tales como rescate de pacientes, acciones que esperamos mantener durante el 2013.

Área Estratégica: Cáncer Terminal. Cuidados Paliativos. Todos los pacientes a los que se les diagnostica un cáncer terminal en el Hospital del Salvador y requiere ingreso a la unidad del dolor, tienen acceso a dicha unidad y a las prestaciones que ella ofrece. Para ingresar a la unidad de alivio del dolor, los usuarios deben ser derivados desde la especialidad correspondiente al cáncer que padecen (cirugía digestiva, urología, etc). En general no existe problema en este tema, salvo por los usuarios que son diagnosticados como terminales en el sistema privado o en el mismo CESFAM y no pueden acceder directamente a dicha unidad, sino que deben esperar una hora a la especialidad correspondiente. Los tiempos de espera a especialidades adulto fluctúan entre 6 a 12 meses.

Tabla N° 35: Pacientes con cáncer terminal y cuidados paliativos durante el año 2012

	Santa Julia	Félix de Amesti	Padre Hurtado
Alivio del dolor	18	26	4
Dependencia severa oncológico	44	14	20

Fuente: Rem P3 junio 2012

El 100 % de los pacientes recibe visita domiciliaria integral, educación a cuidadores y acompañamiento espiritual. En cuanto a la atención sicoterapéutica no dispuso de horas.

Si bien la unidad de alivio del dolor responde satisfactoriamente a las necesidades de los pacientes, los que están en espera de ser ingresados deben ser manejados por los equipos de APS. Por otro lado existe una alta rotación de médicos y enfermeras los CESFAM de Macul, realidad nacional, que hace necesario un plan de formación continua en alivio del dolor.

Salud Mental. El objetivo principal del Plan 2012 en este grupo etéreo se ha centrado en dar atención integral al adulto en su entorno habitual de vida, orientándose principalmente hacia aquellas áreas de mayor prevalencia como son los Trastornos del Humor, Violencia Intrafamiliar y Consumo de Alcohol y Drogas. Desde el punto de vista de la atención integral podemos decir que el objetivo se ha cumplido en su totalidad. Destacándose al igual que el año pasado un aumento en la cobertura de mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar, esta vez en aquellas con violencia de intensidad leve. El aumento indica que la mejora en la pesquisa se ha mantenido. Pero también podría ser un buen indicador de un alza en la tendencia a desnaturalizar la violencia en el ámbito doméstico, lo cual favorece la instancia preventiva hacia niveles de mayor intensidad.

Pese a lo anterior los talleres grupales creados para abordar esta temática no han dado los resultados esperados, tendiendo a una baja en la asistencia. Lo cual nos obliga a replantearnos la pertinencia o la forma de abordaje de los mismos en cuanto a las necesidades de nuestra población.

Por otro lado si bien el trabajo coordinado con redes como el Centro de La Mujer y Previene se ha mantenido, ha habido una mayor interacción con COSAM, nuestro principal ente de derivación,

especialmente en casos de consumo de alcohol y drogas lo que ha potenciado niveles de resolutivez.

Salud Respiratoria En nuestra comuna, las actividades realizadas el 2012 en lo referido a los problemas respiratorios, se orientaron a asegurar un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de la patología respiratoria, como asimismo el reforzar las estrategias que permiten disminuir la morbi-mortalidad por influenza y neumonía, en este sentido las campañas de vacunación para pacientes crónicos respiratorios han sido estrategias exitosas.

En relación a la evaluación del cumplimiento de las metas planteadas para el año 2012 podemos decir que la mayoría fue cumplida, pese a lo cual se hace manifiesta la necesidad de reforzar las estrategias para asegurar el diagnóstico oportuno de patologías respiratorias crónicas mediante la aplicación médica de Score de sospecha clínica fundada de Asma y EPOC en pacientes sintomáticos respiratorios con factores de riesgo para su detección precoz.

Debido a que se ha detectado un alto número de insistentes a control crónico respiratorio en sala ERA, se plantea durante el año 2013 utilizar un flujograma de rescate de pacientes crónicos.

Actualmente los CESFAM de Macul carecen de un Programa de Rehabilitación Respiratoria estructurado y estandarizado para los pacientes que padecen de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, dada la evidencia planteada anteriormente nos propones como nueva meta para el año 2013 la implementación de éste importante estratégica en todos los CESFAM de la comuna

Salud Oral. Es conocido que la población Adulta del país presenta un importante daño en la salud oral, por ende se requiere priorizar las intervenciones, pues no existen recursos suficientes para poder resolver de manera inmediata toda la demanda. Con la finalidad de mejorar la salud oral de la población y con esto, la calidad de vida de nuestros pacientes, el Plan de Salud para el año 2012 , focalizo los recursos en las mujeres embarazadas y los pacientes adultos de 60 años

- Atención de mujeres embarazadas que forma parte de las garantías explícitas del GES desde el 1° de julio del 2010, otorgando prestaciones de nivel primario y secundario (Endodoncia, Periodoncia y Prótesis)
- Atención a Adultos de 60 años, esta prestación corresponde a una patología GES, e incluye tratamientos de especialidad como Endodoncia, Periodoncia y Prótesis, actividades que son resueltas al Centro Odontológico.

A septiembre del 2012 se ha logrado casi el 100% de la cobertura planificada,

3.2 Salud del Adulto Mayor.

Como ya hemos mencionado con anterioridad, la comuna de Macul posee un porcentaje de Adultos Mayores más alto que la Región y el país, y esta situación también se refleja en la población inscrita en los Centros de Salud Familiar de la Comuna, donde el 14% de nuestros inscritos, tiene más

de 65 años. . Esta situación representa un importante desafío de nuestros equipos, pues el reto es prevenir la presencia de enfermedades crónicas que pueden ser potencialmente invalidantes, y que una vez instaladas deterioran fuertemente la calidad de vida de la población mayor.

Por lo anterior, la mirada integral se hace inevitable para cualquier intervención en el área de la salud y es el estado de la funcionalidad física .psíquica y social el concepto clave de la calidad de vida en la vejez.

Área Estratégica: Apoyo a La Mantenión De La Funcionalidad. La planificación 2012 consideró relevante el dirigir sus esfuerzos en pos de mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores, para ello la meta era alcanzar una cobertura del 55% de Adultos mayores con Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.

Tabla N° 36: Población Bajo control según condición de funcionalidad, de junio del 2011 a junio del 2012 Comuna Macul. (Rem p5 junio 2012)

Condición de funcionalidad	Santa Julia		Félix Amesti		Padre Hurtado	
	H	M	H	M	H	M
Autovalente	189	362	583	919	299	535
Autovalente con riesgo	208	417	500	1.011	201	434
Riesgo dependencia	155	486	262	619	371	659
Total autovalentes	552	1.265	1.345	2.549	871	1628
Dependiente leve	161	375	90	207	10	32
Dependiente moderado	68	139	31	52	24	49
Dependiente grave	32	140	26	81	46	82
Total dependientes	261	654	147	340	80	163

Fuente: REM p junio 2012

La actividad EMPAM, tiene su mayor énfasis en realizar una acción anticipatoria, acción que evitará o postergará la dependencia, situación tan temida por las familias. Evaluando de junio del 2011 a junio del 2012 se realizaron un total de 9.855 EMPAM en los tres Centros de Macul alcanzando una cobertura 58% en el primer semestre del año.

A través de los controles preventivos realizados anualmente en los adultos mayores inscritos en nuestros Centros se pretende mantener el grado de autovalencia y disminuir el riesgo de dependencia, interviniendo en factores de riesgo ya sea por descompensación de patologías crónicas, problemas de salud mental, riesgo de caídas, estimulación de la memoria, fortalecimiento redes familiares, etc. Existen talleres para prevenir caídas, talleres de refuerzo de memoria, de actividad física para pacientes con artrosis. Además se entregan órtesis a todos quienes lo necesiten.

En los adultos mayores con algún grado de dependencia (clasificado según instrumento Barthel) el abordaje por el equipo de salud se encuentra enmarcado dentro de un programa de atención domiciliaria por un equipo multidisciplinario, dando apoyo a los cuidadores para fortalecer y desarrollar sus habilidades en el cuidado de estos pacientes. Se realiza capacitación anual al 100% de los cuidadores con estipendio, al menos una vez al año y de manera periódica en los tres CESFAM.

Adicionalmente ciertos cuidadores de pacientes de este grupo cumplen los criterios establecidos por el MINSAL para recibir estipendio o aporte económico, que les permite absorber, en parte, los costos de su dependencia. Se considera como requisito que el equipo de salud valide la labor del cuidador y que el paciente esté en buenas condiciones de cuidado.

Los equipos de salud de los tres CESFAM realizan una tasa de visitas domiciliarias a pacientes dependientes de más 2 visitas al año por paciente. Las estrategias para mantener esta prestación están incorporadas en los equipos por lo que su mantención no debiera ser un problema en el corto plazo.

Existe la necesidad del equipo de salud del adulto de realizar un seguimiento de cada usuario no dependiente para hablar de mejoría. Se cuenta con el dato global, pero se desconoce la evolución individual.

Es una condición transversal a la atención primaria nacional, la alta rotación de funcionarios, principalmente médicos y enfermeras, los responsables directos de la detección de riesgos de déficit de funcionalidad de los adultos mayores. Por lo tanto y sumado a la cantidad de adultos mayores que se atienden en la comuna, se hace necesario implementar un sistema de formación continua en temas del adulto mayor.

Otra de las actividades planteadas para el 2012 fue el aumentar el número de personas adultas mayores (AM) que realiza actividad física

Tabla N° 37: Población Bajo Control de Adulto Mayor de 65 años y mas que realizan actividad física

	Santa Julia		Félix de Amesti		Padre Hurtado	
	Junio 2011	Junio 2012	Junio 2011	Junio 2012	Junio 2011	Junio 2012
Pacientes con actividad Física	459	742	701	798	334	643
% en relación a Bajo Control	12,5%	27,1%	18%	18%	13.6%	18.6%

Fuente: REM P5 dic 2011 y junio 2012

La tabla N° 37 muestra la evolución positiva del porcentaje de adultos mayores que realizan actividad física. No se puede adjudicar este logro sólo a los CESFAM, sino también a la propia motivación de los adultos mayores de la comuna y a la difusión de las actividades municipales. Dada la importancia de este aspecto en la mantención de la funcionalidad, en la compensación de las patologías cardiovasculares y en la activación de redes sociales, es un tema que se debe abordar también el 2013.

Área Estratégica: Prevención en Factores de Riesgo que Pueden Alterar la Funcionalidad. En relación a la prevención de los factores de riesgo que pueden alterar la funcionalidad durante el año 2012, no fue posible cumplir los ingresos a tratamiento kinésico por osteoartrosis de rodilla y cadera dentro de los plazos estipulados en las metas, en la totalidad de los Centros de Salud Familiar de la Comuna. Esto debido a la alta demanda y diversidad de las patologías musculo esqueléticas derivadas, y la escasez de horas kinésicas en algunos de los CESFAM de la comuna.

En relación al cumplimiento de los tratamientos de los pacientes con patología osteomuscular, podemos consignar que se cumplió el 100% de las atenciones a los pacientes ingresados a las distintas

salas de rehabilitación. Lo que indica que las dificultades están centradas en el acceso y no en el desarrollo de los tratamientos.

Consideramos muy importante, que la asignación médica de ayudas técnicas se realice en evaluación conjunta con el profesional kinesiólogo, con la finalidad de poder mejorar y optimizar la indicación, entrega y educación en el uso de ésta. Esto permitirá realizar un trabajo coherente con lo recomendado en las guías clínicas correspondientes. El cumplimiento de las metas, en relación a la educación de las ayudas técnicas no se cumplió en su totalidad, producto de la carencia de un flujograma que nos permita tener un mejor control de las ayudas entregadas a los pacientes.

Considerando las dificultades de acceso de los pacientes a sus atenciones kinésicas, es que para el periodo 2013 intensificaremos la formación de monitores de actividad física. Esta actividad que no se realizó durante el periodo 2012, será de gran importancia para poder descentralizar la atención en pacientes que se encuentren en una etapa de mantención.

Para el año 2013 se ha incorporado dentro de las actividades kinesiológicas la calificación de discapacidad, por medio del instrumento IVADEC. Esta actividad se realizara en los dos Centros de Salud Familiar capacitados para estos efectos.

Finalmente nos interesa problematizar una situación particular relacionada con los adultos mayores de la comuna y que fue manifestada por la comunidad.

Es altamente sensible para los equipos de salud la presencia de adultos mayores sin redes. Se refiere a adultos mayores con diferentes grados de autovalencia o dependencia que viven solos y no cuentan con el apoyo permanente de un familiar, vecino o amigo. Esta es una situación de la que se carecen datos cuantitativos en cuanto a volumen de casos por centro en esta condición, pero existe la percepción en los equipos de que va en aumento.

La condición descrita adquiere relevancia dada por las necesidades particulares de estos usuarios en cuanto a estado de salud, posibilidad de acceder a controles de salud y sobre todo por las carencias que se hacen evidentes en las visitas domiciliarias: aseo de sus hogares, aseo personal, riesgos de caída, riesgos de accidentes al cocinar, falta de alimentación adecuada por incapacidad de preparar sus alimentos, falta de recursos económicos suficientes para mantenerse.

4. Prioridades de Intervención 2013 por Ciclo Vital, según diagnóstico y evaluación.

A partir del Diagnóstico presentado y de la evaluación de las intervenciones realizadas durante el 2012, considerando además los lineamientos Ministeriales, y del SSMO, y acorde con el Modelo de Atención en Salud de la Comuna, los equipos han priorizado los siguientes lineamientos para incorporar en la Planificación 2013.

Ciclo Vital Infantil	Ciclo Vital: Adolescencia
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevención de las enfermedades respiratorias; ✓ Estado nutricional en población menor de 6 años bajo control; ✓ Fomento de la lactancia materna; ✓ Salud mental ✓ Estimulación temprana del desarrollo psicomotor centrada en la pesquisa de niños en riesgo y su oportuna intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimizar uso de EMPAD ✓ Fortalecimiento de autoestima y acompañamiento del proceso de autonomía, ✓ Psicoeducación en autocuidado ✓ pesquisa oportuna de consumo de alcohol y/o drogas ✓ Educación en Afectividad y Sexualidad
Ciclo Vital Adulto	Ciclo Vital Adulto Mayor
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Compensación de pacientes con patología cardiovascular ✓ Mejorar detección progresión enfermedad renal crónica ✓ Detección precoz de cáncer de próstata, cáncer de mamas y cáncer del pulmón. ✓ Determinación de malnutrición por exceso en pacientes que no se encuentran bajo control de patologías crónicas ✓ Fomento de hábitos saludables ✓ Optimizar uso de EMPA: asegurar su aplicación a pacientes inscritos en los CESFAM y seguimiento de patologías detectadas ✓ Abordaje intersectorial de obesidad ✓ Mejorar cobertura de evaluaciones de pie diabético ✓ Abordar problemas ambientales sugeridos por la comunidad ✓ Salud Sexual y Reproductiva de mujeres en edad fértil entre 10 y 44 años. ✓ Salud de la Mujer en el Climaterio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimizar uso de EMPAM: asegurar su aplicación a pacientes inscritos en los CESFAM y seguimiento de patologías detectadas. ✓ Compensación de pacientes con patología cardiovascular ✓ Mejorar detección progresión enfermedad renal crónica ✓ Apoyo a La Mantenición De La Funcionalidad ✓ Seguimiento de usuarios no dependientes ✓ Formación continua en geriatría.
Trabajo con Familias	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer líneas base de Familias inscritas evaluadas en el Centro de Salud Familiar ingresadas a Sistema de Registro Informático 	

5. Principales Problemas de Salud, expuestos por la comunidad.

La información expuesta a continuación, fue extraída de documentos de diagnósticos participativos y de reuniones con los consejos de desarrollo local de cada CESFAM y muestra, desde el punto de vista de la comunidad, los problemas que a juicio de la población tienen incidencia en la salud de la población.

- Necesidad de horas médicas
- Continuidad de fármacos de pacientes derivados en los CESFAM
- Tiempo de espera para atención secundaria
- Falta de red para adultos mayores solos
- Alcohol y drogas en las calles
- Mal estado de los árboles
- Anegamientos
- Malas condiciones de las veredas, riesgo de accidentes
- Malas condiciones de las calles, riesgo de accidentes
- Perros callejeros
- Delincuencia y robos
- Basura – escombros, riesgo de enfermedades
- Falta de actividades recreativas

Sin duda alguna, estas preocupaciones deben ser acogidas por los equipos y serán consideradas para la planificación 2013. Del listado anterior llama la atención la preocupación de la comunidad por los problemas medioambientales y su relación con el estado de Salud de la población. Como equipo valoramos positivamente esta apreciación, y para el 2013 infeccionaremos el trabajo con el intersector para evaluar posibilidades de abordaje.

V. PLAN DE SALUD 2013

1. Prestaciones Otorgadas

La base de la planificación comunal está dada por la cartera de prestaciones del Ministerio de Salud, que son aquellas prestaciones que deben ser otorgada con el aporte Per cápita, que mensualmente el MINSAL envía las comunas.

. CONJUNTO DE PRESTACIONES CON DERECHO DE APOORTE ESTATAL

PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO	PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de salud del niño sano ✓ Evaluación del desarrollo psicomotor ✓ Control de malnutrición ✓ Control de lactancia materna ✓ Educación a grupos de riesgo ✓ Consulta nutricional ✓ Consulta de morbilidad ✓ Control de enfermedades crónicas ✓ Consulta por déficit del desarrollo psicomotor ✓ Consulta kinésica ✓ Consulta de salud mental ✓ Vacunación ✓ Programa Nacional de Alimentación Complementaria ✓ Atención a domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de salud del adolescente ✓ Consulta morbilidad ✓ Control crónico ✓ Control prenatal ✓ Control de puerperio ✓ Control de regulación de fecundidad ✓ Consejería en salud sexual y reproductiva ✓ Control ginecológico preventivo ✓ Educación grupal ✓ Consulta morbilidad obstétrica ✓ Consulta morbilidad ginecológica ✓ Intervención Psicosocial ✓ Consulta y/o consejería en salud mental ✓ Atención a domicilio (alta precoz)
PROGRAMA DE LA MUJER	PROGRAMA DEL ADULTO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control prenatal ✓ Control de puerperio ✓ Control de regulación de fecundidad ✓ Consejería en salud sexual y reproductiva ✓ Control ginecológico preventivo ✓ Educación grupal ✓ Consulta morbilidad obstétrica ✓ Consulta morbilidad ginecológica ✓ Consulta nutricional ✓ Programa Nacional de Alimentación Complementaria ✓ Ecografía Obstétrica del primer trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulta de morbilidad ✓ Consulta y control de enfermedades crónicas ✓ Consulta nutricional ✓ Control de salud ✓ Intervención psicosocial ✓ Consulta y/o consejería de salud mental ✓ Educación grupal ✓ Atención a domicilio ✓ Atención Podología a pacientes con pie diabético ✓ Curación de pie diabético ✓ Intervención grupal de actividad física

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	PROGRAMA DE SALUD ORAL
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulta de morbilidad ✓ Consulta y control de enfermedades crónicas ✓ Consulta nutricional ✓ Control de salud ✓ Intervención psicosocial ✓ Consulta de salud mental ✓ Educación grupal ✓ Consulta kinésica ✓ Vacunación antiinfluenza ✓ Atención a domicilio ✓ Programa Nacional de Alimentación Complementaria ✓ Atención Podología a pacientes con pie diabético ✓ Curación de pie diabético 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Examen de salud ✓ Educación grupal ✓ Urgencias ✓ Exodoncias ✓ Destartraje y pulido coronario ✓ Obturaciones temporales y definitivas ✓ Aplicación sellantes ✓ Pulpotomias ✓ Barniz de Flúor ✓ Endodoncia ✓ Rayos X dental
ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS	ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico y tratamiento de Hipertensión Arterial Primaria ✓ Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo II ✓ Alta Integral odontológica de niños 6 años. ✓ Tratamiento Epilepsia no refractaria desde 1 años a menores de 15 años. ✓ Tratamiento de IRA baja ambulatoria menores de 5 años. ✓ Diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio, mayores de 65 años ✓ Diagnóstico y tratamiento de Depresión de manejo ambulatorio mayores de 15 años ✓ Diagnóstico y tratamiento de EPOC en adulto mayor ✓ Diagnóstico y tratamiento de Asma Bronquial moderada en menores de 15 años ✓ Diagnóstico y tratamiento de Presbicia en mayores de 65 años ✓ Tratamiento de Artrosis de Cadera y Rodilla leve y moderada en personas de 55 y mas años. ✓ Urgencia Odontológica ambulatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación grupal ambiental ✓ Consejería Familiar ✓ Visita Domiciliaria Integral ✓ Consulta social ✓ Tratamiento y Curaciones ✓ Extensión Horaria ✓ Intervención familiar psicosocial ✓ Diagnóstico y Control de la TBC ✓ Exámenes de Laboratorio Básico (hematología, bioquímica, inmunología y microbiología)

2. Trabajo con Familia.

Prestaciones otorgadas a nuestras Familias

Existe un importante número de problemas de salud que están fuertemente relacionados con las familias, ya sea en su génesis (problemas de salud hereditarios), o en relación a los valores, hábitos o costumbres familiares. Por esta razón el trabajar con la familia es absolutamente relevante, ya que al realizar intervenciones centrando la mirada en la familia, podemos obtener óptimos resultados, en particular con aquellos problemas de salud del ámbito psicosocial, pacientes crónicos y/o enfermedades asociadas a estilos de vida poco saludables. Desde nuestro modelo el enfoque familiar es crucial, por esta razón, nuestra planificación se realiza mirando el ciclo vital, y considerando las características especiales de las familias con las que trabajamos. Una de las primeras tareas del modelo de salud familiar es la evaluación de las familias, el equipo de cabecera entrevista a las familias pertenecientes al sector a cargo y año tras año las va evaluando de manera de obtener un perfil de riesgo.

Para la evaluación de las Familias, se utilizan los siguientes instrumentos:

- ✓ Entrevista familiar.
- ✓ Genograma.
- ✓ Ecomapa.
- ✓ Círculo Familiar.
- ✓ Apgar Familiar.
- ✓ Factores Protectores y Factores de Riesgo.

Las familias evaluadas son clasificadas según riesgo, y el equipo de salud establece planes de intervención integral para apoyar las familias que requieran mayores cuidados. Es preciso indicar que la evaluación de Riesgo de las familias considera:

- ✓ Factores de Riesgo biológico (Pacientes portadores de patologías crónicas, pacientes con cáncer, pacientes postrados, familia con adulto mayor no Valente, etc.).
- ✓ Factores de Riesgo Sicológico (Crisis del ciclo de vida individual y/o familiar, pacientes con patologías siquiátricas, consumos de alcohol o drogas, trastornos de la conducta y del comportamiento en los niños/as, etc.).
- ✓ Factores de Riesgo Social. (Cesantía, vulnerabilidad social, ausencia de redes sociales de apoyo, familias aisladas de redes institucionales, etc.).

Familias evaluadas a Junio del 2012.	Total
Nº de Familias inscritas	48.808

Fuente Rem P7. Junio 2012. Dirección de Salud

Asimismo, las familias beneficiarias acceden a las prestaciones que el modelo de Salud Familiar incorpora como acciones de intervención con familias, éstas son:

- ✓ Visita Domiciliaria Familiar. Es la atención integral de salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Es una actividad que realiza uno o más integrantes del Equipo de Salud en el domicilio de una familia... El objetivo es lograr un mejor conocimiento y apoyo para el enfrentamiento de los problemas bio-psico-socio-sanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral
- ✓ Consejerías Familiares. Proceso a través del cual se ayuda a un paciente o a su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar. Se entiende como una orientación educativa y psicosocial planificada, destinada a paciente y sus familias, que presentan factores de riesgo. Puede ser realizada por un profesional o en forma interdisciplinaria.

Para el 2013, la meta propuesta en ésta área es poder Establecer líneas base de Familias inscritas evaluadas en el Centro de Salud Familiar ingresadas a Sistema de Registro Informático, aunando los instrumentos para evaluar a las familias.

3. Prestaciones Otorgadas por ciclo Vital.

La Planificación Comunal ha centrado sus lineamientos estratégicos en la Salud Familiar, Calidad de la Atención y Promoción de la Salud. Los Equipos de Salud asumen el compromiso de la Atención de Salud de un sector determinado, que contribuya a proporcionar una atención Integral y humanizada de la Familia y de sus Integrantes a lo largo del Ciclo Vital, priorizando el Enfoque Biosicosocial. Se centra en la Promoción y Prevención brindando una atención oportuna, accesible y de Calidad. Asimismo la estrategia de Sectorización fomenta fuertemente el crecimiento personal de los integrantes del Equipo y la Comunidad. Nuestros Centros de Salud han considerado los límites Geográficos y la densidad Poblacional de las Unidades Vecinales, para dividir sus Sectores.

La entrega de prestaciones y servicios a la comunidad se efectúa por medio de programas, que respetan el ciclo vital familiar, como una forma de entregar atención continua. Asimismo, dichas prestaciones se complementan con las acciones propias de la Salud Familiar, trabajo comunitario y entrega de otros servicios.

Ciclo Vital Infancia

Nuestro objetivo como Centros de salud de la Comuna de Macul es garantizar a la población menor de 10 años, un sistema integrado de servicios que apoyen al niño/ña y a su familia entregándoles los recursos necesarios para el desarrollo de sus máximas potencialidades biopsicosociales.

Las intervenciones integrales del Chile Crece Contigo (CCC) durante la gestación y la primera infancia han demostrado tener beneficios para las familias, especialmente en aquellas en situación de vulnerabilidad.

El seguimiento de los niños y niñas se inicia con la atención integral proporcionada a la familia desde el control de la díada y continúa con las atenciones proporcionadas al niño/a en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo, con especial énfasis en la prevención a través de la pesquisa precoz e intervenciones oportunas en alteraciones de la relación vincular, detección precoz de depresión post-parto, estimulación temprana, evaluación del Desarrollo Psicomotor y recuperación de los niños con alteración de este.

Las atenciones otorgadas por el equipo de salud a los niños/niñas buscan contribuir a la adquisición de hábitos saludables en alimentación y actividad física, facilitar el acceso a tratamiento de aquellos que nacen con problemas de salud, apoyan a la familia en la crianza, ofrecen acciones de prevención de enfermedades infecciosas, accidentes domésticos y maltrato, detectan tempranamente las enfermedades más recurrentes y realizan actividades para el seguimiento y apoyo al desarrollo integral de los niños/niñas.

Las áreas estratégicas definidas para el 2013 son:

Promoción de la Salud Infantil. Se propone mantener el trabajo colaborativo con el intersector de manera de fomentar Estilos de Vida Saludables en los niños y niñas de la comuna.

Desarrollo Integral con Énfasis en Estimulación Temprana. En cuanto al desarrollo psicomotor se espera para el año 2013 mantener las mismas actividades propuestas por el CCC y se seguirán realizando aquellas que lograron una alta adhesividad como el taller “Divirtámonos con nuestros hijos”. En cuanto al taller nadie es perfecto esperamos contar con recursos humano que apoye en el cuidado de los niños mientras los padres asisten a las sesiones del taller. Se seguirá potenciando el trabajo en red con los jardines infantiles, escuelas de lenguaje y salas cuna, además de la red comunal CCC.

Salud Mental Infantil En el área de Salud Mental, se espera para el año 2013 mantener los logros alcanzados y las coordinaciones comunales que permitan continuar el trabajo con jardines infantiles y unificar criterios de trabajo entre los Cefam de la comuna.

Además esperamos para este año continuar fortaleciendo el trabajo con las salas cunas y jardines infantiles, esperando tener algunas horas disponibles de profesional enfermera o

Nutricionista para acompañar a las Educadoras de Párvulos de los recintos que cuentan con lactario, para un apoyo personalizado de las madres trabajadoras.

Enfermedades Respiratorias. El lineamiento principal será el desarrollo de una estrategia para atender oportunamente a los niños con enfermedades respiratorias agudas, se utilizará el Score IRA (TAL) como indicador para priorizar de forma más eficiente su atención kinésica. Además se utilizará el score de riesgo de morir por neumonía, aplicadas en los controles de niño sano, con la finalidad de priorizar las visitas domiciliarias integrales para responder oportunamente a las necesidades de cada niño/niña.

Como nueva meta nos hemos planteado la presentación de casos de pacientes respiratorios que no responden a tratamiento, con el objetivo de brindar una visión integral que permita realizar las gestiones necesarias para un abordaje global de cada caso, respondiendo de esta forma al modelo de salud familiar.

Específicamente en las atenciones durante los meses de invierno, se plantea la necesidad de aumentar las horas Médico y kinesiólogo, con la finalidad de dar cobertura al 100% de la demanda, lo que significara no tener rechazos en la atención de niños/niñas con esta patología. Nuestro objetivo para el 2013 será el mantener y reforzar las estrategias utilizadas durante el año 2012.

Nutrición. La planificación 2013 contempla la intervención en preescolares de manera de mantener y en lo posible disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad. En lo relativo al fomento de Lactancia Materna exclusiva, se propone para el 2013 el desarrollar de Guía Anticipatoria de Lactancia Materna, junto con realizar evaluación trimestral sobre el porcentaje y causas de continuidad o deserción LME al sexto de mes de vida. Asimismo es importante complementar estas intervenciones con la implementación de talleres de fomento lactancia materna

Salud Buco Dental. Para este grupo etario se priorizan las atenciones, focalizando nuestros recursos en niños de dos, cuatro y seis años. También es preciso mencionar que la Atención Odontológica integral a niños de seis años, forma parte de las garantías explícitas del GES. Asimismo se otorga atención dental integral e incremental para toda la matrícula de Prekinder a 8° Básico de los Establecimientos Educativos Municipales de Macul, a través de un convenio con JUNAEB, que entró en vigencia el 2006.

Área Estratégica: Promoción de la Salud Infantil

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Mantener trabajo colaborativo con Jardines Infantiles, Salas Cunas y Escuelas de Lenguaje correspondientes al área de atención del Cesfam	Reuniones de coordinación intra y extra Cesfam	Una reunión anual con cada uno de los establecimientos del área de atención del Cesfam	Nº de reuniones con establecimientos / Nº Total de establecimiento de cuidado infantil del área de atención del Cesfam X 100	Registro local
Mantener Taller de autocuidado "Nadie es Perfecto"	Taller de autocuidado "Nadie es Perfecto"	Aumentar en un 10% respecto del año 2012 el Nº de padres que asisten al taller "Nadie es Perfecto"	Nº de padres y/o cuidadores de niños/niñas que asisten a Taller / Nº total de padres y/o cuidadores de niños/niñas citados al taller x 100 =	REM 27

Área Estratégica: Desarrollo Integral con Énfasis en Estimulación Temprana.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Detectar precozmente los niño/niñas con rezago (riesgo o retraso) en alguna área de desarrollo.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	90% niños/niñas de 1 mes con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado	Nº de niños/niñas con controles de 1 mes con protocolo aplicado / Nº Total de niños/niñas que asisten a control sano x 100	REM 03 REM 01
	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo psicomotor.	80% niños/niñas de 12 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	Nº de niños/as con aplicación de pauta breve en el control de salud de los 12 meses de edad / Nº Total de niños/niñas que asiste a control de 12 meses de edad x 100	REM 03 REM 01
	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de EEDP.	90% de niños/niñas de 18 meses de edad con aplicación EEDP en el control de salud	Nº de niños y niñas evaluados con EEDP de 18 meses de edad / Nº Total de niños y niñas bajo control de 12 a 23 meses de edad x 100	REM 03 REM P2
	Control de salud a los 3 años de edad con aplicación de TEPSI	25% de niños/niñas de 3 años de edad con aplicación TEPSI en el control de salud	Nº de niños y niñas evaluados con TEPSI a los 3 años / Nº Total de niños bajo control de 3 años de edad x 100	REM 03 REM P2

	Consulta de Desarrollo Sicomotor.	Recuperar al 70% los niños/niñas en riesgo del DSM	Nº de niños/niñas diagnosticados con riesgo DSM recuperados/ Nº de niños/niñas diagnosticados con riesgo DSM en su primera evaluación	REM 03
	Derivación a actividades de estimulación en el Centro de Salud	100% de niños/niñas con déficit son derivados a actividades de estimulación	Nº de niños/niñas con déficit en su desarrollo derivados a estimulación / Nº Total de niños/niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo x 100	REM 03
	Visita domiciliaria integral	70% de niñas/niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo recibe una visita domiciliaria integral	Nº de niños/as menores de 4 años con déficit en su desarrollo que recibieron visita domiciliaria integral / Nº Total de niños/niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo x 100	REM 03 REM 26
	Derivación a Psicólogo a las madres con sospecha de depresión post parto a los 2 y 6 meses de edad de sus hijos	El 100% de las madres con sospecha de depresión post parto son derivadas a psicóloga y/o médico	Nº de madres diagnosticadas con depresión Post-Parto / Nº de madres que acuden a control con sus hijos de 2 y 6 meses de edad.	REM 03 REM 05

Área Estratégica: Nutrición

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Promover la lactancia materna desde el periodo prenatal, para aumentar el Nº de niños/niñas con lactancia materna exclusiva a los 6 meses	Controles de salud del Niño Sano	Aumentar en un 10% el porcentaje de niños/niñas con Lactancia Materna Exclusiva a los 6 meses, en relación al año 2012	Nº niños de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva / Nº Total de niños de 6 meses que asisten a control x 100	REM 03 REM 01
Mantener y propender a disminuir la tasa de obesidad en la población bajo control de niños/as menores de 6 años respecto del 2012.	Consulta nutricional al 5º mes de vida Consulta nutricional a los 3 años con refuerzo de estilo de vida saludable.	Mantener cobertura de consulta nutricional del 50% de niños/niñas menores de 1 año bajo control Mantener cobertura de consulta nutricional del 50% de los menores bajo control de los 3 años.	Nº de niños/niñas con consulta nutricional al quinto mes de vida / Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses x 100 Nº de niños/niñas de 3 años con consulta nutricional / Nº Total de niños/niñas de 3 años bajo control x 100	REM P2 REM P2

	Taller para niños y niñas menores de 6 años con obesidad	Aplicar a nivel comunal proyecto de actividad física dirigido a los preescolares de la comuna de Macul, que estén obesos según la OMS. Sujeto a apoyo económico por promoción.	Nº de niños/niñas menores de 6 años con obesidad que asiste a taller / Nº Total de niños menores de 6 años con obesidad x 100	REM P2 Planilla de asistencia a taller
--	--	--	---	---

Área estratégica: Salud Mental Infantil

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos de salud mental	Detección y derivación a especialidad de los niños y niñas con trastorno hipericinético.	Evaluación psicológica al 100% de los niños y niñas con sospecha de trastorno hipericinético. Derivación del 100% de los niños y niñas con confirmación diagnóstica de trastorno hipericinético.	Nº de niños y niñas con confirmación diagnóstica de trastorno hipericinético/ Nº de niños y niñas evaluados por sospecha de trastorno hipericinético Nº de niños y niñas con confirmación diagnóstica de trastorno hipericinético/ Nº de niños y niñas derivados a especialidad con diagnóstico de trastorno hipericinético	REM 5 Registro local
	Tratamiento de niños y niñas con Trastornos emocionales y de la conducta.	El 100% de de niños y niñas con trastornos emocionales y de la conducta reciben tratamiento	Nº de niños y niñas con Trastornos emocionales y de la conducta que recibe tratamiento / Nº total de niñas y niños detectados con trastornos emocionales y de la conducta x 100	REM 5
Visita domiciliaria integral y/o consejería a familias con niños y niñas con problemas de salud mental	Derivación oportuna de niños y niñas detectados o con sospecha de maltrato infantil grave y/o abuso sexual infantil.	100% de los niños y niñas detectados o con sospecha de maltrato infantil grave y/o abuso sexual son denunciados.	Nº de niños y niñas detectados o con sospecha de maltrato severo y/o abuso sexual que son denunciados/ Nº Total de niños/as detectados o con sospecha de maltrato infantil severo y/o abuso sexual x 100	Registro Local REM 6
	Visita domiciliaria integral y/o consejería a familias con niños y niñas con problemas de salud mental	50% de familias con niños y niñas con problemas de salud mental ingresadas a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	Nº de familias con niños y niñas con problemas de salud mental ingresadas a tratamiento y que reciben VDI y/o Consejería familiar / Nº Total de familias con niños y niñas con problemas de salud mental ingresados a tratamiento x 100	REM 26 Registro locales
Intervención comunitaria de prevención de problemas de salud mental infantil	Intervención al 100% de las organizaciones comunitarias comprometidas en prevención de salud mental infantil	Nº de organizaciones comunitarias que reciben intervención preventiva en salud mental infantil/ Nº de organizaciones comunitarias comprometidas a intervenir.	Registros Locales Rem 27	

Área Estratégica Enfermedades Respiratorias

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Otorgar atención oportuna a los consultantes por enfermedades respiratorias agudas, según score IRA.	Atención de pacientes respiratorios agudos según grado de severidad determinado por el Score de IRA (TAL).	Atención kinesica al 100% de los niños (as) menores de 5 años, derivados por medico a sala IRA según Score. Plazo máximo 48 hrs.	Nº de niños menores de 5 años atendidos antes de las 48 horas/ Nº de niños menores de 5 años que solicitan atención mensual x100	REM 23
Otorgar atención oportuna a los consultantes por enfermedades respiratorias crónicas	Control de pacientes crónicos respiratorios, según grado de estabilidad.	Realizar al menos dos controles anuales a pacientes crónicos respiratorios.	Nº de pacientes crónicos respiratorios con al menos dos controles/ Nº de pacientes crónicos respiratorios x100	REGISTRO LOCAL
Prevención de factores de riesgo y el reconocimiento temprano de signos y síntomas de infecciones respiratorias agudas.	Taller de Prevención de enfermedades respiratorias a madres de RN ingresados	Se realiza un taller de educación mensual a las madres de RN ingresados en dicho mes, sobre prevención de Enfermedades respiratorias por kinesiólogo.	Nº total de talleres realizados/ Nº de talleres planificados x 100	REGISTRO LOCAL
Prevención de factores de riesgo y el reconocimiento temprano de signos y síntomas de infecciones respiratorias agudas.	Charlas grupales a Educadoras sobre prevención de IRA en periodos de baja demanda asistencial. Educación individual o familiar a las madres de pacientes crónicos y agudos referente al uso de fármacos, factores de riesgo modificables y detección temprana de síntomas.	Capacitación al 50% de las Educadoras de los Jardines y salas cuna de la comuna, realizada por kinesiólogo.	Nº total de Educadoras que recibieron educación/ Nº total de educadoras de los Jardines y salas cuna de la comuna	REGISTRO LOCAL
Intervenir tempranamente y de manera integral a pacientes con alto riesgo de morir por neumonía.	Visita domiciliaria integral por sala IRA (Medico o Kinesiólogo)	Entregar educación al 100% de las madres o cuidadoras de los pacientes crónicos y agudos que asisten a control.	Nº total de madres o cuidadoras que recibieron educación/ Nº total de pacientes crónicos y agudos.	REGISTRO LOCAL
Intervención integral a pacientes respiratorios que no responden a tratamiento	Visita domiciliaria por algún integrante del equipo de salud.	Realizar Visita Domiciliaria integral a los 100 % de los niños/as derivados con riesgo alto de morir por neumonía. Según score de riesgo de morir por neumonía.	Nº de visitas domiciliarias integrales a niños con score alto / nº de niño/as en alto riesgo de morir por neumonía x 100	REM 26
Intervención integral a pacientes respiratorios que no responden a tratamiento	Visita domiciliaria por algún integrante del equipo de salud.	Realizar visita Domiciliaria integral al 100% de los pacientes respiratorios que no responden a tratamiento, por parte del equipo de salud.	Nº de visitas domiciliarias integrales a pacientes respiratorios que no responden a tratamiento / Total de pacientes respiratorios que no responden a tratamiento x 100.	REGISTRO LOCAL

Área Estratégica: Salud Buco Dental

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y mantener la salud bucal de la población preescolar a través del desarrollo de actividades educativas, promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más recurrentes	Consulta odontológica integral	25% de cobertura de alta odontológica total en los niños de 2 años inscritos en los CESFAMS de la comuna	Nº de niños de 2 años con alta odontológica total / Nº total de niños de 2 años inscritos x 100	REM 09
		30% de cobertura de alta odontológica total en los niños de 4 años inscritos en los CESFAMS de la comuna	Nº de niños de 4 años con alta odontológica total / Nº total de niños de 4 años inscritos x 100	REM 09
		70% de cobertura de alta odontológica total en los niños de 6 años inscritos en los CESFAMS de la comuna	Nº de niños de 6 años con alta odontológica total / Nº total de niños de 6 años inscritos x 100	REM 09
Mejorar y mantener la salud bucal de niños y niñas en edad preescolar y escolar	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niños de 2, 4 y 6 años	100% de niños y niñas de 2, 4 y 6 años con alta odontológica reciben educación en técnica de cepillado por odontólogo o técnico paramédico dental.	Nº de niños y niñas de 2, 4 y 6 años con alta odontológica que reciben educación en técnica de cepillado/ Nº de niños y niñas de 2, 4 y 6 años con alta odontológica	REM 09

Ciclo Vital – Adolescencia.

Los objetivos sanitarios de la década establecen como una de las prioridades, la salud integral de los Adolescentes, abordando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Esta atención se enmarca dentro del modelo de salud familiar en el ámbito de la prevención y de la promoción de la salud, y tiene como objetivo mejorar la salud de los jóvenes entre 10 y 19 años de edad, favoreciendo el pleno desarrollo de su potencial bio-psico-social. A partir de los datos del diagnóstico, y tomando en consideración que la población adolescente inscrita en la comuna es de un 15%, sin duda alguna los equipos de Salud de la comuna deben reforzar la cobertura

Las intervenciones hacia los adolescentes no están exentas de dificultades en esto confluyen diferentes factores, como las características propias de estos que tienden hacia una mayor autonomía y percepción de mayor autosuficiencia; el interés se centra en su entorno social y sus pares; la percepción que tienen de los servicios de salud es ajena a sus intereses y estos son vistos como entidades poco cercanas y poco amigables. Se han hecho esfuerzos destinados a favorecer la empatía y acogida hacia los adolescentes otorgando a los equipos herramientas para ofrecer servicios calidad.

Para la intervención integral de Adolescentes se contempla para el 2013 la intervención en 4 áreas relevantes para el trabajo con adolescentes:

Salud Preventiva. Que se orientará a mantener y en lo posible (de contar con financiamiento desde el nivel central), a aumentar la cobertura de Fichas CLAPs, Junto con lo anterior mejorar la pesquisa y derivación desde los establecimientos educacionales, de adolescentes con obesidad, al programa Vida Sana Obesidad.

Salud Mental. Siguiendo los mismos lineamientos de años anteriores, continuaremos en pos de incorporar y alcanzar una mayor participación de los adolescentes, que permita y facilite el logro de las distintas estrategias planteadas tanto en promoción como prevención de salud, de modo tal de poder brindar una atención oportuna y eficaz sobre las posibles conductas de riesgo y problemáticas del área de la salud mental que se presentan con mayor frecuencia en esta etapa. Para ello, se buscará propiciar estilos de vida saludables y el fortalecimiento de sus factores protectores presentes, considerando tanto las características propias de la etapa en la que viven y sus necesidades, como los elementos que los rodean. Todo, desde un enfoque interdisciplinario e integral en las atenciones e intervenciones desarrolladas que incorporen a la comunidad, sus instituciones y especialmente a sus familias, como mecanismo de apoyo y acercamiento, en relación a las dificultades existentes habitualmente en los adolescentes para asistir y adherir a las distintas atenciones ofrecidas.

Dentro de las principales temáticas a abordar se incluyen aspectos relacionados especialmente con el fortalecimiento de autoestima y acompañamiento del proceso de autonomía, de modo de minimizar algunos de los riesgos a los que constantemente se ven expuestos en base a la toma de conciencia y psicoeducación en su auto cuidado; y en la pesquisa oportuna de consumo de alcohol y/o drogas, a raíz del

inicio cada vez más temprano de los jóvenes en consumo experimentales y riesgosos de distintas sustancias, manteniendo de manera transversal una orientación desde el abordaje biopsicosocial.

Para ello, consideramos fundamental mantener una mirada acogedora e integradora de sus problemáticas actuales, en conjunto con los cambios propios del desarrollo en el que se encuentran, para así apoyar dicho proceso y acompañarlos en el camino hacia la independencia de manera responsable en beneficio de sí mismos, su entorno familiar y social, su salud y calidad de vida.

Salud Sexual Y Reproductiva. El énfasis está en mejorar el acceso de los adolescentes a Consejería de Salud Sexual y Reproductiva, prevención de las infecciones de transmisión sexual, dando énfasis a la regulación de la fecundidad y prevención del embarazo adolescente, así como también mantener las acciones educativas en establecimientos educacionales.

Salud Oral. Seguirán siendo abordados los controles de salud bucal a la población de 12 años, y reforzando la educación en cepillado.

Área Estratégica: Salud Preventiva

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Promover el control de salud de adolescentes de 10-14 años con aplicación de Ficha CLAP.	Control de salud del adolescente con ficha CLAP	Mantener el número de controles en relación a lo realizado el año 2012	Nº de adolescentes de 10-14 años que se realizan control de salud/nº total de adolescentes de 10-14 años inscritos 2012 del centro de salud * 100	REM
	Fortalecer las intervenciones del adolescente a través del fortalecimiento del trabajo en red (comisión mixta; salud -educación)	Asistencia a Reuniones mensuales de coordinación de mesas de Trabajo intersectoriales ligadas al área Infanto Juvenil.	Participación en Mesas de trabajo intersectoriales a nivel comunal <ul style="list-style-type: none"> • Comisión Mixta. • Red Infancia. • Red Previene. 	Registro local

Área Estratégica: Nutrición

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Programa vida sana, componente obesidad	Disminuir el porcentaje de mal nutrición por exceso	Establecer Línea Base de Adolescentes en control que logran disminuir peso corporal	Nº de adolescentes que bajan de peso/ Nº total de adolescentes que ingresan al programa vida sana	Planilla Ministerial

Área Estratégica: Salud Sexual del Adolescente.

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 5% línea base de 2012 de adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Nº de adolescentes que reciben consejerías en Salud Sexual y Reproductiva / Nº de adolescentes que solicitan servicios de Regulación de la Fertilidad)*100	REM
Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	100% de adolescentes que lo solicitan reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de Consejerías de Prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas a adolescentes/ Nº total adolescentes bajo control)	REM 19
Favorece la toma de decisiones informada en Salud Sexual y Reproductiva.	Efectuar CSSR a todas los adolescentes mayores de 15 años que soliciten Métodos Anticonceptivos o atención Ginecológica	100% de adolescentes que soliciten servicios de Regulación de la Fertilidad, reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(Nº de adolescentes que reciben consejerías en Salud Sexual y Reproductiva / Nº de adolescentes que solicitan servicios de Regulación de la Fertilidad)*100	REM A19
Contribuir a disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años	Indicación de MAC en adolescentes mayores de 15 años, en riesgo o que solicitan MAC.	100% indicación de MAC a adolescentes de 15 a 19 años que lo soliciten, siempre y cuando cumplan con los requerimientos y criterios de elegibilidad.	Nº de adolescentes 15 a 19 años con tratamiento MAC/ N°total de adolescentes con indicación y/o solicitud) *100	REM P1
Favorecer el acceso oportuno a CSSR a las /os adolescentes que soliciten PAE	Efectuar CSSR a todos los adolescentes que soliciten Anticoncepción de Emergencia.	100% de adolescentes entre 15 a 19 años que solicitan anticoncepción de emergencia reciben consejería en salud sexual y reproductiva.	(Nº de adolescentes que solicitan anticoncepción de emergencia y reciben consejería / Total adolescentes que solicitan anticoncepción de emergencia) * 100	REM A04
Favorecer el Acercamiento del Centro de Salud a los adolescentes	Realizar intervenciones educativas para los Adolescentes en los Establecimientos educacionales de la comuna	Realizar intervenciones educativas en sexualidad para adolescente en al menos el 50% de los Establecimiento Educacionales de la comuna.	Nº de establecimientos educacionales intervenidos con talleres educativos / Nº total establecimientos educacionales con adolescentes *100	REM 19 REM 27 REGISTRO LOCAL

Área Estratégica: Salud Mental

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Brindar atención integral y oportuna a aquellos adolescentes que presenten problemas y/o trastornos de salud mental y a sus familias.</p>	<p>Atención Plan Ambulatorio Básico (GES) a adolescentes con consumo de alcohol y/o drogas.</p>	<p>100% de los adolescentes detectados con consumo de alcohol y/o drogas recibe tratamiento.</p>	<p>Nº de adolescentes detectados con consumo de alcohol y/o drogas ingresados a Plan Ambulatorio Básico/ Nº total de adolescentes bajo control x 100.</p>	<p>REM 5, SIGGES</p>
	<p>Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión leve o moderada.</p>	<p>100% de los adolescentes diagnosticados con depresión leve o moderada reciben tratamiento integral en atención primaria.</p>	<p>Nº de adolescentes diagnosticados con depresión leve o moderada que reciben tratamiento integral/ Nº total de adolescentes diagnosticados x 100.</p>	<p>REM 5, SIGGES</p>
	<p>Visita domiciliaria integral y/o consejería a familias con integrante adolescente que presente problemas de salud mental.</p>	<p>50% de las familias con integrante adolescente que presente problemas de salud mental recibe Visita domiciliaria integral y/o Consejería familiar.</p>	<p>Nº de familias con integrante adolescente ingresado por problema de salud mental que reciben Visita domiciliaria integral y/o Consejería Familiar/Nº total de familias con integrante adolescente bajo control x 100.</p>	<p>REM 19 REM 26</p>
	<p>Derivación a especialidad de los adolescentes diagnosticados con depresión severa.</p>	<p>100% de los adolescentes diagnosticados con depresión severa son derivados a especialidad.</p>	<p>Nº de adolescentes diagnosticados con depresión severa que son derivados a especialidad/ Nº total de adolescentes bajo control x 100</p>	<p>REM 5, SIGGES</p>
	<p>Derivación a especialidad de los adolescentes con sospecha de Primer episodio de Esquizofrenia.</p>	<p>100% de los adolescentes con sospecha de Primer episodio de Esquizofrenia son derivados a especialidad.</p>	<p>Nº de adolescentes con sospecha de Primer episodio de Esquizofrenia / Nº de adolescentes con sospecha de Primer episodio de Esquizofrenia que son derivados a especialidad x 100</p>	<p>REM 5, SIGGES</p>

Área Estratégica: Salud Buco Dental

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y mantener la salud bucal de la población adolescente de la comuna de Macul a través del desarrollo de actividades promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes.	Consulta odontológica integral	70% de cobertura de alta odontológica total en los adolescentes de 12 años inscritos en los CESFAMS de la comuna	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº total de adolescentes de 12 años inscritos x 100	REM 09
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y Recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica) x 100	REM 09

Ciclo Vital –Adulto.

La planificación de salud 2013 del ciclo vital del adulto fue elaborada desde las problemáticas pesquisada en el proceso diagnóstico realizado por el equipo de salud comunal. Los problemas priorizados en el diagnóstico de salud fueron analizados, tomando como objetivos estratégicos los definidos el año 2012 en la comuna de Macul, considerando además como objetivos estratégicos los lineamientos del SSMO y del MINSAL ,

En virtud de lo anterior se definieron como énfasis para intervención 2013 los siguientes aspectos:

- ✓ Compensación de pacientes con patología cardiovascular
- ✓ Mejorar detección progresión enfermedad renal crónica
- ✓ Detección precoz de cáncer de próstata, cáncer de mamas y cáncer del pulmón.
- ✓ Determinación de malnutrición por exceso en pacientes que no se encuentran bajo control de patologías crónicas
- ✓ Fomento de hábitos saludables
- ✓ Optimizar uso de EMPA: asegurar su aplicación a pacientes inscritos en los CESFAM y seguimiento de patologías detectadas
- ✓ Abordaje intersectorial de obesidad
- ✓ Mejorar cobertura de evaluaciones de pie diabético
- ✓ Abordar problemas ambientales sugeridos por la comunidad
- ✓ S
- alud Sexual y Reproductiva de mujeres en edad fértil entre 20 y 44 años
- ✓ S
- alud de la Mujer en el Climaterio

Las intervenciones realizadas por el equipo de Salud a la población Adulta inscrita en los Centros de Salud Familiar son diversas y abarcan al menos ocho áreas estratégicas. Se muestra a continuación la planificación por Áreas estratégicas.

Área Estratégica: Salud Cardiovascular.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Compensación de pacientes con patología cardiovascular	Aumentar el nivel de compensación de los pacientes con patología cardiovascular bajo control	Diseñar una herramienta diagnóstica integral de las causas de descompensación de los pacientes con patología cardiovascular persistentemente descompensados	Contar con una herramienta diagnóstica de causas de descompensación durante el primer semestre del 2013	Registro local
	Auditorías de fichas, de todos los estamentos, de pacientes en control cardiovascular	Diseñar una intervención integral para pacientes cardiovasculares persistentemente descompensados	Desarrollo de herramienta diagnóstica de causas de descompensación durante el primer semestre del 2013	Registro local
Mejorar cobertura de evaluaciones de pie diabético	Control de salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a la Guía Clínica de Diabetes Mellitus tipo 2 año 2010.	Realizar auditorías mensuales de pacientes descompensados	N° de auditorías cardiovasculares realizadas cada mes por estamento	Registro local
	Confirmación telefónica de horas para control de enfermera de pacientes diabéticos	El 65% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies.	N° de evaluaciones de pie diabético / n° de pacientes diabéticos bajo control x 100	REM P4
	Rescatar pacientes diabéticos a control de enfermera	Confirmar el 50% de las citaciones de pacientes diabéticos a control con enfermera	N° de confirmaciones de pacientes citados a control con enfermera / n° pacientes citados x 100	REM P4
		Rescatar el 50% de los pacientes diabéticos inasistentes a control con enfermera	N° de rescates de pacientes inasistentes a control con enfermera durante el 2013/n° de pacientes diabéticos inasistentes a control con enfermera.	REM P4

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar detección progresión enfermedad renal crónica	Identificación de la progresión de la enfermedad renal crónica con las herramientas existentes	Incluir el uso del formulario de detección de enfermedad renal crónica (FDERC) en los manuales de inducción de cada CESFAM Capacitación local a los equipos médicos de cada CESFAM sobre el uso del FDERC, al menos dos capacitaciones al año Realizar una auditoría mensual para evaluar el uso del FDERC	Manuales de inducción con FDERC / total de manuales de inducción N° de reuniones médicas con capacitación sobre el FDERC N° de auditorías con evaluación del uso del FDERC	Registro local
Determinación de malnutrición por exceso en pacientes que no se encuentran bajo control de patologías crónicas	Contar con datos locales de malnutrición por exceso en pacientes inscritos sin patología cardiovascular a través de los EMPA y EMPAM	40% del total de EMPA y EMPAM realizados sea a usuarios de los CESFAM	N° EMPA y EMPAM realizados durante el 2013 a pacientes inscritos/n° total de EMPA y EMPAM realizados durante el 2013 x 100	Registro local Informes Rayen
Optimizar uso de EMPA: asegurar su aplicación a pacientes inscritos en los CESFAM y seguimiento de patologías detectadas	Realizar seguimiento de pacientes con lectura de presión arterial elevada y/o glicemia > 100 en la realización de EMPA	Realización de EMPA o EMPAM al 50% de las personas inscritas sin patología cardiovascular Seguimiento de al menos el 50% de los pacientes con lectura de presión arterial elevada y/o glicemia > 100 en la realización de EMPA	N° de EMPA y EMPAM realizados a personas de 20 años y mas inscritas durante el 2013 sin patología cardiovascular/n° de personas de 20 años y mas inscritas durante el 2013 sin patología cardiovascular x 100 N° de pacientes con lectura de presión elevada y/o glicemia > 100 en la realización de EMPA monitorizados / total de pacientes con lectura de presión arterial elevada y/o glicemia > 100 en la realización de EMPA x 100.	

Área Estratégica: Detección Precoz de Cáncer

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	METAS	INDICADORES	MONITOREO EVALUACIÓN
Contribuir a disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Derivar oportunamente Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	(Incrementar en un 5 % respecto al año 2010 la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	REM P12
Contribuir a disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Reducir en un 20% la brecha de cobertura de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente	(Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas, validadas con Pap vigente a diciembre 2012 / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas, con pap a diciembre 2012)x100	REM P12 Base datos Citoexpert
Detección precoz de cáncer de próstata	Incorporar APE de rutina al EMPA de hombres mayores de 40 años	Realizar APE al 50% de los hombres mayores de 40 años que se realizan el EMPA.	Nº de APE realizados a hombres > 40 años 2013 en contexto de EMPA/ n° EMPA realizados a hombres mayores de 40 años 2013 x 100	Informe mensual de laboratorio comunal
	Atención médica a pacientes con APE alterado	Citación del 50% de los hombres con APE > 4	Nº de hombres con APE > 4 citados a médico/n° APE > 4	Registro local

PROGRAMA SALUD DE LA MUJER

Las Orientaciones Programáticas Minsal 2011-2020, en la Salud de la Mujer ponen especial énfasis a través de todo su ciclo vital siendo uno de sus objetivos principales el cuidado, acompañamiento y protección de las gestantes y niños Recién Nacidos, la salud Sexual y Reproductiva y la Salud de la Mujer en el Climaterio. Por su parte, y coherente con los lineamientos Ministeriales, el SSMO, pone énfasis en la salud Materno perinatal, como enfoque de atención a través del ciclo vital, e incorpora en el área de la salud de la Mujer problemas de salud transversales, específicamente enfermedades transmisibles: VIH/SIDA y Enfermedades de transmisión Sexual.

En este contexto, como comuna recogemos y compartimos los lineamientos tanto del Ministerio como del SSSMO, y para el 2013 se consideran como énfasis Programáticos los siguientes aspectos:

- Salud Materna y Perinatal
- Salud Sexual y Reproductiva de mujeres en edad fértil entre 10 y 44 años
- Salud de la Mujer en el Climaterio

Salud Materna y Perinatal. En esta área, el Sistema Chile Crece Contigo ha sido una excelente estrategia para la cobertura y seguimiento de gestantes y sus hijas/os. El sistema contempla el desarrollo de intervenciones que se focalizan en aquellas mujeres y niñas/os mas vulnerables brindándoles las atenciones y el apoyo que promoverá un desarrollo armónico y con menos inequidades que las existentes en el pasado.

Para el período 2013-2020 el equipo del Programa de la Mujer seguirá implementando estas y otras estrategias del Sistema Chile Crece Contigo , aumentando las acciones tendientes a estimular el apego entre madres-padres hijas/os, tales como: participación de gestantes y parejas en Talleres de Estimulación al desarrollo Biopsicosocial, acompañamiento principalmente del padre en los controles prenatales y control post parto ,trabajo con el equipo de Salud Mental con el fin de evitar daños de las gestantes derivadas por violencia intra familiar (VIF), depresión abuso de sustancias, entre otras.

Otro aspecto importante de trabajar con gestantes es la Prevención del Parto prematuro que ha tenido un incremento en los últimos años actualmente 7% y además porque tiene gran importancia tanto en la mortalidad como morbilidad perinatal e infantil. Dada las posibilidades con las que se cuentan en la comuna se realiza la medición del cérvix durante la ecografía del 2º trimestre para poder detectar a las pacientes de población general que no han tenido antecedentes de parto prematuro que podrían ser tratadas, disminuyendo su riesgo.

En pacientes que por sus antecedentes ya tienen mayor riesgo de tener un parto prematuro por ya haber presenta esta condición u otras condiciones que aumentan las posibilidades de parto prematuro, realizar la derivación oportuna de estas al sistema secundario.

Otra condición que se está tratando de abordar son las gestantes que tienen un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia severa que es una condición que se da durante el embarazo y que es relevante ya que representa la mitad de las muertes maternas por lo que la realización de pesquisa a través de Doppler de arterias uterinas en el 2º trimestre es de vital importancia ya que a pesar de no contar con tratamiento que evite el desarrollo de esta condición si se puede seleccionar y controlar en forma especial a estas gestantes para obtener un mejor resultado materno y perinatal.

Salud Sexual y Reproductiva de mujeres en edad fértil..

La mujer se ve afectada tanto por factores comunes a toda la sociedad: ITS, obesidad, depresión, tabaquismo, hipertensión, diabetes, consumo de alcohol y drogas; como a factores específicos asociados al sexo: embarazos no deseados/ no planificados, Violencia de género, cáncer de útero, cáncer de mamas, y patologías derivadas del climaterio

El Programa de la Mujer aborda los primeros factores, principalmente a través:

- a. Examen de Medicina Preventiva efectuado por matronas en el cual es fundamental la detección de los factores de riesgo.
- b. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

En relación a la problemática específica de la Mujer en edad fértil no gestante (que representa el 47 % de mujeres inscritas), el énfasis se ha puesto en evitar los embarazos no deseados y los no planificados, a través de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y es así que casi el 50 % de las mujeres en edad fértil, inscritas en los Cesfam se encuentran bajo control de Regulación de Fertilidad. Además de acuerdo a las Orientaciones del Minsal desde el año 2013 se iniciará la evaluación de los métodos anticonceptivos utilizados por la población de crónicos a objeto de entregar los más adecuados a dichas patologías.

Complementa estas estrategias aumentar el ingreso de las mujeres en edad fértil a control de regulación de fertilidad.

La prevención de las ITS y el cáncer Cérvico Uterino representan un gran desafío en nuestras acciones en Salud. Hay múltiples factores involucrados en mantener a nuestras mujeres libres de estas patologías siendo el principal de ellos el relacionado con la sexualidad, tema difícil de abordar ya que implica mitos y creencias arraigados en nuestra población.

Para la pesquisa oportuna en estas dos patologías, se utilizan dos estrategias. La primera es realización del PAP, la meta País para el 2020 es de un 80 % de cobertura de mujeres entre 20 y 64 años inscritas validadas; a nivel comunal el cumplimiento es de aproximadamente un 53 %, lo que nos interpela a doblar los esfuerzos por ampliar la cobertura de la toma del PAP, con estrategias de difusión a la comunidad e instaurando coordinación intersectorial a fin de que se efectúe derivación oportuna y efectiva de las mujeres a los Cesfam para que les sea efectuado el Papanicolaou.

La segunda estrategias consiste en las entregas de consejerías y educación relacionada con las ITS ya que no solo se compromete la salud en ese momento sino que en el caso del Virus Papiloma pueden ser los coadyuvantes para el desarrollo de cáncer cervicouterino a mayor edad. A nivel general la población aún no asume la responsabilidad que le cabe en la prevención de estas patologías lo cual se hace evidente en el bajo número de consultantes espontáneos en relación a la consejería y toma de examen para ITS en general y VIH y Sífilis. Es necesario en ese ítem hacer un abordaje a nivel principalmente de los jóvenes que son los que pueden ver afectada su fertilidad.

En relación al Cáncer de Mamas, y de acuerdo a la entrega de recursos financieros por parte del Minsal realizara el examen de mamografías que es una estrategia costo efectiva ya que detecta el cáncer en etapas más precoces, lo que mejora la sobrevida y la calidad de vida de estas mujeres. Este examen es realizado en el Centro de la Mujer y Familia.

Salud de la Mujer en el Climaterio. La mujer en el climaterio es también un gran grupo con múltiples patologías algunas de ellas abordables a través de nuevas estrategias como la aplicación del MRS (pauta de evaluación de la intensidad de la sintomatología) pero que involucra mayor tiempo en la atención clínica de este grupo etáreo y que pretende abarcar un gran porcentaje de las mujeres en control. Consideramos imprescindible comenzar a cambiar la visión sobre el climaterio, el cuál para todos los programas y mediciones ministeriales y comunales se considera hasta los 64 años.

Área Estratégica: Promoción Salud Materno Perinatal -

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Fomentar el autocuidado en las mujeres gestantes, preparándolas para el parto y la crianza, incentivando la participación de la pareja o algún acompañante significativo	Talleres programados para ellas y acompañante	Alcanzar el 60% de cobertura de gestantes que ingresan a sesiones grupales de preparación parto y crianza en el Centro de Salud.	(N° de gestantes que participan en los talleres grupales/ N° de gestantes bajo control) *100	REM 27
Estimular el apego y crianza del hijo, facilitando que las mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona significativa al control prenatal, según decisión	Difusión local y a través de redes comunitarias, de los derechos de la mujer durante el embarazo, con énfasis en el derecho de estar acompañada en sus controles si así lo desea	Aumento del porcentaje de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas.	(N° de controles prenatales con acompañante/N° total de controles prenatales realizados) *100	REM 01
Fomentar hábitos de vida saludable, ejercicios, alimentación	Talleres	Alcanzar el 60 % de cobertura de gestantes que ingresan a sesiones grupales de preparación parto y crianza en el Centro de Salud.	(N° de gestantes que participan en los talleres grupales/ N° de gestantes bajo control) *100	REM 27

Área Estratégica: Prevención Salud Materno Perinatal.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Contribuir a prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	Establecer línea de base	(N° de controles preconcepcionales /N° total de mujeres en edad fértil bajo control)*100	REM A01
	Ecografía Obstétrica 2º trimestre de gestación	100% de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas a control , se realice ecografía 2º trimestre de gestación	N° de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas de gestación con ecografía 2º trimestre de embarazo/ Total de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas de gestación	Registro Local

Contribuir a la prevención de Pre eclamsia y restricción de crecimiento uterino	Ecografía Obstétrica 2º trimestre de gestación	100% de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas a control , se realice ecografía 2º trimestre de gestación	Nº de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas de gestación con ecografía 2º trimestre de gestación/ Total de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas de gestación	Registro Local
Detectar precozmente factores de riesgo biomédico	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO
Mantener la detección del riesgo psicosocial a las gestantes	Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal.	100% de las gestantes al ingreso o segundo control Prenatal	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nª total de ingresos a control prenatal)*100	REM A03
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(Nº de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial) *100	REM A 26 REM P1
Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo	Detección del consumo de sustancias al ingreso a control prenatal y reevaluar a las 32 semanas	Al 100% de las mujeres gestantes se le aplica pauta de pesquisa EPSA al ingreso a control prenatal	(Nº de gestantes detectadas con respuesta y seguimiento por drogas o alcoholismo/ N° total de ingresos a control prenatal.) *100	Registro local. Coordinación con equipos de Salud Mental
Pesquisar a mujeres gestantes con problemas de consumo de tabaco, alcohol y drogas	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	(Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA/Nº total de gestante en control prenatal) *100	REM A03, Sección G / A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")

Área Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación y que residen en el territorio geográfico asignado al Cesfam	90% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	(Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) *100	REM A26 P1
Apoyar a mujeres puérperas que presentan condiciones de riesgo psicosocial	VDI a puérperas y familias con riesgo psicosocial según evaluación realizada por equipo de cabecera	VDI al 90% puérperas y familias con riesgo psicosocial según evaluación realizada por equipo de cabecera	(Nº de puérperas y familias con riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° total de puérperas y familias con riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100	Rem 26 Registro local CCC
Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido por matrona.	90% puérperas y recién nacidos son atendidos por matronas antes de los 10 días de vida, que reciben apoyo para apego seguro y lactancia materna.	(Nº de puérperas y recién nacido con control de salud antes de los diez días de vida /Nº total de recién nacidos inscritos en el CESFAM) x 100	REM A 01
Contribuir a disminuir la transmisión vertical de la sífilis	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 11 y 28 días de vida.	90% puérperas y recién nacidos entre 11 y 28 días de vida que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna Exclusiva.	(Nº de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los 11 y 28 días de vida / N° total de partos) *100	REM 05
	Confirmación diagnóstica, seguimiento y tratamiento hasta el parto a aquellos casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente	80% de las gestantes con VDRL + son diagnosticadas, tratadas si corresponde y con seguimiento de acuerdo a Normativa de Manejo y tratamiento de las ITS	(n° de gestantes con VDRL + tratadas y seguidas / N° total de gestantes con VDRL +) *100	Vigilancia epidemiológica

<p>Contribuir a disminuir la transmisión vertical de la sífilis.</p>	<p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo.</p>	<p>90% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis</p>	<p>(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) *100</p>	<p>REM A11 REM A05</p>
	<p>Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+)</p>	<p>90% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis</p>	<p>(Nº de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº de gestantes con serología (+) para sífilis) * 100</p>	<p>Registro de control prenatal (tarjetero APS)</p>
	<p>Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.</p>	<p>100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas – citadas</p>	<p>(Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) *100</p>	<p>**Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.</p>

AREA ESTRATEGICA: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Aumentar el número de mujeres en edad fértil que ingresan a control de fertilidad</p>	<p>Ingreso y control en regulación de la fertilidad.</p>	<p>100% de mujeres que soliciten servicios de atención de salud sexual y reproductiva, especialmente con criterio predictivo de aborto inseguro, reciben consejería e ingresan a control de regulación de la fertilidad.</p>	<p>(Nº de mujeres en edad fértil enfermas crónicas que se ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / Nº Total de mujeres en edad fértil con enfermedades crónicas) * 100</p>	<p>REM A05</p>
<p>Contribuir a disminuir la transmisión vertical por virus VIH y demás ITS en gestantes</p>	<p>Citación – Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.</p>	<p>100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas</p>	<p>Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) *100</p>	<p>REM P1</p> <p>Registros de actividad: - Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.</p>

	Citación – Visita domiciliaria gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad	100% de gestantes VIH(+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas –citadas	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) *100	Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)
		100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	Nº de gestantes VIH + que son derivadas a centro de referencia VIH/ N° total de gestantes VIH +	
	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH	80% de las gestantes en control prenatal, tienen examen de detección de VIH realizado	(Nº de gestantes que se realizan examen de VIH /Nº de gestantes bajo control) *100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.
		100% de las gestantes que se realizan el test de detección reciben orientación y educación pre test de detección de IH/SIDA	(Nº de gestantes que reciben consejería pre test VIH /Nº de gestantes que se realizaron el examen de VIH). *100	
	Consejería VIH a gestantes. Ofrecer test de VIH.			Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)

Área Estratégica: Salud Dental Gestantes :

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar el número de mujeres Gestantes, con salud bucal recuperada	Consulta odontológica integral de APS y especialidad	60% de cobertura en altas odontológicas totales inscritas en el establecimiento	N° de gestantes con alta odontológica total / N° de gestantes bajo control X 100	REM 09
Mantener y mejorar la salud bucal de la población gestante a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de gestantes	100% de altas odontológicas a las gestantes que han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de adultos de gestantes con educación en técnica de cepillado / total de gestantes con alta odontológica)x 100	REM 09

Area Estrategica: Promoción De Salud De La Mujer En El Climaterio

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio(45 a 64 años)	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio	Aumentar en un punto porcentual la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años)*100	REM P 1

Área Estratégica: Salud Mental del Adulto.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
	Tratamiento integral en atención primaria a toda persona entre 20 a 64 años diagnosticada con depresión leve o moderada	100% de personas entre 20 a 64 años diagnosticadas con depresión leve a moderada reciben tratamiento integral en APS.	Nº personas entre 20 a 64 años diagnosticadas con depresión leve a moderada que reciben tratamiento integral en APS / Nº Total de personas entre 20 a 64 años de la población diagnosticada X 100	SIGGES, REM 5
	Derivación a especialidad a toda persona entre 20 a 64 años con diagnóstico de depresión grave.	100% de personas entre 20 a 64 años, inscritas y diagnosticadas con depresión grave son derivadas a especialidad.	Nº personas entre 20 a 64 años diagnosticadas con depresión grave derivadas a especialidad / Nº Total personas entre 20 a 64 años de la población diagnosticada X100	SIGGES, REM 5
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y a sus familias	Visita domiciliaria integral y/o consejería a familias con integrante entre 20 a 64 años con diagnóstico de depresión, ingresado a tratamiento.	50% de familias con integrante entre 20 a 64 años con problema de salud mental ingresados a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar	Nº de familias con integrante entre 20 a 64 años con problema de salud mental ingresados a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Nº Total de familias con miembro entre 20 a 64 años con problema de salud mental ingresadas a tratamiento x100.	REM 19 REM 26
	Derivación a especialidad a toda persona entre 20 a 40 años de edad, con sospecha de primer episodio de esquizofrenia.	100% de personas inscritas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio de esquizofrenia, son derivadas a especialidad.	Nº personas inscritas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ son detectados y derivados / Nº Total de personas entre 20 a 40 años con sospecha de primer episodio de EQZ detectados.	SIGGES, REM 5
	Intervención Preventiva a personas entre 20 a 64 años que presentan consumo riesgoso de alcohol.	100 % de las personas entre 20 a 64 años detectadas con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol reciben intervención preventiva.	Nº de personas entre 20 y 64 años detectados con consumo riesgoso de alcohol reciben intervención preventiva / Nº total de personas entre 20 a 64 años detectadas con consumo riesgoso de alcohol X 100	REM 5
	Intervención Terapéutica a personas entre 20 a 64 años que presentan consumo dependiente de alcohol.	100 % de las personas entre 20 a 64 años detectadas con consumo dependiente de alcohol reciben intervención terapéutica.	Nº de personas entre 20 y 64 años detectadas con consumo dependiente de alcohol reciben intervención terapéutica / Nº total de personas entre 20 a 64 años detectados con consumo dependiente de alcohol X 100	REM 5

	<p>Derivación a especialidad a toda persona entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependiente de drogas.</p>	<p>100% de las personas detectadas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependiente de drogas, son derivados a especialidad.</p>	<p>Nº personas entre 20 y 64 años detectadas con consumo perjudicial o dependiente de drogas derivados a especialidad/ Nº total de personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependiente de drogas detectadas x 100.</p>	<p>REM 5</p>
	<p>Otorgar Consejería a mujeres entre 20 a 64 años pesquisada con sospecha de violencia intrafamiliar de pareja.</p>	<p>80% de las mujeres entre 20 y 64 años pesquisadas con sospecha de Violencia Intrafamiliar de pareja reciben Consejería.</p>	<p>Nº mujeres entre 20 y 64 años pesquisadas con sospecha de VIF reciben Consejería / Nº total de mujeres entre 20 y 64 años pesquisadas con sospecha de VIF x100</p>	<p>REM 27</p>
	<p>Otorgar tratamiento a mujeres entre 20 a 64 años detectadas con violencia intrafamiliar de pareja leve o moderada.</p>	<p>80% de las mujeres detectadas con VIF de pareja leve a moderada reciben tratamiento.</p>	<p>Nº mujeres entre 20 y 64 años detectadas con VIF leve a moderada, reciben tratamiento / Nº total de mujeres entre 20 y 64 años detectadas con VIF x100</p>	<p>REM 5</p>
	<p>Derivar a especialidad a mujeres entre 20 y 64 años detectadas con violencia intrafamiliar de pareja grave.</p>	<p>100% de las mujeres detectadas con VIF de pareja grave son derivadas a especialidad</p>	<p>Nº mujeres entre 20 y 64 años detectadas con VIF grave derivadas a especialidad / Nº total de mujeres entre 20 y 64 años detectadas con VIF grave x100</p>	<p>REM 5</p>
	<p>Intervención comunitaria en prevención de salud mental del adulto.</p>	<p>Intervención al 100% de las organizaciones comunitarias comprometidas en prevención de salud mental del adulto.</p>	<p>Nº de organizaciones comunitarias que reciben intervenciones preventivas en problemáticas de salud mental del adulto/ Nº de organizaciones comunitarias comprometidas a intervenir.</p>	<p>REM 27 Registro Locales</p>
	<p>Derivación a especialidad a todo hombre entre 20 a 64 años detectado como agresor en violencia intrafamiliar de pareja.</p>	<p>100 % de los hombres detectados como agresores en violencia intrafamiliar de pareja son derivados a especialidad.</p>	<p>Nº de hombres detectados como agresores en violencia intrafamiliar de pareja son derivados a especialidad/ Nº total de hombres detectados como agresores en violencia intrafamiliar x 100</p>	<p>REM 5</p>

Área Estratégica: Enfermedades Respiratorias

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Disminuir la morbi mortalidad por influenza y neumonía en pacientes crónicos respiratorios	Campañas de vacunación Pneumo-23 y Anti Influenza. Inmunización en pacientes postrados	Inmunizar al 80% de los pacientes respiratorios crónicos	Nº de pacientes respiratorios crónicos inmunizados / Nº de pacientes crónicos x 100	REM 13
	Consejería en ambientes libres de humo de tabaco y otros contaminantes	Contribuir a disminuir la exposición de contaminantes intradomiciliarios	Nº de consejerías realizadas	REM 19
Promover ambientes libres de humo de tabaco y contaminantes ambientales e intradomiciliarios.	Evaluación ERA de pacientes con sospecha clínica de ASMA y EPOC	Lograr durante el año 2013, una cobertura de 5% de pacientes EPOC, ASMA, del total de pacientes mayores de 20 años inscritos en el Centro de Salud.	Nº total de población EPOC y Asma / Nº total de inscritos de 20 y más años x 100	REM 23
	Control periódico de pacientes crónicos respiratorios	Control Selectivo según nivel de gravedad y grado de estabilidad del paciente en sala Era.	Nº de de controles por diagnóstico y Severidad realizados en la Sala ERA/ Nº total de pacientes con diagnóstico y severidad x factor correspondiente)x 100	REM 23
Asegurar diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de de Patología respiratoria	Visita domiciliaria a pacientes oxígeno dependientes y a postrados con patología respiratoria	Visita domiciliarias al 90 % de pacientes Oxígeno dependientes, en control en Sara ERA.	Nº de visitas domiciliarias realizadas/nº de pacientes Oxígeno Dependientes en control en Sala ERA.	REM 26
	Toma de Espirometría a todo paciente con Asma o EPOC bajo control.	Toma de anual de espirometría al 70% de los pacientes crónicos respiratorios inscritos en sala ERA	Nº total de pacientes crónicos respiratorios inscritos en sala ERA con espirometría anual / Nº total de pacientes crónicos respiratorios inscritos en sala ERA	REM
	Rescate de pacientes inasistentes a controles telefónico dVisita domiciliaria de rescate	Evitar el paso de pacientes activos e inasistentes a pacientes inactivos.	Nº de pacientes rescatados	Registro Local

<p>Contribuir en la coordinación APS - atención secundaria</p>	<p>Derivación de pacientes a Hospital del Tórax según norma.</p>	<p>Derivación del 100% pacientes asmáticos con factores de riesgo y pacientes EPOC severos inestables</p>	<p>N° de pacientes severos inestables derivados a nivel secundario/ N° de pacientes severos inestables x 100</p>	<p>Registro Local</p>
<p></p>	<p>Aplicación de formulario N° 2 y 4 trimestralmente a paciente oxígeno dependiente.</p>	<p>Visita domiciliaria trimestral al 100% de pacientes oxígeno dependientes</p>	<p>N° de pacientes Oxígeno dependientes bajo control/ N° de visitas domiciliarias a pacientes oxígeno-dependientes</p>	<p>REM P3</p>
<p>Fortalecer el trabajo Intersectorial en la Intervención de Factores de riesgo de ERA.</p>	<p>Comunicación y coordinación con equipo Consultorio Externo Hospital del Tórax.</p>	<p>Envío de formulario n°4 de forma trimestral a consultorio externo</p>	<p>N° de formularios enviados</p>	<p>Registro Local</p>
<p>Mejorar calidad de vida en pacientes EPOC</p>	<p>Capacitación a equipos de salud en normas de manejo de Casos respiratorios agudos y crónico</p>	<p>Realizar al menos 01 capacitación a equipos de salud</p>	<p>Equipos capacitados</p>	<p>Registro Local</p>
<p></p>	<p>Rehabilitación respiratoria</p>	<p>Ejecucion de al menos 2 grupos de rehabilitación durante el año 2013</p>	<p>N° de grupos de rehabilitación respiratoria realizados</p>	<p>Registro Local</p>

Área Estratégica Salud Buco Dental

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar y mantener la salud bucal de la población adulta de 60 años a través del desarrollo de actividades promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes	Consulta odontológica integral de APS y especialidad	40 % de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios	Nº de pacientes de 60 años con alta odontológica total / Nº total de adultos de 60 años inscritos x 100	REM 09
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adulta de 60 años a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adultos de 60 años	100% de altas odontológicas a los 60 años que han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(Nº de adultos de 60 años con educación en técnica de cepillado / total de adultos de 60 años con alta odontológica)x 100	REM 09

Área Estratégica. Apoyo a La Mantenición De La Funcionalidad

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Seguimiento de usuarios no dependientes	Detección precoz del deterioro de la funcionalidad	Realizar EMPAM al 20% de los pacientes que fueron catalogados como no dependientes durante el año 2012	N° EMPAM autovalentes 2012 re-evaluados el 2013/N° EMPAM autovalentes 2012 x 100	REM P5
	Talleres de Autovalencia para pacientes evaluados por EMPAM	Acceso a talleres de mantención de autovalencia del 5% de pacientes autovalentes	N° pacientes autovalentes asistentes a talleres 2013/n° pacientes autovalentes 2013 x 100	REM P% Registro rayen de asistentes a talleres
Mejorar la resolutiveidad en problemáticas geriátricas en geriatría	Diseño y ejecución de capacitación geriátrica en los tres CESFAM por los equipos que han asistido al diplomado de geriatría dictado por el INGER	Capacitar al 20% de los funcionarios de los equipos de cabecera y transversales	N° de funcionarios capacitados / total de funcionarios x 100	Registro de los comités de capacitación
Acceso a temas geriátricos por nuevos integrantes de los equipos	Diseño de temas geriátricos para los manuales de inducción de los CESFAM	Inclusión en el 100% de los manuales de inducción temas geriátricos	N° de manuales de inducción con temas geriátricos/n° total de manuales de inducción x 100	Registro local

Área Estratégica: Salud Mental

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con problemas y trastornos de salud mental y a sus familias</p>	<p>Visita domiciliaria integral y/o consejería a familias con integrante de 65 años o más con problema de salud mental ingresado a tratamiento.</p>	<p>50% de familias con integrante de 65 años o más con problema de salud mental ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o consejería familiar</p>	<p>Nº de familias con integrante de 65 años o más con problema de salud mental ingresado a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar / Nº Total familias con miembro de 65 años o más con problema de salud mental ingresadas a tratamiento x100</p>	<p>REM 19 REM 26</p>
	<p>Intervención Preventiva a personas de 65 años y más que presentan consumo riesgoso o perjudicial de alcohol.</p>	<p>100 % de las personas de 65 años y más detectadas con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol reciben intervención preventiva.</p>	<p>Nº de personas de 65 años y más, detectadas con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol reciben intervención preventiva / Nº total de personas de 65 años y más, detectadas con consumo riesgoso o perjudicial de alcohol X 100</p>	<p>REM 5</p>
	<p>Intervención Terapéutica a personas de 65 años y más que presentan consumo dependiente de alcohol.</p>	<p>100 % de las personas de 65 años y más detectadas con consumo dependiente de alcohol, reciben intervención terapéutica</p>	<p>Nº de personas de 65 años y más detectadas con consumo dependiente de alcohol reciben intervención terapéutica / Nº total de personas de 65 años y más detectadas con consumo dependiente de alcohol X 100</p>	
	<p>Derivación a especialidad a toda persona de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de drogas.</p>	<p>100% de las personas de 65 años y más detectadas con consumo perjudicial y dependencia de drogas son derivadas a especialidad.</p>	<p>Nº personas de 65 años y más, detectadas con consumo perjudicial o dependencia de drogas, son derivadas a especialidad/ Nº total de personas de 65 años y más con consumo perjudicial y dependencia de drogas detectados x 100.</p>	<p>REM 5</p>
	<p>Tratamiento integral a toda persona de 65 años y más con diagnóstico de depresión leve o moderada</p>	<p>100% de personas de 65 años y más diagnosticadas con depresión leve o moderada reciben tratamiento integral.</p>	<p>Nº personas de 65 años diagnosticadas con depresión leve o moderada reciben tratamiento integral / Nº total personas de 65 años y más diagnosticadas X100</p>	<p>SIGGES REM 5</p>

	Derivación a especialidad a toda persona mayor de 65 años con diagnóstico de depresión grave.	100% de personas de 65 años y más diagnosticadas con depresión grave son derivadas a especialidad.	Nº personas de 65 años y más diagnosticadas con depresión grave derivadas a especialidad/ Nº total de personas de 65 años y más diagnosticadas X100	SIGGES REM 5
	Otorgar Consejería a mujeres entre 65 años y más pesquisadas con sospecha de violencia intrafamiliar..	80% de las mujeres de 65 años y más pesquisadas con sospecha de Violencia Intrafamiliar reciben Consejería	Nº mujeres de 65 años y más pesquisadas con sospecha de VIF reciben Consejería / Nº total de mujeres de 65 años y más pesquisadas con sospecha de VIF x100	REM 27
	Otorgar tratamiento en atención primaria a mujeres de 65 años y más, inscritas y detectadas con violencia intrafamiliar de pareja leve o moderada.	80% de las mujeres detectadas con Violencia Intrafamiliar de pareja leve o moderada reciben tratamiento.	Nº mujeres de 65 años y más detectadas con Violencia Intrafamiliar de pareja leve o moderada reciben tratamiento / Nº total de mujeres de 65 años y más detectadas con VIF x100	REM 5
Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con problemas y trastornos de salud mental y a sus familias	Derivar a especialidad a mujeres mayores de 65 años, inscritas y detectadas con violencia intrafamiliar grave.	100% de las mujeres de 65 años y más detectadas con violencia intrafamiliar grave son derivadas a especialidad	Nº mujeres de 65 años y más detectadas con VIF grave son derivadas a especialidad / Nº total de mujeres de 65 años y más detectadas con VIF x100	REM 5
	Derivación a especialidad a todo hombre mayor de 65 años detectado como agresor en violencia intrafamiliar	100% de los hombres de 65 años y más detectados como agresores en Violencia Intrafamiliar son derivados a especialidad.	Nº de hombres de 65 años y más detectados como agresores en Violencia Intrafamiliar derivados a especialidad/ Nº total de hombres inscritos y detectados como agresores en Violencia Intrafamiliar x 100	REM 5

Área Estratégica: Prevención en Factores de Riesgo que Pueden Alterar la Funcionalidad

Considerando las dificultades de acceso de los pacientes a sus atenciones kinésicas, es que para el periodo 2013 intensificaremos la formación de monitores de actividad física. Esta actividad será de gran importancia para poder descentralizar la atención en pacientes que se encuentren en una etapa de mantención. Para el año 2013 se ha incorporado dentro de las actividades kinesiológicas la calificación de discapacidad, por medio del instrumento IVADEC. Esta actividad se realizara en los dos Centros de Salud Familiar capacitados para estos efectos.

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	META	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Mejorar la oportunidad y accesibilidad a evaluación kinésica a pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera de 55 años y mas derivados.	Evaluación kinésica	Realizar evaluación kinésica antes de 45 días al 100% de los pacientes con diagnostico de artritis de rodilla y cadera de 55 años y mas referidos.	Nº de pacientes con evaluación kinésica por artritis de rodilla y cadera de 55 años y mas antes de 45 días / Nº de pacientes referidos a evaluación kinésica por artritis de rodilla y cadera de 55 años y mas referidos x100	REM 28
Optimizar la utilización de Ortesis en adultos mayores	Educación en el adecuado uso de ayudas técnicas	Educación en uso de ayuda técnicas al 100% de las los pacientes que las reciban.	Total paciente que recibieron ayuda técnica y educación en su uso x 100/Total de pacientes que recibieron ayuda técnica	REM 28
Tratar patologías osteomusculares en adultos mayores	Programa de ejercicios grupales para pacientes con artritis de rodilla y cadera, leve – moderada con EVA menor a 6. Tratamiento de patologías osteomusculares en pacientes con diagnósticos según realidad local, aplicando las distintas técnicas kinésicas disponibles.	Tratamiento grupal al 60% de los pacientes con artritis de cadera y rodilla derivadas a Kinesioterapia Tratamiento kinésico al 80% de los pacientes derivados con patologías osteomusculares, según planificación local.	Total de pacientes en tratamiento grupal por artritis de cadera o rodilla / Total de pacientes derivados a tratamiento con Dg Artritis de cadera o Rodilla	REM 28
Generación de grupos de autoayuda.	Preparación de monitoras para la realización de actividad física (talleres).	Se realizara al menos dos veces al año una invitación a la comunidad para la formación de monitores para realización de actividad física.	Nº de ingresos a tratamiento osteomuscular / Total de pacientes derivados según planificación local x 100	REM 28
Calificación de Dependencia	Aplicación de evaluación IVADEC en centros capacitados, en un plazo inferior a los 15 días apartir de la fecha solicitada.	100% de los pacientes que solicitan evaluación	Nº de capacitaciones para monitores realizadas / Total de capacitaciones programadas x 100 Total de paciente a los que se le realiza evaluación "IVADEC" / Total de pacientes que lo solicitan x 100	Registro local Registro Local

VI. Programas Transversales e Intersectorialidad.

1. Programa de Calidad

La calidad es un concepto necesario, concreto y, posible de ser medido, con la consiguiente responsabilidad de hacer las cosas lo mejor posible. “Centrar el foco de la calidad de la atención” en la seguridad de nuestros usuarios. La responsabilidad de la calidad y seguridad es de todos y es necesario el trabajo en equipo.

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria / Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria

En conformidad con la ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, donde se expresa que corresponde a los prestadores institucionales de Salud garantizar que las prestaciones entregadas alcancen la calidad requerida para la atención de los usuarios. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece que el Estado garantiza el acceso a servicios de salud de calidad y seguridad. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece que el Estado garantiza el acceso a servicios de salud de calidad y seguridad.

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece que el Estado garantiza el acceso a servicios de salud de calidad y seguridad. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece que el Estado garantiza el acceso a servicios de salud de calidad y seguridad.

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece que el Estado garantiza el acceso a servicios de salud de calidad y seguridad. **La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece que el Estado garantiza el acceso a servicios de salud de calidad y seguridad. Ser una Red de Salud Comunal acogedora y cercana, con una comunidad informada y participativa, en la que las personas y funcionarios se sientan altamente satisfechos, reconocidos por su liderazgo en calidad y basada en el enfoque de salud familiar.**

Que en dicho contexto se concibe como un programa de salud familiar que busca mejorar la calidad de la atención de los usuarios. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece que el Estado garantiza el acceso a servicios de salud de calidad y seguridad.

A partir de lo anterior, los centros de Salud Familiar de la comuna, cuentan con Planes de Calidad, que se describen a continuación:

Plan de Calidad Y Seguridad Del Paciente Cefsam Santa Julia.

Objetivo General: Desarrollar estrategias que permitan orientar al CEFAM en el modelo de atención que se requiere para brindar a nuestros usuarios un servicio de calidad.

Indicadores de Seguimiento

- ✓ a través de los indicadores de seguimiento se evaluará el cumplimiento de los objetivos de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Liderar los procesos de cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Realizar el seguimiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Seleccionar los indicadores de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Implementar los indicadores de calidad y seguridad del paciente.

El objetivo de este plan es mejorar la calidad y seguridad del paciente en el CEFAM Santa Julia, a través de la implementación de estrategias que permitan orientar al personal de salud en el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente.

METAS

- ✓ Realizar el seguimiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Seleccionar los indicadores de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Implementar los indicadores de calidad y seguridad del paciente.
- ✓ Existe una mesa de trabajo entre las diferentes unidades que trabajan directamente en la atención al paciente.
- ✓ Realizar el seguimiento de los indicadores de calidad y seguridad del paciente.

DESARROLLO DEL PLAN DE ACTIVIDADES

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
<p>Monitorar de forma permanente los niveles de seguridad del paciente y en la atención.</p>	<p>Chaqueta de trabajo Firmar resoluciones Reuniones mensuales. Elaborar e Implementar Planes de mejora con respecto a incumplimientos. 5- Nombrar encargar</p>	<p>Director Cesfam Jefes de programa</p>
<p>Liderar los procesos de cumplimiento de los procedimientos institucionales.</p>	<p>Reuniones de trabajo con equipos de Calidad. 5- Asesorar las unidades en el proceso de Implementar planes de mejora de brechas.</p>	<p>Jefes de programa por sector</p>
<p>Establecer sistema de vigilancia de eventos adversos como herramienta fundamental en la atención.</p>	<p>Monitoreo de indicadores de eventos adversos. 9- Implementar planes de mejora de brechas.</p>	<p>Jefes de programa por sector</p>

Definir los efectos adversos a monitorear	Definir los efectos adversos a monitorear	Unidad Calidad
Crear un documento de registro de seguimiento de los EA.	Crear un documento de registro de seguimiento de los EA.	
Enviar a los funcionarios del CESFAM Padre Alberto Hurtado a capacitaciones relacionadas con el tema de eventos adversos.	Enviar a los funcionarios del CESFAM Padre Alberto Hurtado a capacitaciones relacionadas con el tema de eventos adversos.	Jefes de Programa/sector

EVALUACION. Se evaluará el cumplimiento de los objetivos y metas del plan de salud en el periodo de mayo a agosto del 2013.

2. t.Ä. r.Ä. / Ä.Ä.Ä.Ä.Ä.

El plan de capacitación se elabora en base a la demanda de los funcionarios de los Centros de Salud de la Comuna de Macul, se elabora centrando la mirada en potenciar las capacidades de los funcionarios en forma de satisfacer los requerimientos que plantean el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario. El plan de capacitación se elabora en base a la demanda de los funcionarios de los Centros de Salud de la Comuna de Macul, se elabora centrando la mirada en potenciar las capacidades de los funcionarios en forma de satisfacer los requerimientos que plantean el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario.

9. t.Ä. r.Ä. / Ä.Ä.Ä.Ä.Ä. 3 para los funcionarios de los Centros de Salud de la Comuna de Macul, se elabora centrando la mirada en potenciar las capacidades de los funcionarios en forma de satisfacer los requerimientos que plantean el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario. El plan de capacitación se elabora en base a la demanda de los funcionarios de los Centros de Salud de la Comuna de Macul, se elabora centrando la mirada en potenciar las capacidades de los funcionarios en forma de satisfacer los requerimientos que plantean el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario.

9. t.Ä. r.Ä. / Ä.Ä.Ä.Ä.Ä. 2.

9. t.Ä. r.Ä. / Ä.Ä.Ä.Ä.Ä. 2 para los funcionarios de los Centros de Salud de la Comuna de Macul, se elabora centrando la mirada en potenciar las capacidades de los funcionarios en forma de satisfacer los requerimientos que plantean el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario. El plan de capacitación se elabora en base a la demanda de los funcionarios de los Centros de Salud de la Comuna de Macul, se elabora centrando la mirada en potenciar las capacidades de los funcionarios en forma de satisfacer los requerimientos que plantean el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario.

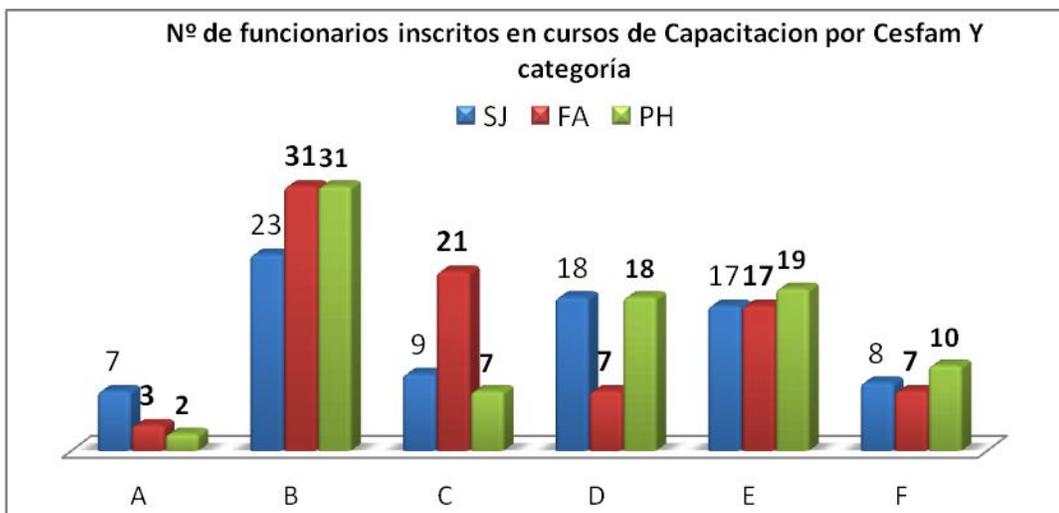
NOMBRE CURSO	CATEGORIAS						bW PERSONAS
	A	B	C	D	E	F	
ACREDITACION	5	13	3	12	13	6	52
ACTUALIZACION ADULTO		6	13	6		1	26
ATENCIÓN ASERTIVA			3	6	16	1	26
BIOESTADISTICA	3	12			6		21
CONCEPTOS AVANZADOS DE SALUD FAMILIAR	6	11			1		18
CONDUCCION SEGURA					1	7	8
ECG			8	8			16
EL CLIMA ORGANIZACIONAL: RESPONSABILIDAD DE TODOS	7	28	2				37
EXCEL AVANZADO	4	7	2	1	5		19
EXCEL BASICO	1	7		8	2	2	20
MANEJO DE CARGA				2	3	8	13
SALUD FAMILIAR BASICO	4	4		6	11	2	27
SOPORTE VITAL		1	7	7	10	2	27
TOTAL	30	89	38	56	68	29	310

El Plan de Salud Macul 2013, en el marco de la Ley de Capacitación y Desarrollo Profesional, se ejecutó el curso de Capacitación en Atención Primaria de Salud, el cual se detalló en el siguiente cuadro.

CATEGORIA	bV59 lb{/ wQh{	HORAS
A	30	508
B	89	1352
C	38	620
D	56	980
E	68	1184
F	29	316
Total	310	4960

Se realizó el curso de Capacitación en Atención Primaria de Salud, el cual se detalló en el siguiente cuadro, para las personas de acuerdo a / s. C. F. A. S. in. A.

bV59 INSCRITOS	SJ	FA	PH	CO	LAB	DS
A	7	3	2	17		1
B	23	31	31		3	1
C	9	21	7	1		
D	18	7	18	9	4	
E	17	17	19	11	2	2
F	8	7	10	3	1	



Como conclusiones principales podemos decir que existe una buena cobertura del Plan, se sigue / s. C. F. A. S. in. A.

El programa de salud macul 2013 tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de la población de Macul, considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales. Se busca promover la salud integral de la comunidad, fortaleciendo los servicios de salud y mejorando el acceso a los recursos sanitarios. El programa se fundamenta en los principios de equidad, participación y sostenibilidad, buscando reducir las desigualdades en salud y promover el bienestar de todos los habitantes de Macul.

Objetivos del Programa de Salud Macul 2013

Para el 2013, el programa de salud macul tiene como objetivos principales: mejorar la calidad de vida de la población de Macul, considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales. Se busca promover la salud integral de la comunidad, fortaleciendo los servicios de salud y mejorando el acceso a los recursos sanitarios. El programa se fundamenta en los principios de equidad, participación y sostenibilidad, buscando reducir las desigualdades en salud y promover el bienestar de todos los habitantes de Macul.

- Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida funcionaria.
- Incorporar nuevas tecnologías en los servicios de salud.
- Promover la salud integral de la población, considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales.
- Fortalecer los servicios de salud, mejorando el acceso a los recursos sanitarios.
- Promover la participación comunitaria en la gestión de la salud.
- Reducir las desigualdades en salud y promover el bienestar de todos los habitantes de Macul.

El Programa de Salud Macul 2013 tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de la población de Macul, considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales. Se busca promover la salud integral de la comunidad, fortaleciendo los servicios de salud y mejorando el acceso a los recursos sanitarios. El programa se fundamenta en los principios de equidad, participación y sostenibilidad, buscando reducir las desigualdades en salud y promover el bienestar de todos los habitantes de Macul.

El programa de salud macul 2013 tiene como objetivos principales: mejorar la calidad de vida de la población de Macul, considerando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales. Se busca promover la salud integral de la comunidad, fortaleciendo los servicios de salud y mejorando el acceso a los recursos sanitarios. El programa se fundamenta en los principios de equidad, participación y sostenibilidad, buscando reducir las desigualdades en salud y promover el bienestar de todos los habitantes de Macul.

1. Asepsia y Antisepsia.
2. Manejo de Carga.
3. Promoción de la Salud.
4. Salud Familiar. Enviar programas para definir nivel.

Trabajo Intersectorial

El Trabajo Intersectorial tiene su fundamento en el modelo de Salud Familiar y Comunitario, que

9l Al # o o n j sl CA 5 hsl l o s s l j CA Fl o o r l A r A f l C l G l J n o t r A l l j T o l L s s z l A n o l l o o transversales, a saber, la comunidad escolar, los Jardines Infantiles y las distintas Organizaciones Sociales

Se espn A J n s s n h r i y o h o o y o h o o r s z a n A n s C A l A l b l G r t s l G n A s A l A r s A l r s J n o o l l o F r s o s l l o r s A s n A C r s l o o C n l o o s i j j l o l r s l A r i j j s l o o o l s F l s r s A l l o A permanentemente con el intersector.

3. t A r d l J A l l o { o l J A

Considerada un mecanismo para el ejercicio de los derechos y deberes de las personas y

A la luz de lo expuesto anteriorms C l A r A j A r s A l l o C a l l e r s J A r d l J A l l o l o l J A l s s o l j s C A s A k s t r A o r s r s l A n o s l G s l / o e l s l l / o e l j C b o l l o o z o i A r o l J n i r s r s l s C G l de usuarios (as) organizados (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales, como C A l l o J A r d l J A l l o y ejercicio r s r s r l l o l F r s l s r l A C o t l r s l o l l o r s l l r A r A l s A l h z l l A l r s l o z i A l l o G l C A l l o s t w l A l l o l F j j s r s l A r l o o o A r s A l o C A l l o C a l l e r s J A r d l J A l l o r s A comunidad, como Grupos de Autoayuda, M o o C n A l r s l A r F O s r l r s A l C o l A r z l A p a t r o c i n a d a p o r Chile Deportes o iniciativas Municipales.

META	ACTIVIDAD	INDICADORES	EVALUACION INDICADOR
Fortalecer estrategias y trabajo comunitario desarrolladas en los Centros de Salud colaborativo con organizaciones sociales en cada Centro de Salud.	Realizar actividades de trabajo comunitario en la comunidad organizada.	Plan de Trabajo Comunitario por Sector elaborado	Programadas por sector X100
	Realizar dos reuniones anuales de cada sector con su comunidad sectorial.	Registro de Asistencia y Programa de Trabajo	reuniones realizadas.
	Realizar trabajo colaborativo con Monitoras de Salud	Realizar reuniones mensuales de las Monitoras de salud	reuniones realizadas por Monitoras de salud X100
		Realizar curso de capacitación de salud	de salud capacitadas.
	Elaborar Plan de Trabajo en conjunto con Consejo Consultivo.	Plan de trabajo socializado y ejecutado	90% cualitativa de las actividades del Plan.
	Elaborar Plan de Trabajo / Plan de Trabajo de los integrantes del Consejo Consultivo por parte del equipo del CESFAM.	Plan de trabajo elaborado y enviado al SSMO	Registro de Capacitaciones
Abordaje intersectorial de obesidad	Establecer alianzas de trabajo con el equipo de Macul para el fomento de actividades saludables	Participar en tres reuniones de DIDECO durante el 2013 para problematizar el tema de la obesidad, y proponer trabajo intersectorial de fomento de actividades saludables	de salud con DIDECO Macul
Trabajar en conjunto con la comunidad los problemas ambientales priorizados por ellos mismos	Trabajar en conjunto con la comunidad a los Consejos Consultivos en conjunto con DIDECO	Participar en tres reuniones de DIDECO durante del 2013 junto a dirigentes de consejos consultivos	de salud del adulto con Consejos Consultivos y DIDECO

Objetivo General: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Comuna de Macul

El presente es el Plan de Salud Comunal de Macul para el periodo 2013-2015, el cual tiene como objetivo principal contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes de la Comuna de Macul, a saber:

ACTIVIDAD PROGRAMADA	
COMPONENTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ I. Área de Salud Comunal ✓ Mesa de Trabajo ✓ Comités de Salud Comunal ✓ 5 Comités de Salud Comunal ✓ 9 Comités de Salud Comunal ✓ 9 Comités de Salud Comunal
ACTIVIDAD FISICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 5 Comités de Salud Comunal ✓ 9 Comités de Salud Comunal ✓ 9 Comités de Salud Comunal ✓ Comités de Salud Comunal ✓ Comités de Salud Comunal ✓ Comités de Salud Comunal
TABACO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comités de Salud Comunal
ALIMENTACION SALUDABLE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomento de Lactancia Materna en 02 Salas Cunas de la Comuna. ✓ Comités de Salud Comunal

VII. Anexos

5. ANEXO 1. PLAN DE SALUD MACUL 2013

RECURSOS PROFESIONALES HORAS	C [ló 59 AMESTI	SANTA JULIA	PADRE ALBERTO HURTADO	CENTRO h5hbQh[j D/L h	LABORATORIO	5ln9 / lj b 59 SALUD
CATEGORIA A	605	517	407	572	0	0
MEDICOS	594	495	396	-	-	-
v Üñá l h Q wa ! / 9ÜQZ h	11	22	11			
ODONTOLOGOS				572		
CATEGORIA B	1419	1155	1155	0	132	88
AS SOCIAL	132	88	132	-	-	44
ENFERMERAS	440	374	297	-	-	-
KINESIOLOGO	132	88	132	-	-	-
MATRONAS	275	253	242	-	-	-
NUTRICIONISTAS	220	176	176	-	-	-
PSICOLOGO	220	176	176	-	-	-
TECNOLOGO MEDICO	-	-	-	-	132	-
PROFESOR JUNAEB	-	-	-	-	-	44
CATEGORIA C	352	264	440	143	0	0
TECNIVEL SUPERIOR	352	264	440	143	-	-
CATEGORIA D	836	836	374	374	176	0
TECPARAMEDICOS	748	704	374	-	-	-
TECFARMACIA	88	132	-	-	-	-
TECDENTAL	-	-	-	374	-	-
TECLABORATORIO	-	-	-	-	176	-
CATEGORIA E	968	792	836	308	88	176
ADMINISTRATIVOS	968	792	836	308	88	176
CATEGORIA F	704	528	396	132	44	0
CHOFER AMBULANCIA	88	88	88	-	-	-
CHOFER COORDINACION	44	88	88	-	-	-
CHOFER ACERCAMIENTO	88	44	44	-	-	-
CAMILLERO	88	44	44	-	-	-
CONSERJE	44	44	44	44	-	-
ESTAFETA	44	44	44		-	-
AUX DE APOYO	308	176	44	88	44	-
APOYO A LA GESTION	132	132	121	132	22	121
DIRECTOR	44	44	44	44	22	33
SUBDIRECTOR	44	44	33	44	-	44
SECRETARIA	44	44	44	44	-	44

ت'رسق ٲٲ سلٲا ل-ٲ-آ #رسآ{آٲر وٲو3

INGRESOS SALUD	
DENOMINACION	INGRESOS SALUD 2013
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	6.247.560
Del Servicio de Salud	5.602.560
! ٲا ل-ٲ-آ [سٲب وٲا] لآٲر ! لآٲر	4.810.000
Aportes Afectados	792.560
! لآٲر لآٲر لآٲر لآٲر لآٲر لآٲر	45.000
Transferencia Municipal	600.000
INGRESOS CORRIENTES	17.500
OTROS INGRESOS CORRIENTES	83.000
RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS	82.000
OTROS	1.000
TOTAL INGRESOS.....M\$	6.348.060
GASTOS SALUD	
DENOMINACION	GASTOS SALUD 2013
GASTOS EN PERSONAL	5.001.800
PERSONAL DE PLANTA	2.352.000
PERSONAL A CONTRATA	1.578.000
OTRAS REMUNERACIONES	1.071.800
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.308.260
PRODUCTOS FARMACEUTICOS	270.000
INSUMOS QUIRURGICOS, DENTALES, LABORATORIO Y OTROS	230.000
SERVICIOS BASICOS	163.060
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	108.400
SERVICIOS GENERALES	327.300
MATERIALES DE USO O CONSUMO	96.200
OTROS SERVICIOS	113.300
PRESTACIONES PREVISIONALES	9.000
DEVOLUCIONES Y OTROS	1.000
ADQUISICION DE ACTIVOS	28.000
TOTAL GASTOS.....M\$	6.348.060



LE	ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS	CONTENIDOS	NUMERO PARTICIPANTES POR CATEGORIA							Nº HRS. PEDAGOGICAS	ORGANISMO EJECUTOR	FECHA EJECUCION
				A	B	C	D	E	F	TOTAL			
LE01	Curso Salud Familiar	Que los funcionarios incorporen elementos del modelo de Salud Familiar para ser aplicados en las diversas instancias de la atención al usuario, en un nivel básico o intermedio	Características Básicas del Modeo de salud Familiar, Herramientas de Gestión del Cestfam, Trabajo Comunitario, Trabajo en Equipo.	5	2	10	8	5	30	24	Por definir	MAYO	
LE01	Curso de actualización en Herramientas avanzadas en Salud Familiar	Proporcionar a los equipos multidisciplinarios de Atención Primaria formación en salud familiar, incorporando herramientas necesarias para mejorar y actualizar la intervención en el Modelo de Salud Familiar en APS.	Gestión del Modelo de Salud Familiar, Herramientas del Modelo	6	1	4			20	24	Por definir	MAYO	
LE01	SopORTE Vital	Actualizar a Funcionarios en manejo de urgencia pre hospitalarias tanto a nivel básico como a nivel avanzado.	Resucitación Cardio Pulmonar, Como actuar frente a una situación de Urgencia	8	6	4	8	4	30	24	Por definir	JUNIO	
LE01	Actualización en técnicas y procedimientos de enfermería para Técnicos de Atención Primaria	Actualizar a Técnicos Paramédicos en relación a técnicas de enfermería específicas, entregando las competencias necesarias para aumentar capacidad resolutiva.	Actualización Programa Nacional de Inmunización, Manejo de heridas, pie diabético, actualizaciones en control de niño/a	4	2	14			20	16	Por definir	Mayo	
LE05	Actualización a funcionarios de Atención Primaria en Carrera Funcionaria	Que los funcionarios manejen los aspectos esenciales de la Carrera Funcionaria en Atención Primaria.	Estatuto Administrativo, Capacitación, procesos de inducción.	5	1	3	14	12	6	50	16	Por definir	MAYO

LE05	Herramientas para el Autocuidado personal y laboral de funcionarios de Centros de Salud Familiar	Potenciar el desarrollo de habilidades de Autocuidado a en los funcionarios, con el fin de mejorar la calidad de vida laboral	Salud Ocupacional, Manejo del stress, asertividad, autocuidado postural.	7	1	3	15	9	60	8	Por definir	AGOSTO
LE06	Curso de Bioestadística	Desarrollar destrezas y Habilidades en el manejo de Herramientas Estadísticas en APS	Uso de Plataforma de referencia, y derivación en APS, SIGGES. SIDRA, Manejo de REM	4	5	6	10		25	16	Por definir	JUNIO
LE06	Curso de Actualización en Informática.	Actualizar conocimientos y competencias en programas computacionales.	Excel Básico y Avanzado		6		14		20	15	Por definir	JULIO
LE07	Actualización a Funcionarios en métodos y procedimientos de Aseo terminal. Esterilización, Asepsia y Antiseptia	Conocer y estar en condiciones de aplicar técnicas y procedimientos de aseo y asepsia en establecimientos de Atención Primaria	Aseo terminal, Procedimientos de esterilización, procedimientos de asepsia.			2	10	8	20	20	Por definir	JULIO
LE08	Manejo de carga	Que los funcionarios incorporen en su formación condiciones de seguridad laboral relacionadas con el manejo de carga	Manejo Manual de carga en forma segura.				6	8	20	16	Por definir	AGOSTO
LE09	Prevención de riesgos en establecimientos de Atención Primaria	Proporcionar a los trabajadores conocimientos y conceptos básicos sobre Prevención de Riesgos , con el fin de ser éstos incorporados y aplicados en el que hacer diario de sus actividades	Prevención de Riesgos, como actuar frente a catastrofes, planes contra incendio, planes de evacuación	2	4	6	6	6	30	16	Por definir	AGOSTO

PARTICIPARON EN LA ELABORACION DEL PLAN

CESFAM SANTA JULIA

5wÈwÜ. ; b 9{t lbhù! hw9[! b!
DRA PAOLA MARTINEZ URIBE
DR JAIME OCHOA
DRA. SANDW! w9ë9/h Üa ! e!
ENF. MARIA ANGELICA BUSTAMANTE
MAT. ROSA OYARCE TORRES
ENF. MARGARITA HERNANDEZ CASTRO
NUT. JIMENA VALENZUELA GONZALEZ
MAT. ANA SILVA FAUNDEZ
PS. PAMELA QUEZADA
KLGO. RODRIGO JARA

CESFAM PADRE HURTADO

ENF. ADRIANA SEPULVEDA COSTA.
DRA. ALEJANDRA QUIROZ URZUA.
9b Èèlè! b! b! ë! ww9Ç9 {! [5! e! È
MAT. JESSICA GOMEZ BECERRA.
PS. VIVIANA PEREZ CRISTIA.
ENF. JENIFFER ABARCA AGUILA.
NUT. IVAN ROJAS VIGOUROX.
MAT. MARISOL SAAVEDRA ESPINOZA.
NUT. CARLA GAMBARO VENEGAS
KLGA. LUCIA ASTORGA

CENTRO MUJER Y FAMILIA

DRA. VICTORIA PAREDES

/ 9{Q a Ç LIX DE AMESTI.

TM ALEJANDRO PINTO TOLOZA.
ENF. MARIA FLORES REYES
ENF. SARA LEIVA MORAGA
MAT. LUCIA ESCOBAR PARRA
PS XIMENA SALDIAS MIERES
AS GEMA HENRIQUEZ DIAZ
MAT. XIMENA RODRIGUEZ ORTIZ
NUT. ELIZABETH CAYUNIR HUENHUPI.
DRA ROSA CARRANDI.
KLGO. NICOLAS VERA

/ 9b Qwh h5hb Çh[j DL h

DRA. VALESKA BRIONES LLORENTE
DRA. SOLEDAD GARFIAS

[! . hw! ÇwLh / [NòL h / ha Üb! [

TM. PAMELA ALTAMIRANO OSSANDON.
TM. DANIELA CARRASCO

5Lw9/ l j b 59 {! [Ü5

DR. JORGE FIGUEROA MATUS
QF. FLORENCA RUIZ ARANZAES
AS MARTA MARTINEZ CERDA